

**CUADERNOS DE SALUD MENTAL DEL 12 N° 8 (2013)**

**UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE SALUD MENTAL**

**Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental**

**Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)**

---

# **PROGRAMA DE CONTROL DE LA ANSIEDAD**



**Susana Amodeo Escribano**

Con la colaboración de:

**Laura del Nido Varo y Blanca Quintana Saiz**



**Hospital Universitario  
12 de Octubre**

 **Comunidad de Madrid**

Coordinador "Cuadernos de Salud Mental del 12":

Dr. L. Santiago Vega González ( [santiago.vega@salud.madrid.org](mailto:santiago.vega@salud.madrid.org) )

AGC Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre

Web oficial: <http://www.madrid.org/hospital12deoctubre/psiquiatria>

Madrid (España)

Publicación sin fines comerciales: material de uso exclusivamente docente.

Advertencia: La medicina y la psicología clínica son áreas en constante evolución. A medida que las nuevas investigaciones y la experiencia clínica amplíen nuestro conocimiento se requieren modificaciones en las indicaciones terapéuticas, en especial en lo que atañe a los tratamientos farmacológicos. Aunque los autores han revisado la última evidencia científica al respecto de los tratamientos que aquí se mencionan se recomienda al lector profano consultar con un especialista médico en lo referente a los tratamientos farmacológicos y al lector profesional de la medicina o psicología revisar las últimas guías clínicas y prospectos oficiales en relación con los tratamientos y, en especial, los fármacos aquí comentados. Esta recomendación cobra especial importancia con respecto a fármacos nuevos o de uso infrecuente.

Imagen de portada:

<http://www.dreamstime.com/royalty-free-stock-photos-fist-punching-water-anger-image22835348>  
FIST PUNCHING WATER IN ANGER © **Vlue** | Dreamstime.com

Abril 2013

# Programa de control de la ansiedad

Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental  
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

**Susana Amodeo Escribano**

Psicólogo Clínico  
Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental.  
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Con la colaboración de:

**Laura del Nido Varo**  
Residente de Psiquiatría. R4  
Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental.  
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

**Blanca Quintana Saiz**  
Residente de Psicología Clínica. R3  
Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental.  
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

*"Donde está el miedo, no está la felicidad"*

SÉNECA, *Cartas a Lucilius*, siglo I

## INDICE

### PROLOGO

### PARTE I

1. Introducción y justificación
2. Fundamentación teórica del programa
3. Características del programa
4. A quién va dirigido el programa
5. Objetivos del programa
6. Recursos necesarios
7. Evaluación del programa

### PARTE II

8. Concepto de ansiedad
  - 8.1. Aspecto cuantitativo de la ansiedad
  - 8.2. Los tres componentes de la respuesta de ansiedad
  - 8.3. Relación entre componentes cognitivos y fisiológicos
  - 8.4. El circuito de retroalimentación positivo
9. Técnicas Psicofisiológicas
  - 9.1. Introducción a las técnicas psicofisiológicas
  - 9.2. Visualización
  - 9.3. Respiración diafragmática
    - 9.3.1. Programa de entrenamiento en técnicas de control de respiración
    - 9.3.2. Consideraciones adicionales
    - 9.3.3. Variaciones
    - 9.3.4. Teorías explicativas de la eficacia del control de la respiración
  - 9.4. Relajación Muscular Progresiva
    - 9.4.1. Procedimiento de la Relajación Muscular Progresiva
    - 9.4.2. Programa
    - 9.4.3. Variantes de la relajación progresiva
    - 9.4.4. Teorías explicativas de la relajación progresiva

## 10. Técnicas Cognitivas

10.1. Introducción a las técnicas cognitivas

10.2. Características de los pensamientos automáticos

10.3. Tipos de pensamientos automáticos frecuentes en las crisis de ansiedad y pánico

10.4. Prestar atención a los pensamientos automáticos ansiógenos

10.5. Como modificar pensamientos automáticos: búsqueda de argumentos y evidencias a favor y en contra

10.6. Tipos de pensamientos comunes que también generan ansiedad. Distorsiones cognitivas

10.7. Técnicas de distracción

## 11. Coordinación de estrategias psicofisiológicas y cognitivas mediante autoinstrucciones para facilitar la exposición exitosa a las situaciones ansiógenas

11.1. Introducción a la técnica de inoculación de estrés

11.2. Fases de la inoculación de estrés

11.2.1. Fase educativa

11.2.2. Fase de adquisición de habilidades y ensayo. Guía autoinstruccional

11.2.3. Fase de consolidación

11.3. Puesta en práctica de la inoculación de estrés

11.3.1. Diseño de la tabla de exposición a los estímulos ansiógenos

11.3.2. Registro de exposición y autocontrol

## 12. Otras técnicas cognitivas que disminuyen el malestar emocional

12.1. Cómo pensar de forma más realista. Introducción y claves útiles de la teTerapia Racional Emotiva

12.1.1. Características de los pensamientos irracionales

12.1.2. Cómo detectar pensamientos irracionales

12.1.3. ¿Qué factores influyen en la generación de hipótesis?

12.1.4. ¿Cómo combatir pensamientos irracionales?

12.2. Técnica de solución de problemas

## 13. Prevención de recaídas

## 14. Recomendaciones finales

## 15. Tratamiento psicofarmacológico de los trastornos de ansiedad

15.1. Evidencia disponible en cuanto a farmacoterapia en los trastornos de ansiedad

- 15.2. Evidencia disponible en cuanto a Terapia Cognitivo Conductual y farmacoterapia en los trastornos de ansiedad
- 15.3. Recomendaciones basadas en la evidencia: resumen de las indicaciones de las principales guías de práctica clínica con respecto a los trastornos de ansiedad

### PARTE III

#### 16. Índice de sesiones

#### 17. Anexos

Anexo 1. Visualización

Anexo 2. Respiración Diafragmática

Anexo 3. Relajación muscular progresiva

Anexo 4. Registro diario de relajación

Anexo 5. Características de los pensamientos automáticos

Anexo 6. Tipos de pensamientos automáticos frecuentes en las crisis de ansiedad y pánico

Anexo 7. Diario de pensamientos ansiógenos

Anexo 8. Registro de pensamientos relacionados con la ansiedad

Anexo 9. Registro abreviado de pensamientos relacionados con la ansiedad

Anexo 10. Tipos de pensamientos comunes que también generan ansiedad. Distorsiones cognitivas

Anexo 11. Técnicas de Distracción

Anexo 12. Guía autoinstruccional

Anexo 13. Tabla de exposición

Anexo 14. Registro de exposición y autocontrol

Anexo 15. Registro A-B-C

Anexo 16. Los tres tipos de preguntas clave

Anexo 17. Registro A-B-C-D-E

Anexo 18. Registro de Solución de Problemas

Anexo 19. Recomendaciones finales

Anexo 20. Lecturas recomendadas

#### 18. Instrumentos de evaluación

#### 19. Referencias bibliográficas

## **PROLOGO**

El trabajo a continuación nos ofrece Susana Amodeo, con la colaboración de Blanca Quintana (PIR de Psicología Clínica) y Laura del Nido (MIR de Psiquiatría), es un esfuerzo de síntesis, integración, concisión y claridad.

Síntesis de unos modelos y técnicas que desde hace décadas vienen demostrando su eficacia y que en una combinación como la propuesta, representa un ejercicio de integración de intervenciones psicológicas realista y coherente.

La concisión y claridad creo que son efectos, además del esfuerzo formal, de la experiencia de Susana Amodeo aplicando y perfilando este programa durante muchos años y de manera sostenida en nuestra Área como psicólogo clínico.

En definitiva nos ofrece un clásico de la intervención psicológica. Y nos lo ofrece como un programa “listo para usar”.

Todos los clínicos sabemos lo necesario que es para nuestra práctica contar con una guía sistematizada y con un material de aplicación elaborado.

Integra en el programa instrumentos de evaluación de resultado, lo que permite objetivar la mejoría de los pacientes y abre la posibilidad de investigaciones más amplias.

Facilita, en definitiva, una curva de aprendizaje rápida lo que sin duda nuestros residentes valoran y agradecen. Muestra de ello, es que también es un buen ejemplo de trabajo de colaboración y un reflejo del esfuerzo docente.

Tenemos que agradecer además, a Susana, que haya iniciado, con este documento, una tarea que la Unidad de Psicoterapia se propuso desde su inicio: sistematizar los programas de intervención psicológica y psicoterapéutica que se vienen realizando de manera sostenida y continúa en nuestro Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental.

Sólo los programas de intervención que seamos capaces de sistematizar en algún grado podrán ser transmitidos, comparados y evaluados.

Jesús Fernández Rozas  
Coordinador de la Unidad de Psicoterapia  
AGC Psiquiatría y Salud Mental  
Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)

## **PARTE I**

## 1. Introducción y justificación

Los trastornos de ansiedad son uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la población general. Los porcentajes estimados de prevalencia-año y prevalencia-vida para los trastornos de ansiedad son aproximadamente de un 10,6% y un 16,6% respectivamente (1). Si los estudios se realizan entre los usuarios que acuden a consultas de Atención Primaria, la prevalencia aumenta, oscilando entre un 20% y un 40% (2-6).

Los trastornos de ansiedad en sí mismos o asociados a otras patologías son una de las causas más frecuentes de consulta en atención primaria y representan uno de los principales problemas de salud en nuestro país generando un elevado consumo de recursos sanitarios, independientemente de la edad, el sexo y la comorbilidad (7, 8).

Este aumento de la prevalencia en el ámbito de la atención primaria es debido a que es el primer nivel asistencial de atención en la salud pública y porque un número importante de los trastornos médicos están originados o fuertemente relacionados con elevados niveles de ansiedad (9, 10).

La frecuente comorbilidad con patología médica empeora el pronóstico y evolución de estas enfermedades. Moser y Dracup (11) midieron los síntomas de ansiedad de 56 pacientes con infartos de miocardio confirmados durante las 48 primeras horas y encontraron más complicaciones entre los pacientes con grado mayor de ansiedad, que entre aquellos con un grado menor (19,6% frente a 6%). Las complicaciones consistieron en re-infarto, isquemia de comienzo reciente, fibrilación ventricular, taquicardia ventricular sostenida y muerte intrahospitalaria. El grado de ansiedad predecía, de forma independiente, estas complicaciones. En un estudio (12), se expuso la relación entre niveles de ansiedad y consumo de recursos por parte de los pacientes ingresados en servicios médicos. Se reconoció que el 22% de una muestra de 1.020 pacientes ingresados manifestaba una gran ansiedad, y que esta subcategoría de pacientes tenía estancias más largas y comportaba costes más altos durante la hospitalización. Esta asociación resultó independiente de la gravedad de la enfermedad médica. Los servicios quirúrgicos también entrañan estados de ansiedad importantes. Muchos estudios han puesto de relieve que los altos niveles de ansiedad prequirúrgica pueden repercutir negativamente en el estado fisiológico del paciente, es decir, en su recuperación postquirúrgica (13-15). Niveles altos de ansiedad parecen producir inmunodepresión (16, 17) y por tanto, individuos más ansiosos serían más propensos a las infecciones y complicaciones postquirúrgicas. De hecho una investigación publicada en la prestigiosa revista *The Lancet*, reveló que el estrés psicológico afecta al sistema inmunitario de tal manera que incluso enlentece la cicatrización de las heridas (18).

Un estudio llevado a cabo en España (19), estimó el impacto económico de los desórdenes de ansiedad en el año 2002. Para ello se evaluaron costes sanitarios (hospitalizaciones, consultas a especialista, consultas a Atención Primaria y medicamentos) así como las pérdidas en productividad laboral empleando el método del capital humano ocasionadas por mortalidad prematura, bajas permanentes y bajas temporales. Los costes estimados ascendieron a 789.4 millones de euros en un año, de los cuales un 46.7 % son imputables a costes sanitarios y el 53.3 % restante a pérdidas de productividad laboral. Los costes sanitarios de los trastornos de ansiedad representan un 1 % aproximado del gasto sanitario total del Sistema Nacional de Salud.

La revista *European Journal of Neurology* ha publicado recientemente un estudio en el cual se dan a conocer los costes económicos derivados de los trastornos mentales y las enfermedades neurológicas en Europa. Los resultados han sido presentados ante el Parlamento Europeo bajo el título *The economic cost of brain disorders in Europe 2010*<sup>1</sup> (ver tabla 1). Dicho informe analiza un total de 19 patologías (trastornos mentales y enfermedades neurológicas) en una zona geográfica que abarca 30 países europeos.

Se estima que el coste total de los trastornos de ansiedad suponen un gasto de 74.400 millones de euros, ocupando el tercer lugar en el ranking del grupo de los trastornos mentales y el cuarto lugar del total. El impacto económico de los trastornos de ansiedad supera ampliamente el coste de dolencias físicas tales como la esclerosis múltiple, la epilepsia o los tumores cerebrales, por decir algunas.

Tabla 1.  
Coste económico anual de los trastornos mentales y las enfermedades neurológicas

Trastorno	Coste en millones de Euros
Trastornos del estado de ánimo	113.405
Demencias	105.200
Trastornos psicóticos	93.900
Trastornos de ansiedad	74.400
Adicciones	65.700
Infarto cerebral	64.100
Dolor de cabeza	43.500
Discapacidad mental	43.300
Trastornos del sueño	35.400
Lesión cerebral adquirida	33.000
Trastornos de personalidad	27.300
Trastornos de la infancia y adolescencia	21.300
Trastornos somatoformes	21.200
Esclerosis múltiple	14.600
Enfermedad de Parkinson	13.900
Epilepsia	13.800
Trastornos neuromusculares	7.700
Tumores cerebrales	5.200
Trastornos de la alimentación	800
* Modificado de Olesen et al., pág 158	

El informe finaliza con la recomendación de invertir esfuerzos en investigación, estrategias de prevención y en programas de intervención que amortigüen el coste de tales trastornos: *“A pesar de que estas medidas de mejora se pueden interpretar como un aumento del gasto económico en sanidad, la situación se vería claramente recompensada debido a la reducción de los costes en cuidados informales y en las bajas en la productividad laboral”*, afirman los expertos.

<sup>1</sup> Accesible en: <http://www.theparliament.com/latest-news/article/newsarticle/eu-parliament-told-of-ticking-bomb-cost-of-brain-disorders/#.UTOHmjcSaNY>

Según las Guías de Práctica Clínica (GPC) del Sistema Nacional de Salud de España, las recomendaciones del Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) de Inglaterra y Gales, las recomendaciones del Registro Nacional de Programas y Prácticas Basados en la evidencia (NREPP) de Estados Unidos y las de la Sociedad de Psicología Clínica, División 12 (EE.UU.), el tratamiento cognitivo-conductual (TCC) tiene una evidencia firme y consistente como tratamiento eficaz de los trastornos de ansiedad por su efecto en la reducción de síntomas y menor tasa de recaídas en estudios de seguimiento a largo plazo.

Considerando la alta frecuencia de petición de tratamiento los trastornos de ansiedad, la evidencia acumulada de la eficacia de la TCC y de nuestra propia experiencia en el Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, nos ha parecido oportuno sintetizar en este programa las principales estrategias psicoterapéuticas dirigidas a aumentar el autocontrol de los niveles de ansiedad por parte de los pacientes. También se ofrece una revisión de los abordajes farmacológicos más eficaces de los que hoy en día se dispone.

La detección y abordaje precoz de los trastornos de ansiedad mediante la potenciación de intervenciones en formato grupal podría reducir significativamente las listas de espera, la saturación en las consultas de los especialistas, así como la necesidad de determinado tipo de medicación al proporcionar al paciente herramientas para controlar su ansiedad.

Adaptaciones del Programa de Control de la Ansiedad también son aplicables dentro del campo de la Psicología de la Salud en el ámbito intrahospitalario, en pacientes cuyo estado médico, el estrés empeore el pronóstico o disminuya la tasa de éxito de los tratamientos.

## **2. Fundamentación teórica del programa**

En la selección de las técnicas se han tomado como base tratamientos que cumplen con los criterios de la *APA Task Force on Psychological Interventions Guidelines* para ser considerados tratamientos bien establecidos o con suficiente evidencia empírica acerca de su eficacia (20).

Estos tratamientos, muy similares entre si, son los del grupo de Barlow (21-22) y los del grupo de Clark (23). Ambos grupos incluyen en sus programas:

- Un componente educativo acerca de lo que es la ansiedad y el pánico.
- Entrenamiento en técnicas psicofisiológicas de control de la ansiedad.
- Reestructuración de la interpretación catastrofista que el paciente hace de las sensaciones corporales con técnicas de discusión cognitiva.
- Exposición a los estímulos temidos y experimentos conductuales.

### 3. Características del programa

- El tratamiento está basado en técnicas aplicables en formato individual o grupal.
- El número de sesiones oscila en torno a 10-12.
- Si se realiza en formato grupal, el número óptimo de pacientes es de  $10 \pm 2$ .
- El grupo ha de ser lo más homogéneo posible en cuanto a la sintomatología que presentan sus participantes.
- El grupo es cerrado, supone un compromiso de respeto y confidencialidad así como de participación activa en sesiones y entre sesiones.
- La frecuencia optima es semanal, y su duración es de 90 minutos si es grupal y 40 o 30 minutos (según la fase) si es individual.

La estructura básica de las sesiones consiste en:

- Revisión de pautas y autorregistros propuestos en la sesión anterior.
- Explicación y ensayo de nuevas estrategias.
- Propuesta de puesta en práctica de las nuevas estrategias aprendidas.

### 4. A quién va dirigido el programa

A pacientes con orientación diagnóstica primaria de trastorno de pánico con o sin agorafobia, fobia social, fobia específica, trastorno de estrés postraumático y trastorno de ansiedad generalizada. El programa puede constituir el tratamiento único o en combinación con otro tipo de intervenciones psicoterapéuticas y/o farmacológicas.

### 5. Objetivos del programa

#### Objetivo General:

Proporcionar al paciente estrategias para el autocontrol de sus niveles de ansiedad y así posibilitar el afrontamiento exitoso de los estímulos estresantes.

#### Objetivos Específicos:

Dotar a los pacientes de las habilidades necesarias para:

- Controlar las respuestas fisiológicas de ansiedad excesivas.
- Sustituir el autodiálogo interno generador o mantenedor de la ansiedad por otro más adaptativo de afrontamiento.
- Potenciar el afrontamiento activo de las situaciones ansiógenas.
- Disminuir el nivel de estrés basal del paciente.
- Disminuir la necesidad de benzodiazepinas para reducir las crisis de ansiedad y/o pánico.

## 6. Recursos necesarios

- Un terapeuta y un coterapeuta formados en técnicas cognitivo-conductuales.
- Una sala de grupos con colchonetas y pizarra o similar.

## 7. Evaluación del programa

Se establecen dos momentos de evaluación: en el pre-tratamiento (antes de iniciar el tratamiento) y en el pos-tratamiento (una vez finalizado).

Para evaluar la eficacia del programa, se han seleccionado los siguientes instrumentos:

- **Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970)(24)**. Rango (0-60) en cada escala. Evalúa nivel de ansiedad estado y de ansiedad rasgo.
- **Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI) (Reiss, Peterson, Gursky y McNally, 1986)(25)**.Rango (0-60). Evalúa el miedo a los propios síntomas de la ansiedad.
- **Escalas visual-analógicas (E.V.A.)** con rango (0-10). Extraen información cuantitativa acerca de las siguientes variables: nivel de ansiedad subjetiva, percepción de incontrolabilidad de los síntomas de ansiedad y grado en el que la ansiedad limita la vida normal del paciente.
- **Registro de frecuencia e intensidad de la ansiedad.**

Para facilitar la síntesis de los datos de cada paciente se ha elaborado una **Ficha de Evaluación** dónde se recogen los datos extraídos en el pre-tratamiento y pos-tratamiento.

## **PARTE II**

## 8. Concepto de Ansiedad

La ansiedad es una experiencia humana universal. Es una respuesta adaptativa del organismo caracterizada por un conjunto de respuestas fisiológicas, cognitivas, vivenciales y comportamentales en respuesta a un estado de activación y alerta ante una amenaza percibida, física o psicológica y cuyo objetivo es defender al organismo de dicha amenaza y prepararlo para la lucha, la huida o quedarse paralizado.

Se produce un aumento de la activación neurofisiológica (arousal), de los mecanismos de control cerebrales y un conjunto de cambios periféricos fisiológicos mediados por el sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y el endocrinológico (secreción de hormonas suprarrenales).

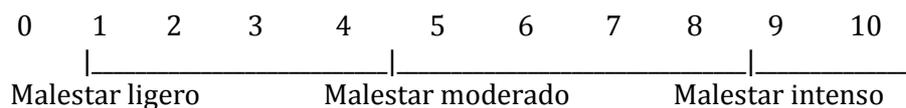
Todos estos cambios serían adaptativos si ocurrieran ante un peligro real. En las circunstancias adecuadas, este mecanismo cumple una función de primer orden para nuestra subsistencia, pero deja de ser adaptativo y se convierte en trastorno cuando el peligro al que pretende responder no es real o cuando el nivel de activación y duración son desproporcionados respecto a la situación objetiva. En otras palabras, la persona con un trastorno de ansiedad, ve la amenaza y/o reacciona excesivamente ante ella, pese a su inexistencia.

El DSM-IV-TR (26) es bastante explícito acerca de la definición de un trastorno conceptualizado como un síndrome o patrón conductuales o psicológicos con repercusión clínica: se acompaña de malestar o discapacidad o de riesgo elevado de muerte, dolor, incapacidad o pérdida importante de libertad. En efecto, el trastorno implica una duración, una frecuencia, un número y una intensidad de los síntomas que deben resultar suficientemente significativos para mermar la calidad de vida de la persona.

El objetivo del entrenamiento en el control de la ansiedad es que el paciente aprenda no a eliminar su respuesta de ansiedad, sino a controlar sus niveles excesivos y pueda ir progresivamente exponiéndose a estímulos o situaciones ansiógenas con bajos niveles de ansiedad.

### 8.1. Aspecto cuantitativo de la ansiedad

Un concepto importante es que la ansiedad, al igual que cualquier otra emoción, no es una cuestión de todo o nada, sino de grados. Para ello utilizamos una escala subjetiva de 0 a 10.



Donde 0 sería el nivel más bajo y 10 el máximo nivel de ansiedad. Como ya hemos explicado, la reacción intensa (aguda) de la ansiedad no siempre es patológica, sino que en ciertas ocasiones puede ser muy adaptativa (por ejemplo situaciones de riesgo vital que requieren una fuerte reacción de alarma que nos prepare para la acción). El problema en los trastornos de ansiedad es que ésta, es generalmente excesiva en relación al estímulo o

estímulos que la dispararon. El programa entrena en el auto-control de los niveles de ansiedad excesivos.

## 8.2. Los tres componentes de la respuesta de ansiedad

La ansiedad se manifiesta a través de tres niveles o componentes: cognitivo, fisiológico y motor-conductual.

- *Componente cognitivo.* Hace referencia al conjunto de pensamientos e imágenes de contenido amenazante. Por ejemplo, en el caso del pánico suelen aparecer pensamientos acerca de la posibilidad de muerte inminente, volverse loco o perder el control. Estos pensamientos se producen de forma automática y el paciente les concede un alto grado de veracidad.
- *Componente fisiológico.* Se refiere al conjunto de sensaciones internas tales como taquicardia, sudoración, parestesias, tensión muscular, sequedad de boca, presión precordial, disnea, etc.
- *Componente motor o conductual de la ansiedad.* Incluye la tendencia a evitar, huir o escapar, buscar ayuda y hacer cualquier cosa que pueda liberar al paciente del “peligro”. Así algunos pacientes evitan salir de casa, hacer ejercicio físico, tomar caféina, evitan viajar, usar transportes públicos, lugares muy concurridos y si se exponen, lo hacen acompañados o llevan con ellos fármacos u otros objetos que les hacen sentir más seguros.

## 8.3. Relación entre componentes cognitivos y fisiológicos

Existen dos fórmulas básicas para explicar el aumento de los niveles de ansiedad:

a)



b)



La primera fórmula de la activación emocional fue introducida por Schachter y Singer en su *Teoría de la activación cognitiva* (27) que viene a decir que la emoción no es meramente un suceso fisiológico, una reacción química en el organismo que crea sentimientos automáticamente. La activación fisiológica por sí misma no produce emociones, sino que es la explicación o “etiquetaje” que se da el sujeto ante esa activación. La activación psicofisiológica lleva a interpretar algo de su ambiente externo o interno como un peligro relacionado con ello.

La segunda fórmula de la activación emocional fue desarrollada principalmente por teóricos cognitivistas como Aaron Beck y Albert Ellis. Argumentan que las reacciones emocionales son el resultado de la forma en la que se estructura la realidad, es decir que los pensamientos preceden a la activación psicofisiológica. Sugieren que cuando una persona está ansiosa es porque está interpretando los sucesos como peligrosos. La persona ansiosa tiende a ver cualquier suceso como amenazador. Estas amenazas percibidas desencadenan la respuesta de alarma.

#### 8.4. El circuito de retroalimentación positivo

En el proceso de la activación emocional se crea un circuito de retroalimentación positivo entre la mente y el cuerpo. Cada uno de ellos influye y reacciona ante el otro en un patrón intensificante de activación.

En la primera fórmula, cuando el cuerpo se tensa, se piensa “me estoy poniendo ansioso”, entonces, el cuerpo reacciona activándose todavía más aumentando, por ejemplo, la tasa cardiaca, llegando a pensar “me va a dar un infarto” lo cual aumenta aún más la activación y la generación de cogniciones catastrofistas.

En la segunda fórmula, el patrón es similar. La persona interpreta un estímulo como peligroso ante lo cual se genera la respuesta de alarma que modifica el cuerpo para enfrentarse al peligro (aumento de la tasa cardiaca, disnea, sudoración, temblor, etc.) e interpreta dicha activación como una evidencia complementaria que justifica la alarma. Para romper el circuito de retroalimentación positivo se debe cambiar los pensamientos, las respuestas físicas o se debe modificar la situación que dispara la reacción de alarma.

En este programa de entrenamiento, nos centraremos en técnicas que intervienen sobre la activación psicofisiológica y técnicas que intervienen sobre los pensamientos o cogniciones.

## 9. Técnicas Psicofisiológicas

### 9.1. Introducción a las Técnicas Psicofisiológicas

Uno de los componentes de la ansiedad excesiva es la elevada activación fisiológica del organismo, lo cual contribuye, mediante el circuito de retroalimentación positiva a aumentar aún más los niveles de ansiedad.

Las técnicas psicofisiológicas reducen el nivel de activación excesivo del organismo posibilitando a su vez un tipo de pensamiento más reflexivo y adaptativo permitiéndose así el afrontamiento exitoso de los estímulos ansiógenos.

Son pues, el primer nivel de actuación dentro del procedimiento de control de la ansiedad.

### 9.2. Visualización

La visualización es una herramienta muy útil para reducir los estados emocionales negativos tales como la ansiedad. La capacidad para visualizar vívidamente potencia el éxito de otras técnicas de control de la ansiedad. Se trata de producir una creación mental de una imagen que la persona tenga asociada con relax, bienestar, de la forma más vívida posible y para ello debe explorar las cualidades de la situación imaginada: colores, sonidos, olores, formas y texturas. A la hora de practicar la visualización es importante crear un ambiente agradable dónde el paciente se sienta cómodo. Sentado o tumbado, con poca estimulación ambiental (luz y sonidos). La inducción a la visualización debe hacerse con voz suave, con un tono algo monótono y ritmo lento, dejando espacios de tiempo para permitir la visualización.

Ejemplo de texto de inducción a la visualización:

*“Voy dando paso a la imaginación... para ello destenso mi cuerpo y respiro profundamente.... voy a permitir que la viveza de mis sentidos impregnen la visualización que se produce en mi mente...”*

*Es un día de verano... el sol luce brillante... me encuentro en una apacible playa... me siento en calma... en el cielo azul no se ve ninguna nube... el mar brillante, cristalino, está completamente en calma...*

*Disfruto de la viveza de los colores... el agua azul turquesa... la arena casi blanca... y el cielo azul celeste... si me fijo bien, puedo vislumbrar en el horizonte un pequeño velero, que navega plácidamente por el mar en calma... en el cielo se mecen suavemente algunas cometas de colores... hay una rosa... otra amarilla... otra verde...*

*... Me siento completamente en calma... respiro hondo llenando mis pulmones de la brisa marina... la brisa refresca agradablemente mi frente mientras noto el calor suave del sol en mi cuerpo... siento la arena caliente en mis pies... es una arena blanca y fina...*

*...escucho el relajante sonido de las olas que llegan a la orilla... disfruto del frescor y de la agradable sensación de estar aquí... respiro lenta y profundamente... es muy agradable el fresco olor a mar... todo mi cuerpo está relajado... me siento en calma..."*

### 9.3. Respiración Diafragmática

Las técnicas de respiración operan mediante las interacciones cardiorrespiratorias del control vagal, puesto que tasas inspiratorias bajas, amplitudes elevadas en cada respiración y respiraciones predominantemente abdominales aumentan el control parasimpático del funcionamiento cardiovascular.

Unos hábitos correctos de respiración son muy importantes para aportar al organismo el oxígeno necesario para su buen funcionamiento. Los rápidos ritmos de vida y especialmente las situaciones de estrés colaboran a facilitar patrones de respiración caracterizados por un ritmo acelerado y una escasa intensidad o, si se prefiere, de una respiración más superficial, lo que facilitará un mayor trabajo cardíaco y una mayor intoxicación general del organismo, una sangre insuficientemente oxigenada contribuye a aumentar los estados de ansiedad, depresión y fatiga.

El objetivo de estas técnicas es conseguir una utilización más completa de los pulmones consiguiendo una respiración diafragmática mayor, facilitando el control voluntario de la respiración y automatizando este control para que pueda ser mantenido hasta en las situaciones de mayor estrés.

#### 9.3.1. Programa de entrenamiento en técnicas de control de respiración

Este programa (28) consta de seis ejercicios graduados en orden de dificultad creciente, se llevará a cabo en unas condiciones determinadas como son: un ambiente silencioso y en penumbra evitando estímulos distractores. La persona se situará en una postura cómoda y con los ojos cerrados. Es importante dedicar unos momentos a concentrarse en las sensaciones corporales, antes de empezar.

La duración de cada ejercicio será de dos a cuatro minutos, seguidos del mismo periodo de descanso. Cada ciclo se repetirá al menos tres o cuatro veces, o hasta que el sujeto aprenda a realizarlo correctamente.

1) **Inspiración abdominal:** el objetivo de este ejercicio es que la persona dirija el aire inspirado a la parte inferior de sus pulmones. Para ello, se le indica que coloque una mano encima del vientre (por encima del ombligo) y otra encima de su estómago. Si realiza el ejercicio correctamente debe percibir movimiento en la mano situada en el abdomen, pero no en la del estómago.

2) **Inspiración abdominal y ventral:** el objetivo es que la persona sea capaz de dirigir el aire inspirado a la parte inferior y media de sus pulmones. Ahora se debe notar movimiento primero en la mano del abdomen y después en la mano situada en el vientre.

3) **Inspiración abdominal, ventral y pectoral**: el objetivo es desarrollar una inspiración completa. La persona, colocada en la posición del ejercicio anterior, debe respirar marcando tres tiempos en su inspiración: llenando de aire primero la zona del abdomen, después la del estómago y por último la del pecho.

4) **Espiración**: se pretende que el sujeto sea capaz de hacer una respiración más completa y regular, tras una inspiración completa, para espirar, se cierran bastante los labios de forma que se produzca un breve resoplido de aire, provocando así una espiración pausada y controlada.

5) **Ritmo inspiración-espriación**: el objetivo es conseguir una adecuada alternancia respiratoria entrenando la inspiración y espiración completa. La diferencia con el ejercicio anterior es que ahora la inspiración se realiza sin marcar los tres tiempos, de forma continua y la espiración se realiza de forma más silenciosa.

6) **Sobregeneralización**: se trata de aprender a utilizar estas técnicas en situaciones cotidianas o desfavorables en las que se puede utilizar para disminuir la tensión. Se van repitiendo los ejercicios modificando las condiciones de la práctica: ojos abiertos, de pie, andando, con ruido, con otras personas, etc. Es importante ir graduando la práctica en orden de dificultad creciente.

### 9.3.2. Consideraciones adicionales

Es importante su repetición en el medio habitual. Durante al menos la primera semana el paciente debe llevar a cabo varias veces al día estos ejercicios integrados en su actividad cotidiana. Un mínimo de tres veces al día parece imprescindible, basta con cinco minutos. Es importante aplicar el control de la respiración de forma sistemática, en especial en aquellos momentos de su actividad que más directamente incidan en el aumento de la activación.

En los primeros momentos, podría darse un problema de hiperventilación, apareciendo sensaciones de mareo o malestar. Debe indicarse que deje inmediatamente el ejercicio de respiración y use algún procedimiento que disminuya rápidamente la cantidad de oxígeno inspirado (por ejemplo espirar, inspirar en una bolsa). Conviene tranquilizarle explicándole el porqué de sus síntomas y su escasa relevancia. Una vez pasada la sensación de mareo puede volver a los ejercicios.

### 9.3.3. Variaciones

Linchestein (29) señala dos procedimientos básicos de control de la respiración alternativos, que denomina:

**Atención focalizada en la respiración**: implica que la persona centre la atención en su propia respiración permitiendo que el proceso natural de respiración emerja, lo que suele conllevar que la respiración se haga más lenta y profunda. Su utilización diaria, de una a dos veces durante al menos cinco minutos, hace de ella una forma de desactivación muy práctica.

La **respiración profunda**: consiste en adoptar un patrón respiratorio que implica una respiración profunda, seguida de un proceso de retención (entre cinco y diez segundos), y posteriormente una lenta exhalación de aire. Permite conseguir un estado de relajación de forma rápida aunque no muy profundo. Parece interesante su utilización en momentos en los que personas sin conocimientos de relajación presentan estados emocionales intensos, pudiendo emplearse para reducir problemas de ansiedad. Cinco ciclos de inspiración, pausa, espiración, pueden producir efectos importantes en menos de un minuto.

#### **9.3.4. Teorías explicativas de la eficacia del control de la respiración**

Ballentine (30) distingue tres tipos de respiración, la clavicular, la torácica y la diafragmática. Mientras que las dos primeras facilitan la activación del SN simpático, la respiración diafragmática, por el contrario, implica menos esfuerzo y facilita la activación parasimpática.

Hirai (31) señala que el movimiento del diafragma produce que los contenidos del abdomen estimulen el nervio vago provocando activación parasimpática.

Harvey (32) defiende que la respiración diafragmática estimula tanto el plexo solar como el nervio vago derecho, lo que activa el sistema nervioso parasimpático.

Además del valor de la respiración diafragmática, Ballentine (30) señala que la espiración incrementa el tono parasimpático. Dado que la mayoría de las técnicas de control de la respiración insisten en prolongar el período de espiración, esto podría estar facilitando un incremento en la respuesta parasimpática.

Linchestein (33) propone una teoría alternativa. Señala que los efectos de la respiración tienen que ver con incrementos en el nivel de CO<sub>2</sub> en sangre (hipercapnia), que puede producirse bien por la retención de la respiración (disminución del ritmo respiratorio) bien por hipoventilación, de alrededor de un 10%, produce variados efectos tanto centrales como periféricos, entre los que se incluyen, disminución de la tasa cardíaca, vasodilatación periférica, estimulación de la secreción gástrica, depresión de la actividad cortical y una sensación general de somnolencia. Es decir, una hipercapnia ligera tendría efectos parasimpaticomiméticos. Hipercapnias más intensas (2º estadio) producirían activación simpática y más intensa aún (3er estadio), incluso efectos letales.

Por último, el control voluntario de la respiración puede ser terapéutico desde una perspectiva cognitiva. La concentración en la respiración puede servir de ayuda para impedir el desarrollo y mantenimiento de pensamientos obsesivos e incluso conductas compulsivas (34), o simplemente facilitar a la persona desconectar de preocupaciones y pensamientos que generan tensión.

#### **9.4. Relajación Muscular Progresiva**

Esta técnica fue desarrollada originalmente por Jacobson en 1929 (35), está dirigida a conseguir niveles profundos de relajación muscular, para ello se basa en ejercicios de tensión y relajación de distintos grupos musculares.

Su premisa es que las respuestas del organismo a la ansiedad provocan pensamientos y conductas que producen tensión muscular en el sujeto y esta tensión aumenta la sensación subjetiva de ansiedad que experimenta la persona. La relajación muscular profunda reduce la tensión fisiológica y por tanto, es incompatible con la sensación subjetiva de ansiedad.

Se basa en tres principios o supuestos básicos:

- **Principio de la vivencia de contrastes:** si la persona vive fuertemente la tensión muscular podrá discernir mejor la relajación.
- **Progresiva:** la persona aprende a relajar uno tras otro los distintos grupos de músculos de su cuerpo.
- **Diferencial:** la persona aprende a controlar el nivel de tensión de cada uno de los distintos grupos musculares.

#### 9.4.1. Procedimiento de la Relajación Muscular Progresiva

Indicaciones iniciales.

- La relajación, lo mismo que cualquier habilidad, se aprende de forma progresiva, en función del tiempo y calidad del tiempo que se dedique a practicar.
- Es necesario desarrollar un abandono activo, dejarse llevar permitiendo el desarrollo de sensaciones corporales.
- No tener miedo a perder el control de sí mismo.
- Resaltar el valor activo de la relajación, no como esfuerzo sino como todo lo contrario, abandonarse, aflojarse.
- El objetivo es ir avanzando de forma progresiva, mejorando la actividad paso a paso.
- Concentrarse en las instrucciones y en las sensaciones que se van teniendo.
- Es importante estar en una postura cómoda y reducir los estímulos que puedan distraer, así como mantener los ojos cerrados.
- Las instrucciones deben darse con voz pausada, relativamente monótona y con escaso volumen.
- Debe llevarse a cabo en una habitación silenciosa.
- Preferiblemente el paciente utilizará un sillón reclinable y acolchado, aunque también se puede realizar tumbado sobre una superficie dura que permita apoyar completamente todo el cuerpo y con la cabeza ligeramente elevada para que el cuello no permanezca tenso.
- El sujeto debe llevar ropa suelta y cómoda.
- Es importante evitar las interrupciones una vez iniciada la sesión

#### 9.4.2. Programa

Con el programa desarrollado por Jacobson se requiere un amplio periodo de tiempo para aprender a relajarse (56 sesiones). Posteriormente diversos autores han modificado este procedimiento acortando la duración de forma importante.

Aquí presentamos el procedimiento abreviado descrito en Méndez y Romero (36). Consta de tres fases:

- enseñanza,
- práctica del sujeto durante las sesiones
- y entre sesiones.

El programa completo comprende ocho sesiones con una periodicidad de dos semanales. En muchos casos son suficientes 4-6 sesiones de 15-30 minutos, pero este programa se puede adaptar según las características y necesidades de cada persona. Así si el paciente ya conoce algún método o aprende rápidamente se puede aligerar el procedimiento.

### **1) Enseñanza**

Se le explica al paciente los fundamentos de la técnica, que consiste en aprender a tensar y a relajar grupos musculares y que esto exige su colaboración activa y su práctica regular.

El terapeuta describe y realiza los ejercicios de tensión-distensión de los 16 grupos musculares (tabla 1.4) y tras la explicación y las posibles preguntas se comienza el entrenamiento.

En la tabla 2 se describen los ejercicios de tensión para cada uno de los grupos musculares del entrenamiento en relajación progresiva.

Se dividen los 16 grupos musculares en cuatro grandes grupos:

1. Extremidades superiores, cuatro primeros grupos musculares.
2. Cabeza y cuello, del quinto al octavo grupo muscular.
3. Tronco, noveno y décimo grupos musculares.
4. Extremidades inferiores: del undécimo al décimo sexto grupo muscular.

Tabla 2.. Ejercicios de tensión

Orden	Grupos musculares	Ejercicio de tensión
1º	Mano y antebrazos dominantes	Apretar el puño dominante.
2º	Brazo dominante	Apretar codo dominante contra el apoyo.
3º	Mano y antebrazo no dominante	Apretar el puño no dominante.
4º	Brazo no dominante	Apretar el codo no dominante contra el apoyo.
5º	Frente	Levantar las cejas.
6º	Ojos y nariz	Apretar los párpados y arrugar la nariz.
7º	Boca	Apretar los dientes, los labios y la lengua contra el paladar.
8º	Cuello	Empujar la barbilla contra el pecho y evitar que lo toque (tira y afloja)
9º	Hombros, pecho y espalda	Echar los hombros hacia atrás intentando que se toquen los omóplatos.
10º	Estómago	Encoger el estómago como preparándose para recibir un golpe en él.
11º	Muslo dominante	Apretar el muslo dominante contra el sillón.
12º	Pierna dominante	Tensar la rodilla y doblar dedos del pie dominante hacia arriba.
13º	Pie dominante	Doblar los dedos del pie dominante hacia arriba.
14º	Muslo no dominante	Apretar muslo no dominante contra el sillón.
15º	Pierna no dominante	Tensar la rodilla y doblar los dedos del pie no dominante hacia arriba.
16º	Pie no dominante	Doblar los dedos del pie no dominante hacia arriba.

## 2) Práctica del sujeto durante las sesiones

Tras comprobar todas las condiciones iniciales, silencio, penumbra, etc... se pasa a dar las instrucciones de tensión-relajación.

Tensar el grupo muscular correspondiente, focalizando la atención en el grupo muscular que se está tensando. Cada grupo muscular no debe mantenerse en tensión más de 5-10 segundos.

Relajar el grupo muscular correspondiente, focalizar la atención en el grupo muscular en relajación durante un periodo de 30-45 segundos, después del cual se repite la misma secuencia, pero esta vez se alarga el tiempo de relajación a 45-60 segundos.

Una vez que el sujeto ha efectuado los ejercicios de tensión-distensión de todos los grupos musculares se recomienda dejarle varios minutos disfrutando del estado de relajación completa, tras los cuales el terapeuta finaliza la relajación mediante una cuenta atrás en la que se van activando lentamente los distintos grupos musculares.

El programa de la siguiente tabla (tabla 1.5) es el conservador de 8 sesiones. El tiempo dedicado al entrenamiento es cada vez menor, puesto que se pasa de 16 a 4 grupos

musculares (extremidades superiores, cabeza y cuello, tronco, extremidades inferiores) y de tensar-distender a solo distender por evocación, sin necesidad de provocar tensión.

*Tabla 3. Programa de entrenamiento en relajación progresiva  
(la duración está medida en minutos)*

<b>Sesión</b>	<b>Grupos musculares</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Duración (min.)</b>
1º	16	Tensión-distensión	50
2º	16	Tensión-distensión	45
3º	4	Tensión-distensión	35
4º	4	Tensión-distensión	30
5º	4	Distensión por evocación	20
6º	4	Distensión por evocación	15
7º	4	Distensión por evocación y cuenta	10
8º	4	Distensión por evocación y cuenta	5

### **3) Práctica del sujeto durante el periodo entre sesiones**

La relajación muscular al igual que otras habilidades motoras se perfecciona con la práctica. Por ello, las tareas para casa consisten en que el sujeto practique todos los días, dos veces, una por la mañana y otra por la tarde o noche, durante 15-20 minutos cada vez.

Al iniciar un entrenamiento en relajación progresiva es necesario tener en cuenta la motivación y las expectativas de los pacientes respecto a los efectos inmediatos de la relajación. La práctica de la relajación supone un elevado coste para el paciente en tiempo y esfuerzo, mientras que es probable que no obtenga los resultados esperados de un modo inmediato. En fases posteriores, con un menor tiempo de entrenamiento, el sujeto ya tiene un mayor control de la respuesta de relajación y los beneficios que obtiene son mucho mayores.

Cuando el objetivo principal del entrenamiento en relajación progresiva sea inducir un estado de relajación profunda, el procedimiento tradicional parece el más indicado. Sin embargo, si lo que se pretende es utilizar la relajación como habilidad de afrontamiento ante situaciones estresantes, se recomienda un procedimiento de bajo coste inicial que reduzca el número de las sesiones de entrenamiento.

#### **9.4.3. Variantes de la relajación progresiva**

##### **Relajación diferencial**

Es una de las variantes más utilizadas, se aprende a tensar sólo aquellos músculos relacionados con una actividad y mantener relajados aquellos que no son necesarios. El

resultado es que el paciente puede realizar la mayoría de las actividades con un mínimo de tensión.

Pretende que el sujeto aprenda a relajarse en situaciones cotidianas, en las que no es posible adoptar la posición típica.

La explicación proporcionada al sujeto destaca que en la vida diaria debemos de tensar sólo lo necesario aquellos músculos implicados en la actividad que estemos realizando, mientras que debemos mantener relajado el resto de grupos musculares.

### **Relajación condicionada**

Consiste en asociar la relajación a una palabra que el sujeto se dice a si mismo.

Una vez que éste está completamente relajado, se le instruye para que centre su atención en la respiración y para que se repita mentalmente la palabra que prefiera en cada espiración.

Inicialmente el terapeuta dice en voz alta la palabra señal coincidiendo con las cinco o diez primeras exhalaciones del paciente, alargando la sílaba final y disminuyendo el volumen de su voz. Luego el sujeto se repite mentalmente veinte veces más la palabra señal en cada nueva espiración quedando condicionada la palabra a la sensación de relajación.

### **Relajación pasiva**

En esta variante solo se utilizan ejercicios de relajación de los grupos musculares, sin necesidad de tensarlos antes. Esta técnica está indicada para personas con problemas orgánicos, personas que encuentran dificultades en relajarse después de haber tensado los músculos y para personas que tienen dificultades para relajarse en casa.

En esta técnica las instrucciones se graban en una cinta y el paciente practica en casa. Se combinan ejercicios de relajación pasiva, de inducción de sensaciones de peso y calor y ejercicios de respiración.

El inconveniente es que el paciente depende más de la voz del terapeuta que con otro tipo de relajación, por ello es importante que el paciente interiorice las instrucciones.

#### **9.4.4. Teorías explicativas de la relajación progresiva**

Jacobson señala la existencia de una recíproca interrelación e influencia entre el cerebro y las estructuras periféricas del cuerpo, en especial el sistema muscular. En consecuencia, el nivel de activación en una de estas partes está controlado, al menos parcialmente, por el nivel de activación en la otra.

El cerebro puede disminuir su activación si se reducen las entradas sensoriales, en especial dada su importancia, las provenientes de los músculos. Al desactivarse el cerebro a su vez disminuirá la activación del sistema nervioso autónomo, produciéndose en consecuencia un efecto de relajación.

Considerando por un lado, que los impulsos propioceptivos son determinantes de cara al control de la activación cerebral, y que son los principales responsables de la sensación de ansiedad difusa y de toda la activación simpática asociada a situaciones de estrés y ansiedad, y por otro, que el sistema muscular responde con facilidad al control intencional voluntario, Jacobson (35) concluye que es más eficaz para controlar la excesiva activación cerebral dirigir los esfuerzos a reducir la activación muscular.

La relajación muscular progresiva produce sus efectos a través de los mecanismos de identificar o tomar conciencia de las señales propioceptivas de tensión y posteriormente la puesta en práctica de las habilidades aprendidas para reducir la tensión detectada.

## 10. Técnicas Cognitivas

### 10.1. Introducción a las técnicas cognitivas

*“En un concurrido teatro, una mujer se levanta de repente, da una bofetada al hombre que está junto a ella y rápidamente se va por el pasillo hacia la salida. Cada una de las personas que han visto la escena reacciona a su manera, de forma idiosincrática. Una mujer se sobresalta, un adolescente se encoleriza, un hombre maduro se entristece, una trabajadora social siente una sensación agradable. ¿por qué un mismo suceso provoca tan diferentes emociones entre la audiencia?. Podemos encontrar la respuesta examinando los pensamientos de cada observador.*

*La mujer asustada pensó: “En casa la debe estar todo el día molestando y ya no puede aguantar más”. El adolescente colérico pensó: “Él sólo quería un beso y ella le ha humillado. Pobre tío, realmente es una perra”. El hombre maduro que se entristeció pensó: “Ahora la ha perdido y nunca volverá a verla”. La asistente social que sintió cierto placer pensó: “Se lo ha ganado, ¡qué mujer más fuerte! Quisiera que algunas mujeres tímidas que conozco hubieran visto esto” (37, p. 19).*

La emoción de cada uno de los observadores fue distinta, pues el suceso fue interpretado de forma idiosincrática por cada uno de ellos. La explicación que cada uno de ellos se dio acerca del mismo suceso llevó a sentir emociones diferentes.

Todas las personas están, de forma automática y continua, describiéndose el mundo a sí mismas, etiquetando cada suceso o experiencia. Hacen interpretaciones de lo que ven y oyen, y juzgan los sucesos como temibles o agradables y predicen si pueden ocasionarles algún peligro o una seguridad relativa (37, p.19).

Estas interpretaciones forman parte de un interminable dialogo interno, de cada persona consigo misma. Raras veces nos damos cuenta de ese autodiálogo interno, pues está automatizado, pero es lo suficientemente poderoso como para crear las emociones más intensas. Beck (38) denomina a este autodiálogo interno *pensamientos automáticos* porque “*se experimentan como si fueran un reflejo, sin reflexión o razonamiento previo; y se graban como plausibles y válidos*” (p. 237).

## 10.2. Características de los pensamientos automáticos <sup>2</sup>

**Son mensajes específicos.** Un joven que temía ser rechazado se decía a si mismo en una situación grupal: “*ellos me desprecian, me encuentran raro, me rechazarán*”.

**Frecuentemente, los pensamientos automáticos parecen taquigrafiados,** compuestos por muy pocas y esenciales palabras o una imagen visual breve.

**No importa lo irracionales que sean, casi siempre son creídos.** Se adscribe el mismo valor de verdad a los pensamientos automáticos que a las percepciones sensoriales del mundo externo.

**Los pensamientos automáticos son relativamente idiosincráticos.** En el ejemplo inicial que una mujer daba una bofetada a su compañero y salía del teatro, cada uno tuvo una respuesta diferente. Cada respuesta se basaba en una única forma de ver la situación estímulo, y causaba una emoción diferente.

**Los pensamientos automáticos son difíciles de desviar.** Son irreflexivos y creíbles, luego, los pensamientos automáticos se entretajan inadvertidamente a través del flujo del diálogo interno. Parecen ir y venir con voluntad propia. También tienden a actuar como señales de otro pensamiento. Todos hemos tenido la experiencia de un pensamiento negativo que dispara una larga cadena de pensamientos negativos asociados.

**Los pensamientos automáticos son aprendidos.** Todas las personas han sido condicionadas por el ambiente (padres, demás familia, profesores, amigos, medios de comunicación) para interpretar los sucesos de cierta forma.

**Los pensamientos automáticos tienden a "dramatizar".** Estos pensamientos predicen catástrofes, ven peligros en todas partes y siempre suponen lo peor. Las dramatizaciones constituyen la mayor fuente de ansiedad.

## 10.3. Tipos de pensamientos automáticos frecuentes en las crisis de ansiedad y pánico

En las crisis de ansiedad y pánico además de producirse interpretaciones catastrofistas referidas a determinadas situaciones internas, suele haber otras distorsiones cognitivas que aumenten aún más la ansiedad.

---

<sup>2</sup> Modificado de 37, p. 20.

Las más comunes son:

**Ir en contra de la evidencia.** Por ejemplo: *“si me quedo encerrado en un ascensor, moriré asfixiado”*. En casos similares a este, conviene buscar pruebas a favor y en contra. Una forma eficaz es llevando a cabo un experimento, en este caso ayudado por otra persona, se puede comprobar que si se echa perfume dentro del ascensor, manteniendo la puerta cerrada, el olor pasa al otro lado, demostrando que existe intercambio de aire entre el interior y el exterior del ascensor.

**Exagerar la probabilidad de que ocurra lo que se teme.** Por ejemplo: *“si voy sola al supermercado, seguro que me dará un ataque de pánico”*. Conviene anotar las predicciones negativas para luego comprobar que la mayoría de veces no se cumplen.

**Exagerar las consecuencias negativas si ocurre lo que se teme.** Por ejemplo: *“Si me da un ataque de pánico delante de alguien, me rechazará”*. Si uno se suele preocupar por cuestiones de ese tipo, conviene acostumbrarse a hacerse la siguiente pregunta: *“¿y qué?”*.

**Minimizar la capacidad para hacer frente a lo que se teme.** Si ocurre lo temido, es mejor concentrarse en pensar cómo afrontarlo, poniendo en práctica estrategias previamente aprendidas.

#### **10.4. Prestar atención a los pensamientos automáticos ansiógenos**

Escuchar los pensamientos automáticos es el primer paso para conseguir el control de la ansiedad. La mayor parte del diálogo interno es inocuo pero los pensamientos automáticos que causan daño, pueden identificarse porque casi siempre preceden a un aumento de la ansiedad.

Para identificar los pensamientos automáticos causantes de sentimientos ansiógenos, se debe tratar de recordar los pensamientos que se tuvieron inmediatamente antes de empezar a experimentar la ansiedad y aquellos que acompañaron el mantenimiento de la misma.

#### **Ejercicio: diario de pensamientos ansiógenos**

Un ejercicio muy útil para poder ver la relación existente entre pensamientos y emoción, consiste en anotar los pensamientos que preceden los aumentos en el nivel de ansiedad.

Hay que usar el diario de pensamientos durante una semana insertando las anotaciones sólo cuando la persona sienta elevaciones en los niveles de ansiedad. Es importante evaluar la veracidad de los pensamientos automáticos en el mismo momento en el que ocurren y más tarde, cuando la tormenta emocional haya pasado.

Los niveles de ansiedad empezarán a reducirse cuando se empiece a poner “en tela de juicio” los pensamientos automáticos y se cuestionen y combatan a medida que vayan apareciendo.

Tabla 4. Diario de pensamientos ansiógenos

Hora	Emoción	Situación	Pensamientos automáticos	% verdadero en este momento	% verdadero al final del día
8:15	Ansiedad	De camino al trabajo	Hoy tengo una reunión con mi jefe acerca de mi rendimiento...me dirá que tengo fallos en mi trabajo...	90%	10%
10:30	Ansiedad	Me encargan una tarea nueva, no la sabré hacer y eso tendrá consecuencias negativas...	Terminarán por, despedirme, perderé mi empleo y será mi ruina	100%	20%
11:50	Ansiedad	Se estropea el ordenador	Ahora no podré terminar nunca lo que me han encomendado...	100%	35%
13:30	Ansiedad	No tengo tiempo para comer	Voy a perder la salud, esto no puede acabar bien...	90%	20%
18:00	Ansiedad	Trabajando hasta tarde en la oficina	Seguro que mi esposa estará a punto de estallar... cuando llegue a casa tendré bronca...	100%	0%
20:00	Ansiedad	De vuelta a casa	No puedo respirar, tengo taquicardia, me va a dar un infarto...	90%	10%

### 10.5. Cómo modificar pensamientos automáticos: búsqueda de argumentos y evidencias a favor y en contra

Uno de los principales objetivos de la terapia será aprender y modificar los pensamientos automáticos catastrofistas.

Como ya hemos dicho, los pensamientos suelen aparecer en la mente de forma rápida y son a veces difíciles de detectar pues están automatizados. Una forma de hacerse más consciente de estos pensamientos y de aprender a modificarlos, es mediante los registros diarios de pensamientos relacionados con la ansiedad en los que se anotan y analizan los pensamientos catastrofistas y los pensamientos alternativos: realistas no catastrofistas. Se debe registrar cada vez que se experimente un aumento en los niveles de ansiedad. El siguiente esquema puede ayudar a encontrar explicaciones alternativas más realistas a los síntomas de ansiedad.

Tabla 5. Explicaciones alternativas a los síntomas de ansiedad.

Síntoma	Causa más probable
Taquicardia	En estado de alarma el corazón trabaja más rápido para facilitar enviar sangre a las zonas donde más falta hace, acelerando los latidos.
Sensación de falta de aire	Es una sensación consciente y desagradable de tener que realizar un esfuerzo respiratorio, desproporcionado con la actividad que se está realizando, debido en ocasiones a la hiperventilación.
Mareo	Es la sensación como que uno se podría desmayar. Suele suceder cuando disminuye el aporte de sangre al cerebro, pudiendo ser también efecto de la hiperventilación.
Opresión, dolor, pinchazos en el pecho.	Tensión en músculos intercostales junto con un mayor volumen del corazón. Contracturas dorsales.
Pérdida de sensibilidad, parestesias en manos y/o pies	Sensación de hormigueo, adormecimiento y acorchamiento, debido fundamentalmente a un menor riego sanguíneo en las extremidades.
Sensación de perder el control y/o volverse loco.	Cuando el nivel de ansiedad es extremo, el cuerpo y la mente funcionan de forma automática, como si estuvieran ante un peligro real, lo cual produce la sensación de no tener control. Las crisis de ansiedad-pánico no tienen nada que ver con lo que entendemos como "locura" (falta de contacto con la realidad).
Percibir las cosas de forma extraña, fotopsias	Es la sensación de ver luces y destellos, sin que existan estímulos luminosos externos. Se debe a cambios en la oxigenación en ciertas zonas del cerebro.
Temblores	Tensión muscular aumentada.
Nauseas, molestias abdominales.	Por estimulación del sistema nervioso autónomo y del centro del vómito.
Dificultad para pensar	La mente funciona en "modo automático" ante la percepción de peligro, lo cual merma temporalmente la capacidad de pensamiento reflexivo.
Las sensaciones internas pueden así mismo producir más ansiedad	La focalización de la atención en tales sensaciones produce un efecto de aumento y se tienden a catastrofizar.

*Tabla 6.1. Registro y argumentación a favor y en contra de pensamientos automáticos relacionados con la ansiedad  
Anotar 2 ejemplos recientes y completar las 5 casillas*

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Día y hora	Situación o síntoma	<b>Pensamiento automático</b> Escribe qué es lo peor que crees que puede ocurrirte	Argumentos a favor del pensamiento automático	Argumentos en contra del pensamiento automático	<b>Interpretación alternativa al pensamiento automático</b> Busca otra/s alternativa/s

Tabla 6.2. Registro y argumentación a favor y en contra de pensamientos automáticos completado por un paciente

1	2	3	4	5	
Día y Hora	Situación o síntoma	<b>Pensamiento automático</b> Escribe qué es lo peor que crees que puede ocurrirte	Argumentos a favor del pensamiento automático	Argumentos en contra del pensamiento automático	<b>Interpretación alternativa al pensamiento automático</b> Busca otra/s alternativa/s
16-octubre 12:15 h.	Opresión en el pecho	Padecer un infarto	Mi abuela notó sensaciones parecidas antes de sufrir un infarto	Los resultados de las pruebas médicas que me han hecho están dentro de la normalidad  Si respiro profundamente y me calmo, desaparece la opresión	El síntoma es pasajero y producto de la ansiedad  Cuando estoy nervioso noto más la opresión  Cuando estoy tranquilo no lo noto

### **Casilla 1**

Desencadenante de la ansiedad. Pueden ser estímulos externos a la persona (por ejemplo, exponerse a una situación temida o en la que ya ha experimentado crisis) o pueden ser estímulos internos asociados con la ansiedad y el pánico.

### **Casilla 2**

Pensamientos automáticos relacionados con la ansiedad y el pánico que se están teniendo en ese momento.

### **Casilla 3**

Argumentos y pruebas a favor en los que se basan los pensamientos automáticos.

### **Casilla 4**

Argumentos y pruebas en contra de los pensamientos automáticos.

### **Casilla 5**

Explicación alternativa no catastrofista.

Tras una semana de realizar este registro, se puede pasar a la forma abreviada manteniéndose únicamente las casillas **1, 2 y 5**.

Tabla 7.1. Registro abreviado de pensamientos automáticos relacionados con la ansiedad

	1	2	5
<b>Día y hora</b>	<b>Situación o síntoma</b>	<b>Pensamiento automático</b> ¿Qué es lo peor que temes que pueda ocurrirte?	<b>Pensamiento alternativo al pensamiento automático</b> Busca otra/s alternativa/s

Tabla 7.2. Registro abreviado de pensamientos automáticos relacionados con la ansiedad, completado por un paciente

	1	2	5
<b>Día y hora</b>	<b>Situación o síntoma</b>	<b>Pensamiento automático</b> ¿Qué es lo peor que temes que pueda ocurrirte?	<b>Pensamiento alternativo al pensamiento automático</b> Busca otra/s alternativa/s
26-Oct. 10:05 h.	<i>Dificultad para respirar</i>	<i>Me ahogo</i>	<i>Estoy hiperventilando</i>
28-oct. 11:30 h.	<i>Mañana tengo que exponer un proyecto ante la junta directiva</i>	<i>Me quedaré en blanco y me retirarán del proyecto.</i>	<i>Lo llevo bien preparado, no tiene porqué salir mal la exposición, y además es un tema que me gusta</i>
28-Oct. 18 h.	<i>Telefoneo a mi hijo que está en casa, no contesta</i>	<i>Algo malo ha ocurrido</i>	<i>Puede haberse quedado dormido, o puede que esté escuchando música y no oye el teléfono</i>

## **10.6. Tipos de pensamientos comunes que también generan ansiedad. Distorsiones cognitivas**

Además de los pensamientos anteriormente expuestos, generalmente aparecen otros tipos de pensamientos que también generan malestar:

### **Filtraje o abstracción selectiva**

Se caracteriza por una especie de visión en túnel donde sólo se atienden determinados elementos de una situación con la exclusión de otros. Las personas ansiosas seleccionan peligros, los deprimidos seleccionan elementos que sugieren pérdidas, y los que con frecuencia experimentan cólera, buscan evidencias de injusticia. Las palabras clave para detectar este tipo de filtraje son *“terrible... tremendo... horroroso... no puedo resistirlo”*.

### **Pensamiento polarizado o dicotómico**

Se tiende a percibir cualquier cosa de forma extremista, sin términos medios. El mundo se ve en blanco y negro, sin percibir toda la gama de grises. Con este tipo de pensamiento se producen intensas reacciones emocionales. El mayor peligro de la dicotomización del pensamiento es el impacto sobre como se juzga la persona a sí misma. Si no se es perfecto y brillante sólo cabe ser un fracasado.

### **Sobregeneralización**

Se extrae una conclusión general de una parte de la evidencia. Las palabras clave para detectarla son *“nunca, siempre, todo, nada, nadie, todos, ninguno”*. La conclusión se extrae de una parte de la evidencia ignorando todo lo que pueda contradecirla.

### **Interpretación del pensamiento**

La persona *“sabe”* lo que piensan y sienten los demás y porqué se comportan de la forma en que lo hacen. En otras palabras, es capaz de adivinar lo que los demás piensan y sienten respecto a ella y en general. Se debe a un proceso llamado proyección.

### **Personalización**

Es la tendencia a relacionar algo del ambiente consigo mismo. Por ejemplo, un hombre casado cuya esposa se quejaba de cansancio interpretaba que estaba cansada de él. Un aspecto importante de la personalización es la tendencia a compararse continuamente con los demás: *“soy el más soso de la pandilla”, “los demás no se estresan como yo a la hora de elaborar proyectos”*. Cualquier indicio se utiliza como pista para valorarse a sí mismo.

### **Falacias de control**

Hay dos tipos: falacia de control interno; cree poseer el control (y la responsabilidad) de todo lo que ocurre a su alrededor, se cree omnipotente, y la falacia de

control externo; se refiere a la creencia de no tener ningún control sobre el ambiente y sobre su vida dando lugar a una sensación de falta de control e indefensión generalizada.

### **La falacia de justicia**

La persona espera que los demás y el mundo en general se comporte como ella considera que tiene que ser. Pero la realidad es que las personas se comportan como consideran idiosincráticamente.

### **Razonamiento emocional**

La persona toma como prueba de realidad cómo se siente. Si siente como aburrida o estúpida una cosa, es que esa cosa es estúpida y aburrida. Si se siente angustiada en una situación, es que esa situación es peligrosa.

### **Falacia de cambio**

Supone la creencia de que la persona puede cambiar a otra si se le presiona lo suficiente. La atención se dirige a intentar cambiar a los demás consiguiendo solamente sentirse frustrado. La persona no cae en la cuenta que no tiene el control sobre la conducta de otros.

### **Etiquetas globales**

Calificar por una circunstancia o acción. Por ejemplo, un niño que no ha hecho los deberes esa tarde es que es "vago". El rótulo ignora toda evidencia contraria (que por ejemplo, ayer si hizo sus deberes) e invalida toda posibilidad futura de cambio.

### **Culpabilidad**

Se experimenta sensación de alivio cuando se conoce "*quién es el culpable*". Cuando una persona está sufriendo alguien debe ser la responsable. La delegación de la culpa de todo lo que a uno le ocurre puede ser a los demás o en el caso contrario, a uno mismo.

### **Los debería**

Bajo esta distorsión, la persona se comporta de acuerdo con unas reglas inflexibles. Las reglas son correctas e indiscutibles, cualquier desviación es mala. Las palabras que indican la presencia de esta distorsión son los "debería, habría de o tendría que". Así, los demás y uno mismo son juzgados bajo la tiranía de los *debería*. Por ejemplo una mujer puede pensar "*si mi marido me quisiera debería comprarme rosas rojas todos mis cumpleaños*". El hecho de que el marido no lo haga significa para ella que no la quiere.

### **Tener razón**

Bajo esta distorsión, la persona está siempre a la defensiva; tiene que probar continuamente que su punto de vista es el correcto, que sus apreciaciones y conductas son adecuadas. Las opiniones de estas personas raramente cambian porque tienen

dificultad en escuchar nuevas informaciones. Cuando los hechos no encajan en lo que ya creen, los ignoran (fenómeno de la disonancia cognitiva).

### **La falacia de la recompensa divina**

Bajo esta distorsión la persona, cuando se comporta “correctamente” espera una recompensa o reconocimiento automáticamente, pero en realidad esto no tiene porque ocurrir así (modificado de 37, pp. 29-36).

## **10.7. Técnicas de distracción**

La autoatención hacia el propio funcionamiento corporal es uno de los factores más importantes en el trastorno de pánico y en las crisis de ansiedad. Tras la experiencia de haber sufrido un ataque de pánico se establece un estado de hipervigilancia y alarma ante el más mínimo cambio corporal. Hasta tal punto se incrementa la hipervigilancia o la conciencia corporal que gran parte de las crisis son desencadenadas por leves cambios totalmente normales en el funcionamiento fisiológico, como por ejemplo un ligero incremento de las pulsaciones cardiacas; cambios que a otra persona sin historia de ataques de pánico o crisis de ansiedad, pasarían desapercibidas (39).

Si cuando una persona que percibe la primera señal que dispara su ansiedad (por ejemplo incremento de la tasa cardiaca), logra desviar su atención hacia otros estímulos no amenazantes, podrá controlar de manera más adecuada la situación y evitar un ataque de pánico. Las estrategias más utilizadas son (39):

### **1. Centrarse en un objeto**

Se trata de describir al detalle cualquier objeto, atendiendo a la forma, al color, tamaño, textura, etc. Conviene elegir un objeto con cierta complejidad.

### **2. Ejercicios mentales**

Seleccionar cualquier actividad mental con cierta dificultad que requiera atención para que se distraiga de su propio cuerpo: nombrar palabras que empiecen por una determinada letra, contar de tres en tres hacia atrás, etc.

### **3. Actividades absorbentes**

Se trata de actividades que estén en el repertorio habitual de la persona y a elegir por la propia persona: hacer crucigramas, leer un libro, hacer un puzle, etc. Se recomienda actividades que pueda hacer sin necesitar de nadie más.

### **4. Recuerdos, imágenes y fantasías agradables (visualización )**

Creación mental de una imagen que la persona tenga asociada con relax, bienestar, de la forma más vivida posible y para ello debe explorar las cualidades de la situación imaginada: colores, sonidos, olores, formas y texturas.

## **11. Coordinación de estrategias psicofisiológicas y cognitivas mediante autoinstrucciones para facilitar la exposición exitosa a las situaciones ansiógenas**

Una vez que el paciente cuenta con estrategias psicofisiológicas y cognitivas para el control de la ansiedad, ya es posible articularlas en la práctica mediante autoinstrucciones dentro de un plan gradual e individualizado de exposición.

La técnica de inoculación de estrés es una técnica de modificación del autodiálogo interno generador de ansiedad hacia otro de afrontamiento utilizando el conjunto de técnicas aprendidas.

### **11.1. Introducción a la técnica de inoculación de estrés**

La técnica de inoculación de estrés fue desarrollada originalmente por Donald Meichenbaum (40). Se basa en las autoinstrucciones que el paciente se da a sí mismo. Requiere del dominio de técnicas tanto psicofisiológicas como cognitivas. Por ello, se entrena en último lugar a modo de integración y aplicación de las técnicas previamente aprendidas.

La inoculación de estrés enseña a cómo afrontar y relajarse ante una amplia variedad de experiencias estresantes. Gracias a la inoculación de estrés, es posible enfrentarse a las situaciones ansiógenas relajándose en lugar de la habitual respuesta de ansiedad.

Donald Meichenbaum expuso en su libro *Modificación de la conducta cognitiva* (41) que la respuesta de ansiedad es la interacción entre dos elementos fundamentales: una elevada activación fisiológica (aumento de la tasa cardiaca y respiratoria, sudor, tensión muscular, escalofríos, “nudo en la garganta”, etc.) y pensamientos que interpretan la situación como peligrosa o amenazadora y que atribuyen la activación fisiológica a la emoción de ansiedad. La inoculación de estrés ayuda a reducir la activación fisiológica y a sustituir antiguas interpretaciones ansiógenas por otro autodiálogo interno de afrontamiento del estrés.

El entrenamiento en inoculación de estrés incluye aprender a relajarse ante cualquier aumento de ansiedad utilizando la respiración profunda, la relajación muscular y el autodebate (u otras técnicas cognitivas como la distracción) de modo que cada vez que se experimente ansiedad, dónde y cuándo sea, se puede disminuir los niveles de tensión.

La inoculación de estrés tiene diferentes fases que en la práctica se mezclan, pero a nivel didáctico es útil tal diferenciación.

## **11.2. Fases de la Inoculación de Estrés**

### **11.2.1. Fase educativa**

En esta fase es esencial retomar el aspecto cuantitativo de la ansiedad tomando como referencia la escala de 0 a 10. La ansiedad empieza con niveles bajos (1-2-3) y puede llegar a niveles muy altos (8-9-10), siendo más difícil de controlar cuanto más alta es la intensidad. Por esta razón es importante aprender a reconocer los primeros signos de tensión. Se trata de señales de alarma que indican cuándo se tienen que aplicar las técnicas.

En esta fase también hay que explicar que la ansiedad atraviesa diferentes etapas. La primera (a veces no la hay) se llama **etapa anterior o de preparación**; se refiere a los minutos, horas, días, meses antes de enfrentarse a una situación fóbica. Esto se da por la anticipación cognitiva que da lugar a una ansiedad anticipatoria. Identificarla es central para aprender a manejar el problema de la ansiedad. A los pacientes les cuesta advertir esta fase. En esta fase se puede llegar a la pérdida de control.

Otra etapa a explicar es la de **enfrentamiento** que se da cuando el paciente se encuentra en la situación temida o estresante, la probabilidad de perder el control es más alta, sobre todo si llega a esta fase con niveles altos de ansiedad.

La última etapa es la **etapa posterior**, la cual se caracteriza por percepción de incontrolabilidad si el paciente no ha podido disminuir sus aumentos de ansiedad, lo cual aumenta a su vez el miedo y la ansiedad. Se refuerza el sesgo autoconfirmador caracterizado por las cogniciones negativas acerca de sus habilidades para afrontar la situación.

En la fase educativa se enseña al paciente a identificar señales de ansiedad de baja intensidad. Si el afrontamiento se produce con niveles bajos de ansiedad se producirá un descondicionamiento. Otro aspecto a destacar es que el proceso no es lineal.

### **11.2.2. Fase de adquisición de habilidades y ensayo. Guía autoinstruccional**

En esta fase es necesario, como ya se ha señalado, que se domine con cierta destreza la relajación, la respiración diafragmática y una o varias estrategias cognitivas que permita que los niveles de ansiedad descendan. Las técnicas psicofisiológicas (relajación muscular y respiración diafragmática) son las primeras a poner en marcha pues son las más rápidas en "cortocircuitar" el aumento de ansiedad, pero todo esto forma parte del proceso siguiente:

#### **Guía autoinstruccional**

- 1) **Definir el problema:** darse cuenta de que empieza a subir el nivel de ansiedad y cuantificarlo de 0 a 10 (0=ausencia de ansiedad, 10=ansiedad máxima). Es importante que el paciente aprenda a detectar señales de ansiedad de baja intensidad y generar autoverbalizaciones tranquilizadoras.

*“Me estoy empezando a poner nervioso, nivel de ansiedad 3”.*  
*“Voy a trazar un plan para que no suba mi ansiedad”.*

- 2) **Guiarse la respuesta:** poner en marcha estrategias reductoras de la ansiedad; respiración diafragmática, soltar los músculos más tensos, descansar los hombros, visualizar una imagen relajante, focalización en la realidad (autodebate, comprobar los pensamientos con la realidad), distracción.

*“Deja caer los hombros y respira lentamente”.*  
*“Focaliza la atención en la realidad, sabes que no te va a pasar nada y puedes aguantar un poco de ansiedad”.*  
*“Muchas veces has tenido estas sensaciones y no te ha pasado nada”.*  
*“Trata de distraerte”.*

- 3) **Evaluación-corrección:** evaluar de nuevo la ansiedad y en función de ello, reforzar las estrategias utilizadas, mantenerlas, ver si están siendo eficaces para disminuir la ansiedad (intentar moverse en niveles de ansiedad de 1 a 3).

*“Mi nivel de ansiedad ha bajado a 2. Pero parece que sube de nuevo. Trata de bajar un punto. Respira lentamente y destensa tus hombros. Ya ha bajado de nuevo a 2, mantente ahí”.*

- 4) **Autorrefuerzo:** autorreforzarse por haber conseguido mantener la ansiedad en niveles bajos y permitirse sentirse bien por ello.

*“Muy bien, lo has conseguido”.*  
*“El esfuerzo ha merecido la pena”.*  
*“He logrado controlar mi ansiedad”.*

### **11.2.3. Fase de consolidación**

A lo largo de la práctica, aplicando las habilidades aprendidas en diferentes situaciones ansiógenas este proceso se automatizará permitiendo al paciente experimentar las situaciones con menores niveles de ansiedad, produciéndose así un descondicionamiento de la respuesta de ansiedad.

### **11.3. Puesta en práctica de la Inoculación de Estrés**

Para poder ser puesta en práctica, la inoculación de estrés requiere:

#### **1) Aprender a relajarse en cualquier lugar**

El éxito del programa de inoculación de estrés depende en gran parte de la habilidad que haya obtenido el paciente para disminuir su activación psicofisiológica. Primero es preciso que se domine la relajación progresiva y la respiración diafragmática. Esto supone un entrenamiento previo y una práctica regular de estas técnicas para que se automaticen y puedan ser utilizadas en cualquier momento y lugar por el paciente

siempre que aumenten sus niveles de ansiedad. Bastará con una relajación muscular selectiva (1-2 grupos musculares) y 3-4 respiraciones lentas y profundas para reducir el nivel de activación.

## **2) Aprender a modificar el autodiálogo interno generador de ansiedad**

Como ya hemos dicho, un componente de la ansiedad es la activación corporal que el paciente experimenta, pero otro componente importante son los pensamientos que está teniendo el paciente. En las personas con problemas de ansiedad estos pensamientos suelen actuar aumentando aun más los niveles de ansiedad como por ejemplo "*algo terrible va a suceder, no puedo soportarlo, se están dando cuenta de mi ansiedad, me va a dar algo, no lo puedo controlar...*". Se trata de modificar ese autodiálogo por otro más adaptativo empleando autoinstrucciones en el momento en el que se detectan las primeras señales de ansiedad.

## **3) Exponerse a los estímulos temidos**

Las técnicas aprendidas carecerían de utilidad si no se ponen en práctica ante los estímulos temidos. Es por ello imprescindible la exposición a los estímulos ansiógenos junto con la puesta en práctica de las estrategias de control de la ansiedad. Para ello es preciso diseñar un plan gradual de exposición, pero también se debe tener en cuenta que las crisis de ansiedad/pánico pueden aparecer espontáneamente, por lo cual se debe aplicar las técnicas aprendidas ante cualquier elevación de los niveles de ansiedad, sea planificada o no.

Para que la exposición sea terapéutica (en el sentido que disminuya la ansiedad asociada a la situación), el paciente ha de experimentar una reducción significativa de sus niveles de ansiedad en la situación de exposición (no al escapar de ella). Para ello se necesita un tiempo de exposición, el suficiente para que baje el nivel de ansiedad asociado a la situación. Este tiempo puede ser acortado si la persona pone en marcha en cada sesión de exposición las estrategias adquiridas previamente (técnicas psicofisiológicas y cognitivas de reducción de la ansiedad).

La exposición puede ser en vivo o en imaginación. La exposición en vivo ha demostrado ser más eficaz que la exposición en imaginación (42, 43) y suele hacerse de forma gradual, con la construcción de una jerarquía de las situaciones temidas, que el paciente deberá afrontar reiteradamente, empezando por las menos ansiógenas hasta llegar a exponerse a las más ansiógenas. El paciente ha de poner en marcha las estrategias aprendidas de control de la ansiedad en cada exposición, de esta manera obtendrá percepción de controlabilidad y la respuesta de ansiedad cada vez irá siendo más débil.

### **11.3.1. Diseño de la tabla de exposición a los estímulos ansiógenos**

Se indica a cada paciente que anote las situaciones que le producen ansiedad (nivel de ansiedad igual o mayor que tres).

Tabla 8.1. Tabla de exposición

<b>Grado de ansiedad 3 - 10</b>	<b>Situación</b>
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9-10	

Tabla 8.2. Ejemplo realizado por un paciente

<b>Grado de ansiedad 3 - 10</b>	<b>Situación</b>
3	<i>Salir a pasear cerca de casa</i>
4	<i>Salir de casa alejándome unas calles de mi casa</i>
5	<i>Acercarme a la estación de metro de mi barrio</i>
6	<i>Entrar al vestíbulo de la estación de metro</i>
7	<i>Bajar al andén del metro</i>
8	<i>Subir al metro cuando no hay mucha gente</i>
9-10	<i>Meterme en el vagón del metro en hora punta</i>

### 11.3.2. Registro de exposición y autocontrol

Una vez realizada la graduación de las situaciones ansiógenas, realizar una exposición gradual a las mismas utilizando la guía autoinstruccional. Cuando una situación no genera niveles de ansiedad relevantes (niveles inferiores a 3), se considera superada. El autorregistro ha de ser utilizado también cada vez que se produzca aumentos espontáneos (no planificados) en los niveles de ansiedad (niveles superiores a 3).

Tabla 9. Registro de exposición y autocontrol

Día y Hora	Situación	Grado de ansiedad (1) 0 ----- 10	Qué hice para reducir mi ansiedad: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiración diafragmática</li> <li>• Relajación muscular rápida</li> <li>• Distracción cognitiva</li> <li>• Imagen-situación acontecimiento agradable y/o tranquilizador/a</li> <li>• Focalización en la realidad</li> <li>• Otros</li> </ul>	Grado de ansiedad (2) 0 ----- 10

## 12. Otras técnicas cognitivas que disminuyen el malestar emocional

La forma en la que interpretamos la realidad, así como la manera en la que nos enfrentamos a los problemas diarios puede ser una fuente de estrés constante y de esta forma actuar como predisponente o desencadenante de las crisis de ansiedad

La terapia racional emotiva y la técnica de solución de problemas son útiles para pensar de forma más adaptativa y realista y abandonar el hábito de “rumiar” constantemente los problemas.

### 12.1. Cómo pensar de forma más realista. Introducción y claves útiles de la terapia racional emotiva (TRE)

La forma en que las personas interpretan la realidad puede suponer una fuente de estrés constante que lleve a la persona a estar en un continuo estado de activación. Albert Ellis (44) identificó una serie de pautas erróneas de pensamiento que suelen darse en personas con problemas psicológicos.

#### 12.1.1. Características de los pensamientos irracionales.

Casi todos los pensamientos irracionales (no realistas) podrían clasificarse en cinco categorías:

- Aquellos pensamientos que exageran las consecuencias negativas a la situación. Los pensamientos acerca de que algunos hechos son terribles y horrorosos.
- Aquellos que reflejan demandas y obligaciones no reales: los pensamientos de “deber ser”, “tener que”, etc.
- Los pensamientos que evalúan el mérito y el valor de la gente por sus actuaciones.
- Las creencias sobre las necesidades que son requeridas para ser feliz y sobrevivir, los “necesito”.
- Los pensamientos sobregeneralizadores y absolutistas. Pensamientos que van acompañados de palabras como: todo, nada, nunca, siempre, etc.

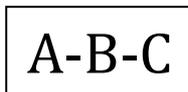
Según Ellis, estos pensamientos no son adaptativos, no están fundamentados en la realidad, son catastrofistas y proféticos, por lo tanto, deben modificarse. El terapeuta debe:

1. Informar al paciente de la relación que existe entre la forma de interpretar los acontecimientos y gran parte de su malestar psicológico.
2. Ayudarle a identificar sus pensamientos irracionales mediante la autoobservación y ayuda (*feed-back*).

3. Hacerle ver lo irracional de esas creencias y “desafiarle” a que deje de utilizarlas (debate).
4. Utilizar tareas entre sesiones para ayudarle a recoger información acerca de sus cogniciones en situaciones reales que permitan al terapeuta llevar a cabo el objetivo 3.

### 12.1.2. Cómo detectar pensamientos irracionales

El malestar psicológico fluctúa, sintiéndose peor en algunos momentos del día que en otros. El mejor aviso de la probable existencia de un pensamiento irracional en un momento determinado es el aumento en los niveles de una o más emociones negativas (angustia, tristeza, culpa, ira, etc.). Por lo cual, es importante registrar, cuando ocurre un aumento de intensidad de los niveles de malestar emocional, el autodiálogo interno o pensamiento y la situación en la que se encuentra siguiendo el siguiente esquema:



Siendo:

**A = Situación, hecho o experiencia activadora**

**B = Autodiálogo interno. Pensamientos**

**C = Emociones y conducta**

La primera tarea del terapeuta es explicar que es B lo que produce C, y no A. Es decir, es el autodiálogo interno, los pensamientos lo que generan la emoción y conducta, no la situación en sí. Si el pensamiento es irracional, no fundamentado en la realidad, la emoción y la conducta también lo serán.

Tabla 10.1. Ejemplo

A	B	C
Situación	Pensamiento	Emoción y conducta
Saliendo de una entrevista de trabajo	No me darán el trabajo Seguro que no soy el candidato ideal Nunca conseguiré trabajo Soy un fracasado	Angustia y abatimiento Me desmoralizo y dejo de buscar trabajo

### **12.1.2. ¿Qué factores influyen en la generación de hipótesis?**

Existen dos grandes grupos de factores:

- 1) Factores de aprendizaje: lo que nos ha pasado previamente o lo que hemos aprendido directa o indirectamente.
- 2) Factores biológicos (innatos o adquiridos).

### **12.1.3. ¿Cómo combatir pensamientos irracionales?**

Mediante el debate; la puesta en tela de juicio de los pensamientos irracionales. Primero el terapeuta debate con el paciente y luego, con la práctica, el paciente aprende a autodebatirse a si mismo.

El autodebate es una forma de dialogo interno que ayuda a ver la realidad de forma más clara, buscando datos contrastables con la realidad y no dejándonos guiar por nuestras impresiones.

Existen tres tipos de preguntas que son clave para el debate:

- a) Las que intentan evaluar la evidencia, la consistencia lógica y la claridad semántica:

¿Dónde está la evidencia de que esto es como yo me lo digo?  
¿Puedo probar lo que estoy diciendo?  
¿Puedo demostrarlo?  
¿Es eso una buena prueba?  
¿Dónde está escrito que eso sea así?

- b) Suponiendo que lo que estoy pensando o diciendo sea cierto, las consecuencias:

¿Serían tan terribles?  
Si esto es así ¿y qué?  
¿Qué ocurriría si...?  
¿Por qué sería tan terrible?  
¿Puedo encontrarme bien aún cuando esto sea así?

- c) Preguntas que analizan a qué me conduce pensar de esta manera:

¿Me es rentable pensar como pienso?  
Si pienso así, ¿soluciono mis problemas?, ¿me ayuda a conseguir mis objetivos?  
¿Qué consecuencias tiene para mí pensar de esta manera?

Cuando el paciente ha aprendido la mecánica del debate podemos pedirle que él mismo debata sus propios pensamientos irracionales haciendo uso de los tres tipos de pregunta.

Añadiremos al registro A-B-C las columnas D-E, siendo:

**D= Autodebate interno a través de la pregunta.**

**E= Resultado emocional y conductual del autodebate.**

De modo que el registro anterior quedaría así constituido:

Tabla 10.2.

A	B	C	D	E
Situación	Pensamiento	Emoción y conducta	Debate-Preguntas	Qué pienso y qué siento tras el debate
Saliendo de una entrevista de trabajo	No me darán el trabajo  Seguro que no soy el candidato ideal  Nunca conseguiré trabajo  Soy un fracasado	Angustia o abatimiento  Me desmoralizo y dejo de buscar trabajo	¿Cómo se que no me lo van a dar?  ¿Puedo estar seguro de ello?  ¿Por qué nunca voy a conseguir trabajo?  En el caso que no me dieran ese trabajo, ¿eso me convierte en un fracasado?	Realmente no puedo estar seguro y lo mejor es que deje pasar tiempo para ver qué pasa.  Tal vez me cuesta encontrar lo que yo quiero pero las cosas no son siempre fáciles. Sería desagradable que no me den el trabajo pero no terrible y esto no hace de mí un fracasado.  Me siento menos angustiado y nervioso. No me deprimó, me siento algo inquieto.

## 12.2. Técnica de solución de problemas

La técnica de solución de problemas fue desarrollada por D’Zurilla y Golfried (45) es un proceso que señala la disponibilidad de alternativas de respuesta potencialmente eficaces para tratar situaciones problemáticas que incrementa la probabilidad de seleccionar la respuesta más efectiva entre las alternativas.

Un problema aparece cuando no se dispone de forma inmediata de una respuesta eficaz para afrontar la situación. Esto implica que ninguna situación es problemática en sí misma, sino que es la falta de una respuesta adecuada la que la hace problemática. La técnica de solución de problemas favorece un estilo de afrontamiento más activo en detrimento a la tendencia a la rumiación (“dar vueltas a los problemas”).

El entrenamiento en solución del problema tiene los siguientes pasos:

- 1) **Orientación general:** en ella se indica que las situaciones problema son un aspecto normal de la vida y que pueden manejarse si se aprende a reconocerlas a medida que ocurren y a inhibir la tendencia a actuar impulsivamente. La noción fundamental es que, una vez que el problema produce un determinado estado emocional, el individuo se pare a reconsiderar ese estado, y detener la cadena de conducta que llevaría a una acción impulsiva casi automática.
- 2) **Definición del problema:** es necesario definir claramente el problema.
- 3) **Generación del mayor número de respuestas alternativas:** elaborar una lista tan larga como se pueda de posibles formas de resolver el problema. Es fundamental no enjuiciar las alternativas.
- 4) **Toma de decisiones:** Una vez que se tiene las diferentes alternativas, valorar cada una de ellas (pros y contras, ventajas y desventajas) y decidir la que mas pros o ventajas tenga y menos contras o desventajas.
- 5) **Aplicar y revisar la alternativa elegida:** se trata de valorar si la respuesta que se ha adoptado es tan eficaz como se juzgó y consigue poner fin al problema. Si no es así, se vuelve al inicio del procedimiento.

Tabla 11. Registro de Solución de Problemas

Problema	Alternativas	Pros y Contras de cada alternativa	Elección y puesta en práctica de una alternativa	Evaluación de resultados
	1)	Pros		
		Contras		
	2)	Pros		
		Contras		
	3)	Pros		
		Contras		
	4)	Pros		
		Contras		

### 13. Prevención de recaídas

Debe hacerse mención especial del importante concepto de prevención de recaídas. Marlatt y Gordon (46) elaboraron un método de tratamiento para trabajar con alcohólicos, drogadictos y fumadores. Un aspecto central es ayudar a los pacientes para que aprendan a identificar y tratar con éxito los factores que podrían contribuir a la recaída. En el caso de las personas con trastornos de ansiedad, se pone el acento en las situaciones de alto riesgo en las que tienen mayores posibilidades de sufrir una crisis y en las habilidades específicas psicofisiológicas, cognitivas y conductuales para hacerles frente de forma exitosa. El entrenamiento está diseñado para anticipar y asumir las reacciones que probablemente tendrán los pacientes cuando se expongan a estresores internos y/o externos, y enseñarles cómo pueden planear actividades de afrontamiento antes de que se produzcan tales estresores.

El objetivo del entrenamiento en prevención de recaídas es asegurar que no vuelvan a su nivel anterior. Cuando los pacientes experimentan de nuevo altos niveles de ansiedad, el entrenamiento en prevención de recaídas se centra en sus reacciones. Por ejemplo: *“si he tenido crisis de ansiedad, ya no puedo dejar de tenerlas”, “sabía que este programa no funcionaría en mi caso... ¿para qué molestarme?”*.

La manera como los pacientes interpretan un fracaso o una recaída es esencial. Si el paciente interpreta la recaída como una prueba de su inadecuada eficacia personal, esta interpretación puede socavar los posteriores esfuerzos de afrontamiento. El paciente podría inferir que no es realmente capaz de manejar los estresores, y abandonar. Para reducir este riesgo el /los terapeuta/s estimulan a los pacientes para que prevean los fracasos y contratiempos y les hacen ensayar cómo responderán a esos lapsus.

Marlatt y Gordon han llegado a sugerir que el tratamiento incluya experiencias planificadas de fracaso (*“recaída programada”*), a fin de desarrollar unas respuestas de afrontamiento apropiadas y establecer una sensación de eficacia personal ante tales deslices. Dado que el estrés es un componente normal de la vida, los pacientes han de reconocer que seguirán experimentándolo incluso después de un entrenamiento con éxito. El objetivo del programa no es eliminar el estrés sino aprender a responder adaptativamente en situaciones estresantes y ser flexible con respecto al fracaso.

## **14. Recomendaciones finales**

### **Ejercicio físico**

La práctica moderada de deporte ayuda a relajarse. Andar todos los días 30-45 minutos siguiendo un ritmo rápido y constante es muy recomendable, especialmente si se hace al aire libre.

### **Dieta y horarios de comidas**

Llevar una dieta saludable, evitando comidas que sobrecargan el organismo.

Destinar el tiempo para comer como un momento de descanso respecto a nuestras actividades.

Dedicar el tiempo suficiente para comer sin prisas.

Intentar llevar unos horarios fijos de comidas.

### **Estimulantes**

No tomar sustancias estimulantes o reducir su consumo (café, té, tabaco, etc.).

### **Descanso**

Dormir lo suficiente, en torno a 7-8 horas, siguiendo un horario regular.

Cuando se aproxima el momento de irse a dormir no conviene intentar resolver problemas o tomar decisiones difíciles, conviene disminuir la actividad y relajarse.

### **Organización**

Organizar el tiempo y las actividades a lo largo del día y de la semana estableciendo horarios y espacios reservados para trabajar, pero también para actividades de ocio y de relax. Es útil diseñar una agenda. Priorizar actividades cuando no podemos hacer todo.

### **Solución de problemas**

No posponer el afrontamiento de los problemas; afrontarlos de una forma activa o pasiva, pero decidiendo qué opción tomamos en cada caso.

Tomar decisiones siguiendo un proceso lógico: planteamiento del problema, análisis de alternativas (pros y contras), elección de una alternativa y llevarla a cabo.

No rumiar o analizar continuamente el problema o las alternativas, esto produce ansiedad.

### **Interpretación de situaciones y normalización de nuestras propias emociones**

La ansiedad, la tristeza, el enfado, son emociones normales que están en la naturaleza humana, no preocuparnos de más si estamos activados, no focalizar la atención en la ansiedad, pues de esta manera se magnifica. No autofocalizarse en las emociones negativas.

La ansiedad que nos produce una situación depende de las consecuencias que anticipamos o prevemos, pero tendemos a exagerar la probabilidad de que ocurra algo malo y a exagerar las consecuencias negativas. Intentar generar mentalmente otras posibilidades más positivas.

Es saludable reconocer cuando hemos hecho algo bien o conseguido un objetivo y permitirse sentirse bien por ello. Si no se ha conseguido el objetivo, o hemos fallado en algo, asumirlo con deportividad intentando mejorar pero huir de las etiquetas globales del tipo *“todo lo hago mal”, “siempre me salen mal las cosas”, “soy torpe”, etc....y mucho menos castigarse.*

No intentar tener control sobre todo.

### **Relaciones con los demás**

Potenciar las conductas positivas de quienes nos rodean con reconocimiento, halagos, sonrisas, etc., pero también informar de nuestra desaprobación cuando sea necesario.

Aprender a decir NO cuando lo consideremos.

No sacar continuamente los errores del pasado.

Apoyarse en personas de confianza en los malos momentos y disfrutar conjuntamente en los buenos.

### **Autogestión de la ansiedad y el estrés**

Tomar una posición activa para reducir la ansiedad y el estrés, no depositando fuera de nosotros ese control; ahora ya sabemos qué podemos hacer para controlar la ansiedad.

Practicar la relajación con asiduidad, hacer de ello un hábito en nuestra vida.

Practicar todo lo aquí aprendido en nuestro día a día.

Mantener un proceso racional (realista) de pensamiento.

No evitar o escapar sistemáticamente de aquellas situaciones que nos producen ansiedad.

**Y por último...**

Aceptarse.

Cuidarse.

Potenciar el sentido del humor.

Tener una actitud mental positiva.

## **15. Tratamiento Psicofarmacológico de los trastornos de ansiedad**

### **15.1. Evidencia disponible en cuanto a la farmacoterapia en los trastornos de ansiedad.**

#### **Agorafobia**

La mayoría de los ensayos randomizados han estudiado la agorafobia que aparece concomitantemente a un trastorno de pánico. Se desconoce si fuera de este contexto la respuesta a tratamiento seguiría un patrón diferente (47), pero el hecho de que la mayoría de los estudios midan la conducta de evitación apunta a que los trastornos de pánico con o sin agorafobia se beneficiarían de un tratamiento farmacológico similar (48). Varios estudios sugieren que la conducta evitativa propia de la agorafobia podría responder mejor a la combinación de antidepresivos (AD) más terapia cognitivo-conductual (TCC) que a cualquiera de las dos por separado (47). Uno de estos estudios es un ensayo randomizado doble ciego en el que participan 96 pacientes y el fármaco utilizado es fluvoxamina (47, 49). Existen varios estudios controlados con imipramina (47).

#### **Trastorno de pánico (TP)**

Existen múltiples ensayos clínicos randomizados que demuestran la eficacia de diferentes tipos de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Un metaanálisis (48) que incluía 12 ensayos encontró diferencias con placebo en el tratamiento agudo del trastorno de pánico. Existen ensayos randomizados para sertralina, paroxetina, fluoxetina, fluvoxamina, citalopram y escitalopram. La eficacia de los diferentes ISRS ha sido demostrada similar. Se ha demostrado que los ISRS disminuyen la frecuencia de las crisis de pánico, las conductas de evitación y la ansiedad anticipatoria (48).

El comienzo del efecto terapéutico se sitúa entre las 2-4 semanas, para muchos pacientes es necesario más tiempo. La ansiedad anticipatoria y conductas de evitación mejoran más lentamente y pueden tardar hasta 6-12 meses en conseguir el máximo efecto (48). Venlafaxina también dispone de ensayos randomizados demostrando su eficacia en la mejora de los tres síntomas referidos (48). Asimismo existen diversos ensayos clínicos randomizados que han demostrado la eficacia de diferentes benzodiacepinas (BZD) (alprazolam, clonacepam, loracepam y diacepam). En metaanálisis han demostrado eficacia similar a ISRS y antidepresivos tricíclicos (ADT). El efecto farmacológico comienza a ser evidente en la primera semana (48).

Los ADT imipramina y clorimipramina disponen de varios ensayos clínicos randomizados demostrando su eficacia en la disminución de la frecuencia de los ataques de pánico. No obstante su efecto sobre la ansiedad anticipatoria y las conductas de evitación parece ser más variable. La aparición del efecto puede posponerse hasta el mes de tratamiento y que la mejoría continúe de manera progresiva incluso hasta los 6 meses (48).

No hay ensayos randomizados que apoyen la eficacia de los anticomerciales (ACO) y existen resultados negativos para carbamazepina, tiagabina y gabapentina (48). Tampoco existen ensayos randomizados acerca del uso de antipsicóticos de segunda generación (APSG) para el trastorno de pánico (48, 50).

Los IMAOs (fenelcina) han demostrado eficacia superior a placebo en un ensayo randomizado con pacientes con características compatibles con el trastorno de pánico en la era previa al DSM (48).

No existen estudios que determinen específicamente la duración óptima del tratamiento farmacológico en el trastorno de pánico. Un metaanálisis con 6 estudios randomizados y controlados con placebo acerca de discontinuación de tratamiento AD en el primer año mostró tasas de recaída del 25- 50%. Las BZD presentaron una tasa de recaídas del 70% , en un ensayo randomizado con 50 pacientes. En él los pacientes se asignaban a la rama del diacepam, alprazolam o placebo. Los pacientes llevaban aproximadamente 8 meses tomando BZD y la dosis era muy variable. La pauta que se siguió fue la bajada de un comprimido cada 3 días y después se pasó a preparaciones de menor dosificación. (48, 51).

Existen pocos datos acerca de los tratamientos combinados. Existen dos ensayos controlados acerca de la combinación de AD más BZD en los primeros días de tratamiento siendo los resultados variables en función de la farmacocinética de la BZD (48).

### **Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)**

Setralina, paroxetina, citalopram y escitalopram han demostrado ser eficaces en el tratamiento del TAG en ensayos clínicos randomizados. Otros ISRS han mostrado ser igualmente eficaces en ensayos abiertos. El efecto se demora unas 4 semanas (52). Los fármacos duales han demostrado eficacia en ensayos clínicos randomizados. Existe un ensayo clínico randomizado que sitúa la eficacia de imipramina al nivel de la de paroxetina (52, 53). Existe un metaanálisis de la Cochrane en el que se incluyeron 8 ensayos clínicos con un total de 2.058 pacientes acerca del tratamiento AD en el TAG. Se excluyeron estudios que reclutaran pacientes con comorbilidad depresiva. Los resultados concluyeron que los AD son más eficaces que placebo en el tratamiento del TAG (paroxetina, imipramina y venlafaxina en adultos; sertralina en niños y adolescentes) . La tasa de abandono era similar para todos los fármacos (53).

La evidencia procedente de metaanálisis indica que las BZD tendrían una eficacia similar a las azapironas, ISRS o venlafaxina (52, 54). A largo plazo no se dispone de resultados concluyentes al respecto (52, 55).

La buspirona ha mostrado eficacia en ensayos randomizados, con resultados similares a las BZD. Presenta una demora en su acción clínica similar a los AD (52).

La pregabalina ha resultado ser superior a placebo en diversos ensayos clínicos randomizados. En un metanálisis publicado en 2012 se concluye que es eficaz para el TAG, el tamaño del efecto es menor que el esperado en relación con estudios previos pero se demuestra superioridad frente a placebo y eficacia similar a la de los ISRS. (56) Se

sugiere así mismo que pudiera ser de especial utilidad en determinadas circunstancias como cuando existe comorbilidad con epilepsia, neuralgia postherpética, como tratamiento coadyuvante cuando los ISRS/ISRN no son eficaces (57) o cuando existe un abuso de BZD concomitante (58).

Los ensayos clínicos con mirtazapina en TAG son insuficientes para valorar eficacia. Existen ensayos clínicos randomizados que han demostrado mejoría con APSG, entre ellos quetiapina, bien en monoterapia, bien como agentes potenciadores (52). En un metaanálisis de la Cochrane, 7 ensayos comparaban quetiapina vs ISRS en TAG y fobia social (FSO) se encuentra eficacia similar entre ellos, pero con unas tasas de abandono superiores para el primer fármaco.

Los estudios con olanzapina sólo incluían a 36 participantes en total. Dos ensayos comparaban el tratamiento adyuvante con risperidona con placebo y no encontraron diferencia. Los autores consideran los datos disponibles acerca de estos dos últimos fármacos insuficientes para llegar a conclusiones válidas (50). Tiagabina no ha mostrado superioridad a placebo en tres ensayos clínicos randomizados (52).

Existe una revisión de la Cochrane acerca del tratamiento del TAG con hidroxicina. Globalmente se observa que la hidroxicina más eficaz que placebo en el tratamiento del TAG, que su eficacia era similar a otros fármacos (BZD y buspirona) y que presentaba una mayor sedación/mareo como efecto adverso. Sin embargo, pocos de los estudios encontrados cumplieron los criterios de inclusión y los autores señalan que el riesgo de sesgo era elevado (59, 52).

En un ensayo randomizado con 136 pacientes se demostró que pasar a la rama de placebo a los 6 meses aumentaba el riesgo de recaída con respecto a continuar con venlafaxina (52).

### **Trastorno de estrés post traumático (TEPT)**

Un metaanálisis consistente en 7 ensayos clínicos randomizados demostró mejoría frente a placebo con el tratamiento con ISRS en sintomatología y funcionalidad, no obstante los ensayos incluidos eran heterogéneos y algunos de baja calidad (60). Dos ensayos randomizados demostraron superioridad de venlafaxina frente a placebo (60). La evidencia con respecto a ADT, IMAOs y otros AD es insuficiente y en cuanto a los APSG, los resultados son contradictorios. (60) En pequeños ensayos randomizados la prazosina disminuía las pesadillas y aumentaba la calidad del sueño. Existe escasa evidencia acerca de la utilidad de las BZD (60).

Los ensayos randomizados con ACO son escasos pero no han mostrado diferencias con respecto a placebo (60).

En cuanto a la duración, en un ensayo randomizado se demostró que a las 28 semanas los pacientes que continuaban con sertralina mostraban menos recaídas que los que se pasaron a placebo en la semana doce (60).

## **Fobia social (FSO)**

Resulta útil dividir la FSO en una variante “generalizada”, en la cual la ansiedad aparecería indiscriminadamente ante prácticamente en cualquier momento en el que tenga lugar la interacción social; y una variante más “específica” que se manifestaría únicamente ante determinadas situaciones como hablar o comer en público. En la mayoría de los estudios acerca del tratamiento de la FSO o bien no se hacía mención a esta distinción o bien se han llevado a cabo con pacientes que presentaban la variante más generalizada de este trastorno. En un metaanálisis que incluía 7 ensayos clínicos con un total de 896 pacientes se demuestra superioridad en el tratamiento con ISRS frente a placebo. El efecto de los ISRS tarda en aparecer entre 4 y 6 semanas, obteniéndose el efecto máximo hasta 16 semanas después. El efecto es dosis dependiente. No existe evidencia que indique que algún ISRS pueda ser superior al resto en cuanto a eficacia (61).

Los IMAOs han resultado también más eficaces que placebo en la reducción de síntomas en varios ensayos clínicos randomizados, fundamentalmente con fenelcina. Pueden tardar 4- 6 semanas en empezar a ser eficaces (61).

La moclobenida, un IMAO reversible, ha demostrado resultados contradictorios en diversos ensayos clínicos randomizados (61).

Los betabloqueantes se han mostrado ineficaces en ensayos clínicos controlados para la variante generalizada de la fobia social (61).

En cuanto a las BZD existen dos ensayos clínicos randomizados de 65 y 75 pacientes (61-62) que demuestran superioridad a placebo en el tratamiento de la fobia social y uno más que encuentra mayor eficacia en la potenciación de los ISRS con BZD que los ISRS solos en la variante más generalizada de la FSO (61). En un estudio controlado el grupo con alprazolam presentó una mayor tasa de recaídas a los 2 meses (63). Gabapentina y pregabalina han demostrado eficacia en sendos ensayos controlados (61). La mirtazapina ha mostrado resultados contradictorios en dos ensayos clínicos randomizados (61). La evidencia para ADT es limitada. En un ensayo abierto con imipramina no se detectó eficacia. (61) Con olanzapina y quetiapina existen ensayos clínicos aleatorizados marcando eficacia con un tamaño muestral pequeño (61). Con buspirona existe un ensayo controlado con placebo en el que se muestra eficaz. (61) Atomoxetina ha demostrado eficacia en casos de comorbilidad con trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH), sin embargo en un ensayo aleatorizado no mostró eficacia en la fobia social simple (61). Si la monoterapia no resulta suficiente existen resultados positivos de potenciar ISRS con buspirona en pequeños ensayos y datos equívocos acerca de la potenciación de ISRS con BZD. (61)

En cuanto a la FSO en su variante más específica, los betabloqueantes disminuyeron la ansiedad ante un estresor social en voluntarios sanos, pero no existen datos con pacientes afectados de FSO (61). En cuanto al uso de BZD a demanda parece que se basa en un nivel de evidencia bajo (61, 64-65).

## **Fobia simple (FSi)**

No existen ensayos randomizados sobre el uso de BZD en la FSi (47). En un estudio observacional acerca de la fobia a volar, más de la mitad de los pacientes habían tomado medicación ansiolítica durante el vuelo y la mejoría descrita era únicamente parcial (47).

Existen ensayos randomizados y metaanálisis que indican que la D-cicloserina podría potenciar los beneficios de la terapia de exposición, aunque los datos son aún insuficiente (47, 66, 67).

### **15.2. Evidencia disponible en cuanto a terapia cognitivo conductual (TCC) y farmacoterapia en los trastornos de ansiedad**

Para el TAG, se sabe que en un metaanálisis que incluía 65 estudios comparando las diferencias entre TCC/terapia de conducta (TC) y tratamiento farmacológico, los resultados apuntaron a que podrían tener una eficacia similar, no obstante la tasa de abandono fue menor entre los pacientes que recibían psicoterapia (52, 68).

En un ensayo randomizado con 101 pacientes en el que se distribuían en 5 ramas, se observó que la combinación de BZD más TCC obtenía la mayor mejoría clínica.

También se vio que la TCC, sola o en combinación con BZD o placebo tenía la tasa de menor incidencia de derivaciones a salud mental a los 6 meses de seguimiento (52, 69).

En cuanto a los ISRS, un estudio de 448 pacientes en edad infantojuvenil con diagnósticos de TAG, FSo o ansiedad de separación, mostró que la combinación de BZD más TCC era más eficaz que cualquiera de las opciones por separado (52).

Los datos encontrados a través de ensayos controlados y metaanálisis apuntan a una eficacia similar si comparamos TCC con tratamiento farmacológico para el TP (48), aunque probablemente la primera consiga unas menores tasas de recaída en el primer año (ensayo clínico randomizado con 312 pacientes) (70).

La combinación de TCC y farmacoterapia con antidepresivos se muestra un poco más eficaz que cualquiera de las alternativas por separado en los estudios disponibles a corto plazo para el TP, como se puso de manifiesto en un metaanálisis que incluía 21 ensayos (48, 71). La comparación entre los dos tipos de tratamientos arrojó resultados que indicaban similitud (71), hasta la fecha no existe evidencia suficiente para diferenciar subgrupos de pacientes que se beneficiarían más de TCC o farmacoterapia antes de comenzar el tratamiento (72).

Sin embargo los estudios en los que se potencia el tratamiento cognitivo-conductual con BZD de alta potencia muestran resultados contradictorios. Varios estudios, algunos randomizados, muestran posibles efectos deletéreos de la adicción de BZD: mayores tasas de abandono, una pobre mejoría y mayores posibilidades de recaída a largo plazo. En un estudio no controlado que incluía a 43 pacientes, las BZD a demanda supusieron peores resultados que si estaban pautadas o no se tomaban (71, 73).

La Cochrane publicó un metaanálisis en el que a través de tres ensayos clínicos que estudiaban la posible potenciación entre BZD y TCC en el TP, concluyendo que la evidencia disponible era insuficiente. Dos ensayos con 166 pacientes no encontraron diferencias entre TCC y TCC + BZD aunque los resultados sugirieron que a largo plazo la combinación podría ser menos eficaz. Un ensayo de 77 pacientes no encontró diferencia entre BZD sola vs BZD + TCC durante la intervención, aunque existen dudas de que al final la combinación fuera significativamente más eficaz. No se observaron diferencias en el séptimo mes post tratamiento y no hubo mediciones posteriores (74).

Los pacientes que han fracasado tras completar un ciclo de TCC parecen beneficiarse de añadir un ISRS a su tratamiento más que de continuar con la psicoterapia sola y parece que en el caso contrario sucede lo mismo (72). Estudios coste-efectividad sitúan a la TCC por encima de la farmacoterapia (72).

En la FSo, en un ensayo randomizado de 128 pacientes se encontró que la combinación de fenelcina y TCC era superior a cualquiera de las dos por separado, sin embargo otro ensayo randomizado en el que se usó fluoxetina no se observó superioridad significativa en la terapia combinada ni en ninguno de los subgrupos (61).

En cuanto al TEPT, no existen ensayos randomizados que comparen la eficacia de la psicoterapia frente al tratamiento farmacológico (60). En los ensayos clínicos randomizados no se ha encontrado ventaja significativa a la combinación de TCC más ISRS frente a ninguna de las alternativas por separado (60). En una revisión de la Cochrane se concluye que con los datos referidos no existe evidencia suficiente para sacar conclusiones acerca de la eficacia de la terapia combinada (75).

### 15.3. Recomendaciones basadas en la evidencia: resumen de las indicaciones de las principales guías de práctica clínica con respecto a los trastornos de ansiedad.

En una primera parte nos referimos a cómo se llega a la indicación de tratamiento farmacológico y en segundo lugar cual es el patrón a seguir en caso de que esté indicado.

Tabla 12.. Indicaciones de las Guías de Práctica Clínica NICE y APA

Trastorno	NICE	APA
TAG	<p><i>Si el TAG no responde a autoayuda o grupos psicoeducativos (basados en la TCC) ofrecer que el paciente elija entre tratamiento psicoterapéutico o farmacológico.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ISRS (sertralina por criterios de coste- efectividad).</li> <li>2. Otro ISRS o un fármaco dual.</li> <li>3. Pregabalina.</li> </ol> <p>No pautar BZD salvo una medida a corto plazo en situaciones de crisis.</p>	

Trastorno	NICE	APA
	<p>Revisar los efectos secundarios/efectividad cada 2-4 semanas durante los primeros 3 meses y cada 3 meses a partir de entonces.</p> <p>Si el tratamiento es eficaz continuarlo por un año al menos.</p> <p>(NICE, 2011)</p>	
<p><b>TP</b></p>	<p><i>Se le ofrecerá al paciente que elija entre una de las siguientes alternativas (teniendo en cuenta que el orden es de menor a mayor tasa de recaídas):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terapia psicológica</li> <li>- Terapia farmacológica</li> <li>- Autoayuda</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ISRS (esperar 12 semanas)</li> <li>2. Imipramina o clorimipramina</li> </ol> <p>Continuar al menos 6 meses.</p> <p>No se recomienda prescribir BZD.</p> <p>No se recomiendan antipsicóticos o fármacos sedantes como los antihistamínicos.</p> <p>(NICE, 2011)</p>	<p><i>Coloca en la primera línea de tratamiento a la TCC, los ISRS, los duales y los ADT; cuando no existe un trastorno anímico comorbido también da por buena una BZD en monoterapia.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ISRS o dual</li> <li>2. ADT</li> </ol> <p>Las benzodiacepinas se pueden usar en monoterapia o en combinación con AD si la ansiedad es grave y se requiere un control sintomatológico rápido.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. IMAOs</li> <li>4. Mirtazapina, gabapentina, otros.</li> </ol> <p>Se recomienda seguimiento cada 1-2 semanas al principio, cada 2-4 cuando la dosis ya se ha establecido y espaciar las visitas después.</p> <p>El tratamiento se debe mantener por un año o más.</p> <p>Se debe suspender bajando la dosis muy lentamente, un 10% cada semana aprox. En el caso de las BZD puede ser favorable la TCC para manejar los síntomas de retirada.</p> <p>(APA, 2009)</p>
<p><b>TEPT</b></p>	<p><i>La psicoterapia enfocada en el trauma debe ser la primera opción de tratamiento. Si el paciente es refractario o prefiere no realizar la psicoterapia, se ofrecerá el tratamiento farmacológico.</i></p>	<p><i>Se igualan en la primera línea de tratamiento a la psicoterapia y los fármacos</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ISRS</li> <li>2. Otros AD (feniceclina,</li> </ol>

Trastorno	NICE	APA
	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Paroxetina</li><li>2. Mirtazapina</li><li>3. Amitriptilina, fenelcina, potenciación con olanzapina.</li></ol> <p>Si el insomnio es preponderante, está indicado el uso de un hipnótico a corto plazo.</p> <p>Se deberá continuar por al menos 12 meses.</p> <p>(NICE, 2005)</p>	<p>brofaromina, amitriptilina, imipramina)</p> <p>(APA, 2004)</p>

Tratamiento farmacológico de la FSo (76) <sup>3</sup>:

1. ISRS.
2. Buspirona (como potenciación con ISRS), clonacepam (como potenciación), moclobemide, propranolol (sólo en ansiedad situacional), venlafaxina, valproato.
3. Levitiracetam.

<sup>3</sup> "The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry" 11ª edición (2012), p. 295

## **PARTE III**

## 16. Índice de Sesiones

### **Primera sesión**

Presentación de los monitores (terapeuta y coterapeuta) <sup>4</sup>.

Presentación del grupo.

Normas básicas del grupo:

- Confidencialidad
- Respeto
- Asistencia y puntualidad
- Participación activa en sesiones y entre sesiones

Evaluación Pre-tratamiento:

- Inventario ansiedad Estado/Rasgo (STAI)
- Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI)
- Escalas Visual-analógicas (E.V.A.)
- Registro de frecuencia e intensidad de la ansiedad.

Concepto de ansiedad normal y ansiedad patológica.

### **Segunda Sesión**

Recogida del registro propuesto en la sesión 1. (Registro de frecuencia e intensidad de la ansiedad).

Repaso del concepto de ansiedad. Dudas.

Introducción a las técnicas psicofisiológicas.

Visualización:

- Introducción
- Enseñanza
- Procedimiento

Respiración diafragmática:

- Introducción
- Enseñanza
- Procedimiento

---

<sup>4</sup> Nota: al finalizar esta sesión se pide a los participantes traer un dispositivo de Memoria USB para la grabación de las técnicas de relajación en audio.

Relajación muscular:

- Introducción
- Enseñanza
- Procedimiento

Entrega de material de visualización (anexo 1), respiración diafragmática (anexo 2) y relajación muscular (anexo 3).

Propuesta de tareas: registro de relajación (anexo 4).

### **Tercera Sesión**

Revisión de tareas propuestas en la sesión anterior: registro de relajación (anexo 4).

Repaso de las técnicas psicofisiológicas. Dudas.

Ejercicio grupal de relajación utilizando las tres técnicas.

Tarea para casa: registro de relajación (anexo 4)

### **Cuarta Sesión**

Revisión de tareas: registro de relajación (anexo 4).

Introducción a las técnicas cognitivas.

Características de los pensamientos automáticos (anexo 5).

Tipos de pensamientos automáticos frecuentes en las crisis de ansiedad y pánico (anexo 6).

Prestar atención a los pensamientos automáticos ansiógenos

Propuesta de ejercicio semanal: diario de pensamientos ansiógenos (anexo 7) y registro de relajación (anexo 4)

## **Quinta Sesión**

Revisión de tareas; diario de pensamientos ansiógenos (anexo 7) y registro de relajación (anexo 4).

Cómo modificar pensamientos distorsionados: búsqueda de argumentos y evidencias a favor y en contra.

Ejercicio grupal: se entrega al grupo el registro y argumentación a favor y en contra de pensamientos automáticos relacionados con la ansiedad (anexo 8). Se pide que anoten 2 ejemplos recientes y completen las 5 casillas. Se pone en común.

Propuesta de tarea semanal: registro abreviado de pensamientos relacionados con la ansiedad (anexo 9). Se mantiene el registro de relajación (anexo 4).

## **Sexta Sesión**

Revisión de tareas: registro de relajación (anexo 4) y registro abreviado de pensamientos relacionados con la ansiedad (anexo 9). Debate grupal.

Tipos de pensamientos comunes que también generan ansiedad. Distorsiones cognitivas (anexo 10).

Ejercicio grupal: pedir a los miembros del grupo que pongan ejemplo de cada una de las distorsiones cognitivas.

Propuesta de tarea semanal: registro abreviado de pensamientos relacionados con la ansiedad (anexo 9). Se mantiene el registro de relajación (anexo 4).

## **Séptima Sesión**

Revisión de tareas: registro abreviado de pensamientos automáticos relacionados con la ansiedad (anexo 9) y registro de relajación (anexo 4).

Técnica de distracción (anexo 11):

- Introducción
- Enseñanza
- Procedimiento

Técnica de inoculación de estrés. Guía autoinstruccional (anexo 12):

- Introducción
- Enseñanza
- Procedimiento

Diseño de un plan de enfrentamiento gradual a los miedos. Tabla de exposición (anexo 13).

Propuesta de tarea semanal: registro de exposición y autocontrol (anexo 14).  
Registro de relajación (anexo 4).

## **Octava Sesión**

Revisión de tareas; registro de exposición y autocontrol (anexo 14) y registro de relajación (anexo 4).

Cómo pensar de forma más realista. Introducción y claves útiles para la terapia racional emotiva.

Cómo detectar pensamientos irracionales. Esquema A-B-C (anexo 15).

Cómo combatir pensamientos irracionales: tres tipos de preguntas clave (anexo 16).

Resultado emocional del debate. Esquema A-B-C-D-E (anexo 17).

Propuesta de tarea semanal. Registro A-B-C-D-E (anexo 17). Registro de exposición y autocontrol (anexo 14). Registro de relajación (anexo 4).

## **Novena Sesión**

Revisión de tareas propuestas la sesión anterior; registro A-B-C-D-E (anexo 17), registro de exposición y autocontrol (anexo 14) y registro de relajación (anexo 4).

Debate grupal con el esquema A-B-C-D-E.

Técnica de solución de problemas (anexo 18):

- Introducción
- Enseñanza
- Procedimiento

Recomendaciones finales (anexo 19).

Propuesta de tarea semanal: registro de exposición y autocontrol (anexo 14) y registro de relajación (anexo 4).

Se pide a los participantes que a lo largo de esta semana, vuelvan a rellenar el registro de frecuencia e intensidad de la ansiedad.

## **Décima Sesión**

Revisión de las tareas propuestas (anexo 14) y registro de relajación (anexo 4).

Prevención de recaídas: recapitulación de lo aprendido y planificación sobre que hacer ante futuras crisis de ansiedad.

Lecturas recomendadas (anexo 20).

Evaluación pos-tratamiento:

- Inventario ansiedad Estado/Rasgo (STAI)
- Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI)
- Escalas Visual-analógicas (E.V.A.)
- Recogida del registro de frecuencia e intensidad de la crisis de la ansiedad.

Fin del grupo.

## **17. Anexos**

- Anexo 1. Visualización
- Anexo 2. Respiración diafragmática
- Anexo 3. Relajación muscular progresiva
- Anexo 4. Registro diario de relajación
- Anexo 5. Características de los pensamientos automáticos
- Anexo 6. Tipos de pensamientos automáticos frecuentes en las crisis de ansiedad y pánico
- Anexo 7. Diario de pensamientos ansiógenos
- Anexo 8. Registro y argumentación a favor y en contra de pensamientos automáticos relacionados con la ansiedad
- Anexo 9. Registro abreviado de pensamientos automáticos relacionados con la ansiedad
- Anexo 10. Tipos de pensamientos comunes que también generan ansiedad. Distorsiones cognitivas
- Anexo 11. Técnica de distracción
- Anexo 12. Técnica de inoculación de estrés. Guía autoinstruccional
- Anexo 13. Diseño de un plan de enfrentamiento gradual a los miedos. Tabla de exposición
- Anexo 14. Registro de exposición y autocontrol
- Anexo 15. Registro ABC
- Anexo 16. Cómo combatir pensamientos irracionales. Tres tipos de pregunta clave
- Anexo 17. Registro ABCDE
- Anexo 18. Técnica de solución de problemas
- Anexo 19. Recomendaciones finales
- Anexo 20. Lecturas recomendadas

## Anexo 1

# Visualización

*Voy dando paso a la imaginación...para ello destenso mi cuerpo y respiro profundamente... voy a permitir que la viveza de mis sentidos impregnen la visualización que se produce en mi mente...*

*Es un día de verano... el sol luce brillante... me encuentro en una apacible playa... me siento en calma... en el cielo azul no se ve ninguna nube... el mar brillante, cristalino, está completamente en calma...*

*Disfruto de la viveza de los colores... el agua azul turquesa...la arena casi blanca...y el cielo azul celeste... si me fijo bien, puedo vislumbrar en el horizonte un pequeño velero, que navega plácidamente por el mar en calma... en el cielo se mecen suavemente algunas cometas de colores... hay una rosa... otra amarilla... otra verde...*

*... Me siento completamente en calma... respiro hondo llenando mis pulmones de la brisa marina... la brisa refresca agradablemente mi frente mientras noto el calor suave del sol en mi cuerpo... siento la arena caliente en mis pies... es una arena blanca y fina...*

*... escucho el relajante sonido de las olas que llegan a la orilla... disfruto del frescor y de la agradable sensación de estar aquí... respiro lenta y profundamente... es muy agradable el fresco olor a mar... todo mi cuerpo está relajado... me siento en calma...*

## Anexo 2

# Respiración diafragmática

### Programa de entrenamiento en técnicas de control de respiración

Este programa consta de seis ejercicios graduados en orden de dificultad creciente, se llevará a cabo en unas condiciones determinadas como son: un ambiente silencioso y en penumbra, evitando estímulos distractores, la persona se situará en una postura cómoda y con los ojos cerrados. Es importante dedicar unos momentos a concentrarse en las sensaciones corporales, antes de empezar.

La duración de cada ejercicio será de dos a cuatro minutos, seguidos del mismo periodo de descanso. Cada ciclo se repetirá al menos tres o cuatro veces, o hasta que el sujeto aprenda a realizarlo correctamente.

1) **Inspiración abdominal**: el objetivo de este ejercicio es que la persona dirija el aire inspirado a la parte inferior de sus pulmones. Para ello, se le indica que coloque una mano encima del vientre (por encima del ombligo) y otra encima de su estómago. Si realiza el ejercicio correctamente debe percibir movimiento en la mano situada en el abdomen, pero no en la del estómago.

2) **Inspiración abdominal y ventral**: el objetivo es que la persona sea capaz de dirigir el aire inspirado a la parte inferior y media de sus pulmones. Ahora se debe notar movimiento primero en la mano del abdomen y después en la mano situada en el vientre.

3) **Inspiración abdominal, ventral y pectoral**: El objetivo es desarrollar una inspiración completa. La persona, colocada en la posición del ejercicio anterior, debe respirar marcando tres tiempos en su inspiración: llenando de aire primero la zona del abdomen, después la del estómago y por último la del pecho.

4) **Espiración**: Se pretende que el sujeto sea capaz de hacer una respiración más completa y regular, tras una inspiración completa, para espirar, se cierran bastante los labios de forma que se produzca un breve resoplido de aire, provocando así una espiración pausada y controlada.

5) **Ritmo inspiración-espiración**: el objetivo es conseguir una adecuada alternancia respiratoria entrenando la inspiración y espiración completa. La diferencia con el ejercicio anterior es que ahora la inspiración se realiza sin marcar los tres tiempos, de forma continua y la espiración se realiza de forma más silenciosa.

6) **Sobregeneralización**: se trata de aprender a utilizar estas técnicas en situaciones cotidianas o desfavorables en las que se puede utilizar para disminuir la tensión. Se van repitiendo los ejercicios modificando las condiciones de la práctica: ojos abiertos, de pie, andando, con ruido, otras personas...Es importante ir graduando la práctica en orden de dificultad creciente.

## Consideraciones adicionales

Es importante su repetición en el medio habitual. Durante al menos la primera semana el paciente debe llevar a cabo varias veces al día estos ejercicios integrados en su actividad cotidiana. Un mínimo de tres veces al día parece imprescindible, bastan con cinco minutos. Es importante aplicar el control de la respiración de forma sistemática, en especial en aquellos momentos de su actividad que más directamente incidan en el aumento de la activación.

## Variaciones

**Atención focalizada en la respiración:** implica que la persona centre la atención en su propia respiración permitiendo que el proceso natural de respiración emerja, lo que suele conllevar que la respiración se haga más lenta y profunda. Su utilización diaria, de una a dos veces durante al menos cinco minutos, hace de ella una forma de desactivación muy práctica.

**La respiración profunda:** consiste en adoptar un patrón respiratorio que implica una respiración profunda, seguida de un proceso de retención (entre cinco y diez segundos), y posteriormente una lenta exhalación de aire. Permite conseguir un estado de relajación de forma rápida aunque no muy profundo. Parece interesante su utilización en momentos en los que personas sin conocimientos de relajación presentan estados emocionales intensos, pudiendo emplearse para reducir problemas de ansiedad. Cinco ciclos de inspiración, pausa, espiración, pueden producir efectos importantes en menos de un minuto.

## **Anexo 3**

# **Relajación muscular progresiva**

### **Procedimiento de la Relajación Muscular Progresiva**

Indicaciones iniciales:

- La relajación, lo mismo que cualquier habilidad, se aprende de forma progresiva, en función del tiempo y calidad del tiempo que se dedique a practicar.
- Es necesario desarrollar un abandono activo, dejarse abandonar permitiendo el desarrollo de sensaciones corporales.
- No tener miedo a perder el control de sí mismo.
- Resaltar el valor activo de la relajación, no como esfuerzo sino como todo lo contrario abandonarse, aflojarse.
- El objetivo es ir avanzando de forma progresiva, mejorando la actividad paso a paso.
- Concentrarse en las instrucciones y en las sensaciones que se van teniendo.
- Importancia de estar en una postura cómoda y reducir los estímulos que puedan distraer, así como mantener los ojos cerrados.
- Las instrucciones deben darse con voz pausada, relativamente monótona y con escaso volumen.
- Debe llevarse a cabo en una habitación silenciosa.
- Preferiblemente el paciente utilizará un sillón reclinable y acolchado, aunque también se puede realizar tumbado sobre una superficie dura que permita apoyar completamente todo el cuerpo y con la cabeza ligeramente elevada para que el cuello no permanezca tenso.
- El sujeto debe llevar ropa suelta y cómoda.
- Es importante evitar las interrupciones una vez iniciada la sesión

*Relajación muscular progresiva*

<b>Orden</b>	<b>Grupos musculares</b>	<b>Ejercicio de tensión</b>
1º	Mano y antebrazos dominantes	Apretar el puño dominante.
2º	Brazo dominante	Apretar codo dominante contra apoyo.
3º	Mano y antebrazo no dominante	Apretar el puño no dominante.
4º	Brazo no dominante	Apretar el codo no dominante contra el apoyo.
5º	Frente	Levantar las cejas.
6º	Ojos y nariz	Apretar los párpados y arrugar la nariz.
7º	Boca	Apretar los dientes, los labios y la lengua contra el paladar.
8º	Cuello	Empujar la barbilla contra el pecho y evitar que lo toque (tira y afloja)
9º	Hombros, pecho y espalda	Echar los hombros hacia atrás intentando que se toquen los omóplatos.
10º	Estómago	Encoger el estómago como preparándose como para recibir un golpe en él.
11º	Muslo dominante	Apretar el muslo dominante contra el sillón.
12º	Pierna dominante	Tensor la rodilla y doblar dedos del pie dominante hacia arriba.
13º	Pie dominante	Doblar los dedos del pie dominante hacia arriba.
14º	Muslo no dominante	Apretar muslo no dominante contra el sillón.
15º	Pierna no dominante	Tensor la rodilla y doblar los dedos del pie no dominante hacia arriba.
16º	Pie no dominante	Doblar los dedos del pie no dominante hacia arriba.

## Anexo 4

### Registro diario de relajación

Día	Hora	Grado de relajación experimentado en cada sesión											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
		----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----											
		Nula											Máxima
		Relajación											Relajación

## Anexo 5

### Características de los pensamientos automáticos

**Son mensajes específicos, discretos.** Un joven que temía ser rechazado se decía a sí mismo en una situación grupal: “ellos me desprecian, me encuentran raro, me rechazarán”.

**A menudo, los pensamientos automáticos parecen taquigrafiados,** compuestos por muy pocas y esenciales palabras o una imagen visual breve.

**No importa lo irracionales que sean, casi siempre son creídos.** Se adscribe el mismo valor de verdad a los pensamientos automáticos que a las percepciones sensoriales del mundo externo.

**Los pensamientos automáticos son relativamente idiosincráticos.** En el ejemplo inicial tiene que una mujer daba una bofetada a su compañero y salida del teatro, cada uno tuvo una respuesta diferente. Cada respuesta se basaba en una única forma de ver la situación estímulo, y causaba una emoción diferente.

**Los pensamientos automáticos son difíciles de desviar.** Puesto que son irreflexivos y creíbles, los pensamientos automáticos se entretajan inadvertidamente a través del flujo del diálogo interno. Parecen ir y venir con voluntad propia. También tienden a actuar como señales de otro pensamiento. Todos hemos tenido la experiencia de un pensamiento deprimente que dispara una larga cadena de pensamientos deprimentes asociados.

**Los pensamientos automáticos son aprendidos.** Todas las personas han sido condicionadas por la familia, los amigos y los medios de información para interpretar los sucesos de cierta forma.

**Los pensamientos automáticos tienden a "dramatizar".** Estos pensamientos predicen catástrofes, ven peligros en todas partes y siempre suponen lo peor. Las dramatizaciones constituyen la mayor fuente de ansiedad.

## Anexo 6

### **Tipos de pensamientos automáticos frecuentes en las crisis de ansiedad y pánico**

En las crisis de ansiedad y pánico además de producirse interpretaciones catastrofistas referidas a determinadas situaciones internas, suele haber otras distorsiones cognitivas que aumenten aún más la ansiedad.

Las más comunes son:

#### **Ir en contra de la evidencia**

Por ejemplo: *“si me quedo encerrado en un ascensor, moriré asfixiado”*. En casos similares a este, conviene buscar pruebas a favor y en contra. Una forma eficaz es llevando a cabo un experimento, en este caso, ayudado por otra persona, se puede comprobar que si se echa perfume dentro del ascensor, manteniendo la puerta cerrada, el olor pasa al otro lado, demostrando que existe intercambio de aire entre el interior y el exterior del ascensor.

#### **Exagerar la probabilidad de que ocurra lo que se teme**

Por ejemplo: *“si voy sola al centro comercial, seguro que me dará un ataque de pánico”*. Conviene anotar las predicciones negativas para luego comprobar que la mayoría de veces no se cumplen.

#### **Exagerar las consecuencias negativas si ocurre lo que se teme**

*“Si me da un ataque de pánico delante de alguien, me rechazará”*. Si uno se suele preocupar por cuestiones de ese tipo, conviene acostumbrarse a hacerse la siguiente pregunta: *“¿y qué?”*.

#### **Minimizar la capacidad para hacer frente a lo que se teme**

Si ocurre lo temido, es mejor concentrarse en pensar cómo afrontarlo, poniendo en prácticas estrategias previamente aprendidas.

## Anexo 7

### Diario de pensamientos ansiógenos

Para apreciar el poder de los pensamientos automáticos y el papel que juegan en la vida emocional, cada persona debe escribir su propio diario de pensamientos. Hay que hacer una anotación cada vez que se experimenta una emoción desagradable.

Se debe usar el diario de pensamientos durante una semana, insertando las anotaciones sólo cuando la persona sienta elevaciones en los niveles de ansiedad. Es muy importante evaluar la veracidad de los pensamientos automáticos en el mismo momento en el que ocurren y más tarde, cuando la tormenta emocional ha pasado.

Será más sencillo avanzar hacia la reducción del estrés cuando se empiece a desconfiar de los pensamientos automáticos y se cuestionen y combatan a medida que vayan apareciendo.

#### *Ejemplo de pensamientos ansiógenos*

<b>Hora</b>	<b>Emoción</b>	<b>Situación</b>	<b>Pensamientos automáticos</b>	<b>% verdadero en este momento</b>	<b>% verdadero al final del día</b>
<b>8:15</b>	Ansiedad	De camino al trabajo	Hoy tengo una reunión con mi jefe acerca de mi rendimiento...me dirá que tengo fallos en mi trabajo...	90%	10%
<b>10:30</b>	Ansiedad	Me encargan una tarea nueva, no la sabré hacer y eso tendrá consecuencias negativas...	Terminarán por, despedirme, perderé mi empleo y será mi ruina	100%	20%
<b>11:50</b>	Ansiedad	Se estropea el ordenador	Ahora no podré terminar nunca lo que me han encomendado...	100%	35%
<b>13:30</b>	Ansiedad	No tengo tiempo para comer	Voy a perder la salud, esto no puede acabar bien...	90%	20%
<b>18:00</b>	Ansiedad	Trabajando hasta tarde en la oficina	Seguro que mi esposa estará a punto de estallar... cuando llegue a casa tendré bronca...	100%	0%
<b>20:00</b>	Ansiedad	De vuelta a casa	No puedo respirar, tengo taquicardia, me va a dar un infarto...	90%	10%

<b>Hora</b>	<b>Emoción</b>	<b>Situación</b>	<b>Pensamientos automáticos</b>	<b>% verdadero en este momento</b>	<b>% verdadero al final del día</b>

## Anexo 8

El siguiente esquema puede ayudar a encontrar explicaciones alternativas más realistas a los síntomas de ansiedad.

<b>Síntoma</b>	<b>Causa más probable</b>
Taquicardia	<i>En estado de alarma el corazón trabaja más rápido para facilitar enviar sangre a las zonas donde más falta hace, acelerando los latidos.</i>
Sensación de falta de aire	<i>Es una sensación consciente y desagradable de tener que realizar un esfuerzo respiratorio, desproporcionado con la actividad que se está realizando, debido en ocasiones a la hiperventilación.</i>
Mareo	<i>Es la sensación como que uno se podría desmayar. Suele suceder cuando disminuye el aporte de sangre al cerebro, pudiendo ser también efecto de la hiperventilación.</i>
Opresión, dolor, pinchazos en el pecho	<i>Tensión en músculos intercostales junto con un mayor volumen del corazón. Contracturas dorsales.</i>
Pérdida de sensibilidad, parestesias en manos y/o pies	<i>Sensación de hormigueo, adormecimiento y acorchamiento, debido fundamentalmente a un menor riego sanguíneo en las extremidades.</i>
Sensación de perder el control y/o volverse loco	<i>Cuando el nivel de ansiedad es extremo, el cuerpo y la mente funcionan, de forma automática, como si estuvieran ante un peligro real, lo cual produce la sensación de no tener control. Las crisis de ansiedad-pánico no tienen nada que ver con lo que entendemos como "locura" (falta de contacto con la realidad).</i>
Percibir las cosas de forma extraña, fotopsias	<i>Es la sensación de ver luces y destellos, sin que existan estímulos luminosos externos. Se debe a cambios en la oxigenación en ciertas zonas del cerebro.</i>
Temblor	<i>Tensión muscular aumentada.</i>
Nauseas, molestias abdominales	<i>Por estimulación del sistema nervioso autónomo y del centro del vómito.</i>
Dificultad para pensar	<i>La mente funciona en "modo automático" ante la percepción de peligro, lo cual merma temporalmente la capacidad de pensamiento reflexivo.</i>
Las sensaciones internas pueden a si mismo producir más ansiedad	<i>La focalización de la atención en tales sensaciones produce un efecto de aumento y se tienden a catastrofizar.</i>

*Registro y argumentación a favor y en contra de pensamientos automáticos relacionados con la ansiedad.  
Anotar dos ejemplos recientes y completar las 5 casillas*

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Día y hora	Situación o síntoma	<b>Pensamiento automático</b> Escribe qué es lo peor que crees que puede ocurrirte	Argumentos a favor del pensamiento automático	Argumentos en contra del pensamiento automático	<b>Interpretación alternativa al pensamiento automático</b> Busca otra/s alternativa/s

*Tabla 6.2.*

*Registro y argumentación a favor y en contra de pensamientos automáticos completado por un paciente*

1	2	3	4	5	
Día y Hora	Situación o síntoma	<b>Pensamiento automático</b> Escribe qué es lo peor que crees que puede ocurrirte	Argumentos a favor del pensamiento automático	Argumentos en contra del pensamiento automático	<b>Interpretación alternativa al pensamiento automático</b> Busca otra/s alternativa/s
16-oct. 12:15 h.	<i>Opresión en el pecho</i>	<i>Padecer un infarto</i>	<i>Mi abuela notó sensaciones parecidas antes de sufrir un infarto</i>	<i>Los resultados de las pruebas médicas que me han hecho están dentro de la normalidad</i>  <i>Si respiro profundamente y me calmo, desaparece la opresión</i>	<i>El síntoma es pasajero y producto de la ansiedad</i>  <i>Cuando estoy nervioso noto más la opresión</i>  <i>Cuando estoy tranquilo no lo noto</i>

### **Casilla 1**

Desencadenante de la ansiedad. Pueden ser estímulos externos a la persona (por ejemplo, exponerse a una situación temida o en la que ya ha experimentado crisis) o pueden ser estímulos internos asociados con la ansiedad y el pánico.

### **Casilla 2**

Pensamientos automáticos relacionados con la ansiedad y el pánico que se están teniendo en ese momento.

### **Casilla 3**

Argumentos y pruebas a favor en los que se basan los pensamientos automáticos.

### **Casilla 4**

Argumentos y pruebas en contra de los pensamientos automáticos.

### **Casilla 5**

Explicación alternativa no catastrofista.

## Anexo 9

Registro abreviado de pensamientos automáticos relacionados con la ansiedad

	1	2	5
<b>Día y hora</b>	<b>Situación o síntoma</b>	<b>Pensamiento automático</b> ¿Qué es lo peor que temes que pueda ocurrirte?	<b>Pensamiento alternativo al pensamiento automático</b> Busca otra/s alternativa/s

Registro de pensamientos automáticos relacionados con la ansiedad,  
completado por un paciente

	1	2	5
<b>Día y hora</b>	<b>Situación o síntoma</b>	<b>Pensamiento automático</b> ¿Qué es lo peor que temes que pueda ocurrirte?	<b>Pensamiento alternativo al pensamiento automático</b> Busca otra/s alternativa/s
26-oct. 10:05 h.	<i>Dificultad para respirar</i>	<i>Me ahogo</i>	<i>Estoy hiperventilando</i>
28-oct. 11:30 h.	<i>Mañana tengo que exponer un proyecto ante la junta directiva</i>	<i>Me quedaré en blanco y me retirarán del proyecto.</i>	<i>Lo llevo bien preparado, no tiene porqué salir mal la exposición, y además es un tema que me gusta</i>
28-oct. 18 h.	<i>Telefoneo a mi hijo que está en casa, no contesta</i>	<i>Algo malo ha ocurrido</i>	<i>Puede haberse quedado dormido, o puede que esté escuchando música y no oye el teléfono</i>

## Anexo 10

### **Tipos de pensamientos comunes que también generan ansiedad. Distorsiones cognitivas**

Además de los pensamientos anteriormente expuestos, generalmente aparecen otros tipos de pensamientos que también generan malestar.

#### **Filtraje o abstracción selectiva**

Se caracteriza por una especie de visión en túnel donde sólo se ven elementos de una situación con la exclusión del resto. Las personas ansiosas seleccionan peligros, los deprimidos seleccionan elementos que sugieren pérdidas, y los que con frecuencia experimentan cólera, buscan evidencias de injusticia. Las palabras clave para detectar este tipo de filtraje son *“terrible...tremendo...horroroso...no puedo resistirlo”*.

#### **Pensamiento polarizado o dicotómico**

Se tiende a percibir cualquier cosa de forma extremista, sin términos medios. El mundo se ve en blanco y negro, sin percibir toda la gama de grises. Con este tipo de pensamiento se producen intensas reacciones emocionales. El mayor peligro de la dicotomización del pensamiento es el impacto sobre como se juzga la persona a sí misma. Si no se es perfecto y brillante sólo cabe ser un fracasado.

#### **Sobregeneralización**

Se extrae una conclusión general de una parte de la evidencia. Las palabras clave para detectarla son *“nunca, siempre, todo, nada, nadie, todos, ninguno”*. La conclusión se extrae de una parte de la evidencia ignorando todo lo que pueda contradecirla.

#### **Interpretación del pensamiento**

La persona *“sabe”* lo que piensan y sienten los demás y porqué se comportan de la forma en que lo hacen. En otras palabras, es capaz de adivinar lo que los demás piensan y sienten respecto a ella y en general. Se debe a un proceso llamado proyección.

#### **Personalización**

Es la tendencia a relacionar algo del ambiente consigo mismo. Por ejemplo, un hombre casado cuya esposa se quejaba de cansancio interpretaba que estaba cansada de él. Un aspecto importante de la personalización es la tendencia a compararse continuamente con los demás: *“soy el más lento de la oficina”, “los demás no se estresan como yo a la hora de elaborar proyectos”, “No soy lo suficientemente gracioso como para ir con esta pandilla”*... Cualquier indicio se utiliza como pista para valorarse a sí mismo.

## **Falacias de control**

Hay dos tipos: falacia de control interno; cree poseer el control (y la responsabilidad) de todo lo que ocurre a su alrededor, se cree omnipotente, y la falacia de control externo; se refiere a la creencia de no tener ningún control sobre el ambiente y sobre su vida dando lugar a una sensación de falta de control e indefensión generalizada.

### **La falacia de justicia**

La persona espera que los demás y el mundo en general se comporte como ella considera que tiene que ser. Pero la realidad es que las personas se comportan como consideran idiosincráticamente.

### **Razonamiento emocional**

La persona toma como prueba de realidad cómo se siente. Si siente como aburrida o estúpida una cosa, es que esa cosa es estúpida y aburrida. Si se siente angustiada en una situación, es que esa situación es peligrosa.

### **Falacia de cambio**

Supone la creencia de que la persona puede cambiar a otra si se le presiona lo suficiente. La atención se dirige a intentar cambiar a los demás consiguiendo solamente sentirse frustrado. La persona no cae en la cuenta que no tiene el control sobre la conducta de otros.

### **Etiquetas globales**

Por ejemplo, un niño que no ha hecho los deberes esa tarde es que es “vago”. El rótulo ignora toda evidencia contraria (que por ejemplo, ayer, si hizo sus deberes).

### **Culpabilidad**

Se experimenta sensación de alivio cuando se conoce “quién es el culpable”. Cuando una persona está sufriendo alguien debe ser la responsable. La delegación de la culpa de todo lo que a uno le ocurre puede ser a los demás o en el caso contrario, a uno mismo.

### **Los debería**

Bajo esta distorsión, la persona se comporta de acuerdo con unas reglas inflexibles. Las reglas son correctas e indiscutibles, cualquier desviación es mala. Las palabras que indican la presencia de esta distorsión son los “*debería, habría de o tendría que*”. Así, los demás y uno mismo son juzgados bajo la tiranía de los *debería*. Por ejemplo una mujer puede pensar “*si mi marido me quisiera debería comprarme rosas rojas todos mis cumpleaños*”. El hecho de que el marido no lo haga significa para ella que no la quiere.

## **Tener razón**

Bajo esta distorsión, la persona está siempre a la defensiva; tiene que probar continuamente que su punto de vista es el correcto, que sus apreciaciones y conductas son adecuadas. Las opiniones de estas personas raramente cambian porque tienen dificultad en escuchar nuevas informaciones. Cuando los hechos no encajan en lo que ya creen, los ignoran (fenómeno de la disonancia cognitiva).

## **La falacia de la recompensa divina**

Bajo esta distorsión la persona, cuando se comporta "*correctamente*" espera una recompensa o reconocimiento automáticamente, pero en realidad esto no tiene porque ocurrir así.

## Anexo 11

# Técnicas de Distracción

La autoatención hacia el propio funcionamiento corporal es uno de los factores más importantes en el trastorno de pánico y en las crisis de ansiedad. Tras la experiencia de haber sufrido un ataque de pánico se establece un estado de hipervigilancia y alarma ante el más mínimo cambio corporal. Hasta tal punto se incrementa la hipervigilancia o la conciencia corporal que gran parte de las crisis son desencadenadas por leves cambios totalmente normales en el funcionamiento fisiológico, como por ejemplo un ligero incremento de las pulsaciones cardiacas; cambios que a otra persona sin historia de ataques de pánico o crisis de ansiedad, pasarían desapercibidas.

Si cuando una persona que percibe la primera señal que dispara su ansiedad (por ejemplo incremento de la tasa cardiaca), logra desviar su atención hacia otros estímulos no amenazantes, podrá controlar de manera más adecuada la situación y evitar un ataque de pánico.

### 1. Centrarse en un objeto

Se trata de describir al detalle cualquier objeto, atendiendo a la forma, al color, tamaño, textura, etc. Conviene elegir un objeto con cierta complejidad.

### 2. Ejercicios mentales

Seleccionar cualquier actividad mental con cierta dificultad que requiera atención para que se distraiga de su propio cuerpo: nombrar palabras que empiecen por una determinada letra, contar de tres en tres hacia atrás, etc.

### 3. Actividades absorbentes

Se trata de actividades que estén en el repertorio habitual de la persona y a elegir por la propia persona: hacer crucigramas, leer un libro, hacer un puzzle, etc. Se recomienda actividades que pueda hacer sin necesitar de nadie más.

### 4. Recuerdos, imágenes y fantasías agradables (visualización)

Creación mental de una imagen que la persona tenga asociada con relax, bienestar, de la forma más vivida posible y para ello debe explorar las cualidades de la situación imaginada: colores, sonidos, olores, formas y texturas.

## Anexo 12

### Técnica de inoculación de estrés. Guía autoinstruccional

1. **Definir el problema:** darse cuenta de que empieza a subir el nivel de ansiedad y cuantificarlo de 0 a 10 (0=ausencia de ansiedad, 10=ansiedad máxima). Es importante que el paciente aprenda a detectar señales de ansiedad de baja intensidad y generar autoverbalizaciones tranquilizadoras.

*“Me estoy empezando a poner nervioso, nivel de ansiedad 3”  
“Voy a trazar un plan para que no suba mi ansiedad”*

2. **Guiarse la respuesta:** poner en marcha estrategias reductoras de la ansiedad; respiración diafragmática, soltar los músculos más tensos, descansar los hombros, visualizar una imagen relajante, focalización en la realidad (autodebate, comprobar los pensamientos con la realidad), distracción.

*“Deja caer los hombros y respira lentamente”  
“Focaliza la atención en la realidad, sabes que no te va a pasar nada  
y puedes aguantar un poco de ansiedad”  
“Muchas veces has tenido estas sensaciones y no te ha pasado nada”  
“trata de distraerte”*

3. **Evaluación-corrección:** evaluar de nuevo la ansiedad y en función de ello, reforzar las estrategias utilizadas, mantenerlas, ver si están siendo eficaces en disminuir la ansiedad (intentar moverse en niveles de ansiedad de 1 a 3).

*“Mi nivel de ansiedad ha bajado a 2. Pero parece que sube de nuevo.  
Trata de bajar un punto. Respira lentamente y destensa tus hombros.  
Ya ha bajado de nuevo a 2, mantente ahí”.*

4. **Autorrefuerzo:** autorreforzarse por haber conseguido mantener la ansiedad en niveles bajos y permitirse sentirse bien por ello.

*“Muy bien, lo has conseguido”  
“El esfuerzo ha merecido la pena”  
“He logrado controlar mi ansiedad”*

## Anexo 13

*Diseño de un plan de enfrentamiento gradual a los miedos. Tabla de exposición*

<b>Grado de ansiedad 0 - 10</b>	<b>Situación</b>
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9-10	

*Ejemplo realizado por un paciente*

<b>Grado de ansiedad 0 - 10</b>	<b>Situación</b>
3	<i>Salir a pasear cerca de casa</i>
4	<i>Salir de casa alejándome unas calles de mi casa</i>
5	<i>Acercarme a la estación de metro de mi barrio</i>
6	<i>Entrar al vestíbulo de la estación de metro</i>
7	<i>Bajar al andén del metro</i>
8	<i>Subir al metro cuando no hay mucha gente</i>
9-10	<i>Meterme en el vagón del metro en hora punta</i>

## Anexo 14

### Registro de exposición y autocontrol

Instrucciones: una vez realizada la graduación de las situaciones ansiógenas, realizar una exposición gradual a las mismas. Cuando una situación no genera niveles de ansiedad relevantes (niveles inferiores a 2), se considera superada. El registro ha de ser utilizado también cada vez que se produzca aumentos espontáneos (no planificados) en los niveles de ansiedad (niveles superiores a 3).

*Registro de exposición y autocontrol*

Día y Hora	Situación	Grado de ansiedad (1) 0 ----- 10	Qué hice para reducir mi ansiedad: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiración diafragmática</li> <li>• Relajación muscular rápida                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Distracción cognitiva</li> <li>• Imagen-situación acontecimiento agradable y/o tranquilizador/a</li> </ul> </li> <li>• Focalización en la realidad                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Otros</li> </ul> </li> </ul>	Grado de ansiedad (2) 0 ----- 10

## Anexo 15

### Registro A-B-C

*Ejemplo*

A	B	C
Situación	Pensamiento	Emoción y conducta
Saliendo de una entrevista de trabajo	No me lo van a dar Seguro que no soy el candidato ideal Nunca conseguiré un puesto de trabajo adecuado Soy un fracasado	Angustia y abatimiento Me desmoralizo y dejo de buscar trabajo

*Registro A-B-C*

A	B	C
Situación	Pensamiento	Emoción y conducta

## Anexo 16

### **Cómo combatir pensamientos irracionales. Tres tipos de preguntas clave**

a) Las que intentan evaluar la evidencia, la consistencia lógica y la claridad semántica:

¿Dónde está la evidencia de que esto es cómo yo me lo digo?

¿Puedo probar lo que estoy diciendo?

¿Puedo demostrarlo?

¿Es eso una buena prueba?

¿Dónde está escrito que eso sea así?

b) Suponiendo que lo que estoy pensando o diciendo sea cierto, las consecuencias

¿Serían tan terribles?

Si esto es así ¿y qué?

¿Qué ocurriría sí...?

¿Por qué sería tan terrible?

¿Puedo encontrarme bien aún cuando esto sea así?

¿Puedo estar contento incluso si no tengo lo que quiero?

c) Preguntas que analizan a que me conduce pensar de esta manera

¿Me es rentable pensar como pienso?

Si pienso así, ¿soluciono mis problemas?, ¿me ayuda a conseguir mis objetivos?

¿Qué consecuencias tiene para mí pensar de esta manera?

## Anexo 17

### Registro A-B-C-D-E

*Ejemplo*

A Situación	B Pensamiento	C Emoción y conducta	D Debate - Preguntas	E Qué pienso y qué siento tras el debate
Saliendo de una entrevista de trabajo	No me lo van a dar  Seguro que no soy el candidato ideal  Nunca conseguiré un puesto de trabajo adecuado  Soy un fracasado	Angustia o abatimiento  Me desmoralizo y dejo de buscar trabajo	¿Cómo se que no me lo van a dar?  ¿Puedo estar seguro de ello?  ¿De dónde me saco yo que ya lo tienen decidido?  ¿Por qué nunca voy a conseguir un trabajo?  En el caso que no me dieran el trabajo, ¿eso me convierte en un fracasado?	Realmente no puedo estar seguro y lo mejor es que deje pasar tiempo para ver qué pasa.  Tal vez me cuesta encontrar lo que yo quiero pero las cosas no son siempre fáciles. Sería desagradable que no me den el trabajo pero no terrible y esto no hace de mí un fracasado.  Me siento menos angustiado y nervioso. No me deprimó, me siento algo inquieto.

*Registro A-B-C-D-E*

<b>A</b> <b>Situación</b>	<b>B</b> <b>Pensamiento</b>	<b>C</b> <b>Emoción y conducta</b>	<b>D</b> <b>Debate - Preguntas</b>	<b>E</b> <b>Qué pienso y qué siento tras el debate</b>

## Anexo 18

### Registro de solución de problemas

*Registro de solución de problemas*

<b>Problema</b>	<b>Alternativas</b>	<b>Pros y Contras de cada alternativa</b>	<b>Elección y puesta en práctica de una alternativa</b>	<b>Evaluación de resultados</b>
	1)	Pros		
		Contras		
	2)	Pros		
		Contras		
	3)	Pros		
		Contras		
	4)	Pros		
		Contras		

## **Anexo 19**

# **Recomendaciones finales**

### **Ejercicio físico**

La práctica moderada de deporte ayuda a relajarse. Andar todos los días 30-45 minutos siguiendo un ritmo rápido y constante es muy recomendable, especialmente si se hace al aire libre.

### **Dieta y horarios de comidas**

Llevar una dieta saludable, evitando comidas que sobrecargan el organismo.

Destinar el tiempo para comer como un momento de descanso respecto a nuestras actividades.

Dedicar el tiempo suficiente para comer sin prisas.

Intentar llevar unos horarios fijos de comidas.

### **Estimulantes**

No tomar sustancias estimulantes o reducir su consumo (café, té, tabaco, etc.).

### **Descanso**

Dormir lo suficiente, en torno a 7-8 horas, siguiendo un horario regular.

Cuando se aproxima el momento de irse a dormir no conviene intentar resolver problemas o tomar decisiones difíciles, conviene disminuir la actividad y relajarse.

### **Organización**

Organizar el tiempo y las actividades a lo largo del día y de la semana estableciendo horarios y espacios reservados para trabajar, pero también para actividades de ocio y de relax. Es útil diseñar una agenda. Priorizar actividades cuando no podemos hacer todo.

### **Solución de problemas**

No posponer el afrontamiento de los problemas; afrontarlos de una forma activa o pasiva, pero decidiendo qué opción tomamos en cada caso.

Tomar decisiones siguiendo un proceso lógico: planteamiento del problema, análisis de alternativas (pros y contras), elección de una alternativa y llevarla a cabo.

No rumiar o analizar continuamente el problema o las alternativas, *esto produce ansiedad.*

### **Interpretación de situaciones y normalización de nuestras propias emociones**

La ansiedad, la tristeza, el enfado, son emociones normales que están en la naturaleza humana, no preocuparnos de más si estamos activados, no focalizar la atención en la ansiedad, pues de esta manera se magnifica. No autofocalizarse en las emociones negativas.

La ansiedad que nos produce una situación depende de las consecuencias que anticipamos o prevemos, pero tendemos a exagerar la probabilidad de que ocurra algo malo y a exagerar las consecuencias negativas. Intentar generar mentalmente otras posibilidades más positivas.

Es saludable reconocer cuando hemos hecho algo bien o conseguido un objetivo y permitirse sentirse bien por ello. Si no se ha conseguido el objetivo, o hemos fallado en algo, asumirlo con deportividad intentando mejorar pero huir de las etiquetas globales del tipo *“todo lo hago mal”, “siempre me salen mal las cosas”, “soy torpe”, etc...* y mucho menos castigarse.

No intentar tener control sobre todo.

### **Relaciones con los demás**

Potenciar las conductas positivas de quienes nos rodean con reconocimiento, halagos, sonrisas, etc., pero también informar de nuestra desaprobación cuando sea necesario.

Aprender a decir NO cuando lo consideremos.

No sacar continuamente los errores del pasado.

Apoyarse en personas de confianza en los malos momentos y disfrutar conjuntamente en los buenos.

### **Autogestión de la ansiedad y el estrés**

Tomar una posición activa para reducir la ansiedad y el estrés, no depositando fuera de nosotros ese control; ahora ya sabemos qué podemos hacer para controlar la ansiedad.

Practicar la relajación con asiduidad, hacer de ello un hábito en nuestra vida.

Practicar todo lo aquí aprendido en nuestro día a día.

Mantener un proceso racional (realista) de pensamiento.

No evitar o escapar sistemáticamente de aquellas situaciones que nos producen ansiedad.

**Y por último...**

Aceptarse.

Cuidarse.

Potenciar el sentido del humor.

Tener una actitud mental positiva.

## **Anexo 20**

### **Lecturas recomendadas**

**Cómo superar el pánico (con o sin agorafobia)**

Elia Roca  
ACDE ediciones

**10 soluciones sencillas para el pánico**

Martin M. Antony y Randi E. McCabe  
Ediciones Obelisco

**Ayudarse así mismo. Una psicoterapia mediante la razón**

Lucien Auger  
Editorial Sal Terrae

**Superar la adversidad: el poder de la resiliencia**

Luis Rojas Marcos  
Editorial Espasa-Calpe

## **18. Instrumentos de evaluación**

### **Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970)**

Rango (0-60) en cada escala.

Evalúa nivel de ansiedad estado y de ansiedad rasgo.

### **Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI) (Reiss, Peterson, Gursky y McNally, 1986)**

Rango (0-60).

Evalúa el miedo a los propios síntomas de la ansiedad.

### **Escalas visual-analógicas (E.V.A.)**

Rango (0-10).

Extraen información cuantitativa acerca de las siguientes variables: nivel de ansiedad subjetiva, percepción de incontrolabilidad de los síntomas de ansiedad y grado en el que la ansiedad limita su vida normal.

### **Registro de frecuencia e intensidad de la ansiedad**

## Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI)

(Spielberger, Gorsuch, y Lushene ,1970)

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ (V ó M)

Fecha: \_\_\_\_\_

### INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE Ud. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalándola respuesta que mejor describa su situación presente.

<b>CONTESTE SEGÚN SE SIENTA EN ESTE MOMENTO</b>		<b>Nada</b>	<b>Algo</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
1.	Me siento calmado	0	1	2	3
2.	Me siento seguro	0	1	2	3
3.	Estoy tenso	0	1	2	3
4.	Estoy contrariado	0	1	2	3
5.	Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6.	Me siento alterado	0	1	2	3
7.	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8.	Me siento descansado	0	1	2	3
9.	Me siento angustiado	0	1	2	3
10.	Me siento confortable	0	1	2	3
11.	Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12.	Me siento nervioso	0	1	2	3
13.	Estoy desasosegado	0	1	2	3
14.	Me siento muy “atado” (como oprimido)	0	1	2	3
15.	Estoy relajado	0	1	2	3
16.	Me siento satisfecho	0	1	2	3
17.	Estoy preocupado	0	1	2	3
18.	Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19.	Me siento alegre	0	1	2	3
20.	En este momento me siento bien	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Ahora vuelva la hoja y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada fase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE Ud. EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalándola respuesta que mejor describa cómo se siente Ud. generalmente.

<b>CONTESTE SEGÚN SEA USTED EN GENERAL</b>		Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21.	Me siento bien	0	1	2	3
22.	Me canso rápidamente	0	1	2	3
23.	Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24.	Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25.	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26.	Me siento descansado	0	1	2	3
27.	Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28.	Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29.	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30.	Soy feliz	0	1	2	3
31.	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32.	Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33.	Me siento seguro	0	1	2	3
34.	No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35.	Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36.	Estoy satisfecho	0	1	2	3
37.	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38.	Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39.	Soy una persona estable	0	1	2	3
40.	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

# Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI)

(Reiss, Peterson, Gursky y McNally, 1986)

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

PD =
------

Conteste al siguiente cuestionario rodeando con un círculo la alternativa (0, 1, 2, 3, 4) que mejor refleje el grado en que está de acuerdo con cada uno de los enunciados que se indican a continuación, teniendo en cuenta la siguiente gradación:

0	1	2	3	4
Nada en absoluto	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

Procure contestar a todas las frases de acuerdo con su propia experiencia. No obstante, si alguna de las frases se refiere a algo que usted no ha vivido o experimentado nunca, conteste en función de lo que usted piense que podría sentir si hubiera tenido tal experiencia. Por favor, conteste a todas las frases.

1.	Para mi es importante no dar la impresión de estar nervioso/a.	0	1	2	3	4
2.	Cuando no puedo mantener mi mente concentrada en una tarea, siento la preocupación de que podría estar volviéndome loco/a.	0	1	2	3	4
3.	Me asusto cuando siento que tiemblo.	0	1	2	3	4
4.	Me asusto cuando siento que me desmayo o me mareo.	0	1	2	3	4
5.	Es importante para mí mantener el control de mis emociones.	0	1	2	3	4
6.	Me asusto cuando mi corazón late de forma rápida.	0	1	2	3	4
7.	Me resulta embarazoso o molesto que mi estómago haga ruidos.	0	1	2	3	4
8.	Me asusto cuando tengo náuseas (sensación de vómito)	0	1	2	3	4
9.	Cuando noto que mi corazón está latiendo muy deprisa, me preocupa que pueda tener un ataque cardíaco.	0	1	2	3	4
10.	Me asusto cuando no puedo respirar hondo o respiro con dificultad.	0	1	2	3	4
11.	Cuando me molesta el estómago, me preocupa que pueda estar seriamente enfermo/a.	0	1	2	3	4
12.	Me asusto cuando soy incapaz de mantener mi mente concentrada en una tarea.	0	1	2	3	4
13.	Cuando siento que tiemblo, la gente suele darse cuenta.	0	1	2	3	4
14.	Las sensaciones corporales poco habituales (raras) me asustan.	0	1	2	3	4
15.	Cuando estoy nervioso/a me preocupa que pueda estar mentalmente enfermo/a.	0	1	2	3	4
16.	Me asusto cuando estoy nervioso/a.	0	1	2	3	4

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

## Escala Visual – Analógica (E.V.A.)

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

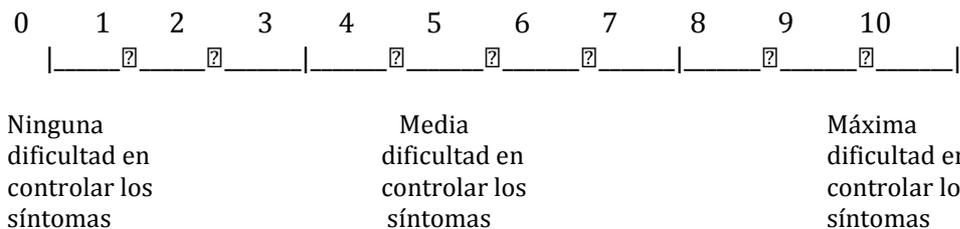
### Nivel de ansiedad subjetiva

Puntúe de 0 a 10 el grado de ansiedad en su vida cotidiana, siendo 0 el nivel mínimo y siendo 10 el nivel máximo.



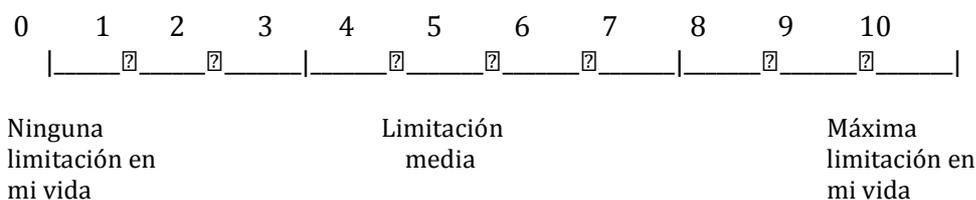
### Percepción de incontrolabilidad de los síntomas de la ansiedad

Puntúe de 0 a 10 el grado en que Usted tiene dificultad para controlar sus síntomas de ansiedad, siendo 0 el nivel mínimo de dificultad y 10 el nivel máximo de dificultad.



### Grado en el que la ansiedad limita la vida normal

Puntúe de 0 a 10 el grado en el que la ansiedad limita su vida normal, siendo 0 ninguna limitación, y 10 limitación extrema.



## Registro de frecuencia e intensidad de la ansiedad

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Instrucciones: registre (durante la próxima semana) con una cruz y puntúe de 0 a 10 cada vez que experimente aumentos en los niveles de ansiedad

Día y hora	Nivel Intensidad de la ansiedad 0 -- 10
Día 1	
Día 2	
Día 3	
Día 4	
Día 5	
Día 6	
Día 7	

## Ficha de Evaluación

PACIENTE: \_\_\_\_\_

Hª N°: \_\_\_\_\_

	<b>PRE-TRATAMIENTO</b> Fecha:	<b>POST-TRATAMIENTO</b> Fecha:
<b>STAI-R (0 - 60)</b>		
<b>STAI-E (0 - 60)</b>		
<b>ASI (0 - 64)</b>		
<b>E.V.A. Nivel ansiedad subjetivo (0 - 10)</b>		
<b>E.V.A. Percepción de incontrolabilidad de los síntomas de ansiedad (0 - 10)</b>		
<b>E.V.A. limitación de su vida normal (0 - 10)</b>		
<b>Frecuencia semanal ansiedad</b>		
<b>Media de Intensidad ansiedad</b>		

## 19. Referencias Bibliográficas

1. Somers JM, Goldner EM, Waraich P, Hsu L. Prevalence and Incidence Studies of Anxiety Disorders: A Systematic Review of the Literature. *Can J Psychiatry*. 2006; 51: 100-13.
2. Ormel J, Vonkorff M, Pin S. Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO collaborative study on psychological problems in general health care. *JAMA*. 1994; 272: 1741-1748.
3. Cortes JA. La prevalencia de malestar psíquico en atención primaria y su relación con el grado de frecuentación de las consultas. *Aten Primaria*. 1993; 11: 459-63.
4. Chocrón Bentata L. Prevalencia de psicopatología en un centro de atención primaria. *Aten Primaria*. 1995; 16: 586-93.
5. Martínez Álvarez JM. Estudio de morbilidad psiquiátrica en la población atendida en el Centro de Salud de Basauri. *Aten Primaria*. 1993; 11: 127-32.
6. Caballero Martínez L. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD. *Aten Primaria*. 1999; 23:275-9.
7. Kroenke K, Spitzer R, Williams J, Monahan P, Löwe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity and detection. *Annals of Internal Medicine*. 2007; 146, 317-25.
8. Sicras A, Rejas J, Navarr, R, Serrat J, Blanca M, Diaz S. Costes y patrón de uso de servicios en pacientes que demandan atención por problemas mentales en asistencia primaria. *Gac Sanit*. 2007, 21, 306-313.
9. Cano-Vindel A, Miguel-Tobal JJ. Emociones y Salud. *Ansiedad y Estrés*. 2001; 7 (2-3), 111-21.
10. Ibañez A. Pronóstico de los trastornos de ansiedad. *Psiquiatría y Atención Primaria*. 2006; 7 (2), 16-20.
11. Moser DK, Drakup K. Is anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events? *Psychosom Med* 58: 395-401, 1996.
12. Levenson JL, Hamer RM, Rossiter C. Psychopathology and pain in medical inpatients: predict resource use during hospitalization but not rehospitalization. *J Psychosom Res* . 1992; 36: 585-92.
13. Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. Psychological influences on immunity. *Psychosomat*. 1986; 27: 621-4.
14. Linn BS, Linn MW, Klimas N. Effects of psychophysical stress on surgical outcome. *Psychosom. Med*. 1988; 50: 230-244.

15. Liu R, Barr, J, Weinman J. Effects of background stress and anxiety on postoperative recovery. *Anaesthesia* 1994; 49: 382-86.
16. Manyad A, Chaye S, Priyakumar P, Smith CT, Hayes M, Higgins D, et al. Anxiety and endocrine responses to surgery: Paradoxical effects of preoperative relaxation training. *Psychosom Med.* 1992; 54: 275-287.
17. O'Leary A. Stress, Emotion and Human Immune Function. *Psychol Bull.* 1990; 108, 3: 363-382.
18. Kiecolt-Glaser JK, Maruch, PT, Malarkey WB, Mercado AM, Glaser R. El estrés psicológico enlentece la cicatrización de las heridas. *The Lancet (Ed. Esp.)*, 1996; 28, 3: 188-91.
19. Oliva J, Bastida JL, Montejo AL. Los costes económicos de los desórdenes de la Ansiedad en España. *Estudios de Economía Aplicada*, 2006, vol. 24, 821-836.
20. Botella C. Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigó Editores. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Madrid: Pirámide; 2003. 287-310.
21. Barlow D, Cerny JA. *Psychological treatment of panic*. Nueva York: Guilford Press. 1988.
22. Barlow D y Craske MG. *Mastery your anxiety and panic: client workbook for anxiety and panic*. San Antonio: Graywind Psychological Corporation. 2000.
23. Clark DM, Salkovskis PM. *Cognitive therapy for panic and hypochondriasis*. Oxford: 1988; Pergamon.
24. Spielberger CC, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for The State- Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press; 1970.
25. Reiss S, Peterson RA, Gusky DM, McNally RJ. Anxiety Sensivity, Anxiety Frecuency, and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therap.* 1986; 24, 1-8.
26. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> Edition, Text revision*. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
27. Schachter S, Singer J. Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. *Psychol Rev.* 1962; 69 (5): 379-399.
28. Labrador FJ, Cruzado A, Muñoz M. *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. Madrid. Ediciones Pirámide;2004.
29. Lichstein, KL. *Clinical Relaxation Strategies*. Nueva York: Wiley; 1998.

30. Ballentine R, Glenview IL. Science of breath. Himalayan International Institute. 1976.
31. Hirai T. Zen Meditation Therapy. Tokyo:Japan Publications; 1975.
32. Harvey J. Diafragmatic breathing: A practical technique for breath control. *The Behavior Therapist*. 1978; 1, 13-14.
33. Lichstein, KL. Relaxation. London: Sage Publications; 2000.
34. Everly GS. A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response. Nueva York: Plenum; 1989.
35. Jacobson E. Progressive Relaxation (2ª. Edic.). Chicago: University of Chicago Press; 1938.
36. Méndez FX, Romero A. Terapia Conductual y Cognitiva, en A. Puente (editor) 1993. Manual de Psicología. Madrid: Eudema; 1993.
37. McKay, M, Davis M, Fanning P. Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés. Barcelona: Martínez Roca; 1985.
38. Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders. Oxford, England: International Universities Press; 1976.
39. Botella C, Ballester R. Trastorno de pánico: evaluación y tratamiento. Barcelona: Martínez Roca; 1997-
40. Meichenbaum D. Manual de inoculación de Estrés. Barcelona: Ed. Martínez Roca; 1987.
41. Meichenbaum D. Cognitive behavior modification. Nueva York: Plenum Press; 1997.
42. Gelder MG, Marks IM. Severe agoraphobia: a controlled prospective trial of behavior therapy. *Br J Psychiatry*. 1996; 112: 309-319.
43. Marks IM. Phobic disorders four years after treatment: a prospective follow-up. *Br J Psychiatry*. 1971;129: 362-37.
44. Ellis A, Dryden W. Práctica de la terapia racional-emotiva. Bilbao: Desclée de Brovwer; 1989.
45. D'Zurilla TJ, Goldfried MR. Problem solving and behavior modification. *J Abnorm Psychol*. 1971; 78, 107-26.
46. Marlatt G, Gordon, J. Relapse Prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours. New York: Guilford Press. 1985; 93-116.
47. Ciechanowski P, Katon W. Treatment of specific phobia and agoraphobia in adults. In: Update, Basow DS (Editor). Waltham MA 2009.

48. Roy- Byrne PP. Pharmacotherapy for Panic Disorder. In: Update, Basow DS (Editor). Waltham MA 2009.
49. De Beurs E, Van Balkom AJ, Lange A, Koele, P, Van Dyck, R. Treatment of panic disorder with agoraphobia: comparison of fluvoxamine, placebo, and psychological panic management combined with exposure and of exposure in vivo alone. *Am J Psychiatry*. 1995; May;152(5):683-91.
50. Depping AM, Komossa K, Kissling W, Leucht S. Second-generation antipsychotics for anxiety disorders. (Review) *The Cochrane Library*. 2011, Issue 12
51. Noyes RJr, Garvey MJ, Cook B, Suelzer M. Controlled Discontinuation of Benzodiazepine Treatment for Patients with Panic Disorder. *Am J Psychiatry*; Apr 1991; 148, 4; ProQuest Health & Medical Complete pg. 517.
52. Bystritsky, A. Treatment of generalized anxiety disorder. In: Update, Basow DS (Editor). Waltham MA 2009.
53. Kapczinski F, Lima MS, Souza JS, Schmitt R. Antidepressants for generalized anxiety disorder. (Review) *The Cochrane Library*. 2003;
54. Ravindran LM, Stein MB. The pharmacologic treatment of anxiety disorders: a review of progress. *J Clin Psychiatry* 2010; 71 (7): 839-854
55. Mahe V, Balogh A. Long-term pharmacological treatment of generalized anxiety disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2000; 15:99.
56. Guaiana G, Barbui C, Cipriani A. Hydroxyzine for generalised anxiety disorder (Review). *The Cochrane Library* 2010, Issue 12.
57. Boschen, MJ. A meta- analysis of the efficacy of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder. *Can J Psychiatry* 2011; Sep 56 (9): 558-66.
58. Rickels K, Shiovitz TM, Ramey TS, Weaver JJ, Kanp LE, Miceli JJ. Adjunctive therapy with pregabalin in generalized anxiety disorder patients with partial response to SSRI or SNRI treatment. *Int Clinical Psychopharmacol* 2012 May; 27 (3): 142-50.
59. Bobes J, Rubio G, Terán A, Cervera G, López- Gómez V, Vilardaga I, Pérez M. Pregabalin for the discontinuation of long term benzodiazepine use: an assessment for its effectiveness in daily clinical practice. *Eur Psychiatry* 2012 May; 27 (4): 301-7.
60. Stein, MB. Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder. In: Update, Basow DS (Editor). Waltham MA 2009.
61. Stein Mb. Pharmacotherapy for social anxiety disorder. In: Uptodate, Roy Byrne PP (Editor), Hermann R (Deputy Editor). Waltham MA 2011.

62. Gelernter CS, Uhde TW, Cimbolic P, Arnkoff DB, Vittone BJ, Tancer ME et al. Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia. A controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:938.
63. Davidson JR, Potts N, Richichi E, Krishnan R, Ford SM, Smith R et al. Treatment of social phobia with clonazepam and placebo. *J Clin Psychopharmacol* 1993; 13:423.
64. Hales, RE, Yudofsky, SC. Gabbard, GO. *Tratado de Psiquiatría Clínica*. Quinta edición. Barcelona: Elsevier Masson; 2009.
65. Kaplan, HI, Sadock, BJ, Grebb, JA. *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la Conducta. Psiquiatría Clínica*. Séptima edición. Buenos aires: Panamericana; 1996.
66. Ressler KJ, Rothbaum BO, Tannenbaum L, Anderson P, Graap K, Zimand E, Hodges L, Davis M. Cognitive enhancers as adjuncts to psychotherapy: use of D-cycloserine in phobic individuals to facilitate extinction of fear. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(11):1136.
67. Norberg, MM, Krystal, JH, Tolin, A. Meta-analysis of D-cycloserine and the facilitation of fear extinction and exposure therapy. *Biol Psychiatry*. 2008;63(12):1118.
68. Mitte K. Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: a comparison with pharmacotherapy. *Psychol Bull* 2005; 131:785.
69. Power KJ, Simpson RJ, Swanson V, Wallace LA. Controlled comparison of pharmacological and psychological treatment of generalized anxiety disorder in primary care. *Br J Gen Practice*. 1990; 40 (336): 289.
70. Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW. Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *JAMA* 2000; 283:2529.
71. Craske M. Psychotherapy for panic disorder. In: Update, Basow DS (Editor). Waltham MA 2009.
72. Kampman M, Keijsers GP, Hoogduin CA, Hendriks GJ. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of the effects of adjunctive paroxetine in panic disorder patients unsuccessfully treated with cognitive-behavioral therapy alone. *J Clin Psychiatry* 2002; 63:772.
73. Westra HA, Stewart SH, Conrad BE. Naturalistic manner of benzodiazepine use and cognitive behavior therapy outcome in panic disorder with agoraphobia. *J Anxiety Disord* 2002; 16 (3): 233.
74. Watanabe N, Churchill R, Furukawa TA. Psicoterapia combinada más benzodiazepinas para el trastorno de pánico (Review). *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.

75. Hetric, SE, Purcell R, Garner B, Parslow R. Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD) (Review) The Cochrane Library 2010, Issue 7.
76. Taylor D, Paton C, Kapur, S. The Maudsley Prescribing Guidelines. Londres: Informa HealthCare;2012.