

Terapia de relajación aplicada: una reconceptualización desde los desarrollos Cognitivo-Conductuales de 3ra generación y nuevas evidencias^{1*}

AUTOR: Dr. Ignacio Etchebarne (contacto: idgetchebarne@gmail.com)

RESUMEN:

La Terapia de Relajación Aplicada (RA) es un abordaje psicoterapéutico de muy fácil entrenamiento, cuya eficacia ha sido demostrada para el tratamiento de múltiples Trastornos de Ansiedad y problemas médicos. Durante los últimos 29 años se ha comparado a la RA con nuevos programas de tratamiento cognitivo-conductual específicos para Trastornos de Ansiedad; sin embargo, la RA continúa siendo uno de los tratamientos más eficaces del Trastorno de Ansiedad Generalizada, con modestas evidencias de eficacia para el Trastorno de Pánico, y con algunas evidencias para el Trastorno de Ansiedad Social. A pesar de su demostrada eficacia, la RA parece haber caído en desgracia dado que los nuevos desarrollos teóricos han abandonado a las técnicas de relajación en general, reencuadrándolas como estrategias de control disfuncional, o, incluso, catalogándolas erróneamente como prácticas iatrogénicas, inductoras de ansiedad o ataques de pánico.

Por estas razones, ya prácticamente no existen publicaciones que permitan diseminar este simple abordaje que posibilita tratar múltiples problemáticas de ansiedad en forma integrada. Asimismo, a la fecha, no existen programas de entrenamiento ni guías publicadas en español o en inglés respecto de cómo integrar y encuadrar a este entrenamiento específico dentro del marco más amplio de una Terapia Cognitivo-Conductual. Este abandono de la RA no se condice con los lineamientos de la Práctica Psicoterapéutica Basada en las Evidencias, y priva a potenciales pacientes de acceder a una adicional oferta psicoterapéutica con apoyo empírico.

El objetivo de la presente conferencia consiste en exponer una revisión de las críticas, ventajas y desventajas de la RA a la luz de las nuevas evidencias empíricas, y reestructurar prejuicios hacia la RA que obstaculizan su diseminación.

PALABRAS CLAVE: Relajación Aplicada; Trastornos de Ansiedad; Diseminación.

INTRODUCCIÓN:

Uno de los principales desafíos actuales de la Práctica Psicoterapéutica Basada en la Evidencia consiste en la correcta diseminación de los tratamientos con apoyo empírico, y uno de los obstáculos clave para que esto suceda son los prejuicios de los terapeutas (Gunter y Whittal, 2010). A esto cabría sumarle el prejuicio de los investigadores que, al realizar revisiones bibliográficas no sistemáticas, o directamente sesgadas bajo un “gold standard”, monismo metodológico u otro criterio contrario a los principios de la Práctica en Psicología Basada en la Evidencia (American

^{1*} Conferencia magistral presentada en el XVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Análisis, Modificación del Comportamiento y Terapia Cognitivo-Conductual, ALAMOC (28 al 30 de julio del 2016).

Psychological Association [APA] Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006), pueden diseminar los mismos prejuicios que luego se asocian a los clínicos. Un ejemplo de esto último parece ser el caso de la Terapia de Relajación Aplicada, tal como se evidenciará más adelante en este artículo.

Qué es la Terapia de Relajación Aplicada (RA) y cuáles son sus ventajas:

La Terapia de Relajación Aplicada (RA) es un abordaje psicoterapéutico Cognitivo-Conductual (TCC), desarrollado en Suecia por el Dr. Lars-Göran Öst a fines de los 80 (Öst, 1987; Andersson, Holmes, y Carlbring, 2013). Puede parecer extraño que se defina a la RA como un tipo de TCC; sin embargo sus desarrolladores le asignaron esta categoría por las siguientes razones: La RA se guía bajo una conceptualización del caso, incluye un componente de socialización del tratamiento, psicoeducando al paciente acerca de la interrelación entre pensamientos, sensaciones, emociones y conductas, mantiene la estructura de sesión típica de una TCC y orienta al paciente hacia identificación de disparadores del malestar (por ejemplo, ansiedad y preocupación) y su afrontamiento activo. Asimismo, esta posición es compartida por la Society of Clinical Psychology (Division 12 of the American Psychological Association [APA], 2016-a), en donde se la ubica dentro del grupo de las Terapias Cognitivas. De todas formas, para no generar confusión, a lo largo de esta presentación, discriminaré entre la RA y el resto de las TCCs, utilizando estas respectivas denominaciones.

Más específicamente, la RA consiste en un programa de entrenamiento gradual, sistemático y bifásico, en una forma de relajación rápida orientada al afrontamiento activo de situaciones estresantes y/o temidas. El carácter bifásico de la RA –en su versión original (Öst, 1987)- es el siguiente: Primero, el entrenamiento en habilidades del paciente se focaliza en que (a) aprenda a relajarse rápidamente en contextos de bajo estrés (el consultorio y su casa) y (b) aprenda a percibir las señales tempranas de ansiedad. Durante esta fase, en la *primera sesión*, el paciente aprende sobre los fundamentos de la RA y es introducido a la práctica de respiración diafragmática. En la *segunda sesión*, se lo entrena en la primera parte de una versión abreviada de Relajación Muscular Progresiva, solicitándole que tense y afloje distintos grupos musculares de la cintura a la cabeza. Esto es con el fin de aumentar la consciencia del paciente, tanto respecto de las señales tempranas de tensión como de relajación. En la *tercera sesión*, el paciente inicia por su cuenta la Relajación Muscular progresiva y se suma la segunda parte de la misma (de la cintura a los pies), de aproximadamente 15 minutos de duración, y también se realiza un chequeo corporal del grado de relajación alcanzado por parte del paciente.

En la *cuarta sesión* (Öst, 1987), se elimina el componente práctico de tensión, asistiendo al paciente para que practique relajación directa (7-5 minutos) y también, dado el aumento de consciencia corporal logrado con la relajación progresiva, se introduce el monitoreo de señales tempranas de ansiedad. En la *quinta sesión*, se inicia la práctica de relajación condicionada (3-2 minutos) con el fin de asociar la auto-instrucción “Relax” a su estado de relajación y para reducir aún más el tiempo que le lleva relajarse. En la *sexta sesión*, se inicia la primera parte de la relajación diferencial (2-1 minutos) con el fin de que el paciente aprenda a relajarse mientras realiza actividades simples, no estresantes, tensionando únicamente los músculos estrictamente necesarios para esa actividad. En la *séptima sesión*, se inicia la segunda

parte de la relajación diferencial, aumentando gradualmente la dificultad de las actividades a realizar mientras se relaja. En la *octava sesión*, se planifica con el paciente 15 a 20 relajaciones rápidas (30-20 segundos cada una) durante actividades no estresantes de su vida cotidiana.

A partir de la *novena sesión* se inicia la segunda fase o, formalmente, la fase aplicada de la RA (Öst, 1987). Para ello, se asiste al paciente a exponerse activamente a situaciones potencialmente generadoras de ansiedad para que aprenda a implementar la relajación rápida en cuanto se disparan las primeras señales de ansiedad. En la *onceava o doceava sesión*, se abordan estrategias para consolidación de logros y prevención de reincidencias, y se da por finalizado el tratamiento.

Actualmente existen múltiples versiones de RA: Por ejemplo, Newman y Borkovec (2002) adaptaron la RA a las particularidades del Trastorno de Ansiedad Generalizada, incorporando técnicas de exposición imaginaria y enmarcándola dentro del contexto más amplio de las TCCs, y también se han desarrollado versiones online de RA, de auto-ayuda para diferentes problemáticas, así como versiones abreviadas de RA (Carlbring, Björnstjerna, Bergström, Waara, y Andersson, 2007; Saensak, Vutyavanich, Somboonporn, y Srisurapanont, 2013). En todas las variantes de RA, el núcleo central del abordaje coincide con lo aquí descripto.

Entre las ventajas de la RA se destacan las siguientes:

- **Técnica “portátil” y aplicada:** La RA se diferencia de otras técnicas de relajación o abordajes de manejo de la ansiedad en que se entrena a los pacientes en una forma de relajación rápida para que puedan enfrentar más hábilmente situaciones de ansiedad, sin tener que interrumpirlas para aplicar la habilidad de relajarse (Öst, 1987; Borkovec y Sharpless, 2004). Esto es similar a la práctica informal en los programas de entrenamiento en Mindfulness (Kabat-Zinn, 1990), y la hace superadora respecto a los entrenamientos en habilidades que requieren que uno suspenda la actividad y busque un lugar tranquilo para aplicar la técnica aprendida, resultando imprácticos y, consecuentemente, llevando al abandono. Por otra parte y como se mencionó anteriormente, la RA está orientada hacia el enfrentamiento de las situaciones de ansiedad. En este sentido es un programa de exposición con relajación aplicada a situaciones de ansiedad. De modo tal que las personas no sólo aprenden a relajarse, sino que trabajan activamente para lograr hacerlo en situaciones que previo al entrenamiento, le provocaban elevada ansiedad.
- **Flexibilidad conductual:** El entrenamiento sistemático en variadas técnicas de relajación, no sólo le permite al pte. ir aumentando su capacidad de relajación, sino que además, le brinda un mayor repertorio de respuestas de afrontamiento, de modo tal de poder ir aplicando las distintas técnicas de relajación en variadas situaciones, flexiblemente, según sus preferencias y características del contexto (Borkovec y Sharpless, 2004).
- **Abordaje transdiagnóstico:** De acuerdo a la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013), los pacientes ansiosos suelen presentar cuadros comórbidos (por ejemplo, el Trastorno de Pánico, el Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Trastorno de Ansiedad social poseen una comorbilidad cercana al 80%). Dada su probada eficacia para múltiples trastornos de ansiedad (Andersson, Holmes, y Carlbring, 2013), al asistir a pacientes comórbidos, la RA ofrece la posibilidad de abordarlos en forma simultánea como si se tratara de un protocolo unificado o transdiagnóstico.

- **Fácil entrenamiento y presentación:** A diferencia de la mayoría de los tratamientos Cognitivo-Conductuales, e incluso los abordajes basados en Mindfulness, que requieren un intenso y trabajoso entrenamiento por parte de los terapeutas, la RA es un abordaje significativamente fácil de aprender. También, los fundamentos de la RA son simples y concretos, haciendo muy sencillo presentarla a los pacientes y que ellos se animen a iniciar el entrenamiento. Es por estas razones que algunos autores han afirmado que, en comparación con otros abordajes cognitivo-conductuales, la RA demanda mucho menos de los terapeutas (Carlbring, Björnstjerna, Bergström, Waara, y Andersson, 2007; Manzoni, Pagnini, Castelnuevo, y Molinari, 2008). Un dato que pareciera corroborar esta afirmación estaría reflejado en las usuales dificultades y reticencia a realizar exposiciones por parte de los terapeutas cognitivo-conductuales y a buscar “compensar” la exposición combinándola con técnicas de relajación (Farrell, Deacon, Dixon, y Lickel, 2013).
- **Fácil integración con otros abordajes Cognitivo-Conductuales:** A diferencia de cómo se ha presentado a la RA en la mayoría de las investigaciones experimentales controladas al azar (“Randomized Clinical Trials” o “RCTs” en inglés), la misma es fácilmente combinable con otros abordajes Cognitivo-Conductuales, tanto de 2^{da} como 3^{ra} generación. Este punto se desarrolla más adelante.

Evidencias empíricas de la eficacia de la RA:

Si bien la RA se popularizó como un tratamiento para el Trastorno de Pánico, los usos de la misma se extienden a múltiples trastornos de ansiedad tales como el Trastorno de Ansiedad Generalizada, la Fobia Social, el insomnio, y al abordaje directo o complementario de condiciones médicas como los acúfenos, dolores de cabeza, dolor crónico, síntomas post-menopáusicos, etc. (Andersson, Holmes, y Carlbring, 2013; Carlbring, Björnstjerna, Bergström, Waara, y Andersson, 2007). Por otra parte, componentes de la RA, como la tensión aplicada, se han mostrado eficaces para el tratamiento de las fobias a la sangre y a las inyecciones (Öst, 2012). Asimismo, la RA ha sido evaluada numerosas veces como condición de control en estudios experimentales, dando cuenta de su eficacia incluso en casos contrarios a lo esperado por parte de los investigadores, en particular en lo referente al Trastorno de Ansiedad Generalizada (Hayes-Skelton, Roemer, Orsillo, y Borkovec, 2013). No obstante, son escasas las revisiones sistemáticas de la RA, y existe una serie de revisiones bibliográficas a-sistemáticas y sesgadas que tienden a sub-valorar a la RA infundadamente. A continuación se detallan las problemáticas para las cuales la RA presenta mayores evidencias empíricas de eficacia. Estos son, el Trastorno de Ansiedad generalizada y, en segundo lugar, el Trastorno de Pánico.

Respecto a la eficacia de la RA para el tratamiento del Trastorno de Pánico, se han encontrado evidencias contradictorias: Las investigaciones realizadas por Öst y equipo (Andersson, Holmes, y Carlbring, 2013; Öst, Westling, y Hellström, 1993) presentan a la RA como igualmente eficaz que la TCC o, incluso, levemente superior en la fase de seguimiento. En cambio, las investigaciones realizadas por equipos de investigadores embanderados con las TCCs, reportan superioridad de la TCC por sobre la RA (Clark et al., 1994; Margraf, Barlow, Clark, y Telch, 1993). Por estas razones, la división 12 de la APA (2016-b), le ha asignado un apoyo empírico “modesto” para el

tratamiento del pánico. Esta situación, ubica a la RA como un tratamiento eficaz, pero de segunda línea, para el tratamiento del Trastorno de Pánico.

En lo referente a la eficacia de la RA para el Trastorno de Ansiedad Generalizada, ya sea como tratamiento activo o control, la RA ha demostrado reiteradamente una eficacia tan elevada que aún a la fecha (sin mayor refinamiento de sus procedimientos) persiste como un tratamiento de primera línea frente a los nuevos desarrollos Cognitivo-Conductuales de tercera generación (Arntz, 2003; Hayes-Skelton, Roemer, Orsillo, y Borkovec, 2013; Öst y Breitholtz, 2000). Por esta razón, la división 12 le ha asignado un estatus de apoyo empírico “fuerte” (APA, 2016-a).

Si bien en algunos RCTs aislados como el de Dugas y equipo (2010) y el de Wells y otros (2010), la RA para el TAG parece haber sido superada por estos nuevos TCCs específicos para ese trastorno, estas diferencias no se vislumbran en el meta-análisis de Cuijpers y equipo (2014). De hecho, estos autores afirman que los nuevos tratamientos específicos del TAG no lograron aumentar la eficacia de la TCC respecto a los abordajes de segunda generación, así como respecto a la RA, permaneciendo la misma cerca del 50% de eficacia. También, sugirieron que las TCCs específicas del TAG podrían ser más efectivas que la RA a largo plazo. Sin embargo, aclararon que sus resultados podrían estar sesgados y que el número de RCTs comparativos de estos abordajes “es demasiado pequeño como para arribar a conclusiones respecto a la efectividad comparativa o los efectos a largo plazo” (Cuijpers, y otros, 2014, Discusión).

Situación actual de la RA:

A pesar de que la RA cuenta con apoyo empírico para múltiples problemáticas, hasta la fecha, sólo ha sido descrita en unos pocos artículos de revistas científicas y en capítulos aislados de publicaciones sobre técnicas de relajación (ver, por ejemplo, Öst, 1987 o Payne, 2005, respectivamente), los cuales suelen resultar insuficientes para aprender a aplicar la RA efectivamente. Asimismo, a la fecha, sólo existe un puñado de publicaciones donde se ha descrito cómo combinar el entrenamiento en Relajación Aplicada con intervenciones Cognitivas, Conductuales y/o Mindfulness (mencionados en la última sección de este artículo). En este sentido, escasean guías en español y en inglés respecto de cómo implementar la RA e integrarla dentro del marco más amplio de las terapias cognitiva-conductuales, en sus distintos formatos y para distintas poblaciones clínicas frente a las que ha demostrado su eficacia.

Respecto a la investigación actual sobre RA, Hayes-Skelton, Roemer, Orsillo, y Borkovec (2013) destacaron que, como la mayoría de los RCTs que han examinado la eficacia de la RA la utilizaron como condición de control a comparar con tratamientos novedosos, esto refleja el rol central de la RA como un tratamiento basado en la evidencia bien establecido. Sin embargo, estos autores identificaron dos problemas vinculados con la investigación actual sobre RA: Por un lado, su uso como condición de control ha alejado la atención de la RA como un tratamiento a ser explorado en sí mismo y ha obstaculizado su comprensión y perfeccionamiento. En segundo lugar, muchos de los RCTs en cuestión no utilizaron a la RA en forma completa como fue ideada, sino que se focalizaron únicamente en los componentes de relajación, omitiendo la práctica aplicada, o bien, describieron al tratamiento en una forma que dificulta identificar el grado de foco o de “dosis” asignado a la fase de entrenamiento aplicado. Entonces, no queda claro contra qué tipo de relajación están comparando a las TCCs ni si los resultados obtenidos son realmente representativos de la RA.

Por otra parte, en relación con la difusión de la RA, los materiales psicoeducativos o de auto-ayuda para pacientes basados en evidencias, las guías de excelencia clínica, así como otras publicaciones para clínicos tienden a omitir, desaconsejar o desestimar infundadamente el uso de la RA. Por ejemplo, Barlow, Conklin, y Bentley (2015) omitieron incluir a la RA como un tratamiento alternativo (de segunda línea) para el tratamiento del pánico, en un capítulo de una guía para clínicos sobre “Tratamientos que funcionan”. Esto es sumamente negativo dado entre un 25-30% de pacientes se rehúsan a realizar una terapia de exposición, 50% no se benefician de ella en forma significativa (Craske, 2015). A la vez, y en forma contrastante pero igualmente infundada, muchos terapeutas utilizan a las técnicas de relajación o respiración en el tratamiento del pánico; pero como estrategia compensatoria frente a su supuesto daño o sufrimiento que vinculan con las técnicas de exposición (Blakey, Meyer, Farrell, Kemp, y Deacon, 2014).

Por otra parte, en la actualización del 2012 de la guía clínica del National Institute for Health and Clinical Excellence para el tratamiento del TAG (NICE, 2012, p. 7), se ha creado un subtítulo con letra resaltada en el 3er paso de la atención escalonada de este cuadro, destacando a la “Terapia Meta-cognitiva y Terapia de intolerancia a la incertidumbre” y desdibujando a la RA en el cuerpo del texto. Como se ha descrito más arriba, a pesar de presentar a esta guía clínica como una revisión sistemática de evidencias, esto último no refleja un espíritu insesgado. De hecho, al final de dicha sección en la guía clínica debieron afirmar que “La TCC o Relajación Aplicada son estrategias particulares recomendadas en la guía. Sin embargo, la guía no realiza recomendaciones respecto a la selección de un método en particular de TCC”, evidenciando que el énfasis selectivo por uno u otro abordaje es infundado.

Otro ejemplo de diseminación inadecuada de la RA consiste en un material psicoeducativo sobre “relajación” recientemente publicado por el National Center for Complementary and Integrative Medicine de los National Institutes of Health de EEUU (NIH, 2014, p.3), donde se ha llegado a afirmar lo siguiente:

Las técnicas de relajación pueden no ser la mejor forma de ayudar a las personas con un Trastorno de Ansiedad Generalizada Los estudios indican que los resultados de largo plazo son mejores en personas con un Trastorno de Ansiedad Generalizada que han recibido un tipo de psicoterapia llamada Terapia Cognitiva-Conductual que en aquellas a quienes se les enseñaron técnicas de relajación.

Dicha publicación del NIH (2014), no sólo realiza una interpretación tendenciosa del meta-análisis realizado por Cuijpers y equipo (2014), sino que también, trata a todos los abordajes centrados en enseñar relajación por igual, afirmando que las investigaciones realizadas son de mala calidad y con resultados inconclusos. De esta forma, inhibe a que los pacientes acepten esta alternativa psicoterapéutica cuando, dependiendo del caso, podría ser la más indicada desde una perspectiva idiográfica. Lo más grave de esta situación es que, incluso englobando a varios abordajes de relajación, en su meta-análisis, Manzoni, Pagnini, Castelnuevo, y Molinari (2008) reportaron una consistente y significativa eficacia por parte de los entrenamientos en relajación para reducir la ansiedad en pacientes con trastornos de ansiedad o sintomatología ansiosa. Más aún, en un reciente meta-análisis que intentó comparar la eficacia de la farmacoterapia vs. las psicoterapias de los principales trastornos de ansiedad (Trastorno de Pánico, Trastorno de Ansiedad y Fobia Social), Bandelow, y otros (2015) reportaron que el tamaño de efecto pre y post de las

psicoterapias de relajación (Relajación Aplicada y Relajación Muscular Progresiva) eran superiores a los de las terapias cognitivas (d de Cohen = 1.36 vs. 1.22, respectivamente).

Otra infamia vinculada con la RA y que no ha sido investigada formalmente; pero en mi opinión personal, pareciera estar cobrando cada vez más fuerza entre los clínicos, es la asociación exclusiva y desmedida de las técnicas de relajación con un supuesto y potencial efecto iatrogénico. Dicho prejuicio surge de una serie de reportes de casos y de un estudio experimental en donde los pacientes manifestaron lo que se denominó como un efecto de “Ansiedad Inducida por Relajación” o, peor aún, “Pánico Inducido por Relajación” (Adler, Craske, y Barlow, 1987; Cohen, Barlow, y Blanchard, 1985; Heide y Borkovec, 1984; Lilienfeld, 2007).

El primer error respecto a este punto se evidencia al consultar las fuentes citadas en el párrafo anterior: Los casos reportados no se referían exclusivamente a las técnicas de relajación, sino que incluían a las técnicas de meditación y a cualquier práctica que requiriese un foco atencional sostenido en las sensaciones corporales o que promoviera una respuesta de relajación. Esta confusión surge del hecho de que en esa época no se realizaba un corte tajante entre meditación y relajación, como sucede hoy en día en algunos contextos. Un ejemplo de esto se ve en que los estudios de (Benson y Klipper, 1975, pos. 126) sobre la famosa “respuesta de relajación” surgieron investigando sobre prácticas de Meditación Trascendental, y lo expresaron claramente de la siguiente forma: “Hipotetisé que la respuesta de relajación también podría provocarse en un número de maneras diferentes, no sólo por el método expuesto por la meditación trascendental”. De hecho, pareciera ser que la división arbitraria entre relajación y meditación comienza a surgir a partir de estos reportes de efectos adversos.

El segundo error consiste en confundir reportes de casos aislados con evidencias rigurosas, y es por esta razón que Lilienfeld (2007, p. 52) concluyó que “Estos hallazgos no demuestran que la relajación o la meditación están inevitablemente asociadas con efectos negativos”. Por último, este autor señaló que, en los casos reportados de ansiedad o pánico inducido por estas prácticas, tampoco se hicieron intentos por habituar a los pacientes a las prácticas de relajación o meditación por medio de una exposición gradual previa o algún otro procedimiento. Es por estas razones que no incluyó a las técnicas de relajación (ni a las de meditación) dentro del grupo de los “Tratamientos Psicológicos que causan Daño”. Más aún, Bernstein, Carlson, y Schmidt (2007) sostuvieron que los fenómenos paradójales antes mencionados serían mejor descriptos como Ansiedad o Pánico inducidos por el procedimiento más que por la relajación. También, en caso de encontrarse con un paciente que experimente ansiedad durante un entrenamiento en relajación, se han desarrollado múltiples estrategias para resolver la situación (ver, por ejemplo, Behar y Borkovec, 2010; Bernstein, Carlson, y Schmidt, 2007; Heide y Borkovec, 1984).

Dentro del ámbito de la psicología básica, Wegner, Broome, y Blumberg (1997) realizaron un estudio experimental acerca de los efectos irónicos de la relajación bajo estrés, cuyos resultados sugirieron que el estrés y la carga cognitiva no eran condiciones adecuadas para la realización de terapia de relajación porque promovería un aumento de la ansiedad como efecto irónico, a pesar de ser el momento cuando más se la necesita. En este sentido, estos autores sugirieron estrategias adicionales para prevenir este efecto, centradas en reducir la carga cognitiva o disminuir el estrés, señalando, además, que “habrían formas en la que la terapia de relajación puede realizarse ‘bien’ o ‘mal’” (Wegner, Broome, y Blumberg, 1997, p. 19). En este sentido,

estas investigaciones cambian la pregunta de “¿Hace daño la relajación?” hacia “¿Qué formas o funciones de la relajación son potencialmente iatrogénicas y cuáles son terapéuticas?”

Limitaciones de la RA:

Además de las dificultades mencionadas en la sección anterior, respecto a aquellos casos en donde el paciente experimenta ansiedad al intentar relajarse, existen condiciones médicas que pueden interactuar con el entrenamiento en relajación y que requieren cuidados extra o adaptación técnica. Por ejemplo, Bernstein, Carlson, y Schmidt (2007) señalan que algunas enfermedades músculo-esqueléticas pueden contraindicar el uso de tensión en el componente de Relajación Muscular Progresiva de la RA; otras pueden requerir aumentar o focalizar el uso de tensión para fortalecer ciertos músculos. También, en el caso de pacientes medicados por Diabetes o Hipertensión, el entrenamiento en relajación podría requerir una modificación del esquema farmacológico.

Otra limitación de la RA pareciera estar relacionada con la dificultad en mantener motivados y comprometidos con la práctica a los pacientes durante el tratamiento: En un RCT comparando distintos abordajes del Trastorno de Pánico, si bien la RA se mostró igualmente eficaz que la TCC y que la Psicoterapia Psicodinámica Focalizada en el Pánico (“PFPP” en inglés), la RA obtuvo una tasa de deserción del 41%, significativamente mayor a la de los otros abordajes, y particularmente vinculada a los pacientes más graves (Zilcha-Mano et al., 2015).

Por otra parte, Lindh-Åstrand y equipo (2015) debieron terminar prematuramente un RCT comparando abordajes online de TCC vs. RA para síntomas vasomotores postmenopáusicos en mujeres, dada una elevada tasa de deserción, en particular en el grupo que recibió RA. En este sentido, resulta interesante el estudio de Saensak y colegas (2013) quienes, años antes que el equipo de Lindh-Åstrand, registraron una tasa de deserción del 25% en su programa de entrenamiento en RA para pacientes con síntomas peri y postmenopáusicos. Por esta razón, estos autores evaluaron la efectividad de la RA cara a cara vs. una versión abreviada de la RA consistente en 1 sesión de 60 minutos cara a cara complementada con un seguimiento telefónico durante las 12 semanas. Sus resultados indicaron que la versión abreviada de RA era igualmente efectiva o levemente superior a la RA convencional.

Más recientemente, Alfonsson, Olsson, y Hursti (2015) realizaron un RCT en donde compararon la versión abreviada de RA online desarrollada por Carlbring y equipo (2007) vs. una versión “aumentada” con recursos audio-visuales y apoyo psicoterapéutico utilizando técnicas de Entrevista Motivacional. Si bien los resultados de su estudio no presentaron diferencias significativas en los grupos, Alfonsson, Olsson, y Hursti (2016) realizaron un re-análisis estadístico del mismo, a partir del cual lograron identificar los siguientes predictores de abandono de la RA online: Por un lado, el abandono temprano del tratamiento (antes de la primera semana de RA) estuvo asociada con una baja credibilidad en el modelo de tratamiento; mientras que el abandono durante el curso de la RA (antes de la evaluación post tratamiento) estuvo asociado a tener un elevado nivel de estrés, y a un patrón de personalidad enfocado en las consecuencias inmediatas de las conductas, y encontrar a la RA como poco interesante o poco recompensante. En este sentido, si bien se desconoce si estos resultados son generalizables a la RA cara a cara, sugieren que la tasa de deserción

estaría más vinculada con la credibilidad, nivel de estrés y grado de hedonismo o motivación intrínseca del paciente que con el potencial efecto irónico de la relajación.

Reconceptualización de la RA:

En lo referente a la comprensión de la respuesta de relajación y a la RA, es de destacarse la honestidad intelectual y flexibilidad psicológica de Hayes-Skelton y equipo (2013). Tras no obtener diferencias significativas en su RCT sobre TAG, comparando RA vs. Terapia Conductual Basada en la Aceptación (“Acceptance-Based Behavior Therapy” o “ABBT” en inglés) (Hayes-Skelton, Roemer, y Orsillo, 2013), estos autores optaron por rescatar a la RA reconceptualizándola desde las nuevas teorizaciones de tercera generación, a los fines de identificar formas en que la RA en sí misma podría ser potenciada y mejorada. Así, organizaron su reconceptualización de la RA en función de los siguientes pilares conceptuales:

- **RA y Mindfulness:** De acuerdo a Hayes-Skelton y colegas (2013) muchas de las estrategias usadas en la RA probablemente cultiven Mindfulness y descentración ya que la relajación es funcionalmente similar al Mindfulness.
 - *Consciencia del momento presente:* Esta similitud con el Mindfulness está dada, según estos autores, por el hecho de que, al igual que el mindfulness, la RA también promueve consciencia del momento presente a medida que anima a los pacientes a que vayan dejando de evitar o ignorar síntomas relacionados con la ansiedad y, en lugar de ello, orienten su atención hacia las sensaciones de tensión y relajación en el cuerpo (una experiencia del momento presente) y lejos del contenido de preocupaciones (focalizadas en el futuro). De este modo, a través de la relajación los pacientes aprenderían a desapegarse de sus preocupaciones, debilitando el hábito de preocuparse y fortaleciendo la capacidad de atender al momento presente. Esto también estaría reforzado por el auto-monitoreo de las señales tempranas de ansiedad que requieren que el individuo desarrolle un tipo de consciencia más objetiva y curiosa hacia su experiencia, cambiando su patrón de evitación experiencial hacia uno de curiosidad y acercamiento.
 - *Actitud Compasiva, sin juzgar:* Hayes-Skelton y equipo (2013) explicaron que el mindfulness también involucra un tipo de consciencia compasiva y menos crítica, que podría tener lugar en forma implícita en la RA. Por ejemplo, según estos autores, algunos pacientes parecen usar a la Relajación Muscular Progresiva abreviada (2do paso de la RA) y a la detección de señales tempranas para cambiar su relación con sus experiencias internas, desarrollando una actitud auto-compasiva, por ejemplo, notando que sus pensamientos son solo pensamientos y que ocurren naturalmente y son hábitos más que señales de debilidad.
 - *Aceptación:* Hayes-Skelton y otros (2013) explicaron que la RA puede fomentar la aceptación de formas variadas, por ejemplo, alentando a los pacientes a continuar con la práctica, independientemente de las preocupaciones que les surjan durante el ejercicio. De este modo, la experiencia repetida de practicar podría estar enseñándoles que pueden reconocer experiencias internas displacenteras (ej.: preocupaciones y síntomas físicos de ansiedad) sin necesitar responder

a ellas, y demostrándoles que si solamente dejan a esas experiencias ser y enfocan su atención en otra cosa (en el ejercicio de relajación), entonces, las preocupaciones, la ansiedad, o su forma habitual de reaccionar ante las mismas, eventualmente, cambia por sí sola. Asimismo, el auto-monitoreo de las señales tempranas de ansiedad también requiere que los pacientes enfrenten esas señales en lugar de reaccionar automáticamente y evitarlas.

- **AR y Exposición:** Tal como señalaron Hayes-Skelton y equipo (2013), la fase aplicada de la RA tiene un foco explícito en conectar experiencialmente con situaciones que antes se evitaban. En consecuencia, los pacientes están continuamente e intencionalmente enfrentando y permaneciendo en situaciones que previamente evitaban. En consistencia con las teorías subyacentes a la terapia de exposición, de aprendizaje inhibitorio (Craske, Treanor, Conway, Zbozinek, y Vervliet, 2014), y de procesamiento emocional (Foa, Huppert, y Cahill, 2006), este afrontamiento y permanencia intencionales en situaciones previamente evitadas probablemente lleva a un incremento de las probabilidades de que el individuo enfrente situaciones similares en el futuro, consecuentemente, reduciendo su ansiedad a lo largo del tiempo. Por ejemplo, usando a la relajación como una respuesta aprendida de afrontamiento para enfrentar situaciones probablemente permita que transcurra el procesamiento emocional o nuevo aprendizaje al no ocurrir el resultado temido (Craske et al., 2014; Foa et al., 2006). Por otra parte, de acuerdo a Arch y Craske (2008) la exposición probablemente aumenta la aceptación, demostrando que es posible conectar con la experiencia y permanecer en la situación temida mientras se experimenta ansiedad. En este sentido, la fase aplicada de la RA sería otra vía de fomentar la aceptación por medio de exposiciones situacionales o in-vivo.

Es relevante destacar que si bien algunos autores sostienen que el entrenamiento en respiración –y por consecuencia lógica, en relajación– interfiere con la eficacia de las técnicas de exposición porque puede ser usado como estrategia distractoria, de evitación experiencial (Craske y Barlow, 2008; Schmidt et al., 2000), de acuerdo a Meuret, Wilhelm, Ritz, y Roth (2003, p. 751), “Las recientes críticas hacia el Entrenamiento en Respiración como tratamiento para el Trastorno de Pánico (Craske et al., 1997; Schmidt et al., 2000) están motivadas teóricamente y no se basan en evidencias empíricas”. Asimismo, pareciera ser que Craske y Barlow están confundiendo la *forma* (descripción topográfica) con la *función* (meta, propósito o consecuencia buscada) de una conducta (Martell, Dimidjian, y Herman-Dunn, 2010), como lo es el caso de la conducta de intentar relajarse. Por ejemplo, no es lo mismo utilizar la relajación (a) para evitar sentir ansiedad que (b) como medida de seguridad transitoria que me anime a empezar a enfrentar la situación, o bien, (c) que me ayude regular la ansiedad y, de esta forma, pueda aceptar la situación con el cuerpo y disminuya mi activación autonómica para no actuar impulsivamente (Linehan, 2015). Tal como explicaron Martell y equipo (2010), al momento de evaluar una conducta, es más importante su función que su forma, ya que esta última no da cuenta de los antecedentes y consecuencias que contextualizan a la conducta.

Otra forma similar de reconceptualizar a la relajación surge de los desarrollos de Wegner (2010) a partir de sus posteriores experimentos sobre la supresión de

pensamientos: De acuerdo a este autor, la *supresión directa* de pensamientos (o de cualquier otra experiencia interna) crea una obsesión porque los mecanismos mentales involucrados incluyen una búsqueda de justo aquello en lo que no queremos pensar e, irónicamente, aumentan nuestra sensibilidad al pensamiento y promueven su regreso. Sin embargo, la supresión puede ser más fácil cuando esquivamos este monitoreo irónico. En este sentido, estrategias exitosas de *supresión indirecta* serán aquellas que promuevan el distanciamiento o descentración, tales como la relajación, la consciencia corporal, la revelación personal, las relaciones sociales, y la práctica de abstenerse de realizar supresiones directas.

Wegner (2010), explicó que el efecto paradójal de la supresión de pensamientos tiene lugar por 2 factores: Un intento directo de suprimir pensamientos más, como se mencionó anteriormente, la carga o esfuerzo cognitivo. De este modo, planteó 3 estrategias globales para lograr disminuir pensamientos indeseados: (a) Disminuir/evitar la sobrecarga cognitiva, (b) Suprimir pensamientos en forma indirecta, buscando un distractor absorbente, y/o (c) Aceptar los pensamientos (estrategia paradójal, a su criterio). Entre las primeras incluyó a la disminución del multitasking, priorizar actividades (no intentar hacer todo) y relajarse. Entre las segundas incluyó a las técnicas corporales como el yoga, mindfulness y el entrenamiento en respiración, ya que aportan un distractor ideal por su naturaleza cambiante (es mucho más difícil permanecer atento a un distractor estático). Si bien, este autor vinculó a la relajación exclusivamente con la disminución de la carga o esfuerzo cognitivo, en mi opinión, al requerir la misma un foco atencional en las sensaciones corporales y en la respiración, y requerir la aceptación de pensamientos negativos, también incluye, implícitamente, a las estrategias (b) y (c). De hecho esta afirmación se corresponde con lo sugerido por Hayes-Skelton y equipo (2013).

Evidencias sobre mecanismos de acción de la RA:

Mientras que la teoría original de la RA se centra en la *reducción de la activación muscular* como mecanismo primario para reducir la ansiedad (Hayes-Skelton et al., 2013), Conrad y Roth (2007) realizaron una revisión de la efectividad de varias técnicas de relajación y concluyeron que las evidencias empíricas existentes no permiten concluir que la activación fisiológica de pacientes con TAG o Trastorno de Pánico disminuye a lo largo del curso de una Terapia de Relajación, incluso cuando los pacientes reportan una disminución subjetiva de la ansiedad. Es por esta razón que Hayes-Skelton y colegas (Hayes-Skelton et al., 2013; Hayes-Skelton, Usmani, Lee, Roemer, y Orsillo, 2012), hipotetizaron que, si bien la reducción en la tensión podría jugar un rol en la eficacia de la RA, probablemente hayan otros mecanismos de acción adicionales involucrados.

En publicaciones de evidencias preliminares evaluando posibles mecanismos de la RA, Hayes-Skelton y equipo (Hayes-Skelton y Graham, 2013; Hayes-Skelton et al., 2012) presentaron resultados que sugieren cambios en *Mindfulness*, *Descentramiento*, *Aceptación*, y una reducción en las *Meta-preocupaciones* a lo largo del curso de la RA. Asimismo, en un segundo estudio, Hayes-Skelton, Calloway, Roemer, y Orsillo (2015) obtuvieron resultados que sugieren que el descentramiento, es decir, la capacidad para observar a los pensamientos y sentimientos como eventos objetivos en lugar de identificarse con ellos, sería un mecanismo de cambio común entre la RA y la ABBT para el TAG.

Integración de la RA y de la respuesta de relajación en TCCs de 3ra Gen

Tal como plantearon Alfonsson y equipo (2015), con algunas condiciones como los acúfenos, la RA funciona como la intervención principal; sin embargo, raramente es provista como una intervención aislada salvo cuando se la ha usado como condición de control dentro del marco de un RCT. Esto es un lindo ejemplo de cómo el control de amenazas a la validez interna en algunos RCTs genera prácticas que difieren del accionar de los terapeutas en su consultorio. Por ejemplo, en el RCT realizado por Hayes-Skelton y equipo (2013), comparando RA vs. ABBT, se les prohibió a los terapeutas realizar algunos tipos de intervenciones: A los terapeutas del grupo control (RA) se les prohibió realizar 10 intervenciones (ej.: aquellas vinculadas con la clarificación de experiencias emocionales, aceptación de las experiencias internas, acciones guiadas por valores, etc.), y a los terapeutas del grupo experimental (ABBT) se les prohibió realizar 7 intervenciones (ej.: enfatizar la importancia de modificar los pensamientos, explicitar el objetivo de reducir la ansiedad, etc.). Claramente, eso no sucede en la práctica clínica cotidiana o los famosos “TAU” (“Treatments As Usual” en inglés), donde el terapeuta, guiado por la conceptualización del caso, podría combinar elementos de uno y otro abordaje. Por otra parte, independientemente del tipo de TCC que se lleve adelante, todo Terapeuta Cognitivo trabaja con estrategias motivacionales para mantener comprometido a su paciente y con estrategias de resolución de problemas ante los normales y esperables obstáculos que surgen durante las prácticas psicoterapéuticas (por ejemplo, que el paciente se olvide el formulario de monitoreo). En este sentido, la integración de la RA con otros recursos de TCC es inevitable.

Ejemplos formalizados de la integración de la RA con otras TCCs (con variados énfasis y estilos) son la TCC del TAG desarrollada por Newman y Borkovec (2002); la fusión de la RA con otras estrategias dentro del módulo de entrenamiento en habilidades de tolerancia al malestar y manejo efectivo de crisis de la Dialectical-Behavioral Therapy ([DBT] Linehan, 1993, 2015); el programa grupal Cognitive-Behavioral Stress Management ([CBSM] Antoni, Ironson, y Schneiderman, 2007; Penedo, Antoni, y Schneiderman, 2008); y el programa grupal Applied Relaxation y Applied Mindfulness ([ARAM] McCann, Marion, Davis, Crandall, y Hildebrandt, 2013).

Como parte del entrenamiento en Terapia Centrada en la Compasión (“Compassion-Focused Therapy” o “CFT” en inglés), Gilbert (2009) también integró Mindfulness de la respiración con Relajación Muscular Progresiva, Relajación Directa, y Relajación Condicionada en un mismo ejercicio secuencial, denominado “Mindful Relaxation”, que podría traducirse como “Relajación con consciencia plena”. También, sugirió combinar el foco atencional en la respiración con distintas actividades para relajarse con la actividad. Por último, propuso distintas actividades de práctica informal de Mindfulness para llevar la relajación a la vida cotidiana. También, Fresco, Mennin, Heimberg, y Ritter (2013) integraron a las técnicas de la RA y de Mindfulness dentro del marco más amplio de la Regulación Emocional, desarrollando la Terapia de Regulación Emocional para pacientes con TAG y Depresión comórbida. Por otra parte, dados los resultados de sus RCTs, Hayes-Skelton (comunicación personal: 3 de noviembre del 2014) está evaluando con su equipo los potenciales beneficios de combinar a la ABBT y la RA para aumentar su eficacia, por ejemplo, iniciando el tratamiento con las habilidades de la RA, que son más concretas, para luego, ir

incorporando intervenciones basadas en la aceptación y acción guiada por valores.

En *síntesis*, la RA es un abordaje con apoyo empírico para múltiples problemáticas. Si bien su presentación es sencilla, pareciera que opera bajo mecanismos sofisticados que no están reflejados en su teorización original, tales como descentración, mindfulness, aceptación, supresión indirecta y/o reducción de meta-cogniciones negativas. A pesar de sus abundantes evidencias empíricas, tanto los investigadores como los clínicos parecen tener una relación ambivalente y prejuiciosa hacia su uso, dificultando su correcta diseminación. A partir de este trabajo espero haber logrado, al menos parcialmente, mi objetivo de exponer una revisión de las críticas, ventajas y desventajas de la RA a la luz de las nuevas evidencias empíricas, y reestructurar prejuicios hacia la RA que obstaculizan su diseminación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Adler, C. M., Craske, M. G., y Barlow, D. H. (1987). Relaxation-Induced Panic (RIP):

When Resting Isn't Peaceful. *Integr Psychiatry*, 5, 94-112.

Alfonsson, S., Olsson, E., y Hursti, T. (2015). The effects of therapist support and treatment presentation on the clinical outcomes of an Internet based applied relaxation program. *Internet Interventions*, 2, 289–296.

Alfonsson, S., Olsson, E., y Hursti, T. (2016). Motivation and Treatment Credibility Predicts Dropout, Treatment Adherence, and Clinical Outcomes in an InternetBased Cognitive Behavioral Relaxation Program: A Randomized Controlled Trial. *J. Med. Internet Res.*, 18(3), e52.

American Psychological Association. (2016-a). *Cognitive and Behavioral Therapies for Generalized Anxiety Disorder*. Obtenido el 6 del Octubre, 2016, de <http://www.div12.org/psychological-treatments/treatments/cognitive-and-behavioral-therapies-for-generalized-anxiety-disorder/>

American Psychological Association. (2016-b). *Applied Relaxation for Panic Disorder*. Obtenido el 6 del Octubre, 2016, de <http://www.div12.org/psychological-treatments/treatments/applied-relaxation>

-for-panic-disorder/

Andersson, G., Holmes, E. A., y Carlbring, P. (2013). Lars-Göran Öst. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42(4), 260–264.

Antoni, M. H., Ironson, G., y Schneiderman, N. (2007). *Cognitive-Behavioral Stress Management for Individuals Living with HIV. Facilitator Guide*. (D. H. Barlow, Ed.) New York: Oxford University Press.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

American Psychological Association. (2016). *Society of Clinical Psychology*. Retrieved 6 10, 2016, from Applied Relaxation for Panic Disorder:
<http://www.div12.org/psychological-treatments/treatments/applied-relaxation-for-panic-disorder/>

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285.

Arch, J. J., y Craske, M. G. (2008). Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders: Different Treatments, Similar Mechanisms? *Clin. Psychol. Sci. Prac.*, 15, 263-279.

Arntz, A. (2003). Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 633–646.

Bandelow, B., Reitt, M., Röver, C., Michaelis, S., Görlich, y., y Wedekind, D. (2015). Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. *International Clinical Psychopharmacology*, 30(4), 183-192.

Barlow, D. H., Conklin, L. R., y Bentley, K. H. (2015). Psychological Treatments for Panic

- Disorders, Phobias, and Social and Generalized Anxiety Disorders. In P. E. Nathan, y J. M. Gorman (Eds.), *A Guide to Treatments That Work*. New York: Oxford University Press.
- Behar, E., y Borkovec, T. D. (2010). Avoiding Treatment Failures in Generalized Anxiety Disorder. In M. W. Otto, y S. G. Hofmann (Eds.), *Avoiding Treatment Failures in the Anxiety Disorders* (pp. 185-208). New York: Springer Science+Business Media, LLC.
- Benson, H., y Klipper, M. Z. (1975). *The Relaxation Response*. Toronto: HarperCollings e-books.
- Bernstein, D. A., Carlson, C. R., y Schmidt, J. E. (2007). Progressive Relaxation. Abbreviated Methods. In P. M. Lehrer, R. L. Woolfolk, y W. E. Sime (Eds.), *Principles and Practice of Stress Management, Third Edition* (pp. 88-121). New York: The Guilford Press.
- Blakey, S. M., Meyer, J. M., Farrell, N. R., Kemp, J. J., y Deacon, B. J. (2014). Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety: Unique Forms and Predictors of Therapist Delivery. *ADAA 2014 NATIONAL CONFERENCE*. Wyoming: University of Wyoming.
- Borkovec, T. D., y Sharpless, B. (2004). Generalized Anxiety Disorder. Bringing Cognitive-Behavioral Therapy into the Valued Present. In S. C. Hayes, V. M. Follette, y M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 209-242). New York: The Guilford Press.
- Carlbring, P., Björnstjerna, E., Bergström, A. F., Waara, J., y Andersson, G. (2007). Applied relaxation: an experimental analogue study of therapist vs. computer administration. *Computers in Human Behavior*, 23, 2–10.

Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades, P., y Gelder,

M. (1994). A Comparison of Cognitive Therapy, Applied Relaxation and Imipramine in the Treatment of Panic Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164, 759-769.

Cohen, A. S., Barlow, D. H., y Blanchard, E. B. (1985). Psychophysiology of Relaxation-Associated Panic Attacks. *Journal of Abnormal Psychology*, 94(1), 96-101.

Conrad, A., y Roth, W. T. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how? *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 243–264.

Craske, M. (2015). Optimizing Exposure Therapy for Anxiety Disorders: An Inhibitory Learning and Inhibitory Regulation Approach. *Verhaltenstherapie*, 25, 134–143.

Craske, M. G., y Barlow, D. H. (2008). Panic Disorder and Agoraphobia. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 1-64). New York: The Guilford Press.

Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C., Zbozinek, T., y Vervliet, B. (2014). Maximizing Exposure Therapy: An Inhibitory Learning Approach. *Behav Res Ther.*, 58, 10–23.

Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M., y Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis [Accepted manuscript]. *Clinical Psychology Review*.

Dugas, M. J., Brillon, P., Savard, P., Turcotte, J., Gaudet, A., Ladouceur, R., . . . Gervais, N. J. (2010). A Randomized Clinical Trial of Cognitive-Behavioral Therapy and Applied Relaxation for Adults With Generalized Anxiety Disorder. *Behavior Therapy*, 41, 46–58.

- Farrell, N. R., Deacon, B. J., Dixon, L. J., y Lickel, J. J. (2013). Theory-based training strategies for modifying practitioner concerns about exposure therapy. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 781–787.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., y Cahill, S. P. (2006). Emotional Processing Theory. An Update. In B. Olasov Rothbaum (Ed.), *Pathological Anxiety: Emotional Processing in Etiology and Treatment* (pp. 3-24). New york: Guilford Publications.
- Fresco, D. M., Mennin, D. S., Heimberg, R. R., y Ritter, M. (2013). Emotion Regulation Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20, 282-300.
- Gilbert, P. (2009). *The Compassionate Mind. A New Approach to Life's Challenges*. London: Constable & Robinson.
- Gunter, R. W., y Whittal, M. L. (2010). Dissemination of cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders: Overcoming barriers and improving patient access. *Clinical Psychology Review*, 30, 194–202.
- Hayes-Skelton, S. A., Calloway, A., Roemer, L., y Orsillo, S. M. (2015). Decentering as a potential common mechanism across two therapies for generalized anxiety disorder. *J Consult Clin Psychol.*, 83(2), 395-404.
- Hayes-Skelton, S. A., y Graham, J. R. (2013). Decentering as a common link among mindfulness, cognitive reappraisal, and social anxiety. *Behav Cogn Psychother.*, 41(3), 317-328.
- Hayes-Skelton, S. A., Roemer, L., y Orsillo, S. M. (2013). A Randomized Clinical Trial Comparing an Acceptance Based Behavior Therapy to Applied Relaxation for Generalized Anxiety Disorder. *J Consult Clin Psychol. October*, 81(5), 761–773.
- Hayes-Skelton, S. A., Roemer, L., Orsillo, S. M., y Borkovec, T. D. (2013). A

Contemporary View of Applied Relaxation for Generalized Anxiety Disorder.

Cognitive Behaviour Therapy, 1-11.

Hayes-Skelton, S. A., Usmani, A., Lee, J. K., Roemer, L., y Orsillo, S. M. (2012). A Fresh Look at Potential Mechanisms of Change in Applied Relaxation for Generalized Anxiety Disorder: A Case Series. *Cogn. Behav. Pract.*, 19(3), 451–462.

Heide, F. J., y Borkovec, T. D. (1984). Relaxation-Induced Anxiety: Mechanisms and Theoretical Implications. *Behav. Res. Ther.*, 22(1), 1-12.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living. Using the Wisdom of your Body and Mind to Face Stress, Pain and Illness* (2013 ebook edition ed.). New york: Bantam Books.

Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological Treatments That Cause Harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2(1), 53-70.

Lindh-Åstrand, L., Spetz Holm, A.-C., Sydsjö, G., Andersson, G., Carlbring, P., y Nedstrand, E. (2015). Internet-delivered applied relaxation for vasomotor symptoms in postmenopausal women: Lessons from a failed trial. *Maturitas*.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New york: The Guilford Press.

Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Manual* (2da edición ed.). New york: The Guilford Press.

Manzoni, G. M., Pagnini, F., Castelnuovo, G., y Molinari, E. (2008). Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 8(41), 1-12.

Margraf, J., Barlow, D. H., Clark, D. M., y Telch, M. J. (1993). Psychological Treatment of Panic: Work in Progress on Outcome, Active Ingredients, and Follow-Up. *Behav.*

Res. Ther., 31(1), 1-8.

Martell, C. R., Dimidjian, S., y Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral Activation for Depression. A Clinician's Guide*. New York: The Guilford Press.

McCann, W. J., Marion, G. S., Davis, S. W., Crandall, S. J., y Hildebrandt, C. A. (2013). Applied Relaxation y Applied Mindfulness (ARAM): A Practical and Engaging Approach for Mind-Body Regulation Training in Medical Education. *Annals of Behavioral Science and Medical Education*, 19(2), 10–15.

Meuret, A. E., Wilhelm, F. H., Ritz, T., y Roth, W. T. (2003). Breathing Training for Treating Panic Disorder. Useful Intervention or Impediment? *Behavior Modification*, 27(5), 731-754.

National Institutes of Health [NIH]. (2014). *Get the Facts. Relaxation Techniques for Health: What you Need To Know*. National Institutes of Health [NIH], National Center for Complementary and Integrative Health. National Institutes of Health [NIH].

Newman, M. G., y Borkovec, T. D. (2002). Cognitive Behavioral Therapy for Worry and Generalized Anxiety Disorder. In G. Simos (Ed.), *Cognitive Behavior Therapy: A Guide for the Practicing Clinician* (pp. 150-172). N. y.: Taylor and Francis.

National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE]. (2012). *Generalised Anxiety Disorder in adults: Evidence Update September 2012*. Obtenido el 15 de mayo del 2016 de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/evidence/cg113-anxiety-evidence-update2>

Öst, L.-G. (1987). Applied relaxation: Description of a coping technique and review of controlled studies. *Behav. Res. Ther.*, 25(5), 397-409.

- Öst, L.-G. (2012). One-Session Treatment: Principles and Procedures with Adults. In T. E. Davis III, T. H. Ollendick, y L.-G. Öst (Eds.), *Autism and Child Psychopathology Series, Intensive One-Session Treatment of Specific Phobias* (pp. 55-92). New York: Springer Science + Business Media LLC.
- Öst, L.-G., y Breitholtz, E. (2000). Applied Relaxation vs. Cognitive Therapy in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 777-790.
- Öst, L.-G., Westling, B. E., y Hellström, K. (1993). Applied Relaxation, Exposure In Vivo and Cognitive Methods in the Treatment of Panic Disorder with Agoraphobia. *Behav. Res. Ther.*, 31(4), 383-394.
- Payne, R. A. (2005). Applied Relaxation. In R. A. Payne, *Relaxation Techniques. Third Edition. A Practical Handbook for the Health Care Professional* (3ra ed., pp. 67-74). China: Elsevier.
- Penedo, F. J., Antoni, M. H., y Schneiderman, N. (2008). *Cognitive-Behavioral Stress Management for Prostate Cancer Recovery. Facilitator Guide*. (D. H. Barlow, Ed.) New York: Oxford University Press.
- Saensak, S., Vutyavanich, T., Somboonporn, W., y Srisurapanont, M. (2013). Effectiveness of a modified version of the applied relaxation technique in treatment of perimenopausal and postmenopausal symptoms. *International Journal of Women's Health*, 3(5), 765–771.
- Schmidt, N. B., Woolaway-Bickel, K., Trakowski, J., Santiago, H., Storey, J., Koselka, M., y Cook, J. (2000). Dismantling Cognitive—Behavioral Treatment for Panic Disorder Questioning the Utility of Breathing Retraining. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 417-424.

- Wegner, D. M. (2010). The Art and Science of Thought Suppression. *Association for Contextual Behavioral Science (ACBS)*. Association for Contextual Behavioral Science (ACBS).
- Wegner, D. M., Broome, A., y Blumberg, S. J. (1997). Ironic Effects of Trying to Relax Under Stress. *Behav. Res. Ther.*, 35(1), 11-21.
- Wells, A., Welford, M., King, P., Papageorgiou, C., Wisely, J., y Mendel, E. (2010). A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 429–434.
- Zilcha-Mano, S., McCarthy, K. S., Dinger, U., Chambless, D. L., Milrod, B. L., Kunik, L., y Barber, J. P. (2015). Are There Subtypes of Panic Disorder? An Interpersonal Perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.