

El uso de las técnicas de relajación en la práctica de una clínica de psicología

Carmen Blanco¹, Francisco J. Estupiñá², Francisco J. Labrador^{1,2*},
Ignacio Fernández-Arias^{1,2}, Mónica Bernaldo-de-Quirós² y Laura Gómez¹

¹ Clínica Universitaria de Psicología, Universidad Complutense de Madrid

² Departamento de Psicología Clínica, Universidad Complutense de Madrid

Resumen: El objetivo del artículo es identificar el uso de las técnicas de relajación (TR) en la práctica de la Psicología Clínica asistencial. Se analiza el tipo de técnicas de relajación, su frecuencia de uso, tanto en general como en función del diagnóstico, y su relación con los resultados del tratamiento. De los 880 pacientes en una clínica universitaria asistencial, con todo tipo de diagnóstico, el 67.2% son mujeres y su edad media es de 32.79 años. Los resultados señalan que el 70.5% de los casos ha utilizado alguna TR, siendo el Control de la Respiración la más frecuente (72.3%). Predomina su uso en trastornos de ansiedad (87.8%), somatomorfos (84.2%) y control de impulsos (77.8%). Hay un incremento importante en el uso de TR en los casos con comorbilidad (82.4% frente a 68%). Y el uso de técnicas de control de respiración o relajación progresiva entre los pacientes que obtienen el alta es de alrededor del 69%. Se discuten los resultados destacando el valor de usar TR, incluso con independencia del diagnóstico.

Palabras clave: Técnicas de relajación; relajación muscular progresiva; relajación autógena; entrenamiento en control de respiración; resultados terapéuticos.

Title: The use of relaxation techniques in a psychology clinic practice.

Abstract: The aim of this article is to describe the use of relaxation techniques (RT) in the practice of clinic psychology care. Relaxation techniques are analyzed considering what type of technique they are and their use, going from a general overview to a specific diagnosis context and treatment results. 67.2 percent of 880 clinic patients with all types of diagnosis are women and the average age is 32.79 years old. The results show that some RT has been used in 70.5 per cent of the cases being breath control the most frequent one (72.3 per cent). It is mainly used for anxiety disorders (87.8%), somatoform disorder (84.2%) and impulse control disorder (77.8%). The use of these techniques is more frequent in cases of comorbid disorder (82.4% versus 68%). Breathe control and progressive muscular relaxation techniques are used in about 69 per cent of discharged patients. The discussion of this paper focuses on the results of using RT regardless of the diagnosis.

Key words: Relaxation techniques; progressive muscular relaxation; autogenic training; breathing control training; therapeutic results.

Introducción

La Psicología Clínica basada en la evidencia señala la importancia de utilizar tratamientos eficaces, efectivos y eficientes (Chambless y Ollendick, 2001; Durham, Chambers, MacDonald, Power y Major, 2003; Labrador y Crespo, 2012). Con el uso de estos Tratamientos Empíricamente Apoyados (TEAs) las intervenciones psicológicas han alcanzando porcentajes de eficacia próximos al 70% y valores similares para los porcentajes de efectividad (Forand, Evans, Haglin y Fishman, 2011; Hansen, Lambert y Forman, 2002; Labrador, Estupiñá y García-Vera, 2010; Labrador y Ballesteros, 2011; Stewart y Chambless 2009). También han mostrado unos costos reducidos en comparación con tratamientos alternativos, como los farmacológicos, lo que unido a su efectividad apuntan a valores elevados de eficiencia (Barlow, Gorman, Shear y Woods, 2000; Heuzenroeder, Donnelly, Haby, Mihopoulos, Rossell, Carter, Andrews, Vos, 2004; Labrador, 2012; Otto, Smits y Reese, 2005).

Estos datos, sin duda relevantes, hacen referencia a los TEAs específicos para cada tipo de trastorno, es decir el programa terapéutico adecuado para un diagnóstico específico, según la Sociedad Americana de Psiquiatría (A.P.A.), acorde con los Manuales Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales (DSM – IV y DSM – IV – TR; A.P.A., 1995, 2000). Pero la realidad a la que ha de hacer frente un psicólogo clínico no es una categoría diagnóstica, sino una persona que presenta una o varias conductas desadaptadas.

De hecho no es infrecuente que distintos trastornos presenten las mismas conductas problema y que la forma de tratar estas conductas compartidas sea bastante similar con independencia del diagnóstico en que se encuadran.

Aún considerando la importancia que tiene y el valor que ha supuesto para la Psicología Clínica el establecer los TEAs para cada tipo o categoría de trastorno, parece conveniente avanzar un paso más en esta misma dirección tratando de identificar el valor de cada técnica específica y no sólo de paquetes terapéuticos que pueden incluir varias técnicas de desigual valía.

En la actualidad el psicólogo clínico dispone de un elevado número de tratamientos psicológicos. Así, en algunas obras de referencia se señalan más de 250 tratamientos psicológicos (Herink, 1980), o hasta 400 (Kazdin, Kratochwill y VandenBross, 1986), y aunque en la actualidad no hay referencias precisas al respecto es lógico esperar que este número se haya incrementado. Muchos de estos tratamientos implican más de una técnica, por lo que el número de éstas sin duda debe ser mucho más elevado.

El aprendizaje de estas técnicas supone una parte importante de la preparación profesional del psicólogo clínico. Por eso es de especial relevancia, en concreto para la enseñanza y entrenamiento de éstas, establecer cuáles son más relevantes, bien por ser las que más habitualmente se utilizan como, en especial, por ser las que obtienen mejores resultados terapéuticos.

Entre las técnicas más utilizadas y con un mayor apoyo al respecto de su eficacia y efectividad están las Técnicas de Relajación (TR) (Pagnini, Manzoni Gian, Castelnuovo y Molinari, 2010; Labrador, 2008; Stevens, Hynan, Allen, Braun y McCart, 2007; Sánchez, Rosa y Olivares, 1998). De hecho, reducir los niveles de activación psicofisiológica suele ser

* Dirección para correspondencia [Correspondence address]:

Francisco Javier Labrador Encinas. Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas, 28223, Madrid (España).
E-mail: flabrado@psi.ucm.es

uno de los objetivos psicoterapéuticos más frecuentes, siendo de especial relevancia en algunos problemas, como los trastornos de ansiedad que se encuentran entre los más habituales en la práctica clínica (Conrad y Roth, 2007; Donegan y Dugas, 2012; Hoyer, Beesdo, Gloster, Runge, Höfler, y Becker, 2009; Ost y Breitholtz, 2000). Por otro lado, se considera que las TR no presentan efectos secundarios indeseables, incluso que pueden utilizarse sin tener que responder a un déficit específico del paciente y que son útiles simplemente para mejorar la calidad de vida o disfrutar más de ésta.

Saber con qué frecuencia se utilizan las TR en la práctica clínica en general y, también, en cada uno de los grupos diagnósticos específicos, puede servir de orientación profesional a los psicólogos clínicos. Así mismo, sería importante poder identificar su capacidad para modificar determinadas conductas específicas.

Un análisis de este tipo sería de especial utilidad, pero también supone un estudio muy minucioso de cada conducta objetivo y cada momento de intervención, algo difícil de desarrollar en el ámbito aplicado. Como alternativa, puede ser más factible y también aportaría una información relevante, analizar hasta qué punto se asocia el uso de las TR con los resultados terapéuticos. Si tan interesante es alguna técnica, en este caso en concreto las TR, su utilización proporcionará ventajas adicionales para obtener resultados positivos en un tratamiento psicológico. Si estas ventajas no se hacen manifiestas es lógico cuestionarse el valor de estas técnicas, si no en general, si al menos para los trastornos en los que su uso no suponga una ventaja.

Este análisis, ventajas de su uso frente a su no uso, podría hacerse primero de forma más general, para ver si en los casos en los que se utilizan TR los porcentajes de éxito terapéutico obtenidos son superiores a los obtenidos cuando no se usan TR. Segundo, de forma más específica, analizar en cada uno de los trastornos o grupos de trastornos si el uso de TR va asociado a porcentajes superiores de mejorías o altas. Este segundo aspecto parece de especial relevancia, pues es de esperar que las TR estén indicadas y se muestren eficaces en unos trastornos más que en otros (Hyman, Feldman, Harris, y Levin, 1989; Smith, 2001; Siev y Chambless, 2007; Arntz y Van den Hout, 1996). Incluso es posible que la aplicación de un tipo de TR pueda no producir los efectos deseados (Ley, 1988), como se ha visto que ocurre en algunos casos con la relajación autógena (Furukawa y Sakano, 2007; Furukawa, 2010).

Pero la categoría de TR es amplia e incluye un grupo de técnicas muy variadas, y presumiblemente con diferencias importantes tanto en su frecuencia de uso como en su utilidad terapéutica (eficacia, efectividad y eficiencia) (Lang, Davis y Öhman, 2002; Robbins y Everist, 1995; Vila y Fernández-Santaella, 2004). Aunque, como ya se ha expuesto, existen diferentes estudios que alegan mayor eficacia de algunas técnicas de relajación frente a otras, sin embargo, la utilización diferencial de una u otra parece deberse más a razones conceptuales o teóricas que a resultados empíricos (Labrador, 2008; Lehrer y Woolfolk, 2007).

No obstante es probable que no todas las TR estén igualmente indicadas para todos los problemas, ni tengan los mismos resultados.

La realidad es que, a pesar de que la eficacia de estas tres TR tiene un claro apoyo empírico, son escasos los datos concretos acerca de su utilización en la práctica clínica asistencial. Menos aún se dispone de información más precisa sobre en qué pacientes o en qué tipo de problemas o diagnósticos es más frecuente su utilización, y lo que es aún más relevante, hasta qué punto su uso se asocia o no al logro de los objetivos terapéuticos o del alta terapéutica.

Conocer estos datos será de ayuda a la hora de diseñar y orientar los programas de intervención, pues lo lógico será la utilización de las TR en aquellos problemas en los que se asocian a resultados más positivos, si es que realmente esto sucede.

Si estos análisis consiguen resultados positivos, señalando la conveniencia del uso de TR y en qué casos, tiene sentido emprender un trabajo más costoso y difícil de realizar dirigido a identificar el valor de las TR para la modificación de conductas específicas.

En resumen pues, sería interesante conocer en una amplia muestra de pacientes con distintos tipos de diagnósticos, cuál es el uso de las TR en general y también de cada una de estas tres técnicas por separado, Relajación Progresiva (RP), Relajación Autógena (RA) y Control de la Respiración (CR), en las intervenciones psicoterapéuticas en el ámbito asistencial. Anticipando que la técnica más extendida será la CR por las ventajas que aporta en la práctica clínica: es fácil de aprender y los beneficios para el paciente son inmediatos. Así mismo, también conocer la frecuencia de utilización en función de las características de los pacientes, del tipo de diagnóstico y de la presencia o no de comorbilidad. En este sentido, se prevé un mayor uso de estas técnicas en los trastornos de ansiedad, por la importancia de entrenar a estos pacientes en el control de la activación psicofisiológica. Y por último, valorar hasta qué punto el uso de cada una de ellas está asociado a los resultados terapéuticos. Este es el objetivo del presente trabajo, analizar la utilización de las TR en una Clínica asistencial de Psicología.

Método

Descripción del centro

La Clínica Universitaria de Psicología es un centro adscrito a la Universidad Complutense de Madrid que tiene entre sus objetivos, prestar servicios psicológicos asistenciales de calidad, así como actividades docentes e investigadoras. Las características de la Clínica y de los terapeutas están descritas en Labrador, Estupiñá y García-Vera (2010).

Participantes

Se consideró a todos los pacientes adultos ($N = 880$) que demandaron ayuda psicológica en esta Clínica asistencial entre 1999-2011, y que cumplían los siguientes criterios:

- Ser diagnosticado en alguna de las categorías de trastornos según criterios DSM - IV ó DSM - IV - TR (A.P.A., 1995, 2000).
- Ser mayor de edad
- Haber finalizado el tratamiento bien por alta o bien por abandono
- Fueron excluidos aquellos casos que presentaron problemas de codificación en sus datos en las variables clínicas y de tratamiento.

Acorde a esto criterios, quedaron un total de 880 casos de 883 de un principio.

Como puede observarse en la Tabla 1, la mayor parte de la muestra eran mujeres (67.2%), solteros (70.7%), al menos convivían con una persona (81.6%), tenían una edad media de 32.79 años (18-77 años), aproximadamente la mitad (48%) estaban en una situación laboral activa y un 38.7% eran estudiantes.

Variables

Sociodemográficas: Sexo, edad, estado civil, situación laboral, nivel de estudios y número de personas con las que convive, obtenidas a través de la entrevista inicial utilizada como parte del protocolo de procedimiento de esta clínica.

Clínicas: Diagnóstico DSM - IV - TR (A.P.A., 2000) establecido por los terapeutas, así como comorbilidad (presencia de un segundo diagnóstico), haber recibido algún tratamiento anterior y el tipo de éste, la toma de medicación actual y la fuente habitual que remite al paciente al centro. Todo derivado mediante entrevista clínica inicial.

De tratamiento: Uso global de técnicas de relajación (TR), así como su uso específico (RP, CR, RA o Varias de las anteriores). Número total de sesiones de tratamiento; y el resultado del mismo (alta / abandono). Información derivada del informe final de tratamiento realizado por el clínico.

Diseño

Estudio descriptivo y retrospectivo, sin asignación aleatoria, de un grupo, compuesto por una muestra incidental, con medidas en la evaluación y el postratamiento.

Procedimiento

Los pacientes acudían a la Clínica Universitaria de Psicología a petición propia, referidos a través de diferentes fuentes (psiquiatras privados, prensa o publicidad, centros escolares, información de personal de la universidad o estudiantes de la misma, información de otros pacientes, otros psicólogos u otros medios). En los pacientes citados que final-

mente acudían al centro, se establecía el diagnóstico por el único terapeuta encargado de cada caso, mediante el uso de los instrumentos adecuados al respecto (entrevista clínica, cuestionarios validados al efecto, observación y autoobservación, registros psicofisiológicos, etc.). Éste único terapeuta establecía el programa de tratamiento centrado en técnicas empíricamente validadas y procedía a su aplicación, de forma individualizada y autocorrectiva según evolución del paciente. El tratamiento finalizaba bien con alta terapéutica (se habían conseguido todos los objetivos terapéuticos establecidos) bien con abandono (no se habían conseguido todos los objetivos terapéuticos). Todos los datos eran recogidos en el historial clínico del paciente. De los historiales clínicos de los pacientes que habían finalizado su relación terapéutica con la Clínica han extraído los datos utilizados en el presente trabajo.

Análisis de datos

Se realizaron los análisis mediante los estadísticos descriptivos adecuados a cada variable (porcentajes, medianas, medias y desviaciones típicas). Con el fin de comprobar la existencia o no de diferencias estadísticamente significativas con relación a las variables sociodemográficas en función de haber usado o no TR, se efectuaron *pruebas t* para las variables continuas y de *Chi-cuadrado* (χ^2) en el caso de las variables categóricas. También se utilizaron pruebas de χ^2 para determinar la existencia de diferencias significativas en el uso de las TR en función del tipo de diagnóstico y en qué medida su uso está asociado al éxito terapéutico. En la categoría diagnóstica "Otros trastornos" se agruparon los problemas de inicio en la infancia, abuso de sustancias, delirium y otros y sueño, por poseer un número de sujetos inferior a 16.

Resultados

En lo que se refiere a variables sociodemográficas de los participantes (edad, sexo, estado civil, apoyo social, nivel de estudios y situación laboral), como se puede comprobar en la Tabla 1, hay diferencias significativas entre los dos grupos en el sexo del paciente, mayor uso en mujeres (72.9%) que en hombres (65.4%), ($\chi^2_1 = 5.286, p < .021$), en la edad, menor uso en personas más mayores (34.50 años; 18-77 años), ($t_{436.460} = 9.494, p < .002$), y en el grupo que convive con tres personas o más (74.8%), ($\chi^2_1 = 8.596, p < .035$).

Los resultados referidos a las características clínicas se pueden ver en la Tabla 2. Destaca que el 83.4% de los casos no posee comorbilidad. Casi la mitad ha recibido un tratamiento anterior (48.7%), siendo el farmacológico el más prevalece (31%), seguido de la terapia de conducta (11.2%). Un 79.1% no recibe medicación en el momento de la intervención y un 7.3% lo hace con ansiolíticos. La fuente más habitual que remite al paciente procede de personal de la universidad y de sus estudiantes.

Tabla 1. Características sociodemográficas.

	Tipo tratamiento		Total	χ^2/t	P
	No técnicas de relajación	Técnicas relajación			
	N = 260	N = 620			
SEXO N(%)					
Varón	100 (34.6)	189 (65.4)	289 (32.8)	5.286	.021
Mujeres	160 (27.1)	431 (72.9)	591 (67.2)		
EDAD					
M (DT)	34.50 (13.35)	32.08 (11.79)	32.79 (12.31)	9.494	.002
ESTADO CIVIL N(%)					
Soltero	185 (29.7)	437 (70.3)	622 (70.7)	.040	.842
Casado/Pareja	75 (29.1)	183 (70.9)	258 (29.3)		
APOYO SOCIAL N(%)					
(Personas con las que convive)					
Nadie	57 (35.2)	105 (64.8)	162 (18.4)	8.596	.035
Una persona	52 (26.4)	145 (73.6)	197 (22.4)		
Dos personas	73 (34.4)	139 (65.6)	212 (24.1)		
Tres o más	78 (25.2)	231 (74.8)	309 (35.1)		
NIVEL ESTUDIOS N(%)					
Primarios incompletos	8 (36.4)	14 (63.6)	22 (2.3)	4.060	.398
Primarios completos	21 (32.8)	43 (67.2)	64 (7.3)		
Secundarios	87 (29.1)	212 (70.9)	299 (34)		
Diplomados universitarios	42 (24.1)	132 (75.9)	174 (19.8)		
Licenciados universitarios	102 (31.8)	219 (68.2)	321 (36.5)		
SITUACIÓN LABORAL N(%)					
Activo	136 (32.2)	286 (67.8)	422 (48)	5.862	.053
Estudiante	84 (24.9)	254 (75.1)	338 (38.7)		
Otros	40 (33.3)	80 (66.7)	120 (13.6)		

Nivel de significación estadística: *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$
 $\pm M$ = media; $\pm DT$ = desviación típica

Tabla 2. Características clínicas.

Comorbilidad n (%)	Diagnóstico primario = 734 (83.4%)
	Más de un diagnóstico = 146 (16.6%)
Tratamientos previos n = 860 (%)	(1 diagnóstico comórbido = 125 (14.2%) (2 diagnósticos comórbidos = 21 (2.4%)
	Ninguno = 441 (51.3%)
Tipo de medicación actual más habitual n (%)	Si = 419 (48.7%)
	Tipo de Tratamiento más frecuente: Farmacológico = 267 (31%) Terapia de conducta = 96 (11.2%) Psicodinámico = 40 (4.7%)
Fuente más habitual que remite al paciente n (%)	No medicación = 696 (79.1%)
	Varios = 70 (8%) Ansiolíticos = 64 (7.3%) Antidepresivos = 29 (3.3%)
	Personal de la universidad y estudiantes = 499 (56.7%)
	Se desconoce la fuente = 166 (18.9%) Información otros pacientes = 71 (8.1%) Otros = 48 (5.5%) Prensa y publicidad = 36 (4.1%)

Las frecuencias y porcentajes de uso de las diferentes técnicas de relajación se pueden ver en la Tabla 3. Destaca que más del 70% de los pacientes, considerando todos los diagnósticos, ha recibido alguna TR. Atendiendo únicamente a este grupo de pacientes, un 72.3% reciben sólo CR, siendo ésta la de uso más frecuente. Por su parte, RP y RA son usadas de manera minoritaria (8.9% y 1.5%, respectivamente).

La combinación de varias TR fue utilizada en el 17.3% de los pacientes.

Tabla 3. Uso de las diferentes técnicas de relajación.

Técnicas de relajación	Uso de las técnicas de relajación N (%)
No se utilizan	260 (29.5)
Si se utilizan	620 (70.5)
Relajación progresiva	55 (8.9)
Relajación autógena	9 (1.5)
Respiración	448 (72.3)
Varias de las anteriores	108 (17.3)

En la Tabla 4, se pueden ver los resultados referidos al uso de TR en función de los diferentes grupos diagnósticos, y en función de la presencia o no de comorbilidad. Destaca que se utilizan en más de un 50% en todos los grupos con un diagnóstico preciso, únicamente el uso de TR es inferior a la mitad en los diagnósticos más inespecíficos (un 40.8% en los pacientes sin diagnóstico y un 33.3% en los casos de diagnóstico aplazado). Si atendemos a la comorbilidad, suelen ser significativamente mayores los porcentajes de uso en el grupo de comorbilidad (82.4%) que en el de no comorbilidad (68%), ($\chi^2_1 = 12.263$, $p < .001$). Siendo significativo en el grupo de trastorno de alimentación la diferencia de uso de las TR con comorbilidad (33.3%) frente a los casos sin comorbilidad (79.2%), ($\chi^2_1 = 4.802$, $p < .049$). En el resto de grupos diagnósticos no se observan diferencias significativas.

Tabla 4. Uso de técnicas de relajación por grupo diagnóstico en general y atendiendo a la presencia o no de comorbilidad.

Grupo diagnóstico	Uso TR en casos con comorbilidad	Uso TR en general N (%)	Uso TR en casos con comorbilidad	Uso TR en casos sin comorbilidad	χ^2	p
	N (%)		N (%)	N (%)		
ANSIEDAD (N = 295)	64 (21.7)	259 (87.8)	59 (92.2)	200 (86.6)	1.471	.225
OTROS PROBLEMAS DE ATEN- CIÓN CLÍNICA (N = 129)	6 (27.3)	66 (51.2)	13 (68.4)	53 (48.2)	2.656	.103
AFECTIVOS (N = 105)	18 (17.1)	72 (68.6)	15 (83.3)	57 (65.5)	2.197	.138
ADAPTATIVOS (N = 85)	11 (12.9)	64 (75.3)	11 (100)	53 (71.6)	4.146	.058
SIN DIAGNOSTICO (N = 71)	0	29 (40.8)	0 (0)	29 (40.8)		
PERSONALIDAD (N = 49)	12 (24.5)	30 (61.2)	7 (58.3)	23 (62.2)	.056	1
ALIMENTACION (N = 30)	6 (20)	21 (70)	2 (33.3)	19 (79.2)	4.802	.049
APLAZADO (N = 24)	0	8 (33.3)	0 (0)	8 (33.3)		
OTROS TRASTORNOS (N = 22)	19 (14.7)	17 (77.3)	4 (66.7)	13 (81.3)	.528	.585
SOMATOMORFO (N = 19)	5 (26.3)	16 (84.2)	5 (100)	11 (78.6)	1.272	.530
CONTROL IMPULSOS (N = 18)	3 (16.7)	14 (77.8)	3 (100)	11 (73.3)	1.029	1
SEXUALES (N = 17)	3 (17.6)	12 (70.6)	2 (66.7)	10 (71.4)	.027	1
ESQUIZOFRENIA Y OTROS PSI- CÓTICOS (N = 16)	1 (6.3)	12 (75)	1 (100)	11 (73.3)	.356	1
Total (N = 880)	148 (16.8)	620 (70.5)	122 (82.4)	498 (68)	12.263	.001

a Inicio en la infancia, sustancias, delirium y otros, sueño

Nivel de significación estadística: *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

En la Tabla 5, se observa el porcentaje de casos que han resultado en Alta o Abandono de los que han recibido alguna TR, así como el promedio de sesiones del tratamiento. Destaca que los porcentajes de altas y número de sesiones son similares en los grupos de RP (67.3%; 16) y CR (69.6%; 15.8). En los casos en los que se han utilizado varias de estas técnicas, los porcentajes de altas son algo superiores (76.9%) y con menor número de sesiones (14.9). Finalmente destaca

que la relajación autógena es la que se asocia a mayores porcentajes de abandonos (44.4%), si bien el número de sesiones del tratamiento es muy reducido (10.5). Atendiendo a que la distribución de la muestra no es homogénea observamos datos significativos en los casos de alta que han usado la técnica de CR o varias técnicas frente a los que han abandonado y no han usado ninguna TR, ($\chi^2_1 = 5.997$, $p < .003$).

Tabla 5. Uso de las diferentes técnicas de relajación con relación a los resultados del tratamiento

Técnicas	Alta		Abandono	
	N (%)	Nº de sesiones M (DT)	N (%)	Nº de sesiones M (DT)
No se utilizan	151 (58.1)	7.6 (9.3)	109 (41.9) *	5.5 (6.8)
Relajación progresiva	37 (67.3)	16 (9.6)	18 (32.7)	8.8 (11.2)
Relajación autógena	5 (55.6)	11 (5.7)	4 (44.4)	10.5 (7.5)
Respiración	312 (69.6) *	15.8 (11.6)	136 (30.4)	10.7 (8.8)
Varias de las anteriores	83 (76.9) *	14.9 (10)	25 (23.1)	13.2 (10.1)
Total	588 (66.8)	15.6 (11.1)	292 (33.2)	10.9 (9.2)

Nivel de significación estadística: *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

± M = media; ± DT = desviación típica

En la Tabla 6, se observa el porcentaje de casos de altas y el tipo de TR que han recibido. Destaca que únicamente el 25.7% de los pacientes que han finalizado con éxito el tratamiento, no han recibido ninguna TR. De manera complementaria, el 74.3% de los casos que han recibido el alta han sido entrenados en alguna TR, porcentaje ligeramente superior al promedio de altas del conjunto de la muestra 70.5%. La técnica de CR aparece como la técnica más usada entre aquellos pacientes que han obtenido el alta, de hecho más de la mitad del total de altas terapéuticas han utilizado esta técnica (53.1%).

Tabla 6. Altas que han utilizado alguna técnica de relajación o medicación

% Altas	Uso de las técnicas de relajación N (%)
No se utiliza	151 (25.7)
Si se utiliza	437 (74.3)
Relajación progresiva	37 (6.3)
Relajación autógena	5 (0.9)
Respiración	312 (53.1)
Varias de las anteriores	83 (14)

En la Tabla 7 se observa que el grupo de pacientes que recibió alguna TR mostró, de manera estadísticamente significativa, un mayor porcentaje de éxito terapéutico en comparación al grupo de pacientes que no recibió ninguna de estas técnicas (74.3% frente a 25.7%; $\chi^2_1 = 12.718$; $p < .001$). No

obstante, al analizar de manera aislada cada uno de los grupos por tipo de problema, únicamente tales diferencias significativas se evidenciaron en los Trastornos Afectivos (69.4%

de éxito en el grupo que sí usa TR frente al 45.5% del grupo que no las usa; $\chi^2_1 = 5.522$; $p < .019$).

Tabla 7. Altas/abandonos según uso de TR y grupo diagnóstico

Grupo diagnóstico	Uso de las técnicas de relajación		χ^2	p
	% Altas en los casos en los que no se usan	% Altas en los casos en los que se usan		
	TR	TR		
ANSIEDAD ($N = 295$)	22 (61.1)	185 (71.4)	1.607	.205
OTROS PROBLEMAS DE ATENCIÓN ($N = 129$)	37 (58.7)	49 (74.2)	3.490	.062
AFECTIVOS ($N = 105$)	15 (45.5)	50 (69.4)	5.522	.019
ADAPTATIVOS ($N = 85$)	14 (66.7)	47 (73.4)	.358	.550
SIN DIAGNOSTICO ($N = 71$)	31 (73.8)	19 (65.5)	.566	.452
PERSONALIDAD ($N = 49$)	7 (36.8)	14 (48.3)	.610	.435
ALIMENTACION ($N = 30$)	4 (44.4)	10 (47.6)	.026	1
APLAZADO ($N = 24$)	7 (43.8)	6 (75)	2.098	.211
^a OTROS TRASTORNOS ($N = 22$)	4 (80)	12 (70.6)	.173	1
SOMATOMORFO ($N = 19$)	1 (33.3)	12 (75)	2.030	.222
CONTROL IMPULSOS ($N = 18$)	3 (75)	11 (78.6)	.023	1
SEXUALES ($N = 17$)	2 (40)	11 (91.7)	5.236	.053
ESQUIZOFRENIA Y OTROS PSICÓTICOS ($N = 16$)	4 (100)	10 (83.3)	.762	1
Total ($N = 880$)	151 (25.7)	437 (74.3)	12.718	.001

a Inicio en la infancia, sustancias, delirium y otros, sueño

Nivel de significación estadística: *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Discusión y conclusiones

En primer lugar destaca lo frecuente del uso de las TR en Psicología Clínica. De hecho parecen ser una de las técnicas que más frecuentemente se usa en la práctica asistencial de la Psicología Clínica. Una hipótesis para explicar estos datos, ciertamente arriesgada, apunta a que un porcentaje muy elevado (3/4) de los casos que demandan ayuda psicológica presentan alteraciones en los niveles de activación, objetivo principal de la intervención de estas técnicas. Aunque no pueda señalarse si esta hipotética alteración es causa o efecto de los problemas psicológicos.

Más parsimonioso es suponer que quizá está subyaciendo a este elevado uso de las TR, el considerar que siempre puede ayudar que el paciente aprenda a controlar los niveles de activación. También que si los niveles de activación no son suficientemente bajos es difícil que pueda procederse a otro tipo de intervención psicológica, de ahí su utilización e incluso su uso como una de las técnicas primeras a aplicar. Asimismo puede ser relevante el considerar que no tienen inconvenientes o efectos secundarios negativos, y que producen efectos positivos claramente perceptibles desde la primera sesión, en especial en el caso de la CR.

Destaca que, de entre todas, sea mayoritario el uso del CR. Si se consideran sólo los casos en los que se ha utilizado una única técnica de relajación, el CR se ha utilizado en el 72.3%. Si se considera que cuando se señalan “varias técnicas de las anteriores” prácticamente siempre una de ellas ha sido la CR, el porcentaje incluso aumenta.

Estos datos resaltan más, dado que hasta ya avanzados los años ochenta del pasado siglo no se comenzó a hacer referencia al CR como algo específico o individual (Davis, McKay y Eshelman, 2008), pues habitualmente se había considerado a esta técnica como algo que formaba parte de la relajación progresiva o autógena. Probablemente la mejor explicación venga de la facilidad y rapidez con la que puede entrenarse y aplicarse dicha técnica (Labrador, 1998, 2008), lo que permite a los pacientes identificar ganancias terapéuticas desde la primera sesión de su utilización. A esto se une que los efectos identificados con el uso de las técnicas de CR no han sido inferiores a los conseguidos con otras técnicas como la RP (Labrador, Arce y Florit, 1996; Lehrer y Woolfolk, 2007; Sánchez, Rosa y Olivares, 1998).

También llama la atención el escaso uso de la Relajación Autógena. Es cierto que tiene algunas desventajas tanto en su adquisición (más lenta de aprender, muy dependiente del grado de autosugestión, etc.), como en su aplicación (relajación general, control más completo de la atención, dificultad de utilizar en conjunción con otra tarea). Probablemente también tenga que ver el hecho de que no se han desarrollado un protocolo breve de aplicación, como si ha sucedido con la RP o el CR (Bernstein y Borkoveck, 1973; Labrador, 2008; Vázquez, 2001).

En lo que se refiere a variables sociodemográficas, se observa que las TR se utilizan significativamente más con mujeres que con hombres. Probablemente esto tenga relación con la presencia de patologías de tipo ansioso y/o depresivo que suelen afectar más a las mujeres, y para las que parece especialmente recomendadas las TR. En lo referente a la

edad, como se ha observado la media del grupo en el que no se han aplicado técnicas de relajación es significativamente mayor que el grupo que ha recibido alguna técnica de relajación, aunque esta diferencia de edad es escasa y no parece importante.

Al analizar el uso de las TR en función de los distintos diagnósticos, a pesar del tamaño de la muestra, en alguno de los grupos diagnóstico el número resultante era reducido, por lo que se decidió tener en cuenta sólo aquellos grupos que contaran al menos con 16 casos, agrupando los que no llegaran a esta cifra.

En general es de resaltar que el uso de las TR es muy frecuente para la mayor parte de los grupos diagnóstico (70.5%). Es más, si se retiran las tres categorías finales (sin diagnóstico, otros problemas y diagnóstico aplazado), que parecen reflejar una psicopatología menor, este porcentaje aumenta. De forma inversa, el uso de las TR en los casos que parecen presentar una psicopatología mayor, pues presentan un diagnóstico comórbido, se incrementa significativamente. Es decir, parece que, tenga el problema que tenga el paciente, lo más probable es que se le aplique una TR, y tanto más cuanto más complicada sea la psicopatología presente.

Como era de esperar los trastornos de ansiedad son los trastornos en los que mayor es la frecuencia de uso de las TR (87.8%), incluso en el caso de que sea un diagnóstico único de ansiedad (86.6%). Le siguen el grupo de trastornos somatomorfos y de control de impulsos. El uso más frecuente de las TR en los casos de comorbilidad probablemente también esté reflejando que los trastornos de ansiedad suelen ser los trastornos que con más frecuencia aparecen como diagnóstico comórbido (King-Kallimanis, Gum y Kohn, 2009; Regier, Rae, Narrow, Kaelber y Schatzberg, 1998; Stewart y Conrod, 2008; Swinbourne, Hunt, Abbott, Russell, St Clare, y Touyz, 2012).

El grupo de trastornos específicos en el que menos se usa es el de los trastornos de personalidad (61.2%), seguido por el grupo de trastornos afectivos. Aunque en estos casos aparecen diferencias en función de la presencia de comorbilidad, el escaso número de sujetos en esas condiciones no permiten extraer conclusiones. Por otro lado, en lo que respecta a los trastornos de alimentación, las diferencias estadísticamente significativas referentes al mayor uso de TR en casos sin comorbilidad puede estar reflejando la utilización de paquetes de TEAs (Fairburn, Marcus y Wilson, 1993), en los que se suelen integrarse TR.

Respecto a su asociación con altas y abandonos, dejando sin considerar el grupo que usó RA, dado el escaso número de casos (5), los valores de altas son muy similares en los tratados con RP y CR (67.3% y 69.6%, respectivamente), siendo un poco más elevado en el grupo que se ha utilizado varias TR (76.9%), y eso a pesar de que no han incrementado el número de sesiones, de hecho es más reducido: 14.9, frente a 16 y 15.8).

Teniendo en cuenta que el porcentaje de altas total de esta muestra es de 66.8%, las cifras de altas en los casos en los

que se ha utilizado una TR son muy similares, salvo en el caso de haberse utilizado varias TR. De hecho, hay diferencias significativas en los casos que han recibido CR o varias TR y estar de alta, frente a los que han abandonado y nunca recibieron TR. Es lógico que al considerar la mayoría de los casos (que son los que han recibido alguna TR), se consigan resultados similares a los obtenidos con el total de los casos. En ese sentido aplicar TR no parece establecer efectos diferenciales, algo lógico considerando que se aplican cuando está indicado.

Si se consideran sólo los casos en los que se ha alcanzado el alta, se ve que la frecuencia de uso de algunas de las TR es ligeramente superior, aunque no es significativa. Las diferencias se circunscriben a las técnicas de CR y Varias TR. Es decir, caso de haber diferencias, aunque escasas, irían en la línea de señalar una presencia más frecuente de TR entre los casos de alta que en los abandonos.

Al considerar las altas por diagnósticos específicos, el reducido número de casos en muchos grupos señala la necesidad de ser prudente a la hora de comentar los resultados. No obstante destaca que prácticamente en todos los grupos (salvo trastornos esquizofrénicos, otros trastornos y sin diagnóstico) el porcentaje de altas con TR es superior al de sin ellas. Cuando se considera el total de los casos, las diferencias son importantes, 25.7% de altas sin uso de TR y 74.3% con uso de TR, y estadísticamente significativas. Aunque en este sentido no debemos olvidar que existe un porcentaje de toda la muestra del 7.3% que toma ansiolíticos y un 8% varios fármacos.

Entre los principales grupos diagnósticos, destaca en el de los trastornos de ansiedad, que aunque aparecen diferencias en el porcentaje de altas (61.1% sin y 71.4% con TR), estas diferencias no llegan a ser significativas. Es más, llama la atención que 22 pacientes hayan conseguido alta sin haber recibido TR. Esto tiene relación con el hecho de que para algunos de estos trastornos de ansiedad ha sido suficiente el uso de exposición gradual (trastorno de angustia con agorafobia o trastorno obsesivo compulsivo) u otras técnicas. Quizá en algunos casos que el paciente conociera ya alguna técnica de relajación de tratamientos anteriores. Un 11.2% recibió anteriormente un tratamiento de terapia de conducta.

En el caso de los trastornos afectivos también aparecen diferencias (45.5% sin y 69.4% con TR). Dado que las TR no son un tratamiento tan específico para problemas afectivos, es posible que tenga que ver con la habitual comorbilidad con trastornos de ansiedad, para los que sin están especialmente indicadas las TR. También el hecho de que trastornos de ansiedad y afectivos compartan muchos de los síntomas. Por último, aparecen diferencias en trastornos sexuales (40% sin versus 91.7% con TR), lo que probablemente esté señalando la importancia que en éstos tienen niveles elevados de activación y también de ansiedad. Finalmente comentar cómo en la mayoría de los trastornos aparecen diferencias a favor de los tratados con TR, pero el número tan escaso de pacientes en algunos de los grupos hace muy difi-

cil que la diferencias alcancen significación estadística, pero puede servir de referencia la tendencia habitual.

En lo que respecta a los posibles sesgos de los resultados, hay que mencionar que utilizar una clínica universitaria implica ciertos sesgos en la muestra, y ciertamente exige cautela a la hora de generalizar los resultados. Este sesgo especialmente queda reflejado en el elevado porcentaje de los pacientes que tienen un título universitario, más de la mitad, o en que la media de edad ronde los 33 años, que el estado civil predominante sea soltero y que la mayoría acudan remitidos por personal o estudiantes de la universidad. En este sentido, sería recomendable contar con más estudios similares en otros centros y contextos diferentes. A pesar de esto,

conviene recordar que los centros universitarios han sido considerados centros representativos de la práctica clínica en el ámbito asistencial privado por otros autores (Borkovec, 2004; Shadish et al., 1997, 2000).

En resumen pues, las TR son técnicas muy frecuentemente utilizadas en el tratamiento en Psicología Clínica asistencial, siendo la más utilizada el CR. Su uso es especialmente frecuente en algunos grupos diagnóstico como trastorno de ansiedad y trastorno somatomorfo, también en los casos en los que existe comorbilidad. Finalmente, su uso se asocia a porcentajes de altas superiores, tanto en general como en casi todos los grupos diagnósticos.

Referencias

- American Psychiatric Association (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., revised)*. Washington, DC: APA.
- Arntz, A. y Van den Hout, M. (1996). Psychological treatments of panic disorder without agoraphobia: Cognitive therapy versus applied relaxation. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 113-121.
- Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K. y Woods, S. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine or their combination for panic disorder: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 283, 2529-2536.
- Bernstein, D. A. y Borkovec, T. D. (1973). *Progressive relaxation training: A manual for the helping professions*. Champaign, IL: Research Press.
- Borkovec, T. D. (2004). Research in training clinics and practice research network: a route to the integration of science and practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 211-215.
- Chambless, D. L. y Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Conrad, A. y Roth, W. T. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: it works but how? *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 243-264.
- Davis, M., Eshelman, E. R. y McKay, M. (2008). *The relaxation and stress reduction workbook* (6th ed.). Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Donegan, E. y Dugas, M. J. (2012). Generalized anxiety disorder: A comparison of symptom change in adults receiving cognitive-behavioral therapy or applied relaxation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 490-496.
- Durham, R. C., Chambers, J. A., Macdonald, R. R., Power, K. G. y Mayor, K. (2003). Does cognitive-behavioural therapy influence the long-term outcome of generalized anxiety disorder? An 8-14 year follow-up of two clinical trials. *Psychological Medicine*, 33, 499-509.
- Fairburn, C.G., Marcus, M.D. y Wilson, G.T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. En C.G. Fairburn y G.T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 361-404). Nueva York: The Guilford Press.
- Forand, N. R., Evans, S., Haglin, D. y Fishman, B. (2011). Cognitive behavioral therapy in practice: Treatment delivered by trainees at an outpatient clinic is clinically effective. *Behavior Therapy*, 42, 612-623.
- Furukawa, H. y Sakano, Y. (2007). Influence of personality traits and cognitions on autogenic training induced anxiety. *Japanese Journal of Autogenic Therapy*, 27, 1-10.
- Furukawa, H. (2010). Interference factor on the effects of relaxation in the treatment of anxiety with autogenic training. *Japanese Journal of Autogenic Therapy*, 30, 3-12.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J. y Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 329-343.
- Herink, R. (Ed.) (1980). *The psychotherapy handbook: The A to Z guide to move than different therapies in use today*. Nueva York: New American Library.
- Heuzenroeder, L., Donnelly, M., Haby, M.M., Mihalopoulos, C., Rossell, R., Carter, R., Andrews y G. Vos, T. (2004). Costeffectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 602-612.
- Hoyer, J., Beesdo, K., Gloster, A. T., Runge, J., Höfler, M. y Becker, E. S. (2009). Worry exposure versus applied relaxation in the treatment of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 106-115.
- Hyman, R. B., Feldman, H. R., Harris, R. B. y Levin, R. F. (1989). The effects of relaxation training on clinical symptoms: a meta-analysis. *Nursing Research*, 38, 216-220.
- Kazdin, A. E., Kratochwill, T. R. y VandenBos, G. R. (1986). Beyond clinical trials: Generalizing from research to practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17, 391-398.
- King-Kallimanis, B., Gum, A. M. y Kohn, R. (2009). Comorbidity of depressive and anxiety disorders for older americans in the national comorbidity survey-replication. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 782-792.
- Labrador, F. (2008). *Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid: Pirámide.
- Labrador, F. J., Estupiñá, F. J. y García Vera, M. P. (2010). Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: Tratamientos y resultados. *Psicothema*, 22, 619-626.
- Labrador, F. J. y Ballesteros, F. (2011). Efectividad de los tratamientos para la fobia social en el ámbito aplicado. *Psicothema*, 23, 560-565.
- Labrador, F. J. y Crespo, M. (Dir.) (2012). *Psicología clínica basada en la evidencia*. Madrid: Pirámide.
- Labrador, F. J. (1998). Técnicas de control de la activación y desensibilización sistemática. En M. A. Vallejo (Ed.), *Avances en modificación y terapia de conducta: técnicas de intervención*. (pp. 175-212). Madrid: Fund. Universitaria empresa
- Labrador, F. J. (2012). Presente y retos de los tratamientos psicológicos. En F.J. Labrador y M. Crespo (Eds.), *Psicología clínica basada en la evidencia* (pp. 213-236). Madrid: Pirámide.
- Labrador, F. J., de Arce, F. y Florit, A. (1996). Entrenamiento en respiración frente a entrenamiento en relajación: Diferencias en medidas psicofisiológicas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 93-114.
- Lang, P. J., Davis, M. y Öhman, A. (2002). Fear and anxiety: Animal models and human cognitive psychophysiology. *Journal of Affective Disorders*, 61, 137-159.
- Lehrer, P. M. y Woolfolk, R. L. (2007). Research on clinical issues in stress management. En P. M. Lehrer, R. L. Woolfolk y W. E. Sime (Eds.), *Principles and practice of stress management, 3.a ed.* (pp. 703-721). Nueva York: The Guilford Press.
- Ley, R. (1988). Panic attacks during relaxation and relaxation-induced anxiety: A hyperventilation interpretation. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 19, 253-259.
- Ost, L. G. y Breitholtz, E. (2000). Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behavioral Research and Therapy*, 38, 777-790.

- Otto, M. W., Smits, J. A. J. y Reese, H. E. (2005). Combined Psychotherapy and Pharmacotherapy for Mood and Anxiety Disorders in Adults: Review and Analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 72-86.
- Pagnini, F., Manzoni Gian, M., Castelnovo, G. y Molinari, E. (2010). The efficacy of relaxation training in treating anxiety. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 5, 264-269.
- Regier, D. A., Rae, D. S., Narrow, W. E., Kaelber, C. T. y Schatzberg, A. F., (1998). Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *British Journal of Psychiatry, Supplement*, 173, 24-28.
- Robbins, T. W. y Everitt, B. J. (1995). Arousal systems and attention. En M. S. Gazzaniga (Ed.), *The cognitive neurosciences* (pp. 703-720). Cambridge: The MIT Press.
- Sánchez, J., Rosa, A. I. y Olivares, J. (1998). Las técnicas de relajación en el campo de la psicología clínica y de la salud en España: Una revisión meta-analítica. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 45/46, 21-36.
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., Siegle, G., Crits-Christoph, P., Hazelrigg, M. D., . . . Weiss, B. (1997). Evidence that therapy works in clinically representative conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 355-365.
- Shadish, W. R., Navarro, A. M., Matt, G. E. y Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512-529.
- Siev, J. y Chambless, D. L. (2007). Specificity of treatment effects: Cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 513-522.
- Smith, J. C. (2001). Seok chan bangs study of ABC relaxation training as a treatment for depression for the korean elderly. En J. C. Smith (Ed.), *Advances in ABC Relaxation: Applications and inventories* (pp. 205-208). Nueva York: Springer Publishing Co.
- Stevens, S. E., Hynan, M. T., Allen, M., Braun, M. M. y McCart, M. R. (2007). Are complex psychotherapies more effective than biofeedback, progressive muscle relaxation, or both? A meta-analysis. *Psychological Reports*, 100, 303-324.
- Stewart, R. E. y Chambless, D. L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 595-606.
- Stewart, S. H. y Conrod, P. J. (2008). *Anxiety and substance use disorders: The vicious cycle of comorbidity*. Nueva York: Springer Science y Business Media, LLC.
- Swinbourne, J., Hunt, C., Abbott, M., Russell, J., St Clare, T. y Touyz, S. (2012). The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: Prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46, 118-131.
- Vázquez, M. I. (2001). *Técnicas de relajación y respiración*. Madrid: Síntesis.
- Vila, J. y Fernández-Santaella, M. C. (2004). *Tratamientos psicológicos. La perspectiva experimental*. Madrid: Pirámide.

(Artículo recibido: 19-9-2012; revisado: 18-9-2013; aceptado: 30-11-2013)