



GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2017-2018

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Efectividad de una intervención enfermera
grupal para disminuir la gravedad de los
síntomas en pacientes con trastornos de
síntomas somáticos y relacionados.**

María Teresa Sanjuás Benito

Tutora: Belén Rodríguez San Adrián

Junio 2018

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA A CORUÑA

UNIVERSIDAD DE A CORUÑA



ÍNDICE

1. RESUMEN (castellano, gallego e inglés).....	2
2. INTRODUCCIÓN.....	5
3. OBJETIVOS	10
4. HIPÓTESIS.....	10
5. MATERIAL Y MÉTODO.....	11
5.1 ÁMBITO DE ESTUDIO.....	11
5.2 PERIODO ESTUDIO.....	11
5.3 FINAL ESTUDIO.....	11
5.4 TIPO DE DISEÑO.....	11
5.5 JUSTIFICACIÓN DEL TAMAÑO MUESTRAL.....	11
5.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	11
5.7 INSTRUMENTOS DE MEDIDA.....	12
5.8 PROCEDIMIENTO.....	13
5.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	15
6. LIMITACIONES Y BENEFICIOS DEL ESTUDIO.....	15
7. CRONOGRAMA	16
8. MEMORIA ECONÓMICA.....	16
9. CONSIDERACIONES ÉTICAS	16
10. BIBLIOGRAFÍA	18
11. ANEXOS	21



1. RESUMEN

En los últimos diez años se observó una mayor detección de trastornos de síntomas somáticos. Aunque la presencia de somatizaciones en los cuadros clínicos es bastante común, el trastorno de somatización está infradiagnosticado¹. Se estima que aproximadamente el 15-25% de las consultas de atención primaria están relacionadas con los trastornos de síntomas somáticos, y que un 60% de éstas permanecen sin explicación tras una primera evaluación². El objetivo de este diseño será comprobar que una intervención enfermera grupal disminuye la gravedad de los síntomas en los pacientes diagnosticados de trastornos de síntomas somáticos. Se trata de un estudio cuasi-experimental en el que se llevarán a cabo seis sesiones grupales y tres sesiones individuales. El análisis estadístico se realizará con métodos cuantitativos y se utilizará como instrumento de medida la escala de Valoración de la Gravedad del Síntoma Somático (Woolfolk and Allen 2007) administrada antes y después de la intervención.

Palabras clave: trastornos somatomorfos, trastornos psicósomáticos, intervención, enfermería, terapia grupal, tratamiento.



RESUMO

Nos últimos dez anos observouse unha maior detección de trastornos de síntomas somáticos. Aínda que a presenza de somatizacións nos cadros clínicos é moi común, o trastorno de somatización está infradiagnosticado.¹ Estímase que aproximadamente o 15-25% das consultas de atención primaria están relacionadas cos trastornos de síntomas somáticos, e que un 60% de estas permanecen sen explicación despois dunha primeira avaliación². O obxectivo deste deseño será comprobar que una intervención enfermeira grupal diminúa a gravidade dos síntomas nos pacientes diagnosticados de trastornos de síntomas somáticos. Trátase dun estudio cuasi-experimental no que se levarán a cabo seis sesións grupais e tres sesións individuais. A análise estatística realizarase con métodos cuantitativos e utilizarase como instrumento de medida a escala de Valoración da Gravidade do Síntoma Somático (Woolfolk and Allen 2007) administrada antes e despois da intervención.

Palabras clave: trastornos somatomorfos, trastornos psicosomáticos, intervención, enfermaría, terapia grupal, tratamento.



ABSTRACT

In the last ten years, there has been a greater detection of somatic symptom disorders. Although the presence of somatizations in the clinical pictures is quite common, the somatization disorder is underdiagnosed¹. It is estimated that approximately the 15-25% of primary care consultations are related to somatic symptom disorders, and that the 60% of them remain unexplained after a first evaluation². The objective of this project will be to verify that a nurse intervention in group reduces the severity of symptoms in patients diagnosed with somatic symptom disorders. Six group sessions and three individual sessions will be carried out in a quasi-experimental study. The statistical analysis will be carried out with quantitative methods and the scale of Visual Analog Scale of somatic symptoms SSS (Woolfolk and Allen 2007) administered before and after the intervention will be used as measurement instrument.

Key words: somatomorphic disorders, psychosomatic disorders, intervention, nursing, group therapy, treatment.

2. INTRODUCCIÓN

La somatización no es un diagnóstico psiquiátrico, sino un denominador de una serie de procesos patológicos recogidos en el DSM-IV como trastornos somatomorfos.^{3,4} Dichos trastornos, según DSM-IV-TR, se caracterizan por un conjunto de síntomas físicos que afectan a diversos órganos, no se atribuyen a ninguna entidad clínica, ni al consumo de diversas sustancias, ni a otro trastorno mental. Es una enfermedad crónica con fluctuaciones en la intensidad de los síntomas.⁵

Las personas con este trastorno presentan quejas y síntomas físicos, pero las pruebas médicas realizadas no indican enfermedad orgánica alguna que lo justifique, ya que el origen de los síntomas es psicológico. Se desconoce su etiología y suelen aparecer en períodos de estrés.⁶

Los trastornos somatomorfos tienen gran importancia clínica para el sistema sanitario ya que hay una elevada prevalencia siendo ahora mayor la detección de trastornos de somatización, dando lugar a un mayor consumo de los recursos sanitarios. Se producen elevados costes sanitarios debido al difícil manejo de estos pacientes, ya que realizan continuas demandas médicas y evaluaciones diagnósticas. Éstos tratan de conducirlos hacia las evaluaciones que ellos buscan, sin embargo, tratamientos innecesarios pueden resultar iatrogénicos para el paciente agravando sus comportamientos somáticos.^{6,7,8,9}

El apartado de trastornos somatomorfos del DSM-IV (APA, 2.000) ha experimentado un cambio significativo en el DSM-V (APA 2.013), dicho cambio afecta tanto a aspectos básicos sobre cómo se concibe la relación entre síntomas físicos y los trastornos mentales, como aspectos menores de clasificación.¹⁰

En el DSM-IV la clasificación de los trastornos somatomorfos es la siguiente:



- Trastornos somatomorfos específicos: Trastornos de somatización, Trastorno por dolor, Trastorno de conversión, Trastorno dismórfico corporal, Hipocondría.
- Trastornos somatomorfos inespecíficos: Trastorno somatomorfo indiferenciado y Trastorno somatomorfo sin otra especificación.¹¹

En el DSM-IV, lo que está descrito como trastornos somatomorfos pasa a denominarse en el DSM-V trastornos de síntomas somáticos, que engloba los siguientes trastornos: Trastornos somáticos, Trastornos de conversión. (trastorno de síntomas neurológicos funcionales), Trastorno de ansiedad por enfermedad, Otros síntomas somáticos específicos y trastornos relacionados, Trastornos facticios, Síntomas somáticos no específicos y trastornos relacionados.¹²

El paciente somático generalmente es un paciente difícil para el médico, ya que acude repetidas veces a la consulta con quejas que no ceden y suelen cambiar de médico cuando éste les sugiere que es un problema mental.^{14,15} En muchas enfermedades psiquiátricas, una de las preguntas clave respecto al tratamiento es en qué nivel del sistema sanitario es necesario abordar al paciente. En nuestro país, los pacientes “somatizadores”, acuden al médico de familia, que es la puerta de entrada al sistema de salud y, una vez allí, se crea un circuito en forma de pelota de “ping-pong” entre las especialidades médico-quirúrgicas y el médico generalista.¹²

Dentro del sistema sanitario la atención primaria es especialmente importante porque constituye el primer contacto del somatizador con el sistema sanitario, por lo que es en este entorno donde más posibilidades de éxito tiene cualquier intervención (García-Campayo et al., 1997). Existen unas normas de buena práctica clínica con los pacientes de trastornos de síntomas somáticos en atención primaria que ha propuesto el grupo de Smith (Smith, 1991; Smith et al., 1995) y que se consideran de referencia.¹⁵

1. El paciente debe ser atendido por un solo médico: su médico de familia.



2. Planificar citas regulares cada 4-6 semanas como máximo.
3. Realizar consultas breves (10-15 min.) que sean posibles en la agenda del médico generalista.
4. Explorar siempre la zona corporal de la que se queja el paciente.
5. Guiarse por los signos, nunca por los síntomas. Los síntomas deben ser interpretados en un contexto comunicacional.
6. Evitar test diagnósticos que no sean imprescindibles para evitar iatrogenia y gasto sanitario. Deben solicitarse basados en los signos, no en los síntomas.
7. Evitar diagnósticos espúreos y tratamientos innecesarios.
8. Tranquilizar y reasegurar.
9. Derivar adecuadamente a los servicios psiquiátricos.¹⁵

La mayor dificultad para llevar a cabo estos programas es que los pacientes somáticos crónicos producen sentimientos de frustración e ira y provocan un gran rechazo por parte de los profesionales sanitarios.¹⁵

Cuando se realizan encuestas a los médicos de familia, el 70% rechaza ofrecer cualquier tipo de apoyo psicológico a los pacientes con trastornos de síntomas somáticos, aunque se les entrene específicamente para ello (García-Campayo et al., 1998; 1999; Sanz Carrillo y García-Campayo, 1999).¹⁵

Debido a lo mencionado anteriormente, se producen derivaciones de estos pacientes a los servicios de salud mental, y es en este nivel del ámbito sanitario dónde se va a desarrollar la intervención grupal descrita en este proyecto.

Estudios realizados para valorar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en pacientes diagnosticados de trastorno de somatización, como el realizado por Kashner et al. (1995) en una muestra de 70 sujetos, compara el resultado de los pacientes sometidos a 8 sesiones de terapia de grupo (en la que se incluía resolución de problemas, afrontamiento, asertividad y manejo de la expresión emocional.) frente a los pacientes que



no han recibido tratamiento. El resultado de los que han asistido a la terapia en grupo (22 pacientes) fue un consumo del 27% menos del gasto sanitario que los que no acudieron.¹⁵

En un segundo estudio realizado por Lidbeck (1977) en una muestra de 50 sujetos con trastorno de somatización el efecto de la terapia de grupo fue de 0,67 al final del tratamiento y de 0,8 seis meses más tarde (medidos por el Illness Behaviour Questionnaire).¹⁵

Existen cinco estudios realizados en pacientes con trastorno somatomorfo indiferenciado como tal, y que, por tanto, sus conclusiones son extrapolables a los pacientes con trastorno de somatización. En tres de ellos se empleó terapia cognitivo conductual individual. En el primero (Speckens et al., 1995) mejoró la conducta de la enfermedad medida con Illness Behaviour Questionnaire a los seis meses, pero no a los doce meses y no mejoró ni la ansiedad ni la depresión a los seis meses. El segundo (McLeod et al., 1997) mostró clara mejoría en ansiedad y depresión medida con el SCLR-90 al final del tratamiento que se mantenía a los seis meses. El tercer estudio (Sumathipala et al., 2000) mostró una importante mejoría en el malestar general, los síntomas físicos y el número de visitas al sistema sanitario al final del tratamiento, pero no se realizó estudio de seguimiento. Existe un último estudio en el que se empleó terapia cognitivo conductual en formato grupal asociada a meditación y relajación (Hellman et al., 1990). Este estudio mostró una mejoría significativa de síntomas somáticos, malestar psicológico y visitas al médico tanto al final del tratamiento como a los seis meses de seguimiento.¹⁵

La tesis de Sergio moreno “Tratamiento Cognitivo-Conductual de pacientes con trastorno de somatización abreviado (SSI 4.6) en Atención Primaria: Un estudio controlado aleatorizado”, indica que la población sometida a intervención (terapia individual y grupal) mejora significativamente, siendo más efectiva la terapia grupal. En estos resultados totales están incluidos los síntomas siguientes: dolor, síntomas

gastrointestinales, síntomas pseudoneurológicos, síntomas cardiopulmonares y síntomas sexuales, indicando así que disminuyen post-terapia.⁸ También hay información sobre el sentimiento de gravedad del síntoma que tienen estos pacientes y el nivel de ansiedad, disminuyendo igualmente después de la terapia.

En este estudio se realizó la intervención sobre 168 pacientes, asignando a terapia individual a 56 sujetos, grupal a 64 y el grupo control fue de 48 sujetos.⁸

Se observó los valores de la media con un IC del 95% para la media de la puntuación de cada variable en cada momento de la observación.⁸

Los resultados de la intervención grupal en la variable de gravedad del síntoma es una puntuación basal de 92,06, pasando a ser 41,52 tras la intervención grupal 41,52.⁸

El artículo sobre la triada ansiedad-depresión-somatización, dinámica y enfoque asistencial enfermero de Loli Martín Valero, trata sobre la relación entre estas tres variables y la efectividad de las terapias individuales o las terapias en grupo. Se centran en la educación sanitaria como tratamiento de elección para este tipo de trastornos, con el objetivo de que comprendan y adquieran la capacidad para poder convivir con sus dificultades. Como resultado se confirmó la relación directa entre la depresión y ansiedad con los síntomas somáticos y que tras el abordaje de enfermería y su intervención terapéutica paliaron los síntomas y signos y se observó una disminución en el consumo de recursos.⁷

El total de la muestra de este estudio fueron 71 pacientes. En el inicio del estudio los pacientes tenían un promedio de 4-6 visitas por mes al médico, representando un total del 84.9% de los pacientes. Después de realizar el estudio bajó a 1-2 visitas en el 93% de la muestra, siendo un dato muy significativo.⁷

Con esta intervención se pretende no solamente focalizar la atención en la salud ni en los síntomas, si no desviarla a actividades y



procedimientos que satisfagan y proporcionen confort a los pacientes. Realizar una intervención enfermera de este tipo permitirá reducir el malestar de los pacientes, así como una mejor organización de los recursos materiales y profesionales y como consecuencia la disminución de los gastos sanitarios.

3. OBJETIVOS

Objetivo principal:

- Determinar la efectividad de una intervención enfermera grupal, para disminuir la gravedad de los síntomas, en pacientes diagnosticados de trastornos de síntomas somáticos y relacionados.

Objetivo secundario:

- Determinar el grado de satisfacción de los pacientes con trastornos de síntomas somáticos y relacionados tras la intervención.

4. HIPÓTESIS

Hipótesis nula:

Una intervención enfermera grupal en pacientes con diagnóstico de síntomas somáticos y relacionados no disminuye la gravedad de los síntomas del trastorno

Hipótesis alternativa:

Una intervención enfermera grupal en pacientes con diagnóstico de síntomas somáticos y relacionados disminuye la gravedad de los síntomas del trastorno.



5. MATERIAL Y MÉTODO

5.1. Ámbito de estudio

El estudio se llevará a cabo en la unidad de salud mental del ventorrillo de A Coruña.

5.2. Periodo de estudio

Tras la aprobación del proyecto por el Comité Autonómico de Ética de la Investigación de Galicia, se realizará una reunión con el personal de la unidad de salud mental del ventorrillo para explicarles el procedimiento a seguir. Los tiempos empleados en todo el proceso se detallan en el apartado del cronograma.

5.3. Final del estudio

El final del estudio será la última visita del último participante reclutado.

5.4. Tipo de diseño

Estudio cuasi-experimental pre-post.

5.5. Justificación del tamaño muestral

Con objeto de determinar la efectividad de la intervención se estima necesario un tamaño muestral de 66 pacientes para constituir una muestra representativa en consideración de una prevalencia del 50% y una precisión del 12%, con una seguridad del 95%. El tamaño muestral ajustado, con una proporción esperada de pérdidas del 10%, sería de 74 pacientes.

5.6. Criterios de inclusión y exclusión. Criterios de retirada y fracaso terapéutico

Criterios de inclusión:

- Usuarios que acudan a la Unidad de Salud Mental del Ventorrillo y que padezcan al menos uno de los trastornos de síntomas somáticos



- Deben obtener una puntuación mínima de 3 en la Escala STSD (Screening Test for Somatization Disorder) o Escala para la Detección del Trastorno de Somatización, de Othmer y DeSouza.
- Usuarios con edades comprendidas entre los 18 y 65 años, ambos inclusive.
- Usuarios que acepten las condiciones del estudio y firmen el Consentimiento Informado.

Criterios de exclusión:

- Usuarios que presenten grado de discapacidad intelectual.
- Usuarios que presenten trastorno mental grave (esquizofrenia, trastorno de personalidad, trastorno bipolar, depresión mayor, trastorno mental y del comportamiento debido a consumo de sustancias). *Se excluyen los casos de comorbilidad psiquiátrica previamente citados debido a la dificultad del trabajo en momentos de descompensación, pudiendo afectar al adecuado aprendizaje de estos y del resto de participantes del programa.
- Usuarios con barreras idiomáticas que dificulten la comprensión del programa.

Criterios de retirada:

- Usuarios que revoquen el consentimiento informado.
- Usuarios que no acudan a la totalidad de las sesiones programadas.

Fracaso terapéutico:

- Que la participación en la intervención suponga un retroceso en el planteamiento terapéutico acordado para ese paciente.

5.7. Instrumentos de medida:

1- La Escala STSD (Screening Test for Somatization Disorder) o Escala para la Detección del Trastorno de Somatización, de Othmer y DeSouza^{16,17} (Anexo I) Es un instrumento sencillo y breve que tiene como objetivo

evaluar la presencia de trastorno por somatización. Consta de 7 ítems de respuesta dicotómica (sí o no) que valoran los siguientes aspectos: dificultad para tragar, quemazón, amnesia, dificultad para respirar, vómitos, dismenorrea o dolores abdominales y dolor en extremidades. Cada respuesta positiva vale un punto. El punto de corte recomendado para la población española es: 0-2 sin trastorno de somatización y de 3-7 posible trastorno de somatización.

2- Visual Analog Scale of somatic symptoms SSS (escala de valoración de la Gravedad del Síntoma Somático) (Woolfolk and Allen 2007)¹⁸ (Anexo II). Es una escala tipo Likert de 40 ítems evaluado a través de una escala visual de 8 puntos, donde 0 indica la ausencia del síntoma y 7 una intensidad tan elevada que la molestia apenas se puede tolerar. Se pide al sujeto que puntúe el malestar del síntoma durante el último mes.

3- Cuestionario de satisfacción (ANEXO III) es un cuestionario de elaboración propia para conocer el nivel de satisfacción del paciente en cuanto a la intervención realizada. Consta de tres preguntas. Es una escala de respuesta tipo Likert, con 5 opciones de respuesta, siendo el 5 el más satisfactorio.

5.8. Procedimiento

Se solicitará una reunión con los psiquiatras y psicólogos de la Unidad de Salud Mental (USM) del Ventorrillo para explicar la intervención y los pasos a seguir para la derivación de los pacientes.

El personal que llevará a cabo la intervención serán las dos enfermeras especialistas de la unidad de salud mental del ventorrillo y dos residentes de segundo año de enfermería de salud mental que se asignarán cada año al programa.

El psicólogo o psiquiatra que derive al paciente le administra la Escala para la Detección del Trastorno de Somatización, de Othmer y DeSouza,



(anexo I). Si obtiene una puntuación igual o mayor de tres será susceptible de ser incluido en el programa.

Tras esto será quien le expondrá el objetivo y fundamento del programa, así como los beneficios estimados del mismo, acentuando la relevancia de su papel activo en la consecución de éstos. Posteriormente hará entrega de la “Hoja de Información al/a la Participante adulto/a” (anexo IV) y se resolverán las cuestiones que puedan surgir de la lectura de esta. Una vez comprendidos los objetivos y el papel que tomará como participante, se procederá a la firma del “Consentimiento Informado” (anexo V). Es a partir de este momento en el cual, el sujeto candidato, se incluye como participante en el estudio.

Una vez alcanzado el número de participantes acordes con el tamaño muestral, determinado matemáticamente, se procederá al inicio de las sesiones. El contenido de las sesiones está en el anexo VI. Para realizar las mismas se utilizará como guía las intervenciones establecidas en la tesis de Sergio Moreno González, Terapia Cognitivo-Conductual de Pacientes con Trastorno de Somatización Abreviado (SSI 4,6) en Atención Primaria: Un Estudio Controlado Aleatorizado, realizando modificaciones propias para ser ajustadas a las características del estudio.

Las enfermeras realizarán dos grupos de entre 11 y 12 pacientes y se programarán 6 sesiones semanales. Cada sesión será de una hora aproximadamente. Los días asignados a este programa serán los lunes y los jueves a las 12.00 a.m.

En la primera sesión se determinará el estado basal de la percepción de la gravedad de los síntomas mediante la escala mencionada en el apartado instrumentos de medida. En la última sesión grupal se administrarán la misma escala de nuevo y el cuestionario de satisfacción explicado en apartado de instrumentos de medida.

Tras la realización de las seis sesiones grupales se citará a cada paciente tres veces de manera individual, una por semana, por lo que la



duración total de la intervención será de 9 semanas. Estos seguimientos individuales se programarán 2-3 días a la semana, citando 2-3 pacientes por día, en función de la carga de trabajo.

5.9. Análisis estadístico

Se realizará un estudio descriptivo de las variables recogidas en el estudio. Las variables cuantitativas se expresarán como media \pm dt, mediana y rango. Las variables cualitativas se expresarán como frecuencia (n) y porcentaje con la estimación del correspondiente intervalo de confianza del 95%.

La comparación de medias entre dos grupos se realizará mediante la prueba T de Student o test de Mann-Whitney según proceda. La comparación de medias entre más de dos grupos se realizará mediante la prueba ANOVA o test Kruskal-Wallis según proceda tras la comprobación de normalidad utilizando el test de Kolmogorov-Smirnov.

Se realizará un análisis de datos pareados para comparar las mediciones anteriores a la intervención con las mediciones posteriores. Se utilizará el test de Wilcoxon para datos relacionados para comparar las medias entre datos dependientes.

6. LIMITACIONES Y BENEFICIOS DEL ESTUDIO

Las limitaciones del estudio son las propias surgidas de la investigación cuasi-experimental.

Como beneficios del estudio hay que destacar que la intervención reducirá el malestar de este tipo de pacientes, al conseguir una mejoría clínica y se reducirá sus visitas tanto al especialista como al médico de familia con la correspondiente disminución del gasto sanitario que esto conlleva.

7. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	ENERO A MAYO 2018	JUNIO 2018	JULIO A SEPTIEMBRE 2018	OCTUBRE 2018 A MAYO 2019	JUNIO A AGOSTO 2019	SEPTIEMBRE 2019
Revisión bibliográfica	Yellow					
Redacción del texto	Yellow					
Presentación y defensa del proyecto		Red				
Envío al comité de ética y posibles correcciones			Blue			
Intervención				Green		
Análisis datos					Pink	
Resultados y discusión					Pink	
Publicación						Orange

8. MEMORIA ECONÓMICA

Este proyecto carece de financiación externa.

9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El desarrollo del proyecto se realizará respetando la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial 1964 y sucesivas ratificaciones sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos; y con el Convenio de Oviedo para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina hecho el 4 de abril de 1997, ratificado por España el 23 de julio de 1999 (Boletín Oficial del Estado de 2000) y sucesivas actualizaciones.

Los investigadores están familiarizados con el protocolo y con la recogida de datos. Se mantendrán los documentos esenciales para demostrar la validez del estudio y la integridad de los datos recogidos. Los



archivos maestros se constituirán al principio del estudio, se mantendrán durante su realización y se conservarán conforme a la normativa aplicable.

El Comité de Ética de investigación (CEI) revisará toda la documentación del estudio pertinente con el fin de salvaguardar los derechos, la seguridad y el bienestar de los pacientes. El estudio sólo se realizará en el centro donde se haya obtenido la autorización del CEI. Los investigadores participantes en este estudio se comprometen a que todo dato recogido de los sujetos a estudio sea separado de los datos de identificación personal garantizando la confidencialidad de los participantes en la investigación y respetando la Ley de Protección de datos de Carácter Personal (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre) y el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de Desarrollo de esta ley, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre (básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica), así como la Ley 3/2001, de 28 de mayo (reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes), la 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, así como el Decreto 164/2013, de 24 de octubre, de modificación del Decreto 29/2009.

Los datos de los pacientes serán recogidos por el investigador principal en el Cuaderno de Recogida de Datos (CRD) específico del estudio. Cada CRD estará codificado, protegiendo la identidad de los participantes. La Hoja de Información al Paciente (HIP) y el Consentimiento Informado (CI) se adjuntan respectivamente en los anexos.



10. BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez García, M. Analysis of the effectiveness of a cognitive-behavioral group treatment in subjects with somatization. *Anales de Psicología* [revista en Internet], 2014 [29 de abril 2018], Vol. 30 (Nº 2): [412-421]. Disponible en: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/170271>.
2. De la Fuente Rodríguez, A., Pellico López, A., Fernández Lerones, MJ. Abordaje de los Trastornos Psicósomáticos desde Atención Primaria de Salud. Opciones Terapéuticas para el Abordaje de Trastornos Somatomorfos. *Medicina General de la Familia*. 2014; Vol 3 (Nº 7): 186-192.
3. Guzmán Guzmán, RE., Trastorno por Somatización: su abordaje en Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2011; Vol 4 (Nº3): 234-243.
4. Zorraquino E, Jiménez M, Calvo MF. Trastornos somatomorfos en atención primaria. *Psiquiatría y Atención Primaria*. 2005; Vol 6 (Nº 1): 7-11.
5. American Psychiatric Association. *Manual de Diagnóstico Diferencial DSM-IV-TR*. 4ª edición. Ed. Masson; 2002.
6. García Campayo, J., Salvanés Pérez, R., Álamo González, C. *Actualización en trastornos somatomorfos*. Ed. Médica Panamericana, SA; 2002.
7. Martín Valero, L., Julbe Benbingut, E. Aceña Domínguez, R. *La Tríada Ansiedad-Depresión-Somatización Dinámica y Enfoque Asistencial Enfermero*. Barcelona, 2014.



8. Moreno González, S., Terapia Cognitivo-Conductual de Pacientes con Trastorno de Somatización Abreviado (SSI 4,6) en Atención Primaria: Un Estudio Controlado Aleatorizado [Tesis doctoral]. Zaragoza: Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza; 2011.
9. Aiarzaguena, J. M., G. Grandes, et al. A randomized controlled clinical trial of a psychosocial and communication intervention carried out by GPs for patients with medically unexplained symptoms. *Psychol Med.* 2007. Vol 37 (Nº 2): 283-294.
10. American Psychiatric Association. (1995). Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales DSM-IV. Barcelona: Masson.
11. Vallejo Pareja, Miguel A. De los Trastornos Somatomorfos a los Trastornos de Síntomas Somáticos y Trastornos Relacionados. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace [revista en internet], 2014 [02 de abril 2018], Nº 110: [75-78]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4803025>.
12. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V. 5ª edición. Ed. Panamericana; 2014.
13. García Campayo, J. Sanz Carrillo, C. Pérez Echevarría, MJ., Campos, R., Lobo, A. Trastorno por somatización en atención primaria: aspectos clínicos diferenciables. *Med Clin (Barcelona)*. 2005; Nº 105: 728-733.
14. Cortés Durán, M., Villar Fidalgo, M. Trastorno por somatización y trastorno por dolor: ¿cuándo pensar en ellos?. *Medicina de Familia, SEMERGEN*. 2000; Vol 26 (Nº 26): 319-321.
15. García Campayo, J., Pascual, A., Alda, M., Oliván, B. Tratamiento Psicológico en el Trastorno De Somatización: Eficacia y Propuestas de Intervención. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica (AEPCP)*. 2005; Vol 10 (Nº 1): 15-23.



16. López Muñoz, M. Instrumentos de evaluación en Salud Mental. Madrid. Ed. Pirámide; 2002.

17. García Portilla, MP., Bascarán Fernández, MT., Saíz Martínez, PA., Parellada Redondo, M., Bousono García, M., Bobes García, J. Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica. 6ª edición. Majadahonda: Ed. Comunicación y Ediciones Sanitarias, S.L. (CYESAN); 2011.

18. Woolfolk, R. and L. Allen. Treating Somatization: A Cognitive-Behavioral Approach. ed. editor^editors. New York, London: Guilford Press; 2007.



11.ANEXOS

11.1 ANEXO I:

ESCALA STSD (SCREENING TEST FOR SOMATIZATION DISORDER) **O ESCALA PARA LA DETECCIÓN DEL TRASTORNO DE** **SOMATIZACIÓN^{16,17}**

	SÍ	NO
¿Ha tenido alguna vez dificultad para tragar o sensación de nudo en la garganta?		
¿Ha tenido alguna vez sensación de quemazón en los órganos sexuales o en el recto?		
¿Ha tenido alguna vez dificultad para recordar lo que había hecho horas o días antes? (descartando el consumo de drogas o alcohol en ese período)		
¿Ha tenido alguna vez dificultades para respirar o sensación de ahogo?		
¿Ha padecido alguna vez vómitos frecuentes – nauseas – hinchazón en el vientre?		
¿Ha sufrido de forma repetida dolores menstruales intensos? ¿Ha tenido dolores intensos en alguna zona del cuerpo de manera recurrente?		
¿Ha padecido alguna vez de dolores frecuentes en las extremidades?		



11.2 ANEXO II:

VISUAL ANALOG SCALE OF SOMATIC SYMPTOMS SSS (ESCALA DE VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD DEL SÍNTOMA SOMÁTICO)¹⁸

1. Dolor abdominal o en el vientre (no cuenta durante la menstruación)

0	1	2	3	4	5	6	7
<small>nada</small>							<small>tanto que apenas lo podía aguantar</small>
2. Dolor de espalda

0	1	2	3	4	5	6	7
<small>nada</small>							<small>tanto que apenas lo podía aguantar</small>
3. Dolor en las articulaciones (rodillas, codos, etc.)

0	1	2	3	4	5	6	7
<small>nada</small>							<small>tanto que apenas lo podía aguantar</small>
4. Dolor en brazos o piernas distinto al de las articulaciones

0	1	2	3	4	5	6	7
<small>nada</small>							<small>tanto que apenas lo podía aguantar</small>
5. Dolor en el pecho

0	1	2	3	4	5	6	7
<small>nada</small>							<small>tanto que apenas lo podía aguantar</small>
6. Dolor de cabeza

0	1	2	3	4	5	6	7
<small>nada</small>							<small>tanto que apenas lo podía aguantar</small>
7. Periodo menstrual excesivamente doloroso

0	1	2	3	4	5	6	7
<small>nada</small>							<small>tanto que apenas lo podía aguantar</small>
8. Dolor al orinar

0	1	2	3	4	5	6	7
<small>nada</small>							<small>tanto que apenas lo podía aguantar</small>
9. Quemazón en las partes íntimas

0	1	2	3	4	5	6	7
<small>nada</small>							<small>tanto que apenas lo podía aguantar</small>
10. Cualquier otro dolor, no descrito en las preguntas 1-9 (describalo: _____)

0	1	2	3	4	5	6	7
<small>nada</small>							<small>tanto que apenas lo podía aguantar</small>



11. Vómitos

0	1	2	3	4	5	6	7
nada							tanto que apenas lo podía aguantar

12. Náuseas, es decir, sentir malestar en el estómago sin llegar a vomitar

0	1	2	3	4	5	6	7
nada							tanto que apenas lo podía aguantar

13. Heces blandas o diarrea

0	1	2	3	4	5	6	7
nada							tanto que apenas lo podía aguantar

14. Gases excesivos en el estómago o abdomen

0	1	2	3	4	5	6	7
nada							tanto que apenas lo podía aguantar

15. Incapacidad para comer ciertos alimentos porque le sientan mal

0	1	2	3	4	5	6	7
nada							tanto que apenas lo podía aguantar

16. Pérdida de visión en uno o en ambos ojos, hasta el punto de no poder ver nada durante unos pocos segundos o más

0	1	2	3	4	5	6	7
nada							tanto que apenas lo podía aguantar

17. Visión borrosa durante algún período sin ser debido a la necesidad de llevar o cambiar sus gafas

0	1	2	3	4	5	6	7
nada							tanto que apenas lo podía aguantar

18. Pérdida de audición durante algún periodo de tiempo

0	1	2	3	4	5	6	7
nada							tanto que apenas lo podía aguantar

19. Dificultad al caminar

0	1	2	3	4	5	6	7
nada							tanto que apenas lo podía aguantar

20. Pérdida de sensibilidad en un brazo o pierna (excepto cuando se está quedando dormido/a o el entumecimiento producido por haber estado en una misma posición durante mucho tiempo)

0	1	2	3	4	5	6	7
nada							tanto que apenas lo podía aguantar



21. Incapacidad para mover una parte de su cuerpo al menos durante unos pocos minutos

0	1	2	3	4	5	6	7
nada							tanto que apenas lo podía aguantar

22. Pérdida de voz durante 30 minutos o más e incapacidad para hablar por encima de un susurro

0	1	2	3	4	5	6	7
nada							tanto que apenas lo podía aguantar

23. Ataque o convulsión pudiendo causar pérdida de conciencia o sacudidas corporales incontrolables

0	1	2	3	4	5	6	7
nada							tanto que apenas lo podía aguantar

24. Sentir que se va a desmayar ante sensaciones de debilidad o vértigo y terminar desmayándose

0	1	2	3	4	5	6	7
nada							tanto que apenas lo podía aguantar

25. Pérdida de conciencia por alguna otra razón

0	1	2	3	4	5	6	7
nada							tanto que apenas lo podía aguantar

26. Algún período de amnesia

0	1	2	3	4	5	6	7
nada							tanto que apenas lo podía aguantar

27. Visión doble

0	1	2	3	4	5	6	7
nada							tanto que apenas lo podía aguantar

28. Respiración entrecortada cuando no ha hecho ejercicio o esfuerzo alguno

0	1	2	3	4	5	6	7
nada							tanto que apenas lo podía aguantar

29. Su corazón late tan fuerte que podría sentir como palpita en su pecho

0	1	2	3	4	5	6	7
nada							tanto que apenas lo podía aguantar

30. Mareos

0	1	2	3	4	5	6	7
nada							tanto que apenas lo podía aguantar



31. Períodos de debilidad donde no puede levantar o mover cosas que normalmente podria levantar o mover

0 1 2 3 4 5 6 7
nada tanto que apenas
lo podia aguantar

32. Muchas marcas o decoloración de la piel

0 1 2 3 4 5 6 7
nada tanto que apenas
lo podia aguantar

33. Mal sabor de boca o excesiva aspereza en la lengua en muchas ocasiones

0 1 2 3 4 5 6 7
nada tanto que apenas
lo podia aguantar

34. Tener que ir a orinar con mucha frecuencia llegando a ser un problema

0 1 2 3 4 5 6 7
nada tanto que apenas
lo podia aguantar

35. Sensaciones desagradables de entumecimiento u hormigueo

0 1 2 3 4 5 6 7
nada tanto que apenas
lo podia aguantar

36. Sensación de bolo en la garganta que le impide tragar

0 1 2 3 4 5 6 7
nada tanto que apenas
lo podia aguantar

37. Períodos menstruales irregulares

0 1 2 3 4 5 6 7
nada tanto que apenas
lo podia aguantar

38. Menstruación abundante

0 1 2 3 4 5 6 7
nada tanto que apenas
lo podia aguantar

39. Incapacidad para orinar cuando siente que tiene que orinar

0 1 2 3 4 5 6 7
nada tanto que apenas
lo podia aguantar

40. Vómitos durante el embarazo

0 1 2 3 4 5 6 7
nada tanto que apenas
lo podia aguantar

Puntuación Total (Sumar los ítems 1-40) _____



11.3 ANEXO III:

CUESTIONARIO DE GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE.

	NADA	POCO	NORMAL	SATISFECHO	MUY SATISFECHO
¿Le ha gustado participar en el programa	1	2	3	4	5
¿Cree que le ha servido para mejorar su situación actual/salud?	1	2	3	4	5
¿Le gustaría participar de nuevo en el programa?	1	2	3	4	5



11.4 ANEXO IV

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

TÍTULO DEL ESTUDIO: Efectividad de una intervención enfermera grupal para disminuir la gravedad de los síntomas en pacientes con trastornos de síntomas somáticos y relacionados.

PROMOTOR / INVESTIGADOR: María Teresa Sanjuás Benito.

CENTRO:

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre un **estudio de investigación** en el que se le invita a participar. Este estudio se está realizando en el Centro de Salud del Ventorrillo de A Coruña y fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de A Coruña-Ferrol.

Si decide participar en el mismo, debe recibir información personalizada del investigador, **leer antes este documento** y hacer todas las preguntas que precise. Si así lo desea, puede llevar el documento, consultarlo con otras personas, y tomar el tiempo necesario para decidir participar o no.

La participación en este estudio es completamente **voluntaria**. Ud. puede decidir no participar o, si acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin dar explicaciones.

¿Cuál es el propósito del estudio?

Evaluar si existe una disminución de la gravedad de los síntomas somáticos y relacionados y mejora en la calidad de vida de los pacientes tras haber asistido a una intervención enfermera grupal en el centro de salud mental del ventorrillo.

¿Por qué me ofrecen participar a mí?

Usted está invitado a participar porque se encuentra dentro del rango de edad que se establece para llevar a cabo esta investigación (entre 18 y 65 años). Además de padecer trastorno de síntomas somáticos. Se espera que participen 74 personas en este estudio.



¿En qué consiste mi participación?

Consistirá en rellenar una serie de cuestionarios para la medición de diferentes datos como la gravedad percibida de los síntomas, la ansiedad, la depresión y la calidad de vida. Esto se realizará antes y después de la intervención a realizar. Para la misma usted tendrá que participar en una serie de actividades en grupo tutorizadas, las cuales tratarán temáticas relacionadas con su problema. También acudirá a sesiones individuales....

Su participación tendrá una duración total estimada de 9 horas, en los cuales se llevarán a cabo seis sesiones grupales de una hora de duración cada semana y tres intervenciones individuales de una hora una vez a la semana posteriores a las sesiones grupales.

¿Qué molestias o inconvenientes tiene mi participación?

Las molestias o inconvenientes que tendrá su participación será dedicar alrededor de una hora semanal a la asistencia a las sesiones durante un período de nueve semanas (seis semanas la intervención grupal y tres semanas la intervención individual).

¿Obtendré algún beneficio por participar?

Ud. no obtendrá beneficio directo por participar en el estudio. La investigación pretende descubrir aspectos desconocidos o poco claros sobre utilizar la terapia de grupo para mejorar la gravedad de los síntomas en personas que padecen trastorno de síntomas somáticos y relacionados. Esta información puede ser útil en el futuro para otras personas.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Si Ud. lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del estudio.

¿Se publicarán los resultados de este estudio?

Los resultados de este estudio serán remitidos a publicaciones científicas para su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la identificación de los participantes.



¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

El tratamiento, comunicación y transferencia de datos se hará de conformidad a lo dispuesto en la Ley 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y por su reglamento (RD 1720/2007).

Solo el equipo de investigación y las autoridades sanitarias, que tienen el deber de mantener la confidencialidad, tendrán acceso a todos los datos recogidos para el estudio. Se podrá transmitir a terceros únicamente la información que no pueda ser identificada. En el caso de que cualquier información sea transmitida a otros países, se realizará con un nivel de protección de datos por lo menos equivalente al exigido por la normativa de nuestro país.

Sus datos serán recogidos y almacenados hasta terminar el estudio de modo codificado, que quiere decir que poseen un código con el que el equipo investigador podrá conocer a quien pertenece.

El responsable de la custodia de los datos es María Teresa Sanjuás Benito. Al finalizar el estudio, los datos serán anonimizados.

¿Existen intereses económicos en este estudio?

El investigador no recibirá retribución específica por la dedicación al estudio. Usted no será retribuido por participar.

¿Cómo contactar con el equipo investigador de este estudio?

Ud. puede contactar con María Teresa Sanjuás Benito en el teléfono 669258862 o en el correo electrónico mariateresa.sanjuas@gmail.com

Muchas gracias por su colaboración.



11.5 ANEXO V

CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.

TÍTULO DEL ESTUDIO: Efectividad de una intervención enfermera grupal para disminuir la gravedad de los síntomas en pacientes con trastornos de síntomas somáticos y relacionados.

PROMOTOR / INVESTIGADOR: María Teresa Sanjuás Benito

CENTRO: Centro de Salud del Ventorrillo, A Coruña.

Yo,

- Leí la hoja de información al participante del estudio arriba mencionado que se me entregó, pude conversar con: María Teresa Sanjuás Benito y hacer las preguntas sobre el estudio necesarias para comprender sus condiciones y considero que he recibido suficiente información sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria, y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
- Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fdo.: El/la participante _____

Fecha: _____

Fdo.: investigador/a que solicita el consentimiento _____

Fecha: _____



11.6 ANEXO VI

PROCEDIMIENTO

SESIONES GRUPALES

SESIÓN 1. “CONOCIÉNDOME Y RESPIRANDO”

Adherir al paciente al tratamiento es fundamental. Inicialmente el terapeuta ha de priorizar la escucha empática con el paciente cuando describe su malestar físico y emocional en su día a día. Después deberá dar reconocimiento a las molestias del paciente y la angustia, así como a los esfuerzos del paciente para hacer frente a los síntomas. En último lugar el terapeuta debe describir el tratamiento y su lógica sin contradecir el modelo comprensivo que trae el paciente sobre sus síntomas.

Al inicio de las sesiones la forma de colocar al grupo será en círculo para facilitar la comunicación entre todos. Se dará la bienvenida al programa y se explicará porque pensamos que este tratamiento puede provocarle una mejoría en su salud. Se les dirá que habrán notado que cuando tienen una preocupación o un problema sus síntomas empeoran (le duele más la cabeza, le sienta peor la comida). Tenemos que aclarar que cuando las pruebas de laboratorio salen normales eso no quiere decir que la persona “se invente” los síntomas, si no que hoy en día no se ha descubierto totalmente el mecanismo que regula el dolor y otros síntomas y que por lo tanto no existen las pruebas necesarias “para que salga algo”. El objetivo del tratamiento no es la “curación” pero sí es el mejorar la calidad de vida mediante técnicas que van a ayudar a mejorar sus síntomas. Nuestra experiencia clínica y los estudios que hay sobre este problema nos sugieren que aprendiendo ciertas técnicas podrá mejorar no solo su estado de ánimo sino también sus síntomas”.

Se recalcará que es necesaria la asistencia a la totalidad de las sesiones del programa para valorar su eficacia. Se le dirá como debe



ponerse en contacto con el equipo por si fuese necesario cambiar alguna de las citas explicando que esto debe ser de manera excepcional.

Resultará esencial motivar al paciente para que en casa lleve a cabo lo que se le llamarán “tareas para casa”.

Se cubrirán en esta sesión las primeras escalas para tener el valor basal de las variables a medir. Se iniciará el entrenamiento en respiración abdominal mediante el siguiente guion:

Respiración profunda abdominal o diafragmática:

Cuando sentimos ansiedad la respiración se vuelve más superficial y rápida y la cantidad de aire que llega al pulmón es insuficiente; la sangre no puede oxigenarse, es decir, no puede purificarse adecuadamente y los productos de degradación de las células van intoxicando lentamente nuestro organismo. La sangre insuficientemente oxigenada contribuye a los estados de ansiedad, depresión y fatiga y hace que muchas veces una situación estresante sea todavía más difícil de superar.

Se explicará que los ejercicios de respiración han demostrado ser útiles en la reducción de la ansiedad, de la depresión, de la irritabilidad, de la tensión muscular y de la fatiga. Para poder beneficiarse de la técnica de respiración abdominal son imprescindibles la paciencia, constancia y práctica persistente.

La práctica se realizará sentados preferiblemente. Se explica la postura más cómoda: las personas han de estar sentadas con la espalda o zona lumbar bien apoyada y con las piernas en ángulo recto. La cabeza puede estar apoyada o en una posición que suponga el mínimo de tensión.

Se ejemplificará previamente un modelo de respiración diafragmática para que el grupo pueda observar cuáles son los pasos:



1. Espirando y vaciando el aire
2. Inspirando mientras se mueve la mano del abdomen al hincharse
3. Haciendo pausa manteniendo el aire dentro
4. Espiración prolongada vaciando y hundiendo el abdomen

A continuación, irá dando las instrucciones para ser seguidas por el grupo. Una vez colocados en la posición que les resulte cómoda, se sugiere la realización de la práctica con los ojos cerrados para facilitar la concentración en la respiración y evitar distracciones. Una mano sobre el abdomen (ombligo) y la otra sobre el pecho (esternón). Las manos en esta posición proporcionan información a la persona sobre qué zonas se mueven al respirar y el orden en que lo hacen.

1. Siéntate en la silla lo más cómodo que puedas. Mantén la cabeza recta sobre los hombros, no la inclines ni hacia delante ni hacia atrás. Tu espalda debe estar tocando el respaldo de la silla. Coloca adecuadamente las piernas, sin cruzarlas, y apoya totalmente los pies en el suelo. Pon las manos sobre los muslos.
2. Explora tu cuerpo en busca de signos de tensión.
3. Coloca una mano sobre el abdomen y otra sobre el tórax.
4. Toma aire, lenta y profundamente, por la nariz, llevándolo hacia abajo, haciéndolo llegar hasta el abdomen, hinchando un poco estómago y barriga y levantando la mano que tenías colocada sobre él. Trata de no mover el pecho mientras realizas la inspiración.
5. Retén un momento el aire en esa posición, contando de 1 a 3.
6. Suelta lentamente el aire por la boca, mientras cuentas de 1 a 5, haciendo un ruido suave y relajante, como el que hace el viento cuando sopla ligeramente. Con ello, tu boca y tu lengua se relajarán. El aire va saliendo y el estómago y la barriga se van hundiendo al quedarse vacías.



7. Descansa relajado un poco más (unos segundos), respirando cómodamente, antes de repetir la técnica.

Una vez se observa que se está realizando correctamente la respiración, se les indica que continúe cada participante a su propio ritmo. Se irán haciendo correcciones individualizadas. Al terminar, se les pide que observen las sensaciones corporales y “noten” cualquier cambio o sensaciones se ponen en común

Tareas para casa:

- Complimentar autorregistro de síntomas (anexo VII)
- Practicar la respiración abdominal dos veces al día en intervalos de 15 minutos.

SESIÓN 2. “ME ENTRENO EN RELAJACIÓN”

Antes del inicio de cada sesión se hará una revisión de “las tareas para casa”. Es especialmente importante empezar revisando los autorregistros. Es la única manera de que la persona entienda la importancia de completarlos durante la semana. Se hablará sobre los patrones que se observan en los autorregistros y que consecuencias ha tenido la tarea en la semana (por ejemplo, si los síntomas han empeorado por las noches, después de discutir, etc.). Se indagará sobre las reacciones físicas y emocionales que tiene el paciente al realizar la respiración abdominal. Si es necesario se harán sugerencias para mejorar la técnica

En esta segunda sesión se iniciará el aprendizaje en relajación muscular progresiva de Jacobson. Se aclarará la utilidad de la relajación en términos que lo entiendan fácilmente: “sirve para reducir la tensión de los músculos de forma voluntaria”. Tiene muchos efectos beneficiosos como descansar, disminuir la tensión muscular, aumentar la concentración, normalizar la hipertensión arterial, disminuir la preocupación y el temor, mejorar el estado de ánimo, aumentar las defensas del organismo,



disminuir el dolor y la fatiga, mejorar la respiración, mejorar la digestión, aumentar la sensación de autocontrol, etc. y no tiene efectos perjudiciales conocidos”. El entrenamiento en relajación consiste básicamente en tensar y luego relajar, secuencialmente, varios grupos de músculos a lo largo de todo el cuerpo y prestando atención en las sensaciones corporales asociadas con la tensión relajación. Con ello, aprenderemos a discriminar tensión en cada parte de nuestro cuerpo y como consecuencia directa, a relajarnos. Esos músculos que se tensan voluntariamente son los mismos que se tensa cuando se está ansioso. Si aprendes a relajarte y prácticas siguiendo las indicaciones de las sesiones grupales, podrás conseguir aplicarlo en cualquier situación que te provoque malestar. La relajación es una habilidad que podéis aprender igual que cualquier otro tipo de habilidad que requiera entrenamiento y práctica como por ejemplo conducir, montar en bicicleta, etc. Se seguirá el siguiente guion:

Se pedirá que adopten una postura cómoda y favorecedora de la relajación. Si la práctica se va a realizar tumbado, se pedirá que se coloquen boca arriba, con las piernas ligeramente separadas, los brazos extendidos a lo largo del cuerpo, las manos con las palmas mirando al cuerpo o hacia arriba y buscando una postura cómoda para el cuello. Puede ser preciso un elevador o almohada para evitar la hiperextensión del cuello. Si la práctica se va a realizar en sedestación se pedirá que se sienten lo más cómodamente posible, con la espalda bien apoyada en el respaldo, la cabeza en una posición neutra, evitando que se incline hacia algún lado, los pies bien apoyados en el suelo y sin cruzar las piernas, y las manos descansando suavemente sobre los muslos. Mostraremos cómo se tensan y se relajan los grupos musculares que intervienen: cara, cuello, hombros, brazos y manos; abdomen y espalda; cadera, piernas y pies. La tensión se mantiene un tiempo corto (3-5 segundos) siempre provocando la máxima tensión, pero sin llegar a hacerse daño. Cuando relajan los músculos se hace de golpe, dejándolos lo más sueltos y flojos posibles durante un tiempo mucho más largo (de 15 segundos aproximadamente). Un punto clave para que la técnica sea más eficaz es la sincronización de la



respiración con ambos ejercicios, de forma que se realizará una inspiración mantenida durante la fase de tensión y se liberará el aire lentamente a la vez que se aflojan los músculos. Se pedirá al paciente que centre su atención en el grupo muscular objeto de tensión. En el momento en que se le indique, tensará dicho grupo muscular, manteniéndose tenso hasta que se indique que lo relaje. Entonces la atención se centrará en los músculos relajados. Es importante incidir en cómo se tensan y relajan los músculos, en las sensaciones asociadas a la tensión y a la relajación y en que vayan notando la diferencia entre estar tenso y estar relajado. Posteriormente se procede a repasar todos los grupos musculares, siguiendo la misma secuencia, para asegurar una relajación más profunda. Se pedirá, por ello, que centren su atención en el grupo muscular tratando de identificar si todavía hay alguna zona de tensión, y posteriormente se le pedirá que lo deje más suelto y relajado. La práctica durará entre 20-25 minutos. Para finalizar se permite que disfruten de 1-2 minutos en dicha posición, disfrutando de la sensación de relajación completa. Como finalización de la sesión, se les pide que vayan movilizándose progresivamente las manos, brazos, piernas, cabeza y cuello, que no se levanten de manera brusca por posibles mareos. Esta pauta se seguirá en la 1^o y 2^o sesión.

Habrán cuatro tipos de sesiones de relajación siendo las dos primeras más extensas como la que hemos mencionado en párrafo anterior para fijar bien los conceptos y tratar todos los grupos musculares más detenidamente. Una 3^o sesión y 4^o sesión será la relajación muscular abreviada que se explica a continuación y la 5^o y 6^o sesión será la denominada relajación por evocación que se explica a continuación también en este mismo apartado del anexo.

Relajación muscular abreviada (3^o y 4^o sesión de relajación) se reduce el tiempo necesario para relajarse de modo que se pueda llevar a cabo en cualquier situación normal de la vida cotidiana que no sea estresante (paseando, esperando en una cola, sentado en una terraza). Se iniciará con 2 o 3 respiraciones profundas, exhalando despacio el aire tras cada



inspiración. A continuación, se tratará de identificar las zonas corporales de tensión y se tratará de relajarlas.

Relajación por evocación (sin tensión) (5º y 6º sesión de relajación). Se trata de una variante de la técnica de Jacobson sin provocar tensión muscular previa, que sigue la misma secuencia de grupos musculares. Se centrará la atención sobre cada músculo tratando de identificar si existe tensión en alguna zona muscular, y posteriormente se pedirá que trate de relajarlo y soltarlo. Una vez completados todos los grupos musculares se realiza un repaso de todos los músculos dejándolos más profundamente relajados.

Una vez que se haya realizado la relajación muscular progresiva se realizará visualización (imaginación guiada) al final. Se realizará a partir de la 2º sesión de relajación. Las técnicas de relajación basadas en la imaginación proponen la visualización mental de situaciones, sensaciones y emociones como vehículo para alcanzar un estado de relajación. A través de una serie de instrucciones verbales, se induce al organismo a experimentar mentalmente estados de tranquilidad, sosiego y relajación mental. La visualización es una herramienta muy útil para conseguir un mayor control de la mente, de las emociones y del cuerpo, así como para efectuar los cambios deseados del comportamiento. Es un proceso de reactivación de experiencias sensoriales y emocionales. No solamente es imaginar, sino proyectarnos al lugar donde se lleva a cabo la acción. Durante las sesiones que llevaremos a cabo se recrearán distintas situaciones agradables asociadas a la naturaleza, bosque, playa y se les motivará a que elijan una situación-lugar propio de cada uno. En esta sesión del programa se realizará la 1º sesión de relajación y práctica de respiración abdominal como en la sesión 1 del programa.

Tareas para casa:

- Complimentar autorregistro de síntomas (anexo VII)



- Se hará lista detallada de las actividades diarias: ejercicio (cualquier actividad física como pasear, nadar, etc), actividades sociales (cualquier actividad que se hace con otra persona), trabajo (hogar, profesionales...) y actividades significativas (aquellas que se realizan de manera individual que tienen un alto nivel reforzante y gratificante para el sujeto)
- Registro del paciente sobre su nivel de actividad “normal” (anexo VIII).
- Relajación muscular una vez al día (la versión extensa practicada en esta sesión)
- Respiración abdominal 2-3 veces al día con intervalos de 15 minutos.

SESIÓN 3. “BUCO MI EQUILIBRIO ENTRE DESCANSO Y ACTIVIDAD”

Revisión de los registros para casa y de las actividades realizadas para casa (incluida la relajación y la respiración). Se revisará específicamente las actividades incrementadas y como se ha sentido cada uno ante esto. Se planificará otra actividad para la semana siguiente. En esta sesión se analizarán los hábitos de sueño dando pautas sobre higiene del sueño y comentándolas y se iniciará el conocimiento sobre las técnicas de distracción. Se revisarán los autorregistros para notar la evidencia del incremento de los síntomas cuando el paciente está pendiente de ellos. Por lo que se enseñarán técnicas de distracción. También se hablará sobre la importancia del incremento de la actividad. Se analiza el registro de actividad de cada uno y si por ejemplo el paciente ya hace algo de ejercicio se empezará por otra área. Se asignará una actividad específica para la siguiente semana (mediante acuerdos). Se realizará sesión 3º de relajación y respiración abdominal y visualización.

Tareas para casa:

- Cumplimentar autorregistro de síntomas (anexo VII).



- Llevar a cabo recomendaciones para la higiene del sueño y registrar cual hace y que efecto le produjo.
- Usará técnicas de distracción al menos una vez al día.
- Completar los autorregistros del aumento de la actividad que se ha pactado y que llevará a cabo en la siguiente semana.
- Relajación muscular una vez al día (la versión extensa practicada en esta sesión).
- Respiración abdominal 2-3 veces al día con intervalos de 15 minutos.

SESIÓN 4. “APRENDO SOBRE MIS PENSAMIENTOS”

Revisar tareas para casa. Revisar sobre todo las técnicas de distracción y aquí puede ser útil tener una lista de actividades para distraer la atención del funcionamiento físico. En esta sesión se trabajará sobre las cogniciones. Se les enseñará a examinar sus pensamientos con mayor profundidad. Harán autorregistros para identificar los pensamientos disfuncionales. En esta sesión cada paciente seleccionará un pensamiento de los autorregistros y se cuestionarán siguiendo el guion del anexo IX. Se comentarán las diez distorsiones cognitivas (Anexo X). Se realizará sesión 4º de relajación y respiración abdominal y visualización.

Tareas para casa:

- Cumplimentar autorregistro de síntomas (anexo VII)
- Seguir poniendo en práctica las recomendaciones para la higiene del sueño que le sean efectivas.
- Registro de pensamientos (2-3) siguiendo el modelo del anexo IX.
- Usará técnicas de distracción al menos una vez al día.
- Mantener el aumento de actividad acordado.
- Relajación muscular una vez al día (la versión breve practicada en esta sesión)
- Respiración abdominal 2-3 veces al día con intervalos de 15 minutos.



SESIÓN 5. “¿SOY ASERTIVO/A?”

Revisar tareas para casa y nos centraremos en el registro de pensamientos. En esta sesión se hablará sobre la asertividad y los estilos de comunicación. Actuar asertivamente significa que tu expresas lo que quieres y deseas de un modo directo, honesto y en un modo adecuado que claramente indica lo que tú deseas de la otra persona, pero mostrando respeto por esta.

Asertividad es la capacidad de un individuo para expresar de manera directa sus opiniones, sentimientos, necesidades y derechos sin ofender-molestar a los demás y sin sentirse molesto.

Este estilo de comunicación suele usar “mensajes yo” (deseo, opino...) en los que se indica claramente el origen personal, que no impositivo, de los deseos, opiniones o sentimientos. Suele utilizar una expresión social franca, postura relajada, tono de voz firme y un espacio interpersonal adecuado. Se pondrán ejemplos y se realizará practica en esta sesión sobre la comunicación asertiva. Se realizará sesión 5º de relajación (por evocación) y respiración abdominal y visualización.

Tareas para casa:

- Complimentar autorregistro de síntomas (anexo VII)
- Seguir poniendo en práctica las recomendaciones para la higiene del sueño que le sean efectivas.
- Usará técnicas de distracción al menos una vez al día.
- Mantener el aumento de actividad acordado.
- Relajación muscular una vez al día (por evocación, practicada en esta sesión)
- Respiración abdominal 2-3 veces al día con intervalos de 15 minutos.



SESIÓN 6. “RECORDANDO Y AFIANZANDO CAMBIOS”

Se revisarán tareas para casa y se hará revisión mediante puesta en común de todo lo tratado en las sesiones previas. Se hará una comparativa de los primeros autorregistros de síntomas y su evolución durante las sesiones. En esta sesión se anotarán los comentarios, persistencia de problemas o individualidades de cada paciente para continuar en las sesiones individuales. Se realizará sesión 6º de relajación por evocación y respiración abdominal y visualización.

Se despide al grupo y se motiva para el mantenimiento de hábitos adquiridos y recomendados en estas sesiones:

- Seguirán poniendo en práctica las recomendaciones para la higiene del sueño que le sean efectivas.
- Mantendrán como mínimo el aumento de actividad que se ha logrado y aumentarlo en función de la tolerancia de cada uno.
- Usarán técnicas de distracción al menos una vez al día.
- Introducirán la comunicación asertiva en el día a día.
- Realizarán la relajación muscular progresiva alternando las diferentes versiones practicadas en sesiones en función de la que se ha comprobado más adecuada para cada uno.
- Realizarán la respiración abdominal que ya estará casi incorporada a su vida cotidiana.

SESIONES INDIVIDUALES

SESIÓN 7. CON PERSONA SIGNIFICATIVA

Revisión de la experiencia del paciente en el programa grupal. Presentación de la finalidad de estas sesiones a la persona significativa y escuchar su opinión sobre como cree que le ha beneficiado o no el programa grupal a su familiar.



Se comentarán las actividades agradables en pareja o en familia y su compromiso de llevarlas a cabo si no se ha hecho y planear actividades agradables adicionales. Se hablará sobre el estilo de comunicación de la pareja-familia y comentar las últimas conversaciones que han tenido. Se planearán cambios específicos en la comunicación teniendo en cuenta que ya se ha iniciado el “entrenamiento en asertividad” con el paciente. Se recomendará a ambos no hablar de los síntomas físicos y hablar sobre cosas no relacionadas con la salud. Se trabajarán técnicas de resolución de conflictos si la salud del paciente provoca discusiones. Se realizará un plan para reducir que las conductas de la pareja-familia refuercen la conducta de enfermedad.

Tareas para casa

- Mantenimiento de hábitos saludables ya adquiridos en sesiones grupales.
- Registro por parte de paciente y familiar de situaciones que durante esta semana sean conflictivas o provoquen dudas para comentar en siguiente sesión.
- Aumento de actividades agradables en pareja o en familia
- Practicar las recomendaciones sobre comunicación y la persona significativa debe cambiar la conducta comentada con anterioridad

SESIÓN 8. CON PERSONA SIGNIFICATIVA

Se revisan las tareas para casa. Se trabajará sobre todo en el registro de las situaciones registradas por ambos y se buscarán acuerdos y soluciones a ellas.

Tareas para casa

- Mantenimiento de hábitos saludables ya adquiridos en sesiones grupales.
- Registro por parte de paciente y familiar de situaciones que durante esta semana sean conflictivas o provoquen dudas para comentar en siguiente sesión.



- Aumento de actividades agradables en pareja o en familia
- Practicar las recomendaciones sobre comunicación y la persona significativa debe cambiar la conducta comentada con anterioridad

SESIÓN 9. CON PERSONA SIGNIFICATIVA

Se revisan las tareas para casa. Se trabajará sobre todo en las situaciones registradas por ambos y se buscarán acuerdos y soluciones a ellas.

En esta sesión se despide al paciente y familiar del programa y se oferta disponibilidad. Se explicará que en el día a día siempre van a surgir situaciones de conflicto o posibles recaídas pero que ahora tiene una serie de herramientas para combatirlas y hacerles frente buscando una solución.



11.6.1 ANEXO VII

AUTORREGISTRO SÍNTOMAS

DÍA - HORA	
MOLESTIA	
LUGAR	
INTENSIDAD	
SITUACIÓN	
PENSAMIENTO	
SENTIMIENTO	
CONDUCTA	



11.6.2 ANEXO VIII

REGISTRO NIVEL DE ACTIVIDAD

Completar con las actividades que normalmente realiza. Apuntar también cuanto tiempo suele dedicar a dicha actividad (por ejemplo, “piscina: 90 min 3 días a la semana”).

EJERCICIO FISICO	ACTIVIDADES SOCIALES	TRABAJO	ACTIVIDADES SIGNIFICATIVAS



11.6.3 ANEXO IX

EVALUANDO LOS PENSAMIENTOS

PENSAMIENTO:
Que indicaría que este pensamiento es cierto
Que indicaría que este pensamiento no es cierto
Existe alguna otra explicación
Que es lo peor que puede pasar
Que es lo mejor que puede pasar
Como me hace sentir este pensamiento
Que le diría a un amigo/a que estuviera en esta situación

11.6.4 ANEXO X

LAS 10 MODALIDADES DE PENSAMIENTOS NEGATIVOS⁸

Pensamiento del tipo “todo” o “nada”	Consiste en ver las cosas en términos de “blanco o negro”. Si una situación no alcanza la perfección la considera un fracaso total.
Sobregeneralización	Consiste en considerar que, a partir de un acontecimiento puntúa negativo, como un desengaño amoroso o un problema profesional, esto ocurrirá para siempre. Son pensamientos del tipo “siempre” o “nunca”.
Filtro mental	Escoger un único detalle negativo y hacer hincapié exclusivamente de éste, de manera que no se tiene una perspectiva general de la situación.
Descartar lo positivo	Descartar las experiencias positivas, insistiendo en que no cuentan o no tienen importancia porque es “su obligación”. Eliminar lo positivo elimina la alegría de la vida y le hace sentirse incompleto y poco gratificado.
Precipitación en las conclusiones	Consiste en interpretar las cosas de forma negativa cuando no existen hechos que avalen esta conclusión.
Amplificación	Exagerar la importancia de sus problemas y sus defectos o minimizar la importancia de sus principales cualidades.
Razonamiento emocional	Suponer que cuando se está influenciado por las emociones negativas, éstas reflejan forzosamente el estado real de las cosas.
Afirmaciones hipotéticas	Decirse a sí mismo que las cosas deberían ser como desearía o esperararía que fueran.



	<p>Conducen a rabia y a frustración. Cuando se dirigen hacia uno mismo, generalmente no funcionan: hacen que la persona se revele, generando el impulso contrario.</p>
Etiquetaje	<p>Etiquetar a las personas constituye una forma extrema de pensamiento del todo o nada. En lugar de decir “he cometido un error”, asignar una etiqueta negativa a su persona: “soy un perdedor”. También se puede etiquetar de “fracasado” o de “tonto”. Ponerse etiquetas es un hecho racional, porque usted y sus conductas no son la misma cosa. Además, generan rabia, ansiedad, frustración y baja autoestima.</p>
Personalización y vergüenza	<p>La personalización tiene lugar cuando la persona asume toda la responsabilidad de un hecho que no está totalmente bajo su control.</p> <p>Genera sentimientos de culpa, vergüenza e incompetencia.</p> <p>Otras personas hacen lo contrario, culpan a los demás o a las circunstancias de sus problemas y no tienen en cuenta su contribución a los mismos.</p> <p>Echar la culpa a los demás no suele conducir a ninguna parte, dado que las otras personas se molestarán al sentirse cabezas de turco y le devolverán la jugada.</p>