

EFICACIA DEL GRUPO DE RELAJACIÓN EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL: ESTUDIO PILOTO

JAVIER CERDÁ MIR^{1,6}, ANA BENITO DELEGIDO^{2,6}, ALICIA MEJÍAS ANDÚJAR^{3,6},
YOLANDA BONORA DEFEZ^{3,6}, ROSA BERTÓ VIDAL^{4,6} Y JUAN PRETEL PIQUERAS^{5,7}

¹Enfermero. ²Psicóloga clínica. ³Auxiliar de enfermería. ⁴Administrativa. ⁵Psiquiatra.

⁶Unidad de Salud Mental de Torrent (Valencia).

⁷Hospital General Universitario de Valencia.

RESUMEN

Justificación: las técnicas de relajación han mostrado efectividad en el tratamiento de los trastornos de ansiedad (TA) y en la mejora de la calidad de vida. En la Unidad de Salud Mental (USM) de Torrent, se realizan grupos de relajación para TA impartidos por enfermería.

Objetivo: se evaluó la eficacia de las técnicas de relajación impartidas en grupo por enfermería en la USM de Torrent.

Metodología: diseño cuasi experimental pretest-postest. La muestra estuvo constituida por 49 usuarios, que participaron en los seis primeros grupos impartidos en la USM de Torrent. Cada grupo consta de ocho sesiones. Sus contenidos son: respiración diafragmática, relajación muscular, relajación autógena, visualización, técnicas de distracción y actividades reforzantes. Se estudiaron variables psicopatológicas y de satisfacción con el tratamiento. Se usaron en el pretest el Inventario de Síntomas SCL-90-R (Symptom Checklist-90-R), el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI (State-Trait Anxiety Inventory) y el Inventario de Evaluación del Trastorno de Ansiedad Generalizada GADI (Generalized Anxiety Disorder Inventory). En el postest, se usaron dichas pruebas y el Cuestionario de Percepciones del Tratamiento.

Resultados: las puntuaciones postest eran significativamente más bajas que las pretest en las variables: somatizaciones, obsesiones y compulsiones, depresión, ansiedad, ansiedad fóbica, psicoticismo e índices global de severidad y positivo de malestar del SCL-90-R; ansiedad estado y rasgo del STAI; y TA generalizada del GADI.

Conclusiones: estos resultados sugieren la eficacia de la realización del grupo de relajación para los TA e indican la pertinencia de llevar a cabo investigaciones futuras sobre su eficacia, siendo interesante la realización de estudios longitudinales.

Palabras clave: trastornos de ansiedad, relajación, salud mental, enfermería.



INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad (TA) son uno de los diagnósticos más frecuentes¹. En Estados Unidos, la prevalencia-vida es del 20 %; en Europa, del 13,6 %; y la prevalencia-año, del 6,4 %².

Los TA presentan como síntomas nucleares miedo o temor excesivo o patológico, así como preocupaciones, tensión o activación, causando malestar notable o deterioro clínicamente significativo en quienes los padecen³. Se asocian a sustanciales niveles de incapacidad y son, junto con los trastornos del estado de ánimo, los que más contribuyen a la morbilidad a través del sufrimiento que generan y los que más repercuten en las economías nacionales⁴. Quienes los padecen son usuarios que realizan un gran número de consultas de urgencias y comportan un tercio del total de los gastos derivados del tratamiento de los trastornos mentales³. Debido al deterioro en la calidad de vida y los costes que suponen, es importante implementar tratamientos basados en la evidencia y coste-efectivos fácilmente accesibles a los usuarios⁵.

Las intervenciones cognitivo-conductuales son las más efectivas para tratar los TA⁶, y las técnicas de relajación, las más frecuentemente aplicadas⁷, con evidencia sobre su eficacia y efectividad⁸. Reducir los niveles de activación psicofisiológica suele ser uno de los objetivos psicoterapéuticos más frecuentes, de especial relevancia en los TA⁸. La relajación se usa como intervención única o como parte de otras intervenciones⁹. Se emplea frecuentemente para disminuir la tensión, ya que anula la respuesta de estrés, llevando a la reducción de la excitación nerviosa simpática y a la activación del sistema nervioso parasimpático, con descenso de la tensión muscular, la presión sanguínea y la frecuencia respiratoria¹⁰.

La relajación resulta igual de efectiva que las intervenciones farmacológicas, cognitivas o basadas en

la exposición para el trastorno de pánico con o sin agorafobia, el TA generalizada y la fobia al dentista¹¹. Reduce la activación autonómica y la experiencia desagradable de ansiedad, mejora el sueño y otros síntomas asociados al estrés y aumenta la motivación a continuar el tratamiento¹². Su uso se relaciona con mayores porcentajes de altas terapéuticas⁸. Además, es un método coste-efectivo, y el conocimiento y las habilidades adquiridos pueden contribuir al automanejo a largo plazo de los trastornos mentales¹⁰. Por otro lado, las técnicas de relajación no presentan efectos secundarios, incluso pueden utilizarse en sujetos sanos, ya que son útiles para mejorar la calidad de vida⁸.

Las técnicas de relajación se clasifican en¹³: 1) relajación muscular progresiva¹⁴, cuyas variantes son: relajación diferencial¹⁵, aplicada¹⁶, condicionada y pasiva; 2) entrenamiento autógeno¹⁷; 3) respiración; 4) *biofeedback*; y 5) otras técnicas como meditación, yoga, hipnosis, etc. Rosa *et al.*¹⁸, en su metanálisis sobre la eficacia de las técnicas de relajación, no encontraron diferencias entre las distintas técnicas, pero los resultados eran mejores cuando se aplicaban conjuntamente distintos procedimientos de relajación.

En la Unidad de Salud Mental (USM) de Torrent, el 46,6 % de las primeras consultas reciben un diagnóstico de TA. En casi todas las intervenciones con estos usuarios, se emplea alguna técnica de relajación para la reducción de síntomas o como tratamiento coadyuvante para implementar otras intervenciones terapéuticas. Dada la presión asistencial y el tiempo que requiere el entrenamiento en relajación, se consideró que sería un importante apoyo al tratamiento de estos usuarios la implementación de un grupo de técnicas de relajación impartido por enfermería.

Nuestras hipótesis de estudio son que la participación en el grupo de relajación (GR) reducirá la psicopatología ansiosa que presentan las personas con TA y que los participantes se sentirán satisfechos con el tratamiento. Para contrastar estas hipó-

Correspondencia: Ana Benito Delegido
Correo electrónico: anabenitodel@hotmail.com

tesis, el objetivo de este trabajo fue evaluar la eficacia de las técnicas de relajación impartidas en grupo por enfermería en usuarios con TA.

METODOLOGÍA

El diseño utilizado fue cuasi experimental intrasujetos pretest-posttest sin grupo de control. La población de estudio estuvo compuesta por los usuarios de la USM de Torrent que presentaban TA.

La muestra estudiada estuvo formada por 49 usuarios con TA que participaron en los seis primeros grupos impartidos en la unidad. Fueron seleccionados por muestreo consecutivo entre los usuarios que eran derivados al GR. Los criterios de inclusión eran: presentar TA, que el facultativo responsable del paciente lo derivara y que el paciente aceptara participar firmando el consentimiento informado. Los criterios de exclusión eran: presentar trastorno mental grave y presentar otros trastornos mentales comórbidos. Los diagnósticos admitidos eran: trastorno de pánico con o sin agorafobia, agorafobia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, TA generalizada, TA no especificado, hipocondría, otros trastornos somatomorfos, trastornos del sueño y tricotilomanía.

Se estudió como variable independiente el momento de la evaluación (pretratamiento y postratamiento). Se estudiaron 16 variables dependientes, 15 de ellas evaluadas pretest y posttest (puntuaciones en nueve dimensiones primarias de síntomas, tres índices globales de malestar psicológico, ansiedad estado, ansiedad rasgo y TA generalizada) y una evaluada solo en el posttest (satisfacción con el tratamiento recibido).

Para la evaluación de las variables, se utilizaron las siguientes pruebas psicométricas:

- Inventario de Síntomas SCL-90-R¹⁹. Autoinforme para evaluar psicopatología en pacientes psiquiátricos y médicos. Tiene 90 ítems de tipo Likert (de

«0 = en absoluto» a «4 = mucho»). Evalúa nueve dimensiones primarias de síntomas: somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Proporciona tres índices globales de malestar psicológico: índice global de severidad, índice positivo de malestar y total de síntomas positivos. Los coeficientes de fiabilidad oscilan entre 0,69 y 0,90²⁰.

- Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI^{21,22}. Autoinforme de 40 ítems de tipo Likert (de «0 = nada» a «3 = mucho»). Evalúa la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). Presenta coeficientes de fiabilidad de entre 0,84 y 0,93, y adecuadas pruebas de validez²³.
- Inventario de Evaluación del Trastorno de Ansiedad Generalizada GADI²⁴. Autoinforme de 22 ítems de tipo Likert (de «0 = en absoluto» a «4 = extremadamente»). Evalúa la intensidad clínica del TA generalizada en las dos últimas semanas, explorando la presencia de ansiedad y la dificultad de manejo, el impacto psicofisiológico y las manifestaciones psíquicas y somáticas de dicha ansiedad.
- Cuestionario de Percepciones del Tratamiento²⁵. Evalúa cuestiones críticas que influyen en la satisfacción con el tratamiento: la percepción de los usuarios sobre la naturaleza e intensidad del contacto con el personal del programa y los aspectos del servicio de tratamiento y su aplicación, sus reglas y la normativa. Tiene 10 ítems de tipo Likert (de «0 = muy en desacuerdo» a «4 = muy de acuerdo»). Presenta una fiabilidad interna de 0,83 y adecuada validez discriminante. La versión española muestra una fiabilidad interna de 0,73 y de test-retest de 0,91²⁶.

En la realización del estudio, se siguieron las normas éticas del Hospital General Universitario de Valencia y de la Declaración de Helsinki de 1975, con la revisión de octubre de 2000.



Enfermería y psicología diseñaron el protocolo de aplicación del GR, incluyendo el guion para el conductor del grupo, el material para los usuarios y el protocolo de evaluación. Se informó a los facultativos del GR, de los criterios de inclusión y exclusión y del modo de derivación: el facultativo comenta al usuario la posibilidad de participar en el grupo y, si este accede, el profesional rellena la hoja de derivación y la entrega al personal de enfermería, que cita a los pacientes. Una vez firmado el consentimiento informado, una auxiliar recoge los datos sociodemográficos y clínicos y evalúa al usuario con el SCL-90-R, el STAI y el GADI.

El GR consta de ocho sesiones semanales de hora y media, cuyos contenidos se pueden ver en la tabla 1. Los grupos fueron conducidos por un enfermero y estaba presente una auxiliar para formarse en la aplicación del protocolo. Los usuarios seguían recibiendo tratamiento estándar. Una vez finalizado cada grupo, se evaluaba a los usuarios con el SCL-90-R, el STAI, el GADI y el Cuestionario de Percepciones del Tratamiento. La persona que dirigía el grupo, la que evaluaba a los usuarios y la que analizó los datos eran distintas para minimizar sesgos.

El análisis de datos se realizó con el programa IBM SPSS Statistics 21.0. Las diferencias pre-post en las variables dependientes fueron analizadas mediante prueba *t* para muestras relacionadas. Se usó la prueba *t* para comparar las puntuaciones en las variables dependientes en el posttest entre los que recibían tratamiento farmacológico y los que no. Para comparar las puntuaciones en las variables dependientes en el posttest según el tratamiento estándar recibido, se usó el análisis de la varianza (ANOVA).

RESULTADOS

La media de asistentes a cada grupo fue de 8,16. En la tabla 2, se pueden ver los descriptivos sociodemográficos y clínicos de la muestra. El 22,4 % de

la muestra eran hombres, y el 77,6 %, mujeres. La media de edad era de 42,37 años.

En la tabla 3, se pueden observar las medias y las comparaciones pre-post en las variables dependientes. Las puntuaciones posttest eran significativamente más bajas que las pretest en las variables somatizaciones, obsesiones y compulsiones, depresión, ansiedad, ansiedad fóbica, psicoticismo e índices global de severidad y positivo de malestar del SCL-90-R; ansiedad estado y rasgo del STAI; y TA generalizada del GADI. En el Cuestionario de Percepciones del Tratamiento, la media de satisfacción con el tratamiento recibido era de 31,39 (siendo la máxima puntuación posible 40).

Quienes recibían tratamiento farmacológico no se diferenciaban en el posttest en ninguna de las variables dependientes de aquellos que no lo recibían. No existían diferencias en las variables dependientes posttest según el tratamiento estándar recibido.

LIMITACIONES

La principal limitación es que no se dispone de grupo de control, por lo que no podemos asegurar que los resultados se deban a la participación en el GR. La mejoría observada puede deberse a la remisión espontánea o al tratamiento estándar. Sin embargo, no hay diferencias en el posttest en ninguna de las variables según el tratamiento estándar que recibían los usuarios (ninguno, psicológico, psiquiátrico o ambos) ni entre aquellos que tomaban medicación y los que no. Esto coincide con Burgos *et al.*¹², quienes no encuentran diferencias ni pretest ni posttest en ansiedad y depresión entre quienes toman psicofármacos y los que no en un taller de técnicas de relajación y cognitivo-conductuales. Otra limitación es el elevado número de abandonos (30 %), superior al 20 % que se considera excesivo en los ensayos clínicos²⁷. Esto podría sesgar los resultados si los que abandonan son los usuarios más graves o en los que el GR es menos efectivo. Podría ser que el propio hecho de no encontrar mejoría les haga

Tabla 1. Contenidos del grupo de técnicas de relajación

Sesión	Contenidos
1	Presentación del grupo y los participantes. Información sobre la relajación y las diferentes técnicas. Entrenamiento en respiración diafragmática lenta. <i>Feedback</i> , entrega de material y tarea para casa.
2	Revisión de la tarea. Práctica de la respiración diafragmática lenta. Entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson de 16 grupos musculares. <i>Feedback</i> , entrega de material y tarea para casa.
3	Revisión de la tarea. Práctica de la respiración diafragmática lenta. Práctica de la relajación muscular progresiva de Jacobson de 16 grupos musculares. Práctica de la relajación muscular progresiva de 16 grupos musculares sin la tensión. <i>Feedback</i> , entrega de material y tarea para casa.
4	Revisión de la tarea. Práctica de la respiración diafragmática lenta. Entrenamiento de la relajación muscular progresiva de Jacobson de 8 grupos musculares. Entrenamiento de la relajación muscular progresiva de Jacobson de 4 grupos musculares. Práctica de la relajación muscular progresiva de 16 grupos musculares sin la tensión. <i>Feedback</i> , entrega de material y tarea para casa.
5	Revisión de la tarea. Práctica de la respiración diafragmática lenta. Práctica de la relajación muscular progresiva de 8 grupos musculares sin la tensión. Práctica de la relajación muscular progresiva de 4 grupos musculares sin la tensión. Entrenamiento de la relajación autógena de Shultz. <i>Feedback</i> , entrega de material y tarea para casa.
6	Revisión de la tarea. Práctica de la respiración diafragmática lenta. Práctica de la relajación autógena de Shultz. Entrenamiento de la visualización de un paisaje. Entrenamiento de la visualización de la playa. <i>Feedback</i> , entrega de material y tarea para casa.
7	Revisión de la tarea. Práctica de la respiración diafragmática lenta. Práctica de la visualización del bosque y el mar. Psicoeducativo: técnicas de distracción y actividades reforzantes. <i>Feedback</i> , entrega de material y tarea para casa.
8	Revisión de la tarea. Práctica de la respiración diafragmática lenta. Práctica de la relajación muscular progresiva lenta de 8 grupos sin tensión. Práctica de la relajación autógena de Shultz. Práctica de la visualización del bosque y el mar. Cierre del grupo.



Tabla 2. Descriptivos sociodemográficos y clínicos de la muestra

Sexo	Hombre	22,4 % (n = 11)
	Mujer	77,6 % (n = 38)
Edad	\bar{X}	42,37
	DT	13,09
Nacionalidad	Española	95,9 % (n = 47)
	Argentina	2 % (n = 1)
	Italiana	2 % (n = 1)
Estado civil	Soltero	40,8 % (n = 20)
	Casado/Pareja de hecho	59,2 % (n = 29)
Nivel de estudios	Enseñanza obligatoria incompleta	6,1 % (n = 3)
	Enseñanza obligatoria completa	65,3 % (n = 32)
	Enseñanza secundaria/FP1 o equivalente	16,3 % (n = 8)
	Enseñanza universitaria de ciclo corto/FP2 o equivalente	8,2 % (n = 4)
	Enseñanza universitaria de ciclo largo y superiores	4,1 % (n = 2)
Situación laboral	Parado	18,8 % (n = 9)
	Contrato temporal	2,1 % (n = 1)
	Contrato indefinido/Autónomo	16,7 % (n = 8)
	ILT	22,9 % (n = 11)
	Pensionista	8,3 % (n = 4)
	Estudiante	4,2 % (n = 2)
Número de hijos	Ama de casa	27,1 % (n = 13)
	\bar{X}	1,06
Fumador	DT	1,01
	Sí	36,7 % (n = 18)
Antecedentes psiquiátricos personales	No	63,3 % (n = 31)
	Sí	26,1 % (n = 12)
Antecedentes psiquiátricos familiares	No	73,9 % (n = 34)
	Sí	36,2 % (n = 17)
Tratamiento que recibe	No	63,8 % (n = 30)
	Ninguno	6,1 % (n = 3)
	Tratamiento psicológico	28,6 % (n = 14)
	Tratamiento psiquiátrico	20,4 % (n = 10)
Número de sesiones a las que asiste	Tratamiento psiquiátrico y psicológico	44,9 % (n = 22)
	\bar{X}	5,51
Abandonos	DT	2,57
	Sí	30,6 % (n = 15)
	No	69,4 % (n = 34)

\bar{X} : media; DT: desviación típica; FP: formación profesional; ILT: incapacidad laboral transitoria; n: tamaño de la muestra.

Tabla 3. Medias y comparaciones entre el pretest y el posttest en las variables dependientes

	PRETEST	POSTEST	t
Somatizaciones	$\bar{X} = 2,27$ DT = 0,81	$\bar{X} = 1,76$ DT = 0,75	4,030 $p < 0,001^{***}$
Obsesiones y compulsiones	$\bar{X} = 2,21$ DT = 1,06	$\bar{X} = 1,63$ DT = 0,91	4,165 $p < 0,001^{***}$
Sensitividad interpersonal	$\bar{X} = 1,51$ DT = 0,96	$\bar{X} = 1,42$ DT = 1,06	0,733 $p = 0,469$
Depresión	$\bar{X} = 2,21$ DT = 0,98	$\bar{X} = 1,72$ DT = 0,86	3,458 $p = 0,002^{***}$
Ansiedad	$\bar{X} = 2,39$ DT = 0,93	$\bar{X} = 1,83$ DT = 0,75	3,851 $p = 0,001^{***}$
Hostilidad	$\bar{X} = 1,24$ DT = 1,03	$\bar{X} = 1,13$ DT = 1,00	0,712 $p = 0,482$
Ansiedad fóbica	$\bar{X} = 1,59$ DT = 1,08	$\bar{X} = 1,25$ DT = 0,96	2,366 $p = 0,024^*$
Ideación paranoide	$\bar{X} = 1,68$ DT = 1,09	$\bar{X} = 1,43$ DT = 0,98	1,864 $p = 0,071$
Psicoticismo	$\bar{X} = 1,45$ DT = 0,89	$\bar{X} = 1,17$ DT = 0,78	2,513 $p = 0,017^*$
Índice global de severidad	$\bar{X} = 1,92$ DT = 0,79	$\bar{X} = 1,54$ DT = 0,73	3,745 $p = 0,001^{***}$
Total de síntomas positivos	$\bar{X} = 64,26$ DT = 18,31	$\bar{X} = 60,29$ DT = 17,58	1,571 $p = 0,126$
Índice positivo de malestar	$\bar{X} = 2,62$ DT = 0,52	$\bar{X} = 2,20$ DT = 0,59	5,464 $p < 0,001^{***}$
Ansiedad estado	$\bar{X} = 35,44$ DT = 13,30	$\bar{X} = 28,58$ DT = 11,88	3,559 $p = 0,001^{***}$
Ansiedad rasgo	$\bar{X} = 37,64$ DT = 10,84	$\bar{X} = 32,50$ DT = 12,84	3,139 $p = 0,004^{**}$
Trastorno de ansiedad generalizada	$\bar{X} = 50,17$ DT = 17,15	$\bar{X} = 41,14$ DT = 17,48	3,309 $p = 0,002^{***}$
Satisfacción		$\bar{X} = 31,39$ DT = 5,47	

\bar{X} : media; DT: desviación típica; p : nivel de significación.

Nota: se señalan con * las probabilidades menores de 0,05, con ** las menores de 0,01 y con *** las que continúan siendo significativas tras la corrección de Bonferroni (0,05/15: 0,003).



no participar, lo cual afectaría a los resultados¹². Por otro lado, la evaluación postest es bastante próxima a la finalización del taller, por lo que pueden intervenir sesgos de recuerdo y de deseabilidad social¹².

DISCUSIÓN

Respecto a las técnicas incluidas en el GR, hemos optado por las técnicas de relajación más usadas en contextos clínicos, con la excepción de las técnicas de *mindfulness*. Esta elección se ha hecho basándonos en autores²⁸ que consideran que estar sentado en silencio meditando puede ser difícil para personas ansiosas con altos niveles de activación fisiológica, por lo que sería preferible ocupar al participante en una actividad estructurada (p. ej., respiración controlada), que le lleva a efectos calmantes inmediatamente observables.

Con la cautela debida a las limitaciones comentadas, los resultados obtenidos nos parecen bastante satisfactorios. Los participantes en el GR presentan en el postest puntuaciones significativamente más bajas en somatizaciones, obsesiones y compulsiones, depresión, ansiedad, ansiedad fóbica, psicoticismo, índices global de severidad y positivo de malestar, ansiedad estado y rasgo y TA generalizada. Estos resultados coinciden con los metanálisis^{29,30} que encuentran que la relajación muscular es efectiva para varios síntomas clínicos. Se ha usado como terapia única con éxito en el tratamiento de insomnio, hipertensión, asma, tensión y ansiedad general, fobia, dolor, tabaquismo, dolor de cabeza tensional y migrañas, hiperactividad y conductas compulsivas⁹. También produce mejoras en depresión, aversión a la quimioterapia, reactividad al estrés, falta de competencia inmunitaria en la vejez, dismenorrea, dolor lumbar, ansiedad generalizada y acúfenos crónicos⁹.

Como hipotetizamos, los participantes en el GR mejoran en las variables relacionadas con la ansiedad. Esto concuerda con los numerosos trabajos que muestran que la relajación muscular es particular-

mente beneficiosa en TA como la fobia al dentista, el TA generalizada y el trastorno de pánico^{9,11}.

Por otro lado, también han reducido sus puntuaciones en depresión y psicoticismo. Blanco *et al.*⁸ encontraron en trastornos afectivos un porcentaje de altas del 45,5 % cuando no se usaban técnicas de relajación y del 69,4 % cuando sí se usaban. Dado que las técnicas de relajación no son un tratamiento específico para problemas afectivos, estos autores atribuyen este resultado a la habitual comorbilidad de los trastornos afectivos con los TA, para los que sí están especialmente indicadas estas técnicas. También comentan que puede deberse a que los TA y los afectivos comparten muchos síntomas. Igualmente, en la revisión de Shah *et al.*¹⁰, las intervenciones relajantes (música y relajación muscular) resultaban más eficaces que el tratamiento estándar para disminuir los síntomas depresivos, sin embargo, la relajación sola no era tan eficaz como el ejercicio o la combinación de entrenamiento en concreción y relajación. Estos autores encuentran que la relajación es eficaz en la depresión en pacientes con enfermedades médicas y que la combinación de psicoeducación y relajación (como la respiración abdominal y la imaginación guiada) podría mitigar la depresión en personas con trastorno por estrés posttraumático, trastorno adaptativo, duelo patológico y trastorno distímico. Otra posible explicación a la mejora de los síntomas depresivos en nuestra muestra sería que podrían deberse a la activación conductual que puede haber provocado la inclusión en la séptima sesión de psicoeducación sobre actividades reforzantes. Dicho contenido se incluyó siguiendo los postulados de Ohtsu *et al.*³¹, que consideran que la relajación para la promoción de la salud debería incluir la relajación pasiva (el descanso que permite la recuperación de la fatiga física y mental) y la activa (el ocio que ayuda a desarrollar un sentido de propósito en la vida a través de actividades que cultiven el bienestar mental y espiritual).

Respecto al psicoticismo, nuestros resultados coinciden con los de Mohan y Chopra³², quienes tam-

bién encontraron que la relajación reducía las puntuaciones en esta dimensión. Una posible explicación es que las puntuaciones altas en psicoticismo se han asociado a mayores cambios en la frecuencia cardíaca ante estímulos emocionales negativos³³. Por otro lado, Rawlings y Leow³⁴ encontraron que el psicoticismo se asociaba a respuestas emocionales negativas al escuchar música relajante.

Cabe destacar que el nivel de satisfacción con el grupo es alto, con una puntuación media equivalente a notable. Esto coincide con la afirmación de Cuijpers y Schuurmans⁵ de que la oportunidad de aprender estas técnicas es muy apreciada por muchos pacientes.

CONCLUSIONES

Nuestra conclusión es que estos resultados son prometedores y nos animan a continuar con el GR y a realizar un estudio de su eficacia con un mejor diseño que supere las limitaciones de este. En concreto, el siguiente estudio sobre la eficacia del GR tendrá las siguientes mejoras: seguimientos a más largo plazo (al acabar, a los dos y a los seis meses), inclusión de un grupo de control de pacientes en lista de espera (esto es factible sin faltar a la ética, pues, de hecho, ya hay lista de espera para entrar en el grupo), aleatorización, análisis por intención de tratar y considerar si es económicamente factible evaluar alguna variable de resultado psicofisiológica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Poves S, Romero R, Vucínovich N. Experiencia grupal breve para pacientes con trastornos de ansiedad en un Centro de Salud Mental. *Rev Asoc Española Neuropsiqu.* 2010;30(107):409-18.
2. Arenas MC, Puigcerver A. Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos Psicol.* 2009;3(1):20-9.
3. Gobierno de Cantabria. Plan de Salud 2013-2018. Estrategia de salud mental. Disponible en: <http://ascsam.org/images/interes/Proyecto.pdf>
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria. Madrid: Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; 2008. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DGuia+resumida.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220399613699&ssbinary=true>
5. Cuijpers P, Schuurmans J. Self-help interventions for anxiety disorders: an overview. *Curr Psychiatry Rep.* 2007;9(4):284-90.
6. Caballo VE, Mateos PM. El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del siglo XXI. *Psicol Conductual.* 2000;8(2):173-215.
7. Richardson KM, Rothstein HR. Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. *J Occup Health Psychol.* 2008;13(1):69-93.
8. Blanco C, Estupiñá FJ, Labrador FJ, Fernández-Arias I, Bernaldo-de-Quirós M, Gómez L. El uso de las técnicas de relajación en la práctica de una clínica de psicología. *An Psicol.* 2014;30(2):403-11.
9. Conrad A, Roth WT. Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: it works but how? *J Anxiety Disord.* 2007;21(3):243-64.
10. Shah LB, Klainin-Yobas P, Torres S, Kannusamy P. Efficacy of psychoeducation and relaxation interventions on stress-related variables in people with mental disorders: a literature review. *Arch Psychiatr Nurs.* 2014;28(2):94-101.
11. Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM, Parslow RA, Rodgers B, Blewitt KA. Effectiveness of complementary and self-help treatments for anxiety disorders. *Med J Aust.* 2004;181(7 Suppl):S29-46.
12. Burgos ML, Ortiz MD, Muñoz F, Vega P, Bordallo R. Intervención grupal en los trastornos de ansiedad en Atención Primaria: técnicas de relajación y cognitivo-conductuales. *Semergen.* 2006;32(5):205-10.
13. Vera MN, Vila J. Técnicas de relajación. En: Caballo VE (ed.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta.* Madrid: Siglo XXI; 1991. p.161-82.
14. Jacobson E. *Progressive relaxation.* 2.ª ed. Chicago: University of Chicago Press; 1938.
15. Bernstein DA, Borkovec T. *Entrenamiento en relajación progresiva: un manual para terapeutas.* 2.ª ed. Bilbao: Desclee de Brouwer; 1983.
16. Öst LG. Applied relaxation: description of a coping technique and review of controlled studies. *Behav Res Ther.* 1987;25(5):397-409.
17. Schultz JM. *El entrenamiento autógeno: autorregulación concentrativa.* 4.ª ed. Barcelona: Científico-Médica; 1980.



18. Rosa AI, Olivares J, Sánchez J. Efectos diferenciales de las técnicas de relajación sobre la ansiedad: una revisión meta-analítica en España. *Ansiedad y Estrés*. 1998;4(1):97-110.
19. Derogatis LR. SCL-90-R: administration scoring and procedures manual. Baltimore: Clinical Psychometric Research; 1983.
20. Caparrós-Caparrós B, Villar-Hoz E, Juan-Ferrer J, Viñas-Poch F. Symptom Check-List-90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *Int J Clin Heal Psychol*. 2007;7(3):781-94.
21. Spielberger CD, Gorsuch R, Lushene R. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto: Consulting Psychologist; 1970.
22. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. 7.ª ed. rev. Madrid: TEA; 2008.
23. Fonseca-Pedrero E, Paino M, Sierra-Baigrie S, Lemos-Giráldez S, Muñiz J. Propiedades psicométricas del «Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo» (STAI) en universitarios. *Behav Psychol / Psicol Conduct*. 2012;20(3):547-61.
24. Argypoulos SV, Wright TS, Forshall SW, Nutt DJ. Generalised Anxiety Disorder Inventory (GADI). Bristol: Psychopharmacology Unit, University of Bristol; 2000.
25. Marsden J, Stewart D, Gossop M, Rolfe A, Bacchus L, Griffiths P, et al. Assessing client satisfaction with treatment for substance use problems: development of the Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ). *Addict Res Theory*. 2000;8(5):455-70.
26. Mandersen J, Nizzoli U, Corbelli C, Margaron H, Torres MA, Castro del Prado I, et al. Fiabilidad del Maudsley addiction profile (MAP, ERIT-Version) del Treatment perceptions questionnaire (TPQ) en Italia, España y Portugal para la evaluación de tratamientos. *Adicciones*. 2001;13(2):217-27.
27. Torrens M, Fonseca F, Eladi J, Farré M. Ensayos clínicos. En: Ballesteros J, Torrens M, Valderrama JC (coords.). Manual introductorio a la investigación en drogodependencias. Formación continuada en trastornos adictivos. Madrid: Sociedad Española de Toxicomanías; 2006. p. 57-72.
28. Seppälä EM, Nitschke JB, Tudorascu DL, Hayes A, Goldstein MR, Nguyen DT, et al. Breathing-based meditation decreases posttraumatic stress disorder symptoms in U.S. military veterans: a randomized controlled longitudinal study. *J Trauma Stress*. 2014;27(4):397-405.
29. Grawe K, Donati R, Bernauer F. *Psychotherapie Im Wandel: Von Der Konfession Zur Profession*. 5.ª ed. Göttingen: Hogrefe; 2001.
30. Hyman RB, Feldman HR, Harris RB, Levin RF, Malloy GB. The effects of relaxation training on clinical symptoms: a meta-analysis. *Nurs Res*. 1989;38(4):216-20.
31. Ohtsu T, Kaneita Y, Aritake S, Mishima K, Uchiyama M, Akashiba T, et al. Preferable forms of relaxation for health promotion, and the association between recreational activities and self-perceived health. *Acta Med Okayama*. 2012;66(1):41-51.
32. Mohan V, Chopra R. A follow-up study of personality of high premenstrual tension syndrome group. *J Personal Clin Stud*. 1992;8(1-2):67-70.
33. De Pascalis V, Speranza O. Personality effects on attentional shifts to emotional charged cues: ERP, behavioural and HR data. *Personal Individ Differ*. 2000;29:217-38.
34. Rawlings D, Leow SH. Investigating the role of psychoticism and sensation seeking in predicting emotional reactions to music. *Psychol Music*. 2008;36:269-87.