

alimara

REVISTA DE TREBALL SOCIAL
NÚMERO 46 / SEGONA ÈPOCA / DESEMBRE 2000



**Consell
de Mallorca**



alimara

Núm. 46

Segona època, desembre 2000

Edita: Consell Insular de Mallorca

Redacció: Departament de Serveis Socials

General Riera, 67

07010 Palma

Tel: (971) 76 07 62

Fax: (971) 76 19 52

Portada: Composició amb papallones

Xisco Rubio

Maquetació

i impressió: Esment, centre especial de treball d'Amadip

Dipòsit legal: PM-128-1987

Els articles d'aquesta revista expressen únicament l'opinió dels seus autors.

APLICACIONS DEL RELAXAMENT I DE L'ENTRENAMENT SUGGESTIU DE L'AUTOCONTROL EN EL TRACTAMENT GRUPAL DE LES TOXICOMANIES

Guillermo Morales Homar i
Luis Miguel Gallego Sáez,
psicòlegs

Aquest article tracta de l'aplicació de les tècniques de Relaxament i de l'Entrenament Suggestiu d'Autocontrol (ESSA) en teràpia grupal per facilitar l'aprenentatge d'estratègies d'acarament de l'estrés, habilitats per al maneig de l'ansietat i eines per a l'autocontrol en el procés de rehabilitació de les persones amb problemes de toxicomanies i els seus familiars.

El programa s'ha desplegat per a la seva aplicació al voltant dels Equips d'Atenció als Drogodependents del Consell de Mallorca en els diferents Centres Comarcals de Palma, Inca i Manacor.

Les intervencions realitzades vénen a completar altres nivells d'atenció individual, grupal i familiar de les toxicomanies, i pretén incrementar la probabilitat de comportaments més adaptatius en un tractament integral d'aquestes persones.

Introducció

Els Tallers de Relaxament i Entrenament Suggestiu d'Autocontrol (ESSA) sorgeixen com una estratègica de teràpia grupal per a la rehabilitació de les persones amb problemes de toxicomanies, que ve a complementar altres nivells d'atenció individual, grupal i familiar que es despleguen en els Equips d'Atenció als Drogodependents (EAD) del Consell de Mallorca (CIM). Aquests tallers s'iniciaren el 1999 en els Centres Comarcals de Palma i Manacor (2 tallers) per respondre a la necessitat de tractaments específics per als problemes observats d'alta ansietat, estrés i manca d'autocontrol en la població de persones alcohòliques i toxicòmanes. Enguany, l'any 2000, s'han fet tallers a Palma, Inca i Manacor (3 tallers), alhora que s'ampliava la possibilitat de tractament als familiars dels toxicòmans i alcohòlics.

L'objectiu general plantejat en el programa és l'aprenentatge, per part dels usuaris dels EAD, d'estratègies d'acarament que permetin incrementar les habilitats en el maneig de l'estrés i l'ansietat, i també facilitar a aquestes persones la consecució d'una més gran percepció d'autocontrol i increment de la seva auto-

estima que permeti incrementar la probabilitat de comportaments més adaptatius i una millora en la seva qualitat de vida.

Estat actual i justificació

El fenomen social de l'abús i/o ús indegut de drogues, constitueix, en els nostres dies, un dels problemes més importants als que s'ha d'enfrontar la nostra comunitat. L'expansió de la drogoaddicció, la problemàtica social que comporta, l'increment dels costos humans i econòmics associats, han fet que es converteixi en un dels problemes de salut pública més greus actualment, no només per la problemàtica que inclou en ell mateix, sinó, a més, per la seva relació amb altres problemes, com per exemple la sida i/o el accidents de trànsit. Els problemes causats per la dependència de drogues, no només afecten el propi drogodependent, sinó que, per la constel·lació d'elements psicosocials que conformen les situacions de dependència, també produeixen problemes a altres persones, especialment als familiars amb els que conviu i fins i tot al seu cercle social i al seu veïnat.

L'apropament actual més heurístic als comportaments addictius és el de la perspectiva biopsicosocial, el qual assumeix que la dependència, a una o a diverses drogues, és una conducta que té distintes causes, és a dir, es tracta d'una problemàtica multicausal. En aquest sentit, es considera com una addicció una pauta de conducta complexa que es caracteritza per un seguit de components biològics, psicològics, sociològics i conductuals.

Les conductes addictives de més gran prevalència en la nostra societat són l'abús d'alcohol (en augment entre els adolescents), el tabac, l'heroïna, la cocaïna i les drogues recreatives o lúdiques, altres substàncies psicoactives, i també el joc patològic. Aquestes conductes, susceptibles d'emetre's de manera repetitiva, compulsiva i/o abusiva, tenen un seguit de propietats comparables que les caracteritzen, de les que n'hi calen destacar tres des del punt de vista que ens ocupa:

- a) El contrast afectiu. La substància i/o activitat tendeix a produir un estat afectiu inicial d'eufòria (*«estar col·locat»*) que disminueix amb el manteniment de l'addicció, en el que prevaleix un estat afectiu oposat-*disfòria o malestar*.
- b) La capacitat de la substància i/o activitat d'actuar com un eficaç *estímul incondicionat pavlovà*, produint-se respostes condicionades als senyals ambientals en els que té lloc el desenvolupament de l'addicció.
- c) La presència d'estats *emocionals caracteritzats per un intens nivell d'activació general i els efectes de l'estrès i de l'ansietat*, que intervenen de forma negativa en el consum abusiu de substàncies i/o en la realització d'activitats addictives.

Per altra part, amb freqüència, els símptomes, trastorns psicològics i neuropsicològics es troben emmascarats per l'abús d'alcohol i altres drogues, i és difícil esbrinar si els diagnòstics observats són previs, coexistents o secundaris. Els principals trastorns psiquiàtrics que coexisteixen amb les addiccions són: *l'esquizofrènia, els trastorns d'ansietat (trastorns d'angúnia-pànic, trastorn obsessiu-compulsiu, etc.), els trastorns afectius i el trastorn bipolar*.

Finalment, cal esmentar les característiques i problemes de personalitat del drogodependent que recullen diversos estudis, d'entre els que en destaquen: *els*

problemes de baixa autoestima, baixa tolerància a la frustració, la conducta antisocial, la duresa emocional, la necessitat de gratificació immediata i sense possibilitat de control, la motivació centrada en ell mateix, la inestabilitat emocional amb sobtades oscil·lacions d'ànim, l'escepticisme i hedonisme, l'egocentrisme, les motivacions de fugida de la realitat, el «passotisme», el rebuig de la majoria de valors socials, la irritabilitat, la depressió i la impulsivitat. (A. Vallés, 1996).

El relaxament

Actualment, el relaxament, bé sigui com a tècnica o procediment d'entrenament, amb les seves diverses variables (Relaxament Progressiu, Entrenament Autogen, etc.), o com a estat emocional, és un dels conceptes més populars tant en l'àmbit tècnic de les Ciències de la Salut, com en el patrimoni popular. Així, en el camp d'aplicació de la Psicologia Clínica es parla del relaxament com de «l'aspirina conductual» i, fins i tot, a vegades, el relaxament arriba a tenir connotacions pejoratives degut a la seva aplicació generalitzada a distints problemes comportamentals (aplicació no sempre justificada), i a la interpretació errònia del relaxament com estat d'inactivitat que està barallada amb valors imperants d'activació i hiperactivitat.

Per altra banda, es pot observar la publicació de nous manuals de relaxament en el camp de la psicologia (per exemple, Suinn, 1993; Amutio, 1998; Bernstein, Borkovec i Hazzlett-Stevens, 2000), i també articles específics a diverses compilacions sobre psicoteràpia i abundants articles d'investigació a revistes especialitzades. Per últim, cal indicar els innombrables llibres i material audiovisual d'autoajuda sobre el relaxament i les seves aplicacions que, moltes vegades, es presenten mancats de rigor quan no ofereixen solucions miraculoses i que es poden trobar a quasi totes les llibreries i comerços de grans superfícies.

Entre els mètodes emprats en Psicologia tal volta el més habitual en la modificació de conductes sigui el denominat Relaxament Progressiu, suggerit inicialment per Jacobson (1938) i desplegat després per altres autors (Wolpe, 1981; Bernstein i Borkovec, 1983). Altres alternatives, com l'Entrenament Autogen (Schultz i Luthe, 1959), les tècniques de ioga, la hipnosi (Hammond, 1990); i diversos procediments de meditació han estat també emprats amb diversos objectius.

En general, amb independència del mètode, l'entrenament en relaxament s'empra pràcticament en totes aquelles situacions el tractament de les quals requereix o aconsella la reducció de l'activitat simpàtica del sistema neurovegetatiu, de la tensió muscular o de l'estat d'alerta de l'organisme; trobant-se, entre les àrees d'aplicació més comunes, els distints subtipus d'ansietat, els efectes o trastorns associats a l'estrés, els trastorns psicossomàtics, el dolor crònic i l'increment en el rendiment laboral i intel·lectual. Quan la seva aplicació està centrada en trastorns del comportament, el més comú és que les tècniques de relaxament s'incloguin en un paquet de tractament més ampli (tractament multicòmpnent) o formant part d'una altra tècnica (per exemple, en el Desensibilització Sistemàtica).

Arribats a aquest punt, sembla adequat presentar a aquests companys de viatge tan poc recomanables, i que tanta mala premsa tenen, com són l'ansietat i l'estrés. L'ansietat pot ser definida com una resposta emocional, o patró de res-

postes, que engloba aspectes cognitius desplaents, de tensió i aprensió; aspectes fisiològics, caracteritzats per un alt grau d'activació del sistema nerviós autònom i aspectes motors que solen implicar comportaments poc ajustats i escassament adaptatius. (Miguel-Tóbal, 1990). Després d'aquesta excel·lent definició l'únic que podem tractar de fer és reemmarcar-la. Així, podem adonar-nos que l'ansietat consisteix en diferents parts components i que algunes d'elles, en un nivell moderat, poden ser molt positives; consisteixen en l'activació i el desafiament, l'interès i l'energia, aquesta mena d'energia que activa per a una actuació determinada. Són els nivells excessius d'ansietat els que interfereixen el nostre comportament i rendiment. Per la seva part, el que caracteritza una situació d'estrés és el desequilibri entre les demandes de l'organisme i els recursos de l'individu, desequilibri que pot ser momentani o mantingut (Holroyd i Lazarus, 1982). Des del punt de vista cognitiu, es considera l'estrés com a resultat d'una avaluació de dany/pèrdua, d'amenaça o de desafiament que fa la persona (especialment quan la persona considera que no té recursos per afrontar aquesta situació). En el primer cas, el subjecte avalua fets consumats; en el segon cas els anticipa i en el tercer es mou entre la possibilitat de poder o guanyar.

Des del punt de vista teòric s'ha identificat la tensió i el relaxament amb el nivell psicofisiològic assumint que els altres dos nivells (cognitiu i conductual) depenen directament d'aquell. L'excés d'activació en les funcions biològiques de l'organisme —sistema cardiovascular, gastrointestinal, respiratori, etc.— podria constituir el mecanisme que relaciona l'estrés psicològic i els estats emocionals amb el major risc de trastorns orgànics específics —úlceres, hipertensió, asma, etc.— com han posat de manifest estudis clínics i epidemiològics. Conseqüentment, si l'activació fisiològica constitueix un mecanisme de risc, la resposta de relaxament, com a procés oposat, constitueix necessàriament un mecanisme positiu facilitador de salut (Vila i Fernández, 1985).

Aquí s'assumeix que la preponderància, o major incidència, del relaxament en el canvi d'un o diversos dels factors indicats (cognitiu, psicofisiològic i motor) pot ser del tipus de tècnica de relaxament que s'utilitzi (R. Progressiva, R. per Evocació, E. Autogen, etc.), juntament amb les característiques i capacitats del subjecte i del terapeuta, i també del context d'aprenentatge (individual-grupal). Per exemple, E. Jacobson descrivia el Relaxament Progressiu com una tècnica de relaxament muscular profunda que no precisa ni imaginació ni força de voluntat, ni suggestió; vol ser una tècnica fisiològica —relaxament de la musculatura esquelètica— que comporta automàticament un relaxament del sistema autònom vegetatiu i del sistema nerviós central. Contràriament, l'Entrenament Autogen de Shultz parteix de la investigació sobre la hipnosi del psicòleg O. Vogt i planteja exercicis estàndards per al cos, exercicis de meditació per a la ment i exercicis especials dirigits a normalitzar els problemes específics (M. Davis, M. McKay i E. Eshelman, 1985).

Actualment i des d'un punt de vista cognitivo-conductual, Smith (1992) sosté que el relaxament és un procés transaccional que implica no només una resposta fisiològica i/o cognitiva d'alleujament de la tensió negativa i de l'ansietat. En aquest sentit, el fenomen del relaxament ha de considerar-se, també, com un procés de renovació dels recursos interns personals (cognitivo-emocionals, filosòfics) a través del desplegament de les *habilitats específiques* i a través de

l'adquisició d'*estructures cognitives*, això és, *creences* (pensaments permanents vers el que és real), *valors* (reflex del que consideram important) i *compromisos personals* (cursos d'acció que hem escollit de seguir).

El model cognitivo-conductual s'emmarca en una perspectiva que conceptualitza el relaxament en termes de reducció del nivell d'activació fisiològica, habilitats de relaxament cognitives i suposicions, actituds i filosofies conduents al relaxament. El relaxament pot considerar-se una *tècnica d'autocontrol*. Des del punt de vista transaccional, el relaxament és una forma d'acarament centrada en l'emoció dirigida a la reducció de l'estrés (Lazarus, 1991).

Com es pot veure, el relaxament és considerat com un procés educacional que implica l'adquisició d'un seguit d'habilitats emocionals i la seva posterior generalització a tots els àmbits de la vida diària. En aquest sentit, no es concep el relaxament únicament com un mitjà per alleujar conductes negatives com l'estrés, l'ansietat o el dolor, sinó que emfatitza també la importància d'impulsar, desplegar i renovar les pròpies potencialitats de les persones.

En la pràctica, la manera més efectiva de mostrar el relaxament no és imposar un procediment únic en tots els subjectes, sinó el disseny d'una combinació de tècniques apropiades per a cada individu. Així, l'entrenament en aquestes tècniques ha de ser altament individualitzat perquè la motivació del client es potenciï al màxim i aprengui el relaxament de manera més efectiva.

Fonaments teòrics del taller

L'Entrenament Suggeritiu d'Autocontrol (ESSA) és una proposta de tractament multicomponent que, en el seu conjunt, pot considerar-se una tècnica terapèutica psicològica cognitivo-conductual d'aprenentatge, adjunta a la psicoteràpia, que parteix de la teoria de l'aprenentatge, de la comunicació i dels principis hipnosuggestius. La seva utilització està lligada a la pràctica del relaxament (tot i que es pugui utilitzar independentment d'aquesta) i als exercicis amb les imatges mentals (imaginació i visualització). Pretén facilitar que les persones adquireixin estratègies i eines de canvi conductual, bé sigui per a l'acarament de situacions i la reducció del malestar psicològic —com en el cas de trastorns d'ansietat, problemes relacionats amb l'abús de substàncies o de la conducta alimentària— o bé per a l'increment de comportaments com en la millora del rendiment o en l'increment de l'autoestima (Morales i Gallego, 2000).

L'entrenament i pràctica de relaxament actiu proposat i de l'entrenament autosuggestiu, presenten un seguit d'avantatges sobre altres tècniques existents. Així, comprovam que, des del punt de vista del relaxament, es tracta d'un mètode eficient degut al poc temps que requereix el procediment per a la seva aplicació i a la rapidesa en l'aprenentatge (des de la primera sessió els subjectes experimenten sensacions de relaxament a un nivell significatiu); l'entrenament es pot generalitzar a diverses poblacions (s'ha entrenat amb èxit a diferents grups de població: professionals de l'àmbit de la psicologia i de l'educació, població clínica en general, geriàtrica, escolar juvenil, psiquiàtrica i persones amb problemes de drogodependències). L'aplicació de les habilitats apreses per part dels subjectes presenta, també, una fàcil generalització a diverses situacions. Això és perquè la seva pràctica no requereix cap postura física no habitual o de condi-

cions ambientals especials (es pot practicar assegut, dret o d'ajagut, fins i tot fent qualsevol). Pot servir d'exemple l'experiència realitzada en un taller de relaxament amb una població geriàtrica de més de 30 persones (inclòs el director del centre, el metge i personal sanitari) en una plaça d'aquesta ciutat i a ple dia: totes aquestes persones digueren que havien aconseguit relaxar-se plenament i en un curt termini de temps (al voltant de 15 minuts).

Així, el descobriment per part del pacient que pot exercir un cert control sobre les experiències del seu cos i dels seus estats emocionals, permet un pas important de cara a la recuperació de la sensació d'autocontrol. Una part fonamental del tractament és l'entrenament en les tècniques de l'autorelaxament que permeten la seva pràctica diària en l'ambient habitual de les persones. A més, es condicionen respostes voluntàries dels subjectes perquè serveixin com a instigadores per recuperar o evocar ràpidament les sensacions de relaxament quan el subjecte les necessita.

Per altra part, aquestes tècniques no són només compatibles, sinó que moltes vegades components i/o catalitzadors d'altres procediments d'intervenció. Per exemple, en el cas de la *Desensibilització Sistemàtica* (Wolpe, 1981), procediment que facilita el procés de descondicionament de l'ansietat a través de la percepció vívida de les situacions a descondicionar; o l'aplicació de la *Inundació en la Imaginació* en la qual des d'un estat relaxat es facilita la imaginació vívida dels estímuls associats amb la situació temuda, a més de la riquesa de les sensacions somàtiques provocades.

Cal esmentar també els mètodes basats en el *Condicionament Encobert* (Upper i Cautela, 1983) com a procediment basats en la imaginació, que modifiquen la freqüència de les respostes a través de la manipulació de les seves conseqüències. Aquestes tècniques es basen en el supòsit de l'homogeneïtat i interacció entre les conductes observables i encobertes i en les lleis de l'aprenentatge comunes a ambdues. Així, es poden aplicar l'*Asserció Encoberta* que ajuda a reduir l'ansietat emocional a través del desplegament de dues habilitats separades: la interrupció del pensament i la substitució del pensament. Per altra part, es pot entrenar en el *Reforç Encobert* com a mètode per acostumar-se a les situacions que prèviament s'evitaven per temor i en la *Sensibilització Encoberta* per l'associació vívida d'estímuls negatius, no obstant, s'han de mantenir les precaucions quant a l'ús dels estímuls negatius (McKay, Davis i Fanning, 1985).

Una altra de les possibilitats de l'ESSA és que el subjecte associï a estímuls pròxims i significatius del seu entorn, com puguin ser algunes paraules (noms comuns i propis) o conceptes, i sigui capaç d'evocar a través d'elles sensacions, emocions, imatges, pensaments i/o respostes motores adaptatives. Es tracta, per tant, d'un procés d'aprenentatge d'adquisició ràpida, econòmic i efectiu.

Objectius i desplegament del programa

Els objectius específics a assolir varen ser els següents:

1. L'aprenentatge del relaxament per aconseguir el nivell d'activació adequat a cada situació i com a tècnica d'acarament i prevenció de l'estrès. Facilitar eines per al canvi.

2. El maneig i autocontrol de l'ansietat per a l'extinció de comportaments i també la facilitació de respostes alternatives més adaptatives. Instaurar hàbits més adaptatius.
3. La generalització de l'aprenentatge. Aconseguir evocar aquestes sensacions de forma efectiva, fàcil i ràpida dins i fora de l'àmbit terapèutic.
4. Promoure l'increment de l'autoestima i de la percepció de l'autocontrol. Millorar la qualitat de vida.
5. Les pràctiques de tècniques d'autosuggestió i visualització per al control de la depressió, el malestar i el dolor.
6. Incrementar les habilitats socials de comunicació i facilitar el reconeixement i l'expressió de les emocions, tant positives com negatives, a través del treball en grup.
7. Aprendre tècniques per generar alternatives: visualització creativa.
8. Tractament de problemes d'insomni.
9. L'opció d'ampliar l'oferta de l'aprenentatge de les tècniques de relaxament i autocontrol als familiars implicats dels pacients.
10. Avaluar les variables ansietat i depressió en aquest segment de població, com a mostreig i per avaluar l'eficàcia del programa.

Subjectes. La selecció i valoració dels subjectes apropiats per als grups de teràpia es varen dur a terme pels equips terapèutics dels EAD, segons el procés individual de cada usuari, l'especificitat de les seves característiques psicològiques i socials, i també del moment evolutiu i de la seva problemàtica. Els grups estaven formats per:

- Alcohòlics,
- Toxicòmans i
- Familiars dels usuaris del Servei.

Nombre de subjectes. Es proposà un nombre màxim de 15 persones per a cada grup.

Àmbit d'aplicació. La investigació i tractaments es dissenyaren per a la seva aplicació al voltant dels EAD del Consell de Mallorca en els diferents centres comarcals de Palma, Inca i Manacor.

Durada del tractament. La teràpia de cada grup es desplega en 6 sessions, d'una durada per sessió d'entre 90 i 120 minuts, i amb una periodicitat quinzenal.

Les **variables** objecte d'avaluació i estudi són les següents:

Avaluació de l'ansietat pre i post-tractament a través de l'*Inventari d'Ansietat Estat-Tret* (STAI) d'Spielberger et al. (1982). El qüestionari es formalitzà a l'inici de la primera i segona sessió del grup (Estat/Tret) o en les sessions en què s'incorporà el nou component del grup. A l'inici de l'última sessió (sisena) es realitzà la segona mesura d'aquesta variable.

Aquest qüestionari va ser construït per avaluar l'ansietat com una característica estable de la personalitat o tendència a l'ansietat (ansietat tret), encara que també inclou una subescala d'estat per avaluar el nivell d'ansietat en el moment present (ansietat estat). Consta de 40 elements sobre una escala de resposta amb quatre categories i proporciona una puntuació d'ansietat tret i una altra d'ansietat estat. Una de les principals limitacions d'aquesta escala és que no discrimina adequadament entre ansietat i depressió.

Avaluació de la depressió: la mesura de la variable depressió es féu a través de l'Inventari de Depressió de Beck —DBI— de Beck, Rush, Shaw i Emery (1979). Instrument que consta de 21 ítems en cadascun dels quals el subjecte ha d'eleger una de quatre frases que reflecteixi millor la seva situació durant l'última setmana. El contingut del test presta especial importància al component cognitiu de la depressió. El qüestionari es formalitzà en els domicilis dels usuaris entre la primera i la segona sessió del grup. Al final del tractament es realitzà la segona mesura d'aquesta variable quan va ser possible.

Resultats

A continuació es resumeixen els resultats més significatius de l'avaluació.

Variable ansietat: Les puntuacions directes dels inventaris varen ser transformades mitjançant els barems per a la mostra espanyola del manual de l'STAI en decatipus (rang de puntuacions d'1 a 10; $\mu=5,5$; $\sigma=2$) amb la finalitat de poder procedir al seu tractament estadístic.

Puntuacions pretractament: S'avaluaren tres mostres de membres dels grups a l'iniciar els tallers. Les puntuacions del total de subjectes en Ansietat Tret (A/R-pre; $n=21$) varen ser: $X_{\text{rpre}}=7,57$; d.e.= 1,82. Les puntuacions Ansietat Estat (A/Epre; $n=9$) varen ser: $X_{\text{epre}}=7,23$; d.e.= 1,65. No s'observaren diferències significatives entre les puntuacions dels diferents grups de Palma, Inca i Manacor. La correlació entre les puntuacions d'A/T i A/E dels subjectes que completaren les dues parts del qüestionari ($n=21$) és de 0,64 ($p=0,002$).

L'avaluació de l'ansietat realitzada a l'inici del taller indica que els subjectes de tots els grups mostraven un alt nivell d'ansietat, tant d'estat com de tret, essent aquestes puntuacions significativament altes quant a la mitjana del nivell de la població general ($\alpha=0,001$). Aquestes puntuacions corresponen als grups d'enguany però no s'observen diferències significatives quant als dels dos grups de l'any passat.

L'avaluació de la depressió pretractament ($n=20$) indica que un 40% dels subjectes mostraven com a mínim depressió lleu en iniciar el tractament; $X_{\text{de}}=12,6$; d.e.= 11,54. Fins i tot la puntuació mitjana assenyala la mateixa tendència. No obstant, poques persones no formalitzaren aquest qüestionari en haver-lo de fer en els seus domicilis i s'observa una gran dispersió en les puntuacions.

Puntuacions post-tractament: El total de subjectes que completaren els inventaris pre i post de la variable A/Estat, va ser de $n=9$. Les puntuacions A/Estat post-tractament varen ser: $X_{\text{epos}}=5,00$; d.e.= 1,94. Aquestes puntuacions indiquen una reducció significativa en el nivell d'ansietat dels subjectes ($\alpha=0,02$), tot i que la mostra és molt petita.

Similars reduccions en el nivell de l'A/Estat s'han observat amb altres poblacions. En un taller intensiu, desplegat en cinc dies consecutius i realitzat en un centre de dia per a persones majors de Palma, s'obtingueren reduccions similars ($n=9$; $\alpha=0,017$).

El total de subjectes avaluats en la variable depressió post-tractament és de $n=5$. Donat aquest nombre tan baix de subjectes no es realitza cap contrast estadístic, tot i que l'anàlisi cas per cas indica una reducció en les puntuacions d'aquesta variable.

En els dos tallers de 1999 hi assistiren 25 persones (Palma= 13; Manacor= 12); en els tallers del 2000 n'hi assistiren 41 (Palma= 15; Inca= 12; Manacor= 14). El nombre total de subjectes que assistí als cinc tallers va ser de 66 persones, que corresponen a un 40% de dones i un 60% d'homes. L'assistència mitjana de persones per sessió va ser d'entre 5 i 8 persones segons el centre. El nombre mitjà d'assistències a les sessions per persona va ser d'entre 3 i 4.

A part de treballar per als objectius proposats, es realitzaren exercicis dirigits a facilitar estratègies específiques com a resposta a les demandes puntuals i/o recurrents dels usuaris per a actuacions sobre problemes concrets com:

- Fòbia a viatjar en avió.
- Maneig del dolor degut a tensió muscular.
- El maneig de situacions conflictives i l'entrenament en assertivitat, i també l'aplicació de les tècniques al medi laboral (problemes laborals).
- Els problemes de parella en general i específics (degut a separacions).
- Per una altra part, es realitzaren exercicis per incrementar l'activació de cara a aconseguir un estat d'alerta desitjat davant de situacions repetitives, avorrides o de cansament com puguin ser, en certs casos, l'ambient laboral d'alguns treballs.
- Tècniques de superació traumàtiques del passat.
- L'ingrés imminent a la presó.
- Impulsivitat i comportament de la ira.

Comentaris i conclusió

En el procés d'aprenentatge, tots els components dels grups aprengueren a relaxar-se des de la primera sessió, sense cap dificultat amb els exercicis; en tot cas requerí més pràctica aconseguir un bon nivell de relaxament amb els ulls oberts. D'altra banda, quasi tots els subjectes generalitzaren la pràctica i consecució de sensacions de relaxament i benestar en les situacions de la seva vida quotidiana i aprengueren a aconseguir sensacions de relaxament de forma automàtica i pràcticament instantània com a eina d'acarament per a situacions estressants o maneig d'estat d'ansietat.

Des del punt de vista subjectiu, la majoria de subjectes mostraren una millora en el seu nivell de benestar, que es veié reflectit en canvis positius en altres comportaments (àmbit laboral, personal i oci), i també millores en dues simptomatologies (per exemple, millora en l'estat d'ànim i control de pensaments obsessius). Els participants manifestaren un alt grau de satisfacció davant de les estratègies adquirides i mostraren un alt nivell de motivació per a l'aprenentatge, la qual cosa recaigué en un bon ambient de treball. S'insistí i es realitzaren exercicis específics per al maneig de les situacions de risc amb perill de consum i sobre la importància de la interpretació (emocional i cognitiva) de les situacions. De la mateixa manera es treballà pràcticament en totes les sessions en el maneig i control dels pensaments negatius, aplicats a diverses situacions, degut a la seva incidència sobre l'ansietat i el malestar psicològic general.

Els resultats dels tallers ens indiquen que el tractament és efectiu perquè l'execució del programa és congruent amb les seves expectatives i s'han assolit els objectius. L'anàlisi de l'eficàcia, que fa referència a la consideració de l'efectivitat

del programa quant als recursos consumits, ens indica que s'ha de reflexionar per tal de millorar els resultats.

Així, observem que s'introduí un descens en l'assistència als tallers coincidint amb l'inici de la temporada turística i amb el canvi de l'horari d'estiu, la qual cosa implica més hores de sol els capvespres. Una àmplia majoria dels usuaris actius laboralment treballen en els sectors del turisme, amb els problemes de l'estacionalitat, i/o de la construcció, que implica moltes vegades la durada laboral segons les hores de sol. De fet, molts usuaris comentaren l'esforç que els suposava desplaçar-se fins als centres degut a causes laborals. Per això, sembla aconsellable la realització d'aquests tallers durant els mesos de novembre a març. Una altra alternativa seria fer aquest tipus de taller de forma més intensiva (sessions setmanals i no quinzenals).

Per altra part, hi ha investigacions que indiquen que el contingut i objectius d'aquest tipus de taller es poden introduir en el context més ampli dels Tallers d'Habilitats Socials, a través de sessions específiques, per tal de donar resposta a les necessitats d'un sector més ampli dels usuaris del Servei.

S'observa la necessitat d'un dinamitzador o animador que motiví els subjectes en el decurs de la teràpia de grup, a través de cridades per reforçar i recordar les cites amb el grup, i també per agrair l'assistència dels subjectes als grups.

Des del punt de vista de la investigació i avaluació empírica, cal dissenyar un estudi amb un grup control (o grup en espera) i també l'assignació aleatòria dels subjectes als grups (control/experimental) per poder validar experimentalment els resultats.

Ens agradaria acabar comentant que durant les últimes dècades s'han fet molts estudis sobre l'efectivitat i eficàcia de les tècniques de relaxament. Per exemple, en la declaració final del National Institut of Health Technology Assessment Conference Statement (NIH, 1995) d'Estats Units, sobre la integració dels apropaments comportamentals i del relaxament en el tractament del dolor crònic i de l'insomni, a través d'una tècnica investigació de planell d'experts dels diversos camps de la salut (medicina de família, medicina social, psiquiatria, psicologia, la salut pública, infermeria i epidemiologia) s'arribà a la conclusió que les intervencions de relaxament existents són efectives en el tractament de l'insomni i dolor crònic. A similars conclusions s'arriba en un document de l'APA (American Psychological Association, 1999) sobre l'eficàcia de les intervencions psicològiques a través del relaxament en el tractament del mal de cap crònic i del dolor lumbar, com a adjunt o substitutiu d'altres tractaments.

La conclusió que extreim és que cal seguir treballant i investigant per aconseguir protocols de tractament a través de les tècniques exposades que siguin eficients i flexibles i que, per altra part, puguin validar-se empíricament.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Amutio, A. (1998). *Nuevas perspectivas sobre la relajación*. Bilbao: DDB.
 APA (1999). A internet: <http://www.apa.org>
<http://baldwin.apa.org:88/best/index.html>
 Beck; Rush; Shaw i Emery (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Nova York: Guilford Press.

- Bernstein, D.A.; Borkoveck, T.D. (1983). *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao: DDB.
- Bernstein, D.A.; Borkoveck, T.D.; Hazzlett-Stevens, H. (2000). *New directions in Progressive Relaxation*. Londres: Greenwood Publishing Group.
- Davis, M.; McKay, M.; Eshelman, E.R. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Ed. Martínez Roca, S.A.
- Holroyd, K.A.; Lazarus, R.S. (1982). *Stress coping and somatic adaptation*. A L.Golberg i C. Breznitz (eds.). *Handbook of stress*. Nova York: Free Press.
- Hammond, C. (1990). *Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors*. Nova York: W.W.Norton.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and Adaptation*. Nova York: Oxford University Press.
- McKay, M.; Davis, M.; Fanning, P. (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Ed. Martínez Roca, S.A.
- Miguel Tobal, J.J. (1990). *La ansiedad*. A J.Mayor i L. Pinillos (eds.): *Tratado de Psicología General: Motivación y Emoción* (Vol. 3), pp. 309-344. Madrid: Alhambra
- Morales, G.; Gallego, L.M. (2000). *Psicología e Hipnosis*. A Internet: <http://webs.demasiado.com/GuillermoMorales/psicologo.htm>.
- NIH Technol Statement Online (1995 Oct 16-18). [cited year month day], 1-34. *Integration of Behavioral and Relaxation Approaches into the Treatment of Chronic Pain and Insomnia*. A Internet: <http://text.nlm.nih.gov/nih/nih.html>.
- Shultz, J.H.; Luthe, W. (1959). *Autogenic training: A psychophysiologic approach to psychotherapy*. Nova York: Grune & Stratton.
- Smith, J.C. (1992). *Entrenamiento Cognitivo-Conductual para la Relajación*. Bilbao: DDB.
- Spielberger, C.D.; Gorsuch, R.L.; Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*, 3ª edición. Madrid: TEA.
- Uppier, D.; Cautela, J.R. (1983) *Condicionamiento encubierto*. Bilbao: DDB.
- Vallés i Lorente, A. (1997). *Padres, hijos y drogas*. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Benestar Social.
- Vila, J.; Fernández, M.C. (1985). *Introducción a la edición española*. A J.R. Cautela i J. Groden. *Técnicas de Relajación*. Barcelona: Ed. Martínez Roca, S.A.
- Wolpe, J. (1981). *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Bilbao: DDB