



Universitat de Lleida
Facultat d'Infermeria
Grau en Infermeria

**PROGRAMA PSICOEDUATIVO GRUPAL EN
TÉCNICAS DE RELAJACIÓN PROGRESIVA
Y MUSICOTERAPIA APLICADO A
PACIENTES CON TRASTORNOS DE
ANSIEDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Por: Rebecca Conejo Correa

Trabajo presentado a: Miguel Ángel Escobar

Trabajo de Fin de Grado

Curso Académico: 2014-2015

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
I. INTRODUCCIÓN.....	6
II. MARCO TEÓRICO.....	7
1. Ansiedad normal y patológica.....	7
2. Trastornos de Ansiedad.....	9
3. Diagnóstico diferencial en Atención Primaria.....	17
4. Abordaje terapéutico basado en la Evidencia.....	18
III. JUSTIFICACIÓN.....	28
IV. OBJETIVOS.....	29
1. Hipótesis.....	29
2. Objetivos.....	29
V. METODOLOGÍA.....	30
1. Población.....	30
2. Pregunta.....	31
3. Metodología de la búsqueda.....	31
4. Síntesis de la Evidencia encontrada.....	31
5. Programa grupal.....	33
VI. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	39
VII. EVALUACIÓN.....	40
VIII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	42
Bibliografía.....	44
Anexos.....	47

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Diferencias entre Ansiedad normal y patológica.

Tabla 2. Síntomas de los Trastornos de Ansiedad.

Tabla 3. Clasificación de los Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV-TR y la CIE:10: equivalencias.

Tabla 4. Condiciones médicas no psiquiátricas que se asocian con la ansiedad.

Tabla 5. Cronograma.

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I.- DSM-IV-TR de Atención Primaria y Psiquiatría.

Anexo II.- Sustancias productoras de síntomas de ansiedad.

Anexo III.- Escala para la Ansiedad de Hamilton (HARS).

Anexo IV.- Cuestionario sobre conocimientos de la ansiedad.

Anexo V.- Consejos para una vida saludable.

Anexo VI.- Consentimiento informado.

ÍNDICE ABREVIATURAS

TA: Trastornos de Ansiedad

APA: American Psychiatric Association

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

AP: Atención Primaria

OMS: Organización Mundial de la Salud

CIE-10: Décima revisión de la Clasificación Internación de Enfermedades

DSM-IV-TR-AP: DSM-IV-TR de Atención Primaria y Psiquiatría

ESEmed: European Study of the Epidemiology for Mental Disorders Project

EADG: Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg

HAD: Hospital, Ansiedad y Depresión

HARS: Escala de Hamilton para la Ansiedad

CAS: Clinical Anxiety Scale

PQ: Physician Questionnaire

BDZ: Benzodiazepinas

ATC: Antidepresivos Tricíclicos

ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina

IRSN: Inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina y Noradrenalina

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence

TCC: Terapia Cognitivo-Conductual

WFMT: World Federation of Music Therapy

CAP: Centro de Atención Primaria

RESUMEN

Entre los problemas de salud mental, los Trastornos de Ansiedad (TA) forman el grupo de trastornos mentales más prevalentes en la población general, asociándose con significativos niveles de discapacidad y con un impacto considerable en el bienestar personal y en las relaciones sociales y laborales.

En la actualidad, los profesionales de enfermería están comprometidos con los problemas relacionados con la salud mental, a trabajar en la cooperación y coordinación con los servicios especializados y a la vez en la mejora hacia los problemas de salud mental.

El entrenamiento en técnicas de relajación y musicoterapia es uno de los procedimientos más utilizados para disminuir la sintomatología de la ansiedad. Un enfermero, con la formación y entrenamiento adecuado, está capacitado para promover y asumir este tipo de intervención como una función más de su rol profesional.

Palabras clave: Trastorno de ansiedad, técnicas de relajación y musicoterapia.

ABSTRACT

Between mental health problems, anxiety disorders (TA) form the group most prevalent mental disorders in the general population, associated with significant levels of disability and with a considerable impact on personal well-being and social and working relationships.

Today, nurses are committed to issues related to mental health, to work in cooperation and coordination with the specialized and time towards improving mental health services.

Training in relaxation techniques and music therapy is one of the most used to reduce symptoms of anxiety procedures. A nurse with training and proper training, is able to promote and take this kind of intervention as a function more of their professional role.

Keywords: Anxiety disorder, Relaxation Techniques and Music Therapy.

I. INTRODUCCIÓN

La ansiedad es una emoción humana normal que surge ante situaciones ambiguas, en las que se anticipa un daño o desgracia futuros (1). La ansiedad se convierte en patológica cuando la respuesta del organismo es desproporcionada a la situación a la que se enfrenta (2).

De todas las enfermedades mentales, los TA son los que cuentan con una mayor prevalencia, llegando a estimarse que entre el 13,6% al 28,8% de la población padecerá un TA a lo largo de su vida (3). Se calcula que 1 de cada 10 pacientes que se atiende diariamente presenta un TA (4), siendo incluso más comunes, en España, que la diabetes mellitus, datos reflejados en la Encuesta Europea de Salud en España del Instituto Nacional de Estadística (5).

Los TA se caracterizan por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo. El agravante de su alta prevalencia y el curso recurrente o incluso crónico de muchos de estos trastornos los puede hacer tan inhabilitantes como cualquier otra enfermedad crónica (1).

Las opciones terapéuticas para los TA incluyen tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos (1). Se recomienda un enfoque terapéutico integral, teniendo en cuenta tanto las medidas psicosociales como las biológicas y farmacológicas (6).

Entre estos tratamientos, en la actualidad el más utilizado para disminuir la ansiedad es el farmacológico. Existe un uso excesivo de ansiolíticos como las benzodiazepinas, que aunque proporcionan un rápido alivio de la sintomatología (7), produce fenómenos de tolerancia, dependencia y, consecuentemente, fenómenos de abstinencia (6).

Los efectos secundarios son la razón por la que los profesionales sanitarios y entre éstos el personal de enfermería deben utilizar otras medidas para disminuir la ansiedad que no produzcan sintomatologías adversas.

Es por ello que se ha decidido centrar el trabajo en el diseño de un plan de intervención de técnicas de relajación y musicoterapia basada en la evidencia de resultados, que describan

ésta como la mejor intervención para disminuir el grado de ansiedad sin tener que recurrir a los tratamientos convencionales.

II. MARCO TEÓRICO

1. Ansiedad normal y patológica

La ansiedad es un estado de activación del sistema nervioso central, por el que el organismo se prepara ante situaciones extraordinarias (2). Esta señal de alerta, advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a tal amenaza mediante tres sistemas de respuesta (4):

- Subjetivo-cognitivo: experiencia interna, percepción, evaluación subjetiva de los estímulos.
- Fisiológico-somático: activación del sistema nervioso autónomo.
- Motor-conductual: escape y evitación.

Este estado mental de miedo se acompaña de cambios fisiológicos que preparan para esta defensa o huida, como son el aumento de la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la respiración y la tensión muscular; sumando el aumento de la actividad simpática (temblor, poliuria, diarrea). Todos estos cambios son respuestas normales ante situaciones de estrés (4).

Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día (1).

La ansiedad se convierte en patológica cuando su presentación es irracional, desproporcionada para la situación y sobrepasa cierta intensidad, o supera la capacidad adaptativa de la persona, generando un grado evidente de malestar significativo y disfuncionalidad en la persona (1,4,8).

En la tabla 1, se resumen las principales diferencias entre ansiedad normal y patológica (1):

Tabla 1.- DIFERENCIAS ENTRE ANSIEDAD NORMAL Y PATOLÓGICA.

ANSIEDAD NORMAL	ANSIEDAD PATOLÓGICA
Función adaptativa	Dificultad de adaptación
Mejora nuestro rendimiento	Empeora nuestro rendimiento
Es más leve	Es más grave. Profunda y persistente
Menor componente somático	Mayor componente somático
Reactiva a una circunstancia ambiental	Desproporcionada al desencadenante
No genera demanda de Att. Psiquiátrica	Genera demanda de Att. Psiquiátrica.

Fuente: Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria.

1.1 Manifestaciones clínicas.

Las características clínicas de los TA son las mismas de la ansiedad no patológica, diferenciándose de ella en cuanto a duración y gravedad (4).

La ansiedad conlleva la activación del sistema nervioso como consecuencia de estímulos externos o de trastornos endógenos. Las manifestaciones clínicas pueden ser de dos tipos (ver tabla 2); las manifestaciones periféricas por estimulación del sistema nervioso simpático, como taquicardia, mareos, náuseas, parestesias y disnea; y las manifestaciones centrales derivadas de la estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral, y consisten en aprensión, desrealización, despersonalización y dificultades para la concentración (2).

Tabla 2.- SÍNTOMAS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

SENSACIONES SOMÁTICAS	SÍNTOMAS PSÍQUICOS
Aumento de la tensión muscular.	Intranquilidad.
Mareos.	Inquietud.
Sensación de “cabeza vacía”.	Nerviosismo.
Sudoración.	Preocupación excesiva y prolongada.
Hiperreflexia.	Miedos irracionales.
Fluctuaciones de la presión arterial.	Ideas catastróficas.
Palpitaciones.	Deseo de huir.
Midriasis.	Temor a perder la razón y el control.
Síncope.	Sensación de muerte inminente.
Taquicardia.	
Parestesias.	
Temblor.	
Molestias digestivas.	

**Aumento de la frecuencia y urgencias
urinarias.
Diarrea.**

Fuente: *Dr. Córdova Castañeda Alejandro et al.*

Es importante recordar que dentro de los estados de ansiedad se presentan accesos de hiperventilación, conocidos como “Síndrome cardio-respiratorio-tetaniforme”, que conlleva a una alcalosis secundaria en la sangre generadora de una contractura muscular y a veces de la pérdida de conciencia (4).

2. Trastornos de Ansiedad

Los TA como tal, son un conjunto de enfermedades mentales caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo. El agravante de su alta prevalencia y el curso recurrente o incluso crónico de muchos de estos trastornos los puede hacer tan inhabilitantes como cualquier otra enfermedad crónica (1).

Existen unos criterios universales para determinar si el comportamiento de una persona cabe diagnosticarlo como un TA. Estos criterios están recogidos en las dos clasificaciones internacionales de mayor relevancia de trastornos mentales (o psicopatológicos) más importantes:

- ⇒ La American Psychiatric Association (APA), en su versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, texto revisado (DSM-IV-TR) (9).
- ⇒ La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (10).

Ambas disponen de versiones específicas para la Atención Primaria (AP) en las que se describen los trastornos más frecuentes, con pautas de actuación y de derivación al especialista (2).

La APA (11), define la ansiedad como *“una aprensión, tensión o dificultad que surge por la anticipación de un peligro cuya fuente es desconocida”*.

En el DSM-IV-TR (9), *“Es la anticipación aprensiva de un futuro peligro o adversidad, acompañada por un sentimiento de disforia o síntomas somáticos de tensión. El foco del peligro anticipado puede ser interno o externo”*.

2.1 Clasificación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (10), publicada en 1992, incluye los trastornos de ansiedad dentro del capítulo titulado *“Trastornos Neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”*.

Por su parte, la American Psychiatric Association, en su versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Texto revisado (DSM-IV-TR) (9), enumera doce trastornos de ansiedad y les dedica el capítulo titulado *“Trastornos de Ansiedad”*.

Tabla 3.- CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

CIE-10	DSM-IV-TR	CARACTERÍSTICAS
Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno de ansiedad generalizada	- Ansiedad crónica y preocupaciones de carácter excesivo. - Requiere duración de mínimo 6 meses para realizar el diagnóstico.
	Fobia Simple	- Nerviosismo o temor marcado, persistente y excesivo o irracional de forma inapropiada en presencia de un objeto o situación concreta, con ansiedad anticipatoria. - Tipo animal, ambiental, sangre-infecciones-baño, situacional...
	Fobia social	- Ansiedad exagerada en situaciones en las que una persona es observada y puede ser criticada por otros. - Hay ansiedad anticipatoria y síntomas frecuentes son el enrojecimiento y temblor. - En menores de 18 años requiere la persistencia de los síntomas por 6 meses.
Trastorno de angustia	Trastorno de angustia con agorafobia	- Ascenso rápido de una ansiedad extrema y miedo a un resultado catastrófico. - Las crisis son recidivantes e inesperadas que causan un estado permanente de preocupación, con ansiedad anticipatoria y comportamientos de evitación (agorafobia).
	Trastorno de angustia sin agorafobia	- Crisis de angustia recidivantes e inesperadas que provocan un estado permanente de preocupación.
Trastorno anancástico (obsesivo-	Trastorno obsesivo-compulsivo	- Obsesiones intrusas, persistentes e inapropiadas que provocan ansiedad o malestar, acompañada de compulsiones (con el propósito de prevenir o aliviar la

compulsivo)		ansiedad, pero no proporcionar placer o gratificación).
Trastorno mixto ansioso-depresivo		- El paciente presenta gran variedad de síntomas de ansiedad y depresión.
Reacción de estrés agudo	Trastorno por estrés agudo	- Síntomas parecidos al trastorno por estrés post-traumático que se dan inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático. - Para el diagnóstico, los síntomas deben durar al menos 2 días pero menos de 1 mes.
Trastorno por estrés post-traumático	Trastorno por estrés post-traumático	- Re-experimentación de acontecimientos altamente traumáticos. - Síntomas debidos al aumento de la activación y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma. Inicia desde unas pocas semanas hasta 6 meses de haber experimentado el trauma.
Trastorno de adaptación		- Alteraciones emocionales que interfieren con la actividad social y aparece tras un cambio biográfico significativo o un acontecimiento vital estresante.
	TA debido a una enfermedad médica	- Síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.
	TA inducido por sustancias	- Síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.
Otros trastornos neuróticos	TA no especificado	- Aquellos trastornos que presentan ansiedad o evitación fóbica prominentes y no reúnen los criterios diagnósticos específicos o no se dispone de una información adecuada.

Fuente: Wendy Navas Orozco et al.

El DSM-IV-TR de Atención Primaria y Psiquiatría (DSM-IV-TR-AP) (12) también cuenta con la elaboración de un Manual con el fin de diagnosticar trastornos mentales en el primer nivel de atención (ver anexo I).

2.2 Epidemiología.

La salud mental, como parte indivisible de la salud, contribuye de manera significativa a la calidad de vida y a una plena participación social (1). Los trastornos mentales representan no sólo una inmensa carga psicológica, social y económica a la sociedad, sino que también aumentan el riesgo de las enfermedades físicas (13).

Según la OMS, el 9% de la población española padece en la actualidad una enfermedad mental, y se estima que entre un 19% y un 26% de la población padecerá un trastorno mental a lo largo de su vida, cifra que se incrementará considerablemente en el futuro (14).

El aumento de los trastornos mentales se relaciona con las transformaciones en nuestra sociedad, falta de soporte del grupo principal- familiar y social, asociándose con la soledad y la rotura de las redes sociales, aumentando de esta forma la prevalencia de patologías orgánicas crónicas relacionadas con el aumento de esperanza de vida y envejecimiento de la población (1).

Las condiciones neuropsiquiátricas son responsables del 13% del total de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad que se pierden debido a todas las enfermedades y lesiones en el mundo y que se estima que para el año 2020 aumentarán en un 15%. Cinco de cada diez de las causas principales de discapacidad y muerte prematura a nivel mundial se deben a condiciones psiquiátricas (13).

Por ello, la salud mental ha requerido una atención especial por parte de todos los agentes implicados, reflejada en las grandes líneas de actuación del documento de *“Estrategia en Salud Mental para el Sistema Nacional de Salud”*: atención sanitaria a los pacientes, coordinación entre instituciones, sociedades científicas y asociaciones, formación del personal sanitario, fomento de la investigación y sistemas de información y evaluación (1).

Dentro de los trastornos psiquiátricos más frecuentes, los trastornos mentales de ansiedad se encuentran entre los trastornos más prevalentes a pesar de variaciones culturales en su ocurrencia (13). Estos trastornos constituyen el principal motivo de consulta en lo que a trastornos mentales se refiere, tanto en AP como en especializada, relacionándose con una gran cantidad de demandas que refieren dolencias somáticas inespecíficas que no corresponden con patologías concretas (7).

Se estima que un 22% de la población sufre episodios de ansiedad; según la encuesta *National Comorbidity Survey*, una de cada cuatro personas presenta síntomas de un TA en algún momento de su vida (7).

Su prevalencia mensual es de 7,5% en adultos de todas las edades. En el grupo de adultos mayores de 65 años esta prevalencia mensual baja al 5,5%, pero es de casi el 20% en un período de 6 meses, y del 35% a lo largo del ciclo vital (15).

La aparición de los TA puros disminuye con la edad, dando paso a formas ansiosas de estados depresivos de base. En general, los TA presentan una edad de inicio entre los 20 y 40 años, con una duración media antes de consultar al psiquiatra de 5 años (15).

En cuanto a síndromes más concretos, la prevalencia del trastorno por crisis de angustia es del 1%, del 3-4% del trastorno de ansiedad generalizada y del 0,6% para la agorafobia (15).

En Europa, el estudio: *“European Study of the Epidemiology for Mental Disorders Project (ESEMed)”* muestra que el TA más prevalente es la fobia simple (0,7%) y el menos prevalente la agorafobia sin trastorno de pánico (0,9%) (2).

También hay variaciones de prevalencia en los trastornos individuales según edades y género; por ejemplo, las fobias específicas son marcadamente más comunes en mujeres que en hombres en todas las edades, mientras que el trastorno de pánico es casi tan frecuente en hombres y mujeres entre los 51 y 65 años. Debido a estas variables, el patrón para todos los trastornos ansiosos abarcados en conjunto presenta una tasa diferencial de mujeres: hombres más o menos constante de 2:1 (16).

Los estudios en AP sugieren que aproximadamente el 50% de los TA mejoran significativamente entre 6 y 16 meses, aunque la recuperación completa es relativamente rara (16).

2.3 Comorbilidad.

Los TA pueden presentarse como el único trastorno aunque, muy a menudo, se presentan co-ocurriendo otras condiciones psiquiátricas o médicas. Tres de cada cuatro pacientes diagnosticados con un TA tienen al menos otro trastorno mental comórbido, siendo los más prevalentes (1):

- ⇒ Otros trastornos de ansiedad.
- ⇒ Trastornos del estado de ánimo (depresión mayor, distimia o trastornos bipolares).
- ⇒ Abuso de alcohol.

⇒ Consumo de sustancias.

Por otra parte, otros trastornos mentales y algunas enfermedades médicas pueden presentar un trastorno ansioso comórbido o ansiedad como una característica prominente de su sintomatología aunque no estén completos los criterios diagnósticos de un TA (tabla 4). Esta situación debe ser considerada desde el principio en el proceso de diagnóstico ya que las decisiones terapéuticas a tomar están condicionadas por la presencia y el tipo de comorbilidad (1).

Tabla 4. CONDICIONES MÉDICAS NO PSIQUIÁTRICAS QUE SE ASOCIAN CON ANSIEDAD

NO CAUSALES*	CAUSALES**
- Post Infarto de miocardio	- Climaterio
- Angina de pecho	- Hipertiroidismo
- Arritmias cardíacas	- Hiperparatiriodismo
- Diabetes Mellitus	- Hiper o hipoglucemia
- Asma	- Feocromocitoma (muy raro)
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	
- Dismorfia	
- Hipocondriasis	
- Epilepsia	

Fuente: Dr. Córdova Castañeda Alejandro et al.

* Se refiere a la coexistencia de ansiedad como reacción psicológica a las condiciones listadas.

** La ansiedad es una manifestación biológica de la condición clínica.

Existen medicamentos y otras sustancias productoras de ansiedad tales como antigripales, broncodilatadores, hormonas tiroideas, esteroides, antidepresivos, medicamentos supresores del apetito y/o estimulantes (ver anexo II) (1).

La coexistencia de síntomas depresivos es común, particularmente en pacientes con ansiedad severa y muchos pacientes reúnen, simultáneamente, todos los criterios para un TA y un trastorno del estado de ánimo. Los estudios epidemiológicos indican que aproximadamente un 62% de sujetos con un TA reúne también los criterios de otro trastorno mental, lo más común otro trastorno ansioso o uno del estado de ánimo, el que está presente en alrededor del 33,5% de sujetos con un trastorno ansioso, especialmente el Trastornos de Ansiedad Generalizada y el Trastornos de Ansiedad Simple. Si la depresión es comórbida con un TA es frecuente una mayor severidad y un peor pronóstico. No obstante,

cuando los síntomas ansiosos están presentes dentro de un contexto de trastornos depresivos, el tratamiento de la depresión es efectivo para mejorar la ansiedad (16).

Los pacientes con comorbilidades tienen, típicamente, un mayor grado de deterioro en su funcionamiento personal, familiar, social y laboral; y consumen más recursos de los sistemas de salud. Los síntomas suelen ser más severos y prolongados, lo que hace a su manejo más complejo. La comorbilidad se asocia también con una peor respuesta a los tratamientos, tanto del trastorno ansioso como de su patología comórbida, con un mayor índice de recaídas y con el aumento del riesgo suicida (16,17).

Los pensamientos y conductas suicidas son comunes entre pacientes con TA derivados desde centros de AP. Según el estudio: *Suicidal ideation and risk factors in primary care patients with anxiety disorder* (17), llevado a cabo por J Bomyea et al, examinaron la prevalencia de ideación y conductas suicidas en pacientes con TA en AP. Estos resultados ponen de relieve la importancia de las evaluaciones de riesgo de suicidio en este tipo de pacientes, y sugieren que el examen de la depresión, la discapacidad y el apoyo social puede ser importante para la gestión de riesgos.

2.4 Etiología.

Las causas de los TA no son totalmente conocidas, su etiopatogenia constituye un modelo complejo, donde intervienen múltiples factores biológicos, ambientales y psicosociales. Esta interacción favorece la aparición de estos TA (1,4).

Desde el punto de vista neurobiológico, la ansiedad tiene su base en ciertas zonas del tallo cerebral (núcleos de Rafé, locus ceruleus) que están involucrados en el desarrollo y transmisión de la angustia, y el hipocampo y la amígdala pertenecientes al sistema límbico. El sistema GABA es el neurotransmisor de acción inhibitoria más importante. A veces funciona como ansiolítico y otras como serotoninérgico, es importante ya que, en estrecha interacción con la adrenalina y la dopamina, juega un papel tranquilizante o lo contrario. Ciertas hormonas tienen un rol destacado en todo lo relativo al estrés (cortisol, ACTH, etc....) y en la ansiedad (4).

Factores biológicos

Los factores genéticos son importantes en la predisposición de los TA. La vulnerabilidad genética se ha encontrado en la mayoría de los TA, pero con mayor contundencia en los trastornos de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo y la fobia social (4).

Factores psicosociales

Las contrariedades psicosociales (interpersonal, laboral, socioeconómico, etc.) juegan un papel muy importante en muchos de los TA, como factores precipitantes agravantes o causales de los TA y trastornos de adaptación. Se ha sugerido que el tipo de educación en la infancia predispone al TA en la edad adulta, sin embargo, no se han identificado causas específicas de ello (4).

Factores traumáticos

Enfrentar acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal (accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc.) suele provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad (4).

Factores Psicodinámicos

La ansiedad se considera como la respuesta individual a un peligro que amenazó desde dentro en forma de un impulso instintivo prohibido que está a punto de escapar del control del individuo. La ansiedad como señal de alarma provoca que el “yo” adopte medidas defensivas. Si las defensas tienen éxito la ansiedad desaparece y si no sale libremente o se contienen, según el tipo de defensa empleada, puede presentar síntomas conversivos, disociativos, fóbicos y obsesivo-compulsivos (4).

Factores cognitivos y conductuales

Se considera que patrones cognitivos distorsionados (sistema de pensamientos negativos) preceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales. La ansiedad se presenta por una sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales. También por estímulos externos y por mecanismos de acondicionamiento y generalización, se pueden aprender o limitar respuestas o conductas ansiosas de los demás (4).

3. Diagnóstico diferencial en Atención Primaria

Para el adecuado abordaje de los TA y llegar a una comprensión global del paciente para poder establecer, así, un diagnóstico de los TA, el instrumento por excelencia es la entrevista clínica (8).

La entrevista semiestructurada, se adapta a las características del encuentro médico-paciente en el ámbito de la AP. Empieza con preguntas más abiertas, (cuyos contenidos parcialmente predetermina el sanitario), apoya la narración del paciente y, posteriormente, dirige el encuentro con preguntas más específicas o cerradas, que consiguen no dejar salir interrogantes imprescindibles en la identificación y manejo del problema (1).

Para ayudar a detectar “posibles casos” de enfermedad, existen un gran número de instrumentos o escalas estructuradas (1). Algunos ejemplos de escalas en relación con la ansiedad son: Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG), Hospital, Ansiedad y Depresión (HAD), Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS), Clinical Anxiety Scale (CAS) y Physician Questionnaire (PQ) (6). Todos estos instrumentos también se han convertido en herramientas esenciales en el ámbito de la investigación clínica, además de servir para comprobar el efecto que las distintas intervenciones terapéuticas tienen en la evolución de la enfermedad.

El instrumento de ayuda diagnóstica más relevante para AP es la EADG. Es un instrumento heteroaplicado. Consta de 2 subescalas, una de depresión y otra de ansiedad, con 9 ítems cada una, con respuestas dicotómicas (sí/no). La subescala de ansiedad tiene 4 preguntas de cribado. El punto de corte indicativo de probable caso de ansiedad, es de 4 o más ítems afirmativos (2).

Para la evaluación de la intensidad sintomática de la ansiedad y comparar el efecto que las distintas intervenciones terapéuticas tienen en la evolución de la enfermedad se puede utilizar la HARS (6) (ver anexo IV).

Las escalas por sí mismas no generan diagnósticos, sino que permiten seleccionar personas con puntuación alta en las que se sospecha la presencia de patología mental, lo que justifica la realización posterior de un estudio más profundo (1). Todos estos instrumentos también se han convertido en herramientas esenciales en el ámbito de la investigación clínica,

además de servir para comprobar el efecto que las distintas intervenciones terapéuticas tienen en la evolución de la enfermedad (6).

El médico, a parte de la entrevista clínica y el uso de escalas, deberá realizar también una meticulosa evaluación física y mental para determinar si los síntomas son causados por un trastorno mental o por una enfermedad médica o sustancia (4,6). Para ello, las siguientes pruebas deberían ser incluidas en la valoración inicial de todo paciente ansioso: glucemia, gasometría, pruebas tiroideas, electrolitos, calcio, función hepática, urea, creatinina, sistemático de orina, electrocardiograma y auscultación cardiopulmonar (15).

Es necesario que el paciente sea informado acerca de las características de los síntomas de su trastorno y del pronóstico, haciendo hincapié especialmente en el origen psicológico de sus síntomas somáticos y en la relativa intrascendencia clínica de éstos (16).

Dependiendo del subtipo del TA, existen ciertas particularidades en el tratamiento que deben ser tomadas en cuenta. Por lo cual no existe un tratamiento que cuente con efectividad en todos los TA (3).

Para una mejor decisión en cuanto a la selección del tratamiento, el paciente debe conocer acerca de las características y de la efectividad de las distintas alternativas terapéuticas, de los efectos adversos más comunes y de la probable duración del tratamiento (16).

4. Abordaje terapéutico basado en la Evidencia

La pregunta más frecuente entre los pacientes diagnosticados de ansiedad es si la ansiedad puede curarse. Hoy en día, los TA si se diagnostican correctamente y se tratan de una forma apropiada pueden controlarse y, en algunos casos, resolverse de forma definitiva. De todos modos, la respuesta al tratamiento y la evolución depende del tipo de trastorno y del control de los factores de riesgo. Así, las formas agudas de ansiedad, incluyendo el trastorno por angustia, pueden tener una evolución excelente, mientras que el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno por estrés postraumático son más difíciles de tratar y, a menudo, requieren una terapia más prolongada (7).

Las opciones terapéuticas para los TA incluyen tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos (1). Se recomienda un enfoque terapéutico integral, teniendo en cuenta tanto las medidas psicosociales como las biológicas y farmacológicas (6).

Existen pocos estudios metodológicamente adecuados para saber si el tratamiento combinado con terapias psicológicas y farmacológicas es superior a cada uno de ellos por separado. Aún es mucho menor la disponibilidad de estudios que evalúen el trabajo realizado por la enfermería de AP (6). En la guía de práctica clínica consultada se aconseja la realización de talleres grupales basados en la relajación y técnicas cognitivas aplicables en los centros de salud (1).

4.1 Tratamiento farmacológico.

El tratamiento farmacológico de los TA tiene como objetivo aliviar los síntomas, prevenir las recaídas, evitar las secuelas y restaurar la funcionalidad premórbida en el paciente; todo ello con la mayor tolerabilidad posible hacia la medicación (1).

La farmacoterapia de la ansiedad se basa en el empleo de:

BENZODIACEPINAS (BZD)

Son los fármacos más utilizados en los pacientes con ansiedad. Se unen al receptor de GABA y facilitan/potencian la acción hiperpolizante e inhibidora de este neurotransmisor. La eficacia y seguridad de estos fármacos cuando se utilizan durante algunas semanas, está bien establecida. Aunque estos fármacos son muy adecuados como tratamiento de primera elección en tratamientos agudos y a corto plazo, su prescripción en el tratamiento crónico de la ansiedad está poco avalado por la literatura científica existente, debido al riesgo de dependencia física con síndrome de abstinencia y la presencia de comorbilidad psiquiátrica (4,18).

El Clonazepam se usa para la fobia social y el trastorno de ansiedad generalizada, el Lorazepam es utilizado para el trastorno de pánico, y el Alprazolam es utilizado tanto para el trastorno de pánico como para el trastorno de ansiedad generalizada (19).

ANTIDEPRESIVOS

Los antidepresivos se desarrollaron para tratar la depresión, pero también son efectivos para los TA (19).

La evidencia actual apoya la recomendación de utilizar determinados antidepresivos como fármacos de primera elección en TA (18). Todos los pacientes a los que se prescribe antidepresivos deben ser informados, al inicio del tratamiento, de sus efectos secundarios potenciales, y del riesgo de síntomas de discontinuidad/retirada si el tratamiento es suspendido bruscamente (4).

A. Antidepresivos tricíclicos (ATC): son inhibidores no selectivos de la recaptación de noradrenalina y serotonina, y antagonistas de variable intensidad de receptores alfa-adrenérgicos, serotoninérgicos, muscarínicos e histaminérgicos. Hay suficiente evidencia de que algunos ATC, como Imipramina, son tan eficaces como las BZD en el tratamiento de ansiedad, y superiores a éstos en eficacia a largo plazo (4,18).

Los ATC incluyen la Imipramina, la cual se prescribe para el trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada y la Clomipramina, la cual es el único AT útil para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo (19).

B. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): se ha observado mejoría clara de los síntomas de ansiedad tras 8 semanas de tratamiento (4).

Fluoxetina, Sertralina, Escitalopram, Paroxetina, y Citalopram son algunos de los ISRS que se prescriben usualmente para el trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés post traumático, y la fobia social. Los ISRS también se emplean para el tratamiento del trastorno de pánico cuando éste ocurre en combinación con el trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, o depresión. Estas medicaciones se inician con dosis bajas y se aumentan gradualmente hasta lograr un efecto benéfico (19).

C. Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN): la Venlafaxina ha demostrado ser eficaz en el control de los síntomas de ansiedad. Se utiliza para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada (4,19).

Los pacientes con ansiedad pueden precisar ansiolíticos durante tiempo. De no prescribirlos, se corre un riesgo alto de dependencia de otros tóxicos, especialmente del alcohol. Los antidepresivos se utilizan en estos trastornos tanto por su eficacia, como su ventaja de no originar dependencias, a diferencia de las BDZ (15).

El tratamiento debe continuar durante al menos 6-24 meses de la remisión, con el fin de reducir la recaída, y puede ser detenido sólo si todos o casi todos los síntomas desaparecen (18).

Durante años, los medicamentos ansiolíticos e hipnóticos han sido uno de los grupos farmacológicos más prescritos en la mayoría de países desarrollados (20). El informe: *Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España*, aporta datos significativos constatando que el consumo de ansiolíticos experimentó un incremento del 46,8% durante el periodo del 2000 al año 2012 (21).

Según el estudio: *Quality of a Patient Satisfaction with Primary Health Care for Anxiety Disorders* (22), de un total de 576 pacientes encuestados, un 57% recibieron una medicación apropiada pero sólo el 29'1% con dosis y duración adecuada, existiendo una tendencia hacia un mayor uso de antidepresivos de manera ambulatoria y una disminución en el uso de la psicoterapia (22).

4.2 Tratamiento psicológico.

Actualmente, los tratamientos psicológicos que presentan pruebas empíricas que respalden sus resultados, son admitidos como tratamientos de elección en la mayoría de servicios públicos y privados de salud (23). Las dos instituciones americanas más relevantes en este ámbito, APA y el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), exponen los listados de tratamientos psicológicos eficaces por trastornos, basados en la evidencia científica. Según éstos, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), el entrenamiento en relajación, la autoayuda (biblioterapia) y la terapia de exposición son efectivas en los TA con un nivel de evidencia alto (23).

La psicoterapia es un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente) que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud mental del segundo (1).

Dentro de los diferentes modelos de intervención para el tratamiento de los TA (psicobiológico, humanista, cognitivo y conductual), los dos grandes grupos en los que las investigaciones han centrado, principalmente, sus estudios y dentro de los cuales se están realizando intervenciones psicológicas breves y estructuradas en AP son la TCC y la Terapia

Psicodinámica (1); no obstante, en la mayoría de los ensayos publicados, se llega a la conclusión de que la TCC es más efectiva que la Psicodinámica (24).

Terapia cognitivo-conductual.

La TCC se caracteriza por ser un método activo y directivo, y en ella paciente y terapeuta trabajan en forma conjunta y estructurada, con tareas fuera de sesión (1).

Estas intervenciones se basan en que los trastornos emocionales son mantenidos por los factores cognitivos, y que el tratamiento psicológico conduce a cambios en estos factores a través de técnicas tanto conductuales como cognitivas en combinaciones diferentes según la sintomatología a abordar: relajación y respiración, entrenamiento autógeno, reestructuración cognitiva, exposición en vivo y diferida, detención del pensamiento y/o resolución de problemas (1,25).

El objetivo del tratamiento es que el paciente desarrolle la capacidad de reconocer, eliminar y corregir sus pensamientos disfuncionales con el fin de hacer frente, de la manera más apropiada, a diversas situaciones (24).

Numerosos estudios han demostrado que mediante TCC se consigue controlar el estrés, así como variables asociadas a éste: la ansiedad (25–27).

Bandlow et al (18) en su ensayo: *World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post traumatic stress disorders*, revisado en 2008, no reveló ninguna diferencia entre la psicoterapia frente a la farmacoterapia para el TA, aunque la combinación de TCC y Diazepam parece ser más efectiva que el Diazepam solo.

No obstante, según el ensayo aleatorio realizado por el Dr. Peter Roy-Byrne et al (28), en 17 clínicas de AP, a 1004 pacientes con TA, a los cuales se le permitieron la elección de la TCC, medicamentos o ambos durante 10 a 12 semanas; los resultados del seguimiento a los 6, 12 y 18 meses, demostraron que la TCC puede tener ventajas sobre la farmacoterapia en términos de mantener mejoras clínicas a través del tiempo.

Terapia Psicodinámica

Este tipo de tratamiento procede de la hipótesis de que los pacientes con ansiedad tienen relaciones inseguras y que sus síntomas mentales son causados por un conflicto relacional central. Como en otros tipos de conflictos psicodinámicos, la relación de transferencia es explotada con fines terapéuticos. Actualmente el tratamiento psicodinámico de la ansiedad consiste en una terapia a corto plazo en la que una actitud terapéutica activa es preferible (1).

4.3 Técnicas de relajación.

La técnica de relajación es una de las terapias más utilizadas en modificación de conducta bien como parte integrante o previa a otras intervenciones específicas como la TCC en marco del tratamiento psicológico del paciente o bien como una intervención específica de enfermería. Por lo tanto, un/a enfermero/a con la formación y entrenamiento adecuado, está capacitado para promover y asumir el entrenamiento en relajación como una función más de su rol profesional (6).

“Se considera interesante el aprendizaje de técnicas de relajación en la formación de futuros profesionales de Enfermería porque actuando desde lo físico, que sería la relajación muscular, se actúa en el plano psíquico, encontrando el paciente grandes beneficios”, por ello se llega a la conclusión de que las técnicas de relajación reducen los niveles de activación autonómica y la experiencia desagradable de ansiedad, mejora el sueño y otros síntomas asociados al estrés, así como aumenta la motivación a continuar el tratamiento si se practica regularmente (29).

○ **Relajación Progresiva de Jacobson**

El entrenamiento en relajación progresiva, fue desarrollado por Jacobson en 1938 y plantea que una reducción en la estimulación de los músculos esqueléticos, descende a su vez la activación cortical y autonómica. La relajación en sentido estricto, hace referencia a un estado del organismo definible como ausencia de tensión o activación y que se manifiesta a tres niveles (30):

- Nivel fisiológico: incluye cambios viscerales, somáticos y corticales.
- Nivel conductual: incluye los actos externos directamente observables del organismo.

- Nivel cognitivo: se refiere a la experiencia interna consciente del propio estado emocional y al procesamiento de esa información.

Por lo tanto, el fundamento de la relajación progresiva de Jacobson se basa en que si somos capaces de identificar los músculos de nuestro cuerpo, tensarlos y luego soltarlos, nos sentiremos relajados y podremos controlar la ansiedad (7).

La relajación de Jacobson permite aprender a tensar y después soltar o relajar de manera secuencial varios grupos de músculos a la vez, de forma que el paciente tendrá que prestar atención a las sensaciones asociadas a la tensión y relajación de los músculos, de manera que lo que al final consiga es ser capaz de reducir la tensión muscular cuando uno quiera hacerlo en la vida cotidiana (6,7).

Con la práctica de la relajación de Jacobson se pretenden alcanzar una serie de objetivos, como son: aliviar o eliminar la tensión muscular, favorecer el descanso y el sueño, disminuir la ansiedad y conseguir disminuir el dolor y la hipertensión. (7).

En definitiva, el propósito final de la relajación de Jacobson es enseñar al paciente la técnica de autocontrol ante cualquier situación ansiógena (7).

Los talleres de relajación son útiles en la reducción de la ansiedad en atención especializada, además son más eficaces en pacientes con ansiedad que no tomen medicación (7).

En los resultados del estudio de Ramírez Sánchez A et al (6): *Beneficios de la psicoeducación de entrenamiento en técnicas de relajación en pacientes con ansiedad*, elaborado entre el año 2011 al 2013, se puede observar que la Psicoeducación grupal de entrenamiento en técnicas de relajación beneficia a los pacientes con ansiedad, observando una disminución de casi 8 puntos en la escala de Hamilton tras la intervención grupal. Dicho grupo, fue llevado por el personal de enfermería donde se mostró ser profesionales cualificados y formados, capaces de colaborar con otros profesionales en el desarrollo del proceso asistencial.

Norton PJ et al (31) en su ensayo clínico aleatorio: *A Randomized clinical Trial of Transdiagnostic CBT for Anxiety Disorder by Comparison to Relaxation Training*, evaluado por la Clínica de la Universidad de Houston, compara la eficacia de la TCC a otra forma de

tratamiento: un programa integral de entrenamiento de relajación aplicada, donde los resultados no fueron significativamente diferentes, llegando a la conclusión de que la TCC y la Terapia de Relajación mostraron estadísticamente una eficacia equivalente y significativa en diagnósticos primarios de trastorno de pánico, ansiedad social o trastorno de ansiedad generalizada.

Burgos Varo ML et al (29) en su estudio: *Intervención grupal en los trastornos de ansiedad en atención primaria: técnicas de relajación y cognitivo-conductuales*, realizado en el año 2006, llegaron a la conclusión de que las terapias de relajación reducían considerablemente los niveles de ansiedad independientemente de si tomaban tratamiento farmacológico o no; sin embargo, en el estudio realizado por Soriano González J (7) realizado en el año 2010, se demuestra que el tomar o no tratamiento farmacológico interviene directamente sobre los efectos positivos de las terapias de relajación.

Estos resultados pueden deberse a que los pacientes que toman ansiolíticos ya tienen un reductor de ansiedad y por ello con la relajación no la disminuye tanto, mientras que los que toman medicación para reducir la ansiedad sí disminuye de manera significativa; por lo que sería interesante valorar que quizás no haga falta el uso de psicofármacos, ya que las terapias de relajación disminuyen la ansiedad en pacientes sin tratamiento y en el caso de uso de psicofármacos no completarla con relajación (7).

- **Musicoterapia.**

La musicoterapia consiste en una interacción entre un profesional, el paciente, la música y el medio utilizado para ofrecerla. Se basa en principios científicos y el logro de determinados objetivos terapéuticos. Tono, ritmo, armonía y tiempo son factores determinantes para su percepción y procesamiento. En su efecto terapéutico intervienen procesos neurofisiológicos complejos medidos por el tálamo, hipotálamo y el tronco cerebral, con respuestas psicofisiológicas ante dichos estímulos, que dan lugar a la relajación (32).

No existe una recomendación categórica sobre la secuencia, duración y frecuencia de las intervenciones con música, pero se reconocen efectos calmantes a partir de los 20 a 30 minutos por sesión (32).

Según la World Federation of Music Therapy (WFMT) (33):

“La musicoterapia consiste en el uso de la música y/o de sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía, armonía) por un musicoterapeuta, con un paciente o grupo, en el proceso diseñado para facilitar y promover la comunicación, el aprendizaje, la movilización, la expresión, la organización u otros objetivos terapéuticos relevantes, con el fin de lograr cambios y satisfacer necesidades física, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. La musicoterapia busca descubrir potenciales y restituir funciones del individuo para que éste alcance una mejor organización intra e interpersonal y, consecuentemente, una mejor calidad de vida a través de la prevención y rehabilitación en un tratamiento”.

Recientemente se está empezando a instaurar en diferentes hospitales, residencias, centros y asociaciones, la musicoterapia como una posible alternativa para tratar un gran abanico de patologías como la depresión, esquizofrenia, afasia, autismo y/ daño cerebral (34).

Hay diferentes formas de la aplicación de la musicoterapia de forma terapéutica (34):

- Musicoterapia pasiva: la persona escucha y la música persuade sin ninguna utilización de instrumentos ni movimientos.
- Musicoterapia activa: es una forma más participativa. El paciente canta o emite sonidos, realiza movimientos, compone....
- Musicoterapia mixta: es una mezcla de las dos terapias anteriores.
- Musicoterapia receptiva: resultado de la escucha del paciente. (música vibro-acústica).
- Musicoterapia creativa: permite la creación de música mediante ritmos que el paciente compone mediante la voz, instrumentos, incluso los movimientos corporales.

De la Rubia Ortí et al (34), realizaron un estudio a 25 pacientes con Alzheimer de grado leve, y llegaron a la conclusión que los beneficios de un protocolo corto de musicoterapia son altamente satisfactorios, ya que consigue disminuir en la mayoría de los pacientes, la depresión y la ansiedad relacionadas con el estrés, y se consigue aumentar su nivel de felicidad.

El estudio realizado por Guenoun Sanz y de Pedro Gómez (35) a 104 pacientes, pretendía identificar la influencia de la musicoterapia sobre los estresores percibidos y los niveles de

ansiedad de los pacientes sometidos a hemodiálisis, concluyeron que la musicoterapia debería incluirse en los cuidados enfermeros y debería ser usada con más frecuencia al disminuir la ansiedad y el estrés de los pacientes tras su aplicación.

Otro estudio realizado por C. Guétin et al (36), asegura que la musicoterapia contribuye a la rehabilitación funcional y cognitiva, mejorando el estado de ánimo y los componentes de ansiedad y depresión en pacientes graves con traumatismo craneal grave.

4.4 Psicoeducación.

La psicoeducación es una intervención útil para la prevención y la promoción de la salud en el ámbito de la salud mental. La bibliografía, recomienda estas intervenciones psicoeducativas, a nivel individual y grupal como tratamiento de elección o alternativo para este tipo de trastornos. La psicoeducación hace referencia a la educación que se ofrece a las personas que sufren un trastorno mental con el objetivo de la comprensión y la capacidad para poder convivir con sus dificultades. Refuerza los puntos fuertes, los recursos, y las habilidades de los pacientes para adecuarse a su situación, evitar las recaídas y contribuir a la salud y al bienestar. También tiene la función de contribuir a la no estigmatización del trastorno psiquiátrico y la disminución de las barreras para su tratamiento. La intervención educativa se basa en la intervención activa del paciente, en el análisis de su problema y en su solución (1).

4.5 Programas de autoayuda.

Los programas de autoayuda pueden ofrecer algunas ventajas en el cuidado de los TA en AP. Las alternativas más utilizadas son la biblioterapia y la ayuda con programas *on-line* (1).

- Biblioterapia

La biblioterapia es definida como el uso guiado de la lectura con una función terapéutica y consiste, básicamente, en la adquisición de conocimientos y prácticas terapéuticas mediante la lectura de bibliografía específica seleccionada y recomendada por el terapeuta. Se utilizan manuales donde se enseñan métodos fáciles de aprender y poner en práctica, y se considera un método complementario y facilitador del tratamiento (1).

Las intervenciones de autoayuda basadas en TCC son eficaces en la reducción de los síntomas (frecuencia de ataques de pánico), el cambio de actitudes cognitivas relacionadas con la angustia y el impacto sobre la calidad de vida de los pacientes con TA (1).

- Programas on-line

Los destinatarios de este tipo de terapia pueden ser pacientes que debido a algún tipo de aislamiento geográfico o personal (como agorafobia), tienen limitado el acceso a una consulta psicológica presencial, personas que se han trasladado o viajan frecuentemente o aquellos que están familiarizados con el uso de Internet y desean mantener el anonimato (1).

La Terapia on-line de momento no es recomendada, ya que no hay ningún ensayo que la compare a la TCC tradicional, en la que el paciente y terapeuta están en contacto personal. Además, a la terapia on-line se le añade otras dificultades médico-legales y éticos (por ejemplo, si el paciente es suicida) (24).

III. JUSTIFICACIÓN

Los pacientes que padecen un TA presentan un alto impacto en su vida diaria, así como un alto costo social. La ansiedad crónica se ha asociado con una alteración funcional profunda; lo que se ha relacionado con un uso excesivo de servicios médicos psiquiátricos y no psiquiátricos. Así mismo, se ha demostrado que los pacientes con ansiedad cuentan con una productividad laboral menor que la población general (3).

Tal y como se ha nombrado en el apartado anterior del marco teórico, existe evidencia científica que justifica los beneficios del uso de técnicas de relajación para disminuir la sintomatología de ansiedad a corto y largo plazo. Además, en distintos estudios (6,7,29,31) se llegó a la conclusión de que “el entrenamiento en relajación es uno de los procedimientos más utilizados para disminuir la sintomatología de la ansiedad” en cuanto a validez ya que no produce efectos adversos y disminuye la ansiedad.

Otra técnica, como la musicoterapia, es utilizada actualmente en hospitales, residencias, centros y asociaciones para tratar diversas patologías, generando una mejora en la calidad de vida del individuo (34). La música ha sido utilizada como adyuvante en el manejo de la ansiedad y se basa en principios científicos. Tono, ritmo, armonía y tiempo son factores determinantes para su efectividad (32).

Un enfermero, con la formación y entrenamiento adecuado, está capacitado para promover y asumir el entrenamiento en relajación como una función más de su rol profesional; por lo tanto, debido al impacto social, económico y sanitario que presentan este tipo de enfermedades en la sociedad actual y con el fin de desarrollar buenas prácticas de salud desde la profesión enfermera, el principal objetivo que se plantea en este trabajo es elaborar un programa psicoeducativo en técnicas de relajación combinada con musicoterapia, para evaluar, así, el diferencial de ansiedad antes y después de la intervención.

IV. OBJETIVOS

1. Hipótesis

La hipótesis planteada es que el abordaje enfermero en la Psicoeducación grupal de entrenamiento en técnicas de relajación más musicoterapia, llevada a cabo en el Área Básica de Salud del Centro de Atención Primaria (CAP), beneficia el estado de ansiedad de los pacientes.

2. Objetivos

Objetivo 1:

Evaluar si las terapias de relajación combinadas con musicoterapia, llevadas a cabo por el personal de enfermería, benefician a los pacientes con ansiedad, determinando el diferencial de ansiedad antes y después de la intervención.

Objetivo 2:

Valorar los conocimientos existentes sobre la enfermedad al principio y fin de la intervención.

V. METODOLOGÍA

1. Población

Población diana

Usuarios del área básica del CAP de Rambla Ferran (Lleida), mayores de 18 años, que asisten a la consulta de enfermería, diagnosticados de ansiedad y que acepten participar en la terapia.

Criterios de inclusión

- Padecimiento de trastorno por ansiedad generalizada; cumpliendo de forma inicial los criterios de la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento o del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.
- Personas que comprendan el castellano/catalán y que tengan más de 18 años de edad.
- Hombres y mujeres, que no presenten ningún tipo de patología que les impida asistir a las visitas individuales/grupales.
- Cumplimentar de forma correcta la HARS antes y después de la intervención grupal, aceptando participar en el estudio y recibir la terapia.
- Firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes con personalidades psicóticas, personalidades obsesivas graves e hipoacusia severa. Además, tampoco sería conveniente incluir a pacientes con comportamientos muy desadaptados.
- Pacientes que estén recibiendo tratamiento farmacológico o psicológico para la ansiedad.
- Abandono del grupo tras dos faltas sin justificación.

Profesionales a los que va dirigido.

Personal de enfermería formado en técnicas de relajación y musicoterapia.

2. Pregunta

¿En qué medida mejorarán las intervenciones de enfermería el estado de los pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad?

3. Metodología de la búsqueda

Para realizar el análisis y desarrollo de la intervención, se ha llevado a cabo una búsqueda de la literatura en las bases de datos electrónicas PUBMED, MEDLINE, COCHRANE, CINAHL, DIALNET, desde los periodos comprendidos del: septiembre 2014 a febrero 2015.

Esta revisión sistemática integra la información de revisiones sistemáticas previas sobre el tema y de estudios primarios controlados publicados en inglés o español inferiores a 5 años de antigüedad.

Las palabras clave han sido: Trastorno de Ansiedad, Técnicas de Relajación y Musicoterapia.

4. Síntesis de la Evidencia encontrada

AUTOR	AÑO	NOMBRE DEL ESTUDIO	PERFIL DE LA MUESTRA	RESULTADOS
A. Ramírez, C. Espinosa, AF. Herrera et al (6).	2014	<i>Beneficios de la psicoeducación de entrenamiento en técnicas de relajación en pacientes con ansiedad.</i>	65 pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad.	Disminución media de casi 8 puntos en la intensidad de la ansiedad tras la intervención. <u>Conclusión:</u> la psicoeducación grupal llevada a cabo por el personal de enfermería benefician a los pacientes con ansiedad.
P.J. Norton (31).	2012	<i>A Randomized Clinical Trial Of Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Treatments for Anxiety Disorder by Comparison to Relaxation Training.</i>	154 pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad (fobia social, trastorno del pánico con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo y fobia específica).	<u>Estudio comparativo entre la TCC y una Terapia de relajación:</u> No se mostraron diferencias significativas. Conclusión: ambas terapias mostraron estadísticamente una eficacia equivalente y significativa en diagnósticos primarios de trastorno de pánico, ansiedad social o trastorno de ansiedad generalizada.
Burgos, ML.	2006	<i>Intervención grupal en los</i>	117 pacientes con	Descenso de 3,2 puntos en la

Ortiz, MD. Muñoz, F. Vega, P et al (29).		<i>trastornos de ansiedad en Atención Primaria: técnicas de relajación y cognitivo-conductuales.</i>	ansiedad, síntomas somáticos y cuidadoras.	escala de ansiedad de Goldberg. <u>Conclusión:</u> los talleres de técnicas de relajación pueden ser útiles en la reducción de la ansiedad y la depresión en Atención Primaria.
J, Soriano (7).	2012	<i>Estudio cuasi-experimental sobre las terapias de relajación en pacientes con ansiedad.</i>	39 pacientes con diagnóstico de ansiedad.	Se observó que en los pacientes que no tomaban medicación, el descenso de ansiedad era significativo. <u>Conclusión:</u> los talleres de técnicas de relajación son útiles en la reducción de ansiedad en atención especializada, además son más eficaces en pacientes que no tomen medicación.
De la Riba, J.E. Sancho, P et al (34)	2014	<i>Impacto fisiológico de la musicoterapia en la depresión, ansiedad, y bienestar del paciente con demencia tipo Alzheimer. Valoración de la utilización de cuestionarios para cuantificarlo.</i>	25 pacientes diagnosticados de Alzheimer con trastornos de conducta y psicóticos.	Disminución de 7 puntos en la Hospital Anxiety and Depression Scale. <u>Conclusión:</u> los beneficios de un protocolo corto de musicoterapia aplicado en pacientes con demencia tipo Alzheimer de grado leve son altamente satisfactorios, ya que se consigue disminuir en la mayoría de los pacientes, la depresión y la ansiedad relacionadas con el estrés.
Guenoun, S. Gómez, JE (35).	2014	<i>¿Puede la musicoterapia disminuir los niveles de ansiedad y de estrés de los pacientes sometidos a hemodiálisis durante sus sesiones?</i>	100 pacientes sometidos a hemodiálisis.	Mejora estadísticamente significativa en niveles de ansiedad y estrés tras la aplicación de la musicoterapia. <u>Conclusión:</u> la musicoterapia debería incluirse en los cuidados enfermeros y debería ser usada con más frecuencia al disminuir la ansiedad y el estrés de los pacientes tras su aplicación.
Guétin, S. Boua, B. Voiriot, G. Picot, MC. Hérisson, C (36)	2008	<i>The effect of music therapy on mood and anxiety-depression: An observational study in institutionalized patients with traumatic brain injury.</i>	13 pacientes con traumatismo cerebral institucionalizados.	La musicoterapia permitió una mejora significativa en el estado de ánimo desde la primera sesión en adelante y dedujo los niveles de ansiedad a partir de la décima semana. <u>Conclusión:</u> la musicoterapia en el tratamiento de la ansiedad-depresión y el estado de ánimo en

				pacientes con traumatismo cerebral puede ser útil.
--	--	--	--	--

Autor: Rebecca Conejo Correa.

5. Programa grupal

El estudio se inicia con la selección de una muestra de pacientes mediante derivación por el facultativo o enfermera responsable para su inclusión en el presente programa.

Se realiza **una entrevista de acogida individual** con cada uno de ellos en la consulta de enfermería para establecer un primer contacto y con el fin de medir la sintomatología ansiosa actual mediante la HARS (ver anexo III). De igual forma, se les solicitará el consentimiento informado para que lo rellenen. También se les explicará la dinámica de grupo, ropa que traer, fecha y hora de inicio de las sesiones.

Así mismo, en esta primera acogida se hará entrega de un cuestionario sobre la ansiedad a cumplimentar (ver anexo IV), para poder conocer el nivel de conocimientos generales del grupo y hacer énfasis en los puntos más relevantes de la enfermedad durante la parte teórica de las sesiones.

Una vez formado el grupo, se procederá a la implementación de las intervenciones durante cinco semanas.

La metodología será participativa y con apoyo de material audiovisual. Se realizarán un total de 5 sesiones de 60 minutos a excepción de la primera y última que durará 75 minutos; guiadas por un/a enfermero/a del servicio de AP que tengan conocimiento sobre TA, técnicas de relajación y musicoterapia. El número de participantes estará formado entre 10 ó 12 pacientes.

Durante las 5 sesiones la posición deberá ser sentado en la silla con la espalda bien apoyada en el respaldo, la cabeza recta, evitando que se inclinen a algún lado, los pies apoyados en el suelo, sin cruzar las piernas y las manos sobre los muslos.

En todas y cada una de las sesiones es importantísima la voz del terapeuta, ya que debe aumentar de volumen en el momento de la tensión y disminuirlo en el momento de la relajación.

Ambiente de la sala de exposiciones: estará preparada para la actividad que se desarrollará, con especial interés en el aspecto de la iluminación. El grado de intensidad de la luz irá regulándose en función del tipo de actividades que se planteen. En la parte de presentación y exposición educativa (primera parte de cada sesión) la sala deberá estar perfectamente iluminada, por el contrario, cuando se realicen los ejercicios específicos de relajación la luz se dispondrá tenue. Además la sala deberá estar insonorizada o lo más silenciosa posible, temperatura agradable y el asiento será cómodo para que el paciente esté lo más a gusto posible.

Recursos humanos: se cuenta con un miembro del personal de enfermería experto en técnicas de relajación y musicoterapia.

Recursos materiales: se cuenta con sillas, un equipo reproductor de CD, CD de música de relajación (con contenido de canciones de música clásica y relajante, sonidos del mar, etc.), un proyector y un dossier con el contenido educativo.

En la primera sesión tendrá lugar la presentación de los integrantes y del/la enfermero/a que llevará a cabo las intervenciones grupales, así como los objetivos que se pretende conseguir al asistir a este grupo.

Se les explica que vamos a utilizar la relajación muscular, intentando centrar el pensamiento en las órdenes verbales con el propósito de disminuir y/o manejar la ansiedad y aumentar el autocontrol.

Se les dará una explicación de las normas generales (firma de confidencialidad, puntualidad y asistencia, desconexión de teléfonos móviles y la obligación de la participación activa).

Se les recomendará el tipo de vestimenta (ropa cómoda, sin cinturones ni complementos que aprieten o dificulten la respiración) para la realización de la técnica de relajación.

Por último se les explicará las condiciones que habrá de tener el lugar de práctica en su casa; siendo en un ambiente físico o lugar tranquilo, libre de ruidos e interrupciones con un nivel de temperatura agradable y luz tenue.

Cada sesión se desarrollará de la siguiente manera:

1. Exposición de la parte teórica (20 minutos).
2. Entrenamiento práctico en técnicas de relajación progresiva de Jacobson combinado con Musicoterapia (30 minutos).
3. Puesta en común de las experiencias experimentadas y dudas (10 minutos).

En la última sesión se les pasará de nuevo la HARS y el cuestionario sobre conocimientos para que lo rellenen y se les ofrecerá la oportunidad de recibir una grabación del entrenamiento así como de música relajante para poder poner en práctica en casa y a modo de recordatorio. Además se les hará entrega de un dossier con el material teórico desarrollado en cada sesión y una lista de recomendaciones en biblioterapia.

Seguimiento: Transcurrido un tiempo aproximado de entre 3 a 4 meses, se irá citando de manera individual a cada uno de los asistentes al programa. La finalidad de esta entrevista es realizar de nuevo la medición de la sintomatología ansiosa a través de la HARS, para así evitar la remisión/contención de síntomas ansiosos.

Contenido teórico de las sesiones**SESIÓN I.**

1. Breve explicación de la Técnica de Relajación de Jacobson.
2. Musicoterapia y sus beneficios.

SESIÓN II.

1. Qué es la ansiedad y cómo se convierte en un problema.
2. Acontecimientos que precipitan la ansiedad.

SESIÓN III.

1. Componentes de la ansiedad: síntomas físicos, psicológicos y conductuales, cómo interactúan entre sí.

SESIÓN IV.

1. Principales tratamientos (farmacológicos, psicológicos y terapias alternativas).

SESIÓN V.

1. Consejos sobre estilos de vida saludable (37) (ver anexo V).

Cronograma de las sesiones

El plan de trabajo donde se distribuyen y se organizan las diferentes tareas y actividades que se realizarán, en forma de secuencia temporal, es el siguiente:

Tabla 5.- CRONOGRAMA

TIEMPO	SESIÓN I	SESIÓN II	SESIÓN III	SESIÓN IV	SESIÓN V
15'	Bienvenida				
Teórica 20'	1. Relajación progresiva Jacobson 2. Beneficios Musicoterapia	1. Definición ansiedad. 2. Factores precipitante.	1. Componentes de la ansiedad	1. Principales tratamientos	1. Consejos vida saludable
Práctica 30'	Técnica Relajación y Musicoterapia	Técnica Relajación y Musicoterapia	Técnica Relajación y Musicoterapia	Técnica Relajación y Musicoterapia	Técnica Relajación y Musicoterapia
10'	Puesta en común	Puesta en común	Puesta en común	Puesta en común	Puesta en común
15'					-Test Hamilton -Cuestionario

Autor: Rebecca Conejo Correa

Entrenamiento de Relajación Progresiva de Jacobson

La posición de inicio es sentado en una silla, lo más cómodo posible, con la espalda bien apoyada en respaldo, la cabeza recta, evitando que se incline hacia algún lado, los pies bien apoyados en el suelo (sin cruzar las piernas), y las manos descansan sobre los muslos.

Primero se demuestra cómo se tensan y se relajan los grupos musculares que intervienen. La tensión debe mantenerse de 15 a 30 segundos, siempre provocando la máxima tensión pero sin llegar a hacerse daño. Cuando se relajan los músculos se hace de forma lenta, dejándolos lo más sueltos y flojos posibles durante un tiempo mucho más largo (de 15 segundos como mínimo).

Se trabajan diferentes partes del cuerpo y sus músculos. Al inicio de las sesiones, antes de empezar la técnica, el/la enfermero/a debe sentarse de forma cómoda y relajada, y realizar dos respiraciones profundas.

Para trabajar los músculos deberá seguirse el siguiente orden (siempre empezando por la parte dominante):

1. **Brazo derecho:** extender el brazo, cerrar el puño y doblar el brazo hacia el pecho (sin llegar a tocarlo) y apretar fuerte el puño, el antebrazo, todo el brazo hasta el hombro.
Se hacen indicaciones al paciente para que vaya centrándose en las sensaciones de tensión. Posteriormente se le pide que deje caer el brazo de golpe sobre el muslo dejándolo lo más suelto posible, a la vez que se va centrando en las sensaciones asociadas a la relajación.
2. **Brazo izquierdo:** se seguirá las mismas instrucciones que para el brazo derecho. Después se realiza la técnica con los dos brazos a la vez.
3. **Hombros, pecho y espalda:** para provocar la tensión se le indica al paciente que se incorpore hacia delante en la silla, llevando los hombros hacia detrás e intentando juntar las paletillas. Para relajarlos, volvemos a la posición de relajación y dejamos los hombros caídos y la espalda floja.
4. **Músculos del abdomen:** para tensarlos se debe poner el estómago duro y apretando hacia dentro. Para relajarlo deberá dejarse hinchando el abdomen.
5. **Pierna y pie derecho:** la tensión se provoca levantando la pierna, bloqueando la rodilla y colocando el pie en un ángulo de 90º con los dedos estirados y juntos. Cuando se relaje la pierna, se vuelve a su posición inicial.
6. **Pierna y pie izquierdo:** se seguirá las mismas instrucciones que el punto anterior. Seguidamente se vuelve a realizar el procedimiento con las dos piernas al mismo tiempo.
7. **Cara.** La dividimos en 3 partes:
 - a. Frente: arrugando la frente, llevando las cejas hacia arriba, sintiendo la tensión en la frente y en el cuero cabelludo. Para relajar, soltar despacio la frente notando como se relaja, llevando las cejas hacia abajo.
 - b. Ojos, nariz y parte superior de las mejillas: cerrar los ojos apretando fuerte a la vez que se arruga la nariz. Disminuir la tensión lentamente.
 - c. Mandíbula: la tensión se provoca apretando los dientes o encajando la mandíbula inferior. Para soltar dejar la mandíbula suelta, caída y los labios ligeramente entreabiertos.

8. **Cuello:** para tensarlo, empujar la barbilla hacia abajo evitando tocar el pecho. Para relajarlo dejar el cuello lo más suelto y flojo posible volviéndolo a su posición inicial.



Fuente: Ana María Téllez.

El terapeuta le pide al paciente que centre su atención en el grupo muscular objeto de tensión. Cuando el terapeuta lo indique, se tensa el grupo muscular, manteniéndose tenso hasta que se indique "relajación". Entonces la atención del paciente se centrará en los músculos relajados. Es importante insistir en cómo se tensan los músculos y cómo se relajan, 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 da un repaso a todos los grupos musculares, siguiendo la misma secuencia, para asegurar una relajación profunda. Para ello se le pide al paciente que centre su atención en el grupo muscular intentando identificar si queda algo de tensión, y posteriormente se le pide que lo vaya dejando más suelto y más profundamente relajado.

Para terminar, se les dejará a los participantes unos 2 min. en silencio disfrutando de la sensación de relajación completa. Después, para finalizar la relajación, se le pide que vayan poco a poco moviendo las manos y los brazos, luego las piernas, la cabeza, el cuello, que se mueva en la silla y por último que abra los ojos.

El terapeuta tendrá que ir aumentando poco a poco el volumen de voz acompañando la activación (30).

VI. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Desde un principio, los pacientes deberán ser informados adecuadamente de todo lo relacionado a su enfermedad (diagnóstico y diferentes tratamientos) para tomar las decisiones apropiadas, pudiendo decidir o no formar parte del estudio de forma voluntaria.

La recogida de datos se realizará mediante unos cuestionarios auto-administrados. Estos cuestionarios irán predichos de una carta de presentación en la que se les informará sobre el contenido, la metodología, la finalidad el estudio y de los objetivos que se pretenden conseguir; garantizándose la confidencialidad y el anonimato, según establece la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal, para lo que se les facilitará un documento de *Consentimiento Informado* (ver anexo VI) antes de la realización de las diferentes técnicas. También, se deberá garantizar la confidencialidad por parte de los profesionales sanitarios.

Este programa en técnicas de relajación y musicoterapia, se desarrolla mediante el uso de actividades que no van en contra de principios, sentimientos, creencias o integridad de los participantes y está diseñado para pacientes que no presenten un grado de patología mental severa, donde se aconseja que el tratamiento a los mismos se realice de forma individualizada, por parte de profesionales sanitarios más especializados.

Tampoco pretende sustituir ningún tratamiento médico, psiquiátrico o psicológico, y aunque podría ser útil aplicarlos en pacientes con elevados grados de ansiedad, por prudencia se descarta la posibilidad mediante criterios de inclusión-exclusión.

El desarrollo del programa requiere de formación por parte del personal de enfermería que lo lleve a cabo. No obstante, conviene y se aconseja un mínimo seguimiento médico para minimizar los riesgos y mantener la seguridad del paciente.

La intervención estará encarada a la mejora de la salud del grupo tanto a nivel individual como colectivo. Y en el caso de que los pacientes no muestren el grado de satisfacción deseada, tienen el derecho de abandonar los talleres cuando ellos lo deseen.

Al final el programa y mediante la evaluación adecuada, los pacientes que no hayan logrado el grado adecuado de respuesta positiva en los niveles de ansiedad, deben derivarse a Medicina y Psicología, para que emprendan un tratamiento médico farmacológico o psicológico de forma individualizada.

En cuanto al compromiso ético, en caso de llevar a cabo el estudio, se informará a los centros del estudio, tanto a su dirección como a sus trabajadores.

VII. EVALUACIÓN

Cualquier intervención pasa por un proceso de evaluación que permite analizar, valorar la efectividad de la técnica y comprobar que se hayan cumplido los objetivos de la intervención. En este caso, se evaluará la intervención de relajación y musicoterapia en pacientes con trastornos de ansiedad leve/moderada, así como los conocimientos adquiridos durante el transcurso del programa.

Objetivo 1:

Evaluar si las terapias de relajación combinadas con musicoterapia, llevadas a cabo por el personal de enfermería, benefician a los pacientes con ansiedad, determinando el diferencial de ansiedad antes y después de la intervención.

Para la evaluación de la intensidad sintomática de la ansiedad se utilizará la Escala para la Ansiedad de Hamilton.

Esta escala, consta de 14 ítems con respuestas tipo Likert de 5 valores, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1,2,3,4,5,6 y 14) y ansiedad somática (ítems 7,8,9,10,11,12 y 13) (38).

El marco de referencia son los últimos días y los puntos de corte recomendados son (2):

- ⇒ 0-5 puntos: No ansiedad.
- ⇒ 6-14 puntos: Ansiedad leve.
- ⇒ 15 puntos o más: Ansiedad moderada/grave.

Para evaluar el grado de disminución de ansiedad, el indicador será el siguiente

Nombre del indicador: Grado de ansiedad.

- Dimensión: Efectividad.
- Fórmula: Nivel de ansiedad inicial – Nivel de ansiedad final.
- Población: Todos los participantes de la intervención.
- Tipo: Resultados.
- Fuente de datos: Test de Hamilton.
- Estándar orientativo: Disminución de la ansiedad 6 puntos.

Objetivo 2:

Dotar a los pacientes de conocimientos suficientes sobre su enfermedad al principio y fin de la intervención.

Para valorar los conocimientos previos y los resultantes una vez finalizada la intervención, se empleará un cuestionario que constará de preguntas clave sobre la enfermedad, síntomas principales y factores precipitantes.

A partir del primer cuestionario se trabajará, en cada una de las sesiones, los puntos más relevantes para poder ampliar información, de tal manera que el paciente adquiera los conocimientos suficientes sobre su patología.

Para evaluar el nivel de conocimientos el indicador es el siguiente:

Nombre del indicador: Conocimientos adquiridos por parte de los participantes al final de las sesiones.

- Dimensión: Formación.
- Fórmula: N° de preguntas correctas / N° de preguntas totales * 100
- Población: Asistentes a las sesiones.
- Estándar: Resultado de los cuestionarios al final de las sesiones lo más cercano posible al 100% de las preguntas acertadas.

VIII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Dada la evidencia científica hallada y los resultados obtenidos en los estudios consultados, se puede concluir que la Psicoeducación sobre la ansiedad y entrenamiento en técnicas de relajación combinado con musicoterapia constituyen una valiosa intervención a aplicar en pacientes que presentan ansiedad; además de tratarse de una nueva forma de abordar los TA liderado por el personal de enfermería previamente formado y capacitado.

Tal y como ocurren con otras patologías, antes de emprender un tratamiento farmacológico se intenta modificar los estilos de vida y recurrir a otras opciones terapéuticas. Como alternativa a estas terapias podría valorarse el uso de técnicas de relajación combinado con musicoterapia cuando el paciente presente los primeros síntomas de ansiedad y la enfermedad no esté muy avanzada, para evitar así poner en riesgo la seguridad del paciente. Para ello sería necesaria una previa valoración médica para evaluar si el paciente puede beneficiarse y en el caso de que no tuvieran respuesta a dichas técnicas, emprender tratamientos médicos o especializados.

Por otra parte, también pueden ser una alternativa para pacientes que están en lista de espera, que no pueden disponer de un tratamiento psicológico, o bien no quieren emprender un tratamiento farmacológico. Además, al tratarse de intervenciones que ayudan a mejorar los niveles de salud general, podrían aplicarse a individuos en etapas de estrés como método de prevención de la salud. No obstante, para que estas terapias muestren efectividad, es importante que los usuarios o pacientes aprendan a utilizarlas para llevarlas al día a día.

Por último, cabe señalar que este tipo de intervenciones aumenta la implicación del paciente en su proceso y en su tratamiento, adoptando una actitud más activa y responsable frente a su enfermedad. El paciente ve aumentado sus conocimientos sobre el manejo de la ansiedad, aumenta los recursos personales, mejora la capacidad de resolución de problemas y disminuye la dependencia a los recursos sanitarios.

Como propuesta de mejora, contemplaría la posibilidad de que las técnicas de relajación y musicoterapia fueran un instrumento diario en Centros de Atención Primaria aplicado en pacientes con TA. De esta manera, los pacientes podrían contemplar el tratamiento

farmacológico, evitando así los efectos secundarios y la dependencia que acarrearán. También sería interesante aplicar dichas técnicas en pacientes tratados con fármacos para observar si se consigue disminuir el consumo y si se ve aminorada la demanda de atención.

El presente trabajo se trata de una propuesta de intervención basada en la evidencia científica actual. El marco teórico contiene la descripción del principal problema abordado, así como información sobre los conocimientos actuales sobre las técnicas de relajación y musicoterapia.

Como problemas y dificultades en la realización de este trabajo, cabe destacar que encontrar grandes cantidades de artículos de libre acceso o publicados en los últimos cinco años sobre las terapias de relajación y musicoterapia es lo que me ha generado más dificultad. Asimismo, no he hallado ningún estudio científico actual que utilice ambas terapias en una misma intervención.

Dada la escasez, se evidencia que son necesarios más estudios sobre estas técnicas como recurso terapéutico en estos pacientes.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid; 2008 p. 129.
2. Martínez S, Sáiz P, García M. Trastornos de ansiedad en atención primaria. Salud Mental en Atención Primaria. Oviedo, Asturias; 2008 p. 9–14.
3. Heinze G, Camacho P. guía clínica para el manejo de la ansiedad. Mexico: Instituto Nacional de Psiquiatría; 2010 p. 43.
4. Navas W, Vargas M. Trastornos de Ansiedad: Revisión dirigida para Atención Primaria. Rev médica Costa Rica y Centroamérica LXIX. 2012;604:497–507.
5. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España. 2009 p. 6.
6. Ramírez A, Espinosa C, Herrera A, Espinosa E. Beneficios de la psicoeducación de entrenamiento en técnicas de relajación en pacientes con ansiedad. Rev Enfermería Docente. 2014;102:6–12.
7. Soriano J. Estudio cuasi-experimental sobre las terapias de relajación en pacientes con ansiedad. Enfermería Glob. 2012;26:39–53.
8. Córdova A, De Santillana S, García M, González L, Hernández M. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto. México: Secretaría de Salud.; 2010.
9. López J, Valdés M. DMS-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Masson, editor. Barcelona; 2002.
10. MEDITOR, editor. Organización Mundial de la Salud. CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid.; 1992.
11. Pichot P. DMS-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Association, American Psychological. Pub AP, editor. Barcelona; 1995.
12. First M, Pincus H, Frances A. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR, Asociación Americana de Psiquiatría. 1ª edición. Masson E, editor. Barcelona; 2002.
13. Organización Mundial de la Salud. Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Ginebra; 2004 p. 67.
14. Ministerio de Ciencia e Innovación, Centro de Investigación Biomédica en Red en Salud Mental. Plan Estratégico 2011-2012. p. 1–158.

15. Gonçalves F, González V, Vázquez J. Atención Primaria de Calidad. Guía de Buena Práctica Clínica en Depresión y Ansiedad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.; 2008 p. 237.
16. Márquez M. Introducción a las guías de Tratamiento Farmacológico de los Trastornos de Ansiedad. 2014 p. 11.
17. Bomyea J, Lang A, Craske M, Chavira D, Sherbourne C, Rose R, et al. Suicidal ideation and risk factors in primary care patients with anxiety disorders. *Psychiatry Res.* 2013;209(1):60–5.
18. BANDELOW B, SHER L, BUNEVICIUS R, HOLLANDER E, KASPER S. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive – compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2012;16:77–84.
19. Instituto Nacional de la Salud Mental NIMH. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Trastornos de Ansiedad. 2009 p. 34.
20. Hollingworth S, Siskind D. Anxiolytic, hypnotic and sedative medication use in Australia. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2010;19(3):280–8.
21. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2000-2012. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, AEMPS. 2014 p. 1–4.
22. Stein M, Roy P, Craske M, Campbell L. Quality of and Patient Satisfaction with Primary Health Care for Anxiety Disorders. *J Clin Psychiatry.* 2011;72(7):970–6.
23. Martínez J, Moriana V. La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Rev Psicopatología y Psicol Clínica.* 2011;16(2):81–100.
24. Bandelow B, Boerner R, Kasper S, Linden M, Wittchen H, Möller H. The Diagnosis and Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Dtsch Arztebl Int.* 2013;110(17):300–10.
25. Stefan G, Hofmann P, Jasper A, Smits D. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo- controlled trials. *J Clin Psychiatry.* 2008;69(4):621–32.
26. Ost L. Cognitive behavior therapy for anxiety disorders: 40 years of progress. *Nord J Psychiatry.* 2008;62(47):5–10.
27. Peralta M, Robles J, Navarrete H, Jiménez N. Aplicación de la terapia de afrontamiento del estrés en dos poblaciones con alto estrés: pacientes crónicos y personas sanas. *Salud Ment.* 2009;32:251–8.

28. Roy P, Craske M, Sullivan G, Rose R, Edlund M, Lang A. Delivery of Evidence-Based Treatment for Multiple Anxiety Disorders in Primary Care: A Randomized Controlled Trial. *JAMA J Am Med Assoc.* 2010;303(19):1921–8.
29. Burgos M, Ortiz M, Muñoz F, Gutiérrez P, Bordallo R. Intervención grupal en los trastornos de ansiedad en Atención Primaria técnicas de relajación y cognitivo-conductuales. *Semer Rev española Med Fam.* 2006;5:205–10.
30. Tellez A. Técnica de Respiración Jacobson para reducir el estrés en enfermeras de unidades de cuidados intensivos. Universidad de Vic; 1013. p. 36.
31. Norton P. A Randomized Clinical Trial of Transdiagnostic CBT for Anxiety Disorder by Comparison to Relaxation Training. NIH Public Access. 2012;43(3):506–17.
32. Sepúlveda A, Herrera O, Jaramillo L, Anaya A. La musicoterapia para disminuir la ansiedad Su empleo en pacientes pediátricos con cáncer. *Rev Med Inst Mex del Seguro Soc.* 2014;52(2):50–4.
33. Soria G, Duque P, Moreno J. Music and brain (II): evidence of musical training in the brain. *Rev Neurol.* 2011;53(12):739–46.
34. De la Rubia J, Sancho P, Cabañés C. Impacto fisiológico de la musicoterapia en la depresión, ansiedad, y bienestar del paciente con demencia tipo Alzheimer. Valoración de la utilización de cuestionarios para cuantificarlo. *Eur J Investig Heal Psychol Educ.* 2014;4(2):131–40.
35. Gueroun M, Gómez P. ¿Puede la musicoterapia disminuir los niveles de ansiedad y de estrés de los pacientes sometidos a hemodiálisis durante sus sesiones? *Rev enfermería basada en la evidencia.* 2014;11(46).
36. Guétin S, Soua B, Voirit G, Picot M, Hérisson C. The effect of music therapy on mood and anxiety-depression: an observational study in institutionalised patients with traumatic brain injury. *Ann Phys Rehabil Med.* 2009;52(1):30–40.
37. Borrego A, Zafra R, Salas P. Programa de manejo de ansiedad y relajación [Internet]. Biblioteca Lascasas. Biblioteca las Casas.; 2009. Available from: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0407.php>
38. Lobo A, Camorro L et al. Validación de las versiones en español de la montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clin (Barc).* 2002;118(13):493–9.

Anexos

Anexo I. Manual del DSM-IV-TR-AP.

MANUAL DEL DSM-IV-TR-AP
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Trastorno por ansiedad debido a... (indicar enfermedad). ⇒ Trastorno por ansiedad inducido por alcohol. ⇒ Trastorno por ansiedad inducido por otras sustancias. ⇒ Trastorno de angustia con agorafobia. ⇒ Trastorno de angustia sin agorafobia. ⇒ Fobia social. ⇒ Fobia específica- ⇒ Agorafobia sin historia de trastorno de angustia. ⇒ Trastorno de ansiedad por separación. ⇒ Trastorno obsesivo-compulsivo. ⇒ Trastorno por estrés post-traumático. ⇒ Trastorno de ansiedad generalizada. ⇒ Trastorno adaptativo con ansiedad. ⇒ Trastorno de ansiedad no especificado.

Fuente: Wendy Navas Orozco et al.

Anexo II. Sustancias productoras de síntomas de ansiedad.

SUSTANCIAS PRODUCTORAS DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD
<ul style="list-style-type: none"> - Antigripales: efedrina, pseudoefedrina y antihistamínicos. - Broncodilatadores: salbutamol, albuterol, aminofilina y teofilina. - Hormonas tiroideas. - Esteroides incluyendo los anabólicos. - Antidepresivos (en uso terapéutico, los síntomas se autolimitan en una semana). - Medicamentos supresores del apetito. - Estimulantes: cafeína, cocaína, anfetaminas. - Otras: tabaco, marihuana, inhalables.
<ul style="list-style-type: none"> - Los síntomas pueden presentarse por la supresión de alcohol, benzodicepinas, ansiolíticos, drogas como la cocaína.

Fuente: Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria.

Anexo III. Cuestionario Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS).

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo). Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares). Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales). Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4

12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta).	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico). Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Fuente: Lobo, A. Camorro, L.

Anexo IV. Cuestionario sobre conocimientos de la ansiedad.

CUESTIONARIO CONOCIMIENTOS DE LA ANSIEDAD	Nombre..... Edad..... Sexo.....
<p>1.- ¿Qué es exactamente sufrir de ansiedad?</p> <p>2.- ¿Existen factores que precipiten la ansiedad?</p> <p>3.- ¿Existe alguna manera de controlar la ansiedad?</p> <p>4.- ¿Cómo puede tratarse la ansiedad?</p> <p>5.- ¿Cuándo se debe acudir al médico?</p>	

Autor: Rebecca Conejo Correa.

Anexo V. Consejos para una vida saludable.

- 1.- Aprender a relajarse.
- 2.- Dormir lo necesario.
- 3.- Evitar excitantes.
- 4.- Buscar ambientes agradables.
- 5.- Organizarse.
- 6.- Priorizar.
- 7.- Solucionar problemas.
- 8.- Toma de decisiones.
- 9.- No ser catastrofista.
- 10.- No complicarse más la vida.
- 11.- Hacer ejercicio.
- 12.- Cuidar la alimentación.
- 13.- Practicar el ocio.
- 14.- Fomentar relaciones sociales.
- 15.- Minimizar el problema.
- 16.- Olvidar el *qué dirán*.
- 17.- Aprender a decir no.
- 18.- Dejarse ayudar.
- 19.- Superar los miedos.
- 20.- Premiarse.

Anexo VI. Consentimiento informado.**Consentimiento informado**

Señor(a):-----

Carné de Identidad:-----

En pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente manifiesto que he sido debidamente informado y en consecuencia autorizo a que me sea realizado el procedimiento enfermero para el tratamiento de la ansiedad con técnicas de relajación y musicoterapia, teniendo en cuenta que:

1. He comprendido la naturaleza y propósito del procedimiento.
2. He tenido la oportunidad de aclarar mis dudas.
3. Estoy satisfecho(a) con la información proporcionada.
4. Entiendo que mi consentimiento puede ser revocado en cualquier momento antes de la realización del procedimiento.
5. Reconozco que todos los datos proporcionados referente al historial médico son ciertos y que no he omitido ninguno que pueda influir en el tratamiento.

Por tanto, declaro estar debidamente informado y doy mi expreso consentimiento a la realización del tratamiento propuesto.

FECHA:----- HORA:-----

Firma del paciente: