

REFERENTES TEORICOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD CON TECNICAS DE RELAJACION

Lic. Ana Rosa Castro Bertrán.¹

RESUMEN

Se realiza una revisión bibliográfica actualizada sobre los referentes teóricos relacionados con el tratamiento de los trastornos de ansiedad con técnicas de relajación debido a la falta de información científica existente sobre dicho tema. Se abordan referentes como: breve evolución histórica, descripción general, respuestas de ansiedad agrupadas en los tres sistemas de respuesta humana, características de los trastornos de ansiedad, cuadro clínico de los trastornos más frecuentes, tratamiento y pronóstico.

Palabras clave: ANSIEDAD/terapia; TERAPIA POR RELAJACIÓN.

INTRODUCCION

Los trastornos de ansiedad constituyen una parte sustancial de la demanda asistencial en los servicios de salud mental. Según la Organización Mundial de la Salud entre el 75 y 90 % de la población mundial los ha padecido en algún momento de su vida y se describe como la enfermedad de los siglos XX y XXI.

Estos trastornos se encuentran presentes tanto en desórdenes mentales como en enfermedades somáticas. En su control se emplea una gama de tratamientos tanto farmacológicos, como no farmacológicos; entre los primeros se encuentran diversos psicofármacos, que llegan hasta la más moderna generación, los cuales, a pesar de su indiscutible utilidad, no están exentos de

¹ *Licenciada en Psicología. Master en Medicina Bioenergética y Natural. Asistente.*

producir efectos colaterales o secundarios, dependencia, así como un elevado costo al paciente.

Entre los tratamientos no farmacológicos se encuentran diversos procederes de la medicina tradicional y natural, como son la acupuntura, fitoterapia, quinesioterapia, e hidroterapia, entre otros. La Psicología suministra herramientas entre las que se encuentran valiosas técnicas que en los últimos años son conceptualizadas como procedimientos de la medicina alternativa, entre ellas están la musicoterapia, las técnicas de respiración y las técnicas de relajación neuromuscular, estas últimas muy útiles, inocuas, de fácil aplicación y aprendizaje que deviene posteriormente como recurso de autoayuda. Otra de sus ventajas es que pueden ser ampliamente utilizadas en el manejo de los trastornos de ansiedad por cualquiera de los miembros del equipo de salud mental debidamente entrenado.

DESARROLLO

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La ansiedad, del latín *anxietas* (angustia, aflicción), es un estado caracterizado por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento que en esos momentos se encuentra por debajo del nivel adecuado o por el contrario, ante el temor de perder un bien preciado.

La ansiedad es la más común y universal de las emociones; reacción de tensión sin causa aparente, más difusa y menos focalizada que los miedos y las fobias. La reacción emocional ante un peligro o amenaza se manifiesta mediante un conjunto de respuestas tanto fisiológicas, cognitivas como conductuales.

Podemos definir las respuestas de ansiedad como reacciones defensivas e instantáneas ante el peligro. Estas respuestas, ante situaciones que comprometen la seguridad del sujeto, son adaptativas para la especie humana, significa esto que ejerce una función protectora de los seres humanos.

El ser humano, durante miles de años, ha tenido que enfrentar infinidad de peligros; cuando estos se presentaban las respuestas más eficaces para preservar la integridad del sujeto eran dos: la huida o la lucha.

Los mecanismos psicofisiológicos humanos que preparan para la huida o la lucha (respuestas de ansiedad) cumplen un eficaz papel a lo largo del tiempo. El problema es que el ser humano ya no tiene que enfrentarse con animales que corren detrás de él para convertirlo en su cena; en cambio otros muchos agentes estresantes le rodean y le acompañan a lo largo de su existencia, y hacen que el fantasma del peligro le aceche tras cualquier situación inofensiva.

Tiene numerosos sinónimos, tales como; nerviosismo, inquietud y tensión. Mientras que se suele hacer referencia a la experiencia de la ansiedad como: angustia, miedo e inseguridad.

BREVE EVOLUCION HISTORICA

Hasta finales del siglo XIX, la ansiedad extrema se atribuía, de forma errónea y rutinaria, a trastornos respiratorios o cardíacos. Por aquel entonces, Sigmund Freud identificó la neurosis de angustia como un diagnóstico diferenciado. Freud creía que la angustia tiene su origen en las pulsiones sexuales o agresivas de una persona que resultan inaceptables a la misma. La angustia actúa entonces como acción defensiva para reprimir o reconducir tales pulsiones. Cuando los mecanismos de defensa inconscientes son insatisfactorios, aparece una reacción de angustia neurótica.

Los síntomas de neurosis de angustia, descrita por el psicoanálisis, son similares al complejo sintomático que se denomina, genéricamente, ansiedad. Pero cuando los psicólogos y los médicos hablan de ansiedad en general, no suelen implicar los mecanismos pulsionales internos que Freud describió como neurosis de angustia.

Los teóricos del aprendizaje ven la ansiedad desde otra perspectiva. Algunos creen que la ansiedad se aprende cuando los miedos innatos del individuo concurren con objetos y sucesos previamente neutrales. Por ejemplo, un niño que se asusta por un fuerte ruido cuando juega con un juguete determinado puede asociar la ansiedad a este juguete. Otros teóricos del aprendizaje, por su parte, subrayan la importancia del aprendizaje por imitación de modelos y el desarrollo de pautas de pensamiento específicas, favorecedoras de la ansiedad.

Los psiquiatras reconocen diversos trastornos mentales en los que la ansiedad es el principal problema, como los ataques de pánico o el trastorno de ansiedad generalizada. Los ataques de pánico ocurren intermitentemente, mientras que

la ansiedad generalizada es crónica. En las fobias y los trastornos obsesivo-compulsivos, el miedo se experimenta cuando se trata de dominar otros síntomas.

Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más comunes en los países occidentales. Además, hay evidencia de que el trastorno de ansiedad se da en más de un miembro de la misma familia. El tratamiento más común para la ansiedad es la combinación de medicamentos, psicoterapia, modificación de conducta y otros tratamientos de apoyo como las técnicas de relajación.

DESCRIPCION GENERAL

Los síntomas de ansiedad son muy diversos, tal vez los más comunes consistan en hiperactividad vegetativa que se manifiesta con taquicardia, taquipnea, dilatación pupilar, sensación de ahogo, temblores en extremidades, sensación de pérdida de control o de conocimiento, transpiración, rigidez muscular, debilidad muscular, insomnio, inquietud motora, dificultades para la comunicación, pensamientos negativos y obsesivos.

Cabe notar que algunos síntomas de la ansiedad suelen parecerse a los de padecimientos no mentales, tales como la arritmia cardíaca o hipoglucemia. Se recomienda a los pacientes someterse a un examen médico completo para su diagnóstico certero.

La ansiedad también puede convertirse en un trastorno de pánico, en el cual la persona cree que va a desmayarse, fallecer o sufrir algún otro percance fisiológico. Es común que las personas con este trastorno visiten la sala de urgencias con cierta frecuencia y, típicamente, se sienten mejor después de ser atendidas.

RESPUESTAS DE ANSIEDAD AGRUPADAS EN LOS TRES SISTEMAS DE RESPUESTA HUMANA

1. Síntomas subjetivos, cognitivos o de pensamiento.

- Inseguridad.
- Miedo o temor.
- Aprensión.
- Pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad).
- Anticipación de peligro o amenaza.
- Dificultad de concentración.

- Dificultad para la toma de decisiones.
- Sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente.

2. Síntomas motores u observables.

- Hiperactividad.
- Paralización motora.
- Movimientos torpes y desorganizados.
- Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal.
- Conductas de evitación.

3. Síntomas fisiológicos o corporales.

- Síntomas cardiovasculares: Palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, excesos de calor.
- Síntomas respiratorios: Sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.
- Síntomas gastrointestinales: Náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.
- Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.
- Síntomas neuromusculares: Tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.
- Síntomas neurovegetativos: Sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos.

CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD (D. S. M, I V)

- a) Trastorno de angustia sin agorafobia.
- b) Trastorno de angustia con agorafobia.
- c) Agorafobia.
- d) Fobia específica.
- e) Fobia social.
- f) Trastorno por estrés postraumático.
- g) Trastorno obsesivo-compulsivo.
- h) Trastorno por estrés agudo.
- i) Trastorno de ansiedad generalizado.
- j) Trastorno por ansiedad debido a enfermedad médica.
- k) Trastorno por ansiedad inducido por sustancias.
- l) Trastorno de ansiedad no especificado.

CARACTERISTICAS DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD

- Trastorno de ansiedad sin agorafobia (300.01): Crisis de ansiedad inesperada y recidivante, inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis o a sus consecuencias, tales como perder el control, sufrir un infarto del miocardio o volverse loco.
- Trastorno de pánico con agorafobia (300.21): Crisis inesperada y recidivante que aparece al encontrarse la persona en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil, incluye temor a estar fuera de la casa, mezclarse con la gente, pasar por un puente, viajar.
- Fobia específica (300.29): Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación.

NOMBRE DE ALGUNAS FOBIAS ESPECIFICAS

FOBIA	A:
Acrofobia	Alturas
Ailurofobia	Gatos
Aracnofobia	Arañas
Ornitofobia	Pájaros
Brontofobia	Truenos
Cancerofobia	Cáncer
Claustrofobia	Espacios cerrados
Cinofobia	Perros
Hipofobia	Caballos
Insectofobia	Insectos
Misofobia	Suciedad
Nosofobia	Enfermedad/ lesión
Nictofobia	Oscuridad
Ofidiofobia	Serpientes
Rodentofobia	Roedores
Tanatofobia	Muerte
Venerofobia	Enfermedades venéreas

- Fobia social (300.23): Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuación en público del sujeto que se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás.

- Trastorno obsesivo-compulsivo (300.3): Las obsesiones se definen por: pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos o inapropiados y causan ansiedad y malestar significativo.

Las compulsiones se definen por:

- a) Comportamientos como el lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones.
 - b) Actos mentales como rezar, contar, o repetir palabras en silencio de carácter repetitivo.
- Trastorno por estrés postraumático (309.81): La persona ha estado expuesta a acontecimientos traumáticos caracterizados por muerte o amenaza para su integridad física o la de los demás, respondiendo con temor, desesperanza u horror intenso.
 - Trastorno por estrés agudo (308.3): La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático presentando los siguientes síntomas disociativos:
 - a) Sensación de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional.
 - b) Sensación de estar aturdido.
 - c) Desrealización.
 - d) Despersonalización.
 - e) Amnesia disociativa.
 - Trastorno por ansiedad generalizado (300.02): Ansiedad y preocupación excesiva (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos que se asocian a inquietud o impaciencia, fácil fatigabilidad, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño.
 - Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica (293.89): La ansiedad prominente, las crisis de ansiedad o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias: Igual al anterior, los síntomas aparecen durante la intoxicación o abstinencia o primer mes siguiente a su consumo:
 - a) Alcohol (291.8)
 - b) Alucinógenos (292.89)
 - c) Anfetamina (292.89)
 - d) Cafeína (292.89)
 - e) Cannabis (292.89)
 - f) Cocaína (292.89)
 - g) Inhalantes (292.89)
 - h) Sedantes hipnóticos o ansiolíticos (292.89)

- Trastorno de ansiedad no especificado (300.00): Incluye síntomas prominentes de ansiedad o evitación que no reúnen los criterios diagnósticos de ningún trastorno de ansiedad, trastorno adaptativo o mixto.

CUADRO CLINICO DE LOS TRASTORNOS MAS FRECUENTES

Crisis de angustia

Consiste en la aparición repentina de la ansiedad en su máxima intensidad. La típica crisis se presenta generalmente de modo repentino, sin síntomas previos de aviso. No es raro que se desencadene durante el sueño, despertándose el paciente con los síntomas en toda su intensidad.

Estas crisis se viven por el paciente como una señal de muerte inminente, la intensidad de sufrimiento es equivalente a la de alguien que nota que lo van a matar. Se acompaña de síntomas corporales de pánico, taquicardia, palpitaciones, respiración acelerada, sensación de ahogo o falta de aliento, náuseas o molestias abdominales, mareo, desmayo o aturdimiento, palidez, manos y pies fríos, sensación de opresión precordial que en ocasiones llega a ser dolor precordial, sudoración, parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo), miedo a perder el control o "volverse loco" y miedo a morir.

La crisis suele durar unos minutos, pero puede persistir durante horas. Es tan viva la sensación de peligro para la vida durante la crisis (sobre todo por el dolor precordial) que el paciente acude a varios médicos no quedando tranquilo si se le afirma que no tiene nada del corazón, pues no le parece posible que síntomas tan alarmantes como los suyos no tengan una causa orgánica grave.

Ansiedad generalizada

Son manifestaciones permanentes, pero más leves, de ansiedad. Los síntomas no se presentan de forma tan aguda, producen una sensación de malestar generalizado y los síntomas suelen ser: palpitaciones, palidez, ganas de orinar, diarrea, sudor, temblor, dificultad para concentrarse, hablar o incluso para respirar. Lo frecuente es que se combinen las crisis de ansiedad con el estado ansioso generalizado y que el paciente, entre sus crisis, no esté normal, si no angustiado ante cualquier estímulo (alejarse de casa, acudir a una entrevista).

Para el diagnóstico de este trastorno lo primero que se debe observar es que el sujeto haya estado padeciendo la mayoría de los días, por no menos de seis meses, de una ansiedad excesiva y sobrepreocupación en relación a una amplia gama de situaciones y actividades.

A su vez, el individuo tiene que haber tenido dificultades para controlar ese estado de constante preocupación y aprehensión, acompañados de al menos otros tres síntomas, tales como: inquietud, fatiga prematura, desconcentración, irritabilidad, tensión muscular y trastornos en el sueño.

Fobias

Son respuestas ansiosas superiores a lo normal frente a un estímulo concreto: viajar en avión, estar en lugares cerrados, aquí se encuentran las agorafobias, las fobias simples y las fobias sociales.

Agorafobia: Es un tipo de trastorno de ansiedad muy frecuente. Puede tratarse de miedo a estar en espacios abiertos, o miedo a estar en espacios o situaciones donde la huida es difícil porque implica un compromiso. Como la persona tiene miedo a padecer la crisis y a no poder ser ayudado, acaba por recluirse en su casa sin salir. Las situaciones que son más comúnmente evitadas son el encontrarse lejos del hogar, en un ascensor, en un avión, automóvil, en un lugar cerrado, en medio de una multitud o en espacios abiertos. Algunos sujetos pueden enfrentar estas situaciones pero a expensas de sufrir severas ansiedades, miedo o síntomas equivalentes.

Fobias simples: Es un miedo específico a algo, a las arañas (aracnofobia), al agua (hidrofobia), al fuego (pirofobia), a la sangre (hematofobia), a viajar en avión, y otros. La fobia específica es más frecuente que la fobia social y pueden desarrollarse tras haber presenciado o sufrido un evento traumático.

La fobia específica se caracteriza por un marcado y persistente miedo irracional y excesivo, originado por la presencia o anticipación a objetos o situaciones concretos. El estar frente al estímulo fóbico provoca en el sujeto una respuesta ansiosa. La mayoría de las veces este estímulo es evitado, pero si es experimentado se desencadenará un episodio de intensa ansiedad.

Fobias sociales: Es el miedo por parte del sujeto a estar expuesta bajo la observación de otros. La fobia social suele aparecer típicamente en la adolescencia, y puede haber antecedentes infantiles de timidez o inhibición social. La aparición de la fobia social puede surgir bruscamente luego de haber experimentado una situación humillante o estresante, o bien puede aparecer lentamente.

Un sujeto que padece de fobia social, al estar frente a un evento en público, ya sea hablar frente a un grupo de gente, comer, beber o escribir, experimenta una constante preocupación por la posibilidad de que los demás lo perciban como loco, ansioso, débil, además suele creer que la situación puede resultar embarazosa. Ante las situaciones sociales temidas es muy común el enrojecimiento.

Trastornos por estrés postraumático

Ocurre cuando la persona ha sufrido de forma real un acontecimiento traumático en el que su vida ha corrido peligro, y aunque fue un episodio aislado, la experiencia vuelve en forma de pesadillas y miedos. Se incluye también como traumático el hecho de haber tomado conocimiento de una situación horrorosa inesperada que haya sufrido una persona significativa. Dentro de estos traumas están incluidas, las catástrofes naturales, las violaciones, ser secuestrado, las experiencias de combate, las torturas, diagnósticos de enfermedades mortales y los accidentes serios. A veces se instauran las adicciones a drogas para poder olvidar.

Existen personas que se enfrentan a experiencias traumáticas muy graves que no presentan este tipo de trastorno y algunas personas que experimentan sucesos menos catastróficos, pero debido al significado subjetivo del acontecimiento, sufren de un trastorno por estrés postraumático.

Este trastorno posee un comienzo agudo. Puede aparecer a cualquier edad, incluso durante la infancia. Se diagnostica cuando una persona desarrolla

determinada sintomatología, después de haber experimentado una situación que podría ser categorizada como traumática.

La respuesta sintomatológica al evento traumático es la reexperimentación intensa del mismo a través de recuerdos, pesadillas y malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos parecidos o asociados. Puede aparecer una incapacidad para recordar aspectos importantes del trauma, reducción del interés en actividades antes placenteras, desapego, sensación de un futuro de desolación y restricción de la vida afectiva.

Un criterio para el diagnóstico de este trastorno es la duración de estos síntomas, ya que debe prolongarse por más de un mes, de lo contrario se trataría de un trastorno por estrés agudo.

Trastorno por estrés agudo

Al igual que en el trastorno por estrés postraumático, en el trastorno por estrés agudo el individuo experimenta nuevamente el acontecimiento traumático acontecido con anterioridad, respondiendo con horror, un intenso miedo y desesperanza.

Los síntomas más comunes son la reducción de la expresión de los sentimientos, la reducción de la conciencia, desrealización (sensación de que el entorno es irreal o extraño), despersonalización (sensación de irrealidad o falta de familiaridad consigo mismo) y amnesia disociativa (incapacidad de recordar el evento traumático). Para hacer el diagnóstico las alteraciones deben durar entre dos días como mínimo y no más de cuatro semanas.

Las personas con este trastorno pueden tener sentimientos de desesperación, muchos se sienten culpables por haber sobrevivido al evento, o por no haber prestado la suficiente ayuda a otros que estuvieron allí. A veces hasta llegan a sentirse responsables de las consecuencias de lo que sucedió.

Existe un alto grado de probabilidad que sujetos con este trastorno, sufran un trastorno por estrés postraumático.

El tratamiento de este trastorno es similar al utilizado para el estrés postraumático, pero a su vez se debe tratar los síntomas disociativos. Generalmente se ofrece una combinación entre la psicofarmacoterapia, la psicoterapia y la psicoeducación. Los grupos de apoyo para el paciente como

para la familia sirven para poder identificarse con otros que pasaron por la misma situación y para no sentirse aislados, además de recibir un apoyo adicional.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

Se caracteriza por la presencia de síntomas ansiosos secundarios a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga o medicamento).

Dependiendo de la naturaleza de la sustancia, puede incluir crisis de angustia, fobias, obsesiones, compulsiones, tanto durante la intoxicación como en los períodos de abstinencia. Los síntomas han de persistir más de un mes después del período agudo de abstinencia o intoxicación para diagnosticar este trastorno, o que han de ser claramente excesivos en función al tipo y la cantidad de sustancia ingerida.

La sintomatología ansiosa producida por la abstinencia o la intoxicación de las sustancias suele ser transitoria y remite después de ser metabolizada la sustancia, reestableciéndose el equilibrio fisiológico del organismo.

Las sustancias más comunes que producen la aparición de un trastorno de ansiedad son: alcohol, anfetaminas y derivados, alucinógenos, cafeína, cannabis, cocaína, fenciclidina y derivados, inhalantes, y otras sustancias desconocidas. En el caso de la abstinencia, las sustancias que pueden desarrollar un cuadro similar son el alcohol, cocaína, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. También se incluirían las sustancias volátiles como la gasolina, las pinturas e insecticidas.

Trastorno obsesivo-compulsivo

La sintomatología principal de este trastorno es un sentimiento de compulsión subjetiva, al que se ofrece resistencia, para persistir en una idea, efectuar alguna acción, recordar una experiencia o rumiar acerca de un asunto abstracto. Los pensamientos no son deseados, y son percibidos por el paciente como inapropiados, y carentes de sentido. La idea obsesiva es reconocida como ajena a la personalidad, pero proveniente de dentro de sí misma. Las acciones obsesivas pueden adquirir un carácter casi ritual con el fin de aliviar la ansiedad, por ejemplo, lavarse las manos. Las tentaciones por desechar los pensamientos que no son aceptados conducen a una lucha interna acentuada.

Las obsesiones son pensamientos, ideas, sensaciones o sentimientos recurrentes que provocan gran ansiedad, son intrusivos y las personas los califican como ajenos a su control, aunque saben que son producto de su mente.

Las compulsiones son conductas o actos mentales de carácter recurrente, conscientes y estereotipados, que se llevan a cabo con el fin de calmar o prevenir la ansiedad, nunca por placer o gratificación. Cuando el individuo se resiste a realizar la compulsión su ansiedad se intensifica. Las compulsiones más comunes son las relacionadas con tareas de lavado o limpieza, comprobaciones, exigencias de certeza, el orden de los objetos y actos repetitivos.

Este trastorno puede llegar a ser muy perturbador, debido a la gran cantidad de tiempo que las obsesiones y las compulsiones pueden provocar en las rutinas normales del sujeto, en su trabajo o sus relaciones sociales. Por ello suelen ocasionar un deterioro de sus actividades cognitivas en donde necesitan del empleo de la concentración, como son la lectura o el cálculo.

Algunos sujetos acaban evitando o alejándose de objetos o situaciones que les provocan obsesiones y compulsiones, pudiéndose generalizar este comportamiento elusivo, limitando seriamente la actividad global del individuo. Las preocupaciones hipocondríacas son frecuentes y se revelan en las repetidas visitas médicas.

TRATAMIENTO

Existen varios tipos de tratamientos y terapias para las personas que padecen de ansiedad, la cual casi nunca aparece aislada, lo más frecuente es su asociación con síndromes: depresivos,, asténicos, fóbicos u obsesivos.

Tratamiento farmacológico

Los psicofármacos de elección son los ansiolíticos, pero también pueden reducir la ansiedad los neurolépticos, los antidepresivos, y los bloqueantes betadrenérgicos, los cuales se administran por vía oral, intramuscular e intravenosa.

La posología considera cuatro aspectos fundamentales:

1. Dosis de ataque y mantenimiento
2. Progresión de la posología
3. Reducción gradual.
4. Variantes según edad, patología e individuo,

Tratamiento psicoterapéutico

Todas las escuelas psicológicas han aportado modelos para el tratamiento de la ansiedad desde los diferentes enfoques: psicodinámico, humanista y de aprendizaje social.

En la actualidad, una de las más usadas es la psicoterapia cognitivo-conductual (Cognitive-Behavioral Therapy). La cual debe ser dirigida por un psicólogo competente y experimentado. La terapia incluye técnicas de exposición graduada, confrontación y modificación de creencias negativas o incorrectas, modificación de pensamientos negativos, técnicas para entablar autocharlas positivas, técnicas específicas para tratar con el pánico.

Reducción de estrés

Lo que puede incluir técnicas de relajación y respiración, la gran ventaja de ambas es que una vez aprendidas deviene en método de autoayuda en cualquier circunstancia. Además, mejor planificación del tiempo, ejercicio físico, yoga.

Cambios en la alimentación

Por ejemplo, eliminación gradual del café, estimulantes, chocolate, azúcar, tabaco, alcohol, refrescos que contengan cafeína y analgésicos o drogas que contengan ésta. Algunos pacientes informan reducciones considerables en su ansiedad sólo tomando estas medidas.

PRONOSTICO

En general se considera que la ansiedad es una condición que existe de por vida en cierto grado. No todos los pacientes responden a los tratamientos, pero un porcentaje importante de ellos puede lograr una recuperación parcial o casi completa a largo plazo con la ayuda de la terapia psicológica (terapia cognitivo-conductual). Se cree que la prognosis de la ansiedad se ve afectada por la creencia común (posiblemente una creencia negativa e incorrecta) por parte de los enfermos de que su condición es especialmente grave, más grave que la de cualquier otra persona que se haya recuperado, lo que se debe generalmente a lo desagradable de la sintomatología.

BIBLIOGRAFIA

1. Astudillo W, Mendinueta C. Métodos no farmacológicos para promover el bienestar del paciente. En: Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E (eds) Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. Pamplona: Universidad de Navarra; 1995.p. 277- 290.
2. Bernstein DA, Borkovec TD. Entrenamiento en relajación progresiva. Un manual para terapeutas. 2ªed. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1983.
3. Bueno AM, Buceta JM, Amigo I. Efectos multidimensionales de un programa de entrenamiento en relajación progresiva aplicado a sujetos con estados de ansiedad. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 1986; 41 : 653-66.
4. Bailey L. Music therapy in pain management. *J Pain & Symptom Management*. 1986; 1 (1): 25-7.
5. Benson H. *The relaxation response*. Londres: W. Collins and Sons; 1975.
6. Ballentine R, Glenview IL. *Science of breath*. Himalaya : International Institute; 1976.
7. Carnwarth T, Miller D. *Psicoterapia conductual en asistencia primaria. Manual práctico*. Barcelona: Martínez Roca; 1989.
8. Cobián A. *Yo sí creo en la hipnosis*. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 1997.
9. Capafons A, Amigó S, Bayot A. Terapia de auto-regulación y tratamiento del hábito de fumar: resultados obtenidos al finalizar el tratamiento y primeros datos sobre el seguimiento. *Revista Española de Drogodependencias*. 1992; 17 : 269-7.
10. Carrió MC, Botella C, Ballester R. La eficacia del entrenamiento en respiración lenta y de la terapia cognitiva focal en un caso de trastorno por angustia con agorafobia. *Anales de Psicología*. 1996; 12(1) : 1-17.
11. Chóliz M, Capafons A. Revisión conceptual del biofeedback. *Análisis y Modificación de Conducta*. 1990; 16(49):395-416.
12. Chóliz M. Desarrollo de un procedimiento de respiración para el tratamiento del insomnio. *Fundamentos teóricos y evidencia experimental. Análisis y Modificación de Conducta*. 1993; 19(65): 421-32.
13. Durand de Bousingen R. *La relajación. Qué sé?* México: Lito Arte; 2000
14. Davis M, McKay M, Eshelman ER. *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca; 1985.
15. Domínguez B, Martínez O, Silva A, Valderrama P. *Técnicas psicológicas no invasivas para el control del dolor crónico en pacientes adultos*. México DF: Versim; 2002.

16. Infomed.sld.cu[página web en Internet]. González H. Qué es lo que estamos relajando con las diferentes técnicas de relajación?. Universidad Complutense de Madrid. 2001[citado: 23 feb 2009]. Disponible en: <http://www.sld.cu>
17. González Menéndez R. LA psicología en el campo de la salud y la enfermedad. La Habana : Editorial Científico Técnica; 2004.
18. Méndez FX, Romero A. Terapia conductual y cognitiva. En: Puente A (ed) Manual de Psicología. Madrid: Eudema; 2003.
19. Otero Ojeda A, Rabelo Perez V, Calzadilla Fierro. Tercer Glosario cubano de Psiquiatría. La Habana : Ministerio de salud Pública; 2001.
20. Pargaz Torres F. Enfermería en la Medicina Tradicional y Natural. La Habana : Editorial Ciencias medicas; 2005.
21. Zaldivar Perez D, Vega Vega R, Roca Perara M. Psicoterapia general. La Habana : Editorial Félix Varela; 2004.