

Intervención grupal en los trastornos de ansiedad en Atención Primaria: técnicas de relajación y cognitivo-conductuales

M.L. Burgos Varo^a, M.D. Ortiz Fernández^b, F. Muñoz Cobos^b, P. Vega Gutiérrez^c y R. Bordallo Aragón^d

^aTrabajadora social. Centro de Salud El Palo. Málaga.

^bMédico de familia. Centro de Salud El Palo. Málaga.

^cResidente de segundo año. Centro de Salud El Palo. Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria de Málaga.

^dResidente de primer año. Centro de Salud El Palo. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Málaga.

INTRODUCCIÓN. Los trastornos de ansiedad son muy frecuentes en Atención Primaria. Su tratamiento incluye técnicas de relajación y respiración controlada y técnicas cognitivo-conductuales. Nuestro objetivo es valorar la eficacia del aprendizaje grupal de las técnicas mencionadas para reducir la ansiedad.

MÉTODOS. El diseño es descriptivo longitudinal pre-post-intervención. Sujetos de estudio: pacientes que realizan los talleres de técnicas de relajación (18 grupos) en el centro de salud de octubre de 1997 a junio de 2004 (con asistencia al 80% de sesiones) (n = 117). Intervención: taller de 8 sesiones en 2 meses que incluye entrenamiento en respiración, técnicas de relajación (de Jacobson y entrenamiento autógeno de Schultz) y técnicas cognitivas (afrentamiento de estrés, resolución de problemas). Participan 10-12 personas por sesión semanal. Variables: sexo, edad, motivo para realizar el taller, tratamiento con psicofármacos. Se realiza escala de ansiedad-depresión de Goldberg (EADG)-18 ítems, antes y tras los talleres; se comparan puntuaciones pre-post-intervención (prueba de la t, intervalo de confianza al 95%).

RESULTADOS. Realizan la EADG pre-post-intervención 95 pacientes, de los que el 93,7% son mujeres. La edad media es 46,8 años (desviación estándar 12,6). Los principales motivos para realizar el taller son: ansiedad el 51,6%, síntomas somáticos el 10,5% y el 9,5% son cuidadoras. El 47,4% toman tratamiento psicofarmacológico, sin diferencias en las puntuaciones de la EADG pre y post-intervención respecto al grupo sin tratamiento. El descenso medio de ansiedad pre-post-intervención en la EADG es de 3,2 puntos (2,7-3,6) (p < 0,0001) y de 1,9 (1,59-2,28) (p < 0,0001) en la subescala de depresión.

CONCLUSIONES. Los talleres de técnicas de relajación pueden ser útiles en la reducción de la ansiedad y la depresión en Atención Primaria.

Palabras clave: trastornos de ansiedad, técnicas de relajación, técnicas cognitivo-conductuales, Atención Primaria, intervención grupal.

INTRODUCTION. Anxiety disorders are very frequent in Primary Health Care. Relaxation and controlled respiration techniques and cognitive-behavior techniques are included in its treatment.

METHODS. The design is pre-post intervention longitudinal and descriptive. Study subjects: patients who did a relaxation technique workshop (18 groups) in the health care center from October 1997 to June 2004 (with attendance to 80% of the sessions) (n = 117). Intervention: workshop of 8 sessions in 2 months includes training in breathing, relaxation techniques (of Jacobson and autogenous training of Schultz) and cognitive techniques (confronting stress, problem solving). Ten to 12 persons participate per weekly session. Variables: gender, age, reason for doing the workshop, treatment with psychodrugs. Goldberg Anxiety-Depression Scale (GADS)-18 items was applied before and after the workshops. Pre-post intervention scores (T test, 95% confidence interval) were compared.

RESULTS. Pre-post intervention GADS was done in 95 patients, 93.7% of whom were woman. Mean age was 46.8 years (standard deviation 12.6). The main reasons for taking the workshop were: anxiety 51.6%, somatic symptoms 10.5% and 9.5% are caretakers. A total of 47.4% were taking psychodrug treatment, without differences in the pre-post-intervention GADS scores regarding the group without treatment. The mean decrease in pre-post intervention anxiety in the GADS was 3.2 points (2.79-3.6) (p < 0.0001) and 1 (1.59-2.28) (p < 0.0001) on the depression subscale.

Correspondencia: M.L. Burgos Varo.

C/ José Palanca, 18, 5º D.

29003 Málaga.

Correo electrónico: mluzburgos@hotmail.com

Recibido el 09-12-04; aceptado para su publicación el 11-04-05.

CONCLUSIONS. Relaxation technique workshops may be useful in the reduction of anxiety and depression in Primary Health Care.

Key words: anxiety disorders, relaxation techniques, cognitive-behavioral techniques, Primary Health Care, group intervention.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad son muy frecuentes en Atención Primaria¹, constituyendo por sí uno de los principales motivos de consulta y relacionándose con una gran cantidad de demandas que se refieren a dolencias somáticas inespecíficas que no se corresponden con patologías concretas². Estos síntomas generalmente obedecen a un malestar inespecífico, teniendo su origen en los desajustes de la persona con su medio físico, afectivo, relacional, laboral o social; siendo su repercusión en el estado de salud importante³. Existen multitud de signos, síntomas y enfermedades relacionadas con la ansiedad, en concreto se han descrito trastornos cardiovasculares, respiratorios, inmunológicos, gastrointestinales, dermatológicos, musculares, sexuales, psicopatológicos, etc.^{3,4}.

Según señalan la *Anxiety Disorders Association of America* y la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés el éxito contra la ansiedad está en la combinación de varias estrategias⁵. Se encuentra utilidad en las intervenciones no farmacológicas (relajación⁶, yoga, técnicas de resolución de problemas⁶, *biofeedback*, psicoterapia y en especial técnicas cognitivo-conductuales)⁷ en el tratamiento de la ansiedad (en todas sus variantes: trastorno de ansiedad generalizada^{8,9}, fobia social¹⁰, ataques de pánico^{11,12}, trastorno obsesivo¹³, trastorno de estrés postraumático¹⁴), en todos los grupos de edad^{15,16} y en trastornos relacionados con frecuente incidencia de este síntoma, como la dispepsia¹⁷, la cefalea¹⁸, el síndrome de fatiga crónica¹⁹, la epilepsia²⁰ la esclerosis múltiple²¹. En algunos casos, como los ataques de pánico, la terapia cognitivo-conductual ha mostrado ser tan efectiva como la medicación (recomendación grado A2, número necesario a tratar [NNT] = 2)⁶ y más coste-efectiva que el tratamiento farmacológico¹², al contrario que en el caso de comorbilidad de ansiedad-depresión, en el que la farmacoterapia es de primera elección⁹.

Las técnicas de relajación (recomendación grado A2^{6,22}) 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. Se incluyen⁶ la relajación progresiva²³, el entrenamiento autógeno²⁴ y las técnicas respiratorias²⁵.

La terapia cognitivo-conductual se basa en intervenciones dirigidas a los conocimientos (cognición) o representaciones –significados que la persona tiene de la situación o problema–, orientando el cambio adaptativo necesario a nivel conductual para revertir o controlar la fuente de estrés. Incluye técnicas de exposición, reconversión de ideas,

afrontamiento y existe mayor evidencia de utilidad en servicios especializados que en Atención Primaria, donde, no obstante, alcanza grado de recomendación A2 en trastornos adaptativos ante acontecimientos vitales estresantes⁶.

Se conoce además que las intervenciones psicológicas son bien aceptadas por los pacientes²⁶.

El objetivo del presente estudio es evaluar la utilidad de talleres de técnicas cognitivas y de relajación de carácter grupal, realizados en un centro de Atención Primaria, en la reducción de la ansiedad.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se realiza en un centro de salud urbano que atiende a una población de 34.000 habitantes. El diseño del estudio es de intervención (pre-post) sin grupo control.

Se incluyen en el estudio los pacientes que realizan los talleres de técnicas de relajación (18 grupos) en el centro de salud entre octubre de 1997 y junio de 2004 (con asistencia al menos al 80% de sesiones) (n = 117).

El origen de esta actividad en nuestro centro de salud está asociada al Programa de Atención a enfermos incapacitados en domicilio²⁷; se desarrolló una técnica de grupo focal para estudiar los problemas relacionados con los cuidados de los pacientes incapacitados desde el punto de vista de la cuidadora, en la que se manifestó que las cuidadoras mostraban síntomas de estrés psíquico y depresión, especialmente las que atendían a pacientes demenciados²⁸.

Para dar respuesta a los problemas de estrés que manifestaban las cuidadoras informales se pone en marcha el taller de relajación, posteriormente y debido a la gran demanda de personas con trastornos por ansiedad se extendió a pacientes con problemas de ansiedad en general. Se seleccionó el método por los efectos positivos que los grupos de autoayuda ejercen sobre la salud²⁹⁻³².

El acceso a los grupos de relajación se realiza a través del médico de familia o enfermera, derivando a la persona interesada mediante un volante indicando nombre y teléfono a la coordinadora del taller, que en este caso es la trabajadora social, o bien por propia demanda del usuario; en un primer contacto se le informa del objetivo y organización de los talleres y se anota en una lista de espera.

En la semana inmediatamente anterior al taller se mantiene entrevista personalizada con la trabajadora social, profesional que organiza y realiza los talleres, en la que se evalúa el grado de ansiedad mediante la aplicación de la escala de ansiedad-depresión de Goldberg (EADG) (pre-test)^{33,34}.

El taller consta de un total de 8 sesiones con periodicidad semanal y con una duración de hora y media. El número de participantes está entre 10 y 12. Cada sesión consta de dos partes:

1. Exposición y diálogo sobre el concepto de estrés y sus componentes, procesos, factores que producen estrés, síntomas, soluciones. Se trabajan técnicas cognitivas: reestructuración cognitiva, asertividad, técnicas de resolución de problemas, autoestima, mediante prácticas de dinámi-

ca de grupos³⁵⁻³⁷, dedicándole un tiempo aproximado de una hora.

2. Entrenamiento práctico de técnicas de respiración controlada y psicorrelajación. Duración aproximada de media hora. Incluye:

– Técnicas de relajación: la técnica de la relajación muscular profunda propuesta por Jacobson nos enseña a identificar los músculos en tensión para conseguir llevarlos hasta el estado de relajación. Consiste en la relajación progresiva basada en la discriminación perceptiva de los niveles de tensión y en la relajación de los distintos grupos musculares a través de ejercicios de tensión/distensión³.

El entrenamiento autógeno de Shultz³⁸ mediante la concentración pasiva y la inducción a sensaciones fisiológicas normales como pesadez y calor, comenzando por las extremidades y avanzando de forma gradual, consigue llegar a un estado de relajación profunda activando las eferencias somáticas y viscerales correspondientes^{3,5}.

– Técnicas de respiración: la respiración opera mediante interacciones cardiorrespiratorias de control vagal. Un adecuado control de la respiración para conseguir una respiración correcta permite la adecuada oxigenación del organismo, lo que conlleva un menor gasto energético y dificulta la aparición de la fatiga y malestar general^{3,5}.

Al final de cada sesión se entrega una hoja indicando ejercicios de prácticas de respiración y relajación para hacer en casa.

Tras finalizar las 8 semanas del taller, se cita a los participantes en la semana siguiente a una nueva entrevista personal en la que se vuelve a pasar la EADG (post-test).

Se analiza separadamente la influencia en las puntuaciones pre y post-test en las subescalas de EADG del trata-

miento psicofarmacológico mediante comparación de medias ("t" de Student muestras independientes). Se muestran las correlaciones entre las subescalas ansiedad y depresión y entre éstas y la edad, presentando el coeficiente de correlación de Pearson.

Se analiza la modificación de las puntuaciones en las subescalas ansiedad y depresión de la EADG en el pre-post-test mediante prueba de la t para muestras apareadas.

En todos los casos se establece alfa de 0,05.

RESULTADOS

Se incluyen en el estudio 117 pacientes que asisten al menos al 80% de las sesiones. De éstos, realizan la EADG pre-post-intervención 95 pacientes, de los que el 93,7% (89) son mujeres y sólo 5 varones. La edad media es 46,8 años (desviación estándar [DE] 12,6), con un máximo de 81 y un mínimo de 18 años. Los principales motivos para realizar el taller son: ansiedad el 51,6%, síntomas somáticos el 10,5% y el 9,5% son cuidadoras. El 47,4% siguen tratamiento psicofarmacológico.

La ansiedad basal tiene una media de 5,73 (DE 1,89) y la depresión basal arroja una media de 4,01 (DE 2,32) puntos en la EADG, pasando a puntuaciones medias respectivas post-intervención de 2,53 (DE 1,97) y 2,07 (DE 1,09), siendo ambos descensos estadísticamente significativos. Existe correlación significativa entre ansiedad y depresión tanto pre como post-intervención (tabla 1).

Se analizan separadamente los grupos con o sin tratamiento farmacológico no encontrándose diferencias significativas en las puntuaciones de las subescalas de la EADG ni antes ni después de la intervención (tabla 2).

Tabla 1. Tabla de correlaciones de edad y puntuaciones en subescalas de ansiedad y depresión pre y post-test

| | | Edad | Ansiedad pre | Ansiedad post | Depresión pre | Depresión post |
|----------------|------------------------|--------|--------------|---------------|---------------|----------------|
| Edad | Correlación de Pearson | 1 | 0,034 | -0,041 | 0,050 | 0,065 |
| | Sig. (bilateral) | - | 0,751 | 0,701 | 0,640 | 0,540 |
| Ansiedad pre | Correlación de Pearson | 0,034 | 1 | 0,472 | 0,667 | 0,487 |
| | Sig. (bilateral) | 0,751 | - | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| Ansiedad post | Correlación de Pearson | -0,041 | 0,472 | 1 | 0,404 | 0,536 |
| | Sig. (bilateral) | 0,701 | 0,000 | - | 0,000 | 0,000 |
| Depresión pre | Correlación de Pearson | 0,050 | 0,667 | 0,404 | 1 | 0,693 |
| | Sig. (bilateral) | 0,640 | 0,000 | 0,000 | - | 0,000 |
| Depresión post | Correlación de Pearson | 0,065 | 0,487 | 0,536 | 0,693 | 1 |
| | Sig. (bilateral) | 0,540 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | - |

Sig.: significación.

Tabla 2. Comparación de las puntuaciones en las subescalas de ansiedad y depresión de la EADG en los grupos con o sin tratamiento farmacológico

| Variable | Tratamiento farmacológico | Media | Error típico media | t | Diferencia medias | Error típico diferencia | p |
|----------------|---------------------------|-------|--------------------|-------|-------------------|-------------------------|-------|
| Ansiedad pre | Sí | 5,93 | 0,299 | 1,81 | 0,48 | 0,404 | 0,241 |
| | No | 5,46 | 0,272 | | | | |
| Ansiedad post | Sí | 2,78 | 0,305 | 1,536 | 0,63 | 0,407 | 0,128 |
| | No | 2,15 | 0,271 | | | | |
| Depresión pre | Sí | 4,33 | 0,375 | 1,313 | 0,64 | 0,486 | 0,193 |
| | No | 3,70 | 0,311 | | | | |
| Depresión post | Sí | 2,20 | 0,320 | 0,657 | 0,27 | 0,404 | 0,513 |
| | No | 1,93 | 0,248 | | | | |

El descenso medio de ansiedad pre-post-intervención en la EADG es de 3,2 puntos (2,7-3,6) ($p < 0,0001$) y de 1,9 (1,59-2,28) ($p < 0,0001$) en la subescala de depresión (tabla 3).

DISCUSIÓN

La población de estudio son mujeres³⁴ de edad media con frecuente comorbilidad ansiedad-depresión¹ y consumo de psicofármacos, perfil típico del paciente ansioso en Atención Primaria.

Los resultados de los parámetros basales en las puntuaciones de la EADG muestran importantes tasas de ansiedad y depresión, ambos sobre el punto de corte (5,73 > 4 para la ansiedad, 4,01 > 2 para la depresión) y sin diferencias en los grupos que toman y no tratamiento farmacológico. Aunque el objetivo es valorar el efecto sobre la ansiedad, también se ha medido la subescala depresión, encontrándose modificación a la baja también en sus pun-

Tabla 3: Reducción de la puntuación en las subescalas de ansiedad y depresión de la EADG pre y post-intervención

| Variable | Media (n = 95) | Error típico de la media | Diferencia | p |
|----------------|----------------|--------------------------|------------------|--------|
| Ansiedad pre | 5,73 | 0,195 | 3,2 (2,76-3,64) | 0,0001 |
| Ansiedad post | 2,53 | 0,203 | | |
| Depresión pre | 4,01 | 0,238 | 1,91 (1,59-2,28) | 0,0001 |
| Depresión post | 2,07 | 0,196 | | |

tuaciones, probablemente debido al efecto beneficioso en la patología depresiva de las técnicas cognitivo-conductuales³⁹, y a la comorbilidad ansiedad-depresión.

En las figuras 1-4 se aprecia el desplazamiento que la intervención produce en las puntuaciones de las subescalas de ansiedad y depresión de la EADG desde altos niveles (predominio sobre el punto de corte) a bajos niveles (predominio área bajo punto corte).

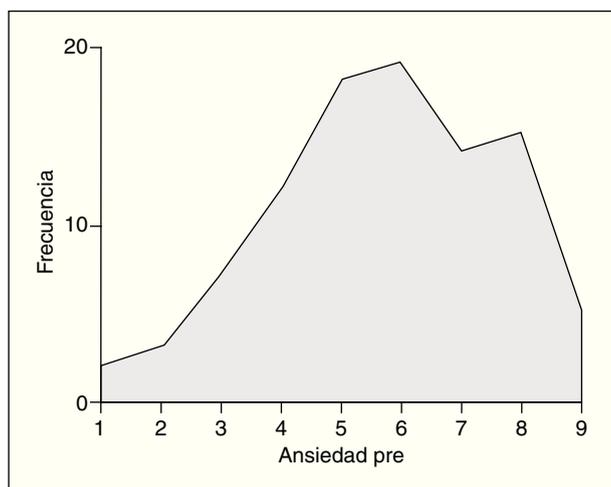


Figura 1. Puntuaciones subescala de ansiedad de la Escala de Ansiedad y Depresión del Goldberg pre-intervención.

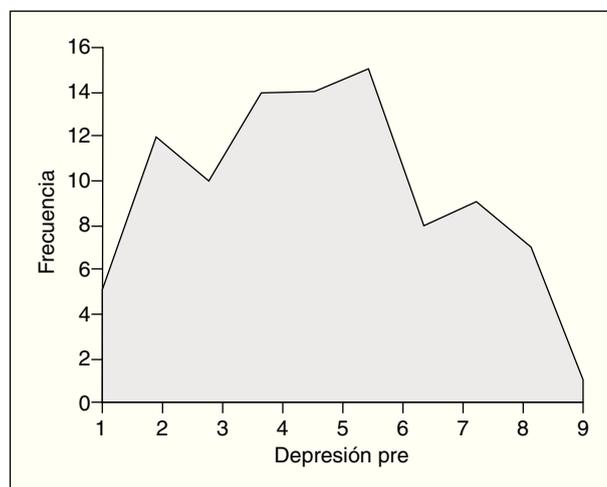


Figura 3. Puntuaciones subescala de depresión de la Escala de Ansiedad y Depresión del Goldberg pre-intervención.

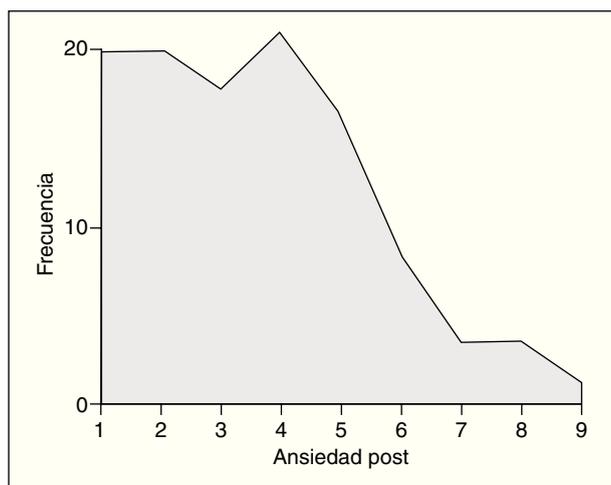


Figura 2. Puntuaciones subescala de ansiedad de la Escala de Ansiedad y Depresión del Goldberg post-intervención.

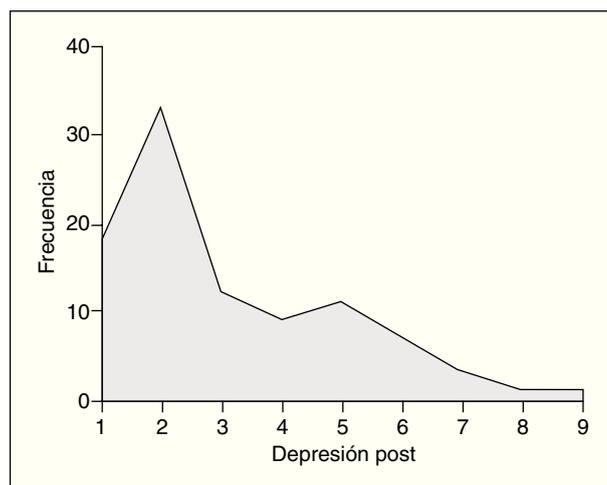


Figura 4. Puntuaciones subescala de depresión de la Escala de Ansiedad y Depresión del Goldberg post-intervención.

Comparando los resultados de nuestro estudio con un metaanálisis sobre efecto de los tipos de relajación en problemas de salud en nuestro país⁴⁰ encontramos: un perfil similar de pacientes excepto en la edad (33,4 años en el metaanálisis, por inclusión de población universitaria), diseños pre-post-test de un solo grupo en el 71% de estudios incluidos, y duración similar del tratamiento (1,5 meses, sesiones semanales). Encuentran efectividad de todas las técnicas con tamaño del efecto medio 0,936, con mayor eficacia de los procedimientos de respiración.

Se han publicado intervenciones que comparten métodos similares a los nuestros, sobre todo técnicas de relajación en Atención Primaria dirigidas a determinados grupos de población (cuidadoras⁴¹, educación maternal⁴², deshabituación tabáquica⁴³), pero es llamativa la menor utilización específicamente para el tratamiento de la ansiedad.

Los sesgos fundamentales de nuestro estudio serían de un lado las pérdidas en el seguimiento, constituidas sobre todo por participantes que no completan el post-test, pudiendo ser que el mismo hecho de no encontrar mejoría en su estado psicológico les haga no participar, lo cual afectaría a los resultados. La falta de grupo control supone menor posibilidad de atribuir la mejoría psicológica específicamente a la intervención, ya que también se afectan de tratamiento farmacológico y de actividades de seguimiento en consultas. Por otro lado, el tiempo en que se evalúa el efecto es demasiado próximo a la conclusión de la actividad (generalmente a la semana siguiente) y relativamente próximo a la cumplimentación del pre-test, por lo que pueden intervenir sesgos de recuerdo y de deseabilidad social.

Futuras investigaciones deben avanzar en el conocimiento del efecto de las terapias no farmacológicas en los trastornos psicológicos en Atención Primaria, para lo que nos proponemos medir los efectos a largo plazo (1 año después de participar en los talleres) e incluir grupo control de similares características que no participen en los talleres, y procedimientos de ciego, siendo personal distinto el que administre las EADG y coordine los talleres. También sería conveniente valorar el efecto sobre el consumo de psicofármacos.

La principal aplicación práctica de esta investigación es que orienta a la efectividad de las terapias no farmacológicas, en concreto las técnicas de relajación y cognitivas, en el tratamiento de patologías tan prevalentes en Atención Primaria como la ansiedad y la depresión, y muestran una experiencia concreta, realizada por la trabajadora social en un centro de salud urbano en el que la actividad se ha consolidado y ampliado progresivamente (grupos de edad, varones, patologías diversas).

BIBLIOGRAFÍA

1. De la Gándara JJ. Manejo de depresión y ansiedad en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 1997;20:389-94.
2. House A, Stark D. Anxiety in medical patients. *BMJ*. 2002;325:207-9.

3. Labrador FJ. El estrés. Nuevas técnicas para su control. Madrid: Ed. Temas Hoy. Grupo Correo de Comunicación; 1992.
4. Michal M. Estrés: Signos, Fuentes, Síntomas, Soluciones. Basilea: Ed. Roche; 1992.
5. González Ordi H. ¿Qué es lo que estamos relajando con las diferentes técnicas de relajación? *Boletín SEAS*. 1994;1:1-9.
6. Bushell J. National Health Committee. Guidelines for assessing and treating anxiety disorders. New Zealand Guidelines Group; 1998.
7. Gale C, Oakley-Browne M. Anxiety disorder. *Clinical Review. BMJ*. 2000;321:1204-7.
8. Allgulander C, Bandelow B, Hollander E, Montgomery SA, Nutt DJ, Okasha A, et al. WCA recommendations for the long-term treatment of generalized anxiety disorder. *CNS Spectr*. 2003;8 Supl 1:53-61.
9. Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ, Borkovec TD, Rickels K, et al. Consensus statement on generalized anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 Suppl 1:53-8.
10. Van Ameringen M, Allgulander C, Bandelow B, Greist JH, Hollander E, Montgomery SA, et al. WCA recommendations for the long-term treatment of social phobia. *CNS Spectr*. 2003;8 Suppl 1:40-52.
11. Pollack MH, Allgulander C, Bandelow B, Cassano GB, Greist JH, Hollander E, et al. WCA recommendations for the long-term treatment of panic disorder. *CNS Spectr*. 2003;8 Suppl 1:17-30.
12. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical practice Guidelines Team for Panic Disorder and agoraphobia. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder and agoraphobia. *Aust N Z J Psychiatry*. 2003;37:641-56.
13. Greist JH, Bandelow B, Hollander E, Marazziti D, Montgomery SA, Nutt DJ, et al. WCA recommendations for the long term treatment of obsessive compulsive disorder in adults. *CNS Spectr*. 2003;8 Supl 1:7-16.
14. Ehlers A, Clark DM, Hackman A, McManus F, Fennell M, Herbert C, et al. A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:1024-32.
15. Barrowclough C, King P, Colville J, Russell E, Burns A, Tarrier N. A randomized trial of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling for anxiety symptoms in older adults. *J Consult Clin Psychol*. 2001;69:756-62.
16. Salas M, Gabaldón O, Mayoral JL, Guerrero R, Albuja J, Aymara I. Intervenciones psicológicas eficaces para el afrontamiento de procedimientos médicos dolorosos en oncología pediátrica: revisión teórica. *Anales de Pediatría*. 2003;59:41-7.
17. Soo S, Moayyedi P, Deeks J, Delaney B, Lewis M, Firman D. Intervenciones psicológicas para la dispepsia no ulcerosa (Revisión Cochrane traducida). *La Cochrane Library plus en español*. N.º 2. Oxford: Update Software Ltd; 2004.
18. Vera MN. Biofeedback, EMG frontal y terapia cognitiva en el tratamiento de cefaleas tensionales, migrañas y cefaleas mixtas. *Análisis y Modificación de Conducta*. 1990;16:99-120.
19. Price JR, Couper J. Tratamiento cognoscitivo-comportamental para adultos con síndrome de fatiga crónica (Revisión Cochrane traducida). *La Cochrane Library en español*. N.º 2. Oxford: Update Software; 2004.
20. Ramaratnam S, Baker GA, Golstein L. Tratamientos psicológicos para la epilepsia (Revisión Cochrane traducida). *La Cochrane Library en español*. N.º 2. Oxford: Update Software; 2004.
21. Oken BS, Kishiyama S, Zajdel D, Bourdette D, Carlsen J, Haas M, et al. Randomized controlled trial of yoga and exercise in multiple sclerosis. *Neurology*. 2004;62:2058-64.
22. Imán R, Feldman H, Harris R, Levin R, Malloy G. The effects of relaxation training on clinical symptoms: a meta-analysis. *Nursing Research*. 1989;38:216-20.
23. Bueno AM, Buceta JM. Efectos multidimensionales de un programa de entrenamiento en relajación progresiva aplicado a sujetos con estados de ansiedad. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 1986;41:653-66.
24. Fernández A, Diago F. Efectos de un programa de entrenamiento autógeno en el curso de la diabetes mellitus tipo I. *Psiquis*. 1991;5:46-56.

25. Chóliz M. Desarrollo de un procedimiento de respiración para el tratamiento del insomnio. *Fundamentos teóricos y evidencia experimental. Análisis y Modificación de la Conducta.* 1993;19:421-32.
26. Vega AT, Larrañaga M, Zurriaga O, Gil M. *Aten Primaria.* 1999;24:569-75.
27. Espinosa JM, Burgos ML, Muñoz F, Salazar JA. Programa de atención a pacientes incapacitados en un Centro de Salud. *Aten Primaria.* 1992;10:761-5.
28. Burgos ML, Muñoz F. La mujer como cuidadora de enfermos incapacitados. En: *La mujer en Andalucía.* Málaga: Ed. Servicio de Publicaciones de la Diputación Provincial de Málaga; 1993. p. 59-131.
29. Urraca S. El apoyo social en la salud y en la enfermedad. *JANO.* 1990;38:53.
30. Barrón A. Un ejemplo de intervención con grupos de apoyo. *JANO.* 1990;38:898:87-91.
31. Quejido P, Trepát M. Trabajo con grupos. *Crónica de la cotidianidad. Trabajo Social y Salud.* 2003;44:47-70.
32. Ursa MT. El tratamiento psicosocial grupal con mujeres: una alternativa para el ahorro de costes en atención primaria. *Trabajo Social y Salud.* 2003;44:71-85.
33. Montón C, Pérez-Echevarría MJ, Campos R, García-Campayo J, Lobo A. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg. Una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria.* 1993;12:345-9.
34. Martínez R, Baylín A, Ortiz MF. ¿Podemos detectar trastornos mentales en atención primaria? Utilidad y concordancia de dos instrumentos diagnósticos. *Aten Primaria.* 1999;23:285-8.
35. Narbona G. Curso de Técnicas Cognitivo-Conductuales en Atención Primaria. Documento de trabajo. Málaga; 1998.
36. McKay M, Davis M, Fanning P. Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés. Barcelona: Ed. Martínez Roca; 1988.
37. Davis M, McKay M, Eshelman E. Técnicas de autocontrol emocional. Barcelona: Ed. Martínez Roca; 1992.
38. Schultz JM. El entrenamiento autógeno: Autorregulación concentrativa. 4.ª ed. Barcelona: Ed. Científico-Médica; 1980.
39. Geddes J, Butler R. Trastornos depresivos. En: *Evidencia Clínica.* 1.ª ed. Barcelona: BMJ Publishing Group; 2002. p. 879-80.
40. Sánchez J, Rosa AI, Olivares J. Eficacia diferencial de los tipos de relajación en problemas de salud: un estudio meta-analítico en España. *Rev Internacional Psicología Clínica y de la Salud,* 1994;4(2). Disponible en: copsa.cop.es/congresoiberoa/base/clinica/cr450.htm
41. Martín R, Buenestado C, Caballero ML, Lora F. *Aten Primaria.* 2000;25:518-9.
42. Guillén M, Sánchez JL, Toscano T, Garrido MI. Educación maternal en atención primaria. Eficacia, utilidad y satisfacción de las embarazadas. *Aten Primaria.* 1999;24:55-74.
43. Aleixandre E, Casanova MA, Mitjana J, Sánchez J, San Martín A. Ensayo Clínico de dos intervenciones de deshabituación tabáquica en atención primaria. *Aten Primaria.* 1998;22:424-8.