

REVISIÓN TERAPÉUTICA

Cuatro puntos clave en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de ansiedad.

Four key points in the cognitive behavioral treatment of anxiety disorders.

Susana Amodeo Escribano¹, Francisco José Perales Soler²

1. FEA de Psicología Clínica. Área de gestión clínica en Psiquiatría y Salud Mental. Hospital 12 de Octubre. Centro de Salud Mental Arganzuela-Pontones. Madrid.

2. Médico especialista en Medicina del Trabajo. Dirección Técnica. Medicina de Diagnóstico y Control (Medycsa). Madrid

Correspondencia: D^a. Susana Amodeo. samodeo@ono.com

Citar como: Amodeo Escribano S, Perales Soler FJ. Cuatro puntos clave en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de ansiedad. fml. 2013; 17(2):5p

Recibido el 29/09/2012
Aceptado el 1/12/2012
Publicado el 29/01/2013

Palabras clave (MeSH): Trastornos de ansiedad, control de la conducta, información, respiración abdominal, relajación, debate cognitivo, exposición.

Resumen

Se exponen los aspectos clave en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de ansiedad: información al paciente, técnicas psicofisiológicas, técnicas cognitivas y de exposición.

Keywords (MeSH): Anxiety disorders, behavior control, information, abdominal breathing, relaxation, cognitive discussion, exposure.

Abstract

It sets out the key issues in the cognitive behavioral treatment of anxiety disorders: patient information, psychophysiological techniques, cognitive techniques and exposure.

Introducción

Los trastornos de ansiedad son uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la población general. En sí mismos o asociados a otras patologías son una de las causas más frecuentes de consulta en atención primaria y representan uno de los principales problemas de salud generando un elevado consumo de recursos sanitarios, independientemente de la edad, el sexo y la comorbilidad (1). Es frecuente la comorbilidad con patología médica empeorándose notablemente el pronóstico y evolución de la misma.

Un estudio de Oliva J et al. (2), estimó el impacto económico de los desórdenes de ansiedad. Para ello se evaluaron costes sanitarios (hospitalizaciones, consultas a especialista, consultas a atención primaria y medicamentos) así como las pérdidas en productividad laboral empleando el método del capital humano, ocasionadas por mortalidad prematura, bajas permanentes y bajas temporales. Los costes estimados ascendieron a 789.4 millones de euros en un año, de los cuales un 46.7% son imputables a costes sanitarios y el 53.3% restante a pérdidas de productividad laboral. Los costes sanitarios de los trastornos de ansiedad representan un 1% aproximado del gasto sanitario total del Sistema Nacional de Salud.

En atención primaria, el uso de psicofármacos es elevado y se prolonga excesivamente en el tiempo. Se estima que entre un 20 y un 40% de los pacientes de atención primaria consumen principios psicoactivos (3). En este estudio el 10% de la población que acude a atención primaria cumple criterios de dependencia a psicofármacos. El seguimiento se prolonga en muchos casos más allá de lo aconsejado en las guías de práctica clínica (4). El tiempo medio de prescripción fue de $5,95 \pm 3,28$ años, y un 14,5% de pacientes medicados, carecían de un diagnóstico que justificara la prescripción.

Según El Protocolo de Salud Mental en Atención Primaria del INSALUD, el tratamiento psicológico basado en técnicas cognitivo-conductuales es el tratamiento de elección para los problemas de ansiedad, como tratamiento único para casos leves y moderados y con tratamiento farmacológico complementario para los casos más graves. En las guías del NICE (5) y de la Canadian Psychiatric Association (6), se considera la terapia cognitivo-conductual como el tratamiento de elección en este tipo de trastornos por su eficacia en la reducción de síntomas y menor tasa de recaídas.

Las técnicas que cumplen con los criterios de la APA (7) para ser considerados tratamientos bien establecidos o con suficiente evidencia empírica acerca de su eficacia (8) se fundamentan en los programas elaborados por el grupo de Barlow(9) (10) y por el grupo de Clark (11). Ambos grupos incluyen en sus programas:

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

1. Componente educativo.

La ansiedad es una experiencia humana universal. Es una respuesta adaptativa del organismo caracterizada por un conjunto de respuestas fisiológicas, cognitivas, vivenciales y comportamentales en respuesta a un estado de activación y alerta ante una amenaza percibida, física o psicológica y cuyo objetivo es defender al organismo de dicha amenaza y prepararlo para la lucha, la huida o quedarse paralizado. Se produce un aumento de la activación neurofisiológica (arousal), de los mecanismos de control cerebrales y un conjunto de cambios periféricos fisiológicos mediados por el sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y el endocrinológico (secreción de hormonas suprarrenales). Todos estos cambios serían adaptativos si ocurrieran ante un peligro real. En las circunstancias adecuadas, este mecanismo cumple una función de primer orden para nuestra subsistencia, pero deja de ser adaptativo y se convierte en trastorno cuando el peligro al que pretende responder no es real o cuando el nivel de activación y duración son desproporcionados respecto a la situación objetiva.

Un concepto importante es que la ansiedad, al igual que cualquier otra emoción, no es una cuestión de todo o nada, sino de grados. Para ello utilizamos una escala subjetiva de 0 a 10, donde 0 sería el nivel más bajo y 10 el máximo nivel de ansiedad. La reacción intensa (aguda) de la ansiedad no siempre es patológica, sino que en ciertas ocasiones puede ser muy adaptativa (por ejemplo situaciones de riesgo vital que requieren una fuerte reacción de alarma que nos prepare para la acción). El problema en los trastornos de ansiedad es que esta, es generalmente excesiva en relación al estímulo o estímulos que la dispararon. El objetivo es entrenar al paciente en el autocontrol de los niveles de ansiedad excesivos.

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

- *Componente cognitivo.* Hace referencia al conjunto de pensamientos e imágenes de contenido amenazante. Por ejemplo, en el caso del pánico suelen aparecer pensamientos acerca de la

posibilidad de muerte inminente, volverse loco o perder el control. Estos pensamientos se producen de forma automática y el paciente les concede un alto grado de veracidad.

- *Componente fisiológico.* Se refiere al conjunto de sensaciones internas tales como taquicardia, sudoración, parestesias, tensión muscular, sequedad de boca, presión precordial, disnea, etc.

- *Componente motor o conductual de la ansiedad.* Incluye la tendencia a evitar, huir o escapar, buscar ayuda y hacer cualquier cosa que pueda liberar al paciente del "peligro". Así algunos pacientes evitan salir de casa, hacer ejercicio físico, tomar cafeína, viajar, usar transportes públicos, lugares muy concurridos y si se exponen, lo hacen acompañados o llevan con ellos fármacos u otros objetos que les hacen sentir más seguros.

Hay una estrecha relación entre estos tres componentes, en especial, entre los componentes cognitivo y fisiológico en virtud de la cual, el aumento en los niveles de uno de ellos conlleva un aumento en los niveles del otro componente.

2. Técnicas psicofisiológicas

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

Las técnicas psicofisiológicas reducen el nivel de activación excesivo del organismo posibilitando a su vez un tipo de pensamiento más reflexivo y adaptativo permitiéndose así el afrontamiento exitoso de los estímulos ansiógenos. Son pues, el primer nivel de actuación dentro del procedimiento de control de la ansiedad.

a) Respiración Diafragmática

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

Las situaciones de estrés inducen patrones de respiración caracterizados por un ritmo acelerado y una escasa intensidad o, si se prefiere, de una respiración más superficial, lo que facilitará un mayor trabajo cardíaco y una mayor intoxicación general del organismo, una sangre insuficientemente oxigenada, lo cual contribuye a aumentar los estados de ansiedad y fatiga.

El objetivo es conseguir una utilización más completa de los pulmones consiguiendo una respiración diafragmática mayor, facilitando el control voluntario de la respiración y automatizando

este control para que pueda ser mantenido hasta en las situaciones de mayor estrés.

El programa que presentamos (12), consta de seis ejercicios graduados en orden de dificultad creciente, se llevará a cabo en unas condiciones determinadas como son un ambiente silencioso y en penumbra, evitando estímulos distractores. La persona se situará en una postura cómoda y con los ojos cerrados. Es importante dedicar unos momentos a concentrarse en las sensaciones corporales, antes de empezar.

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

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

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

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

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

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

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

Los efectos de la respiración tienen que ver con incrementos en el nivel de CO₂ en sangre (hipercapnia), que puede producirse bien por la retención de la respiración (disminución del ritmo respiratorio) bien por hipoventilación de alrededor de un 10 por 100, lo cual produce variados efectos tanto centrales como periféricos, entre los que se incluyen, disminución de la tasa cardíaca, vasodilatación periférica, estimulación de la secreción gástrica, depresión de la actividad cortical y una sensación general de somnolencia. Es decir, una hipercapnia ligera tendría efectos parasimpáticomiméticos.

b) Técnicas de Relajación

La relajación muscular progresiva fue introducida por Jacobson (13) y abreviada por Wolpe (14). Se comienza por hacer ver al paciente la diferencia entre las sensaciones producidas por la contracción de pequeños músculos, así como también, por la relajación progresiva de los mismos. La relajación progresiva se administra en una serie de pasos secuenciales. El primero es explicar al paciente el procedimiento y preparar el lugar donde va a tener lugar la sesión de relajación. Conviene reducir la estimulación ambiental al máximo que sea posible y que el paciente se sienta cómodo. Seguidamente, se hace un recorrido por diferentes zonas del cuerpo dándole al paciente indicaciones de contracción y relajación de diferentes grupos musculares de manos y brazos, nuca y hombros, ojos, cejas y frente, tronco y pecho, y finalmente de piernas y caderas.

La relajación autógena consiste en inducir en el sujeto estados de relajación mediante la creación de una imagen mental agradable y placentera mientras se producen sensaciones corporales de pesadez y calor en las extremidades, la regulación de la actividad cardíaca y respiratoria, calor abdominal y frío en la frente (15).

Tabla 1.- Relación síntomas- causa

Síntoma	Causa más probable
Taquicardia, palpitaciones	En estado de alarma el corazón trabaja con más fuerza y rapidez para enviar sangre a las zonas donde más falta hace.
Mareo	Tensión de cervicales que disminuye el aporte de sangre a la cabeza, también puede ser efecto de la hiperventilación (no suele producir desmayo).
Sensación de falta de aire	Aumento de oxígeno en sangre debido a la hiperventilación (que es contrario a la asfixia)
Hormigueo en las extremidades, pérdida de sensibilidad.	Menor riego sanguíneo en las extremidades.
Opresión, dolor, pinchazos en el pecho.	Tensión en músculos intercostales y mayor volumen del corazón. Contracturas dorsales.
Sensación de perder el control y/o volverse loco.	El cuerpo y la mente funcionan como si estuvieran ante un peligro real, de forma automática, lo cual produce la sensación de no tener control. Las crisis de ansiedad-pánico no tienen nada que ver con lo que entendemos como "locura" (falta de contacto con la realidad).
Percibir las cosas de forma extraña, ver fopsias ("lucecitas"), etc.	Disminución de oxígeno en ciertas zonas del cerebro. Dilatación pupilar que aumenta la visión periférica facilitando la percepción de posibles peligros.
Temblores	Tensión muscular excesiva.
Nauseas, molestias abdominales.	Por estimulación del sistema vegetativo y del centro del vómito.
Dificultad para pensar de forma habitual.	Cuando sentimos una emoción intensa tal como la ansiedad se produce una dificultad transitoria para pensar de forma reflexiva. La mente funciona en "modo automático" ante la percepción de peligro.
Cualquier sensación interna temida.	La focalización de la atención en tales sensaciones produce un efecto de aumento.

3. Técnicas cognitivas

Las personas están constantemente describiéndose el mundo a sí mismas, etiquetando cada suceso o experiencia. Hacen interpretaciones de lo que ven y oyen, y juzgan los sucesos como temibles o agradables y predicen si pueden ocasionarles algún peligro o una seguridad relativa. Estas interpretaciones forman parte de un interminable dialogo interno, de cada persona consigo misma. Raras veces nos damos cuenta de ese autodiálogo interno, pues está automatizado, pero es lo suficientemente poderoso como para crear las emociones más intensas. Beck denomina a este autodiálogo interno *pensamientos automáticos* porque "se experimentan como si fueran un reflejo, sin reflexión o razonamiento previo; y se graban como plausibles y válidos" (16). Atender a los pensamientos automáticos es el primer paso para conseguir el control de la

ansiedad. La mayor parte del diálogo interno es inocuo pero los pensamientos automáticos que causan daño, pueden identificarse porque casi siempre preceden a un aumento de la ansiedad. Para identificar los pensamientos automáticos causantes de sentimientos ansiógenos, hay pues, que tratar de anotar los pensamientos que se tuvieron cuando se comenzó a experimentar ansiedad. El segundo paso, una vez que se han identificado los pensamientos que produjeron un aumento en los niveles de ansiedad, es someterlos a debate y/o buscar otros pensamientos alternativos no catastrofistas. En las crisis de ansiedad y pánico se producen interpretaciones catastrofistas referidas a determinadas sensaciones internas, por ejemplo, ante un aumento de la tasa cardiaca por actividad física, el paciente puede interpretar que va a sufrir un infarto de forma inminente, sin embargo, la explicación más plausible es que el corazón trabaja con más fuerza y rapidez para facilitar enviar sangre a las zonas donde más falta hace.

El esquema de la Tabla 1 puede ayudar al paciente a encontrar explicaciones alternativas más realistas a los síntomas de ansiedad.

4. Exposición gradual a situaciones ansiógenas

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

Para que la exposición sea terapéutica (en el sentido de que disminuya la ansiedad asociada a la situación), el paciente ha de experimentar una reducción significativa de sus niveles de ansiedad en la situación de exposición (no al escapar de ella). Para ello se necesita un tiempo de exposición, el suficiente para que baje el nivel de ansiedad asociado a la situación. Este tiempo de exposición puede ser acortado si la persona pone en marcha en cada sesión de exposición las estrategias adquiridas previamente (técnicas psicofisiológicas y cognitivas de reducción de la ansiedad). La exposición puede ser en vivo o en imaginación. La exposición en vivo ha demostrado ser más eficaz que la exposición en imaginación (17) y suele hacerse de forma gradual, con la construcción de una jerarquía de las situaciones temidas, que el paciente deberá afrontar reiteradamente, empezando por las menos ansiógenas hasta llegar a exponerse a las más ansiógenas. El paciente ha de poner en marcha las estrategias aprendidas de control de la ansiedad en cada exposición, de esta manera obtendrá percepción de controlabilidad y la respuesta de ansiedad cada vez irá siendo más débil.

Conclusiones

Entrenar al paciente en estrategias para controlar su ansiedad le permite tomar un papel activo y no pasivo en el proceso de tratamiento de su trastorno de ansiedad. Esta postura activa y de autocontrol permite disminuir y en muchos casos prescindir de medicación así como disminuir el índice de recaídas y de utilización de los servicios sanitarios.

Bibliografía

- 1.- Kroenke K, Spitzer R, Williams J, Monahan P, Löwe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity and detection. *Ann Intern Med.* 2007; 146: 317-325.
- 2.- Oliva J, Bastida JL, Montejo AL. Los costes económicos de los desórdenes de la Ansiedad en España. *Estudios de Economía Aplicada* 2006; 24: 821-836.
- 3.- Secades R, Rodríguez E, Valderrey J, Fernández JR, Vallejo G, Jiménez JM. El consumo de psicofármacos en pacientes que acuden a atención primaria en el Principado de Asturias. *Psicothema* 2003; 15 (4): 650-655.
- 4.- López C, Serrano RM, Valverde A, Casabella B, Mundet X. ¿Quién controla a los enfermos tratados con psicotropos en atención primaria? *Aten Primaria* 2006; 37 (8): 446-451.
- 5.- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Clinical Guideline 22. Anxiety: management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalized anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2004.
- 6.- Canadian Psychiatric Association, Clinical practice Guidelines. Management of anxiety Disorders. *Can J Psychiatry*; 2006.
- 7.- American Psychological Association. Task Force on Psychological Intervention Guidelines. Washington, DC: APA; 1995
- 8.- Botella, C. Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema.* 2001; 13: 465-478.
- 9.- Barlow D, Cerny JA. Psychological treatment of panic. Nueva York: Guilford Press; 1988
- 10.- Barlow D, Craske MG. Mastery your anxiety and panic: client workbook for anxiety and panic. San Antonio: Graywind Psychological Corporation; 2000
- 11.- Clark DM, Salkovskis PM. Cognitive therapy for panic and hypochondriasis. Oxford: Pergamon; 1989
- 12.- Labrador FJ, Antonio Cruzado J, Muñoz M. "Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta". Ediciones Pirámide; 2004
- 13.- Jacobson E. Progressive Relaxation. 2ª. Edic. Chicago: University of Chicago Press; 1938
- 14.- Wolpe J. Psychotherapy by Reciprocal Inhibition. California: Stanford University Press; 1958
- 15.- Pikoff H. A critical review of autogenic training in America. *Clin Psychol Rev.* 1984; 4: 619.
- 16.- Beck AT. Cognitive Therapy and Emotional Disorders. New York: International Universities Press; 1976
- 17.- Marks IM. Phobic disorders four years after treatment: a prospective follow-up. *Br J Psychiatry.* 1971; 129: 362-371.