

Ansiedad y sobreactivación

Pablo Rodríguez Correa

DESCLÉE DE BROUWER

Serendipit

M A I O

guía práctica de entrenamiento en

control respiratorio

ANSIEDAD Y SOBREACTIVACIÓN

Guía práctica de entrenamiento
en control respiratorio



Pablo Rodríguez Correa

ANSIEDAD Y SOBREACTIVACIÓN

Guía práctica de entrenamiento
en control respiratorio



Desclée De Brouwer

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sgts. del Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

© Fotografías e ilustraciones: Ana Carretero Jiménez

© Pablo Rodríguez Correa, 2008

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2008
Henao, 6 - 48009 BILBAO

www.edesclee.com

info@edesclee.com

Impreso en España - Printed in Spain

ISBN: 978-84-330-2212-7

Depósito Legal: BI-139/08

Impresión: RGM, S.A. - Bilbao

*A mis padres, que me enseñaron cómo andar el camino
y me siguen guiando con la brújula de su ejemplo.*

*A Ana, compañera de viaje, aire puro y renovador,
por caminar junto a mí con infinita paciencia,
comprensión y ánimo.*

Sin ellos, nada habría sido posible.

Índice

Prólogo	11
PARTE 1: Soporte teórico y experimental	17
1. Introducción	19
2. Ansiedad, estrés y activación	23
2.1. Ansiedad Adaptativa y Patológica	23
2.2. Síntomas de la Ansiedad Patológica.	25
2.3. Clasificación de los Trastornos de Ansiedad y otros Trastornos relacionados	27
2.4. Incidencia y Prevalencia	38
2.5. Costes personales y sociales	40
2.6. Propuesta de un Modelo Explicativo	42
3. La Activación Psicofisiológica	47
3.1. Activación del Sistema Nervioso Central	48
3.2. Activación del Sistema Nervioso Autónomo	49
3.3. Activación del Sistema Neuroendocrino	50
3.4. Evaluación de la sobreactivación	52
4. Técnicas de reducción de la activación	61
5. Eficacia diferencial de las Técnicas de Desactivación	63
6. Técnicas de Control de la Respiración	69
6.1. Aspectos generales	69
6.2. Componentes activos	72
6.3. Modelos explicativos	75

7. Desarrollo de un Método de Entrenamiento en Control Respiratorio	77
8. Aplicaciones	81
9. Contraindicaciones	83
PARTE 2: Entrenamiento en Control Respiratorio	85
10. Aspectos Psicoeducativos	87
11. Aspectos relevantes previos a la práctica respiratoria	89
12. Fases de entrenamiento	91
Sesión 1: Respiración Diafragmática	91
Sesión 2: Respiración Completa	99
Sesión 3: Respiración Rítmica con doble tiempo de espiración .	103
Sesión 4: Respiración Sentado y de Pie. Generalización	107
13. Procedimientos adicionales	113
Procedimiento abreviado en situaciones de crisis	113
Procedimiento de respiración relajadora	117
14. Dificultades y recomendaciones	129
PARTE 3: Anexos	139
15. Estudio de casos	141
16. Guía resumen de las sesiones de entrenamiento	159
17. Entrenamiento en Control Respiratorio	163
Referencias Bibliográficas	207

Prólogo

Este libro se comenzó a escribir, al menos en mi mente, un amanecer en Benarés, a las orillas del Ganges. Unos meses antes, había comenzado a empaparme mediante diversas lecturas de las tradiciones milenarias de la cultura hindú y budista, y fue ahí donde tuve mi primer contacto, en un principio a nivel intelectual, con el yoga. He de confesar que a mi mentalidad occidental basada en un acercamiento científico a la realidad (otros dirían que no se trataba más que de prejuicios), las prácticas yóguicas le parecían algo esotéricas y confusas. Surgían en mis lecturas conceptos tan vagos como kundalini, prahna, nadis, chakras, kumbhaka... que acompañaban a ejercicios de meditación y respiración. Sin embargo, había algo en estas prácticas que me resultaba atractivo, tanto a nivel personal como profesional. Desde mi posición de respeto escéptico, continué investigando en la literatura del yoga, con curiosidad y, por qué negarlo, con cierto espíritu crítico.

Después viajé a la India y al Nepal y fue allí, aquel amanecer en Benarés, en los gaths del Ganges, entre una muchedumbre de hombres, mujeres y niños, entre vacas sagradas, cremaciones en piras de sándalo y rituales ablutorios, entre cabras, gallinas, enfermos de lepra y mendigos, donde observé, en esa vorágine anárquica de personas y sucesos, a varios yoghis, hombres santos y ciudadanos normales y corrientes, practicar ejercicios respiratorios de meditación. Sus caras y movimientos reflejaban una paz que trascendía todo aquel desorden inconexo que les rodeaba. Yo les observaba admirado y no hacían más que respirar, y parecía que acababan de regresar desde el mismísimo nirvana. Ahora lo recuerdo y creo que, tal vez, aquel amanecer descubrí o me llegaron, de modo casual y afortunado los cinco mil años de tradición y enseñanza del yoga. Fue en ese momento de “iluminación” (permí-

taseme emplear el término budista), donde surgió el germen que en el transcurrir del tiempo acabaría por transformarse en este libro.

Ya de vuelta al aparente orden de nuestro mundo occidental y habiéndome transformado de algún modo, retomé mis lecturas con una mentalidad más abierta. Así comencé a practicar, paso a paso, las técnicas que en ellas se desarrollaban. A medida que iba avanzando en su aprendizaje, me parecieron especialmente interesantes los procedimientos respiratorios del pranayama, al experimentar su potencia para calmar la mente y la relajación tan profunda que me producían, sin que supusieran un gran esfuerzo tanto en su aprendizaje como en su práctica. De este modo, me fui adentrando en las clases de respiración (las tres respiraciones parciales –abdominal, pectoral y clavicular– y la respiración completa), el control diferencial de cada una de ellas, las cuatro fases respiratorias (la espiración o rechaka, la retención con pulmones vacíos o sunihaka, la inspiración o purahka y la retención del aliento o kumbhaka), las distintas proporciones entre inspiración y espiración, la respiración ritmada (acompañamiento del ritmo respiratorio con las pulsaciones cardíacas), etc. Tras unos meses de aprendizaje y práctica pude descubrir en mí mismo los beneficios psicológicos y físicos que producía el yoga. No en vano, yoga significa yugo, unión, entre la mente y el cuerpo, entre lo psicológico y lo fisiológico. De este modo tuve una experiencia directa y personal de los resultados de cada práctica, del grado en que producían relajación o paz mental, así como de los beneficios que provocaban de modo concurrente a nivel fisiológico, cognitivo y emocional.

A partir de ese momento me planteé desarrollar dos líneas paralelas de investigación en torno a las técnicas respiratorias desarrolladas en el yoga. Por un lado, decidí llevarlas a mi práctica clínica para observar en qué medida mi experiencia personal sería trasladable a los usuarios que acudían a mi consulta con problemas de ansiedad. Se trataría entonces de desarrollar una línea de investigación clínica en relación al entrenamiento y a la eficacia de los procedimientos respiratorios en el tratamiento psicológico. Por otro lado, comencé a realizar una revisión de la literatura científica para analizar las investigaciones desarrolladas en este campo. La finalidad de esta línea teórica sería comprobar si existía evidencia empírica en relación a sus componentes, mecanismos de acción y el grado de eficacia que se alcanzaba en su aplicación.

De estas dos líneas de investigación fueron surgiendo las ideas que se exponen en esta guía. La primera parte de la misma recoge los aspectos teóricos y experimentales en que se fundamenta. En ésta se desarrollan los aspectos conceptuales más relevantes en relación a la ansiedad y el estrés, los distintos tipos de trastornos en que se clasifican, su incidencia actual en la población y los costes que ello supone. Asimismo se analiza específicamente la respuesta de activación psicofisiológica que subyace a todos los procesos de ansiedad y estrés, los sistemas y mecanismos que intervienen en ella y los síntomas físicos que provoca. Por otro lado, se desarrolla una revisión de las distintas técnicas psicológicas de control o reducción de la activación y su eficacia diferencial a la hora de reducir esta respuesta desadaptativa. De esta revisión sobre distintas investigaciones experimentales parece demostrarse la evidencia de la superioridad de las técnicas respiratorias como procedimiento de desactivación. A continuación se revisan los aspectos generales en relación a las técnicas respiratorias, los parámetros respiratorios que provocan una mayor disminución en la respuesta de sobreactivación y los modelos teóricos que explican la eficacia de los mismos. Por último se repasan las distintas aplicaciones clínicas de estos procedimientos y situaciones concretas donde su aplicación total o parcial está contraindicada.

En la segunda parte de esta guía se exponen los aspectos específicos a desarrollar en el entrenamiento respiratorio. La primera fase del mismo consiste en intervenir a nivel psicoeducativo para que el sujeto comprenda la causa de su malestar. Así le explicaremos qué es la ansiedad y la sobreactivación que la acompaña, cuáles son sus síntomas y consecuencias y cuales las técnicas más eficaces para su tratamiento. Una vez que el sujeto comprenda estos aspectos, será más fácil dirigirlo hacia las soluciones que le ayuden a superarlo (motivación hacia el cambio). Para conseguir este objetivo, en el apartado de Anexos se adjunta un documento breve y de fácil comprensión donde se desarrollan estos aspectos, complementándolo con un cuestionario que le puede facilitar la asimilación de los mismos. A continuación se definen los parámetros contextuales y procedimientos generales que favorecen el aprendizaje de las habilidades respiratorias específicas a desarrollar mediante la práctica entre sesiones. Seguidamente se desarrollan paso a paso los procedimientos concretos de entrenamiento para lograr el dominio de las habilidades específicas que han demostrado disminuir en

mayor medida la activación psicofisiológica. Estos procedimientos se desarrollarán a lo largo de cuatro sesiones y se complementan con dos procedimientos adicionales (uno de entrenamiento abreviado para situaciones de crisis y otro que relaciona la práctica respiratoria con la relajación secuencial de distintos grupos musculares). Por último, se exponen algunas dificultades específicas que hemos encontrado en el proceso de entrenamiento y se proponen distintas soluciones para cada una de ellas.

La tercera y última parte de esta guía recoge una serie de anexos. En primer lugar se exponen un conjunto de casos clínicos donde se aplican los procedimientos respiratorios en el tratamiento de distintos problemas relacionados con la respuesta de sobreactivación. A continuación se recogen de forma abreviada los pasos a desarrollar en el entrenamiento de cada fase del proceso a fin de guiar al clínico en las prácticas a desarrollar en la consulta. Por último, se adjunta un cuadernillo de prácticas para el usuario. Este pretende servirle de guía sistematizada en todas y cada una de las fases del entrenamiento, recogiendo las prácticas, los objetivos y los registros para asegurarnos de la consecución de los mismos.

Para finalizar, nos gustaría señalar que, como se puede observar, este libro ha sido desarrollado para servir de guía al clínico en el entrenamiento del control respiratorio como técnica de desactivación. Se ha optado por redactar el manual dirigiéndonos a este colectivo puesto que las técnicas respiratorias no han venido siendo las más utilizadas en el ámbito de la investigación y el tratamiento psicológico en relación a la ansiedad y el estrés, a pesar de ser las que mejores resultados obtienen (eficacia) y las de mayor rapidez y facilidad en el aprendizaje por parte del usuario (eficiencia). Tal vez ello sea debido a que no se han fundamentado exhaustivamente los aspectos en que se basan ni desarrollado procedimientos tan sistematizados como en el caso de otras técnicas de desactivación. La presente guía pretendería cubrir estas carencias en relación a las técnicas respiratorias. Por este motivo la primera parte de la guía aporta un conjunto de aspectos teóricos y experimentales, obteniendo cierto grado de evidencia empírica para proponerlas como procedimientos de elección en el tratamiento de estos trastornos. Pero esto no quiere decir que exclusivamente esté dirigido a este colectivo. Cualquier persona que tenga problemas de ansiedad y/o desee controlar su nivel de sobreactivación puede hacerlo siguiendo las instrucciones y

realizando las prácticas que se recogen en la presente guía. Si usted, lector no especializado en psicología, procede siguiendo los pasos que se desarrollan en cada fase de entrenamiento y se apoya en las actividades planteadas en el cuadernillo de prácticas, con total seguridad podrá alcanzar los objetivos necesarios para controlar voluntariamente sus respuestas de ansiedad y sobreactivación.

Parte 1

SOPORTE TEÓRICO
Y EXPERIMENTAL

Introducción

1

El ritmo de vida acelerado en el que nos vemos inmersos en nuestra sociedad, continuamente cambiante y altamente competitiva, viene generando en un número creciente de personas un sentimiento de inestabilidad, tensión y malestar. Si ello se mantiene en el tiempo de forma prolongada, puede acabar por constituirse en un conjunto de alteraciones biopsicosociales que consecuentemente deterioran de modo severo el bienestar y calidad de vida de la persona que los sufre.

En gran medida, esta tensión o malestar es debida a la percepción de las demandas situacionales (la interpretación que el sujeto hace de las mismas), la valoración de los recursos que posee para afrontarlas y los resultados de sus actuaciones. En base a ello, el sujeto puede ir acumulando, más aún si estas situaciones, pensamientos o comportamientos se repiten de forma sistemática, un nivel creciente de ansiedad o estrés, que puede traducirse en un conjunto de trastornos, tanto a nivel fisiológico como psicológico. Estos trastornos son frecuente objeto de consulta entre los profesionales de la psicología y la salud. Al abordar estas demandas de atención, con mucha frecuencia los clínicos observamos que este malestar es producto de trastornos de ansiedad o estrés relacionados con un elevado y sostenido nivel de activación psicofisiológica.

La activación psicofisiológica podría ser definida como una respuesta del organismo ante situaciones estimulares que son percibidas por el sujeto como amenazantes. Ante ellas, el organismo reacciona modificando su medio biológico interno, a nivel del sistema nervioso, tanto central como autónomo, neuroendocrino, inmunitario y conductual. Estas modificaciones

aportarían al individuo una serie de recursos excepcionales para afrontar y resolver la situación estresora. Sin embargo, esta reacción perdería su papel adaptativo si es elicitada por situaciones escasamente amenazantes, si es muy frecuente, si su intensidad es desproporcionada o si persiste en el tiempo, más allá de la situación que la desencadena. En estos casos esta reacción podría convertirse en un estado desadaptativo, lo que requeriría de un tratamiento específico para reestablecer el bienestar del individuo. A fin de resolver esta situación, desde el campo de la psicología clínica se han desarrollado una serie de tratamientos, cuyo objetivo sería devolver al sujeto a un estado de homeostasis o equilibrio, mejorando sus recursos adaptativos para afrontar estas situaciones de claro desajuste.

Debemos señalar que la reacción de ansiedad o estrés se puede manifestar en los tres sistemas de respuesta del sujeto (nivel fisiológico, cognitivo y conductual) mostrando entonces un marcado carácter multidimensional. En base a ello, se podrían distinguir tres tipos de abordajes para mejorar el estado del individuo:

- *Técnicas dirigidas a la reducción del nivel de activación psicofisiológica.*
- *Técnicas de modificación de los procesos cognitivos del individuo.*
- *Técnicas dirigidas a mejorar los comportamientos del sujeto.*

La decisión en torno a qué tipo de técnicas aplicar vendría dada mediante una evaluación detallada de estos componentes, pudiendo utilizarse de manera combinada si la causa del trastorno abarcase dos o más sistemas. Para los casos en que la sobreactivación psicofisiológica se muestre como un factor central o relevante en la etiología del malestar referido por el individuo, se han venido desarrollando un conjunto de técnicas encaminadas a dotar al sujeto de una serie de habilidades para reducir o controlar su nivel de activación (relajación muscular, entrenamiento autógeno, biofeedback, etc.). Pero si atendemos a las más recientes investigaciones desarrolladas en el terreno de la psicología, comprobaremos que la técnica de desactivación que se ha mostrado como más eficiente, en el sentido de más eficaz, rápida y sencilla, es la de control de la respiración. Por ello hemos considerado oportuno desarrollar un método que mantuviese los criterios de economía de tiempo y simplicidad en el aprendizaje, pero que a la vez desarrollase en

forma de guía clínica un procedimiento de entrenamiento sistemático y estructurado de los componentes activos presentes en todas las técnicas respiratorias.

Pero antes de exponer este método, creemos necesario analizar de manera global los aspectos teóricos y experimentales en los que se fundamenta. Sin esto, las técnicas planteadas se nos podrían presentar como demasiado “sencillas” en relación a los buenos resultados que alcanzan.

Ansiedad, estrés y activación

2

La ansiedad y el estrés son experiencias emocionales universales a las que todos hemos estado sometidos en múltiples ocasiones. Las experimentamos cuando surgen cambios en nuestra vida cotidiana, nuestras circunstancias personales, familiares o laborales se ven modificadas, cuando nos presentamos a un examen, a una entrevista de trabajo, ante una cita importante, etc. En general surgen ante cualquier situación que evaluamos como amenazante, que nos genera incertidumbre o que pensamos puede desbordar nuestros recursos para resolverla eficazmente. Es decir, la ansiedad se refiere a una respuesta a un peligro indefinido, confuso o imaginario, mientras que el miedo o el temor son respuestas a un peligro inmediato y real. De manera similar, el estrés es la respuesta fisiológica y psicológica del organismo ante un estímulo (evento, objeto o persona) que interpretamos como amenazante o que pone en peligro, de algún modo, nuestra integridad tanto física, como psicológica o social. Ante estas situaciones todos experimentamos los síntomas característicos de la respuesta de ansiedad o estrés: preocupación, temor, aprensión, taquicardia, manos sudorosas, aceleración de la respiración, rigidez muscular, inquietud, etc. Todas ellas son respuestas fisiológicas, cognitivas y emocionales que no nos son ajenas.

2.1. ANSIEDAD ADAPTATIVA Y PATOLÓGICA

Esta reacción de activación que forma parte de la ansiedad y el estrés puede ser una respuesta adaptativa cuando cumple la función para la que,

a lo largo del desarrollo filogenético, se ha venido desarrollando hasta formar parte de nuestro repertorio psicofisiológico y conductual. Esta función no es otra que la de actuar como mecanismo de atención, alerta, preparación y protección frente al peligro. Es decir, se trata de una reacción que prepara o activa al organismo para dar respuesta y solución a las demandas de la situación que evaluamos como potencialmente peligrosa. En este sentido destacamos que la ansiedad (su componente de activación), por sí misma, no es una reacción negativa o necesariamente patológica, sino más bien todo lo contrario: cumpliría una función esencial para la supervivencia del individuo, como mecanismo clave de alerta y preparación ante posibles peligros, amenazas o exigencias ambientales, facilitando una serie de recursos excepcionales para un afrontamiento rápido, ajustado y eficaz en situaciones límite.

Pero la ansiedad puede llegar a convertirse en una respuesta desadaptativa, y constituirse en un trastorno psicológico altamente incapacitante. Debemos hablar entonces de la vertiente patológica de una reacción natural. Para que esto se produzca, la respuesta de ansiedad mostrará las siguientes características:

- Será desproporcionada y/o injustificada ante estímulos o situaciones ambientales cotidianas,
- Escapará del control voluntario de la persona afectada,
- Tendrá un carácter intenso y recurrente,
- Generará disforia, es decir, incomodidad y malestar significativos,
- Interferirá negativamente en la vida de la persona en múltiples ámbitos.

Como se puede observar, esta reacción de ansiedad en lugar de cumplir su función primigenia (activar al organismo para dar respuesta a las demandas de la situación), pasará a interferir, más que a facilitar, la solución de las demandas ambientales. De este modo, la respuesta de activación perdería su valor adaptativo, convirtiendo a los eventos cotidianos que la desencadenan en fuentes potenciales de terror y pánico, e incluso se trasladaría a otras situaciones que en principio no estaban relacionadas con dicha respuesta. Además, si no se interviene a este nivel, con el paso del tiempo, es probable

que esta situación evolucione, impulsando a la persona que la sufre a adoptar toda una serie de comportamientos desadaptativos como respuestas de evitación y/o huida a fin de mantenerse al margen de las fuentes de peligro percibido (p.e: evitar salir de casa, rehuir cualquier tipo de contacto social, etc.). Este tipo de medidas afectarán intensamente al bienestar personal y a la calidad de vida de la persona afectada, tanto a nivel personal como familiar, social o laboral.

A modo de resumen, en la Tabla 1 recogemos las diferencias fundamentales entre la Ansiedad Adaptativa y la Ansiedad Patológica:

Tabla 1:
Diferencias entre Ansiedad Adaptativa y Ansiedad Patológica

	<i>ANSIEDAD ADAPTATIVA</i>	<i>ANSIEDAD PATOLÓGICA</i>
<i>Análisis Topográfico</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia ocasional. • Intensidad leve/ media. • Duración limitada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia recurrente. • Intensidad elevada. • Duración prolongada.
<i>Origen</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Situaciones objetivas de amenaza, desafío o peligro potencial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Situaciones donde el peligro es sobrevalorado o injustificado.
<i>Consecuencias</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Interferencia leve o moderada en las actividades cotidianas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interferencia grave y significativa en las actividades cotidianas.

2.2. SÍNTOMAS DE LA ANSIEDAD PATOLÓGICA

Como hemos señalado anteriormente, la respuesta de ansiedad puede llegar a constituirse en diversos trastornos psicológicos, pero en su inicio siempre presenta unas pautas comunes. Estas pautas vendrían dadas por una constelación de signos y síntomas que afectan, de algún modo, a los sistemas de respuesta del individuo. Atendiendo a la ya clásica distinción de éstos en fisiológico, cognitivo y motor, enumeraremos los diversos síntomas de la ansiedad patológica en cada uno de ellos.

Síntomas Psicofisiológicos

- Sistema nervioso: cefaleas, mareos, vértigo, alteraciones visuales, amnesia.
- Sistema autónomo simpático: sofoco, sensación de calor, sudoración excesiva, sequedad de boca, rubor facial, escalofríos.
- Sistema cardiovascular: taquicardia, palpitaciones, hipertensión arterial, opresión torácica.
- Sistema respiratorio: dificultades para respirar (disnea), respiración acelerada y superficial (hiperventilación), disfonía.
- Sistema digestivo: dificultades para tragar (disfagia), dolor abdominal (por acidosis gástrica, digestiones pesadas, alteraciones de la peristalsis, aerofagia), náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento.
- Aparato locomotor: tensión muscular (que cristaliza en dolor de espalda, articular o contractural), temblores, hormigueo, parestesias, dificultades de coordinación, fatiga o debilidad muscular.
- Sistema genitourinario: disuria, alteraciones del ciclo menstrual (amenorrea o dismenorrea), dispareunia, disminución del deseo sexual, eyaculación precoz o retardada y disfunción eréctil.

Síntomas cognitivos

- Preocupación injustificada, intensa y constante.
- Miedo o temor injustificado, desproporcionado e irracional.
- Aprensión generalizada (expectativas de catástrofe inminente).
- Anticipación temerosa de situaciones evaluadas como amenazantes.
- Recurrencia de ideas negativas, irracionales e inquietantes (distorsiones del pensamiento).
- Disminución del rendimiento en procesos mentales superiores, como atención, concentración, aprendizaje y memoria.
- Entorpecimiento y dificultades en los procesos de toma de decisiones.
- Pérdida de la confianza en uno mismo.
- Indefensión o sensación de pérdida del control sobre el entorno.
- Sensación de despersonalización, distanciamiento e irrealidad.
- Sentimientos de inadecuación, inferioridad o incapacidad.
- Sensación general de desorganización o desestructuración.

Síntomas motores

- Enlentecimiento motor, torpeza del movimiento.
- Inquietud, hiperactividad y movimientos repetitivos (tics nerviosos como rascarse o morderse las uñas).
- Reacciones de sobresalto.
- Irritabilidad, escasa tolerancia a la frustración y agresividad.
- Tartamudeo y dificultades en la comunicación verbal.
- Dificultades para la conciliación y el mantenimiento del sueño.
- Conductas sistemáticas y planificadas de evitación.
- Retraimiento y aislamiento social.
- Rituales y comportamientos compulsivos.
- Conductas de riesgo para la salud, como tabaquismo, abuso de alcohol u otras sustancias psicoactivas, bulimia, etc.

Esta constelación de signos y síntomas de la Ansiedad patológica afecta de manera específica a cada individuo. Con el transcurrir del tiempo, si no reciben un tratamiento adecuado, acaban consolidándose y perpetuándose, hasta llegar a constituirse en las diversas manifestaciones clínicas de los trastornos de ansiedad y estrés. Además, estos síntomas, en no pocas ocasiones, se relacionan con otros motivos de consulta, siendo los responsables de modo latente o encubierto de trastornos del estado de ánimo, trastornos psicósomáticos o somatomorfos, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos por abuso de sustancias (legales, como psicofármacos, tabaco y alcohol, o ilegales, como cannabis, opiáceos y cocaína), siendo también factor desencadenante o de agravamiento de diversas enfermedades orgánicas.

2.3. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y OTROS TRASTORNOS RELACIONADOS

a) Trastornos de Ansiedad

Como acabamos de señalar, la ansiedad patológica puede cristalizar en diversas categorías nosológicas. Parece evidente que un grupo de estas enti-

dades lo constituyen los trastornos de ansiedad y sus diversas manifestaciones clínicas. Atendiendo a la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, D.S.M. – IV TR (A.P.A., 2002), distinguiremos 11 categorías:

- **Crisis de Angustia (Panic Attack)**

Se caracterizan por la aparición temporal y aislada de miedo o malestar muy intenso, acompañado de una serie de síntomas característicos de inicio brusco, que alcanzan su máxima intensidad en los primeros diez minutos. Entre estos síntomas se incluyen: palpitaciones, sacudidas del corazón y elevación del ritmo cardíaco; sudoración intensa; temblores involuntarios; sensación de ahogo o falta de oxígeno; sensación de atragantamiento; opresión torácica intensa; malestar gastrointestinal y abdominal; parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo); escalofríos o sofocaciones; inestabilidad (mareo, vértigo o desmayo); desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (sensación de estar separado de uno mismo); miedo a perder el control o a volverse loco; miedo a morir.

- **Agorafobia**

La persona que padece agorafobia muestra ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde, caso de aparecer una crisis de angustia, escapar pueda resultar difícil o embarazoso, o donde pueda no disponer de la ayuda o apoyo que considera imprescindible. Los temores de la agorafobia suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones y escenarios muy típicos, como estar sólo fuera de casa, mezclarse en una multitud o hacer cola, atravesar un puente o un túnel, o viajar en algún medio de transporte (autobús, tren o automóvil). Ante estas situaciones, la persona desarrollará patrones sistemáticos de evitación, por temor a que aparezca una crisis de angustia, o necesitará, para poder afrontarlas, la presencia de una persona de confianza. La agorafobia también puede desarrollarse sin que previamente haya existido algún episodio de crisis de angustia, surgiendo, en este caso, por temor a que se presenten en determinadas situaciones síntomas similares a la angustia (p.e.: mareos, diarrea, etc.).

- **Trastorno de angustia (Panic Disorder) con/sin agorafobia**

Este trastorno se caracteriza por la presencia de crisis de angustia inesperadas y recidivantes, que generan una inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis, una preocupación intensa por las implicaciones o consecuencias de las crisis (p.e.: perder el control, volverse loco, sufrir un infarto o un desmayo, etc.), y cambios significativos en el comportamiento personal, social o laboral relacionados con las crisis. Este trastorno puede darse con la presencia o ausencia de agorafobia.

- **Trastorno de Ansiedad Generalizada**

La persona afectada por este trastorno presenta un patrón de ansiedad, aprensión y preocupación excesiva y no justificada en una amplia gama de actividades o situaciones. Este estado de constante preocupación y desasosiego es incontrolable para el individuo y se manifiesta con síntomas característicos como la inquietud o impaciencia, sensación de fatiga no justificable, tensión o rigidez muscular, estado de ánimo irritable, dificultades de concentración o para mantener la mente en blanco y alteraciones en los patrones habituales de sueño.

- **Fobia Específica**

En este trastorno, la manifestación de la ansiedad se refiere a un temor intenso, persistente e irracional ante la presencia o la anticipación de un objeto o situación específica (p.e.: animales, precipicios, volar, administración de inyecciones, ver sangre, etc.). La exposición a estos estímulos fóbicos provoca casi invariablemente un malestar severo, similar a una crisis de angustia situacional. La persona afectada reconoce el carácter excesivo o irracional de su miedo, pero es incapaz de controlarlo. Por ello, tenderá a evitar sistemáticamente dichos estímulos fóbicos. En consecuencia, los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el intenso malestar provocado por estas situaciones interferirán significativamente en las actividades habituales del individuo.

- **Fobia Social**

Su característica principal es la presencia de un miedo y temor intenso, persistente y desproporcionado ante situaciones sociales o actuaciones en

público. En ellas el sujeto teme verse expuesto a una posible evaluación negativa por parte de terceros (personas no pertenecientes al ámbito familiar o su círculo social más cercano). Esto le genera, casi de forma invariable, una respuesta de ansiedad fóbica que puede, en ocasiones, tomar la forma de una crisis de angustia. Al igual que en la fobia específica, el sujeto reconoce que se trata de un miedo excesivo e irracional, se muestra incapaz de dominarlo y tiende a evitar exponerse a este conjunto de situaciones.

- **Trastorno Obsesivo-Compulsivo**

El rasgo distintivo de este trastorno es la presencia recurrente e intensa de ideas, pensamientos, impulsos o imágenes intrusivos e indeseados (obsesiones) y de conductas repetitivas (compulsiones) que se ejecutan a fin de aliviar la ansiedad que dichas ideas obsesivas provocan en el sujeto. Las obsesiones van más allá de las simples preocupaciones en torno a problemas de la vida cotidiana y, a pesar de que la persona reconoce su irracionalidad e intenta suprimirlos o neutralizarlos, se muestra incapaz de controlar el malestar y la ansiedad que le generan. Las compulsiones serían aquellos comportamientos (p.e.: lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p.e.: rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas pautas de actuación que debe seguir estrictamente. Su objetivo final es la reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos. Pero la ejecución de estos rituales o bien no está conectada de forma realista con aquello que pretenden neutralizar, o bien resultan claramente excesivos y desproporcionados.

- **Trastorno por estrés agudo**

Este trastorno se produce cuando la persona se ha visto expuesta a un acontecimiento traumático, en el que ha sufrido o presenciado muertes, amenazas o graves riesgos para su integridad física o la de los demás. Durante dicho suceso, o después del mismo, la persona experimenta, además de un temor, desesperanza u horror intenso, síntomas disociativos (p.e.: sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional, sensaciones de desrealización, despersonalización o amnesia disocia-

tiva). Recurrentemente, el acontecimiento traumático es reexperimentado a través de imágenes, sueños, pensamientos, ilusiones o episodios de flash-back, lo que provoca en el sujeto un malestar intenso, asociándose también a objetos, estímulos o situaciones que recuerden o se asemejen a la situación estresora. Producto de todo ello surgen respuestas de evitación y toda una serie de síntomas relacionados con la ansiedad o la sobreactivación psicofisiológica.

- **Trastorno por estrés postraumático**

Esta categoría nosológica es muy similar al trastorno por estrés agudo, pero se aplica cuando el sujeto, tras haber transcurrido un mes del acontecimiento traumático, mantiene una sintomatología significativa. Los síntomas más frecuentes son las dificultades para conciliar y mantener el sueño, la hipervigilancia constante, el aumento general y desproporcionado del nivel de activación, sensación permanente de irritabilidad, dificultades de concentración y una persistente re-experimentación del acontecimiento traumático a través de recuerdos, sueños o pensamientos recurrentes.

- **Trastorno adaptativo con ansiedad**

Este trastorno se caracteriza por la aparición de síntomas psicofisiológicos, emocionales o comportamentales en respuesta a un estresor claramente identificable, pero de menor magnitud que los acontecimientos extremadamente traumáticos referidos en los trastornos por estrés. Estos síntomas se expresan clínicamente con un malestar mayor de lo esperable en relación con el estresor y con un deterioro significativo en la actividad del individuo.

- **Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica**

En éste se constata a través de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio que la respuesta de Ansiedad Patológica, es la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica y no es atribuible a la presencia de otro tipo de trastornos psicológicos.

b) Trastornos Somatomorfos

Además de las entidades nosológicas que acabamos de exponer, otro grupo de alteraciones claramente relacionadas con la reacción de ansiedad

lo constituirían los **Trastornos Somatomorfos**, antes denominados Trastornos Psicósomáticos. Todos ellos se caracterizan por la presencia de una serie de síntomas físicos, que afectan al sujeto a nivel nervioso (central o autónomo), respiratorio, cardiovascular, digestivo, neuromuscular, osteoarticular o genitourinario. Tras su exploración diagnóstica, o bien parece no constatar-se una enfermedad orgánica propiamente dicha, o bien, la sintomatología (su gravedad o duración) no puede explicarse exclusivamente por la presencia de una enfermedad orgánica subyacente. Si recordamos en este punto los síntomas psicofisiológicos asociados a la reacción de ansiedad (respuesta de activación) comprobaremos que la mayoría de la sintomatología referida podría ser atribuida o derivada de la presencia de una sobreactivación psicofisiológica intensa o sostenida. Estos síntomas, dada su intensidad, duración o elevada frecuencia, en muchas ocasiones, son interpretados por el sujeto como señales evidentes de un mal funcionamiento orgánico. En un número significativo de casos, esta interpretación errónea acaba por constituirse en la creencia irrefutable de padecer una enfermedad, por lo que se acaba acudiendo a los servicios sanitarios. Desgraciadamente, cuando el médico consultado no constata la existencia de alteraciones objetivas a nivel orgánico, no puede prescribir un tratamiento para dar solución al malestar referido por el sujeto. Sin embargo este malestar persiste y transcurrido un tiempo sin que esta situación cambie, probablemente vuelva a consultarlo sin que se encuentre de nuevo una enfermedad que lo justifique. En este sentido, la existencia, muchas veces encubierta, de una reacción de ansiedad explicaría en gran medida el inicio o el agravamiento de estos síntomas físicos. Con el transcurrir del tiempo y la falta de un tratamiento especializado, estas “alteraciones físicas” acaban por afectar al sujeto a nivel psicofisiológico, cognitivo y conductual consolidándose, entonces, en diferentes trastornos somatomorfos. El D.S.M. IV incluye en esta categoría las siguientes manifestaciones clínicas:

- **Trastorno por Somatización**

Trastorno polisintomático caracterizado por la presencia concurrente de síntomas gastrointestinales, sexuales, pseudoneurológicos y dolor.

- **Trastorno Somatomorfo Indiferenciado**

En éste el sujeto refiere la presencia de diversos síntomas físicos no explicables por la presencia de una enfermedad, y sin que se reúnan todos los criterios necesarios para el diagnóstico del trastorno por somatización.

- **Trastorno de Conversión**

Se caracteriza por la presencia de síntomas o alteraciones de las funciones motora voluntaria o sensorial, siendo descartada mediante exploración diagnóstica su etiología neurológica.

- **Trastorno por Dolor**

En este trastorno el sujeto refiere un dolor persistente y localizado en una o más zonas del cuerpo, que le provoca un malestar clínicamente significativo y deteriora su actividad a nivel social o laboral.

- **Hipocondría**

Consiste en una preocupación o miedo persistente e intenso de padecer una enfermedad grave, y que surge de una mala interpretación de síntomas o funciones corporales.

El impacto y las repercusiones de estos trastornos en los servicios sanitarios son más frecuentes de lo que en un principio podría imaginarse y serán comentados más detenidamente en el apartado siguiente.

c) Trastornos Psicofisiológicos

Para finalizar, debemos destacar que un gran número de investigaciones han venido a demostrar que la presencia de una sobreactivación sostenida reactiva a situaciones psicosociales estresantes puede constituirse en factor desencadenante o de agravamiento de diversas alteraciones orgánicas o sistémicas. En este sentido, se ha comprobado la relación entre el estrés y las siguientes alteraciones de salud:

- **Trastornos cardiovasculares**

Analizando la literatura existente, por ejemplo Bachean (2002) se puede constatar la relación entre estrés psicosocial y la aparición o el desencadenamiento de diversas enfermedades cardiovasculares. En relación con el impacto del estrés a corto plazo, se ha comprobado que el fallecimiento súbito por síndrome coronario agudo se relaciona con arritmias ventriculares e isquemias miocárdicas desencadenadas por situaciones de estrés agudo que activan el eje adrenocortical. Asimismo se ha constatado que el riesgo de infarto agudo de miocardio aumenta al doble en las dos horas posteriores a una elevada reacción de ansiedad. En esta línea, estresores extremadamente intensos como catástrofes naturales o situaciones bélicas se relacionan con un aumento significativo en el número de muertes de causa cardiovascular (p.e.: terremotos de Atenas y Los Ángeles, bombardeo de Tel Aviv durante la Guerra del Golfo). En cuanto a los efectos a largo plazo del estrés, las respuestas autónomas simpáticas y del sistema neuroendocrino reactivas al mismo provocan el aumento de la tensión arterial (por incremento de la frecuencia cardíaca y la constricción de los vasos sanguíneos), alteraciones del ritmo cardíaco, aumento del tono vascular, disminución de la fibrinólisis, aumento del colesterol total y disminución del colesterol HDL e hiperagregabilidad plaquetaria. Teniendo en cuenta estas modificaciones a nivel cardiovascular, resulta evidente que una respuesta sostenida de estrés puede alterar de modo significativo estas funciones, surgiendo entonces, entre otras, la hipertensión arterial reactiva o esencial, la taquicardia, las arritmias, trastornos isquémicos, arteroesclerosis, hiperlipidemia, accidentes vasculares varios y cefaleas migrañosas.

- **Trastornos gastrointestinales**

Se estima que el 25% de las consultas al gastroenterólogo no se constata lesión orgánica que explique la aparición de síntomas tales como dolor o malestar en epigastrio (boca del estómago), saciedad precoz en las comidas, sensación de hinchazón o distensión abdominal, pesadez después de la ingesta, disminución del apetito, flatulencia, ardor de estómago o detrás del esternón, náuseas o vómitos. En estos casos, la sintomatología referida se podría explicar si tenemos en cuenta que la práctica totalidad de los órganos del tracto digestivo están enervados por el sistema nervioso simpático y pa-

rasimpático, siendo entonces susceptibles de modificar su funcionamiento en reacción a factores ambientales. Por otro lado, la respuesta de activación desencadena la liberación por el sistema neuroendocrino de un conjunto de hormonas, fundamentalmente los corticoesteroides. Si tenemos en cuenta ambos factores, estos síntomas sin lesión orgánica evidente se podrían relacionar con respuestas de activación autónoma y endocrina reactiva (Simón y Durán, 1995; Vidal, 2007). Cuando dicha respuesta es sostenida puede llegar a sobrecargar o a modificar el funcionamiento del aparato digestivo, causando lesiones en los órganos que lo conforman. Así se ha relacionado el estrés con enfermedades como el dolor abdominal recurrente (cuya presentación se atribuye a factores psicológicos en el 85% de los casos), las úlceras pépticas (gástricas, duodenales y esofágicas), hernias de hiato, enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de colon y colitis ulcerosa), gastritis crónica o aguda y trastornos en el tránsito intestinal (estreñimiento, diarrea o colon irritable).

- **Trastornos respiratorios**

La influencia de la ansiedad y el estrés sobre el sistema respiratorio se asocia fundamentalmente a estados de hiperventilación y al asma bronquial. La hiperventilación es una alteración que se produce cuando, en reacción a un estresor, la persona nota dificultades para respirar, lo que la lleva a hacerlo más rápida y entrecortadamente. De este modo se introduce más oxígeno del que se puede asimilar y se elimina en exceso anhídrido carbónico. Esto induce una alcalosis respiratoria (incremento en el pH de la sangre) que, a su vez, hace que se libere menos oxígeno en los tejidos, con lo que se sigue incrementando su proporción en sangre. Esto lleva al corazón a aumentar de forma refleja la potencia y frecuencia de sus contracciones provocando taquicardia y palpitaciones. Asimismo, la disminución de CO₂ en sangre lleva a una reducción de la frecuencia respiratoria, que produce una sensación de disnea o ahogo, con lo que la persona fuerza más aun su respiración para compensar esta situación. Como se ve, se trata de un fenómeno circular que incrementa gradualmente la sensación de angustia. Este incremento progresivo de la alcalosis produce una sensación de entumecimiento u hormigueo en los dedos de las manos, que se va extendiendo a toda la mano, los pies y cara (sobre todo alrededor de la boca) y se acaba

acompañando de contracciones musculares en muñecas y tobillos. De estas sensaciones propioceptivas se pasa a fenómenos más severos como dolor de cabeza, sudoración, sofoco, temblores, debilidad, vértigo, desmayo, alteraciones visuales, miedo a morir o a perder el control, todos ellos fenómenos propios de una crisis de angustia. Otro trastorno respiratorio relacionado con el estrés es el asma, que se puede mantener o agravar por acontecimientos ansiógenos. Se ha comprobado que estos factores pueden provocar broncoconstricción o broncodilatación. Así, en base al paradigma de condicionamiento clásico, experimentalmente se ha demostrado la correlación entre los estados emocionales y el funcionamiento pulmonar, provocándose crisis mediante recuerdo de situaciones elicitoras de estrés, sugestión hipnótica, grabaciones elicitoras de ira o miedo o la presentación de estímulos condicionados (p.e.: rosas de papel a una persona alérgica). La broncoconstricción se produciría a través de dos vías: una respuesta de hiperventilación reactiva o cambios en el sistema nervioso autónomo asociados a estados emocionales intensos.

- **Trastornos dermatológicos**

Desde hace un tiempo diversas investigaciones realizadas en el campo de la Psicodermatología y la Medicina Conductual han comprobado la relación entre el estrés agudo o crónico y la aparición o el agravamiento de numerosas enfermedades de la piel (Grimalt y Cotterill, 2002). Así se ha constatado la relevancia de esta variable en enfermedades como la dermatitis atópica y seborreica, el eccema, la alopecia, la psoriasis, la urticaria, el prurito, el lupus heritematoso, la rosácea, el acné, la hidrosis o las reacciones alérgicas cutáneas. Estos trastornos parecen relacionarse con respuestas de activación simpática y endocrina tales como la sudoración excesiva, la deshidratación cutánea, la piloerección recurrente, la hipersensibilidad y la isquemia asociada a la tensión muscular.

- **Trastornos del aparato locomotor**

Una de las consecuencias más frecuentes de la reacción de activación es un incremento significativo en el tono muscular. Al persistir en el tiempo esta respuesta, se acaba por acumular tensión en los músculos y articulacio-

nes, lo que a su vez produce entumecimiento, agarrotamiento, isquemias locales y acumulación de ácido láctico. En base a ello el sujeto puede llegar a padecer diversas alteraciones a nivel osteoarticular o neuromuscular. Entre otras podemos destacar la aparición de tics y temblores, contracturas, alteración de los reflejos y de la coordinación muscular, sensación de parestesia u hormigueo, lumbalgias, cefaleas tensionales y tortícolis espasmódica.

- **Trastornos genitourinarios**

Tanto las modificaciones a nivel central y autónomo como las respuestas neuroendocrinas relacionadas con la ansiedad y el estrés sostenido pueden llegar a afectar al funcionamiento del sistema genitourinario. Generalmente estas alteraciones son vividas por el sujeto con una elevada carga emocional, generándole un importante malestar que pocas veces ve relacionado con su grado de ansiedad o estrés. Así, es importante explicar a la persona que las padece que se ha demostrado la relación entre estas variables psicológicas y alteraciones como la disuria (necesidad de realizar micciones frecuentes y de escaso volumen), dispareunia (dolor coital), alteraciones del ciclo menstrual (amenorrea o dismenorrea), disfunción eréctil, eyaculación precoz o retardada, vaginismo, disminución del deseo sexual e infertilidad.

- **Disminución en la respuesta inmunitaria**

El sistema inmunitario tiene una prolongada latencia de respuesta al estrés. Por ello, las consecuencias de éste a nivel inmunitario no se observarán a corto plazo, sino más bien en períodos temporales más largos. En consecuencia situaciones de estrés crónico pueden alterar significativamente el funcionamiento de este sistema. En general los datos procedentes de la investigación clínica parecen constatar una respuesta inmunosupresora derivada de situaciones estresantes mantenidas en el tiempo. De este modo se relaciona el estrés con la aparición de una mayor vulnerabilidad a las infecciones por virus (por disminución en la producción de anticuerpos y de interferón), fenómenos alérgicos como asma o rinitis, enfermedades autoinmunitarias como lupus heritematoso sistémico, miastenia gravis, artritis reumatoide o tiroiditis y formación de neoplasias (cáncer).

2.4. INCIDENCIA Y PREVALENCIA

El impacto de la ansiedad y el estrés y los trastornos vinculados a ellos viene siendo objeto de atención creciente entre los gestores y profesionales de la salud. Esto no es de extrañar si tenemos en cuenta la cantidad de personas que sufren estos trastornos y que además su número parece aumentar de año en año. Quedémonos para comenzar con este dato: la incidencia de los diversos trastornos de ansiedad se calcula en torno al 15% de la población mundial. Una breve revisión de estudios epidemiológicos desarrollados en diversos países puede ilustrar la verdadera dimensión que la ansiedad ha venido cobrando en los últimos años.

En un estudio realizado por la O.M.S. (Goldberg y Lecrubier, 1995) se recogieron datos de 14 países y se entrevistó a más de 25.000 usuarios de los Servicios de Atención Primaria. En esta investigación se obtenía una prevalencia en torno al 10,5% (incluyendo las siguientes categorías del C.I.E.-10: trastorno de ansiedad generalizada, ataques de pánico y agorafobia con o sin pánico). Un dato a destacar de este estudio se refiere a que en él se analiza la incidencia tanto en países desarrollados, como subdesarrollados y en vías de desarrollo, de ahí su importancia transcultural. Un aspecto que tal vez infravalore esta incidencia se refiere a que la muestra se circunscribe a personas que acuden a su médico de referencia, no analizando, por tanto, muestras poblacionales.

Centrándonos en investigaciones desarrolladas en un solo país, destacaremos dos estudios epidemiológicos realizados en Estados Unidos. Kessler, *et al.* (1994) analizaron la prevalencia de la ansiedad (según criterios D.S.M. III-R) en una muestra de sujetos, observando que el 17,2% había sufrido algún trastorno de ansiedad en el último año. Los trastornos fóbicos resultaron ser los más frecuentes (fobia simple, 8,8%; fobia social, 7,9%), seguidos por los de ansiedad generalizada (3,1%), agorafobia (2,8%) y ataques de pánico (2,3%), existiendo, a su vez, una importante comorbilidad (56%). Poco después, Narrow, *et al.* (1998) realizaron una investigación similar con una muestra poblacional de edades comprendidas entre los 18 y los 54 años, obteniendo una prevalencia del 12,5%. Siguiendo criterios D.S.M. IV, se obtuvo la siguiente distribución porcentual: fobia específica, 4,4%; fobia social, 3,7%, estrés postraumático, 3,6%; ansiedad generalizada, 2,8%; tras-

torno obsesivo-compulsivo, 2,3%; agorafobia, 2,2%; y ataques de pánico, 1,7%. Al igual que en el estudio anterior, destaca una gran comorbilidad entre trastornos.

En estudios realizados en nuestro país, destacamos el de Chocrón, *et al.* (1995), con muestras de usuarios de Atención Primaria. Entre las diversas psicopatologías analizadas, se observó que la prevalencia de los trastornos de ansiedad alcanzaba el 13,8%. El trastorno más frecuente fue el de ansiedad generalizada (7,3%), seguido a una distancia significativa por el trastorno obsesivo-compulsivo (3,0%), la agorafobia con pánico (2,0%), los trastornos fóbicos (1,1%), los ataques de pánico (1,0%) y la agorafobia sin pánico (0,5%).

Además de las investigaciones epidemiológicas, existen otro tipo de estudios que nos pueden dar idea de la incidencia de los trastornos relacionados con la ansiedad. Estos estudios medirían de modo indirecto su impacto en la población analizando el consumo o la frecuencia en la prescripción de fármacos psicotrópicos. Mateo, *et al.* (1997) analizaron las prescripciones realizadas por médicos de Atención Primaria en un centro de salud y observaron que al 21% de los usuarios se les prescribía algún tipo de psicofármaco (ansiolíticos al 74,2% de ellos y antidepresivos al 24,8%). En la misma línea, existen datos que muestran un aumento en el consumo de estos fármacos entre la población española. Según datos de la Dirección General de Farmacia (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002), se consumieron en España casi 35 millones de fármacos de tipo ansiolítico o tranquilizante, lo que supuso un aumento del 259,4% en relación al período 1997-2001. En este sentido, García del Pozo, *et al.* (2004) encontraron que las Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes para los ansiolíticos e hipnóticos ascendieron desde las 39,71 DDD del año 1995 a las 62,02 del año 2002. Esto supone un incremento del 56,16% en el consumo de estas sustancias, especialmente en los ansiolíticos (que se incrementaron desde las 25 DDD del año 95 hasta las 43 del 2002, o lo que es lo mismo, un incremento del 72% en su consumo).

Teniendo en cuenta los datos expuestos en la presente revisión, podemos comprender el impacto real que en la actualidad representa la ansiedad y los trastornos derivados de ella. No es de extrañar entonces que en el ámbito de la Salud Mental se la reconozca como “la epidemia silenciosa del siglo XXI”.

2.5. COSTES PERSONALES Y SOCIALES

Es indudable que cuando una persona presenta cualquier trastorno relacionado con la ansiedad su bienestar y su calidad de vida se ven severamente comprometidos. Aunque a la persona que lo sufre se le suele decir que “son sólo nervios”, no se debe olvidar que está sufriendo intensamente. Algo tan simple como esos “nervios” hacen que desde que se levante por la mañana, si ha tenido la suerte de dormir algo, se sienta inquieta, intranquila, aturdida, su corazón lata aceleradamente, sienta mil mariposas en el estómago, ideas negativas o inquietantes bullan en su cabeza, lo que hace que vaya aumentando su tensión hasta tal punto que sienta que podría estallar en cualquier momento... y el día no ha hecho más que comenzar. Aun así tiene que afrontar numerosas situaciones que, en su estado, representan un esfuerzo titánico: salir a la calle, ir al trabajo y rendir en él, hacer gestiones o compras, arreglar la casa, atender a sus hijos, acudir a reuniones sociales que se convierten en obligaciones sin sentido, etc. Esta persona siente que cada día es una batalla imposible por salir adelante y las fuerzas empiezan a escasear. Un día tras otro la lucha continúa y poco a poco este esfuerzo desmesurado empieza a cobrar su factura. Probablemente comenzará a sentir una fatiga creciente que le interferirá cada día más en sus obligaciones diarias, hasta vivirlas como un peso insoportable, incluso las que antes eran placenteras para él. Además un conjunto de síntomas físicos desagradables harán que piense que podría caer enfermo en cualquier momento, si ya no lo está. Tras no poder resolver o controlar este torbellino de dificultades, a pesar de haberlo intentado por todos los medios a su alcance, acaba por sentirse impotente e incapaz de hacer que esta situación mejore. Esta interpretación (verse en un callejón sin salida) hace que poco a poco el desánimo y la desesperanza acaben por cristalizar en diversas alteraciones del estado de ánimo. Si tenemos en cuenta todo esto podremos comprender hasta qué punto la ansiedad afecta al bienestar personal e interfiere en todas las actividades habituales del individuo. Ante este desolador panorama es comprensible que toda su vida se vea afectada, en lo personal o familiar, en lo laboral y también en lo social.

En gran medida el sufrimiento de la persona viene dado por una significativa falta de información. Así por ejemplo, las repercusiones psicofisioló-

gicas de la ansiedad son vividas por muchos sujetos como síntomas o molestias físicas que, cuando llegan a una intensidad insoportable, son la causa de que acaben por acudir a los Servicios de Urgencia. Si se tiene tiempo y el servicio no está saturado, se le puede realizar una exploración y, en algunos casos, se concluye que lo que en realidad padece la persona es una crisis de angustia. Entonces se le prescribe un tratamiento farmacológico que aliviará momentáneamente su sintomatología, pero no hay tiempo para explicarle la causa de su malestar, que es lo que le llevará a acudir después de un tiempo al mismo servicio con el mismo problema. En otras ocasiones el diagnóstico no se presenta tan claro, por lo que, en función de la sintomatología referida, el usuario es derivado a otros servicios, que muchas veces acaban en el Médico Especialista, como el Neurólogo, Cardiólogo, Internista, etc. Allí se le realizarán exploraciones más detalladas y pormenorizadas (electroencefalogramas, electrocardiogramas, resonancias magnéticas, etc.), con el coste que esto supone para los limitados recursos sanitarios. En muchas ocasiones no se constata ninguna alteración orgánica, o, si la hay, ésta no puede explicar todo el malestar que el sujeto refiere.

Lo que acabamos de describir no solo se da en los Servicios de Urgencia o en los Médicos Especialistas. Algo similar sucede en los Servicios de Atención Primaria: se estima que las consultas de pacientes somatizadores representan entre el 38 y el 60% de las realizadas en estos servicios (Barsky y Borus, 1995). Estas elevadas cifras se explicarían si consideramos que los usuarios que expresan somáticamente su ansiedad son altos consumidores de recursos sanitarios: caso de padecer alguno de los síntomas derivados de la sobreactivación psicofisiológica, el 90% de los sujetos acuden a su médico de referencia, y además lo hacen de manera recurrente, consultando en repetidas ocasiones ante síntomas similares.

Un reciente estudio desarrollado por Rodríguez, *et al.* (2005) puede ilustrar las repercusiones de los trastornos de ansiedad en el Sistema Sanitario español. En esta investigación se analizó, en primer lugar, el grado de utilización de los recursos sanitarios por usuarios diagnosticados de trastorno somatomorfo. A este nivel se comprobó que: (1) existía una clara sobreutilización de los recursos sanitarios, formando parte del grupo de usuarios denominado “hiperfrecuentadores”; (2) la frecuencia de derivación a exploraciones complementarias y a especialistas resultaba claramente superior en

relación a los usuarios control; y (3) las prescripciones farmacológicas suponían casi el doble que las realizadas a pacientes que no presentaban este tipo de trastornos. Otro aspecto analizado en este estudio fue la forma de presentación del trastorno somatomorfo. En este sentido se observó la predominancia de síntomas neurológicos, seguidos, con igual frecuencia, por los digestivos y del sistema locomotor, y, con menor frecuencia, los referidos al sistema cardiovascular y genitourinario.

Los costes que los diversos trastornos asociados a la ansiedad representan en el Sistema Sanitario no solo se refieren a la sobreutilización de sus limitados recursos. Como señala Cano Vindel en la Web de la *Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés* (www.ucm.es/info/seas) sus repercusiones a nivel económico alcanzan cifras que también merecen ser tenidas en cuenta. Según Barlow (2003) el coste en Estados Unidos de estos trastornos se estima en 1.500 dólares por paciente y año, de los que el 50% del gasto se realiza en la Atención Primaria. Si a esto añadimos que en EE.UU. la prevalencia anual de los trastornos de ansiedad se calcula en un 16,4%, el coste total ascendería a 50.000 millones de dólares (el 30% de los gastos en Salud Mental). La importancia de este coste se ve incrementada si tenemos en cuenta que los trastornos de ansiedad son también los más crónicos (por encima de los trastornos del estado de ánimo y las adicciones). Esta cronicidad, en nuestra opinión, se debe atribuir fundamentalmente a que las personas que padecen estos trastornos no reciben en la medida que lo necesitan un tratamiento especializado que haya demostrado empíricamente su eficacia, como podría ser el tratamiento psicológico cognitivo conductual. En su lugar se ha venido optando por tratamientos que abordan solamente de modo paliativo la sintomatología, es decir, tratamientos predominantemente farmacológicos.

2.6. PROPUESTA DE UN MODELO EXPLICATIVO

Superadas ya las definiciones mecanicistas que explicaban fenómenos como la ansiedad o el estrés en términos lineales de estímulo-respuesta, desde hace un tiempo se ha venido optando por modelos explicativos basados en las Teorías Transaccionales (interacción recíproca entre individuo y

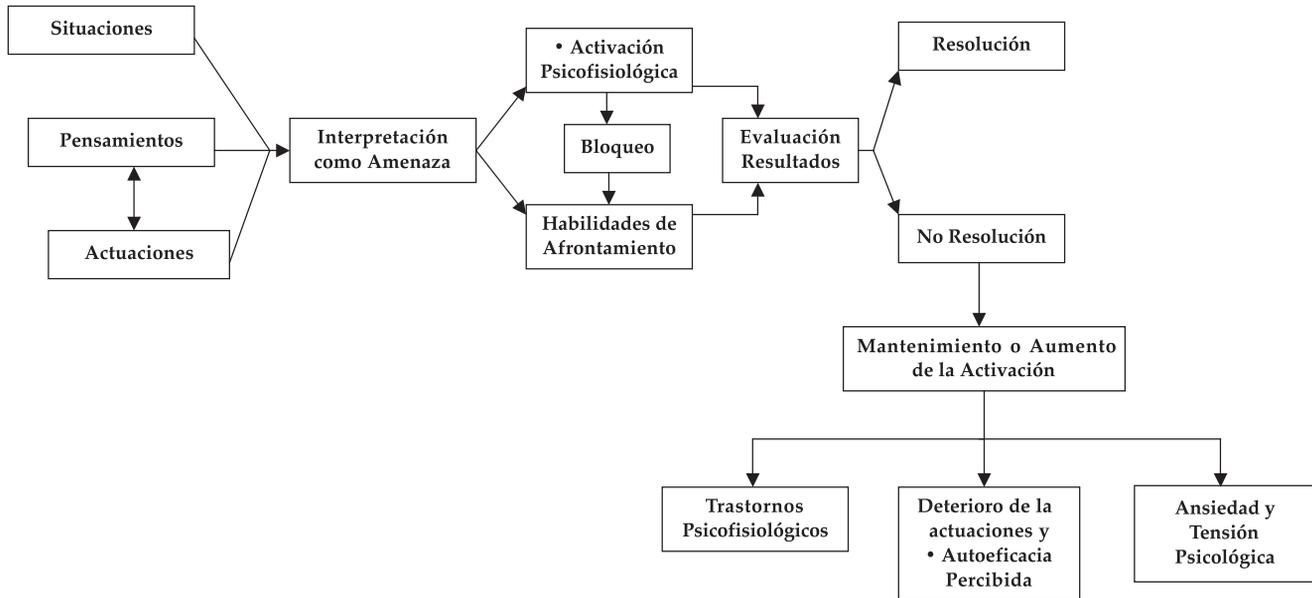
ambiente). En este sentido seguiremos la definición aportada por Lazarus y Folkman (1986) en donde se entienden estos fenómenos como *“la relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”*. Atendiendo a esta definición, observamos que existen dos conceptos centrales en ella: por un lado, los procesos cognitivos de evaluación del entorno, sus demandas y los recursos que cree poseer el sujeto, y, por otro, la manera particular de afrontar dichas situaciones. Dada la finalidad del presente manual, debemos detenernos específicamente a analizar los procesos subyacentes cuando el sujeto reaccione ante las situaciones de amenaza incrementando predominantemente su nivel de activación psicofisiológica.

Atendiendo a estos aspectos, podemos entender el proceso de desarrollo de las reacciones de ansiedad o estrés y el peso específico que la respuesta de activación representa en los mismos siguiendo el esquema propuesto por Vázquez (2001).

Como se puede ver en la Figura 1, el individuo recibe del entorno una serie de estímulos situacionales que le producen un incremento en la actividad nerviosa central, emergiendo, entonces de manera automática una serie de pensamientos en relación a la situación que enfrenta. A su vez se puede incrementar su actividad conductual en base a su historia de aprendizaje en situaciones percibidas como similares. Todo este conjunto de circunstancias es interpretado mediante la anticipación de la potencialidad de daño o riesgo, pudiendo ser evaluada entonces como una situación neutra o de amenaza, peligro o desafío (valoración primaria). A continuación, el sujeto evaluará los recursos que posee para superar la situación (valoración secundaria). Si cree que ésta desborda los mismos, se reforzará la evaluación de la situación como amenazante. De este modo, cuando las valoraciones definen a la situación como amenazante y/o desbordante de los recursos del individuo, éste reaccionará incrementando automáticamente su nivel de activación psicofisiológica. Esto provocará los cambios en su funcionamiento orgánico que antes hemos comentado, pudiendo disponer así de una serie de recursos excepcionales para afrontar la situación, o viéndose interferido en dicho afrontamiento por un conjunto de síntomas físicos desagradables. Cuando el sujeto reaccione de forma predominantemente somática, su activación psicofisiológica será muy intensa, pudiendo provocar un bloqueo en las actua-

ciones necesarias para solucionar estas circunstancias (habilidades de afrontamiento). Transcurrida la situación de amenaza, el sujeto interpretará los resultados obtenidos. Si ha conseguido la resolución de las demandas planteadas por la situación, el sujeto verá aumentado su sentimiento de autoeficacia o competencia, lo que incrementará la seguridad en sí mismo de cara a situaciones similares futuras. En cambio, si el resultado es la no superación de las demandas situacionales, la activación psicofisiológica se mantendrá en el tiempo, desencadenándose ante situaciones similares con una intensidad creciente. Las consecuencias de todo ello, más aun si esta situación se perpetúa en el tiempo, serían la aparición de alteraciones en su estado de salud (trastornos psicofisiológicos), un creciente deterioro en sus actuaciones (comportamientos desadaptativos como la evitación) y la cristalización en definitiva en diversos trastornos psicológicos (como los de ansiedad o los del estado de ánimo).

Figura 1:
Génesis de la Respuesta de Activación y sus Efectos,
(Adaptado de Vázquez, 2001)



La Activación Psicofisiológica

3

Como acabamos de comprobar, una sobreactivación psicofisiológica intensa o sostenida puede ser la responsable de la aparición de diversos trastornos a nivel psicológico o físico. Por ello consideramos oportuno dedicar un breve espacio para analizar esta respuesta.

Podemos definir la activación psicofisiológica como la reacción global, automática e inespecífica del organismo ante situaciones que son percibidas como estresoras. En respuesta a ello, el organismo modifica su funcionamiento a varios niveles (sistema nervioso, tanto central como neurovegetativo, sistema neuroendocrino, sistema inmunitario y sistema conductual) a fin de disponer de un conjunto de recursos excepcionales para responder física y rápidamente a las demandas situacionales.

Siguiendo el modelo propuesto por Valdés y de Flores (1986) podemos señalar que el proceso de respuesta al estrés se desarrolla en una secuencia que incluye:

1. Procesamiento de la información proveniente del medio a nivel del Sistema Nervioso Central. Esto implica funciones mentales superiores que, cuando interpretan la situación como amenazante, desencadenan la activación diferencial de dos sistemas a fin de disponer de los recursos necesarios para afrontar eficazmente la situación.
2. Activación de un sistema de respuesta rápida a nivel de la rama simpática del Sistema Nervioso Autónomo.
3. Activación de un sistema de respuesta lenta, mediante la actividad del Sistema Neuroendocrino.

4. Retroalimentación entre los tres sistemas mencionados, lo que se traduce en el incremento, mantenimiento o disminución de la respuesta de estrés.

A su vez, en la respuesta de estrés se ven involucrados otros sistemas como reacción a la activación de los antes mencionados. Así, modifican su funcionamiento, entre otros, los sistemas cardiovascular, respiratorio, músculo-esquelético, digestivo e inmunológico.

Por otro lado, esta respuesta de estrés se puede dividir en tres etapas:

1. *Alarma*: en ella, el cuerpo se prepara para combatir la amenaza, aumentando los niveles energéticos del organismo mediante la secuencia 2 y 3 descritas más arriba.
2. *Acción*: el cuerpo ejecuta las acciones necesarias para combatir o evadir la amenaza, utilizando la energía producida durante la etapa inicial de alarma.
3. *Relajación*: en esta etapa, bajan los niveles energéticos y retorna la homeostasis fisiológica y psíquica hacia sus niveles normales. El individuo percibe así un alivio subjetivo, físico y emocional, una vez superada la situación de peligro.

Dado que el método de entrenamiento que desarrollamos en la presente guía intervendría específicamente sobre los sistemas implicados en la respuesta de activación, nos detendremos a analizar cómo se produce ésta en cada uno de ellos.

3.1. ACTIVACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Este proceso se inicia en los receptores sensoriales, encargados de captar la estimulación proveniente del entorno. Esta información es enviada al cerebro en forma de impulso nervioso, haciendo relevo en los núcleos asociativos del tálamo, donde es proyectada hacia la corteza cerebral. Ésta se encargará de integrar la información, interpretarla y decidir si se trata de una situación amenazante. Este proceso es realizado a nivel del córtex cingular

(que se encarga de modular las prioridades de atención) y de la corteza frontal (donde se compara con la información almacenada en la memoria y se generan planes de acción). Tras estos procesos, y si la información es interpretada como amenazante, el sistema nervioso central activa diversas áreas (sobre todo el sistema límbico –donde se regulan funciones esenciales como la ingesta, el sueño/vigilia, la temperatura y el metabolismo– y la rama simpática del sistema nervioso autónomo) a fin de facilitar los recursos necesarios para afrontar la situación.

3.2. ACTIVACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO

El sistema nervioso autónomo regula el equilibrio interno del organismo, manteniendo los valores fisiológicos dentro de unos parámetros que son considerados como normales (homeostasis), pudiendo, a su vez, modificar estos parámetros en función de las necesidades específicas de cada situación. Este sistema posee dos grandes ramas: la simpática y parasimpática.

La activación de la rama simpática representa un mecanismo de respuesta rápida para afrontar las situaciones de peligro o amenaza. Esta rama controla diversos sistemas u órganos preparando al organismo para la acción. Durante la etapa de alerta, el sistema simpático se encarga de incrementar la actividad somática, modificando, entre otros, el funcionamiento del sistema respiratorio (aumentando la frecuencia respiratoria), el sistema cardiovascular (incrementando la presión arterial y la frecuencia cardiaca), el sistema endocrino (aumentando la movilización de glucosa y ácidos grasos en el hígado), el sistema músculo-esquelético (incrementando el nivel de actividad metabólica en los músculos) y el sistema digestivo (disminuyendo la afluencia circulatoria al estómago e intestinos). Estas modificaciones aportarían al sujeto un plus de recursos para afrontar rápidamente las contingencias del entorno. Como señalamos en relación a las alteraciones de salud debidas al estrés, la actividad constante del sistema simpático puede ser detrimental para los órganos del cuerpo, con un resultado final de sobrecarga, lo que altera o afecta al funcionamiento de dichos órganos, generando entonces diversas enfermedades. En la Tabla 2 se incluyen algu-

nas de las modificaciones producidas por la activación de la rama simpática en el organismo.

Por el contrario, el sistema nervioso parasimpático controlaría de forma inversa los mismos órganos y sistemas, interviniendo en procesos de recuperación, relajación y asimilación.

La actividad del sistema autónomo es regulada por el hipotálamo mediante la liberación de catecolaminas, a saber, noradrenalina y adrenalina. La primera es segregada a nivel de la médula suprarrenal, el sistema límbico y el córtex cerebral, con función eminentemente neurotransmisora para procesos como la atención, el procesamiento de la información y la acción conductual. El aumento en su producción se ha relacionado con situaciones de estrés físico, estados de cólera o agresividad, de interacción social difícil y en conductas de alto riesgo. Su concentración se ha usado como indicador de la capacidad adaptativa puesto que su nivel fluctúa en función de las interpretaciones que el organismo hace de las situaciones y de los recursos que posee para afrontarlas.

Por lo que se refiere a la adrenalina, su producción es generada mediante la estimulación por el hipotálamo de la médula suprarrenal. Su efecto es prolongar la respuesta del sistema simpático. Esta hormona de vida breve (de 1 a 2 minutos) produce rápidos efectos fisiológicos como aumento de la glucemia, al movilizar las reservas de glucógeno en hígado y músculos, incremento de la tensión arterial, por vasoconstricción de las arteriolas, aumento del ritmo cardiaco, e incremento de la capacidad respiratoria al producir broncodilatación. Se la ha considerado como un indicador bioquímico de la actividad emocional del sujeto (al ver triplicada su concentración en los estados de ansiedad, estrés, impredecibilidad e incertidumbre). Por el contrario, la rápida disminución de sus niveles se considera correlato del nivel de bienestar psicológico y físico.

3.3. ACTIVACIÓN DEL SISTEMA NEUROENDOCRINO

Su función es incrementar la actividad de diversas glándulas que liberan un conjunto de hormonas favorecedoras de la percepción y la acción con-

ductual. Se trataría de una respuesta lenta, puesto que en presencia de un estresor se pone en marcha al cabo de minutos, dura entre 15 minutos y 1 hora y decae con el tiempo si la situación estresora persiste. Se la denomina *neuro-endocrina* puesto que su activación depende del sistema nervioso central.

El proceso de activación de este sistema se inicia en el hipotálamo mediante la liberación de CRF (factor liberador de corticotropina), que a su vez estimula a la adenohipófisis para que produzca ACTH (adenocorticotropina). Esta hormona es conducida por el torrente sanguíneo hasta la corteza suprarrenal, siendo estimulada para que libere 17-OHCS (glucocorticoides como cortisol, hidrocortisona y corticosterona). Este grupo de hormonas favorecen la transformación de lípidos en glucosa, produciendo hiperglucemia, a fin de incrementar la disponibilidad energética necesaria para afrontar activamente el agente estresor. A su vez los glucocorticoides tienen efectos anti-inflamatorios y modifican el metabolismo del calcio.

Por otro lado, y en respuesta a un estresor, el hipotálamo también estimula a la neurohipófisis para que libere occitocina y vasopresina (hormonas que favorecen el incremento de la presión arterial mediante la contracción de las fibras lisas, teniendo a su vez esta última efectos antidiuréticos). Asimismo se debe destacar el efecto del estrés a nivel de la glándula tiroides, que es estimulada para aumentar la producción de tiroxina, hormona que incrementa la tasa metabólica de los tejidos, favoreciendo los procesos oxidativos y generando en consecuencia el aumento del calor corporal (que en relación al estrés puede ser experimentado como sensaciones de sofoco).

Se debe destacar que los efectos producidos por la activación neuroendocrina (ver Tabla 2) favorecen la movilización de una serie de recursos energéticos para el afrontamiento activo de situaciones de emergencia. Sin embargo respuestas sostenidas de estrés hacen que la concentración de estas hormonas se mantenga a largo plazo, alterando el equilibrio del organismo, lo que puede provocar efectos dañinos a nivel orgánico, como aumento de la tensión arterial, lesiones en el tejido óseo y muscular, diabetes, infertilidad, úlceras pépticas, inhibición del crecimiento y de la respuesta inmunitaria.

Tabla 2:
**Principales efectos orgánicos de la reacción
de activación psicofisiológica**

Sistema	Respuesta
Respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Dilatación Bronquial • Incremento de la tasa respiratoria (hiperventilación)
Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de la frecuencia cardiaca • Aumento de la presión arterial • Vasodilatación muscular • Vasoconstricción abdominal y cutánea • Aumento de agregabilidad plaquetaria (factor de coagulación)
Sensorial	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento del nivel de alerta • Dilatación pupilar
Endocrino	<ul style="list-style-type: none"> • Liberación de adrenalina y noradrenalina • Incremento de la concentración de glucocorticoides • Movilización de ácidos grasos (hiperlipidemia) • Aumento de glucosa en sangre (hiperglucemia) • Incremento en la actividad metabólica por liberación de tiroxina • Incremento en la producción de occitocina y vasopresina • Disminución en la secreción de estrógenos, testosterona y prolactina
Cutáneo	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de la tasa de secreción sudorípara • Piloerección • Vasoconstricción cutánea
Digestivo	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la secreción de saliva • Disminución de la motilidad gástrica • Disminución de la peristalsis y la absorción intestinal

3.4. EVALUACIÓN DE LA SOBREACTIVACIÓN

En los apartados anteriores hemos señalado los principales mecanismos y efectos psicofisiológicos de la respuesta de activación. También hemos comentado que si ésta persiste en el tiempo se produciría un estado de sobreactivación, con las consecuentes alteraciones y trastornos a nivel orgánico o sistémico. Estas alteraciones generan un conjunto de síntomas en el sujeto que deben ser evaluados específicamente para medir su impacto.

Existe un gran abanico de pruebas psicológicas diseñadas para medir las respuestas de ansiedad o de estrés (ver Tabla 3 y Anexos, Estudio de casos). Algunas de ellas son de carácter general y se utilizan a modo de screening. Otras las evalúan, agrupándolas por factores o sistemas (psicofisiológico, cognitivo y conductual). Ambos tipos de pruebas son muy útiles a la hora de detectar la presencia o ausencia de estos trastornos psicológicos, así como del sistema de respuesta predominante. Una vez aplicadas podemos decidir si existe un componente de sobreactivación psicofisiológico significativo en el estado desadaptativo del sujeto. Cuando esto se produzca es aconsejable analizar detalladamente su sintomatología, con una triple finalidad. En primer lugar, deberíamos reunir datos a cerca de los síntomas que presenta, cuantificando su frecuencia e intensidad (grado de malestar que le provoca) en lo que vendría a ser un análisis topográfico de la respuesta de sobreactivación. En segundo lugar, y tras valorar estos datos, deberíamos explicarle la causa de su sintomatología en lo que sería una intervención psicoeducativa. Por último, la evaluación sintomatológica nos serviría para medir el resultado de las intervenciones aplicadas en el tratamiento.

Tabla 3:
Listado de pruebas para evaluar la ansiedad

<i>Escalas generales</i>	
HARS	Escala de Hamilton para la Ansiedad
BSA	Escala breve de Tyler para la ansiedad
STAI	Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo
BAI	Inventario de Ansiedad de Beck
ISRA	Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad
ASQ-15	Cuestionario de Screening de Ansiedad de Wittchen
PSS	Escala de evaluación del estrés psicosocial de Holmes y Rahe
HAC	Inventario de ansiedad y depresión en hospital
<i>Escalas específicas</i>	
AMI	Inventario de movilidad para agorafobia
SESA	Escala de autoeficacia para la agorafobia
BSQ	Cuestionario de sensaciones corporales para la agorafobia
ACQ	Cuestionario de cogniciones agorafóbicas
PAS	Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow
FQ	Cuestionario de miedos de Marks y Mathews
PSWQ	Inventario de preocupaciones
SADS	Escala de evitación y angustia social
LSAS	Escala de ansiedad social de Liebowitz
SPIN	Inventario de fobia social
Y-B OCS	Escala de obsesiones y compulsiones de Yale-Brown
DGRP	Índice global de Duke para el Trastorno por Estrés Postraumático

Para facilitar esta evaluación hemos diseñado un cuestionario específico para medir la sobreactivación psicofisiológica. Mediante su aplicación y posterior valoración de las respuestas del sujeto podremos definir si existe evidencia de un nivel desadaptativo de sobreactivación. En este sentido, podemos obtener datos en cuanto a los sistemas o niveles psicofisiológicos implicados y, siempre que exista sintomatología significativa a dos o más niveles, obtener cierta evidencia de etiología psicofisiológica, más allá de una enfermedad orgánica concreta o la exacerbación de lamisca en base a factores de sobreactivación. Asimismo, podremos definir los niveles o sistemas predominantes y concurrentemente clasificar los síntomas en función de parámetros de frecuencia e intensidad.

Este cuestionario recoge dos clases de síntomas psicofisiológicos: unos se refieren a *síntomas situacionales* (surgen generalmente ante situaciones cargadas de ansiedad) y otros lo hacen por la acumulación o sostenimiento de la respuesta de estrés, alterando el funcionamiento de una serie de órganos o sistemas (síntomas sistémicos). Tiene 4 niveles de entrada de datos: presencia/ausencia del síntoma, frecuencia (pocas, bastantes o muchas veces), intensidad o grado de malestar (leve, moderado o severo) y observaciones situacionales. Con estos datos y su posterior valoración podremos definir con claridad la respuesta de sobreactivación del sujeto.

CUESTIONARIO DE SOBREATIVACIÓN PSICOFISIOLÓGICA

Instrucciones:

Le presentamos a continuación una serie de sensaciones corporales o síntomas físicos desagradables que se suelen presentar ante estados o situaciones que provocan ansiedad o estrés. Responda a cada uno de los ítems siguiendo 4 pasos:

- 1) Marque con una X en la casilla si presenta el síntoma.
- 2) Indique numéricamente la frecuencia (FC) de presentación:
1. Pocas veces 2. Bastantes veces 3. Muchas veces
- 3) Indique el grado de malestar (ML) o interferencia que le produce el síntoma:
1. Ligera 2. Moderada 3. Severa
- 4) Si las hay, anote las observaciones (OBS) que considere relevantes en relación a cada síntoma (p.e. situaciones en las que surge, lugares, momentos, etc.).

<i>Nivel Neurológico</i>	FC	ML	OBS
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Mareo, vértigo o inestabilidad	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Visión borrosa o distorsionada	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Zumbido de oídos	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Dificultades para concentrarse	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Dificultades para memorizar o recordar	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Dificultades para aprender	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Enlentecimiento del pensamiento	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Aturdimiento, confusión, desorientación	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Problemas para conciliar el sueño	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Despertarse de madrugada	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Pesadillas o sueños ansiosos	_____	_____	

<i>Nivel neurovegetativo</i>	FC	ML	OBS
<input type="checkbox"/> Sequedad de boca	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Sudoración excesiva	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Sofoco o sensación de calor	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Rubor o enrojecimiento facial	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Palidez	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Sensación de frío o escalofríos	_____	_____	

Nivel cardiovascular

<input type="checkbox"/> Taquicardia	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Palpitaciones	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Arritmias	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Opresión en el pecho	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Hipotensión o sensación de desmayo	_____	_____	

Nivel Respiratorio

<input type="checkbox"/> Dificultades para respirar	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Sensación de ahogo o de falta de aire	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Respiración acelerada o entrecortada	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Suspiros o bostezos	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Dificultades al hablar	_____	_____	

Nivel gastrointestinal

<input type="checkbox"/> Nauseas o vómitos	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Pérdida del apetito	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Saciedad precoz en las comidas	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Dificultades para tragar	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Digestiones pesadas	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Úlceras gastrointestinales	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Gases	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Ardor de estómago	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Diarrea	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Estreñimiento	_____	_____	

	FC	ML	OBS
<i>Nivel muscular</i>			
<input type="checkbox"/> Tensión o rigidez muscular	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Dolor de espalda o en el cuello	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Temblores en manos o piernas	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Sensación de hormigueo	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Sensación de adormecimiento	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Sacudidas o tics	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Mala coordinación, movimientos torpes	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Dificultades para caminar	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Rechinar de dientes	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Sensación de fatiga, debilidad muscular	_____	_____	
<i>Nivel genitourinario</i>			
<input type="checkbox"/> Necesidad urgente de orinar	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Necesidad frecuente de orinar	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Alteraciones del ciclo menstrual	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Disminución del deseo sexual	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Dolor al realizar el coito	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Dificultades para alcanzar el orgasmo	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Dificultades en la erección	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Eyaculación precoz o retardada	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Infertilidad	_____	_____	
<i>Nivel Dermatológico</i>			
<input type="checkbox"/> Hipersensibilidad cutánea	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Sensación frecuente de picor	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Sequedad de la piel	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Dermatitis o eccemas	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Caída del cabello	_____	_____	
<i>Nivel Inmunitario</i>			
<input type="checkbox"/> Frecuentes enfermedades infecciosas	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Reacciones alérgicas	_____	_____	

VALORACIÓN E INTERPRETACIÓN

1. Multidimensionalidad: Indicar si se presenta sintomatología a varios niveles (marcar con una X)

- Neurológico
- Neurovegetativo
- Cardiovascular
- Respiratorio
- Gastrointestinal
- Muscular
- Genitourinario
- Dermatológico
- Inmunitario

2. Predominancia: Ordenar los sistemas atendiendo número de síntomas que se presentan en cada nivel (contar el número de casillas marcadas con una X).

	Nivel	Σ Total
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		

3. Frecuencias: Consignar los síntomas más frecuentes

Grado 3 (muchas veces)

Grado 2 (Bastantes veces)



_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

4. Intensidad: Consignar los síntomas que generan mayor malestar o interferencia.

Grado 3 (Severo)

Grado 2 (Moderado)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Técnicas de reducción de la activación

4

Como venimos comentando en los apartados precedentes, la reacción de ansiedad se puede manifestar en los tres sistemas de respuesta del individuo (fisiológico, cognitivo y motor). Gil y Cano (2001), atendiendo al carácter multidimensional de esta respuesta, distinguen tres tipos de técnicas de reducción de la ansiedad:

- *Técnicas dirigidas a la reducción del nivel de activación:* relajación, respiración y biofeedback.
- *Técnicas conductuales o de exposición:* desensibilización sistemática, exposición, en sus variantes y modelado.
- *Técnicas cognitivas:* terapia cognitiva de Beck e inoculación de estrés.

En el presente apartado nos centraremos en el primer grupo de técnicas, las que se dirigen a reducir el nivel de activación psicofisiológico.

Autores como Lichstein (1988) o Labrador, *et al.* (1993) señalan que las bases de las modernas técnicas de relajación tienen su origen histórico en procedimientos de meditación de filosofías orientales, existiendo evidencias de técnicas formales de relajación desde hace 4.500 años en disciplinas como el yoga. Estas técnicas fueron incorporadas a la modificación de conducta no hace más de 70 años (Jacobson, 1929; Schultz, 1932). Progresivamente, han ido ganando relevancia en el ámbito clínico y experimental, desarrollándose variaciones y aplicándose a un amplio abanico de trastornos como única estrategia o en combinación con otras (p.e. Wolpe, 1958). Dada su contrastada eficacia, su uso se ha generalizado hasta tal punto que se han dado en denominar la “*aspirina conductual*” (Méndez, Olivares y Quiles, 1998).

Estas técnicas se fundamentan en el supuesto de que la relajación es una respuesta incompatible o antagonista de los efectos fisiológicos de la activación. Su objetivo sería enseñar al sujeto a modificar voluntariamente sus condiciones fisiológicas y su nivel de activación sin ayuda de recursos externos (Hyman, *et al.* 1989; Labrador, *et al.*, 1993; Macià, *et al.* 1993). Todas estas técnicas comparten una serie de aspectos comunes en sus procedimientos: el terapeuta administra instrucciones sencillas y repetitivas que modelan los ensayos, requiriendo un alto compromiso y receptividad por parte del usuario, sesiones o prácticas regulares, un entorno tranquilo que limite la estimulación sensorial y la actividad corporal, incrementando así la conciencia propioceptiva. Por otro lado, y en base a la interrelación de los diversos sistemas de respuesta del sujeto, parece demostrarse que la reducción de la respuesta fisiológica de activación va acompañada de cambios positivos en los niveles cognitivo y motor (Méndez, Olivares y Quiles, *oc.*), disminuyendo la presencia de ideas o pensamientos desagradables y mejorando el rendimiento conductual del individuo en situaciones desfavorables.

Otros autores, como Vera y Vila (1991) clasifican las técnicas de reducción de la activación en 5 grandes grupos:

1. *Relajación muscular*: relajación progresiva y sus variantes, relajación diferencial, condicionada y pasiva (Jacobson, 1929; Bernstein y Borckovec, 1983; Cautela y Groden, 1985).
2. *Entrenamiento autógeno* (Schultz, 1959).
3. *Respiración*.
4. *Biofeedback*.
5. *Otras técnicas*: meditación trascendental, yoga, hipnosis, etc.

En base a la evidencia clínica y a las investigaciones experimentales, parece sobradamente demostrada la efectividad de este conjunto de técnicas. Fernández-Abascal (1997) analizó la frecuencia de uso de las diversas técnicas de reducción de la activación, observando que la más utilizada era la relajación muscular, en sus variantes, seguida del entrenamiento autógeno y de la combinación de estas dos técnicas. Como veremos en el próximo apartado, esta tendencia de uso parece no sostenerse empíricamente si atendemos a aspectos de tamaño del efecto y de eficiencia.

Eficacia diferencial de las Técnicas de Desactivación

5

En este apartado presentaremos una serie de estudios desarrollados recientemente en nuestro país, donde se analizan la eficacia diferencial de las diversas técnicas de desactivación.

En primer lugar, Labrador, Arce y Florit (1996) en un estudio experimental compararon la eficacia diferencial de técnicas de *respiración vs. relajación muscular* a la hora de reducir diversos indicadores de activación psicofisiológica. Se adiestró a dos grupos de sujetos, uno en un método abreviado de relajación progresiva de 4 semanas (Labrador, Puente y Crespo, 1993) y otro en un método de control de la respiración de dos semanas (Labrador, 1993; basado en los propuestos por Davis, McKay y Eshelman, 1985 y Everly, 1989). Los indicadores psicofisiológicos seleccionados como variables dependientes fueron: (1) EMG frontal, (2) temperatura distal, (3) EDR, (4) tasa cardiaca, (5) volumen del pulso y (6) tasa respiratoria. Se midieron estos indicadores en fase pre- y post- tratamiento, a lo largo de una sesión, con la siguiente secuencia de tareas: línea base, relajación autoinducida, ejecución de dos tareas (que demostraron provocar activación: aritmética mental y videojuego) y relajación inducida. Los resultados obtenidos indican que ambos métodos resultaron eficaces para disminuir la activación, con tendencias más positivas en el grupo de respiración. En cuanto a los efectos diferenciales sobre los índices de activación, ambos métodos mostraron una eficacia similar, salvo la superioridad del método de respiración sobre la tasa respiratoria. Los autores concluyen que:

“... el entrenamiento en control de la respiración produce efectos similares e incluso quizá algo mejores que otro método de relajación, el progresivo abreviado, que es más complejo y largo de aprender... por lo que el entrenamiento en respiración puede ser un procedimiento de elección para conseguir reducir la activación psicofisiológica”, (Labrador, Arce y Florit, oc., p. 113).

Casi simultáneamente, en una línea de investigación desarrollada en la Universidad de Murcia y dirigida por el profesor Sánchez-Meca se analizaron mediante una revisión cuantitativa de la literatura (estudios meta-analíticos) una serie de investigaciones clínicas realizadas en nuestro país y en las que se utilizaban técnicas para reducir la activación. En estos estudios, entre otras variables moderadoras cualitativas, se analizó la eficacia diferencial de los tipos de técnicas utilizadas, medida como *Tamaño del Efecto Medio* (d_{+}). Rosa, Olivares y Sánchez (1998) seleccionaron un total de 14 estudios sobre ansiedad, donde se aplicaban técnicas de reducción de la activación como única estrategia o en combinación con otras. Los resultados en cuanto al tipo de técnica utilizada, aunque no significativos, señalaban que la relajación progresiva era la que alcanzaba un tamaño del efecto más bajo ($d_{+}=0,659$), en comparación con las técnicas respiratorias ($d_{+}=1,189$), el biofeedback ($d_{+}=1,142$) o técnicas mixtas ($d_{+}=1,216$).

En un segundo estudio (Sánchez, Rosa y Olivares, 1998, Julio) se amplió el campo de aplicación de estas técnicas a la ansiedad y a trastornos de salud, recopilando un total de 31 investigaciones que abarcaban del año 1986 a 1996. En cuanto a la variable de tratamiento “tipo de técnica de reducción de la activación utilizada”, se encontraron resultados estadísticamente significativos a favor de las técnicas de respiración, siendo este tipo de tratamiento el que mayor tamaño del efecto obtenía. Así, concluían:

“La hipótesis referente a la superioridad de la relajación progresiva respecto de otros procedimientos de relajación no resulta confirmada, siendo este procedimiento el que menor tamaño del efecto alcanza, destacando la respiración...”. (Sánchez, Rosa y Olivares, oc., Julio, CD-ROM).

Finalmente, Sánchez, Rosa y Olivares (1998) ampliaron aun más el número de estudios analizados, recogiendo un total de 47. En cuanto a la efica-

cia diferencial de los distintos tipos de técnicas de desactivación, volvieron a encontrar diferencias estadísticamente significativas entre ellos (ver Tabla 4).

Tabla 4:
ANOVA ponderado de la variable “Tipo de relajación”
En: Sánchez, Rosa y Olivares (1998)

I.C. al 95%							
Categorías	<i>k</i>	<i>d_{ij}</i>	<i>Li</i>	<i>Ls</i>	<i>Q_n</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
Progresiva	15	0,755	0,521	0,999	12,132	14	0,699
Autógena	3	1,023	0,429	1,617	17,629	2	0,000
Respiración	4	1,700	1,171	2,231	56,309	3	0,000
Biofeedback	16	0,862	0,580	1,144	21,886	15	0,147
Mixta	9	1,281	0,935	1,627	7,418	8	0,594
Total	47	0,979	0,979	0,828	$\frac{Q_n=115,36}{6}$	<u>42</u>	0,000
					$\frac{Q_n=13,98}{1}$	<u>4</u>	0,000

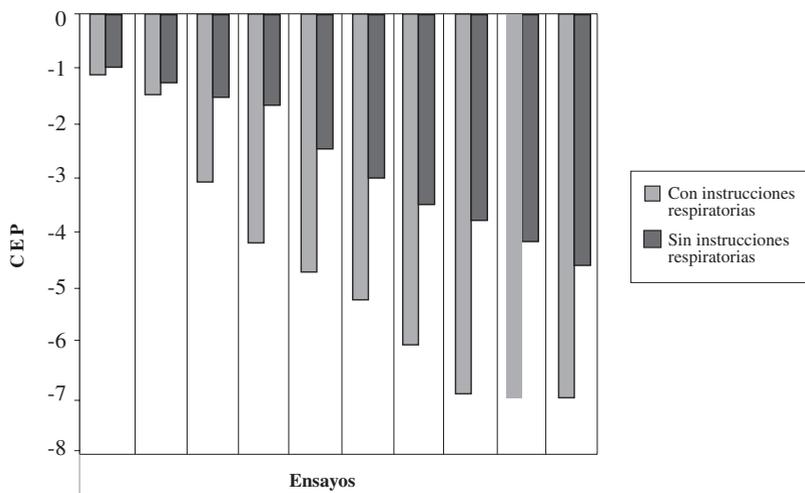
k: Número de estudios. *d_{ij}*: Tamaño del efecto medio. *I.C. al 95%*: Intervalo de confianza al 95%. *Q_n*: Prueba de homogeneidad intra-grupo. *GL*: Grados de libertad. *p*: nivel crítico de probabilidad. *Q₁*: Prueba de homogeneidad intra-grupo global. *Q_n*: Prueba de homogeneidad inter-grupo.

Como se comprobó en este estudio, existe una superioridad significativa en cuanto al tamaño del efecto a favor de las técnicas de respiración, superioridad que comparte, en menor medida, el método mixto (biofeedback + relajación progresiva y entrenamiento autógeno + relajación progresiva) (oc. p. 29). Por otra parte, observan que la hipótesis de superioridad de la relajación muscular sobre otros procedimientos, en base al amplio uso que se hace de ella, resultó refutada, al ser éste el método que menor tamaño del efecto alcanzaba. Finalmente, los estudios de referencia que utilizaban métodos respiratorios, abordaban trastornos tan variados como ataques de pánico (Ballester y Botella, 1992), insomnio (Chóliz, 1993), cáncer de mama (Cruzado, Olivares y Fernández, 1993) y disfonías (Mendoza, 1990), de lo que se podría deducir su amplio espectro de aplicabilidad.

Aludiremos, por último, a un estudio experimental desarrollado por Conde Pastor y Menéndez (2001). El objetivo del mismo era respaldar la efi-

cacia de las técnicas respiratorias mediante una investigación controlada. Se utilizó de forma combinada una técnica de biofeedback, siendo la variable independiente el uso o no de técnicas respiratorias en dos grupos de sujetos. Se planteaba la hipótesis de que los sujetos que antes del entrenamiento con biofeedback recibiesen unas instrucciones respiratorias concretas (Grupo B+R) conseguirían mayores descensos de CEP (índice de activación psicofisiológica) que aquellos otros que no recibiesen dichas instrucciones (Grupo B). Los resultados obtenidos corroboraron dicha hipótesis (Ver Figura 2).

Figura 2:
Valores relativos medios de CEP en ambos grupos a lo largo de 10 ensayos. Tomado de Conde Pastor y Menéndez, 2001.



A la vista de estos resultados se observa, en primer lugar, que los sujetos del Grupo B+R consiguieron descender significativamente más su CEP que los del Grupo B. En segundo lugar, se observó que aquellos no sólo reducían más su activación, sino que aprendían a hacerlo antes, y mostraban descensos significativos a partir del tercer ensayo; además alcanzaban su meseta de aprendizaje en el octavo ensayo. Ante estos hallazgos, concluían que el uso de técnicas respiratorias sería útil para conseguir estados de relajación de forma más sencilla, rápida y efectiva, que usando otras técnicas más costo-

sas, y que sería aplicable a aquellos trastornos en los que la activación fuese alta, como situaciones de estrés, trastornos de ansiedad, etc.

En resumen, en estos estudios se comprueba la eficacia de las técnicas respiratorias como procedimiento para reducir la activación. Asimismo, los datos parecen demostrar que estas técnicas poseen una eficacia superior en comparación con otros procedimientos, tales como la relajación muscular, el entrenamiento autógeno y el biofeedback, que, paradójicamente, son más utilizados en el ámbito clínico y experimental. Además, las técnicas respiratorias añadirían a su superioridad en eficacia, una mayor eficiencia, al ser aprendidas con mayor facilidad y en menor tiempo de entrenamiento. Por último, añadiríamos que pueden ser utilizadas más fácilmente por el sujeto en su entorno habitual. Como conclusión, y basándonos en la literatura más reciente, que aunque escasa, recoge evidencias consistentes para desarrollar una nueva línea de investigación e intervención, proponemos las técnicas respiratorias como procedimiento de elección en trastornos que impliquen un elevado estado de activación, como en los trastornos de ansiedad o estrés y alteraciones de salud relacionadas con estados de sobreactivación sostenida, al demostrarse más eficaces, eficientes y ecológicos que otros procedimientos.

Técnicas de control de la respiración

6

6.1. ASPECTOS GENERALES

Los procedimientos respiratorios tienen una dilatada trayectoria. Desde la milenaria tradición oriental se han desarrollado un amplio conjunto de prácticas respiratorias, fundamentalmente en disciplinas como el *yoga* (p.e.: Colomer, 1992, Leroy, 1994 y Van Lysebeth, 1972, 1985). En estos trabajos se recogen un conjunto de procedimientos, alguno de cuyos componentes se ha trasladado o sería trasladable, con las oportunas modificaciones, al tratamiento psicológico.

Un aspecto a destacar es que existe cierto consenso entre los investigadores a la hora de clasificar los diferentes tipos o clases de respiración. Si atendemos a la zona de los pulmones donde se dirige el aire podemos clasificar la respiración en 4 grandes grupos:

- 1. Respiración Diafragmática:** Correspondería al llenado de la parte inferior de los pulmones (aproximadamente 3 litros de aire). Este tipo de respiración es regulado por el diafragma. Al tomar aire, se debe desplazar el diafragma hacia abajo, hasta 4 centímetros, pasando de su forma inicial de cúpula a una forma plana u horizontal. Con este movimiento el aire puede descender hasta la zona baja de los pulmones, siendo los órganos del abdomen presionados suavemente hacia abajo, hinchándose ligeramente el vientre. Es la zona de mayor capacidad respiratoria (sería necesario respirar tres veces con el pecho para absorber la misma cantidad de oxígeno que llega a los pulmones

con una sola respiración diafragmática). Este tipo de respiración se relaciona con la activación del sistema nervioso parasimpático, siendo responsable, en parte de la disminución del nivel de activación del individuo.

2. **Respiración Torácica o Pectoral:** Esta clase de respiración es regulada por los músculos intercostales, situados entre las costillas. Al tomar aire, estos músculos se expanden, empujando las costillas hacia fuera y ensanchando la caja torácica, con una capacidad aproximada de 1 litro de aire. Al llevar el aire hacia esta zona, se observa cómo se hincha el pecho. Esta es la forma más habitual de respirar, pero no es la más adecuada. Si en primer lugar se llena el pecho, el aire quedará retenido en esta parte, siendo entonces imposible llenar la zona baja de los pulmones (que tiene el triple de capacidad). Este tipo de respiración es propia de actividades atléticas y se asocia a la activación del sistema nervioso simpático.
3. **Respiración Clavicular:** Esta es la respiración que utiliza la zona superior de los pulmones, la de menor capacidad (alrededor de 0,5 litros). En este tipo de respiración, las clavículas se alzan para abrir la angosta porción lobular superior. Ello se puede observar cuando al respirar, se suben los hombros. Este tipo de respiración está asociado a estados de ansiedad, puesto que automáticamente se tiende a respirar con esta zona ante situaciones amenazantes. Al tener los lóbulos superiores poca capacidad, se necesitará tomar aire muchas veces, volviéndose así la respiración entrecortada y jadeante. Si se respira de este modo durante un tiempo, se podría dar la ya citada hiperventilación. Ésta altera la tasa de intercambio gaseoso en los pulmones, eliminando gran cantidad de CO₂ en la espiración y aumentando la proporción de oxígeno en sangre. Esto produce una activación psicofisiológica creciente, que puede acabar cristalizando en una crisis de angustia.
4. **Respiración Profunda o Completa:** Este tipo de respiración es el más eficaz y beneficioso. Utiliza toda la capacidad de los pulmones (un máximo de 4,5 litros de aire), pudiendo absorber mayor cantidad de oxígeno en cada inspiración. Se realiza una *Respiración Profunda o Completa* cuando se llena, sucesivamente y en una misma inspiración,

en primer lugar la zona baja, después la zona media y, por último, la zona alta. Si también se procede en la espiración de forma ascendente, de abajo a arriba, se vaciarán completamente los pulmones, expulsando todos los gases producto del metabolismo celular, sin dejar en éstos lo que se denomina aire residual.

Por otro lado, los métodos psicológicos de control de la respiración se pueden dividir en dos grandes categorías: métodos activos y pasivos. Los métodos pasivos se limitan a aceptar u observar la respiración sin una intervención consciente sobre ella, produciendo de forma secundaria un aumento en el estado de relajación. Estos métodos tienen su origen en las prácticas de la meditación Zen y actuarían sobre la activación, fundamentalmente, a nivel cognitivo. Entre ellos destacan los propuestos por Feldenkrais (1980), Lodes (1990) o Speads (1980).

Por el contrario, los procedimientos activos intervienen directamente sobre el proceso respiratorio, no limitándose a observar cómo éste se produce. Se parte, en un principio, de la conciencia u observación del proceso, pero se plantea dar un paso más: se trataría de modificar voluntariamente alguno de los parámetros respiratorios mediante el aprendizaje de una serie de habilidades que modificarían el proceso a voluntad del individuo. Estos procedimientos inducen un descenso en el nivel de activación, aumentando la sensación de relajación de manera rápida y sencilla.

Una revisión de procedimientos respiratorios activos fue aportada por Davis, McKay y Eshelman (1985, pp. 32-42). En este trabajo se describen, brevemente, un conjunto de técnicas, algunas de ellas variaciones occidentales de procedimientos del yoga, y otras, prácticas propiamente yóguicas: respiración profunda, purificante, alterna, etc. Posteriormente se han desarrollado una serie de métodos de entrenamiento respiratorio (p.e.: Everly, 1989; Labrador, Puente y Crespo, 1993; Salkovkis, Jones y Clark, 1986; Vázquez, 2001). Todos ellos comparten una serie de componentes y procedimientos, que varían en su proceso de entrenamiento, y que además han demostrado su eficacia en la práctica clínica. Sin embargo, no han alcanzado tan amplia difusión entre los profesionales de la psicología, si los comparamos con otras técnicas de reducción de la activación, de uso más frecuente y, como se ha descrito en el apartado anterior, menor eficacia. Posibles explicaciones a esta paradoja serían la aparente sencillez de estos métodos, el breve espacio en el

que se desarrollan sus procedimientos de entrenamiento o, sencillamente, que la tradición tiene más peso que la eficacia.

6.2. COMPONENTES ACTIVOS

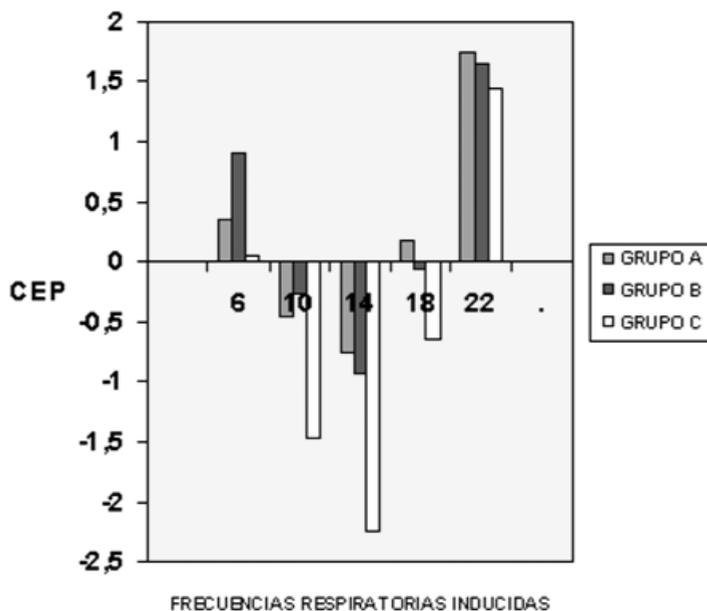
En general, todos los métodos respiratorios proponen un modo de respiración consciente, lento y profundo. Un primer paso para su consecución es el entrenamiento en respiración completa, a desarrollar mediante una serie de prácticas que encadenan respiración diafragmática e intercostal. Este tipo de respiración utiliza toda la capacidad pulmonar, y reduce, en consecuencia, la tasa respiratoria (número de respiraciones por minuto) y, secundaria-mente, el nivel de activación del individuo. Conde Pastor y Menéndez (2002) desarrollan un estudio para averiguar si existe un parámetro respiratorio concreto que reduce en mayor medida la activación. En dicho estudio se plantea una primera hipótesis: las frecuencias respiratorias inferiores a la basal producirán mayores descensos de activación. Para poner a prueba esta hipótesis se solicitó a tres grupos de sujetos ($n=48$) que respirasen en diversas frecuencias: 6, 10, 14, 18 y 22 ciclos por minuto, contrabalanceando secuencias ascendentes y descendentes. Se procedió a medir su CEP (conductancia eléctrica de la piel) en cada uno de los ciclos respiratorios requeridos. Los resultados obtenidos (ver Figura 3) demostraron que cuando los sujetos respiraban en frecuencias inferiores a la suya basal disminuían significativamente más su CEP que cuando lo hacían con tasas iguales o superiores a la de su línea base (proporción = 0,87, intervalo de confianza = 0,004). Se debe destacar que en este estudio no se realizó un entrenamiento sistemático de los sujetos para que desarrollasen cómodamente las secuencias requeridas, sino que simplemente se les solicitó que lo hiciesen de manera espontánea. Así comprobaron que la tasa respiratoria que producía mayores descensos de CEP era la de 14 c/m, seguida por la de 10 c/m, mientras que tasas superiores a la basal producían aumentos en la activación fisiológica, como sucede en los estados de hiperventilación, tan frecuentes en los trastornos de pánico. En conclusión, y a pesar de no existir una fase previa de entrenamiento, se demuestra que la reducción de la tasa respiratoria induce descensos significativos en la activación autonómica e incrementos en el estado

de relajación. Por lo tanto, en el entrenamiento respiratorio sería oportuno desarrollar procedimientos para enseñar a los sujetos a reducir su frecuencia respiratoria. La técnica usada por casi todos los procedimientos es la antes señalada *respiración completa o profunda*. En ella se enseña a los sujetos a utilizar la zona baja de los pulmones, la de mayor capacidad, que es regulada por el diafragma y combinarla secuencialmente con la respiración pectoral, regulada por los músculos intercostales. De este modo el sujeto puede absorber mayor cantidad de oxígeno en cada inspiración y eliminar más dióxido de carbono en cada espiración, siendo necesario hacer menos respiraciones por minuto.

Un segundo componente de las técnicas respiratorias que ha demostrado reducir significativamente el nivel de activación es la relación entre tiempos de inspiración y espiración. Alargar la espiración hasta hacerlo en el doble de tiempo que la inspiración es una práctica yóguica que induce un aumento del estado de relajación (Leroy, 1994, p. 293). En el estudio antes referido de Conde Pastor y Menéndez (oc.) se puso a prueba de modo experimental y controlado esta hipótesis. Así, se solicitó a tres grupos de sujetos que realizasen la siguiente relación inspiración / espiración: en el Grupo A el tiempo de espiración era igual al de inspiración; en el Grupo B, la espiración duraba lo que la inspiración, más la mitad de ésta (inspiración = X, espiración = X + X/2); en el Grupo C, la espiración duraba el doble que la inspiración (inspiración = Y, espiración = 2Y). Para comprobar sus efectos sobre la activación autonómica, se midió la CEP en cada una de las condiciones experimentales. Los resultados obtenidos se muestran en la Figura 3, y arrojaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Los autores concluyen que en la condición C, donde la espiración se da en el doble de tiempo que la inspiración, es en la que se observan mayores descensos de activación, independientemente de la frecuencia respiratoria inducida, y que, por lo tanto, este tipo de respiración es el que mayores estados de relajación provocaría. Esta evidencia nos llevaría a incorporar a los procedimientos de entrenamiento respiratorio una serie de prácticas encaminadas a enseñar a los sujetos a espirar en el doble de tiempo de inspiración.

Figura 3:
Valores medios de CEP de todos los sujetos en cada una de las frecuencias respiratorias inducidas y en las tres condiciones experimentales (tomado de Conde Pastor y Menéndez, 2002)



Los autores concluyen que en la condición C, donde la espiración se da en el doble de tiempo que la inspiración, es en la que se observan mayores descensos de activación, independientemente de la frecuencia respiratoria inducida, y que, por lo tanto, este tipo de respiración es el que mayores estados de relajación provocaría. Esta evidencia nos llevaría a incorporar a los procedimientos de entrenamiento respiratorio una serie de prácticas encaminadas a enseñar a los sujetos a espirar en el doble de tiempo de inspiración.

Relacionado con el ritmo respiratorio, Lichstein (oc.) señala que la introducción de períodos de retención o pausa entre inspiración y espiración induce resultados más rápidos de relajación en el individuo, aunque de menor profundidad, produciendo efectos importantes en menos de un

minuto. En este sentido, enseñar al sujeto a realizar estos procedimientos de retención sería relevante para el uso de esta habilidad en situaciones de crisis o de elevada intensidad emocional. De forma inversa, la presencia de períodos de retención o pausa se puede observar en los estados de relajación profunda, asociados a la reducción del coeficiente metabólico y a estados de meditación, que provocan disminución del consumo de oxígeno y de la producción de gas carbónico, (Leroy, oc., p. 306).

Por último, desarrollar prácticas que permitan el uso de estas habilidades en el medio habitual del sujeto, sería de vital importancia para que éste pueda reducir sus estados de activación ante situaciones cotidianas que le provoquen ansiedad o estrés. Esto le daría un mayor sentimiento de competencia y capacidad de afrontamiento de situaciones desfavorables en diferentes contextos. Así, se han desarrollado procedimientos de entrenamiento en posturas habituales, como sentado o de pie, para que el individuo pueda utilizar las habilidades antes mencionadas en situaciones cotidianas (p.e. Labrador, Puente y Crespo, oc., Ejercicio 6, p. 389).

6.3. MODELOS EXPLICATIVOS

Una revisión en torno a los modelos explicativos de la efectividad de las técnicas de control de la respiración se puede encontrar en Labrador, Puente y Crespo (oc.). Como señalamos anteriormente, diversos autores distinguen tres tipos de respiración: clavicular, pectoral o torácica y diafragmática. Las dos primeras facilitarían la activación del SNA simpático, mientras que la tercera lo haría en cuanto a la activación parasimpática. En este sentido, Ballentine (1976) señala que la espiración lenta incrementa el tono parasimpático. Esto parece haber quedado comprobado experimentalmente en los estudios de Conde Pastor y Menéndez. Pero, ¿qué mecanismo activaría esta rama del SNA.?

Hitai (1975) señala que los movimientos del diafragma provocan movilizaciones en el abdomen que estimulan el nervio vago, induciendo así la activación parasimpática. Harvey (1978) sostiene una explicación similar de incremento del tono vagal: la respiración diafragmática estimula tanto el

plexo solar como el nervio vago derecho, lo que activaría la rama parasimpática del SNA.

Lichstein propone una teoría alternativa a la estimulación vagal. Sostiene que la relajación se produce mediante una alteración de la tasa de gases en sangre, denominada *hipercapnia*. Los procedimientos respiratorios inducirían un incremento de CO₂ en sangre, producto, bien de la retención de la respiración (disminución del ritmo respiratorio), bien por hipoventilación de alrededor del 10 por ciento. Estos aumentos de CO₂ provocarían efectos *parasimpaticomiméticos* tanto a nivel central como periférico, tales como reducción de la tasa cardiaca, vasodilatación distal, incremento de la secreción gástrica, depresión de la actividad cortical y una sensación general de somnolencia. Hernández – Mendo (2001) alude a este modelo de activación parasimpática y cita literalmente a Lichstein: *“la mayoría de los métodos de relajación buscan el control de las respuestas autonómicas por vías indirectas, como la musculatura, la imaginación, etc. La relajación por medio de la respiración es el único punto de entrada directo hacia el Sistema Nervioso Autónomo. En consecuencia, la respiración pausada presenta un gran potencial como método de relajación, combinando las ventajas de ser eficaz y fácil de aprender y merece más investigación y mayor atención clínica de la recibida hasta la fecha”* (Lichstein, oc., p. 165).

Otro modelo explicativo se refiere a los efectos cognitivos de las técnicas de respiración. Everly (1989) señala que la concentración sobre el proceso respiratorio puede servir de actividad incompatible a pensamientos perturbadores u obsesivos e incluso a conductas compulsivas, actuando como distractor o desconector (efecto producido en las técnicas de meditación Zen).

Desarrollo de un método de entrenamiento en control respiratorio

7

Basándonos en las evidencias experimentales expuestas en los apartados precedentes, hemos desarrollado un método de entrenamiento que enseña de modo sistemático pero sencillo, una serie de procedimientos para alcanzar el dominio de una forma concreta de respiración. Ésta permitiría al sujeto controlar y reducir de forma voluntaria su activación psicofisiológica en un breve período de entrenamiento (4 sesiones).

Este método se desarrolla a modo de guía práctica y pretende enseñar los procedimientos de entrenamiento, tanto para el clínico como para el usuario a lo largo del proceso. Su utilidad vendría dada al recoger de forma estructurada los aspectos teóricos, los objetivos y los procedimientos a desarrollar por el psicólogo en las sesiones de entrenamiento en la clínica, así como para la revisión y consulta de los mismos por el usuario entre sesiones ayudándose de un Cuadernillo para sus prácticas. Esta guía desarrolla el entrenamiento en 3 apartados:

1. Aspectos Psicoeducativos.
2. Aspectos relevantes previos a las prácticas respiratorias.
3. Entrenamiento en Control de la Respiración:
 - Fase 1: Respiración Diafragmática.
 - Fase 2: Respiración Completa.
 - Fase 3: Respiración Rítmica con doble tiempo de espiración.
 - Fase 4: Respiración Sentado y de Pie. Generalización.
 - Procedimiento abreviado en situaciones de crisis.
 - Procedimiento de respiración relajadora.

En la Tabla 5 se exponen los Objetivos Generales del método, desglosándose en Objetivos Específicos y sus Procedimientos de entrenamiento.

Estos objetivos y procedimientos son aplicables a adultos y adolescentes (a partir de los 14 años) y se desarrollarían en 4 sesiones con el terapeuta (de alrededor de 20 - 30 minutos, salvo la primera sesión que duraría unos 60 minutos). Para su entrenamiento en la clínica se requiere un diván o un sillón tipo relax (con respaldo abatible para que el sujeto pueda adoptar una posición horizontal, evitando flexionar el tronco por la cintura). Por otro lado, se requiere la práctica por el sujeto entre sesiones (2 sesiones diarias de no más de 20 minutos). Como se puede comprobar, este método mantiene el criterio de eficiencia (rapidez y facilidad en el proceso de entrenamiento), añadiendo un alto grado de sistematización y estructuración en el desarrollo del mismo. Procediendo de este modo se puede alcanzar un elevado nivel de eficacia, hecho que hemos venido comprobando en su aplicación clínica.

Tabla 5:
**Objetivos y Procedimientos en el Método de Entrenamiento
en Control Respiratorio**

Objetivos Generales	Objetivos Específicos	Procedimientos
1. Conocer los aspectos más relevantes en relación a la ansiedad y al proceso respiratorio.	1.1 Qué es y cómo se produce la ansiedad. 1.2 Cuáles son sus componentes. 1.3. La reacción de activación psicofisiológica. 1.4 Anatomía y Fisiología del proceso respiratorio. 1.5 Clases de respiración. 1.6 Parámetros respiratorios más eficaces en el control de la activación. 1.7 Beneficios y aplicaciones.	- Exposición teórica. - Soporte experimental. - Ejemplos. - Cuestionario.
2. Aplicar unos parámetros contextuales y unas prácticas generales que favorezcan el proceso de aprendizaje.	2.1 Lugar y condiciones ambientales. 2.2 Aspectos temporales. 2.3 Respiración nasal. 2.4 Eliminación del aire residual. 2.5 Registro de las sesiones de práctica. 2.6 Valoración de la consecución de objetivos por fase.	- Exposición teórica. - Auto-registro. - Escalas de evaluación.

<p>3. Incrementar la capacidad de observación, concentración y control voluntario del proceso respiratorio.</p>	<p>3.1 Observación de movimientos por zonas: abdomen y tórax 3.2 Concentración en el proceso. 3.3 Eliminación de pensamientos disruptivos.</p>	<p>- Auto-observación. - Visualización. - Detención de pensamiento. - Auto-instrucciones.</p>
<p>4. Respirar utilizando toda la capacidad pulmonar, atendiendo a los parámetros respiratorios concretos para reducir la activación neurovegetativa.</p>	<p>4.1 Respiración Diafragmática. 4.2 Respiración Completa con y sin pausa. 4.3 Respiración Rítmica. 4.4 Tiempos de retención y apnea. 4.5 Doble tiempo de Espiración.</p>	<p>- Prácticas Respiratorias. - Visualizaciones.</p>
<p>5. Utilizar este tipo de respiración previo al afrontamiento de situaciones ansiógenas y en posiciones que permitan su uso en entornos naturales.</p>	<p>5.1 Respiración sentado. 5.2 Respiración de pie. 5.3 Respirar con los ojos abiertos. 5.4 Uso gradual y previo al enfrentamiento de situaciones ansiógenas. 5.5 Generalización a entornos naturales. 5.6 Procedimiento abreviado en situaciones de crisis.</p>	<p>- Prácticas Respiratorias. - Ensayos de conducta.</p>
<p>6. Asociar los procesos respiratorios a sensaciones de relajación y reducción de la ansiedad.</p>	<p>6.1 Asociar a la inspiración la sensación de relajación. 6.2 Asociar a la espiración la eliminación de la ansiedad. 6.3 Asociar el proceso respiratorio a la relajación de grupos musculares.</p>	<p>- Prácticas Respiratorias. - Atención diferencial. - Visualización. - Auto-instrucciones.</p>
<p>7. Proponer soluciones a las dificultades que surgen en las prácticas respiratorias.</p>	<p>7.1 Definición de las dificultades más frecuentes. 7.2 Propuesta de soluciones.</p>	<p>- Prácticas Respiratorias. - Ensayos de conducta.</p>

La división en las cuatro fases planteadas se fundamenta en nuestra experiencia clínica. Hemos observado que, en primer lugar, el correcto dominio por el usuario de la respiración diafragmática es condición necesaria y fundamental para las siguientes fases. Por ello, centraremos nuestro esfuerzo en la primera sesión en el desarrollo de prácticas respiratorias para que el sujeto la afiance con el entrenamiento entre sesiones. Una vez que sea desarrollada por éste de forma correcta, nos plantearemos encadenar la respiración diafragmática con la respiración pectoral con una pausa entre ambas.

De este modo el sujeto puede centrar su atención en cada una de ellas hasta alcanzar una correcta ejecución de la respiración completa. Dedicar un tiempo para su entrenamiento asegura poder pasar a la fase siguiente. Así se puede tener la certeza de que no tendrá dificultades en desarrollar las prácticas necesarias para el aprendizaje de la respiración rítmica y, en la misma fase, ir avanzando hacia la práctica con doble tiempo de espiración (objetivo de la tercera fase de entrenamiento). Una vez conseguido esto con la práctica entre sesiones, se puede dar el último paso en el entrenamiento: la aplicación de esta habilidad en posiciones corporales habituales en el entorno natural (sentado y de pie). Esto asegurará la posibilidad de utilizar el control respiratorio en situaciones ecológicas donde sea necesario reducir el nivel de activación psicofisiológica. Tal vez se podría pensar que el entrenamiento se puede desarrollar en más o menos fases, pero hemos comprobado que la mayoría de sujetos alcanzan con mayor facilidad y más eficazmente los objetivos planteados en esta secuencia. Esto no elimina la posibilidad de agrupar alguna de las fases si algún sujeto en particular ya las domina, o, en sentido contrario, subdividir alguna fase si el sujeto muestra dificultades específicas en la consecución de algún objetivo concreto. Realizar el entrenamiento en tres fases o en cinco no suele implicar mejoras o dificultades significativas, siendo más relevante el correcto aprendizaje y ejecución de los objetivos planteados, que en realidad son los que aseguran el dominio de los parámetros respiratorios más eficaces para controlar y disminuir las consecuencias negativas de la sobreactivación.

Por último, se añaden a la finalización del entrenamiento, dos procedimientos adicionales. El primero de ellos es un procedimiento específico para su enseñanza y utilización en situaciones críticas. Este procedimiento recoge, de forma abreviada, las prácticas respiratorias más eficaces para controlar y reducir reacciones de sobreactivación elevada y/o situacional. El segundo procedimiento adicional desarrolla una técnica de relajación secuencial de diversas zonas del cuerpo a través de habilidades respiratorias, de concentración y visualización. Con él se pretende enseñar al usuario una forma rápida y sencilla para conseguir estados de relajación a nivel muscular y cognitivo.

Aplicaciones

8

Dada la efectividad de las técnicas de control de la respiración, no es de extrañar que se las haya venido utilizando, como única estrategia o en combinación con otras, en una gran variedad de tratamientos. Estaría especialmente indicada en aquellos donde la sobreactivación sostenida es un factor determinante, como en estados de ansiedad o estrés y en diversas alteraciones de salud. Un gran número de estudios parecen demostrar su eficacia en el contexto clínico. Entre los tratamientos de trastornos asociados a la ansiedad o al estrés podemos destacar las siguientes aplicaciones: síndrome de hiperventilación y ataques de pánico con o sin agorafobia (Ballester y Botella, *oc.*; Bonn, *et al.*, 1984; Clark, *et al.*, 1985; Colla, 1982; De Ruiter, *et al.*, 1989; Grossman, *et al.*, 1985; Kraft y Hoogduin, 1984; Ley, 1991; Salkovskis, *et al.*, *oc.*; Van Doorn, *et al.*, 1983); trastornos obsesivo-compulsivos (Everly, *oc.*); ataques de ira y trastornos de evitación/fobias (Davis, *et al.* *oc.*; Vázquez, *oc.*); insomnio (Chóliz, *oc.*); trastornos por estrés postraumático (Corral, *et al.*, 1995); disfunciones sexuales (Labrador, Puente y Crespo, *oc.*).

Entre los trastornos de salud asociados a la sobreactivación y a factores emocionales destacamos: trastornos cardiovasculares e hipertensión arterial (DeGuire, *et al.*, 1992; González y Amigo, 1993); tensión muscular, fatigabilidad, intestino irritable y asma (Davis, *et al.* *oc.*; Vázquez, *oc.*); dolor crónico (Cruzado, *et al.* 1993; Larroy, 1993); trastornos de la conducta alimentaria (Camuñas, *et al.*, 2001); disfonías (Mendoza, *oc.*). También se ha descrito su utilización en otros contextos no clínicos, como por ejemplo en la intervención logopédica, en mejora del rendimiento de deportistas de élite (Conde Pastor y Menéndez, 2000 a; Hernández Mendo, 2001), entrenamiento en



buceo, o en el terreno de la música (mejoras en la ejecución de cantantes o instrumentistas de viento).

Por último, se ha descrito la utilidad de las prácticas respiratorias a la hora de desbloquear la resistencia en la intervención de algunos pacientes. El uso de esta técnica en el contexto de la entrevista clínica favorece la expresión de sentimientos o emociones desagradables, reprimidas o enmascaradas bajo una aparente situación de normalidad o ausencia de dificultades. Esto facilita la apertura de los usuarios antes señalados a la relación terapéutica.

Por lo que se refiere a la aplicación práctica de técnicas respiratorias combinadas con otros procedimientos cognitivo-conductuales (como psicoeducación, reestructuración cognitiva y exposición in vivo), hemos comprobado en nuestra experiencia clínica su gran utilidad dado su elevado valor ecológico. Para ilustrar su uso práctico en el contexto clínico, en el apartado de Anexos, se recogen diversos casos donde se expone cómo aplicar el E.C.R. de modo práctico en distintos trastornos (ver apartado de Estudio de Casos).

Contraindicaciones

9

Como recomendación general, nunca es aconsejable forzar el proceso respiratorio ni la musculatura más allá de los propios límites del usuario. Caso de que el sujeto pretenda acelerar el proceso de aprendizaje realizando un sobreesfuerzo y forzando sus capacidades respiratorias, observará efectos adversos y encontrará que no se relaja en absoluto (en algunos casos el efecto será de aumento de la activación). Se debe, entonces ser muy cauto con los usuarios que muestren tendencias obsesivas, de excesivo afán de control o hipercompetitivos. Con este tipo de usuarios recomendamos insistir en que no pretendan alcanzar los objetivos rápidamente, forzando los procesos: sólo conseguirán los objetivos si realizan los procedimientos cómodamente y sin forzarse.

Si el sujeto fuerza el proceso respiratorio es posible que se presenten calambres abdominales, recomendándose entonces interrumpir el ensayo respiratorio. Se considera importante, a su vez, combinar estos procedimientos con la respiración natural.

Aunque las técnicas respiratorias serían aplicables a la mayoría de los usuarios, se aconseja consultar con su médico de referencia cuando el sujeto presente severas alteraciones orgánicas. Así por ejemplo, ante cuadros que cursen con acidosis metabólica, como podría suceder en algunos pacientes con diabetes, y dado que la hiperventilación puede ser un mecanismo compensatorio, se recomienda consultar con su médico la práctica de estos procedimientos, por si viese necesario ajustar la dosificación de insulina.

Cuando existan sospechas o evidencias de hemorragias internas, el usuario presente cuadros febriles o vagotonía, no se aconseja la práctica de la respiración profunda.

Por otro lado, se será cauto en los períodos de retención de la respiración en pacientes con alteraciones cardiopulmonares severas, como bronquiectasias, bronquitis crónica, enfisema pulmonar y enfermedades cardíacas crónicas.

Para finalizar, ante sujetos con un perfil de personalidad marcadamente obsesivo, hipercontrolador, excesivamente competitivo o impaciente, se debe ser precavido en el aprendizaje de las técnicas de control respiratorio. Seguramente este procedimiento será interpretado como un reto que deben dominar rápidamente. Esto hará que fuercen las prácticas y por lo tanto es probable que éstas no le produzcan modificaciones positivas en su nivel de activación. Incluso este nivel puede verse incrementado al inducirse, por un sobreesfuerzo, estados de hiperventilación, que como señalamos anteriormente, provocan una activación psicofisiológica creciente. Para estos casos, recomendamos consultar el punto 12 del apartado de “Dificultades y Recomendaciones”.

Parte 2

ENTRENAMIENTO EN CONTROL RESPIRATORIO

Aspectos Psicoeducativos

10

Es importante tener en cuenta que un número significativo de sujetos que acuden a tratamiento psicológico con síntomas de ansiedad o estrés desconocen la causa de su malestar. En este sentido, nuestra experiencia nos ha demostrado que es necesario dedicar un tiempo para explicarles qué les sucede, por qué les sucede esto y cómo pueden llegar a controlarlo. En base a ello consideramos muy relevante comentar en detalle una serie de conceptos básicos relacionados con la ansiedad y el estrés, la respuesta de activación Psicofisiológica y el control respiratorio como técnica de desactivación. Esto favorecerá la comprensión de su estado actual y la posibilidad de su modificación y superación, y en consecuencia, su adherencia e implicación personal en el proceso de tratamiento. Además, en un futuro estos conocimientos también les servirán para incrementar su capacidad de análisis y de afrontamiento ante situaciones ansiógenas o estresoras, utilizando esta técnica en dichas situaciones. Por ello recomendamos en la primera sesión reservar un espacio suficientemente amplio para desarrollar con el sujeto estos aspectos psicoeducativos. Con este fin se adjunta en el *Cuadernillo de Prácticas* (ver Anexos) un breve documento, escrito en un lenguaje accesible donde se desarrollan los siguientes conceptos:

- *Ansiedad, Estrés y Activación.*
 - *Qué son.*
 - *Cómo se producen.*
 - *Qué cambios provoca la activación en el organismo.*
 - *Cuándo la activación es beneficiosa.*
 - *Cuándo la activación se convierte en un problema.*
 - *Qué síntomas físicos provoca.*



- *Qué otros síntomas la acompañan.*
- *Consecuencias de estos síntomas.*
- *Conclusiones.*
- *La Respiración.*
 - *Nociones básicas sobre el proceso respiratorio.*
 - *Parámetros respiratorios más eficaces.*
- *Beneficios y Aplicaciones.*

De este modo podrá revisarlo en su domicilio, responder a un breve *Cuestionario* (que se adjunta en su Cuadernillo de Prácticas), más adelante repasarlo y, caso de que le surgiese alguna duda, nos la pueda consultar. En la segunda sesión de entrenamiento comprobaremos el grado de comprensión de estos conceptos mediante el análisis de sus respuestas al cuestionario. Esto nos permitirá retomar alguno de los conceptos si observamos que no ha sido comprendido en su totalidad.

Aspectos relevantes previos a la práctica respiratoria

11

Antes de comenzar con el entrenamiento específico de las habilidades respiratorias es conveniente definir con el sujeto una serie de parámetros procedimentales y contextuales que le facilitarán el aprendizaje y la ejecución de las prácticas a desarrollar entre sesiones. Para ello le comentaremos en la consulta los siguientes aspectos, que deberá tener en cuenta siempre que realice cada práctica en su domicilio:

- Lugar para practicar.
- Momento del día.
- Respiración Nasal.
- Eliminación del aire residual.
- Registro de las sesiones de práctica en el domicilio.
- Objetivos de cada fase de entrenamiento y consecución de los mismos.

Todos estos aspectos se recogen y desarrollan detalladamente en el *Cuadernillo de Prácticas* (ver Anexos). Recomendamos le sean comentados en la consulta y con posterioridad sean repasados por el usuario en su domicilio una vez le sea entregado este documento en la primera sesión de entrenamiento.

Fases de entrenamiento

12

SESIÓN 1

Respiración Diafragmática

- **OBJETIVOS:** Enseñar al usuario a
 - 1) Desarrollar el conocimiento y comprensión de los aspectos más relevantes en torno a la ansiedad, el estrés y la activación psicofisiológica (Aspectos Psicoeducativos).
 - 2) Aplicar una serie de parámetros contextuales y procedimentales básicos concurrentes con las prácticas respiratorias.
 - 3) Incrementar la capacidad de observación y visualización sobre el proceso respiratorio.
 - 4) Respirar únicamente con la zona abdominal (respiración diafragmática) mediante la movilización diferencial de este músculo.
 - 5) Realizar una correcta espiración eliminando la mayor cantidad posible de aire residual.
 - 6) Concentrar la atención sobre los movimientos del diafragma, contando el número de inspiraciones y espiraciones.
 - 7) Asociar los procesos respiratorios a sensaciones de relajación y reducción de la ansiedad.
 - 8) Volver a centrar la atención en el proceso cuando le asalten ideas o pensamientos perturbadores o no relacionados con la respiración.

- **PROCEDIMIENTOS**

1. Aspectos Psicoeducativos

Comentaremos detenidamente con el usuario los aspectos más relevantes que se recogen en el apartado “Aspectos Psicoeducativos” de su *Cuadernillo de Prácticas*. Esto favorecerá su comprensión en torno a qué le sucede, cómo se ha venido produciendo y la posibilidad de modificar su situación. De este modo se normalizarán sus creencias en relación a su estado actual, y a su vez, se incrementará su motivación hacia el entrenamiento. Estos conceptos serían:

- Qué es y cómo se produce la ansiedad.
- Cuáles son sus componentes.
- La respuesta de Activación Psicofisiológica.
- Anatomía y Fisiología del proceso respiratorio.
- Clases de respiración.
- Parámetros respiratorios más eficaces.
- Beneficios y aplicaciones.

Una vez comentadas con el sujeto estas cuestiones, le remitiremos al documento “Aspectos Psicoeducativos”, mostrándoselo en el Cuadernillo que le entregamos. En éste se desarrollan por escrito los factores más relevantes en relación a la Ansiedad y el Estrés. Le solicitaremos que lo lea detenidamente en su domicilio y que responda al cuestionario que le sigue. En la siguiente sesión valoraremos el grado en que el sujeto haya comprendido estos conceptos, retomando si se viese necesario aquellos que lo requieran.

En segundo lugar, le comentaremos brevemente los aspectos previos al entrenamiento que favorecen su desarrollo: lugares y momentos apropiados para realizar las prácticas, respiración nasal, eliminación del aire residual, registro de las prácticas entre sesiones y grado de consecución de los objetivos de cada fase de entrenamiento. Volveremos a remitirle al Cuadernillo, donde se recogen estos aspectos.

2. Visualización Inicial

A continuación, realizaremos, con el usuario tumbado en el sillón-relax y con los ojos cerrados, una visualización del diafragma, así como los movimientos que éste debe realizar cuando se inspire y espire.

Visualización

- Concentre la atención en el diafragma, justo en la zona que está debajo de las costillas...
- Dibuje el diafragma mentalmente en el interior de su cuerpo con un color brillante... Siéntalo...
- Observe que tiene forma de cúpula y separa, profundamente hasta la espalda la cavidad torácica de la abdominal...
- Ahora imagine el movimiento que debe realizar el diafragma cuando inspire...
- El diafragma va descendiendo lentamente dentro de su cuerpo, a medida que va entrando el aire, hasta adoptar una posición plana, horizontal...
- Así presionará suavemente los órganos de la cavidad abdominal, hinchando ligeramente la barriga...
- Ahora imagine que espira y, a medida que va expulsando el aire, el diafragma va ascendiendo hasta adoptar la forma inicial de cúpula...
- Notará que al ascender el diafragma, la barriga se va deshinchando, metiéndose hacia adentro.
- Este movimiento del diafragma, hacia arriba, hace que salga el aire de sus pulmones, sin esfuerzo...

3. Ejercicio de Inspiraciones / Espiraciones diafragmáticas.

- Una vez que hemos enseñado al sujeto cómo se debe mover el diafragma, realizaremos una práctica de inspiraciones y espiraciones diafragmáticas.
- **Posición del usuario:** Tumbado. Ojos cerrados. La punta de la lengua apoyada entre el paladar y la cara interna de los incisivos superiores. Una mano sobre el abdomen (con el pulgar en el ombligo) y la otra sobre el pecho (con el dedo meñique en la boca del estómago). Las manos en esta posición le darán información al sujeto sobre qué zona se mueve (respira).



- Debemos centrar su atención en los movimientos del diafragma, lo que puede observar concentrándose en el movimiento de sus manos.
- Le insistiremos en que sólo se debe mover hacia arriba la mano situada en el abdomen cuando tome aire y, hacia abajo, cuando lo expulse. La mano situada en el pecho **no se debe mover**.
- Si tiene dificultades y la mano del pecho se mueve cuando toma aire, se le pedirá que presione hacia abajo, firmemente, con la mano sobre el pecho. Esto impedirá que se llene de aire la zona media, descendiendo por presión el aire hacia la zona baja de los pulmones.
- Realizaremos entonces una práctica respiratoria atendiendo al siguiente procedimiento:

1. *Inspire* pausada y profundamente por la nariz. A medida que entra el aire, desplace el diafragma hacia abajo. Mientras, note cómo se va hinchando, suavemente, el abdomen. No trate de tomar demasiado aire. Trate de llenarse de aire, pero sin forzarse.
2. *Retenga* el aire unos instantes, antes de iniciar la espiración.
3. *Espire* lentamente por la nariz. Para ello, ascienda el diafragma hacia arriba. La barriga se desplaza hacia adentro. Se puede ayudar presionando ligeramente con la mano sobre el abdomen. Trate de vaciar completamente los pulmones, pero sin forzarse.
4. *Retenga* con pulmones vacíos unos instantes, sintiendo cómo los músculos respiratorios están totalmente relajados, antes de iniciar la siguiente inspiración.

(Repetimos estas instrucciones 5-6 veces).

5. A medida que observemos que el sujeto va dominando la práctica, le solicitaremos que continúe por sí mismo, contando mentalmente cada inspiración y espiración: 1 para la primera inspiración, 2 para su correspondiente espiración y así sucesivamente *hasta llegar a 10 o 20*.
6. Una vez que haya llegado a 10-20, le pediremos que abra los ojos, coloque los brazos como le parezca más cómodo, respire de forma natural y entonces comentaremos su ejecución.

- Seguidamente, le pediremos que ejecute otra serie de Inspiraciones/-Espiraciones Abdominales de 1 a 30, sin guía verbal del terapeuta, insistiéndole en que empiece por eliminar el aire residual (vaciado completo de los pulmones) y proceda entonces con la primera inspiración.
- Caso de que observemos algún signo de ejecución incorrecta, interrumpiremos la práctica y corregiremos su ejecución (Ver apartado de "Dificultades y recomendaciones").
- Le pediremos que realice este ejercicio en casa en tres series de 40.
- Una vez finalizada su primera serie en casa, debe realizar un descanso de 1-2 minutos: tumbado, piernas estiradas, dejando reposar los brazos en el suelo, a los costados, y respirando de forma natural y cómoda. Después debe realizar una segunda serie de 1 a 40, descansará 1 o 2 minutos, y realizará una tercera y última serie de 1 a 40.

4. Ejercicio de Relajación Final

- Para finalizar, realizaremos durante unos minutos un ejercicio de relajación complementario, para que el sujeto asocie el proceso respiratorio a sensaciones agradables de relajación y eliminación de la ansiedad.
- Se le mostrarán dos tipos de ejercicios, explicándole que cada persona responde mejor a *códigos verbales (Diálogo Interno)* o a *códigos visuales (Visualización)*. Entrenaremos ambos métodos, para que después utilice el que mayor efecto de relajación le produzca.
- Este ejercicio tiene dos fases consecutivas, asociada cada una de ellas al proceso de inspiración y al de espiración.

1. **Cuando Inspire**, el sujeto se concentrará en la idea de que al tomar aire, se llena de PAZ – TRANQUILIDAD – RELAJACIÓN – CALMA.

Diálogo Interno

- Repita mentalmente una de esas palabras (Paz, Calma, Relajación, Tranquilidad) cada vez que tome aire...
- Puede también decirse a si mismo: “Tomo paz”, o “Tomo calma”, o “Tomo tranquilidad”...

Visualización

- Visualice el aire como una sustancia o luz brillante, que le llena de una sensación agradable y refrescante, que entra por su nariz y va llenando todo su cuerpo...
- Sienta cómo al inspirar va entrando esa sustancia o luz por la punta de sus pies y va, suavemente, ascendiendo como una ola por sus piernas, abdomen, pecho, cuello, cabeza hasta llegar a la coronilla...

2. **Cuando espire**, a medida que vacía los pulmones, se concentrará en la idea de que, junto con el aire que sale por la nariz, expulsa los NERVIOS – ANSIEDAD - INTRANQUILIDAD – MIEDO.

Diálogo Interno

- Al espirar, repita mentalmente: “Expulso nervios”, o “Expulso ansiedad”, o “Expulso miedo”, o “Expulso intranquilidad”...

Visualización

- Al expulsar el aire, sienta cómo esa sustancia o luz comienza a descender desde la coronilla, va bajando por la cabeza, cuello, pecho, abdomen, piernas y se derrama por los talones.
- Sienta cómo a medida que va descendiendo, esa sustancia o luz va arrastrando con ella la ansiedad, el miedo, los nervios, dejando relajado y cálido todo su cuerpo.

- Encadenaremos ambas secuencias para cada modalidad, guiándolo verbalmente durante unas 10 respiraciones. A continuación le solicitaremos al sujeto que prosiga por sí mismo. Después comentaremos con éste si nota alguna modificación en su nivel de ansiedad o si ha tenido alguna dificultad.
- Le indicaremos que utilice este ejercicio después de la tercera serie de respiraciones diafragmáticas de 1-40 (para finalizar la sesión de práctica en casa) y siempre que lo desee en situaciones cotidianas.

5. Concentración en los ejercicios

- Comentaremos con el sujeto que es probable que, mientras realice alguno de los cuatro ejercicios propuestos (visualización inicial, series de respiraciones abdominales y relajación final mediante el diálogo interno y/o la visualización) vengan a su mente pensamientos, recuerdos o proyectos que le descentren del proceso.
- Ya que esto le sucederá, debe aprender a detectar cuándo comienza a pensar en otra cosa distinta de lo que está haciendo, es decir, cuándo ha dejado de concentrarse en ello.
- Cuando esto suceda debe utilizar la **Detención del Pensamiento** y la **Atención Diferencial** ayudándose del **Diálogo Interno** para volver a centrar su atención en el ejercicio.

- Le propondremos que se diga a sí mismo:
“¡Para! Estás pensando en...”,
“¡Alto! Eso lo puedes dejar para después, cuando termines el ejercicio”,
“¡Stop! Aplázalo unos minutos. Pensarás en ello cuando termines”.
- Debe volver a concentrarse en el ejercicio. Se puede decir a sí mismo:
“Estaba haciendo...”,
“Debo concentrar mi atención en como...”.
- Para que le resulte más fácil al sujeto centrar su atención en el proceso podemos recomendarle que se concentre en localizar primero y percibir después los movimientos de su diafragma. Además puede concentrarse en cómo entra y sale el aire de sus pulmones, llenando la zona baja de los mismos. Otra posibilidad es observar cómo se mueve la mano situada en su abdomen, subiendo al inspirar y descendiendo al espirar, permaneciendo la mano situada en el pecho inmóvil. Estos aspectos pueden servirle para volver a concentrarse en el ejercicio, dejando a un lado estímulos tanto internos como externos no relacionados con la práctica que realiza.

6. Finalización de la sesión

- Para finalizar la sesión, después del ejercicio, solicitamos al sujeto que abra los ojos. Le preguntaremos cómo se siente. Le pediremos que evalúe su grado de relajación utilizando una escala de 0 a 10, siendo *0– nada relajado* y *10– completamente relajado*. A continuación le solicitaremos que se incorpore lentamente, primero sentándose unos momentos en el sillón y después, lentamente se incorpore hasta ponerse de pie.
- Algunas personas, al finalizar las primeras sesiones, pueden sentir un ligero mareo. Esto puede suceder en algunos casos y es normal. Simplemente, no están todavía acostumbrados a los aumentos de oxígeno y dióxido de carbono en sangre que producen estos ejercicios. Este aspecto se debe comentar con el sujeto, y si le sucede alguna vez, remitirse al apartado de solución de dificultades, punto 2.

7. Guía para las prácticas entre sesiones

- Se le comentará al sujeto que la práctica propuesta entre sesiones no dura más de 15-20 minutos. Por tanto, es fácil hacerle un hueco entre sus actividades cotidianas.
- Se le pedirá que practique, al menos, dos veces al día (si puede ser, una por la mañana y otra al anochecer), con el estómago vacío o después de haber hecho la digestión. Concretaremos el lugar donde va a practicar y los momentos que elegirá para hacerlo. Esto está recogido en el apartado 1 y 2 de aspectos previos al entrenamiento.
- A su vez, comentaremos la importancia de realizar un registro de las sesiones en casa, mostrándole cómo rellenar la Tabla de Auto-registro. Para ello utilizaremos como ejemplo la práctica respiratoria que acabamos de realizar en la consulta (anotar la fecha, la práctica 1 de ese día, la puntuación sobre el grado de relajación que nos comentó al finalizar los procedimientos y si tiene algún comentario relevante).
- Para finalizar, repasaremos la secuencia de procedimientos a desarrollar por el usuario entre sesiones, revisando con él la tabla que recoge esto en la Guía-Resumen de su Cuadernillo de Prácticas.

SESIÓN 2

Respiración Completa

- **OBJETIVOS:** Enseñar al usuario a
 - 1) Realizar una Respiración Completa.
 - 2) Realizar, en la misma Inspiración / Espiración, una secuencia de dos tiempos (primero, con la zona abdominal, y, a continuación, con la zona pectoral), realizando una pequeña pausa entre ambas.
 - 3) Concentrar la atención sobre los movimientos del diafragma y el pecho, contando el número de inspiraciones y espiraciones.
 - 4) Asociar los procesos respiratorios a sensaciones de relajación y reducción de la ansiedad.
 - 5) Volver a centrar la atención en el proceso cuando le asalten ideas o pensamientos perturbadores o no relacionados con la respiración.

6) Utilizar la práctica respiratoria previamente al afrontamiento de situaciones que le provoquen una ansiedad ligera.

- **PROCEDIMIENTOS:**

1. Análisis del Cuestionario y Auto-registro

- Revisaremos con el usuario el *Cuestionario de Aspectos Psicoeducativos* y el registro de sus prácticas entre sesiones, determinando su grado de consecución de los objetivos planteados en la Fase 1.
- Si el usuario domina la respiración diafragmática, procederemos a entrenarlo en la 2ª fase.

2. Aspectos teóricos de la Respiración Completa

- Repasaremos con el usuario los siguientes aspectos sobre la *Respiración Profunda o Completa*.
 - 1) Para que la respiración sea completa, se debe proceder siempre de *abajo hacia arriba*.
 - 2) Primero debemos llenar la zona baja de los pulmones, desplazando hacia abajo el diafragma y notando cómo se hincha ligeramente el abdomen.
 - 3) Después, y en la misma inspiración, se llenará la zona media, mediante la expansión de los músculos intercostales, lo que notaremos al hincharse el pecho.
 - 4) Para vaciar los pulmones, en la misma espiración, procederemos también *de abajo hacia arriba*: primero vaciaremos la zona baja (ascendiendo el diafragma y metiendo hacia adentro el abdomen) y después la zona media (relajando los músculos intercostales y deshinchando el pecho).

3. Visualización inicial

- Realizaremos, en primer lugar, la misma visualización de los movimientos del diafragma, pero ahora también incluiremos los movimientos del tórax (músculos intercostales). Para ello solicitaremos al usuario que se tumbe en el sillón-relax y que cierre los ojos.

Visualización

- Concentre la atención en su diafragma. Dibuje mentalmente su forma de cúpula en el interior de su cuerpo con un color brillante... Siéntalo...
- Dibuje ahora los músculos situados entre sus costillas... Siéntalos...
- Ahora imagine los movimientos que deben realizar el diafragma y los músculos intercostales, cuando inspire...
- Primero, el diafragma descenderá lentamente dentro de su cuerpo hasta adoptar una posición plana, horizontal... presionando suavemente los órganos de la cavidad abdominal... hinchando ligeramente la barriga...
- Después, y en la misma inspiración, los músculos intercostales se expandirán, separando las costillas, aumentando la caja torácica, e hinchando suavemente el pecho...
- Ahora imagine que espira, y, a medida que va expulsando el aire, su diafragma va ascendiendo hasta adoptar la forma inicial de cúpula...
- En la misma espiración, cuando haya vaciado la zona baja de sus pulmones, los músculos intercostales se relajarán, juntando las costillas y deshinchando el pecho...
- Estos movimientos hacen que salga el aire de sus pulmones, sin esfuerzo.

4. Series de Inspiraciones / Espiraciones Completas

- Una vez que se ha imaginado el usuario cómo se moverán el diafragma y los músculos intercostales, se realizará una serie de inspiraciones y espiraciones de respiración completa.
- **Posición:** Tumbado en el sillón. Ojos cerrados. La punta de la lengua apoyada entre el paladar y la cara interna de los incisivos superiores. Una mano sobre el abdomen (ombligo) y la otra sobre el pecho (esternón). Las manos en esta posición darán información al sujeto de qué zonas se mueven (respiran), y el orden en que lo hacen.
- En este ejercicio, se realizará la respiración en *dos tiempos sucesivos*, con una pequeña *pausa* entre Inspiración y Espiración.
- Guiaremos al sujeto suministrándole las siguientes instrucciones:



1. *Inspire* pausada y profundamente por la nariz. En el primer tiempo de inspiración, desplace el diafragma hacia abajo, y sienta cómo se va hinchando el abdomen. Realice un instante de pausa e inicie el segundo tiempo con la expansión de los músculos intercostales. Notará como se hincha el pecho. (No trate de tomar demasiado aire. Trate de llenarse de aire, pero sin forzarse).
2. *Retenga* el aire unos instantes, antes de iniciar la espiración.
3. *Espire* lentamente por la nariz. En el primer tiempo de espiración, ascienda el diafragma hacia arriba, mientras que la barriga se desplaza hacia adentro. Realice una pequeña pausa e inicie el segundo tiempo, con la relajación de los músculos intercostales. Sienta cómo se va deshinchando el pecho, hasta no quedar aire en los pulmones. (Trate de vaciarlos completamente, pero sin forzarse).
4. *Retenga* con pulmones vacíos unos instantes, sintiendo cómo los músculos respiratorios están totalmente relajados, antes de iniciar la siguiente inspiración.
5. Repetimos esta secuencia hasta que observemos que el sujeto la realiza adecuadamente.
6. Solicitaremos que el sujeto *siga solo, contando mentalmente* cada inspiración y espiración completa: 1 para la primera inspiración, 2 para su correspondiente espiración y así sucesivamente *hasta llegar a 10-20*.
7. Una vez que hayamos llegado a 10-20, comentamos la práctica con el usuario.

5. Repaso del Ejercicio de Relajación Final

- Comentaremos con el usuario cómo le fue en la práctica en casa con este ejercicio y cuál de los procedimientos entrenados (Diálogo Interno o Visualización) le produjo más relajación.
- Realizaremos la misma práctica de relajación descrita en la 1ª sesión.
- Su objetivo es reforzar la asociación a los procesos respiratorios de sensaciones de relajación y reducción de la ansiedad mediante Diálogo Interno y/o Visualización.

6. Repaso de Concentración en los ejercicios

- Comentaremos con el sujeto las mismas estrategias descritas en este apartado, en la 1ª Sesión: si las ha venido utilizando y qué resultados obtuvo o dificultades encontró.

7. Generalización de las Técnicas a situaciones de la vida cotidiana

- Para finalizar instaremos al sujeto a usar esta habilidad *previamente* a situaciones que le produzcan una ansiedad ligera.
- Estas situaciones las definiremos con él atendiendo a la evaluación de situaciones ansiógenas (p.e.: dar un paseo, antes de ponerse a estudiar, etc.) y le pediremos que antes de enfrentarlas dedique unos minutos a realizar una serie de inspiraciones completas.
- Le solicitaremos entonces que observe el resultado y que lo anote en su Hoja de Autorregistro.

8. Guía para las prácticas entre sesiones

- Solicitaremos al sujeto que siga practicando, al menos dos veces al día.
- Procederemos de igual modo para finalizar la sesión de entrenamiento.
- Cerraremos la sesión revisando con el usuario la secuencia de procedimientos a realizar entre sesiones, recogida en su Cuadernillo de Prácticas. **e espira**

SESIÓN 3

Respiración Rítmica con doble tiempo de espiración

- **OBJETIVOS: Enseñar al usuario a**
 - 1) Realizar en la misma inspiración / espiración los dos tiempos de la respiración (abdominal – pectoral) sin realizar pausa entre ambos.
 - 2) Introducir, entre inspiración y espiración, un período de retención o pausa.
 - 3) Realizar la respiración completa atendiendo a unos tiempos para cada parte (inspiración – retención – espiración – apnea).
 - 4) Alargar progresivamente los tiempos de la espiración hasta conseguir que sean el **doble** que los de inspiración.
 - 5) Utilizar la práctica respiratoria previamente al enfrentamiento de situaciones que le provoquen una moderada ansiedad.

- **PROCEDIMIENTOS:**

1. Análisis del Auto-registro

- Revisaremos con el usuario el registro de sus prácticas y determinaremos su grado de consecución de los objetivos planteados en la Fase 2.
- Si el usuario domina el encadenamiento de respiración diafragmática e intercostal, procederemos a entrenarlo en la 3ª fase.
- Comenzaremos las prácticas de esta sesión comentando al usuario los cuatro aspectos básicos que se deben desarrollar en esta tercera fase de entrenamiento:

(1) Empezaremos como siempre por abajo, llevando el aire hacia el abdomen, con el movimiento del diafragma que hemos practicado con anterioridad, y seguiremos, en la misma inspiración, llenando la zona intercostal (zona media y alta). Pero, a diferencia de la fase anterior, lo haremos en un solo movimiento continuo, *sin realizar pausa entre ambas zonas*.

(2) Introduciremos una pequeña pausa entre las fases respiratorias. Después de la inspiración, durante un espacio de tiempo, retendremos el aire en nuestros pulmones (esto favorece la absorción de oxígeno y la eliminación de CO₂) y haremos una breve apnea después de la espiración (retener con pulmones vacíos mientras nos concentramos en la relajación de los músculos respiratorios – diafragma, músculos abdominales e intercostales).

(3) Además, en estos ejercicios comenzaremos a **contar tiempos mentalmente** para cada parte del proceso respiratorio.

(4) Por último, y una vez dominado lo anterior, progresivamente alargaremos los tiempos de la espiración hasta hacerlos el doble de los tiempos de inspiración, puesto que se ha demostrado experimentalmente que esto produce un estado de relajación más profundo con mayor rapidez.

Para conseguir estos objetivos procederemos en dos etapas.

2. Procedimiento 1

En este primer ejercicio solicitaremos al usuario que cuente tiempos mentalmente del siguiente modo:

- *Vaciar* completamente los pulmones.
- *Inspirar* en **4 tiempos** (inspiración completa sin pausa entre la zona baja y la zona media).
- *Retener* con pulmones llenos **2 tiempos**.
- Espirar en **4 tiempos**.
- *Retener* con pulmones vacíos **2 tiempos**.

Practicaremos durante 2-3 minutos esta secuencia, comentando al final su ejecución.

3. Recomendaciones

- Es importante que el sujeto no se fuerce alargando los tiempos más allá de su capacidad. Debe buscar un ritmo cómodo. Se le puede recomendar utilizar tiempos aproximadamente de *un segundo*.
- Si tiene dificultades para marcarse mentalmente el ritmo, se puede utilizar un metrónomo o facilitarle la secuencia dando el psicólogo golpecitos con un bolígrafo sobre la mesa. Asimismo el terapeuta puede ir contando en voz alta los tiempos (4-2-4-2) durante los primeros ensayos y, una vez que el sujeto va acompasando los tiempos con nuestra voz, solicitarle que siga contando mentalmente por sí mismo los tiempos indicados.
- Después de cada fase de pausa respiratoria, la reanudación de la inspiración o la espiración debe ser cómoda y natural.
- Si se observa que el sujeto tiene dificultades para ello, se le solicitará que retenga sólo 1 tiempo. Si le sigue costando, se le pedirá que lo reduzca a un instante. A medida que practique en casa y retenga cómodamente la respiración unos instantes, se le solicitará que vaya aumentando gradualmente este período, hasta llegar a los dos tiempos indicados.

4. Procedimiento 2

Se comentará con el sujeto que cuando domine el procedimiento 1, realice este segundo procedimiento. El objetivo de este ejercicio es alargar pro-



gresivamente los tiempos de espiración hasta conseguir que sean el doble que los de inspiración. Seguiremos la siguiente secuencia:

- *Vaciar* completamente los pulmones.
- *Inspirar* en 4 tiempos.
- *Retener* con pulmones llenos 2 tiempos.
- *Espirar* lo más lenta y cómodamente posible a la vez que cuenta mentalmente los tiempos en que lo hace.
- *Retener* con pulmones vacíos 2 tiempos.

- Una vez que termine el ejercicio, le preguntaremos los tiempos que ha conseguido con comodidad en la espiración. Entonces le pediremos que siga practicando en casa tratando de hacerlo progresivamente un tiempo más lento, hasta llegar a los 8 tiempos de espiración.
- El objetivo final es respirar cómodamente en la secuencia 4-2-8-2.

5. Recomendaciones

- Se insistirá al usuario en que no debe forzar los tiempos de espiración, alargándolos más allá de su capacidad. La comodidad debe presidir su ejecución para que así se relaje. Por ello, debe proceder *progresivamente*, pasando por espirar en su tiempo lento y cómodo de espiración y así se le solicitará que lo haga en un ensayo. Una vez conseguido esto en casa cómodamente, se le solicitará que trate de espirar aumentando progresivamente un tiempo, haciéndolo solo un poco más despacio hasta hacerlo en 6 tiempos, después en 7, y, final y cómodamente, en 8 tiempos.
- Si tiene dificultades para alargar los tiempos de espiración, nos remitiremos al Punto 8 de Dificultades y Recomendaciones.

6. Generalización de las Técnicas a situaciones de la vida cotidiana

- Instaremos al sujeto a usar esta habilidad *previamente* a situaciones que le produzcan una ansiedad moderada.
- Estas situaciones las definiremos con él atendiendo a la evaluación de situaciones ansiógenas y le pediremos que antes de enfrentarlas dedique unos minutos a realizar una serie de respiraciones rítmicas.

- Le solicitaremos entonces que observe el resultado y que lo anote en su Hoja de Autorregistro.

7. Guía para las prácticas entre sesiones

- En esta fase de entrenamiento, el usuario no podrá contar las inspiraciones y espiraciones que realiza, al atender a los tiempos que le demandamos para cada una de ellas. Por lo tanto, le solicitaremos que respire atendiendo a los tiempos de inspiración, retención, espiración y apnea durante 4-5 minutos aproximadamente.
- Por último, revisaremos con el sujeto la tabla de procedimientos para la práctica entre sesiones, recogida en su Cuadernillo de Prácticas.

SESIÓN 4

Respiración Sentado y de Pie. Generalización

- **OBJETIVOS:** Enseñar al usuario a
 - 1) Controlar su proceso respiratorio en posturas habituales de la vida cotidiana.
 - 2) Respirar sentado en la secuencia previamente aprendida.
 - 3) Respirar de pie en la secuencia previamente aprendida.
 - 4) Respirar con los ojos abiertos, sin perder la concentración.
 - 5) Utilizar la práctica respiratoria previamente al enfrentamiento de situaciones que le provoquen una ansiedad severa (antes de salir de casa).
 - 6) Generalizar el uso de la técnica de control respiratorio a situaciones reales de la vida cotidiana asociadas con respuestas de activación.
- **PROCEDIMIENTOS:**

1. Análisis del Auto-registro

- Revisaremos con el usuario el registro de sus prácticas y determinaremos su grado de consecución de los objetivos planteados en la Fase 3.
- Si el usuario domina la secuencia respiratoria propuesta, tumbado y con los ojos cerrados, le entrenaremos para realizar esta habilidad en las posturas más habituales de su vida cotidiana.



- De este modo podrá utilizar esta habilidad en situaciones reales, incluso frente a las que reacciona con ansiedad.
- Las posturas a las que asociaremos el control de la respiración serán sentado y de pie.
- Iniciaremos esta sesión solicitando al usuario que se tienda en el sillón-relax. Realizaremos una serie de respiraciones, en la secuencia que ya domina (4-2-8-2) de unos minutos. Una vez relajado por esta serie, pasaremos a practicar con el usuario sentado.

2. Respiración Sentado

Realizaremos tres ensayos con el sujeto para que adquiera las habilidades previamente conseguidas en la posición tumbado, pero ahora los practicaremos sentado.

Ensayo 1

- **Posición Sentado:** Ojos cerrados. Es fundamental que la **espalda** permanezca **recta** (la columna vertebral perpendicular al asiento), manteniendo la cabeza derecha. Una mano sobre el ombligo y la otra entre el esternón y la boca del estómago.
- Iniciaremos una serie de respiraciones completas, atendiendo a conseguir los tiempos **4-2-8-2**.
- Solicitamos al usuario que concentre su atención en cómo, en cada respiración, se van hinchando y deshinchando progresivamente el abdomen y el pecho.
- Es posible que le cueste un poco al principio, al cambiar la posición de los músculos respiratorios al estar ahora sentado. Caso de que no consiga los tiempos indicados, no se debe preocupar. Debe insistir en la práctica en casa y conseguirá una ejecución cómoda similar a la que alcanzó tumbado. Cuando lo haya conseguido, se le comentará que pase al ensayo 2, que le explicaremos como sigue.

Ensayo 2

- **Posición Sentado:** Ojos cerrados. En éste procedimiento cambiará la posición de las manos. Las dejará descansar cómodamente sobre los muslos o apoyada una sobre la otra en el regazo.
- Si el sujeto en el ensayo 1 consigue una ejecución correcta, le entrenaremos en este segundo procedimiento, que pretende la respiración en tiempos, pero sin información de manos.
- Debe practicar hasta conseguir los tiempos 4-2-8-2 sin necesidad de que las manos le informen de qué zona se mueve. Concentrará su atención en sentir qué zona lo hace.
- Se observa que la principal dificultad se encuentra en la fase de espiración (que se suele dar de forma más rápida que cuando lo hacía tumbado). Por ello le pediremos que preste a la espiración una especial atención, concentrándose en espirar lo más lentamente que pueda, hasta hacerlo en los 8 tiempos recomendados.
- Cuando hayamos practicado este procedimiento durante 2-3 minutos, y si el sujeto demuestra cierto dominio, pasaremos a mostrarle el siguiente procedimiento. Si observamos que todavía no lo domina, le solicitaremos que lo practique en casa, y cuando lo haga sin dificultad, deberá pasar al siguiente procedimiento.

Ensayo 3

- Adoptará la misma posición que en el apartado anterior (espalda recta, manos sobre los muslos o regazo), pero ahora debe mantener los ojos abiertos, fijando la mirada en un punto de la habitación.
- El objetivo es respirar de forma profunda en los tiempos 4-2-8-2 sin perder la concentración en el proceso.
- Suele ayudar indicarle al sujeto que "*respire con los ojos*". Aunque pueda parecer extraño, si se concentra en esta instrucción, sentirá que, al inspirar, nota un cierto frescor en la zona ocular. Esta sensación suele ayudar a mantener la concentración en el proceso, a la vez que atiende a los tiempos requeridos.

3. Respiración de Pie

Procederemos de igual modo que en la posición sentada, encadenando tres ensayos.

Ensayo 1

- **Posición de Pie:** Ojos cerrados, espalda recta, cabeza derecha. Una mano sobre el ombligo y la otra entre el esternón y la boca del estómago.
- Si el sujeto tiene dificultades para mantener el equilibrio con los ojos cerrados, ver *Punto 10 de Dificultades y Recomendaciones*.
- Iniciaremos una serie de respiraciones completas, atendiendo a conseguir los tiempos **4-2-8-2**.
- El usuario debe concentrar su atención en cómo, en cada respiración, se van hinchando y deshinchando progresivamente el abdomen y el pecho. Las manos le informarán de qué zona respira (se mueve).
- Es posible que le cueste al cambiar la posición de los músculos respiratorios al estar ahora de pie. Se debe de quitar importancia si los tiempos no son exactamente como antes. Se le solicitará que lo practique en casa y así lo conseguirá.
- Cuando lo haya conseguido, se le solicitará que practique el segundo procedimiento, del siguiente modo.

Ensayo 2

- **Posición de Pie:** espalda recta, cabeza derecha, brazos colgados a los costados.
- Debe practicar hasta conseguir los tiempos 4-2-8-2 sin necesidad de que las manos le informen de qué zona se mueve. Concentrará la atención en sentir qué zona lo hace.
- Como sucedía sentado, debe atender especialmente al proceso de espiración, tratando de realizarlo lo más lentamente que pueda, hasta los 8 tiempos recomendados.
- Cuando lo haya conseguido pasará a practicar el siguiente procedimiento.

Ensayo 3

- Adoptaremos la misma posición que en el ejercicio anterior, pero, manteniendo ahora los ojos abiertos, fijando la mirada en un punto de la habitación.
- El objetivo es respirar de forma profunda en los tiempos 4-2-8-2 sin perder la concentración en el proceso.
- Al igual que en este apartado de la práctica sentada, le indicaremos que se concentre en “respirar con los ojos”.

4. Secuencia de práctica entre sesiones

- En primer lugar, se realizará una serie de respiraciones 4-2-8-2 tumbado y con los ojos cerrados durante 2-3 minutos, descansando 1 minuto con respiración natural.
- A continuación se debe practicar los procedimientos en posición sentado, en 3 series de 2-3 minutos, con un descanso de 1 minuto entre ellas. En función de la ejecución que haya demostrado en los ensayos con información de manos (ver *Punto 9 de Dificultades y Recomendaciones*), se le pedirá que realice el procedimiento sin información de manos, alternando la ejecución con/sin los ojos cerrados.
- Cuando domine la respiración sentado, pasará a practicar la respiración de pie, en la misma secuencia de procedimientos.
- En los ejercicios de relajación final se alternarán las posiciones de tumbado, sentado y de pie.

5. Uso del Control Respiratorio en entornos naturales

Una vez que el usuario domine las Técnicas de Control Respiratorio (respiración completa atendiendo a los tiempos 4-2-8-2, en posición sentado y de pie) nos podemos plantear su utilización en combinación con la Exposición in vivo (caso de que presente patrones de evitación).

Para ello construiremos conjuntamente con el sujeto un listado de situaciones que le provoquen ansiedad, y posteriormente le pediremos que las gradúe de 0 a 10, siendo 0 Totalmente relajado y 10 Sensación de pánico.

Posteriormente, procederemos a la Exposición In Vivo del sujeto a las situaciones ansiógenas, empezando por las de menor intensidad estresora, hasta finalizar con las de mayor angustia.

6. Guía para las prácticas entre sesiones

- Para finalizar, revisaremos con el sujeto la Guía-Resumen recogida en su Cuadernillo de Prácticas:

Procedimientos adicionales

13

PROCEDIMIENTO ABREVIADO EN SITUACIONES DE CRISIS

Hasta aquí hemos venido planteando el entrenamiento respiratorio en las fases necesarias para alcanzar un correcto dominio de esta habilidad y prevenir y reducir al máximo la sobreactivación del sujeto. Pero, a veces, en la práctica clínica surgen situaciones que requieren una intervención urgente o puntual por presentar el usuario una crisis de ansiedad (intervención en catástrofes, situaciones de elevada intensidad emocional, ansiedad situacional, etc.). En estas circunstancias es muy útil disponer de una estrategia de intervención de fácil aplicación a la vez que eficaz. Por ello, hemos desarrollado una práctica abreviada del control respiratorio donde se recogen aspectos del mismo que el sujeto puede fácilmente desarrollar sin un entrenamiento previo y que, a la vez, le pueden ayudar a controlar y reducir su nivel de activación rápidamente. Aunque mediante este procedimiento no se suelen alcanzar estados tan profundos ni tan duraderos de relajación subjetiva comparándolos con los que se obtienen con la práctica de los parámetros respiratorios desarrollados anteriormente, su utilidad vendría dada al servir como punto de inflexión en la crisis que el sujeto presenta.

El procedimiento abreviado se plantea, básicamente, dos objetivos:

1. Que el sujeto comprenda lo que le está sucediendo en ese momento: su estado de activación se está incrementando con lo que sufre los síntomas psicofisiológicos que ello provoca (disnea, taquicardia, sudoración, temblores, mareo, miedo o temor difuso, etc.). Por lo tanto es

importante tranquilizarle, explicándole qué le sucede, y que esto se puede controlar.

2. Centrar su atención en respirar de una manera concreta. En primer lugar, en la situación de crisis, lo más eficaz es introducir un *período de retención* (entre inspiración y espiración) de alrededor de tres-cuatro segundos. En segundo lugar debe tratar de espirar lo más lentamente posible, siendo para ello útil emplear la *respiración refrescante* (expulsar el aire por la boca, entornando los labios como si se soplara por una pajita).

Con este procedimiento el sujeto podrá observar en ocho o diez ensayos, cómo el incremento de los síntomas antes mencionados se detiene y probablemente comienza a descender.

Se debe señalar que si el sujeto no ha sido entrenado previamente en estrategias de control respiratorio, es probable que no domine la respiración completa (encadenamiento entre respiración diafragmática y pectoral). En consecuencia no debemos de hacer hincapié en que realice este tipo de respiración, sino, simplemente, en que trate de tomar aire por la nariz lo más *lenta y profundamente* que pueda, sin importar la zona de los pulmones a la que lo dirija.

Por otro lado, es relevante tener en cuenta que la combinación de la retención respiratoria con la espiración lenta provoca con rapidez un aumento de la concentración de CO₂ en sangre (hipercapnia) con los potentes efectos parasimpaticomiméticos que señalamos en el Apartado 6.3. Por este motivo, la práctica respiratoria abreviada se debe realizar, como máximo, en 10 ensayos con sujetos que no hayan sido adiestrados previamente en las técnicas de control respiratorio. Una vez finalizados los ensayos, se debe introducir un período de respiración natural de unos 3-4 minutos antes de realizar otro grupo de ensayos si la situación lo requiriese. Si el usuario ha practicado y domina adecuadamente el entrenamiento planteado en sus cuatro fases, en situaciones de crisis, se le debe recomendar que incremente la retención respiratoria hasta 4 tiempos en la secuencia que conoce de respiración rítmica (4-4-8-2).

Procedimiento de Entrenamiento Abreviado

El procedimiento se desarrollaría en 2 partes:

• **Primera Parte:** Cuando observemos que el sujeto muestra síntomas importantes de sobreactivación le diremos de forma tranquila y pausada:

“Observo que se está poniendo algo nervioso y es probable que sienta cosas como ... (enumerar algunos de los síntomas que manifiesta). Lo que Usted percibe es debido a que su organismo se ha activado cambiando algunas de sus funciones. Esto es algo normal teniendo en cuenta la situación en la que se encuentra. No le va a suceder nada, pero podemos tratar de controlar sus síntomas”.

Le pediremos, en función del entorno en el que nos encontremos, que adopte una postura adecuada para realizar la práctica respiratoria. Lo más habitual es pedirle que se siente tratando de mantener la espalda recta y colocando las manos, una sobre otra, en el regazo, cerrando a su vez los ojos.

• **Segunda Parte:** En este momento debemos centrar su atención en la respiración, como mecanismo para reducir su estado de ansiedad. Le diremos:

“La mejor forma de reducir sus síntomas es respirar atendiendo a lo que le voy a pedir que haga.

- *Tiene que tomar aire por la nariz lenta y lo más profundamente que pueda (observe como lo hago yo).*
- *Después, trate de retener el aire en sus pulmones contando mentalmente hasta tres (fíjese cómo lo hago).*
- *Por último, para expulsar el aire entorne los labios así (mostrar) y espire lenta y pausadamente”.*

Pediremos al sujeto que realice lo que le acabamos de explicar guiándolo verbalmente en su ejecución. Reforzaremos la práctica correcta diciéndole: *“Lo está haciendo muy bien... veo que me ha comprendido... siga así unas cuantas veces más...”*. A medida que va respirando en la secuencia indicada le



podemos dirigir mensajes encubiertos de control de la ansiedad, como por ejemplo *“note como a medida que va respirando así, la ansiedad va disminuyendo progresivamente...”*, *“sienta como la ansiedad va saliendo por su boca junto con el aire”*, *“concéntrese en llenarse de paz al tomar aire... y en expulsar los nervios al espirar”*, *“repita mentalmente la palabra paz al inspirar... y expulso los nervios al espirar”*, etc.

A medida que el sujeto va realizando las respiraciones refrescantes con retención, podremos darnos cuenta de si éstas provocan el efecto deseado si observamos como espontáneamente va introduciendo una pausa después de cada espiración (apnea). Esto se suele dar de manera natural y es un indicador de que se ha restablecido un adecuado ritmo respiratorio, evitando caer en la hiperventilación. Por el contrario, si la reanudación de la inspiración es forzada, debemos decirle que no trate de vaciar completamente los pulmones en la espiración. Le diremos que trate de expulsar el aire lentamente pero sin forzar el proceso. Así, el sujeto irá ajustando su respiración poco a poco y, seguramente surgirá la pausa entre espiración e inspiración.

Cuando el sujeto haya realizado de 8 a 10 secuencias respiratorias en el modo señalado, le pediremos que abra los ojos y que respire con normalidad. En ese momento, mientras respira de modo natural, le preguntaremos si se siente algo mejor. Le podemos decir:

“Bien, ahora abra los ojos y respire con naturalidad... Seguramente se sentirá algo mejor... y los síntomas que antes le molestaban es posible que hayan disminuido... ¿es así?”.

“Como puede comprobar, usted puede controlar esta situación, sencillamente centrando su atención en respirar del modo adecuado”.

Caso de que el sujeto todavía presente una sintomatología significativa, debemos tranquilizarle quitándole importancia a que no se haya conseguido un descenso relevante en su respuesta de activación. Mientras dejamos que transcurran unos 3 minutos hasta realizar otra secuencia, le podemos comentar que no le va a suceder nada malo, que en unos instantes volveremos a realizar otro ensayo y que con seguridad conseguiremos controlar su reacción. En unos minutos, estos síntomas irán descendiendo hasta llegar a ser tolerables. Transcurridos unos minutos, volveremos a realizar el procedimiento planteado en la Segunda Parte.

Cuando el sujeto ya esté más calmado, le preguntaremos si esta reacción de ansiedad le viene sucediendo con frecuencia. Si ello fuera así, deberíamos de plantearnos realizar una evaluación más detallada en otro momento por si fuera necesario desarrollar un entrenamiento en control respiratorio de una manera más sistemática.

PROCEDIMIENTO DE RESPIRACIÓN RELAJADORA

Este procedimiento es una modificación del expuesto por Van Lysebeth (1985) y obtendría resultados similares a los de relajación muscular. Se puede desarrollar a la finalización del entrenamiento en las tres primeras fases, pues tras ellas el sujeto dominará el control respiratorio necesario para aplicar este procedimiento. Es en este momento cuando se le puede introducir en esta técnica adicional, mediante la cual dirigirá diferencialmente su capacidad de relajación hacia zonas concretas de su cuerpo, reduciendo así la tensión que pueda acumular en las mismas.

Está especialmente indicado para sujetos que muestren un nivel predominante de sobreactivación a nivel neuromuscular (acumulación de tensión y sobrecarga en músculos y articulaciones). También se puede aplicar este procedimiento en el tratamiento del dolor crónico, dirigiendo esta habilidad para disminuir el malestar que se siente en las zonas afectadas. Asimismo, resulta muy útil en sujetos con problemas de insomnio al recomendar su uso antes de dormir, induciéndoles con facilidad un sueño más profundo y reparador. Además se puede utilizar por si solo o para finalizar cualquier práctica respiratoria, con lo que se incrementará de manera significativa la sensación subjetiva de relajación.

Es importante que el sujeto domine adecuadamente la *respiración rítmica con doble tiempo de espiración* puesto que se realizarán procedimientos específicos en cada parte de la secuencia respiratoria (inspiración, retención, espiración y apnea). Si este tipo de respiración no se desarrolla con comodidad o se realiza de manera forzada, es probable que el sujeto comprometa el proceso, con lo que puede inducirse estados de escasa relajación o hiperventilación.

Un paso previo para la realización del procedimiento específico de respiración relajadora es entrenar al sujeto en el incremento de los tiempos de

retención. Así, previo al entrenamiento de esta técnica, practicaremos la siguiente secuencia de respiración rítmica, atendiendo a los tiempos:

4 – 4 – 8 – 4

- 1) Inspiración completa en 4 tiempos.
- 2) Retención con pulmones llenos 4 tiempos.
- 3) Espiración profunda en 8 tiempos.
- 4) Retención con pulmones vacíos 4 tiempos.

Como se ve, se deben alargar los tiempos de retención pasando de dos a cuatro tiempos. Para alcanzar esto, se procederá de forma gradual hasta conseguir realizar la retención cómodamente y sin forzar la reanudación del proceso respiratorio. Alargar los tiempos de retención es necesario dado que utilizaremos este espacio para realizar un conjunto de procedimientos específicos para cada fase respiratoria.

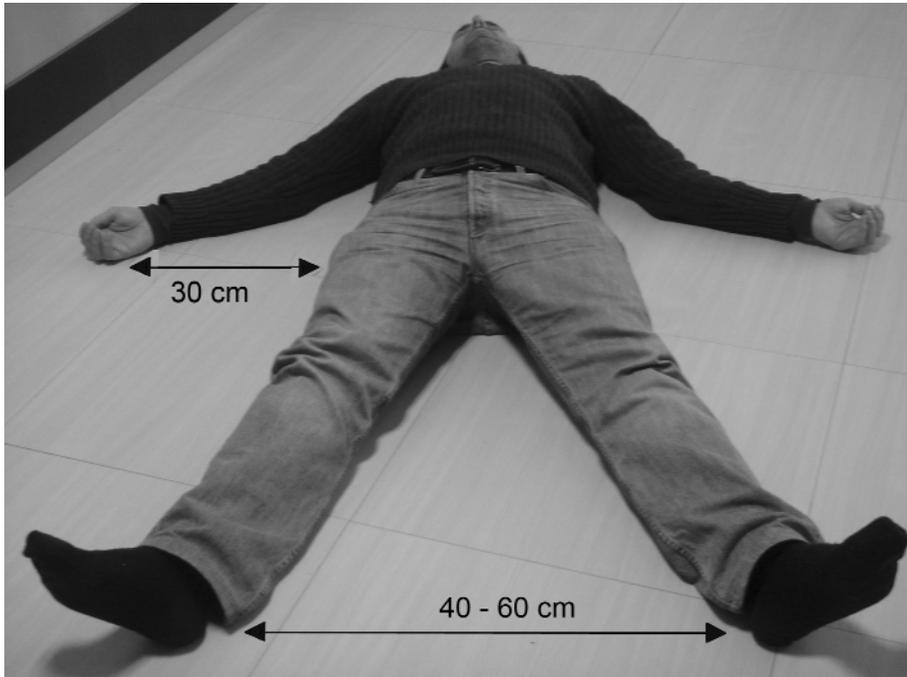
Procedimientos específicos

a) Generalidades

Comenzaremos por explicarle al usuario que este método de relajación comprende una serie de relajaciones parciales de diferentes zonas musculares. Procederemos en cada zona asociando a las distintas fases respiratorias (respiración natural y rítmica) una serie de habilidades específicas como la atención diferencial, la visualización y las autoinstrucciones. De este modo se favorece una relajación más profunda de la zona en la que estemos centrados.

La posición para realizar esta técnica será tendido en la postura de *sawa-sana* (ver fotografía):

- Tumbado boca arriba en el suelo o en una cama, con los ojos cerrados.
- Las piernas extendidas y separadas unos 40 o 60 centímetros.
- Los brazos a los costados alejados unos 30 centímetros del cuerpo.
- Las palmas de las manos hacia arriba.
- Los dedos de las manos ligeramente replegados.

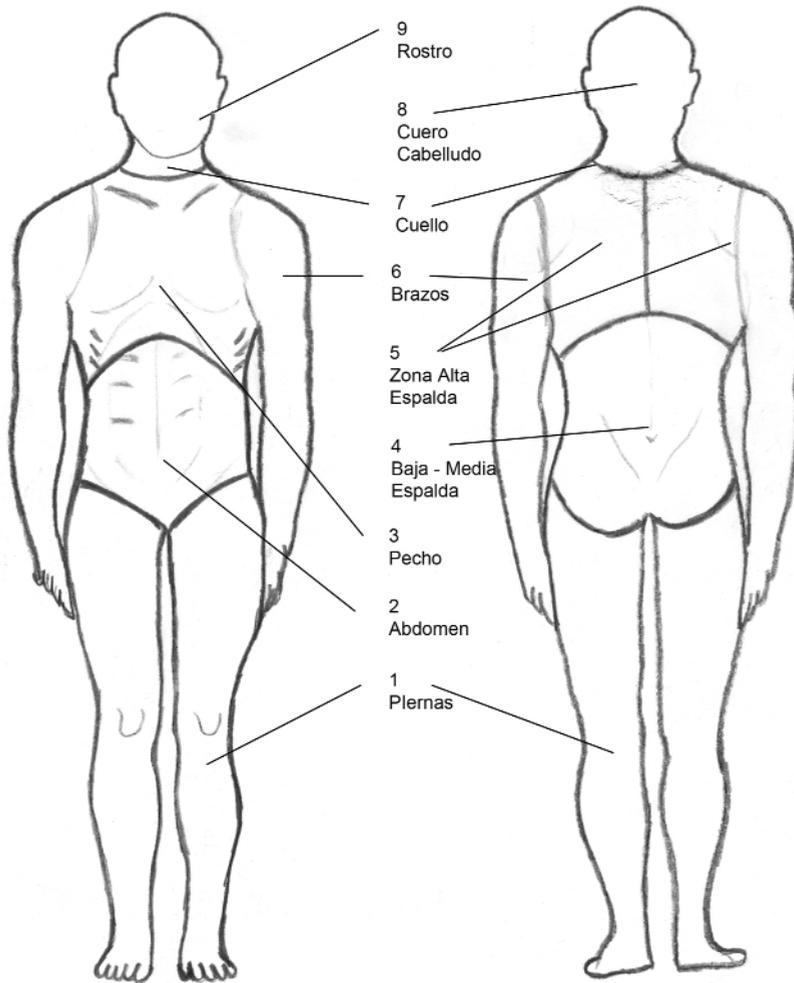


En esta posición y antes de iniciar la técnica de respiración relajadora deberemos desarrollar, durante unos minutos, una práctica de respiración rítmica atendiendo a los tiempos 4 – 4 – 8 – 4. Una vez que el sujeto desarrolle con comodidad esta secuencia, introduciremos los procedimientos que se detallan más abajo.

b) Secuencia de zonas musculares

Procederemos siguiendo una secuencia ascendente, empezando por las piernas y finalizando por la cabeza. En cada zona concreta a relajar también seguiremos una secuencia de abajo hacia arriba, comenzando por la zona más distal.

Las zonas musculares a relajar y las partes concretas que comprende cada una de ellas son las siguientes (ver dibujo):



- 1) *Piernas*: Comenzaremos por la pierna derecha y después pasaremos a la izquierda. Centraremos la atención del sujeto en las siguientes partes: dedos de los pies, planta y empeine, tobillo, canilla y gemelo, rodilla y corva, muslo en su cara interna y externa hasta llegar a la cadera.
- 2) *Abdomen*: La dividiremos en ingles, pubis y músculos abdominales, hasta llegar al arco que forman las costillas flotantes con la boca del estómago.

- 3) *Pecho*. Desde la boca del estómago ascenderemos por los intercostales y pectorales hasta llegar a las clavículas y al arranque del cuello en la garganta.
- 4) *Nalgas y zona baja de la espalda*: Comprende la cara posterior del tronco, comenzando por ambos glúteos, ascendiendo por los músculos lumbares hasta llegar a la zona media de la espalda (dorsales).
- 5) *Zona alta de la espalda y hombros*. Al tratarse de una zona donde se suele acumular mucha tensión, procederemos en dos fases, comenzando por la zona derecha y después la izquierda. Comprendería los músculos que rodean el omóplato, comenzando por la parte inferior, vertebral y superior de éste, el inicio del cuello y se abriría hacia fuera, descendiendo por el trapecio (hombro) hasta la inserción de la clavícula.
- 6) *Brazos*: Procederemos comenzando por el brazo derecho y después el izquierdo, empezando por los dedos y mano, muñeca, antebrazo, codo, bíceps y tríceps hasta llegar al deltoides.
- 7) *Cuello y nuca*: Se visualizará como un cilindro insertado por las cervicales y recubierto por los músculos del cuello que arrancan desde su inserción en el tronco hasta llegar a la inserción de los mismos en la nuca.
- 8) *Cuero cabelludo*: Se inicia en la nuca y asciende por la zona occipital, temporal y parietal hasta llegar al nacimiento del pelo en la frente.
- 9) *Rostro*: Comprende las mandíbulas, boca, nariz y mejillas, ojos, entrecejo y sienes, finalizando en la frente.

Estas descripciones verbales pueden ser utilizadas para centrar la atención del sujeto en la toma de conciencia de la zona a relajar, así como en los procedimientos específicos asociados a cada fase de la respiración rítmica que seguidamente pasaremos a detallar.

c) Secuencia de procedimientos en cada zona muscular

Para relajar sucesivamente cada zona muscular seguiremos la misma secuencia de siete etapas:



1. *Tomar conciencia* del miembro o zona del cuerpo que vamos a relajar durante unos 10 segundos, mientras respiramos con naturalidad.
2. *Espirar* profundamente para vaciar completamente los pulmones.
3. *Inspirar* lenta y pausadamente a la vez que sentimos cómo *dirigimos el aire* a esa zona y éste va *ascendiendo* por ella, llenándola por completo.
4. *Retener* el aire unos 4 segundos mientras sentimos *dónde se localiza* o acumula la tensión en los músculos o articulaciones (o en su caso el dolor).
5. *Espirar* lenta y profundamente unos 8 segundos mientras sentimos como el aire va *descendiendo* por esta zona, *arrastrando* en su descenso la tensión o el dolor.
6. *Retener* con pulmones vacíos unos 4 segundos mientras sentimos esta zona del cuerpo *relajada, calmada, caliente y pesada*.
(Para realizar un segundo ensayo en esta zona, volver al punto 3)
7. Respirar de forma natural unos 10-20 segundos mientras *tomamos conciencia* del grado de relajación, calidez y pesadez del miembro o zona.

Como se puede observar, en cada zona debemos realizar dos ensayos. En el primero de ellos, tras la fase de apnea volveremos al punto 3 (inspiración completa) y seguiremos las otras fases, hasta llegar al punto 7 (respiración natural durante 10 segundos para tomar conciencia del grado de relajación alcanzado en la zona). Si éste es satisfactorio, pasaremos a la siguiente zona muscular y comenzaremos con la fase 1 (toma de conciencia de la nueva zona). En el caso contrario, es decir, si no se ha eliminado la tensión acumulada, se puede volver a realizar un ensayo suplementario en la zona siguiendo los pasos del 1 al 7.

d) Guía verbal y (auto)instrucciones

Como señalamos más arriba, asociaremos a cada fase del proceso respiratorio una actividad mental específica (visualizaciones y/o autoinstrucciones), a fin de favorecer la relajación de la zona donde estemos centrados. Para guiar al sujeto en cada fase le administraremos unas instrucciones verbales repetitivas que debe recordar para guiarse por ellas en sus prácticas. A continuación expondremos algunas de estas instrucciones para la guía verbal del sujeto en el entrenamiento en la consulta.

- **Toma de conciencia:** Consiste en centrar la atención del sujeto en sentir o visualizar cada una de las distintas partes de la zona que vamos

a relajar mientras respira de modo natural (respirar con comodidad sin atender a tiempos concretos). Debemos recorrer mentalmente la zona siguiendo una secuencia ascendente. Nos podemos ayudar por las descripciones verbales de cada una de ellas que se han expuesto en el apartado b.

- Quiero que centre su atención en **sentir**, en **visualizar**, su ... (especificar zona).
- Sienta (indicar la zona distal por la que comenzaremos, por ejemplo, las puntas de los dedos del pie si se tratase de la pierna).
- Ahora vaya ascendiendo por ... (la planta y el empeine) y sienta los músculos que la conforman.
- Tome conciencia, sienta ahora su ... (tobillo), y siga por ... (la canilla y el gemelo; la rodilla y la corva; el muslo ... hasta llegar a la cadera).
- Sienta ahora toda la zona (en este ejemplo, la pierna derecha).
- Ahora vamos a relajar esta zona.
- Cuando esté preparado, espire, expulsando todo el aire que tenga en los pulmones.

- **Inspiración:** Una vez que el sujeto haya vaciado completamente los pulmones, le solicitaremos que inspire de forma pausada y profunda, mientras se concentra en sentir como el aire va ascendiendo por la zona a relajar. Sensaciones que le pueden ayudar a observar esto son sentir un frescor, burbujeo u hormigueo ascendente, así como visualizar el aire como una sustancia o luz que asciende por la zona hasta llenarla por completo.

- Ahora inspire pausada y profundamente.
- Sienta como el aire asciende por su ... (indicar zona).
- Note el frescor / burbujeo / hormigueo que asciende por su ... (indicar la secuencia de zonas de modo ascendente).
- Otra posibilidad es: Visualice como el aire asciende por su ... hasta llenarla por completo.

- **Retención:** Una vez que observemos que el sujeto ha finalizado la inspiración le solicitaremos que retenga el aire durante unos 4 segundos mientras centramos su atención en localizar / sentir / visualizar dónde se acumula la tensión en esa zona.



- Ahora retenga el aire.
- Sienta dónde se acumula la tensión. Localícela.
- Visualice las zonas de tensión, marcándolas en negro.

- **Espiración:** Esta es la parte más importante del procedimiento. En ella el sujeto debe espirar lenta y profundamente durante unos 8 segundos, mientras le suministramos instrucciones repetitivas de relajación. Utilizaremos el gerundio para ayudarle a sentir sensaciones progresivas de calma y tranquilidad. Centraremos su atención en sentir como el aire va descendiendo por la zona, arrastrando la tensión, aflojando / soltando / relajando las fibras musculares. Puede visualizar como el aire va arrastrando la tensión de las zonas marcadas en negro (en la fase de retención), como si se soplase sobre montoncitos de ceniza o polvo. También puede visualizar en las zonas tensas como el aire sale a través de la piel como un humo o calor, llevándose la tensión.

- Ahora espire lenta y profundamente.
- Sienta como el aire desciende desde su ... (indicar la zona superior).
- Note como va descendiendo hasta llegar a la ... (indicar la zona más distal), **arrastrando** la tensión, **aflojando / soltando / liberando / relajando** los músculos.
- Concéntrese en estos músculos a medida que se relajan completamente, sintiendo como la relajación fluye por ellos.
- Note como desciende el aire y:
 - va **arrastrando** la tensión.
 - las fibras se van **aflojando / soltando / separando / calmando**.
 - va arrastrando la tensión de las zonas negras, como **polvo**.
 - sale como **humo / calor** a través de la piel, llevándose la tensión.

- **Apnea:** Una vez que el sujeto finalice con la espiración le pediremos que retenga unos 4 segundos con pulmones vacíos mientras centramos su atención en sentir la zona relajada, calmada, caliente, pesada. Tras el primer ensayo, volveremos a solicitarle que inspire y seguiremos con la misma secuencia hasta llegar nuevamente a la fase de apnea. Es probable que el período de apnea, a medida que vamos pro-

cediendo con las distintas zonas musculares, se vaya alargando espontáneamente por el sujeto, siendo esto un indicador positivo sobre el grado de relajación que éste va desarrollando.

- Sienta toda su ... (indicar la zona muscular) *relajada – calmada – caliente – pesada*.

- **Respiración natural:** Tras el período de apnea del segundo ensayo pediremos al sujeto que respire de forma natural durante unos 10-20 segundos, mientras concentramos su atención en sentir la zona más y más relajada, pidiéndole que disfrute de la sensación agradable de relajación y calma.

- Respire ahora de forma natural.
- Sienta toda la zona relajada – calmada – caliente – pesada.
- Note como se apoya toda la zona contra la superficie.
- Sienta como fluye la relajación por la zona, sienta el calor que se produce.
- Disfrute de la sensación agradable de relajación a medida que los músculos se relajan, se aflojan, se calman, más y más.
- Tranquilo, sosegado, relajado.

e) Relajación global

Una vez que hayamos finalizado con la zona del rostro realizaremos una serie de ensayos de relajación global de todo el cuerpo. Con respiración natural concentraremos la atención del sujeto mediante instrucciones repetitivas en sentir todo su cuerpo relajado, sosegado, calmado, y en disfrutar de la sensación agradable de relajación.

- Continúe respirando de forma natural.
- Sienta todo su cuerpo relajado, tranquilo, sosegado.
- Note como la sensación agradable de relajación fluye por todo su cuerpo.
- Preste atención únicamente a sentir su cuerpo totalmente relajado y calmado.
- Disfrute de la relajación de todos los músculos de su cuerpo.
- Tranquilo, sosegado, relajado.

Tras guiar al sujeto verbalmente de este modo durante un par de minutos, le pediremos que inspire y retenga el aire unos instantes. Seguidamente le solicitaremos que espire lentamente mientras verbaliza de modo encubierto la palabra **R - E - L - A - X**. Se concentrará en sentir o visualizar como a medida que el aire va descendiendo por todo su cuerpo cada letra lo va acompañando en su descenso: R para la zona de la cabeza, E para el pecho, L para los brazos, A para el abdomen y X para las piernas. Procederemos unas 4 o 5 veces de esta manera, dejando después unos instantes para que el sujeto disfrute finalmente de la sensación agradable de relajación y sosiego.

- Para finalizar, vamos a realizar un último ejercicio de relajación.
- Cuando esté preparado, inspire y retenga el aire unos instantes.
- Después espire y sienta como desciende desde su cabeza hasta los pies, mientras deletrea mentalmente la palabra **R - E - L - A - X**.
- Acompase su descenso desde la cabeza, pecho, brazos, abdomen y piernas.

(Verbalizamos la palabra RELAX acompasándola con la fase de espiración)

R - E - L - A - X

- *(Acompasado con su espiración)* Sienta como desciende desde su cabeza ... pecho ... brazos ... abdomen ... piernas.

R - E - L - A - X

(Repetimos 4 veces acompasando con la espiración)

- Vuelva a respirar de modo natural mientras siente todo su cuerpo relajado ... tranquilo ... sosegado ... calmado.
- Disfrute de cómo la sensación agradable de relajación fluye por todo su cuerpo.

f) Finalización del procedimiento

Tras dejar disfrutar al sujeto unos minutos de la sensación final de relajación, finalizaremos el ensayo haciéndole salir progresivamente de la misma. Le pediremos que vaya movilizandose secuencialmente distintas partes de su cuerpo hasta abrir los ojos.

- Ahora vamos a finalizar la práctica.
- Mueva sus tobillos haciendo girar hacia adentro los pies, como si quisiera juntar los dedos pulgares.
- Flexione las rodillas y Apoye las plantas de los pies sobre el sillón.
- Gire ahora las muñecas.
- Flexione los brazos por el codo.
- Gire hacia los lados la cabeza.
- Abra los ojos.

A la finalización de la práctica preguntaremos al sujeto sobre qué sensaciones notó en cada fase de la respiración rítmica (hormigueo, frescor, marcar en negro, arrastrar la tensión, etc.) y cuales le fueron más útiles a la hora de relajarse. También recogeremos información sobre si le guían más fácilmente instrucciones de tipo verbal (autoinstrucciones) o de tipo visual (visualizaciones). Esta información nos resultará útil para definir las que preferentemente debe usar en sus prácticas y en un segundo ensayo en la consulta

Dificultades y recomendaciones

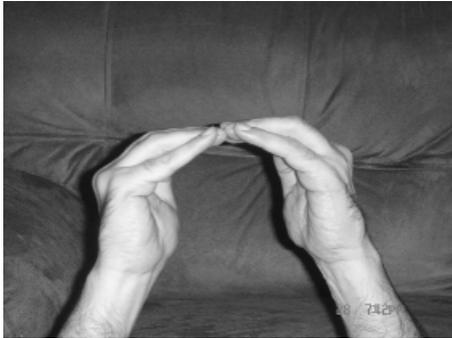
14

1. EL SUJETO TIENE DIFICULTADES PARA REALIZAR LOS MOVIMIENTOS DIFERENCIALES DE LOS MÚSCULOS RESPIRATORIOS

Recomendación: A algunos sujetos les puede ayudar observar cómo el terapeuta realiza el ejercicio propuesto. Por ejemplo: si al sujeto le cuesta llenar primero la zona baja y después la zona media de sus pulmones, podemos pedirle que coloque sus manos sobre nuestro abdomen y pecho. Después le indicaremos que llevaremos el aire a la zona baja de nuestros pulmones desplazando el diafragma hacia abajo, con lo que observará como asciende la mano situada en el abdomen. A continuación realizaremos el mismo movimiento pero añadiremos la zona media expandiendo los músculos intercostales, con lo que observará cómo se mueve la mano situada en el pecho. Podemos proceder de igual modo con el proceso de espiración o con cualquiera de las prácticas respiratorias. Debemos realizar la práctica a modelar enfatizando los movimientos de la zona o zonas implicadas, de tal modo que el sujeto observe o note claramente cómo llevamos el aire a la zona deseada, realizando voluntariamente los movimientos oportunos con los músculos respiratorios. La guía física y la observación de la ejecución correcta pueden ayudar al sujeto a comprobar como se realiza exactamente el procedimiento propuesto.

Otra posibilidad es simular con las manos los movimientos de los músculos respiratorios. Para hacer esto con el diafragma construiremos una bóveda con nuestras manos, juntando las yemas de los dedos y pediremos al sujeto que haga lo mismo (ver Fotografía). A continuación descenderemos

los dedos, separando ligeramente los codos, hasta una posición horizontal, simulando el descenso del diafragma. Pediremos al sujeto que haga lo mismo. Finalmente ascenderemos los dedos hasta la posición de bóveda, simulando el movimiento del diafragma en la espiración. Solicitaremos al sujeto que realice los movimientos que le acabamos de mostrar, acompañándolos con su inspiración y espiración.



Para simular el movimiento de los músculos intercostales mostraremos nuestras manos en posición vertical y frontalmente al sujeto (ver fotografía). Los dedos simularán ser las costillas. Después separaremos los dedos, llevándolos ligeramente hacia adelante, para mostrar el movimiento que deben realizar los músculos intercostales en la inspiración. Finalmente volveremos a juntar los dedos hasta su posición inicial, simulando el proceso de espiración. Pediremos al sujeto que realice estos movimientos acompañándolos con la inspiración y espiración.



2. EL USUARIO FUERZA EL PROCESO RESPIRATORIO Y ESTO HACE QUE NO SE RELAJE

Recomendación: La forma más común de forzar el proceso respiratorio es tratar de tomar todo el aire posible. Por ello es aconsejable comentar con el sujeto que, en el entrenamiento respiratorio, más importante que la cantidad de aire que se inspire es el tomar aire cómodamente y sin forzarse, pero dirigiéndolo a la zona que se pretenda o en la secuencia indicada. No fuerce nunca el proceso, eso no producirá relajación. Tampoco trate de llenar completamente los pulmones (es más importante la zona a la que lleva voluntariamente el aire, más que la cantidad de aire en sí misma). Indique al sujeto que tome aire de forma cómoda, sin importar su cantidad. Con un entrenamiento constante, esa cantidad de aire se irá incrementando progresivamente, sin forzar su capacidad y consiguiendo la reducción de la activación deseada. Señálele que no pretenda conseguir los objetivos rápidamente: este aprendizaje requiere práctica y tiempo y es mediante estos dos factores como se consigue el dominio de esta habilidad. Se le puede poner el ejemplo de que no aprendió a hablar en 3 semanas y por ello tampoco aprenderá a respirar adecuadamente en 3 días. Esta habilidad se adquiere progresivamente con la práctica. Sencillamente, debe practicar los procedimientos que le iremos planteando y así conseguirá con un tiempo breve de entrenamiento el control voluntario de su respiración para reducir su nivel de activación.

3. EL SUJETO NOTA UNA SENSACIÓN DE MAREO AL PRACTICAR O FINALIZAR LOS EJERCICIOS

Recomendación: Esta sensación se da en algunas personas, y es normal. Lo que sucede es que su organismo todavía no está acostumbrado a las proporciones de oxígeno y dióxido de carbono que la respiración profunda produce en la sangre o que, tal vez esté respirando demasiado rápido o tomando demasiada cantidad de aire. Indique al sujeto que respire lentamente sin tratar de llenarse de aire por completo en cada inspiración. Poco a poco, y a

medida que avancemos en el entrenamiento, se irá acostumbrando a esas concentraciones y la sensación de mareo desaparecerá, sin hacer nada en especial. Pero si la sensación de mareo se va incrementando mientras realiza un ejercicio, solicite al usuario que lo interrumpa y la sensación desaparecerá en pocos minutos. Caso de que persistiese, indíquele que introduzca la cabeza en una bolsa y respire dentro de ella 10-15 veces. Con ello conseguiremos que restablezca la proporción de CO₂ en sangre y, de este modo, esta sensación desaparecerá rápidamente. Una forma de evitar que estas sensaciones se produzcan es introducir períodos de respiración natural entre los ejercicios de práctica respiratoria.

4. AL SUJETO LE CUESTA NO MOVER EL PECHO AL PRACTICAR ÚNICAMENTE RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA

Recomendación: Si al practicar la respiración diafragmática (Fase 1 del entrenamiento), involuntariamente el aire se dirige a la zona intercostal, notaremos cómo se mueve la mano situada en el pecho. Para evitar que esto suceda, el sujeto puede presionar hacia abajo, firmemente, con la palma de la mano situada en el pecho. Esto impedirá que se llene de aire la zona media, descendiendo por presión el aire hacia la zona baja de los pulmones, ayudando a que esto suceda con el movimiento hacia abajo del diafragma.

5. AL SUJETO LE CUESTA MANTENER LA CONCENTRACIÓN EN LOS EJERCICIOS

Recomendación: Si a la hora de practicar, al sujeto le suelen asaltar pensamientos o imágenes perturbadoras, no relacionados con el ejercicio (recuerdos pasados o proyectos futuros), lo primero que debe hacer es ser consciente de que se ha descentrado. En esos casos indíquele que utilice el Diálogo Interno para detener esos pensamientos. Se puede repetir a sí mismo: “¡Para! Estás pensando en...”, “¡Alto!, eso lo puedes dejar para después, cuando

termines el ejercicio”, o “Aplázalo unos minutos. Pensarás en ello cuando termines”. Retomará el ejercicio que estaba practicando, redirigiendo su atención hacia los aspectos que se plantean en el mismo (el movimiento del diafragma, el conteo de inspiraciones/ espiraciones, la zona que debe mover selectivamente, etc.). Se debe decir a sí mismo: “Estaba haciendo...”, “Debo concentrar mi atención en como...”. Esto ayudará al sujeto a concentrarse de nuevo en el ejercicio, sin preocuparse por si los pensamientos vuelven más tarde. En ese caso, se volverá a ayudar con el Diálogo Interno, las veces que sea necesario.

6. EL SUJETO TIENE DIFICULTADES PARA ACOMPASAR SU RESPIRACIÓN ATENDIENDO A TIEMPOS

Recomendación: Si el problema del sujeto es seguir un ritmo cadencioso, puede ayudarle marcando los tiempos con un metrónomo o dando golpecitos con un bolígrafo sobre la mesa. Si su problema es acompasar dos actividades simultáneas, puede proceder por encadenamiento. Pídale primero al sujeto que cuente mentalmente hasta 4, y después que cuente mentalmente hasta cuatro mientras a la vez inspira. Una vez conseguido esto, le pediremos que cuente mentalmente 4 tiempos y luego 2 (1-2-3-4- 1-2), pidiéndole después que haga lo mismo mientras acompasa su inspiración con los cuatro tiempos y la retención con los dos tiempos siguientes. Procederemos igualmente, encadenando la secuencia mental con el acompasamiento hasta conseguir la secuencia 4-2-4-2.

7. AL SUJETO LE CUESTA RETENER EL AIRE O MANTENERSE EN APNEA

Recomendación: Recuerde que el sujeto no debe forzar su proceso respiratorio. Si le cuesta retener el aire, pídale que disminuya los tiempos de retención hasta que observe que lo hace sin forzarse. Cuando retenga cómodamente la respiración, aunque sea sólo unos instantes, puede intentar aumentar gradualmente este período, hasta llegar a los dos tiempos indicados. Pero

si aun así, los dos tiempos le resultan incómodos, no le dé más importancia. Cada persona tiene sus especificidades y no pretendemos que se realice el ejercicio exactamente como se indica. Busque sus tiempos cómodos de retención, y practíquelos así. El objetivo es la comodidad del usuario y desde ella, la reducción de su activación. La finalidad en sí misma, no es la consecución de los tiempos indicados.

8. EL SUJETO TIENE DIFICULTADES PARA ALARGAR LOS TIEMPOS DE ESPIRACIÓN

Recomendación: A algunas personas les cuesta alargar los tiempos de espiración. Si le sucede esto, al principio de esta fase, el usuario puede espirar el aire por la boca, entornando los labios como si soplara por una pajita para refrescos. Como comentamos en el Procedimiento Abreviado, este tipo de respiración se practica en el Yoga y se denomina Respiración Refrescante. Esta respiración le ayudará a aprender a espirar más lentamente. Una vez que el sujeto consiga alargar los tiempos de espiración de este modo, solicítele que realice lo mismo pidiéndole que espire por la nariz, pero tratando que el flujo espiratorio sea algo menor (como si redujese el calibre de las fosas nasales). Otra forma de conseguir alargar la espiración es vocalizar a la vez que se espira la sílaba “Om”. Tras inspirar por la nariz y retener el aire, solicítele al sujeto que espire y vocalice esta sílaba. Observará que con la O inicial abre la boca y con la M la cierra y pasa a espirar por la nariz, mientras alarga la m final (O – mmmmm) hasta vaciar completamente los pulmones. De esta manera, podrá alcanzar progresivamente los 8 tiempos de espiración recomendados. Si no lo consigue sin forzarse, deje que se quede en los tiempos que le resulten cómodos. No sucede nada si no consigue que la espiración se dé exactamente en el doble de tiempo que la inspiración. Se trata de que la espiración sea lo más lenta posible, pero sin obsesionarse en conseguir los 8 tiempos.

9. AL SUJETO LE RESULTA DIFÍCIL CONSEGUIR LOS TIEMPOS 4-2-8-2 SENTADO O DE PIE

Recomendación: Es posible que le cueste un poco al principio alcanzar los tiempos en los que se consiguió realizar la respiración tumbado. Esto es normal al cambiar la posición de los músculos respiratorios estando ahora sentados o de pie. Quite importancia si los tiempos, al principio, no se dan exactamente como antes. Indique al sujeto que practique el tiempo que sea necesario los ensayos con información de manos, colocando las mismas sobre el abdomen y el pecho y que insista en la práctica, y así conseguirá una ejecución cómoda similar a la que alcanzó tumbado. Es importante concentrarse especialmente en el proceso de espiración, que se tiende a producir de manera más rápida. Por ello debe prestar especial atención en utilizar correctamente los músculos respiratorios para un vaciado progresivo, lento y completo de los pulmones (ascender el diafragma hasta la posición de cúpula, presionando la zona baja de los pulmones y ayudarse contrayendo hacia adentro los músculos abdominales, metiendo hacia atrás el vientre). Esto ayudará a que la espiración se alcance en los 8 tiempos recomendados. Cuando lo haya conseguido, pídale que retire las manos del abdomen y pecho y dígame que practique, sintiendo cómo se mueven estas zonas, hasta conseguir una ejecución cómoda en los tiempos 4-2-8-2. Recuérdele que con una práctica sistemática en la secuencia indicada, con total seguridad conseguirá los objetivos.

10. AL SUJETO LE CUESTA MANTENER EL EQUILIBRIO DE PIE CON LOS OJOS CERRADOS

Recomendación: Iniciamos la práctica de pie con los ojos cerrados porque esto favorece la concentración. Si el usuario tiene dificultades para mantener el equilibrio con los ojos cerrados acérquele a la pared, de tal forma que la toque, apoyándose sobre ella suavemente con el codo. Esto hará que al tener otro punto de apoyo mantenga el equilibrio con mayor facilidad. Si aun así le cuesta, pase a realizar directamente el ejercicio con los ojos abiertos, que es en realidad el objetivo final que se pretende.

11. EL SUJETO TIENE DIFICULTADES A LA HORA DE RESPIRAR ADECUADAMENTE EN SITUACIONES DE LA VIDA COTIDIANA

Recomendación: Si esto sucede, pida al sujeto que comience por practicar en situaciones cotidianas neutras, que no le provoquen ansiedad. Repase los instrumentos utilizados en la evaluación y propóngale diversas situaciones que allí aparecen. Una vez que lo haya conseguido en esas situaciones, pídale que pase a practicar en aquellas que le provoquen una ansiedad moderada, dejando las que eliciten una ansiedad más elevada para el último lugar.

Algunos sujetos sienten vergüenza al practicar en situaciones donde haya otras personas. Recuérdele que simplemente va a realizar algo natural, como es respirar, y, con seguridad, esas personas no se darán cuenta de que está respirando siguiendo un método. Antes al contrario, seguro que le observarán más relajado y desenvuelto, y su comportamiento con ellos mejorará. Si le cuesta especialmente hacerlo, indíquele que comience por practicar entre personas conocidas, y después ante personas que no conozca.

12. LAS PRÁCTICAS RESPIRATORIAS NO REDUCEN O INCLUSO AUMENTAN LA SENSACIÓN DE ACTIVACIÓN

Recomendación: En casos muy concretos, los procedimientos respiratorios, como sucede en todas las técnicas de relajación, pueden no producir un descenso significativo en el nivel de activación del sujeto, e incluso provocar efectos paradójicos de incremento del mismo. Esto se suele dar en sujetos con un perfil marcadamente obsesivo, hipercontrolador, impaciente o sobreimplicado con el tratamiento. Antes de nada, debemos asegurarnos de que el sujeto, dado su afán de conseguir rápidamente los objetivos planteados, no esté forzando el proceso respiratorio, con lo que puede inducir estados de hiperventilación. Este fenómeno explicaría el incremento en su nivel de activación al realizar las prácticas respiratorias. En estos casos, recomendamos insistir en que debe realizar los ejercicios sin pretender acelerar la adquisición de estas habilidades, realizándolos cómodamente y sin forzar el proceso (como se recoge en el punto 2 de este apartado). Si aun así no con-

seguimos el efecto deseado de desactivación, aconsejamos aplicar al sujeto otro tipo de técnicas de relajación, como podrían ser la relajación progresiva o diferencial, el entrenamiento autógeno, el biofeedback, el yoga o la meditación trascendental. Por otro lado, debemos tener en cuenta que existe un grupo de sujetos resistentes a las técnicas de relajación, cuyo perfil comentamos más arriba. Dadas sus características previas de personalidad, plantearle el control de su activación mediante el aprendizaje de un conjunto de técnicas será transformado en un reto o en una necesidad urgente para él, con lo que se desencadenarán un conjunto de ideas recurrentes o una sobreactivación para conseguir este objetivo, lo que resulta evidentemente paradójico. Ante estos sujetos debemos ser cautos y comenzar primero con técnicas de reestructuración cognitiva, como el control de pensamientos negativos o la detención del pensamiento. Más adelante, adquiridas estas habilidades cognitivas, podremos, si lo consideramos relevante para su mejoría, introducirles en las técnicas de control respiratorio.

Parte 3
ANEXOS

Estudio de casos

15

Caso 1 Combinación de técnicas respiratorias y cognitivas

Antecedentes

Mujer de 26 años. Presenta un trastorno adaptativo con ansiedad severa, reactivo a un fuerte estrés laboral, que concurrentemente le produce una importante enfermedad gastrointestinal (hernia de hiato). Con anterioridad a esto debemos señalar que había trabajado como recepcionista durante 3 años en una importante empresa hotelera. Hacia el principio de su segundo año en la empresa surgen graves problemas con el Jefe de su Departamento y alguna de sus compañeras. De manera insidiosa, comenzó a sentirse acusada injustamente de cometer errores y de incumplir sus horarios, recibiendo críticas y reproches en relación con su competencia profesional, comparándola negativamente con otras compañeras y sintiéndose continuamente controlada para comprobar si cometía el más mínimo fallo en su trabajo. Al intentar aclarar repetidamente esta situación con su Jefe, éste nunca podía atenderla y, cuando lo hacía, sentía que no era escuchada. En su lugar, recibía como respuesta nuevas acusaciones y críticas, hasta llegar a convertirse en comentarios de carácter despectivo e insultante. Este conjunto de situaciones comenzó a afectarla a nivel físico y psicológico, presentando un nerviosismo creciente, dificultades para dormir y continuos flash-backs de situaciones desagradables en el trabajo. El de mayor impacto y por el que acudió al Médico Especialista fue un fuerte y frecuente dolor en la boca del estómago, ardor recurrente, molestias en la digestión y pérdida del apetito.

Tras la exploración médica se le diagnosticó una hernia de hiato, instaurando un tratamiento farmacológico que entre otros incluía ansiolíticos. Pero su situación personal y laboral no mejoró en absoluto, por lo que al cumplimiento de su contrato y cuando éste debía hacerse de carácter indefinido, renunció a su renovación en una manifiesta respuesta de evitación ante una situación enormemente desagradable para ella y que percibía como inmutable. Ya en su casa y desempleada, la sintomatología tanto física como psicológica no remitió. Al contrario de lo que esperaba, sus alteraciones gástricas debidas a la hernia de hiato seguían produciéndole un frecuente malestar, a pesar de la medicación que tomaba. Por otro lado, los síntomas de ansiedad, insomnio y pensamientos obsesivos la afectaban intensamente y a diario, aunque tomaba los ansiolíticos prescritos. Por todo ello, finalmente acude a tratamiento psicológico.

Evaluación

Se dedicaron dos entrevistas de 90 minutos para la evaluación de su estado al inicio del tratamiento. La usuaria continuaba refiriendo un estado de agitación y nerviosismo severo, diarios dolores abdominales y problemas digestivos, dificultades para dormir, rumiaciones obsesivas (que expresaba como “*ideas que no puedo quitarme de la cabeza*”) y recurrentes flashbacks relacionados con las situaciones vividas a lo largo del último año en su trabajo. Para analizar en detalle su problemática se le aplicó una batería de pruebas estandarizadas que incluyó:

- *STAI*: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger, *et al.*, 1986).
- *BAI*: Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, 1988).
- *ISRA*: Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (Miguel y Cano, 1986).
- *BDI*: Inventario de Depresión de Beck (Beck, 1979).
- *BHS*: Escala de Desesperanza de Beck (Beck, 1974).
- *NAS*: Escala de Ajuste de Nottingham, Subescala B: Autoestima (Pallero, *et al.*, 2003).

En la Tabla 6 se recogen los resultados obtenidos (téngase en cuenta que todas las pruebas expresan síntomas negativos, salvo la escala NAS-B que expresa de menos a más el nivel de autoestima).

Tabla 6

Pruebas Resultados	STAI A/E	BAI	ISRA				BDI	BHS	NAS-B
			CG	PF	MT	TO			
Centil	95	P.D. > 25	85	95	40	82	60	80	7
Nivel	Severo	Severo	Severo				Moderado	Severo	Muy bajo

Como se puede observar, la usuaria presentaba un estado de ansiedad de grado severo, con cierta predominancia psicofisiológica. Esto se constataba con el BAI, en donde las puntuaciones del factor fisiológico sumaban el doble que las del subjetivo (18 en contraposición a 9). Asimismo, en el ISRA este factor (PF) alcanzaba el centil más alto de todos los evaluados en esta prueba (centil 95). Si a esto añadimos el hecho de que una de las principales consecuencias de las situaciones estresoras vividas cristalizó en un trastorno psicofisiológico (hernia de hiato), se concluyó la necesidad de intervenir a este nivel mediante el aprendizaje de técnicas de control respiratorio para que la usuaria pudiese reducir su respuesta de sobreactivación.

Por otro lado, se observaban repercusiones negativas en su estado de ánimo, con un componente depresivo moderado, una elevada desesperanza en relación al futuro y una pérdida casi total de autoestima. Todo ello podría ser debido a la presencia de ansiedad severa en combinación con un conjunto de distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos negativos. Por ello, a la vez que se aplicaban las técnicas respiratorias, se inició un programa de reestructuración cognitiva.

Tratamiento

La intervención se desarrolló a lo largo de 10 sesiones de aproximadamente 90 minutos de duración.

Sesión 1: Exposición de Aspectos Psicoeducativos relacionados con la ansiedad y la activación. Prácticas de entrenamiento en Respiración Diafrágica.

Sesión 2: Evaluación de Cuestionario de Aspectos Psicoeducativos y Autorregistro de prácticas respiratorias entre sesiones. Consecución de los objetivos y entrenamiento en respiración completa. La usuaria refiere la aparición de ideas intrusivas en las prácticas, por lo que se la entrena en procedimientos específicos de Detención del pensamiento.

Sesión 3: Evaluación del Autorregistro de prácticas y determinación de consecución de objetivos (la usuaria comienza a observar mejorías a nivel gastrointestinal). Entrenamiento en Respiración Rítmica, observando que la usuaria tiene algunas dificultades en el acompasamiento de los tiempos con las fases respiratorias, por lo que se le plantea que practique exclusivamente la secuencia 4-2-4-2 hasta la siguiente sesión. Se complementa el tratamiento con terapia cognitiva de Beck (control de pensamientos negativos automáticos).

Sesión 4: Análisis de Autorregistro y consecución de objetivos. La usuaria comenta un descenso significativo en su nivel general de ansiedad, con una mayor sensación de relajación y calma. En cuanto al entrenamiento respiratorio, se practica la espiración en doble tiempo (secuencia 4-2-8-2), observando que alcanza cómodamente 6 tiempos en la fase de espiración. Se le solicita que alargue este período hasta los 8 tiempos con las prácticas entre sesiones. Se continúa el tratamiento cognitivo complementario (control de pensamientos automáticos).

Sesión 5: Análisis de Autorregistro y consecución de objetivos. Las molestias gástricas han desaparecido casi por completo, a la vez que comenta que su nivel de ansiedad se sitúa en los niveles que considera normales. Prácticas respiratorias sentado y de pie. Continuación del control de pensamientos negativos automáticos.

Sesión 6: Análisis de Autorregistro y consecución de objetivos. La usuaria comenta que ahora siente una tranquilidad que anteriormente nunca había experimentado. Se plantea el uso de las técnicas respiratorias ante situaciones cotidianas asociadas a ciertos niveles de ansiedad (citas, entrevistas de trabajo, etc.), planteándole diversos ensayos conductuales.

Sesión 7: Comentario de los ensayos conductuales, observando que en las situaciones planteadas ha experimentado una mayor capacidad de control y unos resultados más satisfactorios. Comenta ciertas dificultades en las inte-

racciones sociales conflictivas, por lo que se inicia un programa breve de entrenamiento en Asertividad.

Sesión 8: Continuación del programa de Asertividad. Se programan diversos ensayos conductuales para su aplicación a situaciones cotidianas. Planteamiento de futuros objetivos personales y profesionales, determinando los pasos para su consecución. *Sesión 9:* Análisis de los ensayos conductuales con técnicas respiratorias y asertivas, observando mayor desenvolvimiento en estas situaciones. Finalización del entrenamiento Asertivo. Entrega de ISRA para ser cumplimentado en su domicilio.

Sesión 10: Evaluación final y alta.

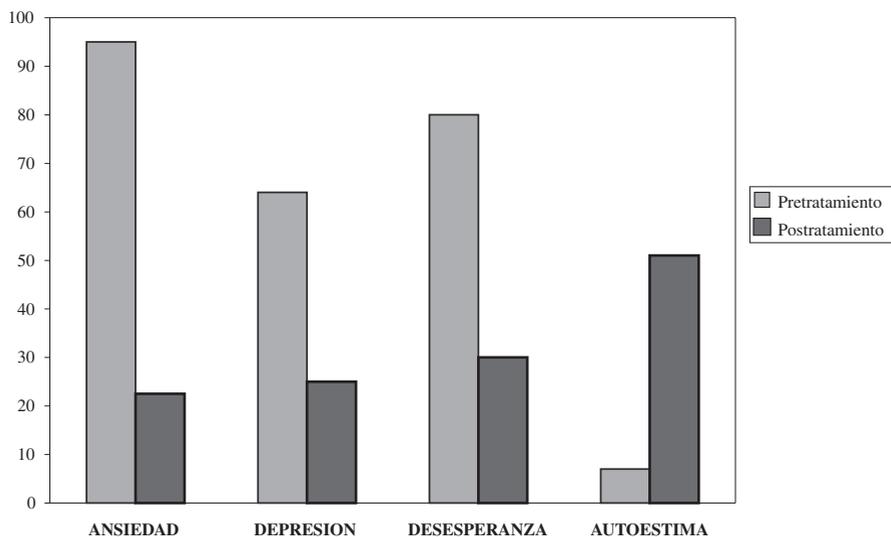
Resultados

A la finalización del tratamiento, 3 meses después de su inicio, se observa una mejoría muy significativa a todos los niveles (ver Tabla 7 y Figura 4). La usuaria refiere la desaparición de las molestias gastrointestinales, así como una disminución relevante de la sintomatología ansiosa (nerviosismo, intranquilidad, insomnio, etc.). Sus niveles se encuadran dentro de la normalidad estadística. En cuanto a su estado de ánimo, se observa la remisión de la sintomatología depresiva, un ajuste positivo en relación a sus expectativas de futuro y un incremento relevante en su nivel de autoestima. Los síntomas cognitivos (ideas recurrentes y pensamientos automáticos negativos), caso de presentarse, son manejados o controlados adecuadamente.

Tabla 7

Pruebas Resultados	STAI A/E	BAI	ISRA				BDI	BHS	NAS-B
			CG	PF	MT	TO			
Centil	21	-	31	29	2	21	25	30	51
	Nivel	Ausente	- Ausente				Ausente	Ausente	Medio

Figura 4



En los seguimientos realizados se comprueba que existen variaciones reactivas en su estado, surgiendo una moderada sintomatología ansiosa ante estresores significativos (como situaciones de búsqueda de empleo o cambio de domicilio por motivos de trabajo). No obstante, estas situaciones son afrontadas adecuadamente por la usuaria, consiguiendo trabajo a los 4 meses de la finalización del tratamiento.

Caso 2

Combinación de técnicas respiratorias y conductuales

Antecedentes

Usuario varón de 52 años. Presenta una ceguera total, sobrevenida hace 9 años. Con anterioridad había trabajado como comercial del sector farmacéutico, manteniendo una enriquecedora vida profesional y social. Tras su incapacitación laboral, se dedica a gestionar los negocios familiares, acudiendo a realizar todas las gestiones acompañado por su esposa. Esta depen-

dencia estaba limitando en gran medida todas sus actividades familiares, sociales y de ocio. Dos años atrás, había intentado el aprendizaje del bastón de movilidad, pero lo abandonó según decía, porque no lo veía útil para su vida cotidiana. El técnico de rehabilitación le comenta la posibilidad de acudir a tratamiento psicológico porque le observa muy tenso y angustiado a la hora de realizar las prácticas de movilidad, posibilidad que el usuario rechaza. Años más tarde, y viéndose obligado a abandonar la práctica deportiva en la que destacaba, al no poder acompañarle su esposa a los entrenamientos, acude a los servicios de rehabilitación para retomar el aprendizaje de movilidad. El técnico de rehabilitación le comenta que, si no acude a tratamiento psicológico, seguramente no finalizará el entrenamiento, como había sucedido años atrás.

Evaluación

En la evaluación inicial se detecta en las entrevistas, con la Escala de Ansiedad de Hamilton –HRSA– (Hamilton, 1959) y mediante observación directa en situaciones de movilidad, una altísima activación psicofisiológica en el aprendizaje de desplazamiento independiente. Se comenta este hecho con el usuario, quien reconoce que esta situación era la que, anteriormente, le había llevado a abandonar la rehabilitación. En base a la evaluación anterior se diseña una escala situacional para que el sujeto evalúe su nivel de ansiedad, obteniéndose los siguientes resultados, siendo la escala de valoración: 0 = No me produce absolutamente el más mínimo malestar y 10 = Me produce un malestar máximo, insoportable o bloqueante.

ÍTEM	Punt.
- Realizar un cruce por una zona segura (seleccionada y entrenada para ello)	4
- Entrar en establecimientos desconocidos	5
- Cambio en la disposición del sentido de los aparcamientos o del tráfico - Llegado a él, no ser capaz de encontrar el lugar de destino	6
- Encontrar en mi trayectoria obstáculos imprevistos (coches mal aparcados, jardineras, mesas o sillas de terrazas, vallas, etc.). - Encontrar en mi trayectoria obstáculos altos, no detectables con el bastón (tol-dos, señales, carteles...) - Ser guiado en una situación de necesidad por una persona que desconoce la técnica de guía vidente	7
- En un cruce sin peligro, encontrar obstáculos que me impidan realizarlo de la forma mas adecuada y entrenada (alineamiento, trayectoria segura...) - Situaciones del firme que me puedan hacer perder el equilibrio o incluso caerme (desniveles, agujeros...) - En un recorrido habitual, encontrar obstáculos en mi trayectoria que me impidan encontrar una salida para continuar con mi recorrido. - Desorientarme en mi desplazamiento. Perderme. No saber dónde estoy. - En una situación de dificultad, no encontrar a personas para pedirles ayuda. - Desorientarme en mi recorrido por no encontrar las referencias que habitualmente me orientan, pero sabiendo en qué punto de mi desplazamiento estoy. - A la hora de tomar el autobús, enfrentar variaciones en los puntos de subida o bajada del mismo.	8
- Entrando al autobús, tener dificultades para agarrarme una vez que éste ha iniciado su marcha. - Realizar desplazamientos entre aglomeraciones de personas. - Encontrarme con perros amenazantes (que ladran o gruñen) en mi desplazamiento.	9
- Quedar citado con alguien y no llegar a la hora - Perder la línea recta realizando un cruce (cruzar en diagonal) - Asumir el riesgo de poder ser atropellado (por imprudencia propia o ajena)	10

Tratamiento

El tratamiento se desarrolló a lo largo de 14 sesiones, con la siguiente secuencia de intervenciones:

Sesión 1: Para desarrollar la implicación del usuario en el tratamiento (dado que presentaba cierto escepticismo sobre su utilidad) se realiza un análisis conjunto de las situaciones antecedentes y sus implicaciones en su

vida actual. Se introduce la variable ansiedad (sobreactivación) como factor explicativo y se valora con el HRSA la presencia de síntomas de ansiedad en las situaciones pasadas de aprendizaje de desplazamientos. El usuario comprende la relación existente y asume la necesidad de modificar este factor. Se le plantea el entrenamiento en control respiratorio para aprender a controlar su nivel de activación psicofisiológica. Entrega del apartado de “Aspectos Psicoeducativos” para su revisión entre sesiones.

Sesión 2: Fijación de conceptos básicos en torno a la ansiedad, la sobreactivación y las respuestas de evitación / afrontamiento. Reconocimiento de que estos factores habían sido los que en el pasado le llevaron al abandono del programa de rehabilitación en desplazamientos. Planteamiento de las fases de tratamiento: (1) Control de la activación, (2) Exposición in vivo. Sesión de entrenamiento en respiración diafragmática.

Sesión 3: El usuario no pudo practicar al haber padecido una bronquitis. Se vuelve a entrenar en la consulta la fase de respiración diafragmática. Análisis de situaciones y estímulos ansiógenos en situaciones de movilidad independiente. Construcción de una escala situacional y valoración de intensidad de activación en cada ítem.

Sesión 4: Consecución de objetivos fase 1. Observa cierta mejoría en sus molestias gastrointestinales (úlceras pépticas). Entrenamiento en respiración completa. Definición de desplazamientos-objetivo del programa de Rehabilitación (relevantes y accesibles).

Sesión 5: consecución de objetivos fase 2. Ha observado que tras realizar las prácticas respiratorias su capacidad cognitiva ha mejorado (mayor claridad a la hora de pensar y manejar ideas negativas en situaciones de conflicto familiar o laboral). Se practica la respiración rítmica, planteando alargar el tiempo de espiración hasta 8 tiempos. Se le insta a practicar antes de dormir y previamente a situaciones de ansiedad moderada.

Sesión 6: Consecución de objetivos de la fase 3. Observa una mejoría significativa a la hora de afrontar situaciones estresantes y una mayor calidad en la profundidad del sueño (vuelve a tener ensoñaciones en la fase REM). Sus molestias gástricas han desaparecido casi por completo. Se le instruye en la respiración sentado y de pie con uso en situaciones de la vida cotidiana que le generen sobreactivación. Relajación autoinducida y exposición in vivo en recorrido complejo en técnica guía. A su finalización comenta haber con-



trolado signos de sobreactivación, mejorando su capacidad de orientación y memorización del recorrido.

Sesión 7: Consecución de objetivos. Ha utilizado la técnica en situaciones ecológicas (discusiones, viendo partido de fútbol, entrenamiento de tiro con carabina) observando mayor capacidad de autocontrol (tranquilidad y dominio de pensamientos automáticos negativos) y mejoras relevantes en sus ejecuciones. Se realiza ensayo de conducta (recorrido sencillo con bastón de movilidad): (1) relajación autoinducida, (2) desensibilización: exposición en imaginación a estresores (tráfico, perros, multitud, desorientación, etc.) asociando conducta de relajación con la técnica respiratoria, (3) ejecución de recorrido. Inicia el mismo con un nivel de ansiedad de 4, finalizándolo con un nivel de 5 y con un índice de satisfacción de 9.

Sesión 8: Exposición in vivo de aprendizaje de desplazamiento hasta la consulta con técnico de rehabilitación y psicólogo. Relajación autoinducida en entorno natural justo antes de iniciar la clase. Nivel de ansiedad inicial = 7. Se le insta a aplicar la técnica respiratoria en situaciones de dificultad (cruces, escaleras, etc.). Al final del recorrido su nivel de ansiedad ha disminuido hasta un nivel de 4. El profesor de rehabilitación le observa más orientado y atento a sus indicaciones, con ejecución más positiva.

Sesión 9: Exposición in vivo con el mismo procedimiento que en la sesión anterior, pero ampliando el recorrido. Tras la relajación autoinducida en el entorno natural (sentado) la ansiedad inicial se reduce a un nivel de 4, con lo que afronta el aprendizaje con mejor disposición. En el recorrido se encuentra y charla con conocidos que hacía años que no veía, lo que le da más ánimos para continuar con los aprendizajes.

Sesión 10: Exposición in vivo en recorrido complejo con igual procedimiento. Se introduce entrenamiento en petición de ayuda. No se observan signos de sobreactivación, con lo que su ejecución es totalmente correcta.

Sesión 11: Exposición in vivo con seguimiento a distancia para que pueda interactuar con los viandantes. Finaliza el recorrido con éxito y sin que la ansiedad interfiera en su ejecución. Se le cree preparado para afrontar el recorrido sin la supervisión de los profesionales implicados. El usuario acepta el reto: acudirá solo a la próxima cita en la consulta.

Sesión 12: Acude solo a la consulta, mostrando un adecuado control de ansiedad y una ejecución apropiada. Manifiesta un alto índice de satisfac-

ción consigo mismo al sentir que ha superado un reto. Se hace hincapié en el control de la sobreactivación y pensamientos negativos a través del control respiratorio. Se repasan los logros conseguidos y los procedimientos realizados. Comenta que con esta técnica podrá afrontar los retos presentes en el programa de rehabilitación y otros muchos en diferentes ámbitos de su vida. Continuará con el programa de rehabilitación (aprendizaje de otros recorridos relevantes para su vida cotidiana).

Sesión 13: Seguimiento del programa de rehabilitación. Manifiesta un adecuado control de ansiedad, con lo que avanza muy favorablemente en sus aprendizajes (lo que es corroborado por el técnico de rehabilitación). Se habla de la posterior generalización de estos aprendizajes a su vida cotidiana, mostrándose el usuario muy motivado al verlos altamente funcionales y favorecedores de su autonomía.

Sesión 14: Seguimiento de la generalización de los aprendizajes tras finalizar el programa de rehabilitación. Se observa que los realiza frecuentemente y con normalidad, sin manifestar muestras de ansiedad. Se procede a dar el alta.

Resultados

Al finalizar la intervención, el usuario manifiesta afrontar las situaciones de dificultad con un mayor sentimiento de autocontrol y, en consecuencia, mejora su rendimiento conductual en estas situaciones. Esto favorece el desarrollo de una mayor autoeficacia percibida, y en relación con ello, aumenta su nivel de autoestima. Como resultado final, aprende a realizar de forma autónoma los desplazamientos más relevantes para su trabajo y ocio y, de este modo, supera la relación de dependencia que había desarrollado con su esposa. En los seguimientos realizados se observa que mantiene estos objetivos en la actualidad.

Caso 3

Psicoeducación y primera experiencia

Presentamos seguidamente un caso para ilustrar la importancia de la fase de Entrenamiento Psicoeducativo y la eficacia inicial de la primera sesión de entrenamiento respiratorio (Respiración diafragmática). Estos dos aspectos facilitan enormemente la normalización cognitiva en cuanto a la respuesta de ansiedad, la adherencia al tratamiento y la implicación personal del sujeto en las siguientes fases de entrenamiento.

Se trata de un usuario varón de 31 años de edad. Acude a nuestro servicio tras perder casi por completo la visión de forma rápida (3 meses) debido a un glaucoma que no respondió a los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos instaurados. En la primera sesión de evaluación, el sujeto se mostraba muy inquieto, moviéndose continuamente en el asiento, con un discurso entrecortado y frecuentes pérdidas del hilo argumental. Al relatar lo que le había sucedido y cómo se sentía en el momento presente, no se centraba tanto en las dificultades que tenía en su vida cotidiana por las limitaciones o restricciones derivadas de la pérdida de visión, sino que comentaba más bien la presencia de síntomas de ansiedad como agitación, incapacidad para relajarse, insomnio de mantenimiento y una continua sensación de tensión, tanto a nivel físico como psicológico. Refería una constante sequedad de boca, que le dificultaba la deglución en las comidas (disfagia), palpitaciones y taquicardia, una sudoración excesiva (hidrosis) y dificultades para respirar (disnea). Todos estos indicadores de estrés y ansiedad, con un marcado componente neurovegetativo, nos llevan a encaminar la primera intervención, dentro de la entrevista clínica, a explicar al usuario que la causa de su malestar es la reacción normal de sobreactivación psicofisiológica ante un potente estresor (normalización). Su patología visual, de aparición brusca, con gran incertidumbre inicial en cuanto a su pronóstico, los resultados parciales de los tratamientos médicos, las secuelas permanentes en su grado de visión y las repercusiones funcionales en cuanto a su vida diaria, se constituyen en una fuente de estrés agudo que le lleva a valorar la situación como de amenaza-pérdida, desbordante de sus recursos para afrontarla (valoración primaria y secundaria).

Comentamos con el sujeto que, ante estas situaciones y la valoración que se hace de las mismas, el organismo reacciona automáticamente incrementando su nivel de activación psicofisiológica. La finalidad de ésta es facilitar un conjunto de recursos fisiológicos que, en situaciones límite, favorecen un afrontamiento a nivel físico de la situación, pero que, en su caso, no se resuelve a este nivel, lo que hace que la situación persista y que el organismo continúe incrementando su activación. Al persistir este bucle en el tiempo, van surgiendo una serie de síntomas físicos como los que él señalaba anteriormente. Con varios ejemplos, que se desarrollan en los apartados 2.3.c (Trastornos Psicofisiológicos) y 3 (La Activación Psicofisiológica), el usuario comprende de un modo racional la causa y la génesis de su malestar, haciendo comentarios como: *“ya entiendo... entonces lo que me sucede es normal... en otras ocasiones que estaba nervioso también sentía estas cosas... a todo el mundo le sucede lo mismo en situaciones como la mía...”*.

Normalizada y comprendida su situación, pasamos a comentar con el usuario que esta respuesta de activación puede ser voluntariamente controlada y se la puede hacer disminuir hasta límites tolerables mediante procedimientos de relajación. *“En nuestra experiencia”,* le decimos, *“nadie necesita que se le enseñe a ponerse nervioso o a activarse. Eso lo hacemos todos sin que nos muestren cómo conseguirlo. Lo que sí es necesario y, además, posible, es aprender a controlar nuestra activación mediante técnicas específicas. La ciencia psicológica lo viene haciendo así desde hace más de 70 años, con buenos resultados”*. Pasamos a comentarle, brevemente, las diversas técnicas de relajación, centrándonos en la que se ha mostrado más eficiente en la investigación y tratamiento psicológico: la respiración. Señalamos los parámetros más eficaces para reducir la activación y, tras explicarle los aspectos fundamentales en los que se basa la respiración diafragmática, pasamos a realizar la primera práctica respiratoria (Fase 1 del entrenamiento).

Tras aplicar los procedimientos desarrollados en esta fase, y a la finalización de las prácticas respiratorias, el sujeto se muestra mucho más relajado, con un tono de voz más tranquilo y pausado, valorando su estado de relajación entre un 8 o un 9. Al incorporarse y dirigirse a su sillón en la mesa de consulta exclama emocionado: *“¡Es increíble ...! ¡No me sudan las manos! Desde que me pasó esto, continuamente tenía las manos sudorosas, hasta tal punto que me avergonzaba cuando le daba la mano a alguien para saludarle, lo que me lle-*

vaba a secármelas continuamente en el pantalón". Esto, que puede parecer una nadería, el sujeto lo vivía como un cambio marcadamente significativo, puesto que le hacía comprobar que tenía control sobre su estado de activación, estado que venía interfiriendo diariamente en su bienestar personal desde hacía más de 5 meses. Reforzamos, entonces, los buenos resultados que se obtienen con los procedimientos respiratorios a la hora de disminuir la sobreactivación. Le entregamos el Cuadernillo de Prácticas, donde se desarrollan los Aspectos Psicoeducativos y le pedimos que, para afianzar los conceptos desarrollados en la consulta, lea este apartado y rellene el Cuestionario que le sigue. Asimismo, repasamos el cuadro de Secuencia de Práctica 1 para su trabajo en casa y la hoja de Autorregistro de Prácticas entre Sesiones.

Con todo ello, la normalización y comprensión de su situación, el afianzamiento de los conceptos desarrollados en los Aspectos Psicoeducativos mediante la lectura y cumplimentación del cuestionario, la experiencia personal y percepción de control alcanzada con la primera práctica respiratoria y un programa estructurado de entrenamiento y práctica, el usuario afronta con alta motivación e implicación personal el proceso de tratamiento.

A la finalización del mismo, los síntomas neurovegetativos y cognitivos desaparecieron por completo, destacando la extinción en primer lugar de los problemas de insomnio, de hidrosis y de disnea. A medida que se fue avanzando en el aprendizaje del control respiratorio los demás síntomas fueron disminuyendo hasta desaparecer. Además su capacidad de autocontrol de la ansiedad le fue muy útil al poder aplicarla en el proceso de aprendizaje de desplazamientos autónomos con el bastón de movilidad (relajación previa a las clases con el profesor y en situaciones ecológicas que le planteaban dificultades).

Caso 4

Aplicación del Procedimiento Abreviado

El siguiente ejemplo de aplicación de técnicas respiratorias se refiere a un caso en el que se utiliza el procedimiento abreviado en una situación de crisis. Se trata de una mujer de 75 años que acude a tratamiento psicológico con síntomas de agorafobia. Recientemente refería haber padecido un fuerte

estrés a causa de la presentación de enfermedades graves entre familiares (su marido y su hija) y un período de convalecencia propia tras tropezar y caerse en la calle, rompiéndose un brazo, dañándose también la cadera. Como consecuencia de todo ello, la usuaria había dejado de salir a la calle, permaneciendo aislada en su domicilio. Esta situación la atribuía a un empeoramiento en su visión, situación que no se sostenía al evaluar su estado visual como similar a otros momentos en que se había medido su agudeza visual.

En la entrevista clínica se objetivó que evitaba salir de casa por miedo a tropezar y volver a caerse, lo que le provocaba ideas catastróficas anticipatorias y una fuerte ansiedad. A medida que comentaba estos aspectos se observó que gradualmente iba incrementando su nivel de activación psicofisiológica. Comenzó por referir una abundante sudoración de manos, temblores y hormigueo en las mismas, síntomas que se siguieron por una severa sequedad de boca, sofoco y dificultades para respirar. Todo ello cristalizó en un ataque de pánico por un más que probable estado de hiperventilación. Se trató de tranquilizar a la usuaria explicándole qué le estaba sucediendo. *“Al hablar de estos miedos”, le comentamos, “su organismo se ha activado cambiando su funcionamiento y provocándole todos los síntomas físicos que siente en este momento. Esto es desagradable pero normal. Le aseguro que no le va a suceder nada malo. Aunque le parezca difícil de creer, podemos controlar esta situación respirando adecuadamente. Confíe en mí y haga lo que le voy a explicar”*. Se le pidió que se sentara con la espalda recta y que cerrase los ojos. Le mostramos como tomar aire profunda y lentamente por la nariz y le pedimos que así lo hiciese. Después se le mostró cómo retener el aire en sus pulmones mientras contaba hasta cuatro y, seguidamente, que lo expulsase como si soplasen por una pajita, lenta y suavemente. A continuación le solicitamos que encadenase los tres pasos mientras se la guiaba verbalmente. Se procedió así en 5 ensayos y a continuación se introdujeron instrucciones encubiertas de relajación (me lleno de paz, al inspirar, y expulso los nervios, al espirar), procediendo de este modo en otros 5 ensayos más. Al finalizar este grupo de ensayos le preguntamos cómo se sentía. Comentó que estaba algo más tranquila y que los síntomas habían disminuido algo en su intensidad. Mientras respiraba de modo natural, reforzamos su capacidad de control sobre la situación respirando de la forma adecuada. Mientras charlábamos con ella dejamos transcurrir unos 3 minutos antes de realizar otro grupo de 10 respira-

ciones refrescantes con retención. Después de ello, su estado de activación disminuyó hasta límites completamente tolerables, no molestos. Ya más tranquila se le explicó lo que le había sucedido y nos comentó que esto le había pasado en otras ocasiones. Se normalizó esta situación (*“lo que le ha pasado le sucede a muchas personas, pero acaba de comprobar que puede controlarlo si respira siguiendo este método”*).

En las siguientes sesiones de tratamiento se reforzó con otros ensayos la práctica respiratoria abreviada y se le solicitó que la practicase en casa y que la utilizase cuando comenzara a sentir síntomas desagradables de sobreactivación. Por otro lado se objetivaron sus miedos y se plantearon soluciones concretas a los mismos (usar un bastón de apoyo para favorecer su equilibrio caso de tropezar, realizar cruces de calles con prácticas de seguridad, observar y escuchar el tráfico, etc.). El uso de la práctica respiratoria y las soluciones funcionales a sus miedos se incorporaron a un programa de exposición gradual in vivo a las situaciones estresoras, primero con el apoyo de un coterapeuta (su hija) y después con la retirada gradual del mismo. A la finalización del programa, la usuaria realizaba los desplazamientos más relevantes para su vida diaria sin referir ansiedad ni malestar significativos.

Caso 5

Aplicación del Procedimiento de Respiración Relajadora

Para finalizar con nuestra exposición de intervenciones clínicas, comentaremos un caso de aplicación del procedimiento adicional de respiración relajadora. Se trata de una usuaria de 21 años que a lo largo de los últimos 18 meses había sufrido importantes cambios en su modo de vida: un proceso de separación parental, cambio de residencia con la consiguiente pérdida de su red de apoyo social, cambio de modalidad educativa (de presencial a distancia) y la pérdida del 90% de su visión en un corto espacio de tiempo. Este conjunto de potentes estresores le produjo un trastorno adaptativo con ansiedad y depresión de grado severo. Por ello se desarrolló un tratamiento psicológico que incluyó el E.C.R. para controlar los severos síntomas de sobreactivación que presentaba. Su evolución fue oscilante, surgiendo períodos de mejoría y regresión en función de los nuevos acontecimientos estresores que iban surgiendo en su vida cotidiana (enfrentamiento de restriccio-

nes y limitaciones derivadas de su pérdida de visión, enfrentamiento a situaciones de estrés debidas a los estudios, como preparación de las materias, exámenes, etc.). En la época de exámenes finales su nivel de ansiedad volvió a incrementarse hasta tal punto que comenzó a sufrir episodios de desvanecimiento cuando se desplazaba sola por la calle. Esto cristalizó en un trastorno con ataques de pánico y agorafobia.

Para evaluar funcionalmente esto se la expuso a la situación temida (caminar por la calle) mientras nos comentaba las sensaciones corporales que le iban surgiendo. Al iniciar la exposición refería un nivel de ansiedad de 9 puntos en la escala subjetiva y una sensación severa de inestabilidad y vértigo. A los pocos metros comenzó a sentir un fuerte hormigueo en los dedos de las manos, hormigueo que rápidamente se trasladó a la zona del labio superior, temblor de piernas y dificultades para mantenerse de pie. De todo ello surgió una severa sensación de disnea y pánico. De esta secuencia y conjunto de síntomas se concluyó que presentaba una crisis por hiperventilación, por lo que se le guió verbalmente en la realización de una serie de respiraciones rítmicas en la secuencia previamente aprendida de 4 – 4 – 8 – 4 y mensajes de relajación encubierta. Con ello se detuvo la progresión en la crisis y los síntomas comenzaron a descender hasta llegar a ser controlados.

Una vez operativizadas las variables funcionales que mediaban en las crisis, se diseñó un programa de exposición gradual in vivo. Éste incluía: (1) uso del control respiratorio cuando comenzasen a surgir síntomas físicos desagradables, redefinidos como señales de inducción involuntaria de un estado de hiperventilación; (2) graduación de desplazamientos y descomposición de los recorridos en subetapas o recorridos parciales; (3) control de pensamientos catastróficos anticipatorios mediante estrategias de detención de pensamiento y de cambio de foco (pensamientos distractores agradables o neutros); y (4) acompañamiento y retirada gradual de coterapeuta, previamente adiestrado en habilidades de apoyo y supervisión. Al referir la usuaria una fuerte ansiedad anticipatoria que la llevaba a iniciar los ensayos con una sobreactivación significativa, se la adiestró en la práctica de respiración relajadora para autoinducirse un estado más profundo de relajación antes de iniciar la exposición a la situación fóbica.

Se desarrolló la primera sesión de entrenamiento en respiración relajadora siguiendo el protocolo expuesto en el apartado de “Guía resumen de



las sesiones de entrenamiento”. En esta sesión se la guió verbalmente en la toma de conciencia de la zona a relajar, suministrando instrucciones repetitivas para que al inspirar sintiese un hormigueo ascendente y agradable, que localizase las zonas donde se acumulaba la tensión al retener el aire, que se centrase en notar cómo se aflojaban –distendían– relajaban las fibras musculares al espirar y que sintiese como la sangre fluía suavemente por la zona relajada, produciendo una creciente calidez y pesadez en la fase de apnea y respiración natural entre zonas. Se procedió a relajar sucesivamente todas las zonas musculares, observando que a medida que se iba avanzando el período de apnea se incrementaba de modo espontáneo (indicador de relajación), por lo que las instrucciones verbales se acompasaron a las fases respiratorias que iban surgiendo a medida que la usuaria se relajaba. Al finalizar la práctica, la usuaria indicó que su estado de relajación era de un 9 o un 10, señalando que hacía meses que no se sentía tan relajada como en ese momento. Su tono de voz era suave y pausado y no sentía tensión en ninguna zona de su cuerpo ni sensación de mareo. En este estado se procedió a realizar un desplazamiento acompañada a corta distancia por el terapeuta sin que surgiesen síntomas de hiperventilación, no siendo necesaria la intervención del mismo en ningún momento del recorrido.

En la siguiente sesión de entrenamiento se reforzaron las autoinstrucciones mediante la selección de una serie de palabras clave para que ella misma se las fuese administrando en las prácticas de respiración relajadora, especialmente antes de los ensayos de exposición y también antes de dormir. Con el aprendizaje de la respiración relajadora su nivel de activación previo a los ensayos de exposición descendió de manera significativa, lo que favoreció el desarrollo del programa. A su finalización, la usuaria realizaba todos sus desplazamientos sin que surgiesen episodios de ataques de pánico y controlando los síntomas de hiperventilación caso de que se iniciasen en algún momento.

Guía resumen de las sesiones de entrenamiento

16

Sesión 1: Respiración Diafragmática

Duración: 45-60 minutos

- 1.- Aspectos Psicoeducativos.
 - 1.1. Qué es la ansiedad.
 - 1.2. Cuáles son sus componentes.
 - 1.3. La respuesta de Activación Psicofisiológica.
 - 1.4. Anatomía y Fisiología del proceso respiratorio.
 - 1.5. Clases de respiración.
 - 1.6. Parámetros respiratorios más eficaces.
 - 1.7. Beneficios y aplicaciones.
- 2.- Aspectos previos al entrenamiento.
 - 2.1. Lugar para practicar.
 - 2.2. Momento del día.
 - 2.3. Respiración Nasal.
 - 2.4. Eliminación del Aire Residual.
 - 2.5. Registro de prácticas entre sesiones.
 - 2.6. Valoración de la consecución de objetivos.
- 3.- Visualización: Movimiento del diafragma.
- 4.- Series de Inspiraciones / Espiraciones Abdominales.
- 5.- Ejercicio de Relajación Final.
 - 5.1. Diálogo Interno.
 - 5.2. Visualización.

- 6.- Concentración en el proceso: Detención del Pensamiento y Autoinstrucciones.
- 7.- Instrucciones para la finalización de las prácticas.
- 8.- Instrucciones para la cumplimentación de:
 - Cuestionario sobre los Aspectos Psicoeducativos
 - Registro de las prácticas entre sesiones
 - Valoración de la consecución de objetivos.

Sesión 2: Respiración Completa.

Duración: 25-35 minutos

- 1.- Evaluación del Cuestionario de Aspectos Psicoeducativos.
- 2.- Análisis del Auto-registro de prácticas entre sesiones y determinación de la consecución de objetivos.
- 3.- Visualización: Movimientos del Diafragma e Intercostales.
- 4.- Series de Respiraciones Completas con Pausa.
- 5.- Definición del método más eficaz en el Ejercicio de Relajación Final.
- 6.- Afianzamiento de Concentración en el proceso: Detención del Pensamiento y Autoinstrucciones.
- 7.- Práctica Previa a situaciones de ansiedad ligera.

Sesión 3: Respiración Rítmica

Duración: 25-35 Minutos

- 1.- Análisis del Auto-registro de prácticas entre sesiones y determinación de la consecución de objetivos.
- 2.- Ejercicio de Respiración Completa sin pausa entre fases.
- 3.- Ejercicio de Respiración contando tiempos de Inspiración, Retención, Espiración y Apnea.
- 4.- Serie de Respiraciones Completas con secuencia de tiempos:
4 Inspiración – 2 Retención – 4 Espiración – 2 Apnea

- 5.- Ejercicio de respiración alargando en lo posible los tiempos de Espiración.
- 6.- Solicitar al usuario que una vez conseguida la secuencia 4-2-4-2 vaya alargando los tiempos de espiración hasta llegar a 4-2-8-2.
- 7.- Práctica previa a situaciones de ansiedad moderada.

Sesión 4: Respiración Sentado y de Pie. Generalización.

Duración: 30-40 minutos

- 1.- Análisis del Auto-registro de prácticas entre sesiones y determinación de la consecución de objetivos..
- 2.- Práctica de los procedimientos sentado de:
 - a. Respiración con / sin información de manos.
 - b. Respiración con los ojos abiertos.
- 3.- Práctica de los procedimientos de pie de:
 - a. Respiración con / sin información de manos.
 - b. Respiración de pie con los ojos abiertos.
- 4.- Práctica previa a situaciones de ansiedad severa.
- 5.- Generalización de la Técnica Respiratoria a entornos naturales.
 - 5.1. Elaboración de listado graduado de situaciones ansiógenas.
 - 5.2. Exposición gradual con práctica respiratoria.

Procedimiento de Respiración Relajadora

Duración: 40-50 minutos

- 1.- Explicación de las fases y procedimientos a desarrollar en la práctica.
 - Relajación secuencial de grupos musculares.
 - Toma de conciencia de la zona a relajar.
 - Visualización y guía verbal en la fase de inspiración – retención – espiración – apnea.
 - Secuencia ascendente de zonas musculares:
 - Piernas (derecha / izquierda).
 - Abdomen.



- Pecho.
- Zona baja y media de la espalda (nalgas y zona lumbar).
- Zona dorsal derecha / izquierda (omóplato y trapecio).
- Brazos (derecho / izquierdo).
- Cuello y nuca.
- Cuero cabelludo.
- Rostro.

2.- Series de respiraciones rítmicas en la secuencia 4 – 4 – 8 – 4.

3.- Procedimiento de relajación mediante guía verbal en cada zona muscular:

- (1) Toma de conciencia con respiración natural.
- (2) Espiración profunda.
- (3) Inspiración – frescor / hormigueo / burbujeo ascendente.
- (4) Retención – localización / visualización de la tensión.
- (5) Espiración – arrastre / aflojamiento / distensión descendente.
- (6) Apnea – sentir calidez / pesadez / relajación.
- (7) Respiración natural – toma de conciencia de la relajación de la zona.

4. Relajación global con *R – E – L – A – X*.

5. Procedimiento de finalización de la práctica.

Entrenamiento en control respiratorio

Cuaderno de prácticas

17

Nombre y Apellidos:

Fecha de inicio

Fase 1 __ - __ - ____

Fase 3 __ - __ - ____

Fase 2 __ - __ - ____

Fase 4 __ - __ - ____

ASPECTOS PSICOEDUCATIVOS

1. ANSIEDAD, ESTRÉS Y ACTIVACIÓN

1.1. *Qué son*

La ansiedad y el estrés son experiencias emocionales universales a las que todos hemos estado sometidos en múltiples ocasiones. Las experimentamos cuando creemos que debemos hacer muchas cosas en un corto espacio de tiempo, cuando nos presentamos a un examen, a una entrevista de trabajo, ante una cita importante, etc. En general surgen ante cualquier situación que evaluamos como amenazante, que nos genera incertidumbre o que pensamos puede desbordar nuestros recursos para resolverla eficazmente. Es decir, la ansiedad se refiere a una respuesta a un peligro indefinido, confuso o imaginario, mientras que el miedo o el temor son respuestas a un peligro inmediato y real. De manera similar, el estrés es la respuesta fisiológica y psicológica del organismo ante un estímulo (evento, objeto o persona) que interpretamos como amenazante y que pone en peligro, de algún modo, nuestra integridad tanto física, como psicológica o social. Ante estas situaciones todos experimentamos los síntomas característicos de la respuesta de ansiedad o estrés: preocupación, temor, aprensión, taquicardia, manos sudorosas, aceleración de la respiración, rigidez muscular, inquietud, etc.

1.2. *Cómo se producen*

La reacción de ansiedad o estrés se desarrolla, básicamente, en tres fases:

(1) *Evaluación o interpretación de la situación:* Cada individuo evalúa de forma diferente el peligro o el riesgo ante situaciones similares. Generalmente se considera amenazante aquella situación que implica cambios en el estilo cotidiano de vida, interrupciones o pérdidas, conflictos interpersonales o alteraciones de la salud, tanto propia como de personas significativas. Además estas situaciones son interpretadas como desbordantes de nuestros recursos para afrontarlas.

(2) **Anticipación del riesgo:** Si el sujeto evalúa la situación como potencialmente peligrosa, anticipará, previamente a que se den, una serie de riesgos, su probabilidad de ocurrencia y cómo podría prevenirlos o afrontarlos. Es decir, se dedica un tiempo a pensar qué puede suceder en esa situación y qué podemos hacer si sucede lo que imaginamos, casi siempre algo negativo.

(3) **Activación psicofisiológica:** Ante las situaciones que son interpretadas como de riesgo o amenaza, el organismo se prepara para actuar, huir o luchar. Se dan, entonces, una serie de cambios fisiológicos que ayudarán a responder rápidamente a las demandas situacionales. De este modo, el organismo modifica su funcionamiento para proveerse de una serie de recursos excepcionales que facilitarán su actuación ante el peligro. Analicemos estas modificaciones y veamos que recursos aportan.

1.3. Qué cambios provoca la activación en el organismo

Ante situaciones de riesgo:

- Se incrementa el pulso y la tensión arterial, con lo que se aumenta el volumen sanguíneo, fluyendo más rápidamente y llevando al cerebro, los pulmones y los músculos un aporte extra de nutrientes y oxígeno.
- Un conjunto de hormonas son arrojadas por el sistema endocrino al torrente circulatorio para aumentar la cantidad de glucosa disponible, disminuir el posible dolor o coagular rápidamente las heridas producto de la lucha.
- El ritmo respiratorio se acelera, con lo que más oxígeno se encuentra disponible para afrontar el esfuerzo.
- Se incrementa la tensión muscular, lo que nos aporta una mayor fuerza, rapidez y agilidad para luchar, correr, saltar, etc.
- Toda esta actividad produce un incremento del metabolismo celular y la temperatura corporal, por lo que es necesario transpirar copiosamente para regular nuestra temperatura.
- Otras funciones corporales como la digestión pasan a segundo plano, puesto que consumirían recursos que ahora son necesarios para afrontar el peligro.

1.4. Cuándo la activación es beneficiosa

Toda esta activación es beneficiosa para resolver situaciones que nos demanden un esfuerzo físico (por ejemplo, escapar de una casa en llamas, huir de un atracador, o levantar un objeto que, en un accidente, sepulta a un ser querido). De algún modo, todos hemos experimentado en momentos puntuales situaciones de riesgo en las que nos comportamos de una manera que jamás habríamos imaginado, por ejemplo corriendo más rápido que nunca o levantando pesos que exceden nuestra capacidad en situaciones normales. Todo ello lo pudimos realizar gracias a esta reacción de activación psicofisiológica. En este sentido podemos comprender su importancia como mecanismo facilitador de nuestra supervivencia en situaciones límite.

1.5. Cuándo la activación se convierte en un problema

Esto se produciría cuando esta respuesta de emergencia:

- No requiere un esfuerzo físico excepcional para resolver la situación de riesgo.
- Es desencadenada ante situaciones escasamente amenazantes o donde el peligro es sobrevalorado.
- Es muy frecuente, intensa o desproporcionada.
- Persiste en el tiempo, más allá de la situación que la provoca.

1.6. Qué síntomas físicos provoca

Debemos tener presente que *siempre* que una situación, real o imaginaria, sea evaluada como amenazante y desbordante de nuestros recursos, *automáticamente* nuestro organismo reaccionará incrementando su nivel de activación psicofisiológica. Debido a esto podremos observar la aparición de una serie de síntomas físicos desagradables o molestos. De hecho, muchos rasgos relacionados con la ansiedad o el estrés no son más, ni menos, que reflejo de la intensa actividad interna con la que nuestro organismo se prepara para actuar ante situaciones percibidas como peligrosas. En este sentido, un amplio abanico de síntomas físicos son consecuencia directa de una activación psicofisiológica intensa y/o sostenida que puede acabar por modificar

o alterar el funcionamiento de diversos sistemas u órganos. Así, podemos señalar sus efectos negativos a nivel del:

- *Sistema nervioso*: dolor de cabeza (cefaleas y migrañas), mareos, vértigo, alteraciones visuales, dificultades en la concentración o memoria y alteraciones del sueño.
- *Sistema autónomo simpático*: sofoco, sensación de calor, sudoración excesiva, sequedad de boca, rubor facial, escalofríos.
- *Sistema cardiovascular*: taquicardia, palpitaciones, hipertensión arterial, opresión torácica y dolor en el pecho.
- *Sistema respiratorio*: dificultades para respirar (disnea), respiración acelerada y superficial (hiperventilación), dificultades para hablar.
- *Sistema digestivo*: dificultades para tragar (disfagia), dolor abdominal, digestiones pesadas, gases (aerofagia), náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento.
- *Aparato locomotor*: tensión muscular (que cristaliza en dolor de espalda, articular o contractural), temblores, hormigueo, sensación de adormecimiento, dificultades de coordinación, fatiga o debilidad muscular.
- *Sistema dermatológico*: sensación de picor, dermatitis o eccemas y caída del cabello.
- *Sistema genitourinario*: necesidad imperiosa y recurrente de orinar (disuria), alteraciones del ciclo menstrual (amenorrea o dismenorrea), dolor a la hora de realizar el coito (dispareunia), impotencia (disfunción eréctil), eyaculación precoz o retardada y disminución del deseo sexual.

1.7. Qué otros síntomas la acompañan

Además de los síntomas físicos que acabamos de enumerar, la activación se ve acompañada por un conjunto de *emociones y pensamientos* desagradables (como temor, intranquilidad, sobresalto, sensación inminente de catástrofe, sensación de distanciamiento o irrealidad, sentimientos de pérdida del control y de inadecuación e ineficacia, etc.) y una serie de *comportamientos* poco adaptativos (como irritabilidad, inquietud, tartamudeo y dificultades



en la comunicación verbal, conductas sistemáticas y planificadas de evitación, retraimiento social, rituales compulsivos y conductas poco saludables como abuso de tabaco, alcohol u otras drogas o fármacos, atracones de comida etc.).

1.8. Consecuencias de estos síntomas

Este conjunto de síntomas físicos, pensamientos y comportamientos, más que ayudarnos a resolver eficazmente la situación, pasarían a interferir en su solución.

A modo de ejemplo, la posibilidad de equivocarnos o ponernos nerviosos a la hora de hablar en público, incrementará nuestro nivel de activación antes de comenzar a hacerlo. Posiblemente, esta activación hará que nos tiemble la voz, la respiración entrecortada afectará al ritmo de nuestro discurso, nuestro corazón latirá tan deprisa que parecerá que va a estallar y una creciente sensación de aturdimiento hará que olvidemos las ideas que pretendíamos exponer.

1.9. Conclusiones

En resumen, unos niveles moderados de ansiedad son beneficiosos para afrontar situaciones de riesgo. Sin embargo, por encima de estos niveles o cuando esta reacción persiste más allá de la situación que la desencadena, la ansiedad se convierte en una reacción que interfiere, dificulta o bloquea un afrontamiento eficaz. Además, esta reacción se experimenta como una sensación desagradable, tanto a nivel físico como emocional. Pero, si entre nuestros recursos para afrontar situaciones de dificultad, disponemos de una estrategia para controlar o reducir la activación, seguramente nuestra ejecución será más eficaz y, por tanto, el resultado será más adecuado. En consecuencia, aprender a controlar y reducir esta sobreactivación nos dará un mayor sentimiento de competencia para afrontar dificultades, y repercutirá positivamente en nuestro bienestar personal. Como señaló Watzlawick, refiriéndose a los objetivos de cualquier terapia realista, ésta *“no nos llevaría a un mundo sin dificultades, sino a una mayor competencia para afrontar las dificultades del mundo”*.

2. LA RESPIRACIÓN

Existen varios métodos para aprender a controlar la activación psicofisiológica que forma parte de la ansiedad: relajación muscular, entrenamiento autógeno, biofeedback, etc. Las más recientes investigaciones en Psicología, parecen demostrar que el método más eficaz, y que además se aprende con mayor facilidad, es el Entrenamiento en Control de la Respiración. Aunque pueda parecer increíble, una respiración consciente, profunda y pausada actúa en nuestro organismo de forma similar a los tranquilizantes o ansiolíticos, activando sustancias y sistemas opuestos a los de la respuesta de ansiedad, y produciendo una sensación agradable de relajación y tranquilidad. La ciencia occidental ha comenzado a ser consciente de la importancia y potencialidad de este método para controlar las respuestas de sobreactivación, pero las culturas orientales lo llevan haciendo casi 5000 años, fundamentalmente el Yoga. En esta disciplina se han desarrollado un conjunto de prácticas respiratorias que podemos utilizar para aprender a controlar nuestra activación. El presente método recoge las prácticas respiratorias del Yoga que han demostrado experimentalmente ser más eficaces a la hora de reducir la activación. En este sentido, según han demostrado científicamente gran cantidad de estudios en Psicología, si aprendemos a realizar una respiración adecuada y la practicamos de manera sistemática, podremos reducir y controlar voluntariamente nuestro nivel de activación ante situaciones que nos provocan dicha respuesta. Pero antes de iniciar el entrenamiento, es necesario que conozca unas nociones básicas a cerca de la anatomía y la fisiología de la respiración.

2.1. Nociones básicas sobre el proceso respiratorio

El proceso respiratorio es esencial para la vida (su interrupción durante unos pocos minutos es letal) y su principal objetivo es proveer al organismo de oxígeno. Además, es una de las actividades que realizamos con mayor frecuencia: el acto de tomar y expulsar aire lo realizamos, de manera inconsciente, un promedio de 23.000 veces al día.

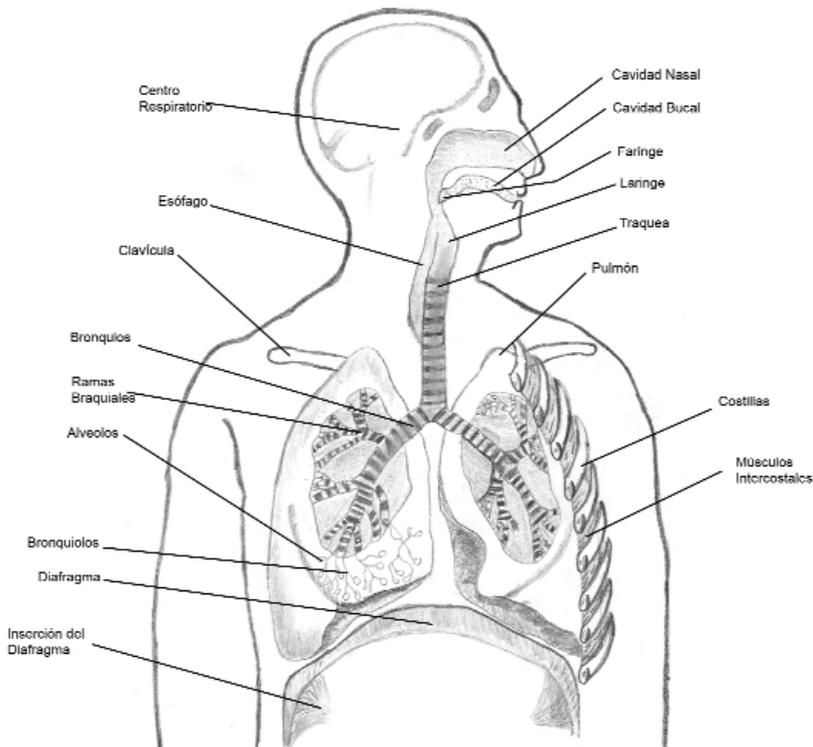
A grandes rasgos podríamos dividir el sistema respiratorio en vías respiratorias, pulmones y músculos respiratorios.

El aire llega a los pulmones entrando por la nariz o por la boca, descendiendo por la faringe y laringe, tráquea y los bronquios, hasta llegar a los alvéolos. A través de éstos, el oxígeno pasa a la sangre y los gases producidos por el metabolismo celular (sobre todo dióxido de carbono o CO₂) son expulsados mediante la espiración.

La vía adecuada para que entre el aire es la nariz, donde éste se calienta, humidifica y limpia de impurezas.

Los pulmones se encuentran en el tórax, y como son vitales para el organismo, están protegidos por una especie de caja, formada por las costillas. En su parte inferior, los pulmones se apoyan en el diafragma, uno de los músculos respiratorios principales. El diafragma es una placa muscular en forma de paraguas o cúpula, ancha y profunda, que separa la cavidad torácica de la abdominal.

Ilustración 2: Dibujo anatómico del sistema respiratorio



Se muestran las vías respiratorias (cavidad nasal y bucal, faringe, laringe, traquea y bronquios), la sección del pulmón (ramas braquiales, bronquiólos y sacos alveolares) y los principales músculos respiratorios (intercostales y diafragma).

2.2. Clases de respiración

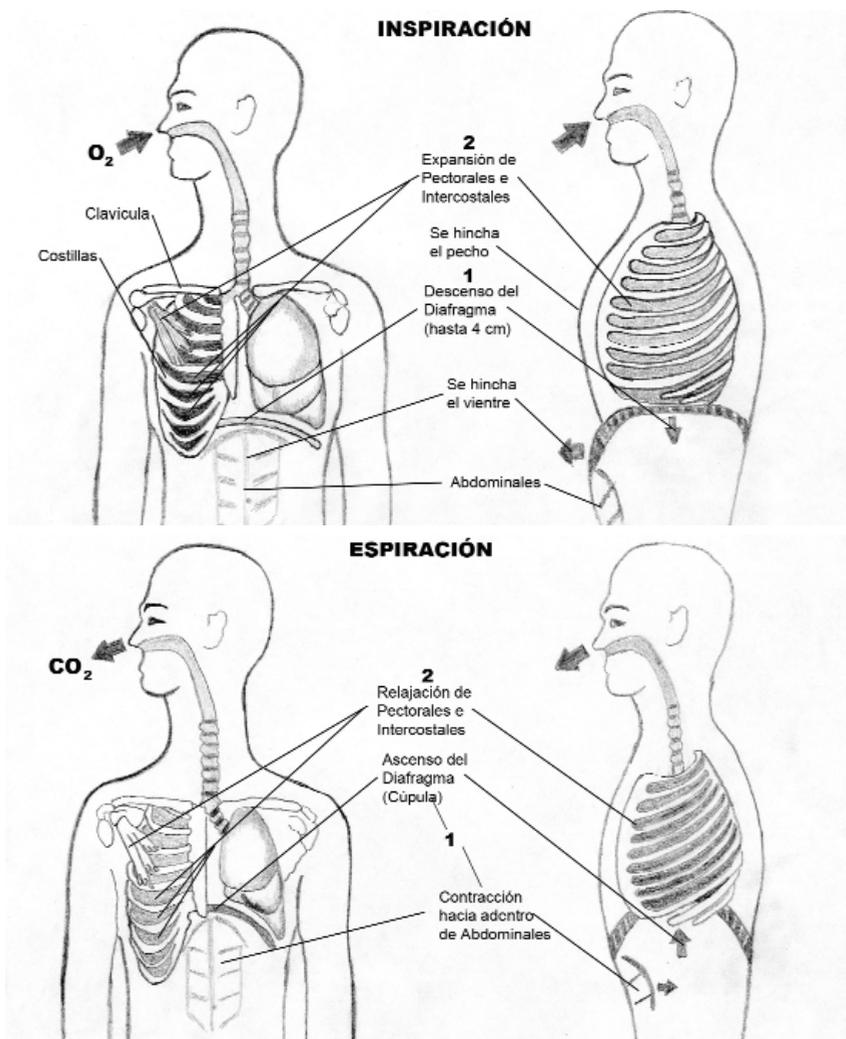
En función del lugar de los pulmones a donde dirigamos el aire, se distinguirán cuatro zonas y tipos de respiración.

- 1. Zona baja (Respiración Diafragmática):** Correspondería al llenado de la parte inferior de los pulmones. Este tipo de respiración es regulado por el diafragma. Al tomar aire, desplazamos el diafragma hacia abajo, hasta 4 centímetros, pasando de su forma inicial de cúpula a una forma plana u horizontal. Con este movimiento el aire puede descender hasta la zona baja de los pulmones, siendo los órganos del abdomen presionados suavemente hacia abajo, hinchándose ligeramente la barriga. Es la zona de mayor capacidad respiratoria (sería necesario respirar tres veces con el pecho para absorber la misma cantidad de oxígeno que llega a los pulmones con una sola respiración diafragmática). Por desgracia, este tipo de respiración no es usado habitualmente, pero se puede hacer de forma voluntaria, si lo reaprendemos y lo practicamos.
- 2. Zona Media (Respiración Torácica o Pectoral):** Es la zona y tipo de respiración que utilizamos automáticamente. Está regulada por los músculos intercostales, situados entre las costillas. Al tomar aire, estos músculos se expanden, empujando las costillas hacia fuera y ensanchando la caja torácica. Al llevar el aire hacia esta zona, notaremos cómo se hincha el pecho. Esta es la forma más habitual de respirar, pero no es la más adecuada. Si llenamos el pecho primero, el aire quedará retenido en esta parte, siendo entonces imposible llenar la zona baja de los pulmones (que tiene el triple de capacidad). Esta clase de respiración se asocia a la actividad del Sistema Nervioso simpático.
- 3. Zona Alta (Respiración Clavicular):** Esta es la respiración que utiliza la zona superior de los pulmones, la de menor capacidad. En este

tipo de respiración, las clavículas se alzan para abrir la angosta porción lobular superior. Este acto se puede observar, cuando al respirar, se suben los hombros. Este tipo de respiración está asociado a estados de ansiedad, puesto que automáticamente, tendemos a respirar con esta zona ante situaciones amenazantes. Al tener los lóbulos superiores poca capacidad, necesitamos respirar muchas veces, volviéndose así la respiración entrecortada y jadeante. Si respiramos de este modo durante un tiempo, se podría dar un fenómeno denominado hiperventilación. Éste altera la tasa de intercambio gaseoso en los pulmones, eliminando gran cantidad de CO₂ en la espiración y aumentando la proporción en sangre de oxígeno. Esto produce una activación psicofisiológica creciente, que puede acabar como una crisis de angustia.

- 4. Respiración Profunda o Completa:** Este tipo de respiración es el más eficaz y beneficioso. Utiliza toda la capacidad de los pulmones, pudiendo absorber mayor cantidad de oxígeno en cada inspiración. Realizamos una *Respiración Profunda o Completa* cuando llenamos, sucesivamente y en una misma inspiración, en primer lugar la zona baja, después la zona media y, por último, la zona alta. Si también procedemos en la espiración de forma ascendente, de abajo a arriba, vaciaremos completamente los pulmones, expulsando todos los gases producto del metabolismo celular, sin dejar en éstos lo que se denomina aire residual.

Ilustración 3: Anatomía de los procesos de inspiración y espiración



En la imagen se puede observar el movimiento de los músculos respiratorios en el proceso de inspiración, tanto en la respiración diafragmática (1) como en la torácica (2). La respiración completa incluiría los pasos (1) y (2). En esta página se muestra la secuencia de movimientos de los músculos respiratorios en el proceso de espiración.

2.3. Parámetros respiratorios más eficaces

Si revisamos las investigaciones psicológicas donde se analizan las técnicas respiratorias, encontraremos que una serie de parámetros han demostrado ser los más eficaces a la hora de reducir la sobreactivación. Atendiendo a estos parámetros, en el presente método hemos desarrollado una serie de procedimientos sistemáticos para facilitar su aprendizaje mediante prácticas respiratorias sencillas. A continuación expondremos estos parámetros.

En primer lugar, se ha demostrado que la ansiedad aumenta nuestra frecuencia respiratoria (el número de respiraciones que hacemos por minuto). Esto lo puede comprobar la próxima vez que se sienta nervioso: fíjese en cómo respira y observará que toma muchas veces aire, y siempre en pequeñas cantidades. Si esta respuesta se da durante un determinado tiempo, se produce lo que se denomina Hiperventilación, cuya consecuencia es una sensación creciente de ansiedad, pudiendo llegar incluso hasta el pánico. Por lo tanto, si aprende a respirar en estas situaciones más lenta y profundamente, con seguridad, reducirá la ansiedad y la sensación desagradable que la acompaña. Para respirar pausadamente, debemos hacer respiraciones profundas, de tal forma que tomemos más cantidad de oxígeno en cada inspiración. Esto reducirá nuestra tasa respiratoria (hará que necesitemos hacer menos respiraciones por minuto). Para conseguir este objetivo debemos aprender a realizar respiraciones completas, utilizando toda la capacidad de nuestros pulmones. Las dos primeras fases del entrenamiento se dedicarán a este objetivo.

En segundo lugar, parece demostrado que, en el proceso respiratorio, espirar en el doble tiempo que utilizamos para inspirar, reduce de forma significativa la reacción de ansiedad, e induce una mayor sensación de relajación y calma. Además, si retenemos el aire unos instantes entre inspiración y espiración, este efecto de relajación se produce más rápidamente. La explicación fisiológica sería compleja, pero, de manera sucinta, podemos decir que la respiración rítmica incrementa la concentración en sangre de gases que actúan como verdaderos tranquilizantes endógenos. La tercera fase del entrenamiento se dedicará a aprender esta habilidad.

Por último, la posibilidad de utilizar estas habilidades en situaciones reales, asociadas a niveles altos de ansiedad, requieren la práctica en distin-

tas posiciones. Así, si aprendemos a respirar en posturas habituales, podremos utilizar esta técnica, con naturalidad, ante situaciones de la vida cotidiana. Dedicaremos la cuarta fase del entrenamiento a conseguir este objetivo.

3. BENEFICIOS Y APLICACIONES

Como venimos señalando a lo largo de los apartados precedentes, aprender a respirar de manera adecuada, reduce la activación, tanto a nivel físico como emocional. Se ha demostrado que esta clase de respiración activa selectivamente el sistema nervioso parasimpático. Éste contrarresta los sistemas que son activados en situaciones de ansiedad. La activación parasimpática produce una reducción del estado de alerta y un aumento de la sensación de relajación, estando asociada a situaciones placenteras como, por ejemplo, reír.

Entre otros, los cambios que produce la activación parasimpática se pueden observar a varios niveles:

- Nivel Fisiológico:
 - Disminución del estado general de alerta del organismo.
 - Disminución de la frecuencia respiratoria.
 - Disminución del ritmo cardiaco (de entre el 10 y el 15 por ciento).
 - La sangre vuelve a fluir desde los músculos hacia las vísceras, favoreciendo procesos como la digestión, la eliminación, etc.
 - Disminución del metabolismo muscular, y como consecuencia, de la sudoración.
 - Aumento de la secreción de hormonas del sistema endocrino, al proporcionar el diafragma un masaje directo de las glándulas del abdomen y del sacro.
- Nivel Cognitivo:
 - Disminución de la expectativa de catástrofe inminente.
 - Disminución de la recurrencia de ideas negativas o inquietantes.
 - Disminución de la anticipación temerosa.



- Desaparición de la sensación de distanciamiento o irrealidad.
- Aumento del rendimiento en procesos mentales superiores, como concentración, aprendizaje y memoria.
- Nivel conductual:
 - Disminución de las conductas de evitación.
 - Disminución de las reacciones de sobresalto.
 - Disminución del nivel de irritabilidad (mayor tolerancia a la frustración).
 - Disminución de la inquietud.
 - Disminución de la tensión muscular y los temblores.
 - Disminución de la fatigabilidad.
 - Disminución de tics y movimientos repetitivos (rascarse o morderse las uñas).
 - Mejoría en el inicio, mantenimiento y calidad del sueño.

Dados los beneficios que proporciona el control de la respiración, esta técnica se aplica, como única estrategia o en combinación con otras, en una gran variedad de tratamientos psicológicos, estando especialmente indicada en trastornos de ansiedad generalizada, ataques de pánico, trastornos de evitación (fobias), ataques de ira, trastornos obsesivo-compulsivos, insomnio, trastornos por estrés postraumático, disfunciones sexuales, trastornos cardiovasculares (hipertensión arterial), asma, dolor crónico, intestino irritable, mejora del rendimiento en deportistas de élite, y un largo etcétera.

La principal ventaja respecto de otras técnicas de relajación, reside en el hecho de que puede ser aprendida con gran facilidad en un breve espacio de tiempo, requiriendo un menor esfuerzo personal para su aprendizaje. Además, puede ser aplicada con naturalidad en prácticamente todas las situaciones de la vida cotidiana.

Cuestionario

Instrucciones

Una vez que haya leído detenidamente el apartado que trata sobre los Aspectos Psicoeducativos relacionados con la ansiedad, el estrés y la activación, le rogamos rellene el presente cuestionario a fin de que usted mismo pueda valorar su grado de comprensión de los conceptos que en él se desarrollan.

Consideramos que la comprensión de estos conceptos le puede ayudar a entender su situación actual, cómo ésta se ha venido desarrollando y qué puede hacer usted para modificarla y superarla.

No se debe tomar el presente cuestionario como un examen. Solamente le solicitamos que lo rellene puesto que hemos comprobado que su cumplimentación puede ayudarle a reflexionar sobre su situación. Así podrá asimilar mejor los principales conceptos relacionados con ésta, lo que le será de utilidad a lo largo del tratamiento y en su vida futura.

En este sentido, caso que no pueda responder a alguna de las preguntas, puede releer el documento y encontrará fácilmente la respuesta en él. Además, el orden de las preguntas se ha elaborado siguiendo la secuencia de la exposición, de tal modo que las primeras preguntas las encontrará recogidas en la parte inicial del documento y así sucesivamente.



1.- ¿Por qué se considera la respuesta de ansiedad como una reacción natural o normal?

2.- ¿Qué tipo de situaciones son las que desencadenan las respuestas de ansiedad?

3.- Señale las 3 fases en las que se desarrolla la respuesta de ansiedad?

- 1.
- 2.
- 3.

4.- ¿Con qué finalidad reacciona el organismo incrementando su nivel de activación psicofisiológica?

5.- ¿Podría enumerar algunos de los cambios del organismo en situaciones de amenaza?

6.- ¿Ha experimentado alguna situación límite en la que la activación le haya ayudado a resolverla?

7.- ¿En qué tipo de situaciones o en qué circunstancias la reacción de activación dificulta o interfiere un afrontamiento eficaz?

8.- ¿Qué síntomas físicos padece usted debido a su elevado nivel de activación?



9.- ¿Presenta usted pensamientos desagradables o comportamientos poco adaptativos relacionados con la ansiedad? ¿Cuáles?

10.- ¿Puede una persona controlar su nivel de activación? ¿Cómo?

11.- Señale los tres niveles en que se divide el sistema respiratorio.

- 1.
- 2.
- 3.

12.- Rellene la siguiente tabla atendiendo a estas instrucciones:

- En la primera columna indique las 4 clases de respiración.
- En la segunda, la zona de los pulmones a donde se dirige el aire.
- En la tercera, señale que músculos o huesos la regulan.

Clases de respiración	Zona de los pulmones	Músculos o huesos
1.		
2.		
3.		
4.		

13.- Señale los tres parámetros respiratorios que se han demostrado más eficaces para reducir la activación psicofisiológica.

- 1.
- 2.
- 3.

14.- ¿Cree que el aprendizaje del Control Respiratorio le puede ayudar a resolver sus problemas de ansiedad? ¿Por qué?

ASPECTOS PREVIOS A LA PRÁCTICA RESPIRATORIA

Antes de comenzar el entrenamiento es conveniente que conozca una serie de circunstancias que le ayudarán a realizar las prácticas con mayor comodidad y eficacia. Lea atentamente este apartado y aplique los consejos que en él se recogen siempre que vaya a realizar cualquier práctica en su domicilio.

Lugar para practicar

- Procure buscar un rincón tranquilo. Elija una habitación apartada y silenciosa.
- Pida a las personas que estén en la casa que, si es posible, no le interrumpan durante unos 20 minutos.



- Antes de comenzar con la práctica, asegúrese de ventilar la habitación adecuadamente. Si la temperatura exterior lo permite (por encima de 24°), puede practicar con la ventana abierta.
- Procure que el lugar esté a una temperatura agradable (sobre todo, que no haga frío).
- La iluminación puede ser tenue.
- Póngase ropa cómoda que sobre todo no le apriete en la cintura.
- Debe realizar los ejercicios descalzo y tumbado en el suelo o en una cama. Si lo hace en el suelo y para mayor comodidad, se puede tender sobre una alfombra, manta o colchoneta, de tal forma que sienta toda la espalda apoyada sobre la superficie. Si decide hacerlo en la cama se tendera sobre ella pero sin apoyar la cabeza en la almohada.
- La posición recomendada para realizar las prácticas en casa es tendido sobre una superficie firme, sintiendo como se apoya toda la espalda sobre la misma. Debe extender y separar las piernas de tal modo que haya una distancia de unos 50 o 70 centímetros entre sus pies.

Momento del día

- Cualquier momento del día puede ser bueno para practicar.
- Al tratarse de ejercicios que tienen un componente de actividad muscular que moviliza los órganos situados en el abdomen, no es conveniente realizarlos mientras se está haciendo la digestión.
- Estos ejercicios se pueden realizar en ayunas (al levantarnos por la mañana, antes de desayunar) o 1 o 2 horas después de las comidas.
- Momentos especialmente indicados para practicar son al levantarnos por la mañana y al anochecer, antes de cenar o dormir.
- Es necesario practicar todos los días, al menos 2 veces (una por la mañana, antes de iniciar nuestras actividades cotidianas, y otra por la tarde/noche, una vez finalizadas nuestras obligaciones).

Respiración Nasal

- Debe inspirar y espirar (tomar y expulsar el aire) siempre *por la nariz*.
- Éste es el órgano de nuestro cuerpo especialmente diseñado para respirar, dado que filtra, humidifica y calienta el aire.
- Si en lugar de respirar por la nariz lo hace por la boca observará (sobre todo en la inspiración) que progresivamente se le irá secando la boca y la garganta, con la incomodidad que ello provoca en las prácticas. Además le recomendamos respirar siempre por la nariz sobre todo en lugares donde haya una baja temperatura con lo que evitará resfriados y afecciones de garganta.
- Al principio, a algunas personas les cuesta respirar por la nariz, al haber perdido este hábito. Es recomendable insistir en hacerlo así puesto que una vez conseguido facilita mucho la realización de los ejercicios.
- Antes de iniciar cualquier sesión debemos limpiar las fosas nasales.
- Es conveniente que la entrada y salida del aire produzca un suave sonido. Esto favorece la concentración en el proceso de respiración.
- Si tiene dificultades permanentes para respirar por la nariz (obstrucciones, desviaciones severas de tabique, etc.), puede hacerlo por la boca.

Eliminación del aire residual

- Cuando se inicia el entrenamiento, lo más habitual es centrar toda la atención y el esfuerzo en la inspiración, puesto que se tiende a considerar ésta como la parte más activa del proceso respiratorio. Sin embargo, existe la certeza de que la fase de espiración es tan importante, sino más, que la de inspiración, al demostrarse condición previa y necesaria para una completa y profunda toma de aire.
- En consecuencia, el hecho de realizar una correcta espiración hará que se elimine el aire residual que permanece retenido en los pulmones, con lo que en la subsiguiente inspiración se introducirá en los mismos una mayor cantidad de aire rico en oxígeno.

- Por ello, antes de iniciar cualquier ejercicio respiratorio, debe asegurarse de vaciar completamente los pulmones.
- Para facilitar la eliminación del aire residual, al espirar, puede meter hacia adentro el vientre, contrayendo hacia atrás los músculos abdominales. Así saldrá todo el aire que permanece en los pulmones de forma natural.
- Se puede ayudar antes de realizar la primera inspiración presionando firmemente con la mano situada sobre el abdomen (ombligo).
- Igualmente es importante que cuando practique cualquier procedimiento se asegure de realizar correctamente el proceso espiratorio, tratando de expulsar todo el aire que pueda antes de continuar con la siguiente inspiración.

Registro de las sesiones de práctica en casa

- Como indicamos anteriormente, para dominar las habilidades planteadas es necesario practicar al menos dos veces al día en su domicilio. Llevar un registro de estas prácticas es muy positivo y favorece la conciencia de evolución en el proceso, y por lo tanto, sirve como refuerzo a la hora de alcanzar los objetivos en cada fase de entrenamiento.
- Tras cada Guía resumen de práctica, encontrará una sencilla tabla de registro.
- Una vez que finalice cada sesión de práctica, debe cumplimentar tres aspectos. En ello no tardará más de 1 o 2 minutos.
- En la 1ª columna debe anotar la fecha de la práctica.
- En la 3ª columna anotará el grado de relajación alcanzado al finalizar la sesión de práctica. Para ello utilice una escala gradual que va de 0 a 10, siendo 0 “Nada relajado” y 10 “Completamente relajado”.

Relajación baja				Relajación media			Relajación alta			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- En la 4ª columna debe anotar cualquier observación que considere relevante respecto de esa sesión y que le gustaría comentar con el psi-

cólogo. Por ejemplo: “después de esa sesión, dormí toda la noche sin despertarme”; “me costó mucho concentrarme en el ejercicio por pensamientos de...”; “noté una sensación de...”; etc.

Objetivos de cada fase de entrenamiento y consecución de los mismos

- Cada fase de entrenamiento se plantea la adquisición de una serie de habilidades.
- Para ello, en cada sesión con su terapeuta, éste le enseñará a realizar algunos ejercicios para que adquiera esta habilidad mediante la práctica.
- Una vez que haya practicado en su domicilio y antes de acudir a la siguiente cita con su terapeuta, usted mismo puede evaluar el grado de consecución de los objetivos planteados en esa fase.
- Con este fin, se incluye una tabla donde se recogen los objetivos específicos para cada fase de entrenamiento, seguida de una escala de evaluación que va de 1 a 5. Con ella podemos valorar el grado en que tras la práctica hemos conseguido cada uno de los objetivos planteados.
- Marque entonces con una “X” la casilla que corresponda, en base a la escala:

1	2	3	4	5
NADA	ALGO	A MEDIAS	BASTANTE	MUCHO

- Esto ayudará, tanto a usted como a su terapeuta a la hora de decidir si pasar a la siguiente fase, o si es necesario reforzar o insistir en la fase actual.
- Debe tener en cuenta que el progreso adecuado requiere la adquisición previa de unas habilidades, necesarias para la siguiente fase, por lo que no es conveniente pasar a la siguiente sin dominar adecuadamente las habilidades de la fase anterior.

Fase 1: Respiración diafragmática

GUÍA RESUMEN PARA LAS PRÁCTICAS ENTRE SESIONES

Respiración Diafragmática
1.- Lectura de los apartados “Aspectos Psicoeducativos” y “Aspectos relevantes previos a la práctica respiratoria”.
2.- Complimentación del Cuestionario.
3.- Visualización del diafragma y su movimiento.
4.- Serie de Inspiraciones / Espiraciones abdominales de 1 a 40 Respiración natural 1-2 minutos Serie de Inspiraciones / Espiraciones abdominales de 1 a 40 Respiración natural 1-2 minutos Serie de Inspiraciones / Espiraciones abdominales de 1 a 40
5.- Ejercicio de Relajación Final.
6.- Auto-registro.

OBJETIVOS Y GRADO DE CONSECUCIÓN DE LOS MISMOS

Objetivos	Grado de consecución				
	1 NADA	2 POCO	3 A MEDIAS	4 BASTANTE	5 MUCHO
(1) Adquisición de los conocimientos más relevantes en torno a la ansiedad y el estrés (aspectos psicoeducativos).					
(2) Capacidad de observación y visualización sobre el propio proceso respiratorio.					
(3) Respirar únicamente con la zona abdominal mediante la movilización diferencial del diafragma.					
(4) Realizar una correcta espiración eliminando la mayor cantidad posible de aire residual.					
(5) Concentrar la atención sobre los movimientos del diafragma, contando el número de inspiraciones y espiraciones.					
(6) Asociar los procesos respiratorios a sensaciones de relajación y reducción de la ansiedad.					
(7) Volver a centrar la atención en el proceso cuando le asalten ideas no relacionadas con los ejercicios.					

TABLA DE AUTORREGISTRO DE LAS PRÁCTICAS

FECHA (Día / mes)	Práctica Diaria	Grado de Relajación (0-10)	Comentarios, observaciones o dificultades
	1		
	2		
	1		
	2		
	1		
	2		
	1		
	2		
	1		
	2		
	1		
	2		
	1		
	2		
	1		
	2		

Fase 2: Respiración diafragmática

GUÍA RESUMEN PARA LAS PRÁCTICAS ENTRE SESIONES

Respiración completa
1.- Visualización de diafragma, intercostales y su movimiento secuencial.
2.- Serie de Inspiraciones / Espiraciones Completas de 1 a 40. Respiración natural 1-2 minutos. Serie de Inspiraciones / Espiraciones Completas de 1 a 40. Respiración natural 1-2 minutos. Serie de Inspiraciones / Espiraciones Completas de 1 a 40.
3.- Ejercicio de Relajación Final.
4.- Auto-registro.
5.- Práctica previa a situaciones de ansiedad de intensidad ligera.

OBJETIVOS Y GRADO DE CONSECUCIÓN DE LOS MISMOS

Objetivos	Grado de consecución				
	1 NADA	2 POCO	3 A MEDIAS	4 BASTANTE	5 MUCHO
(1) Realizar respiraciones completas en dos tiempos (primero, con la zona abdominal, y, seguidamente, con la zona pectoral), con una pequeña pausa entre ambas.					
(2) Realizar una correcta espiración eliminando la mayor cantidad posible de aire residual.					
(3) Concentrar la atención sobre los movimientos del diafragma y el pecho, contando el número de inspiraciones y espiraciones.					
(4) Volver a centrar la atención en el proceso cuando le asalten ideas o pensamientos perturbadores o no relacionados con la respiración.					
(5) Asociar los procesos respiratorios a sensaciones de relajación y reducción de la ansiedad.					
(6) Utilizar la práctica respiratoria previamente al afrontamiento de situaciones que le provoquen una ansiedad ligera.					

TABLA DE AUTORREGISTRO DE LAS PRÁCTICAS

FECHA (Día / mes)	Práctica Diaria	Grado de Relajación (0-10)	Comentarios, observaciones o dificultades
	1		
	2		
	1		
	2		
	1		
	2		
	1		
	2		
	1		
	2		
	1		
	2		
	1		
	2		
	1		
	2		

PRÁCTICA PREVIA A SITUACIONES DE ANSIEDAD LIGERA

Fecha	Situación	Grado de relajación (0 - 10)	Observaciones o Comentarios



Fase 3: Respiración rítmica con doble tiempo de espiración

GUÍA RESUMEN PARA LAS PRÁCTICAS ENTRE SESIONES

Respiración Rítmica con Doble Tiempo de Espiración

1.- Serie de 4-5 minutos de Respiración Completa en Tiempos.

4 – 2 – 4 – 2 ... Progresando hasta ... 4 – 2 – 8 – 2

2.- Respiración natural 1-2 minutos

3.- Serie de 4-5 minutos de Respiración Completa en Tiempos

4.- Respiración natural 1-2 minutos

5.- Ejercicio de Relajación Final

6.- Auto-registro

7.- Práctica previa a situaciones de ansiedad moderada

OBJETIVOS Y GRADO DE CONSECUCIÓN DE LOS MISMOS

Objetivos	Grado de consecución				
	1 NADA	2 POCO	3 A MEDIAS	4 BASTANTE	5 MUCHO
(1) Realizar en la misma inspiración / espiración los dos tiempos (abdominal – intercostal) sin realizar pausa entre ambos.					
(2) Introducir, entre Inspiración y Espiración, un período de retención (o pausa).					
(3) Realizar la respiración completa atendiendo a los tiempos 4-2-4-2 para la inspiración – retención – espiración – apnea					
(4) Alargar progresivamente los tiempos de la espiración hasta conseguir que sean el doblo que los de inspiración (4-2-8-2)					
(5) Utilizar la práctica respiratoria previamente al afrontamiento de situaciones de ansiedad moderada.					

TABLA DE AUTORREGISTRO DE LAS PRÁCTICAS

FECHA (Día / mes)	Práctica Diaria	Grado de Relajación (0-10)	Comentarios, observaciones o dificultades
	1		
	2		
	1		
	2		
	1		
	2		
	1		
	2		
	1		
	2		
	1		
	2		
	1		
	2		
	1		
	2		

PRÁCTICA PREVIA A SITUACIONES DE ANSIEDAD MODERADA

Fecha	Situación	Grado de relajación (0 - 10)	Observaciones o Comentarios

Fase 4: Respiración sentado y de pie

GUÍA RESUMEN PARA LAS PRÁCTICAS ENTRE SESIONES

Respiración sentado y de pie

- 1.- Serie de 2-3 minutos de Respiración Completa Tumbado.
- 2.- Respiración natural 1 minutos.
- 3.- Tres Series de 2-3 minutos de Respiración Completa Sentado:
 - a) Con Información de Manos.
 - b) Sin Información de Manos.
 - c) Con los ojos abiertos.
- 4.- Respiración natural de 1 minuto entre las series.
- 5.- Ejercicio de Relajación Final alternando Tumbado / Sentado.
Cuando se domine la Respiración Sentado, sustituir el punto 3 por:
- 3.- Tres Series de 2-3 minutos de Respiración Completa de Pie:
 - a) Con Información de Manos.
 - b) Sin Información de Manos.
 - c) Con los ojos abiertos.

Sustituir el punto 5 por:
- 5.- Relajación Final alternando Tumbado / Sentado / de Pie.
- 6.- Auto-registro.
- 7.- Aplicación progresiva en situaciones y entornos naturales.

OBJETIVOS Y GRADO DE CONSECUCCIÓN DE LOS MISMOS

Objetivos	Grado de consecución				
	1 NADA	2 POCO	3 A MEDIAS	4 BASTANTE	5 MUCHO
(1) Respirar sentado en la secuencia 4 – 2 – 8 – 2.					
(2) Respirar de pie en la secuencia 4 – 2 – 8 – 2.					
(3) Respirar con los ojos abiertos, sin perder la concentración.					
(4) Utilizar las técnicas respiratorias previamente al afrontamiento de situaciones asociadas a ansiedad severa					
(5) Generalizar el uso de la técnica respiratoria en entornos naturales y situaciones asociadas a la ansiedad					

PRÁCTICA PREVIA A SITUACIONES DE ANSIEDAD INTENSA

Fecha	Situación	Grado de relajación (0 - 10)	Observaciones o Comentarios

Respiración relajadora

GUÍA RESUMEN PARA LAS PRÁCTICAS ENTRE SESIONES

- 1.- Series de respiraciones rítmicas en la secuencia 4 – 4 – 8 – 4.
- 2.- Relajación secuencial de zonas musculares en posición de sawasana:
 - Pierna derecha / izquierda.
 - Abdomen.
 - Pecho.
 - Zona baja y media de la espalda (nalgas y zona lumbar).
 - Zona dorsal derecha / izquierda (omóplato y trapecio).
 - Brazo derecho / izquierdo.
 - Cuello y nuca.
 - Cuero cabelludo.
 - Rostro.
- 3.- Procedimiento en cada zona (**TC – E – I – R – E – A**).
 - (1) Toma de **Conciencia** ascendente con respiración natural.
 - (2) **Espiración** completa.
 - (3) **Inspiración** profunda.

Note como asciende el aire, como va subiendo y llenando la zona, produciendo una sensación de frescor / burbujeo / hormigueo.
 - (4) **Retención** de 4 segundos aprox.

Localice / visualice dónde se acumula la tensión.

(5) Espiración lenta.

Note como va descendiendo el aire, arrastrando la tensión, aflojando – soltando – distendiendo – separando – relajando las fibras musculares.

(6) Apnea de 4 segundos aprox.

Sienta la zona relajada – calmada – caliente – pesada.

(Segundo ensayo en la misma zona con el procedimiento

TC – E – I – R – E – A)

(7) Respiración natural.

Sienta toda la zona relajada – calmada – caliente – pesada.

Sienta como la relajación fluye por la zona.

Disfrute de la relajación, tranquilo, calmado, sosegado.

(Pasar a la siguiente zona muscular hasta relajar todas las zonas)

4.- Espiraciones descendentes globales acompasadas con verbalización encubierta

R – E – L – A – X

5.- Finalización de la sesión con movilizaciones ascendentes de piernas – brazos – cuello.

6.- Autorregistro.

Referencias Bibliográficas

- Asociación Psiquiátrica Americana (2002): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales D.S.M. IV Texto Revisado*. Barcelona: Masson.
- Bachean, R. (2002): Estrés y enfermedades cardiovasculares. *Boletín de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular*, IV (1).
- Ballentine, R. (1976): *Science of breath*. Glenview, IL: Himalayan International Institute.
- Ballester, R. y Botella, C. (1992): Aplicación del programa cognitivo-conductual de Clark y Salkovskis en grupo: Una alternativa para el tratamiento del pánico. *Análisis y modificación de conducta*, 18: 291-322.
- Barsky, A.J. y Borus, J.F. (1995): Somatization and medicalization in the era of managed care. *JAMA*, 271: 1931-34.
- Beck, A.T.; Brown, G.; Epstein, N. y Steer R. (1988): An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 56: 893-7.
- Beck, A.T.; Rush, A.J. y Shaw, B.F. (1979): *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: Guilford Press. Adaptación española Vázquez C. y Sanz J. (1991): Fiabilidad y validez factorial de la versión española del inventario de depresión de Beck. Barcelona: III Congreso de Evaluación Psicológica.
- Beck, A.T.; Weissman, A.; Lester, D. y Trexler, L. (1974): The measurement of pessimism: the Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 42: 861-5.

- Bernstein, D.A. y Borkovec, T.D. (1983): *Entrenamiento en relajación progresiva: Un manual para el terapeuta* (2ª ed.). Bilbao: Desclee De Brouwer (trabajo original publicado en 1973).
- Bonn, J.A.; Readhead, C.P.A. y Timmons, B.H. (1984). Enhanced adaptative behavioural response in agoraphobic patients pre-treated with breathing retraining. *Lancet*, 665-669.
- Buceta, J.M. y Bueno, A.M. (1995): Ámbitos de la intervención psicológica para controlar el estrés e incrementar la salud. En J.M. Buceta y A.M. Bueno (Coords.), *Psicología y salud: Control de estrés y trastornos asociados* (pp. 29-49), Madrid: Dykinson.
- Camuñas, N.; Revuelto, R.; Martí, M.; Vivas, F. y Sánchez Arcilla, J.I. (2001): Control emocional en pacientes obesas: un programa de intervención cognitivo-conductual. *Interpsiquis*, 2001: (2).
- Cautela, J.R. y Groden, J. (1985): *Técnicas de relajación. Manual práctico para adultos, niños y educación especial*. Barcelona: Martínez Roca.
- Clark, D.M.; Salkovskis, P.M. y Chalkey, H. (1985): Respiratory control as a treatment for panic attacks. *Journal of behaviour therapy and experimental psychiatry*, 16: 23-30.
- Colomer, J. (1992): *Curso de iniciación al yoga*. Barcelona: Océano Ibis.
- Conde Pastor, M. y Menéndez, F.J. (2002): Influencia de los parámetros de frecuencia respiratoria y ratio de inspiración-espriación, sobre el nivel de conductancia eléctrica de la piel. *Psicología.COM* [Online], 6 (1), 48 párrafos. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/67/7299/?++interactivo> [26 noviembre 2007]
- Conde Pastor, M. y Menéndez, F.J. (2001): Mejoras en el aprendizaje con biofeedback mediante la respiración. Comunicación en CIOPA 2001 (Congreso Internacional Online de Psicología Aplicada). *Psicología-online.com*. 57 párrafos. Disponible en: <http://www.psicologiaonline.com/ciopa2001/actividades/14/index.html> [11 agosto 2007].
- Conde Pastor, M. y Menéndez, F.J. (2000 a): Importancia en deportistas de la respiración abdominal, en el autocontrol de la activación. *Revista de Psicología del Deporte*. En prensa.

- Corral, P.; Echeburúa, E.; Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1995). Tratamiento psicológico del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales: Un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21: 455-482.
- Cruzado, J.A.; Olivares, M.E. y Fernández, B. (1993): Evaluación y tratamiento psicológico en pacientes de cáncer de mama. En D. Macià, F.X. Méndez y J. Olivares (Coords.), *Intervención psicológica: Programas aplicados de tratamiento*. (pp. 279-312), Madrid: Pirámide.
- Chóliz, M. (1993): Desarrollo de un procedimiento de respiración para el tratamiento del insomnio. Fundamentos teóricos y evidencia experimental. *Análisis y modificación de conducta*, 19: 421-432.
- Davis, M.; McKay, M. y Eshelman, E.R. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca.
- De Ruiter, C.; Rijken, H.; Garssen, B. y Kraaimaat, F. (1989). Breathing retraining exposure and a combination of both in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*: 27: 647-655.
- DeGuire, S.; Gevirtz, R.; Kawahara, Y. y Maguire, W. (1992). Hyperventilation syndrome and the assessment of treatment for functional cardiac symptoms. *American Journal of cardiology*: 70: 673-677.
- Everly, G.S. (1989): *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. Nueva York: Plenum.
- Feldenkrais, M. (1980): *Autoconciencia por el movimiento. Ejercicios para el desarrollo personal*. Buenos Aires: Paidós. Traducción del original (1972): *Awareness through movement. Health Exercises for Personal Growth*. Nueva York /Londres: Harper & Row.
- Fernández-Abascal, E.G. (1997): Procedimientos de desactivación. En E.G. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez-Sánchez (Eds.), *Cuaderno de prácticas de motivación y emoción* (pp. 21-48). Madrid: Pirámide.
- García, J.; de Abajo, M.; Carvajal, A.; Montero, D.; Madruga, M. y García, V. (2004): Utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España (1995-2002). *Revista Española de Salud Pública*, 78: 379-387.

- Gil, A. y Cano Vindel, A. (2001): Aplicación de técnicas cognitivo-conductuales en un caso de ansiedad generalizada. *Psicologia.com [Online]*, vol. 5 (3) 44 párrafos. Disponible en <http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/62/2255/?++interactivo> [20 julio 2007].
- Goldberg, D.P. y Lecrubier, Y. (1995): Form and frequency of mental disorders across centres. En: Üstün TB, Sartorius N. (Eds.) *Mental illness in general health care. An international study*. Wiley.
- González, A. y Amigo, I. (1993): Reducción del riesgo cardiovascular en sujetos hipertensos. En D. Macià, F.X. Méndez y J. Olivares (Coords.), *Intervención psicológica: Programas aplicados de tratamiento*. (pp. 375-388). Madrid: Pirámide.
- Grimalt, F. y Cotterill, J.A. (2002): *Dermatología y Psiquiatría. Historias clínicas comentadas* (pp. 127-288). Madrid: Aula Médica Ediciones.
- Grossman, P.; Swart, J.C. y Defares, P.B. (1985): A controlled study of a breathing therapy for treatment of hyperventilation syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 29 (1), 49-58.
- Hamilton, M. (1959): The assessment of anxiety states by rating. *Brief Journal of Medical Psychology*; 32:50-55.
- Harvey, J. (1978): Diaphragmatic breathing: A practical technique for breath control. *The Behaviour Therapist*, 1: 13-14.
- Hernández Mendo, A. (2001) *Psicología del Deporte. Fundamentos y Aplicaciones*. Barcelona: EUB.
- Hibbert, G. A. y Chan, M. (1989). Respiratory control: its contribution to the treatment of panic attacks. *British Journal of Psychiatry*, 232-236.
- Hitai, T. (1975): *Zen Meditation Therapy*. Tokio: Japan Publications.
- Hyman, R.; Feldman, H.; Harris, R.; Levin, R. y Maloy, G. (1989): The effects of relaxation training on clinical symptoms: A meta-analysis. *Nursing Research*, 38: 216-220.
- Jacobson, E. (1929): *Progressive Relaxation*. Chicago, University of Chicago Press.
- Kessler, R.C.; McGonagle, K.A.; Zhao, S.; Nelson, C.B.; Hughes, M.; Eshleman, S.; Wittchen, H.U. y Kendler, K.S. (1994): "Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Re-

- sults from the National Comorbidity Survey". *Archives of General Psychiatry*, 51: 8-19.
- Kraft, A.R. y Hoogduin C.A.L. (1984). The hyperventilation syndrome. A pilot study on the effectiveness of treatment. *British Journal of Psychiatry*, 145: 538-542.
- Labrador, F.J. (1993): Relajación y Desensibilización Sistemática. En M.A.Vallejo y M.A. Ruiz (Eds.), *Manual práctico de modificación de conducta*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Labrador, F.J.; Arce, F. y Florit, A. (1996): Entrenamiento en respiración frente a entrenamiento en relajación: Diferencias en medidas psicofisiológicas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22: 93-114.
- Labrador, F.J.; Puente, M.L. y Crespo (1993): Técnicas de control de la activación: relajación y respiración. En Labrador, F.J.; Cruzado, J.A. y Muñoz, M. (Dir.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 367-395). Madrid: Pirámide.
- Larroy, C. (1993). Tratamiento grupal del dolor menstrual en adolescentes y jóvenes. En D. Macià, F.X. Méndez y J. Olivares (Coords.), *Intervención psicológica: Programas aplicados de tratamiento*. (pp. 253-278). Madrid: Pirámide.
- Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1986): *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Leroy, M. (1994): *El gran libro del yoga*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ley, R. (1991). The efficacy of breathing retraining and the centrality of hyperventilation in panic disorder: a reinterpretation of experimental findings. *Behavior Research and Therapy*, 29: 301-304.
- Lichstein, K.L. (1988): *Clinical relaxation strategies*. Nueva York: Wiley.
- Lodes, H. (1990): *Aprender a respirar*. Barcelona: Integral.
- Lum, L. C. (1983). *Psychogenic breathlessness and hyperventilation. Psychogenic ill health*. Londres: Update Publications.
- Macià, D.; Méndez, F.J. y Olivares, J. (1993): *Técnicas de intervención y tratamiento psicológico*. Madrid: Promolibro.

- Mateo, R.; Rupérez, O.; Hernando, M.A.; Delgado, M.A. y Sánchez, R. (1997): Consumo de psicofármacos en atención primaria. *Atención Primaria*, 19, 47-50.
- Méndez, F.X.; Olivares, J. y Quiles, M.J. (1998): Técnicas de relajación y respiración. En J. Olivares y F.X. Méndez (Eds.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 27-78), Madrid: Biblioteca Nueva.
- Mendoza, F. (1990): Tratamiento conductual de las disfonías profesionales. *Análisis y modificación de conducta*, 16: 275-309.
- Miguel-Tobal, J.J. y Cano Vindel, A.R. (1997): *ISRA. Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad*. Madrid: TEA.
- Miguel-Tobal, J.J. (1995): Emociones negativas I: Ansiedad y miedo. En E.G. Fernández-Abascal (Coord.), *Manual de motivación y emoción* (pp. 385-410). Madrid: De. Centro de Estudios Ramón Areces.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2002). Grupos terapéuticos y Principios activos de mayor consumo en el S.N.S. durante 2001. *Información Terapéutica del Servicio Nacional de Salud*, 25(3).
- Narrow, W.; Rae, D.; Regier, D. (1998) NIMH epidemiology note: prevalence of anxiety disorders. One-year prevalence best estimates calculated from ECA and NCS data. Population estimates based on U.S. Census estimated residential population age 18 to 54 on July 1. Unpublished
- Rosa, A.I.; Olivares, J. y Sánchez, J. (1998): Efectos diferenciales de las técnicas de relajación sobre la ansiedad: Una revisión meta-analítica en España. *Ansiedad y Estrés*, 4: 97-110.
- Rodríguez, A.M.; Gutiérrez, M.; Escudero, S.; López, B.; González, M.J. y Castañeda, B (2005): Grado de utilización de los recursos sanitarios y forma de presentación de los trastornos somatomorfos en Atención Primaria. *Ansiedad y Estrés*, 11: 1-6.
- Salkovskis, P.M.; Jones D.R.O. y Clark, D.M. (1986). Respiratory control in the treatment of panic attacks: replication and extension with concurrent measurement of behavior and PCO₂. *British Journal of Psychiatry*, 148: 526-532.
- Sánchez, J.; Rosa, A.I. y Olivares, J. (1998). Las técnicas de relajación en el campo clínico y de la salud en España: Una revisión meta-analítica. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 45-46: 21-36.

- Sánchez, J.; Rosa, A.I. y Olivares, J. (1998, Julio). Eficacia diferencial de los tipos de relajación en problemas de salud: Un estudio meta-analítico en España. Comunicación presentada al II Congreso Iberoamericano de Psicología (Edición en formato CD-ROM). Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Schultz, J.H. y Luthe, W. (1959): *Autogenic Training: A Psychophysiological Approach to Psychology*. Nueva Cork: Grune & Stratton.
- Simón, M.A. y Durán, M. (1995): Evaluación y tratamiento conductual de los trastornos gastrointestinales. En J.M. Buceta y A.M. Bueno (Eds.), *Psicología y Salud. Control de estrés y tratamientos asociados*. Madrid: Dykinson.
- Speads, C.H. (1980): *ABC de la respiración*. Madrid: Edaf.
- Spielberger, C.D.; Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1986): *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.
- Valdés, M. y de Flores, T. (1985): *Psicobiología del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Van Doorn, P.; Folgering, H. y Colla, P. (1982). Control of the end tidal PCO₂ in the hyperventilation syndrome: effects of biofeedback and breathing instructions compared. *Bulletin European of Physiopathology Respiratory*, 18: 829-836.
- Van Lysebeth, A. (1972): *Pranayama: a la serenidad por el yoga*. Barcelona: Pomaire.
- Van Lysebeth, A. (1985): *Aprendo yoga*. Barcelona: Ediciones Urano.
- Vázquez, M.I. (2001): *Técnicas de relajación y respiración*. Madrid: Síntesis.
- Vera, M.N. y Vila, J. (1991): Técnicas de relajación. En V.E. Caballo (Ed.), *Manual de técnicas y terapia de modificación de conducta* (pp. 161-182). Madrid: Siglo XXI.
- Vidal, J. (2007): Estrategias de afrontamiento y enfermedad inflamatoria intestinal. *Boletín de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés*, 26: 10-18.
- Vila, J. (1984): Técnicas de reducción de la ansiedad. En Mayor, J. y Labrador, F.J. (Dirs.), *Manual de modificación de conducta* (pp. 229-260). Madrid: Alambra-Universidad.

Wolpe, J. (1958): *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press (Traducción *Psicoterapia por Inhibición Recíproca*. Bilbao: Desclée De Brouwer, 1978).

1. *Relatos para el crecimiento personal*. CARLOS ALEMANY (ED.). PRÓLOGO DE JOSÉ LUIS PINILLOS. (6ª ed.)
2. *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. OLGA CASTANYER. (27ª ed.)
3. *Comprendiendo cómo somos. Dimensiones de la personalidad*. A. GIMENO-BAYÓN. (5ª ed.)
4. *Aprendiendo a vivir. Manual contra el aburrimiento y la prisa*. ESPERANZA BORÚS. (5ª ed.)
5. *¿Qué es el narcisismo?* JOSÉ LUIS TRECHERA. (2ª ed.)
6. *Manual práctico de P.N.L. Programación neurolingüística*. RAMIRO J. ÁLVAREZ. (5ª ed.)
7. *El cuerpo vivenciado y analizado*. CARLOS ALEMANY Y VÍCTOR GARCÍA (EDS.)
8. *Manual de Terapia Infantil Gestáltica*. LORETTA ZAIRA CORNEJO PAROLINI. (5ª ed.)
9. *Viajes hacia uno mismo. Diario de un psicoterapeuta en la postmodernidad*. FERNANDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN. (2ª ed.)
10. *Cuerpo y Psicoanálisis. Por un psicoanálisis más activo*. JEAN SARKISSOFF. (2ª ed.)
11. *Dinámica de grupos. Cincuenta años después*. LUIS LÓPEZ-YARTO ELIZALDE. (7ª ed.)
12. *El eneagrama de nuestras relaciones*. MARIA-ANNE GALLEN - HANS NEIDHARDT. (5ª ed.)
13. *¿Por qué me culpabilizo tanto? Un análisis psicológico de los sentimientos de culpa*. LUIS ZABALEGUI. (3ª ed.)
14. *La relación de ayuda: De Rogers a Carkhuff*. BRUNO GIORDANI. PRÓLOGO DE M. MARROQUÍN. (3ª ed.)
15. *La fantasía como terapia de la personalidad*. F. JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN. (2ª ed.)
16. *La homosexualidad: un debate abierto*. JAVIER GAFO (ED.). (3ª ed.)
17. *Diario de un asombro*. ANTONIO GARCÍA RUBIO. PRÓLOGO DE J. MARTÍN VELASCO. (3ª ed.)
18. *Descubre tu perfil de personalidad en el eneagrama*. DON RICHARD RISO. (6ª ed.)
19. *El manantial escondido. La dimensión espiritual de la terapia*. THOMAS HART.
20. *Treinta palabras para la madurez*. JOSÉ ANTONIO GARCÍA-MONGE. (11ª ed.)
21. *Terapia Zen*. DAVID BRAZIER. PRÓLOGO DE ANA MARIA SCHLÜTER RODÉS. (2ª ed.)
22. *Sencillamente cuerdo. La espiritualidad de la salud mental*. GERALD MAY. PRÓLOGO DE JOSÉ-VICENTE BONET.
23. *Aprender de Oriente: Lo cotidiano, lo lento y lo callado*. JUAN MASÍÁ CLAVEL.
24. *Pensamientos del caminante*. M. SCOTT PECK. PRÓLOGO DE JOSÉ-VICENTE BONET.
25. *Cuando el problema es la solución. Aproximación al enfoque estratégico*. RAMIRO J. ÁLVAREZ. (2ª ed.)
26. *Cómo llegar a ser un adulto. Manual sobre la integración psicológica y espiritual*. DAVID RICO. (3ª ed.)
27. *El acompañante desconocido. De cómo lo masculino y lo femenino que hay en cada uno de nosotros afecta a nuestras relaciones*. JOHN A. SANFORD.
28. *Vivir la propia muerte*. STANLEY KELEMAN. PRÓLOGO DE JUAN MANUEL G. LLAGOSTERA.
29. *El ciclo de la vida: Una visión sistémica de la familia*. ASCENSIÓN BELART - MARÍA FERRER. PRÓLOGO DE LUIS ROJAS MARCOS. (2ª ed.)
30. *Yo, limitado. Pistas para descubrir y comprender nuestras minusvalías*. MIGUEL ÁNGEL CONESA FERRER.
31. *Lograr buenas notas con apenas ansiedad. Guía básica para sobrevivir a los exámenes*. KEVIN FLANAGAN. PRÓLOGO DE JOAQUÍN Mª. GARCÍA DE DIOS.
32. *Alí Babá y los cuarenta ladrones. Cómo volverse verdaderamente rico*. VERENA KAST. PRÓLOGO DE GABRIELA WASSERZIEHR.
33. *Cuando el amor se encuentra con el miedo*. DAVID RICO. (3ª ed.)
34. *Anhelos del corazón. Integración psicológica y espiritualidad*. WILKIE AU - NOREEN CANNON. (2ª ed.)
35. *Vivir y morir conscientemente*. IOSU CABODEVILLA. PRÓLOGO DE CELEDONIO CASTANEDO. (4ª ed.)
36. *Para comprender la adicción al juego*. MARÍA PRIETO URSÚA. PRÓLOGO DE LUIS LLAVONA.
37. *Psicoterapia psicodramática individual*. TEODORO HERRANZ CASTILLO.
38. *El comer emocional*. EDWARD ABRAMSON. (2ª ed.)
39. *Creer en intimidad. Guía para mejorar las relaciones interpersonales*. JOHN AMODEO - KRIS WENTWORTH. (2ª ed.)
40. *Diario de una maestra y de sus cuarenta alumnos*. ISABEL AGÜERA ESPEJO-SAAVEDRA.
41. *Valórate por la felicidad que alcances*. XAVIER MORENO LARA.
42. *Pensándolo bien... Guía práctica para asomarse a la realidad*. RAMIRO J. ÁLVAREZ. PRÓLOGO DE JOSÉ KLINGBEIL.
43. *Límites, fronteras y relaciones. Cómo conocerse, protegerse y disfrutar de uno mismo*. CHARLES L. WHITFIELD. PRÓLOGO DE JOHN AMODEO.
44. *Humanizar el encuentro con el sufrimiento*. JOSÉ CARLOS BERMEJO.
45. *Para que la vida te sorprenda*. MATILDE DE TORRES. (2ª ed.)
46. *El Buda que siente y padece. Psicología budista sobre el carácter, la adversidad y la pasión*. DAVID BRAZIER.
47. *Hijos que no se van. La dificultad de abandonar el hogar*. JORGE BARRACA. PRÓLOGO DE LUIS LÓPEZ-YARTO.
48. *Palabras para una vida con sentido*. Mª. ÁNGELES NOBLEJAS. (2ª ed.)
49. *Cómo llevarnos bien con nuestros deseos*. PHILIP SHELDRAKE.
50. *Cómo no hacer el tonto por la vida. Puesta a punto práctica del altruismo*. LUIS CENCILLO. PRÓLOGO DE ANTONIO BLANCH. (2ª ed.)

51. *Emociones: Una guía interna. Cuáles sigo y cuáles no.* LESLIE S. GREENBERG. PRÓLOGO DE CARMEN MATEU. (3ª ed.)
52. *Éxito y fracaso. Cómo vivirlos con acierto.* AMADO RAMÍREZ VILLAFÁÑEZ. PRÓLOGO DE VICENTE E. CABALLO.
53. *Desarrollo de la armonía interior. La construcción de una personalidad positiva.* JUAN ANTONIO BERNAD.
54. *Introducción al Role-Playing pedagógico.* PABLO POBLACIÓN KNAPPE y ELISA LÓPEZ BARBERÁ y COLS. PRÓLOGO DE JOSÉ A. GARCÍA-MONGE.
55. *Cartas a Pedro. Guía para un psicoterapeuta que empieza.* LORETTA CORNEJO.
56. *El guión de vida.* JOSÉ LUIS MARTORELL. PRÓLOGO DE JAVIER ORTIGOSA.
57. *Somos lo mejor que tenemos.* ISABEL AGÜERA ESPEJO-SAAVEDRA.
58. *El niño que seguía la barca. Intervenciones sistémicas sobre los juegos familiares.* GIULIANA PRATA; MARIA VIGNATO y SUSANA BULLRICH.
59. *Amor y traición.* JOHN AMODEO. PRÓLOGO DE CARLOS ALEMANY.
60. *El amor. Una visión somática.* STANLEY KELEMAN. PRÓLOGO DE J. GUILLÉN DE ENRÍQUEZ.
61. *A la búsqueda de nuestro genio interior: Cómo cultivarlo y a dónde nos guía.* KEVIN FLANAGAN. PRÓLOGO DE EUGENE GENDLIN.
62. *A corazón abierto. Confesiones de un psicoterapeuta.* F. JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN.
63. *En vísperas de morir. Psicología, espiritualidad y crecimiento personal.* IOSU CABODEVILLA ERASO. PRÓLOGO DE RAMÓN MARTÍN RODRIGO.
64. *¿Por qué no logro ser asertivo?* OLGA CASTANYER y ESTELA ORTEGA. (5ª ed.)
65. *El diario íntimo: buceando hacia el yo profundo.* JOSÉ-VICENTE BONET, S.J. (2ª ed.)
66. *Caminos sapienciales de Oriente.* JUAN MASÍÁ.
67. *Superar la ansiedad y el miedo. Un programa paso a paso.* PEDRO MORENO. PRÓLOGO DE DAVID H. BARLOW, Ph.D. (7ª ed.)
68. *El matrimonio como desafío. Destrezas para vivirlo en plenitud.* KATHLEEN R. FISCHER y THOMAS N. HART.
69. *La posada de los peregrinos. Una aproximación al Arte de Vivir.* ESPERANZA BORÚS.
70. *Realizarse mediante la magia de las coincidencias. Práctica de la sincronicidad mediante los cuentos.* JEAN-PASCAL DEBAILLEUL y CATHERINE FOURGEAU.
71. *Psicoanálisis para educar mejor.* FERNANDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN.
72. *Desde mi ventana. Pensamientos de autoliberación.* PEDRO MIGUEL LAMET.
73. *En busca de la sonrisa perdida. La psicoterapia y la revelación del ser.* JEAN SARKISSOFF. PRÓLOGO DE SERGE PEYROT.
74. *La pareja y la comunicación. La importancia del diálogo para la plenitud y la longevidad de la pareja. Casos y reflexiones.* PATRICE CUDICIO y CATHERINE CUDICIO.
75. *Ante la enfermedad de Alzheimer. Pistas para cuidadores y familiares.* MARGA NIETO CARRERO. (2ª ed.)
76. *Me comunico... Luego existo. Una historia de encuentros y desencuentros.* JESÚS DE LA GÁNDARA MARTÍN.
77. *La nueva sofrología. Guía práctica para todos.* CLAUDE IMBERT.
78. *Cuando el silencio habla.* MATILDE DE TORRES VILLAGRÁ. (2ª ed.)
79. *Atajos de sabiduría.* CARLOS DÍAZ.
80. *¿Qué nos humaniza? ¿Qué nos deshumaniza? Ensayo de una ética desde la psicología.* RAMÓN ROSAL CORTÉS.
81. *Más allá del individualismo.* RAFAEL REDONDO.
82. *La terapia centrada en la persona hoy. Nuevos avances en la teoría y en la práctica.* DAVE MEARNs y BRIAN THORNE. PRÓLOGO DE MANUEL MARROQUÍN PÉREZ.
83. *La técnica de los movimientos oculares. La promesa potencial de un nuevo avance psicoterapéutico.* FRED FRIEDBERG. INTRODUCCIÓN A LA EDICIÓN ESPAÑOLA POR RAMIRO J. ÁLVAREZ
84. *No seas tu peor enemigo... ¡...Cuando puedes ser tu mejor amigo!* ANN-M. McMAHON.
85. *La memoria corporal. Bases teóricas de la diafreoterapia.* LUZ CASASNOVAS SUSANNA. PRÓLOGOS DE MALEN CIREROL y LINDA JENT
86. *Atrapando la felicidad con redes pequeñas.* IGNACIO BERCIANO PÉREZ. CON LA COLABORACIÓN DE ITZIAR BARRENGOA. (2ª ed.)
87. *C.G. Jung. Vida, obra y psicoterapia.* M. PILAR QUIROGA MÉNDEZ.
88. *Creer en grupo. Una aproximación desde el enfoque centrado en la persona.* BARTOMEU BARCELÓ. PRÓLOGO DE JAVIER ORTIGOSA.
89. *Automanejo emocional. Pautas para la intervención cognitiva con grupos.* ALEJANDRO BELLO GÓMEZ, ANTONIO CREGO DÍAZ. PRÓLOGO DE GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA.
90. *La magia de la metáfora. 77 relatos breves para educadores, formadores y pensadores.* NICK OWEN. PRÓLOGO DE RAMIRO J. ÁLVAREZ.
91. *Cómo volverse enfermo mental.* JOSÉ LUÍS PÍO ABREU. PRÓLOGO DE ERNESTO FONSECA-FÁBREGAS.
92. *Psicoterapia y espiritualidad. La integración de la dimensión espiritual en la práctica terapéutica.* AGNETA SCHREURS. PRÓLOGO DE JOSÉ MARÍA MARDONES.
93. *Fluir en la adversidad.* AMADO RAMÍREZ VILLAFÁÑEZ.
94. *La psicología del soltero: Entre el mito y la realidad.* JUAN ANTONIO BERNAD.
95. *Un corazón auténtico. Un camino de ocho tramos hacia un amor en la madurez.* JOHN AMODEO. PRÓLOGO DE OLGA CASTANYER.

96. *Luz, más luz. Lecciones de filosofía vital de un psiquiatra.* BENITO PERAL. PRÓLOGO DE CARLOS ALEMANY
97. *Tratado de la insoportabilidad, la envidia y otras "virtudes" humanas.* LUIS RAIMUNDO GUERRA. (2ª ed.)
98. *Crecimiento personal: Aportaciones de Oriente y Occidente.* MÓNICA RODRIGUEZ-ZAFRA (ED.).
99. *El futuro se decide antes de nacer. La terapia de la vida intrauterina.* CLAUDE IMBERT.
100. *Cuando lo perfecto no es suficiente. Estrategias para hacer frente al perfeccionismo.* MARTIN M. ANTONY - RICHARD P. SWINSON. (2ª ed.)
101. *Los personajes en tu interior. Amigándote con tus emociones más profundas.* JOY CLOUG.
102. *La conquista del propio respeto. Manual de responsabilidad personal.* THOM RUTLEDGE.
103. *El pico del Quetzal. Sencillas conversaciones para restablecer la esperanza en el futuro.* MARGARET J. WHEATLEY.
104. *Dominar las crisis de ansiedad. Una guía para pacientes.* PEDRO MORENO, JULIO C. MARTÍN. PRÓLOGO DE DAVID H. BARLOW PH.D. (5ª ed.)
105. *El tiempo regalado. La madurez como desafío.* IRENE ESTRADA ENA.
106. *Enseñar a convivir no es tan difícil. Para quienes no saben qué hacer con sus hijos, o con sus alumnos.* MANUEL SEGURA MORALES. (8ª ed.)
107. *Encrucijada emocional. Miedo (ansiedad), tristeza (depresión), rabia (violencia), alegría (euforia).* KARMELO BIZKARRA. (3ª ed.)
108. *Vencer la depresión. Técnicas psicológicas que te ayudarán.* MARISA BOSQUED.
109. *Cuando me encuentro con el capitán Garfío... (no) me engancha. La práctica en psicoterapia gestalt.* ÁNGELES MARTÍN Y CARMEN VÁZQUEZ. PRÓLOGO DE ADRIANA SCHNAKE.
110. *La mente o la vida. Una aproximación a la Terapia de Aceptación y Compromiso.* JORGE BARRACA MAIRAL. PRÓLOGO DE JOSÉ ANTONIO JAUREGUI. (2ª ed.)
111. *¡Deja de controlarme! Qué hacer cuando la persona a la que queremos ejercer un dominio excesivo sobre nosotros.* RICHARD J. STENACK.
112. *Responde a tu llamada. Una guía para la realización de nuestro objetivo vital más profundo.* JOHN P. SCHUSTER.
113. *Terapia meditativa. Un proceso de curación desde nuestro interior.* MICHAEL L. EMMONS, PH.D. Y JANET EMMONS, M.S.
114. *El espíritu de organizarse. Destrezas para encontrar el significado a sus tareas.* PAMELA KRISTAN.
115. *Adelgazar: el esfuerzo posible. Un sistema gradual para superar la obesidad.* AGUSTÍN CÓZAR.
116. *Creer en la crisis. Cómo recuperar el equilibrio perdido.* ALEJANDRO ROCAMORA. PRÓLOGO DE CARLOS ALEMANY. (2ª ed.)
117. *Rabia sana. Cómo ayudar a niños y adolescentes a manejar su rabia.* BERNARD GOLDEN, PH. D.
118. *Manipuladores cotidianos. Manual de supervivencia.* JUAN CARLOS VICENTE CASADO.
119. *Manejar y superar el estrés. Cómo alcanzar una vida más equilibrada.* ANN WILLIAMSON.
120. *La integración de la terapia experiencial y la terapia breve. Un manual para terapeutas y consejeros.* BALA JAISON. PRÓLOGO DE OLGA CASTANYER.
121. *Este no es un libro de autoayuda. Tratado de la suerte, el amor y la felicidad.* LUIS RAIMUNDO GUERRA. PRÓLOGO DE JOSÉ LUIS MARÍN.
122. *Psiquiatría para el no iniciado.* RAFA EUBA.
123. *El poder curativo del ayuno. Recuperando un camino olvidado hacia la salud.* KARMELO BIZKARRA. PRÓLOGO DE CARLOS ALEMANY. (2ª ed.)
124. *Vivir lo que somos. Cuatro actitudes y un camino.* ENRIQUE MARTÍNEZ LOZANO. (3ª ed.)
125. *La espiritualidad en el final de la vida. Una inmersión en las fronteras de la ciencia.* IOSU CABODEVILLA ERASO.
126. *Regreso a la conciencia.* AMADO RAMÍREZ.
127. *Las constelaciones familiares. En resonancia con la vida.* PETER BOURQUIN. (2ª ed.)
128. *El libro del éxito para vagos. Descubra lo que realmente quiere y cómo conseguirlo sin estrés.* THOMAS HOHENSEE.
129. *Yo no valgo menos. Sugerencias cognitivo- humanistas para afrontar la culpa y la vergüenza.* OLGA CASTANYER.
130. *Manual de Terapia Gestáltica aplicada a los adolescentes.* LORETTA ZAIRA CORNEJO.
131. *¿Para qué sirve el cerebro? Manual para principiantes.* JAVIER TIRAPU.

Serie MAIOR

1. *Anatomía Emocional. La estructura de la experiencia somática* STANLEY KELEMAN. (6ª ed.)
2. *La experiencia somática. Formación de un yo personal.* STANLEY KELEMAN. (2ª ed.)
3. *Psicoanálisis y análisis corporal de la relación.* ANDRÉ LAPIERRE.
4. *Psicodrama. Teoría y práctica.* JOSÉ AGUSTÍN RAMÍREZ. PRÓLOGO DE JOSÉ ANTONIO GARCÍA-MONGE. (3ª ed.)
5. *14 Aprendizajes vitales.* CARLOS ALEMANY (ED.). (11ª ed.)
6. *Psique y Soma. Terapia bioenergética.* JOSÉ AGUSTÍN RAMÍREZ. PRÓLOGO DE LUIS PELAYO. EPÍLOGO DE ANTONIO NÚÑEZ.
7. *Creer bebiendo del propio pozo. Taller de crecimiento personal.* CARLOS RAFAEL CABARRÚS, S.J. PRÓLOGO DE CARLOS ALEMANY. (11ª ed.)

8. *Las voces del cuerpo. Respiración, sonido y movimiento en el proceso terapéutico.* CAROLYN J. BRADDOCK.
9. *Para ser uno mismo. De la opacidad a la transparencia.* JUAN MASÍA CLAVEL
10. *Vivencias desde el Enneagrama.* MAITE MELENDO. (3ª ed.)
11. *Codependencia. La dependencia controladora. La dependencia sumisa.* DOROTHY MAY.
12. *Cuaderno de Bitácora, para acompañar caminantes. Guía psico-histórico-espiritual.* CARLOS RAFAEL CABARRÚS. (4ª ed.)
13. *Del ¡viva los novios! al ¡ya no te aguanto! Para el comienzo de una relación en pareja y una convivencia más inteligente.* EUSEBIO LÓPEZ. (2ª ed.)
14. *La vida maestra. El cotidiano como proceso de realización personal.* JOSÉ MARÍA TORO.
15. *Los registros del deseo. Del afecto, el amor y otras pasiones.* CARLOS DOMÍNGUEZ MORANO. (2ª ed.)
16. *Psicoterapia integradora humanista. Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensoresiales, cognitivos y emocionales.* ANA GIMENO-BAYÓN Y RAMÓN ROSAL.
17. *Deja que tu cuerpo interprete tus sueños.* EUGENE T. GENDLIN. PRÓLOGO DE CARLOS R. CABARRÚS.
18. *Cómo afrontar los desafíos de la vida.* CHRIS L. KLEINKE.
19. *El valor terapéutico del humor.* ÁNGEL RZ. IDÍGORAS (Ed.). (3ª ed.)
20. *Aumenta tu creatividad mental en ocho días.* RON DALRYMPLE, PH.D., F.R.C.
21. *El hombre, la razón y el instinto.* JOSÉ Mª PORTA TOVAR.
22. *Guía práctica del trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Pistas para su liberación.* BRUCE M. HYMAN Y CHERRY PEDRICK. PRÓLOGO DE ALEJANDRO ROCAMORA.
23. *La comunidad terapéutica y las adicciones Teoría, Modelo y Método.* GEORGE DE LEON. PRESENTACIÓN DE ALBERT SABATÉS.
24. *El humor y el bienestar en las intervenciones clínicas.* WALEED A. SALAMEH Y WILLIAM F. FRY. PRÓLOGO DE CARLOS ALEMANY.
25. *El manejo de la agresividad. Manual de tratamiento completo para profesionales.* HOWARD KASSINOVE Y RAYMOND CHIP TAFRATE. PRÓLOGO DE ALBERT ELLIS.
26. *Agujeros negros de la mente. Claves de salud psíquica.* JOSÉ L. TRECHERA. PRÓLOGO DE LUIS LÓPEZ-YARTO.
27. *Cuerpo, cultura y educación.* JORDI PLANELLA RIBERA. PRÓLOGO DE CONRAD VILANOÛ.
28. *Reír y aprender. 95 técnicas para emplear el humor en la formación.* DONI TAMBLYN.
29. *Manual práctico de psicoterapia gestalt.* ÁNGELES MARTÍN. PRÓLOGO DE CARMELA RUIS DE LA ROSA (3ª ed.)
30. *Más magia de la metáfora. Relatos de sabiduría para aquellas personas que tengan a su cargo la tarea de Liderar, Influenciar y Motivar.* NICK OWEN
31. *Pensar bien - Sentirse bien. Manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes.* PAUL STALLARD.
32. *Ansiedad y sobreactivación. Guía práctica de entrenamiento en control respiratorio.* PABLO RODRÍGUEZ CORREA.

Este libro se terminó
de imprimir
en los talleres de
RGM, S.A., en Bilbao,
el 7 de febrero de 2008.



Serendipit

M A I O R

La incidencia de la ansiedad y el estrés se estima en torno al 15% de la población mundial por lo que no es de extrañar que se los conozca como la "epidemia silenciosa del siglo XXI". Uno de los componentes que forman parte de la respuesta de ansiedad es la sobreactivación psicofisiológica. Sus síntomas son bien conocidos: dificultades para respirar, taquicardia, tensión muscular, dolor de cabeza, mareos, sudoración excesiva, insomnio, irritabilidad...

Desde la Psicología Clínica se ha venido desarrollando un conjunto de técnicas de desactivación (relajación muscular, entrenamiento autógeno, biofeedback, etc.), pero, si atendemos a las más recientes investigaciones, las intervenciones que alcanzan una mayor eficiencia son los procedimientos respiratorios, al mostrarse más eficaces, sencillos, rápidos y fáciles de aprender. A pesar de ello, no han alcanzado tan amplia difusión en el entorno del tratamiento psicológico, tal vez debido a que no se han desarrollado procedimientos de entrenamiento tan sistematizados como en el caso de las demás técnicas de relajación.

La presente Guía pretende cubrir dicha carencia. En ella encontrará los aspectos teóricos y experimentales en que se fundamentan estas técnicas, conceptos que podrá utilizar para desarrollar la psicoeducación en referencia a la ansiedad y la activación. En la segunda parte se expone un programa de entrenamiento práctico, progresivo y sistemático, complementados con dos procedimientos adicionales, uno de entrenamiento abreviado para su uso en situaciones de crisis y otro que combina la práctica respiratoria con la relajación secuencial de distintos grupos musculares. Además, se incluye un cuadernillo que ayudará al paciente/lector a dominar las habilidades necesarias para reducir el impacto de la sobreactivación en su vida cotidiana.



ISBN: 978-84-330-2212-7



9 788433 022127

www.edesclée.com

DESCLÉE DE BROUWER

