



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

# LA PREOCUPACION

PROCESO BASICO DE LA ANSIEDAD.

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A  
*Patricia Saucedo Arriola*

Director de Tesis: LIC. PABLO VALDERRAMA I.



TESIS CON  
FALTA DE ORIGEN

México, D F.

1993



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE.

CONTENIDO *****	PAG. ***
Introducción .....	1
Objetivos .....	3
Planteamiento del Problema .....	5
Capítulo I. LA INVESTIGACION BÁSICA SOBRE LA PREOCUPACION	
A. Los Inicios de la Investigación .....	8
B. Definiendo la Línea de Investigación .....	10
C. Características de la Preocupación .....	12
D. Las Bases Electro corticales de la Preocupación .....	19
E. Consecuencias de la Preocupación .....	22
F. Preocupación y su Relación con las Imágenes Fóbicas .....	25
G. La Naturaleza de la Preocupación: ¿Pensamientos y/o Imágenes? .....	29
H. Hacia una Teoría Cognoscitiva de la Ansiedad: La Función Cognoscitiva de la Preocupación .....	33
Capítulo II. MEDICION DE LOS FACTORES COGNOSCITIVOS DE LA ANSIEDAD	
A. El Cuestionario de Preocupación de Penn State .....	40
B. La Escala de Preocupación de Wisocki .....	50
C. La Escala de Preocupación-Emocionalidad .....	52
Capítulo III. EL ESCENARIO CLÍNICO: LOS TRASTORNOS POR ANSIEDAD GENERALIZADA	
A. Caracterización Clínica .....	58
B. Psicoterapia de los Estados de Ansiedad	

a) Técnicas orientadas al control de las reacciones Fisiológicas .....	61
b) Técnicas Orientadas al control de las cogniciones .....	79
Capítulo IV.	
OTROS ESCENARIOS: SALUD, DEPORTE Y SOCIAL	
A. Preocupaciones en el ámbito de la salud .....	88
B. Preocupaciones en escenarios deportivos.....	99
C. Preocupaciones sociales .....	103
Capítulo V.	
Discusión .....	109
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	117

... se debe aprender a actuar  
de modo que la interioridad se  
manifieste en la operación ex-  
terior, que reintroduzca la  
operación exterior al interior  
y que nos habituemos a obrar  
así sin violencia.

MEISTER ECKHART

## INTRODUCCION.

La Psicología Clínica en México ha sufrido muchos cambios. La formación de psicólogos clínicos en nuestro país y en la Facultad de Psicología de la UNAM va cambiando más lentamente de lo deseable.

Los nuevos avances en el diagnóstico y, sobre todo, en las técnicas de intervención, hacen perentoria la necesidad de mantenerse actualizados. No podemos quedarnos en la postura cómoda de seguir repitiendo rutinariamente lo que nos enseñaron nuestros maestros hace años. Hace falta incorporar en los planes y programas de las materias de la carrera, (especialmente en el área clínica y en los procesos básicos del área experimental) temas como el que se trata en este trabajo. La formación de psicólogos tiene que actualizarse permanentemente, los avances de la ciencia psicológica no pueden quedar fuera de nuestro conocimiento y formación profesional. De otro modo estamos preparándonos deficientemente para enfrentar los problemas que el campo profesional nos plantea.

Un problema de Salud Mental muy importante en la actualidad, lo constituye la denominada *ANSIEDAD*. Se reconoce comúnmente que nuestra era es la "era de la ansiedad", la era de los grandes cambios tecnológicos, de los grandes cambios sociales. Vivir en ambientes construidos, a veces ignorantes de nuestras necesidades humanas, utilizar herramientas cada vez más sofisticadas, trasladarse a grandes distancias, percibir y vivir en ciudades inseguras, enfrentarse constantemente a nuevos retos

en nuestras sociedades competitivas, son algunas de las razones que han hecho que el ser humano sea presa fácil de los estados de ansiedad.

Si a la anterior situación agregamos los trastornos por ansiedad que hemos venido heredando culturalmente de nuestros antepasados, tendremos un panorama verdaderamente alarmante. Las adicciones (a las anfetaminas, al alcohol, al tabaco, a la comida) tienen un componente de ansiedad importante. El maltrato a los menores, a las mujeres y a los minusválidos, el estancamiento en la carrera laboral, los fracasos deportivos, los problemas interpersonales y otros de la misma índole están, asimismo, asociados con la ansiedad ( si es que no causados por ella).

Como se denota, la ansiedad es un problema de salud mental importante que provoca la alteración de quien la padece y que requiere de la inmediata intervención de los profesionales dedicados al área. El psicólogo no debe quedarse atrás y debe de estar siempre preparado conceptual y técnicamente para comprender y resolver los problemas asociados a la ansiedad.

Los trastornos provocados por la ansiedad son muchos y muy perjudiciales. Los psicólogos debemos estar preparados para enfrentarlos y así contribuir al mejoramiento de la salud mental y, por consiguiente, aumentar la calidad de vida de los mexicanos

La investigación psicológica relacionada con la ansiedad ha demostrado que ésta no es un fenómeno único, que tiene varios componentes. Uno de ellos, que se presenta a nivel cognoscitivo, es la denominada PREOCUPACION. Poca atención le han puesto los psicólogos mexicanos a este importante proceso psicológico. Por tales motivos se realizó un trabajo de análisis documental para revisar la investigación generada sobre el tema.

El estudio de la Preocupación es una línea de investigación que se perfila como básica para entender, prevenir y modificar, los Trastornos por Ansiedad que tanto perturban la salud mental (y física) de grandes grupos de personas.

Revisar la investigación dedicada a la comprensión de la Preocupación en escenarios clínicos, deportivos, médicos y sociales es la tarea que se propone en el presente trabajo.

## OBJETIVOS.

### 1. OBJETIVO GENERAL:

Describir algunas de las líneas de investigación más recientes en el estudio de la Preocupación como proceso fundamental de la ansiedad.

### 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 2.1. Elaborar una síntesis de las investigaciones empíricas y las reflexiones teóricas sobre las características de la Preocupación como proceso psicológico básico.

- 2.2. Identificar las diferentes formas que se han utilizado para medir la Preocupación como fenómeno clave de la ansiedad.
- 2.3. Revisar la investigación, en el ámbito clínico, relacionada con la Preocupación como elemento central de los Trastornos por Ansiedad Generalizada.
- 2.4. Analizar la información generada en torno a los estudios de la Preocupación en sus relaciones con otras situaciones amenazantes (competencias deportivas, enfermedades físicas, situaciones sociales).

Cada uno de los capítulos que constituyen la presente tesis esta compuesto de la revisión bibliográfica que pretende lograr cada uno de los objetivos específicos arriba enunciados. Así, en el primer capítulo se pasa revista a parte de la investigación básica que se ha generado para dilucidar las características de la preocupación como componente de la ansiedad.

En el segundo capítulo se describen tres escalas que se han diseñado para evaluar la presencia e intensidad de la preocupación en población normal o clínicamente significativas. En el siguiente capítulo, el tercero, se dedica a una de las manifestaciones clínicas más importantes de la preocupación: los Trastornos de Ansiedad Generalizada. Aquí, además de describir algunos estudios que los caracterizan, se enfatiza en la reseña

de algunas de las técnicas psicoterapéuticas que se han diseñado y probado para el tratamiento de dichos trastornos. Se describen, con cierto grado de detalle, las técnicas de relajación y las técnicas cognoscitivas útiles para reducir el nivel de activación fisiológica y los pensamientos ansiógenos, propios de los trastornos o neurosis de ansiedad.

En el cuarto capítulo se describe la investigación relacionada con la presencia de la preocupación en escenarios deportivos, médicos y sociales. Esto demuestra las grandes bondades que el concepto de "preocupación" tiene para comprender muchos fenómenos relacionados con los pensamientos, las emociones, las reacciones fisiológicas y las conductas que la gente manifiesta en muchas situaciones de ansiedad. Finalmente, en el capítulo cinco se realizan una serie de reflexiones sobre el contenido de la tesis y sus implicaciones para la comprensión de los estados de ansiedad y su importancia de que los psicólogos mexicanos le presten más atención.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En este contexto vale la pena explicitar el planteamiento del problema que subyace al presente trabajo: ¿ es la preocupación el componente cognoscitivo de la ansiedad ?, ¿ cuáles son las características de la preocupación como proceso psicológico básico ?, ¿ Como se caracterizan los preocupadores crónicos ?, ¿ existen diferencias sexuales entre los preocupadores ?, ¿ cuáles son las herramientas psicoterapéuticas mas utilizadas para el control de la preocupación ?.

Dada la naturaleza exploratoria, de primer acercamiento a este problema, no proponemos hipótesis, las cuales podrían parecer aventuradas al no contar con elementos de apoyo más que la mera intuición de la autora. Estas son, pues, algunas de las preguntas que se pretenden resolver con la revisión de la bibliografía que a continuación se presenta, revisión que esperamos sea de utilidad de los estudiantes y egresados de psicología que se interesen en conocer algunos de los mecanismos que explican la aparición, mantenimiento y tratamiento de la ansiedad, fenómeno inherente a nuestra vida actual, desde la perspectiva teórica cognitiva-conductual.

**EL CONOCIMIENTO NOS HARÁ LIBRES.**

CAPITULO I  
LA INVESTIGACION BASICA SOBRE LA PREOCUPACION.

Dotado de una vista más sutil  
verás todas las cosas como se  
mueven.

NIETZSCHE, Voluntad de Poder.

## CAPITULO I

### LA INVESTIGACION BASICA SOBRE LA PREOCUPACION.

En este primer capítulo revisaremos algo de la literatura científica generada al estudiar la preocupación desde un punto de vista experimental.

#### A. LOS INICIOS DE LA INVESTIGACION.

Fue, tal vez, el psicólogo inglés Breznitz (1971) quien realizó el primer estudio específico sobre la Preocupación. Partiendo de la idea de que la preocupación es un proceso cognoscitivo activo y no una experiencia pasiva, el autor señala que ésta puede manifestarse de dos maneras: a) como una prueba de realidad y, b) como una reacción neurótica.

a). En el primer caso, la preocupación es una etapa necesaria del afrontamiento normal ante situaciones amenazantes. "El trabajo de preocuparse" hace que las personas afronten mas positivamente las situaciones realmente dolorosas. Una persona que no se preocupa no puede estar preparada para cuando el peligro se aproxima. La preocupación, en este sentido, es una preparación para la acción.

La preocupación cumple las siguientes funciones:

- enfoca la atención sobre el problema
- genera una evaluación constante de opciones de solución, de sus posibles consecuencias, de su posibilidad de ocurrencia.

Sin embargo, puede empezar a convertirse en un proceso generador de ansiedad cuando:

- Se comienzan a considerar alternativas al problema que no son realistas
- Cuando existe una incapacidad para distraer la mente del problema
- Cuando aparece el pensamiento mágico
- Cuando existe una repetición obsesiva de algunos pensamientos.

Las anteriores circunstancias hacen que la preocupación se vuelva un proceso neurótico que consume tiempo y atención. De una afrontamiento activo a una amenaza objetiva se vuelve un factor de ansiedad.

b). De acuerdo con el propio Breznitz (1971), cuando ocurre la preocupación como una reacción neurótica es debido a que "las fantasías de castigo son proyectadas sobre el mundo externo". Indica, también, que la característica cognoscitiva predominante de la preocupación es la INCERTIDUMBRE del futuro, que es lo que genera la ansiedad.

Define, por otro lado, el llamado *Proceso de Involucramiento* o incubación de la amenaza: las personas preocupadas piensan en el problema, ponen atención a la amenaza, se agita más allá de un nivel realista y no pueden abandonar el problema. Las personas se van involucrando más y más con la amenaza futura, excluyendo otros posibles pensamientos. La persona es de alguna manera absorbida y su atención fijada.

La incertidumbre del peligro causa que las personas constantemente hagan una evaluación de la situación y las posibilidades de sus resultados negativos. Aparece la hipervigilancia y todos los síntomas de la tensión motora. Con estos elementos, Breznitz esta ya en posibilidad de adelantar su definición de la preocupación:

"La preocupación es un proceso de involucramiento gradual con la amenaza externa y es relevante en algunos contenidos generadores de ansiedad. La incubación de la amenaza es la característica central de la Preocupación".

#### B. DEFINIENDO LA LINEA DE INVESTIGACION.

Es en la década de los 80's cuando realmente aparece el trabajo de investigación más sistemático en relación con el tema que nos ocupa. El Dr. Thomas Borkovec, del Instituto de Estrés y de Trastornos por Ansiedad de la Universidad Estatal de Pensilvania, EUA, después de 11 años de trabajo con personas insomnes, se da cuenta de la importancia que tiene para muchos trastornos la presencia de la preocupación.

Dado este hecho, decide diseñar una línea de investigación para dilucidar las características de la preocupación y sus correlatos. En 1983, su equipo de trabajo publica su primer reporte producto de una serie de reflexiones grupales y de tres estudios sobre el tema (Borkovec y cols., 1983). Revisemos lo reportado por los autores al respecto. Elaboran su propia definición de la Preocupación:

"La preocupación es una cadena de pensamientos e imágenes, asociadas con afecto negativo y relativamente incontrolables. Representan un intento de ocuparse en resolver mentalmente los problemas cuyos resultados son inciertos, pero contienen la posibilidad de que uno o más de ellos sean negativos. Consecuentemente, la preocupación se relaciona cercanamente con los procesos de miedo" (p. 10).

Nótese que en este momento los autores señalan que en la preocupación existen imágenes y pensamientos, ya que más adelante rectificarán esta afirmación.

Proponen, igualmente, una secuencia de la preocupación: ésta se inicia con la presencia de un estímulo de miedo - ya sea ambiental y/o imaginado - el cual elicitaba la actividad mental de resolver problemas, diseñado para prevenir la ocurrencia de eventos traumáticos futuros y para preparar una estrategia de afrontamiento para tal evento. Si la cadena de pensamientos es relevante al fenómeno de la preocupación, varias imágenes inductoras de emoción ocurren en este momento. Tales imágenes contribuyen a generar las respuestas afectivas y provee de nuevos disparadores para intentos lógicos de anticipar los resultados ambientales acerca del evento de miedo y planear y evaluar la probabilidad de éxito de las diferentes conductas de afrontamiento en respuesta a los resultados probables. De lo anterior se desprende que una de las características de la preocupación es su *incontrolabilidad*.

Además, proponen también una serie de consecuencias de la preocupación que es necesario estudiar experimentalmente.

- a. Sus consecuencias afectivas: la ansiedad y la depresión.
- b. La atención desadaptativa.
- c. Las autoafirmaciones de preocupación generan expectativas acerca del futuro. Puede determinar la reacción de las personas ante la ocurrencia del evento aversivo.
- d. A pesar de que la preocupación puede preparar al individuo a afrontar más efectivamente y menos emocionalmente con el evento temido, generalmente genera afectos negativos durante mucho tiempo en anticipación al evento.
- e. Las autoafirmaciones son un reflejo superficial de un esquema profundo o sistema de creencias, que el estilo cognitivo preocupante sirve para preservar tal esquema contra el cambio

"... las autoverbalizaciones preocupantes pueden reforzar la estructura profunda por sus repetidas ocurrencias, puede influir en cómo percibimos e interpretamos la nueva información y entonces puede filtrar, distorsionar o atender a la nueva información de tal manera que se da una baja probabilidad de que una nueva experiencia de aprendizaje pueda impactar sobre nuestra perspectiva y entonces evita los procesos de cambio humano" (p. 10).

### C. CARACTERÍSTICAS DE LA PREOCUPACION.

Con base en las anteriores propuestas teóricas, Borkovec y cols. (1983) realizaron dos estudios correlacionales y un experimental para definir las características de su nuevo objeto de estudio. Revisemos algunos de los resultados obtenidos.

ESTUDIO I. En este primer estudio, que pretendió caracterizar a los preocupadores, se les aplicó a 305 estudiantes de psicología la escala de Ansiedad Rasgo del IDARE (Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado), el Inventario de Depresión de Beck, la estimación de la Latencia para dormir y el Inventario de Miedos. Además, se les pidió que estimaran qué porcentaje de un día

típico ellos experimentaban preocupación y tensión general (sobre una escala de 100 puntos).

No hubo diferencias por sexo en preocupación y emocionalidad, por lo cual analizaron los datos como un sólo grupo. Se correlacionaron las dos variables mencionadas con cada uno de los resultados de los otros cuestionarios. La preocupación correlacionó 0.680 con la emocionalidad. También correlacionaron ambas con el IDARE, con el Inventario de Depresión de Beck y con la latencia para dormir.

Lo más interesante del estudio fueron las correlaciones con los miedos más comunes de esa población: *las situaciones evaluativas en ambientes sociales* (por ejemplo: hacer las cosas mal, reunirse con alguien por primera vez y ser criticado. Las correlaciones más bajas se obtuvieron a cosas como los espacios cerrados, las enfermedades y los ratones). Las mayores preocupaciones se relacionan con el hecho de ser evaluados, tal como lo ha demostrado la literatura de ansiedad ante la prueba.

ESTUDIO II. En este estudio se elaboró un cuestionario más grande para medir más directamente los problemas de la preocupación. Este cuestionario estaba conformado por los siguientes reactivos:

A) *Calificaciones del estado de ánimo*. En una escala de 5 puntos (de nada a mucho), cada sujeto se calificaba en 14 adjetivos emocionales (por ejemplo: ansioso, irritable, frustrado, deprimido), en términos de el grado típico de presencia de cada sentimiento cuando la preocupación ocurría.

B) *Contenido de las preocupaciones.* Se definieron 7 áreas de preocupación: Financiera, Académica, Interpersonal, Filosófica, Teológica, Personal y Daño Físico. Cada una fue calificada en la misma escala de 5 puntos, en términos de cuánto tiempo se preocupaban en cada área.

C) *Percepción Autónoma.* Los sujetos también calificaban en la escala de cinco puntos el grado en el cual ellos sentían 20 experiencias somáticas durante la preocupación (por ejemplo: tensión muscular, cambios en el estómago y en el ritmo cardíaco). Los reactivos fueron adaptados del Cuestionario de Percepción Autónoma de Mandler.

D) *Aspectos Temporales del Contenido.* Los sujetos indicaban que porcentaje de sus preocupaciones están relacionadas con el pasado, con el presente o con el futuro (tomando como base 1 hora antes y una después).

E) *Controlabilidad de las Preocupaciones.* Era de interés clínico conocer el grado de inhabilidad de controlar las preocupaciones. En la misma escala de 5 puntos (de muy fácil a muy difícil) los sujetos calificaban si podían detener las preocupaciones una vez comenzadas.

Todos estos reactivos fueron aplicados a 17 mujeres y a 14 hombres que se consideraban a sí mismos "preocupadores" y se compararon con otros tantos que no se caracterizaban así. Todos ellos estudiantes universitarios.

De los resultados más importantes resalta el hecho de que de los 14 estados emocionales los sentimientos ansiosos fueron

los más altos de toda la población (media= 4.20). Le siguieron: Tenso (3.74), aprehensivo (3.65), frustrado (3.59), nervioso (3.54), distraído (3.53), inseguro (3.28), irritable (3.16), confundido (3.09), deprimido (2.77), amenazado (2.76) y colérico (2.56). Comparando los hombres preocupadores con los no-preocupadores se encontraron diferencias entre inseguro, deprimido y confundido. Para las mujeres, las diferencias a favor de las preocupadoras fueron: ansiosas, inseguras, nerviosas y tensas.

En cuanto a los contenidos de las preocupaciones, los promedios más altos los ocupó cuestiones académicas (media = 3.64) seguida del área interpersonal (3.55), financiera (3.37), personal (3.20), filosófica (2.86), teológica (2.33) y daño físico (2.08).

Los hombres preocupadores calificaron más el área interpersonal que los no-preocupadores; las mujeres preocupadoras difieren de su contraparte no-preocupadoras en finanzas y contenidos académicos.

En cuanto a la conciencia de las reacciones somáticas durante los períodos de preocupación, existe "alguna" conciencia de tensión muscular (media = 3.02) y de dolor estomacal (2.81). Le siguieron sudor (2.72), taquicardia (2.56), dolor de cabeza (2.55), dificultad para hablar (2.30) y otras más. No hubo diferencias de reacciones somáticas entre los hombres preocupadores y no-preocupadores. Las mujeres preocupadoras

reportaron frío en las manos, tensión muscular y sensaciones de pesadez estomacal.

En lo que respecta a las orientaciones temporales de las preocupaciones, 46.9 % estaban relacionadas con el futuro, 29.5% con el presente y 20.9 % con eventos pasados, tomando en cuenta los resultados de toda la población. No se encontraron diferencias entre sexos ni entre preocupadores y no-preocupadores. Finalmente, los preocupadores, hombres y mujeres, reportaron más dificultades para detener sus pensamientos preocupantes.

ESTUDIO III. Se diseñó un estudio de laboratorio para: a) comparar a los preocupadores con los no-preocupadores en cuanto a afecto y actividad fisiológica; b) evaluar los efectos de un período de instrucción de preocupación sobre los afectos y la fisiología y c) evaluar el grado en la cual la preocupación influye sobre la atención y la distracción.

Los participantes del experimento fueron 60 estudiantes, la mitad de los cuales era típicamente "preocupona" (con base en las evaluaciones de cuestionarios). Se les asignó a tres condiciones: 0, 15 y 30 minutos de preocupación. Se les aplicó una batería de pruebas como pretest: El Cuestionario de Ansiedad Cognoscitivo-Somática, la Lista de Chequeo de Adjetivos Afectivos (sólo los relacionados con Ansiedad, Hostilidad y Depresión) y se midió su tasa cardíaca.

Cada grupo pasó por las siguientes etapas:

a) Un período de cinco minutos para concentrarse en su respiración con los ojos cerrados. Periódicamente (cada 60 segundos) se les interrumpía y se les pedía que dijeran si se distraían con pensamientos negativos, positivos u "de otros". De esta manera se obtenían 5 muestras de pensamiento en esta tarea.

b) Un período de 30 minutos completos en que se relajaban (en la condición de 0 minutos de preocupación), los primeros 15 se relajaban y los restantes se preocupaban (en el grupo de 15 minutos de preocupación) y en la última condición (de 30 minutos de preocupación) se pasaban la totalidad del tiempo enfrascados en sus pensamientos.

c) Una repetición del período de 5 minutos de la tarea de concentrarse en la respiración como un posttest de las influencias disruptivas de las instrucciones de preocupación sobre la atención.

d) Una evaluación postratamiento con la readministración de las escalas de autorreporte mencionadas arriba. Durante las tres primeras etapas, siempre se midió la tasa cardíaca de los sujetos.

Se analizaron los resultados de los preocupadores vs. los no-preocupadores durante el pretest y la primera prueba de atención en la respiración, como una forma de validar las diferencias encontradas en los anteriores estudios. Los preocupadores obtuvieron puntajes más altos en las subescalas de

Ansiedad, Hostilidad y Depresión de la Lista de Chequeo de Adjetivos Afectivos y en las dos escalas del Cuestionario de Ansiedad Cognoscitiva-Somática. En cuanto a los pensamientos perturbadores de la atención, los preocupadores tuvieron significativamente más presencia de pensamientos negativos. No hubo diferencias en la presencia de pensamientos positivos u "otras" distracciones.

Cuando se compararon las tres condiciones de tiempo de preocupación, la condición de 15 minutos generó más pensamientos negativos en la segunda tarea de atención en la respiración que las otras dos condiciones.

Finalmente, en lo que respecta a la tasa cardíaca, no se encontró ninguna diferencia en sus resultados en cada una de las tres etapas.

Como conclusión de estos estudios, podemos caracterizar a los preocupadores como: *MAS ANSIOSOS, DEPRIMIDOS Y HOSTILES, CON UN ALTO GRADO DE DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE EN UNA TAREA DE ATENCION MONÓTONA Y REPORTAN UNA FRECUENCIA MUY ALTA DE PENSAMIENTOS NEGATIVOS INTRUSIVOS. SE PREOCUPAN, ADEMÁS, FUNDAMENTALMENTE CON SITUACIONES SOCIALES EN LOS CUALES PIENSAN QUE SE LES VA A EVALUAR. LA PREOCUPACION SE ORIENTA FUNDAMENTALMENTE HACIA EL FUTURO Y, UNA VEZ COMENZADA, ES DIFICIL DETENER.* La actividad autonómica (somática) no distingue a los preocupadores de los no-preocupadores. Al parecer, la tensión corporal "juega un pobre papel en la conducta de preocuparse" (pag. 16). Este es, pues, uno de los

primeros reportes de investigación científica más sistemáticos diseñados expresamente para dar cuenta de las características de la Preocupación como objeto de estudio independiente y legítimo.

#### D. LAS BASES ELECTROCORTICALES DE LA PREOCUPACION.

Una vez definidas algunas de las principales características de la preocupación, Borkovec y sus colaboradores continuaron su línea de investigación tratando de definir la existencia de mecanismos neuronales de dicho fenómeno. Reportaron los estudios preliminares de esta investigación en su artículo denominado "Worry: An Electrocorstial Analysis" (Carter y cols., 1986). Este trabajo se ubicó en la idea general de contar con mediciones más directas de la ansiedad cognoscitiva y no sólo mediciones de autorreporte.

Partiendo de la idea de que las ondas Alfa de los Electroencefalogramas han sido asociadas con calma y estados relajados y que las ondas Beta han sido asociadas con intenso procesamiento cognoscitivo, los autores supusieron que la preocupación mostraría aumentos en las ondas Beta y decrementos en las ondas Alfa.

Además, como esta demostrado que el procesamiento verbal, analítico, está asociado a la actividad del hemisferio izquierdo del cerebro y que el procesamiento paralelo, sintético, está relacionado con la activación del hemisferio derecho, los autores supusieron también que dada la naturaleza verbal,

analítica y rumiativa de la preocupación, se observaría más activación del hemisferio cerebral izquierdo ante su presencia.

Seleccionaron a 40 estudiantes universitarios diestros que reportaran tensión y preocupación en más del 50 % del día (preocupadores) y en menos de 20% (no-preocupadores). Cada grupo fue dividido para recibir dos tipos de tratamientos para la preocupación: relajación muscular progresiva y un grupo de pseudo-tratamiento.

Después de colocárseles los electrodos para obtener los electroencefalogramas, los sujetos pasaron por las siguientes etapas:

a) Un período de *Línea Base* ( de 3 min.) en que a los sujetos se les pedía simplemente que se relajaran unos minutos.

b) Un período de *Preocupación* (de 10 min.) en el cual se les pedía a los sujetos que se preocuparan con tópicos específicos de contenido personal.

c) Un período de *Tarea Cognoscitiva* (de 10 min.). Los sujetos realizaban tres tareas cognoscitivas: dos tipos de aritmética mental y uno de solución de problemas espaciales.

d) Un período de *Entrenamiento en Relajación* (de 25 min.). Todos los sujetos recibieron una introducción audiograbada de 5 minutos sobre la importancia de aprender la relajación y el valor del entrenamiento que ellos recibirían. La mitad de los sujetos recibió las instrucciones grabadas de la Relajación Muscular Progresiva y la otra mitad recibió i nstrucciones en

una técnica de auto-relajación simplemente pidiéndose estar quieto y calmado.

A todos los sujetos se les aplicó también el Cuestionario de Ansiedad Cognoscitivo-Somática, el Cuestionario de Percepción de la Tensión, el Cuestionario de Experiencias de Relajación y Preocupación y un cuestionario para evaluar la credibilidad de los procedimientos de relajación otorgados.

Los resultados de los cuestionarios aplicados indican que no se detectaron diferencias en la credibilidad de las terapias. Se encontró una disminución en los dos grupos con respecto a la ansiedad cognoscitiva y somática. Los preocupadores experimentaron mas preocupación durante la autorelajación que los propios preocupadores y los no-preocupadores durante la relajación progresiva.

En cuanto a los resultados de las evaluaciones electrocorticales, como se esperaba, en los preocupadores hubo mucha actividad Beta frontal; todos los sujetos exhibieron más ondas Beta frontales y parietales durante la etapa de preocupación que durante la línea base o durante el procesamiento de las tareas cognoscitivas.

Antes de la relajación, los preocupadores mostraron más ondas Beta en el hemisferio izquierdo que en el derecho. Después de la Relajación muscular progresiva, disminuyeron las ondas Beta y se igualaron a las presentadas por los no preocupadores. Estos resultados concuerdan con anteriores estudios que

demuestran que la fragmentación de la atención y la redundancia en el pensamiento son características de los Trastornos del Pensamiento tales como la ansiedad, los trastornos obsesivos, la esquizofrenia y la preocupación, y que todos estos están asociados con una actividad cortical izquierda relativamente grande.

El hecho de que los preocupadores hayan mostrado ondas beta altas durante la autorelajación (es decir, cuando se le pide a la persona que intente relajarse sola), es explicado por los autores por el hecho de que esta técnica "no provee la distracción cognoscitiva o física que da la secuencia muscular de tensión-relajación propia de la Relajación Muscular Progresiva".

*EN SINTESIS, ESTE ESTUDIO DEMOSTRÓ QUE LA PREOCUPACIÓN ES UN FENÓMENO ASOCIADO A LA PRESENCIA DE ONDAS BETA EN EL HEMISFERIO IZQUIERDO DEL CEREBRO Y QUE, ADEMÁS, LA PREOCUPACIÓN PUEDE SER TRATADA CON LA RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA QUE DETIENE LOS PENSAMIENTOS PREOCUPANTES Y LOS SUSTITUYE POR PENSAMIENTOS, IMAGENES Y ACTIVIDADES PLACENTERAS PRODUCIDAS POR TENSAR Y RELAJAR LOS MÚSCULOS.*

#### E. LAS CONSECUENCIAS DE LA PREOCUPACION.

Continuando con su línea de investigación, Borkovec y sus colaboradores intentaron después explicar por qué en su estudio de 1983 (citado arriba) la manipulación de la preocupación falló

en producir evidencia de activación cardiovascular. Parecía que la ausencia de respuesta fisiológica sugiere que la actividad mental puede incubarse independientemente de involucramiento somático. York, Borkovec, Vasey y Stern (1987) se propusieron replicar este fenómeno. Además, se propusieron evaluar que efectos produce la inducción de un estado de ansiedad somática, contrastados con la inducción de un estado de ansiedad cognoscitiva, en los pensamientos, las emociones y la actividad fisiológica.

A los sujetos se les pidió que leyeran afirmaciones referidas a actividad cognoscitiva preocupante, para intentar elicitar este estado; a un segundo grupo se le dio a leer afirmaciones generadores de ansiedad somática y al grupo control se les dieron afirmaciones neutrales.

Se evaluaron la cantidad de pensamientos negativos generados en la tarea de concentrarse en la respiración (ver su descripción páginas atrás, en el estudio III). Los estados emocionales fueron medidos por la Lista de Chequeo de Adjetivos Afectivos. Se monitoreó la tasa cardíaca y el funcionamiento gástrico directamente y se les evaluó con el Cuestionario de Percepción Autonómica.

Participaron en el experimento 36 estudiantes de psicología a cambio de puntos extra en sus clases. En el cuarto del laboratorio se les colocaron los electrodos para medir la actividad mioeléctrica gástrica (respuesta eléctrica de los músculos; actividad estomacal). Durante la línea base (de

adaptación) se les aplicaron los cuestionarios. Al fin de la línea base, se pasó a la tarea de concentrarse en la respiración. Con los ojos cerrados, las personas debían de atender su ritmo de respiración. Con un tono, cada 60 segundos se les pedía que informaran si estaban concentrados en: a) su respiración; b) pensamientos negativos distractores; c) pensamientos positivos distractores y d) "otros" distractores.

Acto seguido se inducían los tres estados de ánimo (preocupación, ansiedad somática y estados neutrales). Durante los 10 primeros minutos, los sujetos leían las afirmaciones, al principio en voz baja y luego en voz alta, de 40 tarjetas, cada una conteniendo una afirmación. Durante los siguientes 5 minutos fueron instruídos para concentrarse en el estado emocional generado y a que recordaran experiencias similares del pasado. Por lo tanto, se elicitaron un total de 15 minutos de ansiedad, tiempo suficiente para reproducir los efectos del estudio de 1983. Finalmente, se aplicó la tarea de concentrarse en la respiración y los postest de los dos cuestionarios mencionados.

Los tres grupos no difirieron en las mediciones iniciales. Los resultados de las evaluaciones de postest demuestran que los sujetos del grupo de preocupación tienen más pensamientos negativos intrusivos, mas actividad cardiovascular percibida y mas activación somática (evaluada por el Cuestionario de Percepción Autónoma) que los sujetos del estado de ánimo neutral, pero no difería significativamente de los sujetos de la

ansiedad somática. No hubo diferencias en los cuestionarios entre ambos estados de ánimo.

En lo que respecta a las mediciones fisiológicas, ambas inducciones de ansiedad incrementaron la respuesta cardíaca pero no hubo una que la incrementara más que la otra. No se observaron efectos en la actividad mioeléctrica gástrica.

Los datos muestran que también la ansiedad somática aumenta los pensamientos negativos intrusivos (aunque con menos intensidad) y la percepción de la activación somática en general. Esta falta de diferencia lleva a los autores a concluir que "la preocupación no contiene características únicas y que puede ser una experiencia subjetiva que combina también ansiedad somática y emociones de depresión" (pag. 525).

#### F. PREOCUPACION Y SU RELACION CON LAS IMAGENES FOBICAS.

En 1990, Borkovec y Hu se dedicaron a investigar el papel que juega la preocupación en la respuesta cardiovascular que la gente tiene ante las imágenes fóbicas. Es ya conocido que algunas fobias son corregidas con tratamientos basados en la Exposición, es decir, que se debe acercar al sujeto a la fuente de miedo, simbólica o realmente, en forma graduada. Existen dos índices fisiológicos que se utilizan para reflejar este procedimiento: una gran reacción cardiovascular a la presentación inicial de la situación fóbica y una gran habituación de tal reacción ante exposiciones repetidas.

Se sabe, además, que la evitación abierta anticipa la exposición y, por lo tanto, contribuye a mantener la ansiedad y existe alguna evidencia que indica que la evitación atencional, cognoscitiva, también reduce el impacto de la exposición repetida al evento fóbico. Por lo tanto, para los autores cabría esperar que una clase de cognición que puede estar asociado con la inhibición de los procesos de habituación sea la preocupación.

Creen que es posible que la preocupación sobre situaciones problemáticas y catástrofes futuras (en contraposición a imaginarse esos eventos) influya funcionalmente en el procesamiento de las subsecuentes exposiciones al material temido, contribuyendo a incrementar la ansiedad al evitar la habituación que naturalmente se tendría que dar. Para probar estas afirmaciones es que diseñaron el siguiente estudio.

Participaron cuarenta y cinco estudiantes de psicología que habían evaluado como "mucho miedo" o "terror" al reactivo de hablar en público en el Inventario de Miedos. Los sujetos fueron asignados al azar a uno de tres grupos: preocupación, relajación o estado neutral (de 15 minutos cada uno).

El experimento constó de dos sesiones. Durante la primera, en el cuarto de laboratorio se les colocaron los electrodos en las costillas para que se acostumbraran, ya que hasta la segunda sesión se iba a evaluar realmente la respuesta cardiovascular. Al grupo neutral y al de relajación se les pidió que leyeran una lista de 10 oraciones que caracterizan las actividades neutrales

y relajantes respectivamente. Al grupo de Preocupación primero se les enseñó una lista de 22 oraciones con las preocupaciones más relevantes que la gente experimenta durante la actividad de hablar en público. Los sujetos eligieron 10 y luego las leyeron para grabarlas.

Durante la segunda sesión, al siguiente día, a los sujetos se les pidió que leyeran la descripción de una escena de hablar en público varias veces, intentando imaginar la escena, leer la escena otra vez y volver a imaginarla hasta lograr una buena imagen detallada. Después de cada imagen, tenían que calificarla en una escala de miedo de 1 a 9 puntos y en otra escala de vivacidad de la imagen (igual de 1 a 9 puntos).

Resultados: No hubo diferencias entre la tasa cardíaca al inicio de las sesiones en los tres grupos. En cuanto a los resultados por grupo después de la primera sesión, la condición de relajación produjo un gran incremento de la tasa cardíaca en respuesta a la presentación de imágenes en relación a la condición neutral, la cual produjo una respuesta cardíaca significativamente más grande a la condición de preocupación.

La misma condición de preocupación reportó un puntaje promedio más alto en el grado de miedo (media=5.68) en relación con la condición neutral (media=4.39). Los sujetos de la condición de relajación no tuvieron su puntaje significativamente diferente a los otros dos grupos (media=5.33). No hubo diferencias en el análisis de los puntajes de vivacidad de la imagen entre los tres grupos.

Como se pudo observar, el pensamiento de preocupación justo antes de la visualización de una imagen fóbica elimina la respuesta cardiovascular a dicha imagen. Esto quiere decir que la preocupación puede inhibir el procesamiento del material fóbico y resulta de un mantenimiento de la estructura de miedo cognoscitiva-afectiva aún después de exposiciones repetidas. Se preguntan entonces los autores: ¿qué puede explicar estos efectos?. Primero: la actividad cognoscitiva puede estar débilmente conectada con los sistemas afectivos. Segundo: de acuerdo con la teoría de la ansiedad de Gray, los sistemas de inhibición conductual se activan cuando la información esperada es aversiva. Tercero: otro autor ha demostrado que la repetición de palabras varias veces tiene el efecto de reducir la capacidad de información semántica asociada con la palabra. Si la preocupación involucra actividad cognoscitiva repetitiva relacionada con un evento de miedo, entonces su saciación semántica inherente puede reducir la probabilidad de acceder a cualquier otro tipo de información asociada en la memoria, incluyendo las proposiciones elicitoras de afectos del sistema de imágenes. Desde este punto de vista, *la preocupación puede ser una actividad del sistema conceptual que inhibe activamente el acceso de otros aspectos de los procesos cognoscitivos/afectivos.*

Los resultados parecen sugerir que la preocupación es reforzada por la reducción de la imaginación. *Una forma de afrontar con la ansiedad somática (taquicardia) es concentrarse*

en el contenido de un nivel más abstracto, intentando resolver los problemas provocadores de ansiedad mientras al mismo tiempo se minimizan sus consecuencias fisiológicas. Este proceso puede producir ganancias a corto plazo, pero a largo plazo mantiene la ansiedad al prevenir nuevos procesamientos de información que puedan reducir los temores originales.

#### G. LA NATURALEZA DE LA PREOCUPACION: ¿PENSAMIENTOS Y/O IMÁGENES?

Los resultados del anterior estudio esbozaban ya la posibilidad de que la preocupación se expresara más como actividad conceptual, lingüística, que como imágenes. El problema de la naturaleza de las preocupaciones fue abordado en el siguiente reporte científico publicado por Borkovec e Inz (1990), el cual continúa con la línea de investigación ya definida por el grupo de investigadores de la Universidad Estatal de Pensilvania.

En la revisión de 1987 de la tercera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*" (Asociación Psiquiátrica Americana, 1988) se reconoce explícitamente que la preocupación es el síntoma más importante del llamado Trastorno por Ansiedad Generalizada (antes llamada Neurosis de Ansiedad). Las personas que padecen de este Trastorno se vuelven en sujetos ideales para evaluar el siguiente problema de investigación propuesto por Borkovec e Inz (1990): ¿es la preocupación una actividad conceptual, ideacional o es una actividad imaginaria?

Para contestar a esa pregunta se entrevistaron a 13 personas (7 mujeres y 6 hombres, con un promedio de edad de 32.1 años), a los cuales se les diagnosticó con Trastorno de Ansiedad Generalizada.

El promedio de duración de sus problemas de ansiedad fue de 9.04 años. Se excluyó a aquellos que tuvieran otro trastorno mental, a los que usaran medicación y a los que estuvieran en algún tipo de terapia. Se creó un grupo control de sujetos no ansiosos con el mismo promedio de edad, la misma distribución de edad y el mismo nivel de educación.

A los dos grupos se les aplicaron la escala Rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), un Cuestionario de Miedos, la Escala de Automedición de la Ansiedad de Zung, el Inventario de Depresión de Beck, el Cuestionario de Reacciones a la Relajación y a la Activación, el Inventario de Ansiedad Cognoscitivo-Somática y el Cuestionario de Preocupación de Meyer y cols. (1990).

Ambos grupos pasaron por un período de auto-relajación en el cual, vía interfón, se les instruyó a que cerraran los ojos y se relajaran, concentrándose sobre su respiración y dejando vagar su mente para relajarse. Después de un período de 5 minutos se les instruía para que se preocuparan en algún tema típico de ellos que había sido seleccionado previamente. A los 3, a los 7 y a los 10 minutos durante el período de relajación y de preocupación, el experimentador les preguntaba por el interfón el contenido de su mente en ese momento y si

involucraba pensamientos, imágenes, ambos ó si estaba "inseguro".

Después de esta evaluación, 4 de los sujetos con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) recibieron 12 sesiones de terapia no directiva, 4 recibieron entrenamiento en relajación y los 5 restantes recibieron un paquete de relajación, afrontamiento de desensibilización y terapia cognoscitiva. Una semana después volvieron a contestar los cuestionarios y fueron evaluados igual con la técnica de relajación y preocupación.

Los resultados mostraron claramente diferencias entre las mediciones de los cuestionarios de autorreporte: los sujetos con TAG resultaron más ansiosos y más deprimidos. Las mediciones obtenidas después de la terapia demostró una reducción significativa de esa ansiedad y esa depresión.

Al comparar las mediciones de ambos grupos en el contenido mental (pensamientos o imágenes) en las etapas de relajación y preocupación -antes de la terapia- resultó lo siguiente: durante la Relajación, los sujetos control mostraron predominancia de imaginería con pocos pensamientos, mientras que los ansiosos presentaron casi igual cantidad de cada tipo mental. En la etapa de preocupación, en ambos grupos predominó la presencia de pensamientos sobre la ocurrencia de imágenes.

Después de la terapia, los sujetos con TAG, al ser evaluados durante la relajación, mostraron más presencia de imágenes que de pensamientos (en porcentajes similares a los

sujetos no ansiosos), y durante el periodo de preocupación subieron un poco los pensamientos, pero no superaron a las imágenes.

La inmediata interpretación de estos datos es que la preocupación involucra primariamente pensamientos en oposición a imágenes. Lo cual reafirma los datos mostrados antes de que los preocupadores tienen más actividad del hemisferio cerebral izquierdo con ondas Beta, propia de la gente cuando se encuentra pensando.

Los autores concluyen preguntándose: si la preocupación es fundamentalmente una actividad conceptual, un pensamiento, ¿cuál es su función?. Dado que el Trastorno por Ansiedad Generalizada se caracteriza porque casi no existen señales ambientales obvias que desencadenen la ansiedad, los autores especulan que la preocupación es un método para intentar evitar una catástrofe futura. Además, tal anticipación es frecuentemente reforzada por la no ocurrencia de los resultados temidos. Pero, aparte de esto, puede existir una función más básica de la preocupación: LA DECLINACIÓN DE LAS IMAGENES Y EL AUMENTO DE LOS PENSAMIENTOS PUEDEN REPRESENTAR UN INTENTO DE EVITAR LOS PROCESOS DE IMAGINERÍA. Dado que la imaginaria es el vehículo que inicialmente causa mucha activación somática -actividad cardiaca- UNA MANERA DE APRENDER A EVITAR LA ANSIEDAD SOMATICA ES EVITAR IMAGINAR, INCREMENTANDO LA CONCENTRACIÓN DE LA ATENCION SOBRE LA ACTIVIDAD CONCEPTUAL (el pensamiento preocupante). Bajo estas condiciones, los disparadores de los

episodios de preocupación pueden ser estímulos generalizados asociados con cualquier grado de elicitación emocional. Se avanza así, en la comprensión de los mecanismos de mantenimiento y, sobre todo, de tratamiento de este tipo de Trastornos por Ansiedad.

#### H. HACIA UNA TEORÍA COGNOSCITIVA DE LA ANSIEDAD: LA FUNCION COGNOSCITIVA DE LA PREOCUPACION.

A modo de sintetizar un poco los resultados anteriores y terminar este capítulo de la investigación experimental sobre la Preocupación, revisaremos brevemente el artículo de Mathews (1990). Este trabajo, publicado como ensayo por invitación de la revista *Behavior Research and Therapy*, fue elaborado para intentar una síntesis de la investigación que se ha realizado sobre la ansiedad con la metodología del Procesamiento Humano de Información. En otras palabras, la aplicación de la metodología de la Psicología Cognoscitiva a un problema clínico: la ansiedad.

a) El contenido cognoscitivo de la ansiedad.

Parte el autor de la base de que la ansiedad involucra patrones característicos de procesamiento cognoscitivo, que tiene el efecto de mantener altos niveles de vigilancia hacia posibles peligros. De aquí el primer resultado demostrado: los episodios de ansiedad están asociados con pensamientos aversivos acerca de daños físicos y/o sociales.

En un estudio sobre las frecuencias de preocupaciones mas comunes en muestras de poblaciones normales, se encontraron los siguientes contenidos: relaciones intimas, confianza social, realización vital, competencia en el trabajo, solvencia financiera y problemas del mundo en general (por ejemplo, la contaminación). Comparando a sujetos ansiosos con los normales, los primeros se preocupan más por todos los tópicos personales y nada por los problemas generales del mundo. Lo anterior sugiere que LA PREOCUPACION EXCESIVA ES PRINCIPALMENTE UNA INQUIETUD POR AMENAZAS PERSONALES Y EMOCIONALES AL YO.

b). La preocupación y la activación fisiológica.

Dado que la preocupación inhibe paradójicamente la respuesta cardíaca a la imaginación de los estímulos fóbicos, se basa en activación Beta del Hemisferio Cerebral izquierdo y se ha demostrado que está compuesta más de pensamientos que de imágenes, se puede concluir que la PREOCUPACION ES EL COMPONENTE COGNOSCITIVO ESPECIFICO DE LA ANSIEDAD, sin involucrar al otro componente: el somático.

c) La preocupación como preparación para el peligro.

La preocupación es un estado especial del sistema cognoscitivo adaptado para anticipar un futuro daño posible. Como proceso de anticipación, la preocupación es un fenómeno humano único, tendiente a buscar la manera de evitar los peligros. Por lo tanto, se opone a la solución de los problemas. En casos extremos de preocupación excesiva, al no basarse en el

mundo real, es incompatible con una solución de problemas exitosa.

d) Preocupación normal y anormal.

¿Cómo distinguimos a la preocupación normal de la que no lo es?

1. Una posibilidad es que los individuos puedan variar en su sensibilidad a las señales que indican la existencia de amenazas futuras (ATENCIÓN SELECTIVA). Por lo tanto, la preocupación excesiva y los estados anormales de ansiedad están asociados con una tendencia para detectar y procesar selectivamente las señales de amenaza del ambiente. La gente con poca preocupación puede simplemente no hacer caso de esas señales de amenaza.
2. Otra posibilidad es que los individuos excesivamente preocupados tienden a seleccionar la interpretación más emocionalmente amenazante de las señales relacionadas con posibles eventos aversivos (INTERPRETACIÓN CATASTRÓFICA DE LA AMBIGÜEDAD: INFLACIÓN DEL RIESGO SUBJETIVO). Esta posibilidad puede ocurrir porque las señales de peligro en la vida cotidiana son ambiguas por naturaleza. Una tendencia a seleccionar la posibilidad más amenazante de interpretación de las señales ambientales puede estar asociada con una gran experiencia de preocupación. Igual prejuicio ocurre favoreciendo la interpretación

catastrófica de las señales corporales internas en el caso de los Trastornos por Pánico. Por lo tanto, las señales internas y externas pueden ser sujetas a interpretaciones prejuiciadas, ocasionando diferentes tipos de preocupación o trastornos de ansiedad.

3. La tercera posibilidad es que los pensamientos intrusivos sobre consecuencias aversivas refleje diferencias en la manera en la que la información sobre el peligro es almacenada en la memoria a largo plazo. Las personas más preocupadas recuerdan más fácilmente los eventos amenazantes.
4. Pueden también existir diferencias en la estrategia cognoscitiva o la respuesta conductual a la amenaza, las cuales pueden servir inadvertidamente para exacerbar más que aminorar la preocupación. La distracción de señales relacionadas con la preocupación puede solamente mantener su impacto. De igual modo, si la preocupación es vista como un intento no exitoso de resolver los problemas, entonces tal vez los preocupados ensayan resolver problemas irresolubles.

De estas cuatro posibles razones para explicar por qué se generan preocupaciones anormales, sobre las tres primeras hay más investigación experimental.

d). A modo de conclusión: La ansiedad como un esquema del sistema cognoscitivo.

El modelo cognoscitivo propone que existe un número limitado de emociones básicas, cada una correspondiendo a un modo organizacional único del sistema cognoscitivo. En el caso de la ansiedad, ésta ocurre cuando se percibe que está en riesgo un objetivo de autopreservación personal básica. La reorganización cognoscitiva relacionada, tiene la función de mantener la vigilancia sobre la amenaza.

Así, la ansiedad está asociada con la asignación de una prioridad alta a los procesos involucrados en detectar la información relacionada con daño y la correspondiente reducción en los recursos cognoscitivos utilizables para otras tareas. *EL ESTADO DE ANIMO ANSIOSO CORRESPONDE A UN SISTEMA COGNOSCITIVO ORIENTADO A VIGILAR, Y LE DA PRIORIDAD A LAS OPERACIONES COGNOSCITIVAS NECESARIAS PARA DETECTAR E INTERPRETAR AMENAZAS POTENCIALES.* Como resultado de este modo cognoscitivo, se atienden selectivamente las señales de amenaza, se interpretan los eventos ambiguos de una manera amenazante y se experimentan pensamientos intrusivos repetitivos acerca de las potenciales amenazas. La experiencia prolongada de este modo vigilante puede tener el efecto adicional de acumular más información acerca de peligros potenciales y ésto incrementa la intensidad de la ansiedad experimentada.

Esta es, pues, una mirada a la investigación experimental producida para entender algo de la preocupación como proceso

básico y las posibles implicaciones de este conocimiento para entender y tratar los problemas relacionados con el mal manejo de la ansiedad. En el capítulo siguiente revisaremos algunos de los instrumentos generados para evaluar la presencia de la preocupación, para pasar, en los siguientes capítulos, a las situaciones específicas de manifestaciones de ansiedad.

CAPITULO II  
MEDICION DE LOS FACTORES COGNOSCITIVOS  
DE LA ANSIEDAD

Quando el investigador vuelve los ojos hacia el individuo, se encuentra con que en él todas las leyes se han modificado.

G. W. ALLPORT.

## CAPITULO II

### MEDICION DE LOS FACTORES COGNOSCITIVOS DE LA ANSIEDAD

Realmente han sido pocas las investigaciones diseñadas para elaborar instrumentos de medición dedicados específicamente a evaluar la preocupación como fenómeno único. Mas bien se ha pretendido evaluarlo tangencialmente al aplicar instrumentos que miden ansiedad, en lo general, y sus factores cognoscitivos, en lo particular.

Por tal motivo, en este capítulo pasaremos revista a los dos únicos instrumentos que conocemos que miden directamente la preocupación, y también revisaremos otra escala de ansiedad que explicita la presencia de factores cognoscitivos en su construcción.

#### 1. EL CUESTIONARIO DE PREOCUPACION DE PENN STATE.

Como ya hemos visto, la línea de investigación más consistente y productiva sobre la preocupación ha sido la desarrollada por el equipo del Dr. Thomas Borkovec. A partir de su trabajo, ellos han desprendido lógicamente la necesidad de contar con un instrumento de medición propio de su objeto de estudio. Por lo tanto, decidieron planear e instrumentar varios estudios para producir una escala de autoinforme de la preocupación llamada "The Penn State Worry Questionnaire"

(Cuestionario de Preocupación de Penn State). Una copia del instrumento traducido está reproducido en la siguiente página.

El Cuestionario de Preocupación de Penn State (CPPS) recibe ese nombre por ser la Universidad del Estado de Pensilvania la institución educativa en la cual trabaja Borkovec. En su artículo Meyer, Miller, Metzger y Borkovec (1990) reportan ocho estudios dedicados a obtener la confiabilidad y la validez del CPPS. Revisemos brevemente los resultados de estos estudios.

ESTUDIO I. A partir de otras escalas y de reactivos nuevos elaborados expresamente, se formó un banco de 161 preguntas. Se aplicó a 337 estudiantes universitarios y a los resultados se les aplicó un análisis factorial, del cual se desprendieron varios factores:

- Factor General: Preocupación (22.6% de varianza)
- Seguridad Física y Salud (4.2%)
- Evaluación Social (3.1%)
- Creencia en la preocupación como una estrategia de afrontamiento positivo (2.6%)
- Depresión y falta de optimismo sobre la vida (2.1%)
- Exito futuro en las relaciones (1.7%).

La confiabilidad obtenida (por el método de correlación entre las mitades) fue de 0.97, para el total de los 161 reactivos.

# CUESTIONARIO DE PREOCUPACION DE PENN STATE

NOMBRE \_\_\_\_\_ EXPED \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD ACTUAL \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

GRADO MAXIMO DE ESTUDIOS \_\_\_\_\_

***** PREGUNTAS *****	NADA	POCO	REG	MUCHI	EXC
*****	*****	*****	*****	*****	*****
1. Si no tengo tiempo suficiente para hacer todas las cosas, no me preocupo por ello	( )	( )	( )	( )	( )
2. Siempre me estoy preocupando	( )	( )	( )	( )	( )
3. No tiendo a preocuparme por las cosas	( )	( )	( )	( )	( )
4. Muchas situaciones hacen que me preocupe	( )	( )	( )	( )	( )
5. Se que no debo preocuparme por las cosas, pero no puedo evitarlo	( )	( )	( )	( )	( )
6. Cuando estoy bajo presión, me preocupo mucho	( )	( )	( )	( )	( )
7. Siempre me estoy preocupando por cualquier cosa	( )	( )	( )	( )	( )
8. Encuentro que es fácil desechar mis pensamientos de preocupación	( )	( )	( )	( )	( )
9. Tan pronto como termino algo, comienzo a preocuparme por lo que voy a hacer después	( )	( )	( )	( )	( )
10. Yo nunca me preocupo por nada	( )	( )	( )	( )	( )
11. Cuando ya no hay nada que hacer, ya no me preocupo más	( )	( )	( )	( )	( )
12. Toda mi vida he sido muy preocupón	( )	( )	( )	( )	( )
13. He notado que he estado preocupándome por algunas cosas	( )	( )	( )	( )	( )
14. Una vez que comienzo a preocuparme, ya nada me detiene	( )	( )	( )	( )	( )
15. Estoy preocupado todo el tiempo	( )	( )	( )	( )	( )
16. Me preocupo sobre los proyectos hasta que están totalmente terminados	( )	( )	( )	( )	( )
*****	*****	*****	*****	*****	*****

Para contar con una escala de Preocupación exclusivamente, los autores conservaron únicamente las preguntas que conformaron el Factor General de Preocupación formado por 58 reactivos. Quitando las redundantes, las ambiguas y las de baja carga factorial, se conservaron 16 reactivos, con una nueva confiabilidad de 0.93. Esos 16 reactivos conforman la escala definitiva.

ESTUDIO II. Una vez definido el nuevo instrumento, se aplicó a 405 estudiantes universitarios para re-evaluar su consistencia interna y generar estadísticas descriptivas normativas. Aplicaron a la misma población el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad ante la Prueba, un Índice de Autoestima, una Escala de Auto-desventajas y una Escala de Búsqueda de Sensaciones.

La media obtenida para el grupo total fue de 48.8 con una desviación estandar de 13.8. La media de las mujeres fue de 51.2 y la de los hombres de 46.1. (recuérdese que el rango posible de resultados va de 16 a 80 puntos y la media posible es de 48). Con la prueba "T de Student" se demostró que la diferencia entre los puntajes es significativa: las mujeres se preocupan más que los hombres. Se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de 0.93 para toda la población.

Se encontró una correlación significativa entre la escala de preocupación (CPPS) y la Escala de Autodesventaja, indicando que la preocupación se relaciona con una gran tendencia a

generar interferencias internas con la mala ejecución. Altos preocupadores también se caracterizan por un baja autoestima, bajas emociones sensoriales y baja susceptibilidad al aburrimiento.

ESTUDIO III. Ahora se investigó la confiabilidad test-retest, la validez discriminante y la validez de constructo. 47 sujetos del Estudio II llenaron el CPPS de 8 a 10 semanas después y el Cuestionario de Ansiedad Cognoscitivo-Somática.

La confiabilidad test-retest fue alta: 0.92. El CPPS correlacionó con la subescala Cognoscitiva del Cuestionario de Ansiedad Cognoscitivo-Somática al 0.70 y con la subescala Somática al 0.55.

ESTUDIO IV. Con una nueva muestra de 286 estudiantes, se reevaluó la consistencia interna del CPPS. Fue alta: 0.94. La media para el grupo total fue de 46.7 con una desviación estandar de 14.01. La media para las mujeres fue de 49.1 y para los hombres de 43.3, encontrándose que sí son diferentes significativamente.

En este mismo estudio se aplicó a otra muestra de 165 estudiantes el CPPS con la finalidad de examinar los efectos de la deseabilidad social y la confiabilidad test-retest a las 2 y 4 semanas. Se les aplicó también la Escala de Deseabilidad Social de Marlowe-Crowne y el Inventario de Autoestima de Rosenberg. Se les preguntó también qué porcentaje del día se sentían típicamente preocupados y tensos.

La media del grupo en la primera aplicación fue de 45.7, con una desviación estandar de 13.5. El promedio de las mujeres fue de 48.0 y de los hombres de 43.0 (diferentes estadísticamente). La confiabilidad a las 2 semanas fue de 0.75 y a las 4 semanas de 0.74.

La escala CPPS no se asoció con la medida de Deseabilidad Social, pero sí estuvo relacionado con el porcentaje de preocupación y de tensión durante el día (estos últimos también correlacionaron entre sí al 0.71. Igualmente altas preocupaciones están relacionadas con baja autoestima.

ESTUDIO V. Nuevamente se evaluó la confiabilidad Test-Retest y las diferencias en preocupación asociados con el uso de las estrategias de afrontamiento en encuentros estresantes y los resultados afectivos de esos encuentros. La situación estresante aquí considerada fue presentar exámenes.

Recuérdese que la preocupación provoca que las personas se enfoquen en sus incapacidades y, además, tienen una excesiva focalización sobre las implicaciones negativas de las tareas. Los autores recuerdan que otras investigaciones han demostrado que los preocupadores crónicos pueden experimentar niveles elevados de afectos negativos en respuesta a situaciones estresantes y que usan menos mecanismos de afrontamiento adaptativos.

A una nueva muestra de 73 estudiantes se les aplicó el CPPS y la Escala de Estilos de Afrontamiento de Lázarus y Folkman y

una medida de Estado de Animo de 24 reactivos. La Escala de Estilos de Afrontamiento mide 12 factores:

- \* Pensamiento Mágico
- \* Ignorar la Situación
- \* Planificar Acciones
- \* Autoculpa
- \* Mirando el Lado Positivo
- \* Reflexión
- \* Expresión de Sentimientos
- \* Búsqueda y análisis de información
- \* Aislamiento
- \* Responsabilizando a otros
- \* Evitación de Problemas
- \* Reducción de la Tensión

Los resultados demostraron nuevamente que el CPPS tiene una buena consistencia interna: 0.95 para el test y el retest. La media de los puntajes para toda la muestra fue de 53.7 con una desviación estandar de 14.2 (mujeres: 53.1 y hombres: 54.4, diferencia no significativa). La correlación test-retest a un mes fue de 0.93.

Las personas altas en preocupación reportaron más afecto negativo ante los exámenes. Con respecto a las estrategias de afrontamiento, sólo tres se relacionaron significativamente o marginalmente con la preocupación: autoculpa, pensamiento mágico y evitación de problemas. Estas estrategias siempre están

asociados a pobres resultados en las tareas y a altos afectos negativos.

**ESTUDIO VI.** En este estudio se pretendieron evaluar las diferencias individuales en medidas de personalidad en relación con la preocupación. Se aplicaron a 87 estudiantes, además del CPPS, las siguientes escalas: *La Escala de Autoconciencia* (mide ansiedad social); *La Escala de Objetivismo* (mide las tendencias a tomar decisiones con base en información racional); *La Necesidad de Cogniciones* (mide la preferencia de las personas para involucrarse en tareas cognoscitivas); *La Escala de Perfeccionismo* (mide lo que su nombre indica); *La Batería de Capacidades Interpersonales* (mide la "flexibilidad funcional" o habilidad de las personas para adaptar su conducta a las demandas de las situaciones interpersonales); *La Escala de Deseo de Control* (mide la motivación para controlar los eventos significativos de la vida de cada persona); *La Escala de Urgencia de Tiempo* y *la Escala de Reacciones a los Exámenes* (que mide la ansiedad ante la prueba en sus componentes somáticos y cognoscitivos).

La consistencia interna una vez más es alta (0.91). La media total fue de 51.5, con una desviación estandar de 12.7 (mujeres= 53.3 y hombres=50.1, sin ser su diferencia estadísticamente significativa). Se aplicó una Regresión Múltiple para correlacionar todos los resultados de las escalas de personalidad con los resultados de preocupación. Se obtuvieron los siguientes predictores significativos:

- \* Urgencia General de Tiempo (24.1%)
- \* Autoconciencia Privada (7.3%)
- \* Deseo de Control (6.5%) -correlación negativa-
- \* Perfeccionismo (5.7%).

De acuerdo con estos datos, las características que definen a la preocupación son tendencias crónicas hacia la autoevaluación y hacia la autoexaminación, una preferencia para evitar el control sobre eventos que le afectan, estándares excesivamente demandantes sobre la propia ejecución y una tendencia general a sentirse con prisas y presionado por el tiempo.

Por otro lado, los preocupadores no parecen ser significativamente diferentes de los no preocupadores en su grado de flexibilidad interpersonal y en su deseo de involucrarse en actividades cognoscitivas.

ESTUDIO VII. Este estudio sirvió para determinar la validez de criterio de grupo. A 392 estudiantes universitarios se les aplicó dos cuestionarios para evaluar la presencia de dos trastornos categorizados por el DSM-III-R: El Trastorno por Ansiedad Generalizada (TAG) y El Trastorno por Estrés Postraumático (TEP).

Cuarenta y ocho estudiantes reunieron todos los criterios de TAG (con una media en el Cuestionario de Preocupación de 64.1), 189 reunieron algún criterio de TAG (con promedio de 52.3) y 160 no reunieron ningún criterio (con promedio de 40.1). Hubo claras diferencias significativas entre estos tres grupos.

Los que reunieron todos los criterios del Trastorno por Estrés Postraumático (TEP) fueron 11 estudiantes (con una media de 57.4). Los que no reunieron alguno o ninguno de estos criterios no revelaron diferencias significativas.

Además de lo anterior, los que llenaron todos los criterios del TAG tienen mayor promedio de preocupación que los que llenaron todos los criterios del TEP. Por lo tanto, se concluye que el CPPS discrimina entre los dos grupos de Trastornos y entre los diferentes niveles del Trastorno por Ansiedad Generalizada (TAG).

ESTUDIO VIII. En este último estudio se probó la sensibilidad del CPPS ante los cambios provocados en personas con TAG que recibieron terapia contra la preocupación. A 34 pacientes que padecían TAG se les aplicó un protocolo de tratamiento de 12 sesiones en una de tres condiciones: Terapia No Directiva, Entrenamiento en Relajación Aplicada y Afrontamiento de Desensibilización más Terapia Cognoscitiva.

Antes de cada tratamiento, se les aplicaron cinco escalas: la subescala Rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE, en inglés conocido como State-Trait Anxiety Inventory, STAI), el Autoregistro de Ansiedad de Zung, el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Registro de Ansiedad de Hamilton y la Escala de Registro de Depresión del mismo autor.

No hubo diferencias entre sexos al inicio de la terapia en el puntaje de la CPPS. Los 13 hombres obtuvieron una media de

67.8 con desviación estandar de 7.9 y las 21 mujeres tuvieron un promedio de 68.4 con una desviación estandar de 6.3.

En cuanto se terminó la terapia, los sujetos fueron nuevamente evaluados, encontrándose que el grupo que recibió afrontamiento de desensibilización mas la terapia cognoscitiva produjo una gran reducción en los puntajes del CPPS: de 67.9 a 44.8. En tanto que la terapia no directiva sólo redujo de 66.7 a 59.2 y la relajación aplicada redujo de 70.2 a 63.2. Reducciones que no fueron significativas. El CPPS fue, pues, sensible a los cambios provocados por la terapia orientada cognoscitivamente.

Como puede observarse, el *Cuestionario de Preocupación de Penn State* es una medida altamente confiable y válida, producto de un conjunto de estudios evaluativos que sorprenden por su contundencia. Este instrumento de evaluación está, púas, a la espera de los psicólogos mexicanos para ser adaptada y estandarizada en nuestro país o, mejor aún, buscando elaborar una escala propia que pueda evaluar este importante proceso psicológico.

## 2. "ESCALA DE PREOCUPACION" DE PATRICIA WISOCKI.

Continuando con las escalas que pretenden medir directamente la Preocupación, encontramos una menos elaborada que el CPPS. Esta nueva escala recibe el nombre de "*Escala de Preocupación*" (The Worry Scale) y fue desarrollada por la Dra. Patricia Wisocki de la Universidad de Massachusetts, EUA.

Esta escala fue diseñada para evaluar las preocupaciones específicas de los ancianos. Esta orientada hacia el futuro, insiste sobre la evaluación personal de eventos específicos y se enfoca sobre la calidad de vida.

De acuerdo con Wisocki (1988), la Escala de Preocupación es un cuestionario de 35 reactivos en la cual los sujetos indican qué tanto se preocupan acerca de problemas en las áreas de Finanzas, Salud y Condiciones Sociales. Se autoevalúan los entrevistados en una escala de 5 puntos, que va de Nunca a Raramente, pasa por Algunas Veces, continúa en Muchas Veces y termina en Todo el Tiempo. Se califica con valores que van de 0 a 4. Las categorías de finanzas, salud y social correlacionan significativamente con el total de preocupación y cada reactivo individual también correlaciona con el total de cada subescala.

Una traducción de los reactivos de la escala se reproduce a continuación:

#### COSAS QUE ME PREOCUPAN:

##### AREA DE FINANZAS.

1. Que pierda mi casa
2. Que no pueda ser capaz de pagar las cosas necesarias de mi vida (por ejemplo: la comida, la medicina)
3. Que no pueda ser capaz de mantener mi propia independencia
4. Que no pueda ser capaz de gozar las "cosas buenas de la vida"
5. Que no pueda ser capaz de ayudar a mis hijos financieramente

##### AREA DE SALUD.

6. Que mi vista o mi oído se vayan perdiendo
7. Que pierda el control de mi vejiga o de mis riñones
8. Que no sea capaz de recordar cosas importantes
9. Que no sea capaz de hacer algo por mi mismo
10. Que no sea capaz de disfrutar mi comida
11. Que pueda tener el cuidado de mi familia

12. Que pueda tener el cuidado de personas extrañas
13. Que no pueda ser capaz de cuidar a mi esposa (o)
14. Que tenga que ir a un asilo u hospital
15. Que no pueda ser capaz de dormir en las noches
16. Que pueda tener una enfermedad seria o un accidente
17. Que mi esposo (a) o un familiar cercano pueda tener un enfermedad seria o un accidente
18. Que no pueda ser capaz de disfrutar el sexo
19. Que mis reflejos se hagan lentos
20. Que no pueda ser capaz de tomar decisiones
21. Que no pueda ser capaz de manejar un carro
22. Que tenga que usar una ayuda mecánica (lentes o bastón)

## CONDICIONES SOCIALES.

23. Que me vea "viejo"
24. Que la gente piense que no soy atractivo
25. Que nadie me visite
26. Que nadie me ame
27. Que sea una carga para los que me quieren
28. Que no pueda ser capaz de visitar a mi familia y amigos
29. Que pueda ser atacado por un ladrón en la calle
30. Que mi casa sea asaltada
31. Que nadie me ayude cuando lo necesite
32. Que mi familia y mis amigos no me visiten
33. Que algún familiar o amigo se muera
34. Que me deprima
35. Que tenga un problema psicológico serio

De acuerdo con los resultados del estudio reportado en el capítulo V, la escala es eficiente, se completa en poco tiempo y puede ser fácilmente aplicada en escenarios naturales. Salvo un manuscrito no publicado que la propia autora cita en sus referencias bibliográficas, no conocemos algún artículo en el que se reporten los datos psicométricos de esta escala.

### 3. LA ESCALA DE PREOCUPACION-EMOCIONALIDAD.

La última escala que revisaremos en este capítulo fue diseñada en 1967 por Liebert y Morris para medir un tipo de ansiedad específica: la ansiedad ante los exámenes escolares (*test anxiety*).

Está bien documentado que los exámenes académicos, por su incertidumbre y por las consecuencias que puede tener una mala calificación, pueden convertirse en amenazas al bienestar psicológico y, por lo tanto, ser fuente de ansiedad (Sarason, 1986).

La investigación a encontrado, también, que la ansiedad ante los exámenes se manifiesta fundamentalmente en dos grupos de respuestas. El primer grupo se conoce como la *PREOCUPACION* y contiene el aspecto cognoscitivo de la ansiedad; el segundo grupo se denomina *EMOCIONALIDAD* y agrupa un conjunto de respuestas fisiológicas y emocionales que aparecen concomitantemente con la preocupación.

Para medir estas reacciones se elaboró la "Escala de Preocupación-Emocionalidad". Desde su creación, en 1967, esta escala ha recibido mucha atención y se ha aplicado en diferentes estudios evaluativos (Morris y cols, 1981). En nuestro país conocemos una investigación que adaptó dicha escala para utilizarla con población mexicana (Fernández y Martínez, 1993).

Los resultados de este estudio mexicano están por reportarse; sin embargo, adelantemos aquí algunos de ellos, para dar a conocer la estructura de una nueva escala de evaluación psicológica aplicable a población mexicana.

Fernández y Martínez (1993) aplicaron una versión traducida de la Escala de Preocupación-Emocionalidad a un total de 589 estudiantes de bachillerato de las Escuelas Vocacionales del

Instituto Politécnico Nacional. El valor mínimo de la edad fue de 14 años y el máximo de 21, con una media de 16.6 años.

La escala aplicada contó originalmente de 12 reactivos, 6 de los cuales teóricamente medían el factor Preocupación (P) y las 6 restantes el factor Emocionalidad (E). A continuación se reproducen los reactivos originales:

1. Siento que no podré hacer bien el examen
2. Siento que mi corazón palpita demasiado
3. Pienso que otros pueden sacar mejor calificación que yo
4. Estoy tan tenso que mi estómago se trastorna
5. Pienso que se me va a terminar el tiempo y no podré hacer bien el examen
6. Me siento inquieto (a)
7. Pienso que por mis calificaciones las personas importantes para mí puedan desaprobarme
8. Estoy nervioso (a)
9. Me preocupa obtener mala calificación
10. Me siento atemorizado (a)
11. Estoy preocupado (a) por este examen
12. Me incomoda que el (la) profesor (a) piense que soy mal estudiante

Para saber si la escala mide los dos factores de ansiedad igual que la escala original, los autores aplicaron un análisis factorial a sus resultados y, efectivamente, se encontraron dos factores. A uno se le reconoce fácilmente como Preocupación y al restante como Emocionalidad. La única diferencia con la escala original es que los factores los constituyen sólo 5 ítems para



Tenemos, pues, tres escalas para medir la Preocupación como componente principal de la Ansiedad. Dos de ellas todavía poco conocidas en nuestro país. Una tercera que comienza a adaptarse a la población mexicana y que parece esperanzador su uso en un futuro inmediato por los psicólogos mexicanos.

Obviamente se nota la falta de investigación mexicana en la construcción de instrumentos de medición psicológica y, en esta área se nota aún más.

CAPITULO III  
EL ESCENARIO CLINICO:  
EL TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA.

Yo no he cometido mis actos, los  
he padecido, si me es permitido  
referirme a los de mi padre y mi  
madre...  
He pasado por pruebas que no se  
olvidan.

SOFOCLES: Edipo en Colona

### CAPITULO III

## EL ESCENARIO CLINICO:

## EL TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA.

#### A. CARACTERIZACIÓN CLINICA.

En la actualidad, una de las guías más utilizadas para la elaboración de los diagnósticos de la psicopatología lo constituye el llamado "DSM-III-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales" (Asociación Psiquiátrica Americana, 1988). Este manual ha ido ganando mucha aceptación por su énfasis cada vez más descriptivista y menos comprometido con algún enfoque teórico. Esto es, insiste más en sólo describir los síntomas que tipifican a un trastorno mental y utiliza menos interpretaciones sobre las posibles causas del mismo.

A pesar de haber sido elaborado por la Asociación Psiquiátrica Americana, los psicólogos lo utilizan mucho por las razones arriba expuestas. Pues bien, la última revisión de 1987 de la tercera edición del Manual describe que la PREOCUPACION es el síntoma principal de los TRASTORNOS POR ANSIEDAD GENERALIZADA, una de las más importantes manifestaciones clínicas de la ansiedad. Los criterios diagnósticos para este Trastorno son los siguientes:

"Ansiedad y preocupación no realistas o excesivas (expectación aprehensiva) en torno a dos o más circunstancias vitales; por ejemplo, preocupación por la posible desgracia de alguno de los hijos (que no se halla en peligro), o preocupación por asuntos económicos (sin ninguna razón)".

"El trastorno a durado por lo menos seis meses o más, durante los que el individuo ha estado preocupado por estos problemas la mayor parte de los días. En los niños y adolescentes el trastorno puede tomar la forma de ansiedad y preocupación por el rendimiento académico, deportivo y social".

"Por lo menos, hay seis de los siguientes dieciocho síntomas cuando el individuo esta ansioso:

**Tensión Motora:**

1. Temblor, contracciones o sacudidas
2. Tensión o dolor muscular
3. Inquietud
4. Fatigabilidad excesiva

**Hiperactividad Vegetativa:**

5. Falta de aliento o sensación de ahogo
6. Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado
7. Sudoración o manos frías y húmedas
8. Boca seca
9. Mareo o sensación de inestabilidad
10. Nausea, diarrea u otros trastornos abdominales
11. Sofocaciones o escalofríos
12. Micción frecuente
13. Dificultad para tragar.

**Hipervigilancia:**

14. Sentirse atrapado o al borde de un peligro
15. Exageración de las respuestas de alarma
16. Dificultad para concentrarse o episodios en los que la mente se queda en blanco debido a la ansiedad.
17. Dificultades en dormir o en mantener el sueño
18. Irritabilidad (pag. 303-304)".

Los Trastornos por Ansiedad Generalizada se encuentran clasificadas en el grupo de las antiguamente llamadas Neurosis de Ansiedad.

Sanderson y Barlow (1990) realizaron un estudio a fin de conocer algunas características de las personas que padecen Ansiedad Generalizada. Entrevistaron a 22 pacientes que padecen este trastorno encontrando que las esferas de la preocupación

fueron las más comúnmente reportadas y enjuiciadas como preocupaciones excesivas o irreales. Como elemento diagnóstico adicional (comorbilidad) encontraron también altos porcentajes de Fobia Social. Confirmaron que efectivamente la preocupación crónica e intensa sobre dos o más circunstancias de la vida (acompañada de síntomas fisiológicos), es el mejor patrón que discrimina al Trastorno de Ansiedad Generalizada de otros estados de ansiedad.

Para continuar demostrando esta tesis, Gross, Oei y Evans (1989) compararon ahora a personas con Ansiedad Generalizada, con Agorafobia, con Pánico y con Fobia Social. Encontraron que los agorafóbicos y los que padecen ataques de pánico se caracterizan más por respuestas de temor; las personas con fobia social se caracterizaban más por su activación fisiológica y los pacientes con ansiedad generalizada padecían más de estado de ánimo ansioso. Estos resultados confirman la tesis de que la característica cardinal de la Ansiedad Generalizada es la Preocupación. Iguales resultados se han encontrado estudiando niños: Mattison y sus colaboradores (1988) aplicaron la "Escala de Ansiedad Manifiesta para Niños" a 44 niños diagnosticados con Ansiedad Generalizada y a 95 niños con otros padecimientos psiquiátricos. Encontraron que el Factor "Sobresensibilidad-Preocupación" de la Escala distingue significativamente a los niños ansiosos de los otros. Aparte de recomendar usar esta escala en la evaluación multimétodo de los niños ansiosos, lo importante es que se demostró, una vez más, que la preocupación

es el elemento fundamental del Trastorno por Ansiedad Generalizada.

De acuerdo con todo lo revisado hasta el momento, la ansiedad tiene dos componentes principales: uno cognoscitivo (dominado fundamentalmente por la preocupación) y otro afectivo-somático (compuesto por las sensaciones fisiológicas que acompañan a la preocupación, pero que son relativamente independientes). Conviene ahora preguntarnos: ¿existen técnicas psicoterapéuticas probadas que ayuden a mitigar los efectos displacenteros de un estado de ansiedad?. La respuesta es positiva, por lo cual pasemos ahora a revisar algunas de las técnicas más usadas y más efectivas en el control de la ansiedad.

#### B. PSICOTERAPIA DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD.

Podemos dividir a las técnicas que mencionaremos en este apartado en dos grandes grupos, dependiendo del problema objetivo que pretenden abordar. Así, tendremos, a) las técnicas orientadas al control de la preocupación y, b) las técnicas orientadas al control de las reacciones fisiológicas que acompañan a la preocupación. Veamos cada una por separado.

##### a) Técnicas orientadas al control de las reacciones fisiológicas

Comenzaremos con estas técnicas debido a que es recomendable que la terapia inicie por ellas, ya que su impacto inmediato es muy grande y puede ayudar a incrementar la adherencia al tratamiento. En otras palabras, lo que tratamos de

decir es que una persona con altos niveles de ansiedad crónica se ve inmediatamente beneficiada con una técnica que reduzca su activación fisiológica, procurándole un estado de relajación que desde hace mucho no hubiese sentido. Simultáneamente puede comenzarse a poner en práctica estrategias de naturaleza más cognoscitiva, pero ya se llevaría avanzado una parte del camino en la cual el paciente rápidamente adquiere un sentimiento de confianza y de autoeficacia.

Como ya adelantamos, las técnicas buscan producir un estado de relajación, estado que es clásicamente considerado el contrario de la ansiedad. Su objetivo es reducir el nivel de activación fisiológica de las personas ansiosas. Para lograr este objetivo, se utilizan, entre otras, las siguientes técnicas:

- \* Relajación Muscular Progresiva
- \* Entrenamiento Autógeno
- \* Respiración Abdominal
- \* Imaginación Guiada

A continuación describiremos una parte de los procedimientos técnicos que se utilizan con cada uno de ellos.

1. LA RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA. Esta técnica de relajación tiene por procedimiento básico el tensar y destensar los músculos, los cuales se clasifican en grupos para acelerar su reconocimiento y su relajación. Esta técnica apareció en la década de los 30's y fue desarrollada principalmente por

Jacobson. Una de las versiones más actuales que conocemos, más corta, se reproduce a continuación:

\*\*\*\*\*

INSTRUCCIONES PARA LA RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA

\*\*\*\*\*

1. Respire profundamente y retenga el aire (aproximadamente 10 seg.). Reténgalo. Muy Bien, suéltelo.
2. Levante sus dos manos para que se queden a medio camino del sofá ( o de los brazos de la silla), y respire normalmente. Ahora, baje las manos hasta el sofá (o hasta la silla).
3. Ahora, levante las manos y apriete los puños. Apriéte los bien. Sienta la tensión en sus manos. Voy a contar hasta 3 y luego diré "tres", y luego quiero que baje las manos. Uno...dos...tres.
4. Levante los brazos otra vez y doble los dedos hacia atrás (hacia el cuerpo). Ahora baje las manos y relájese.
5. Levante los brazos. Relájelos.
6. Ahora, levante de nuevo los brazos, pero esta vez "aletée" con las manos. Muy Bien, relájese.
7. Levante los brazos otra vez. Relájese.
8. Separe de nuevo las manos del sofá (silla) y tense los bíceps hasta que tiemblen. Respire normalmente y mantenga las manos relajadas. Reláje las manos (note como lo invade la sensación de calor).

9. Ahora mantenga los brazos levantados y tense los bíceps. Asegurese de que respira normalmente. Relájese los brazos.
10. Arquee la espalda. Manténgalo. Sus brazos están relajados. Relájese.
11. Curve los hombros hacia adelante. Manténgalo y respire normalmente. Relájese los brazos. Muy Bien. Relájese. (note la sensación de descanso que le produce tensar y relajar sus músculos).
12. Ahora vuelva la cabeza hacia la derecha y tense el cuello. Relájese y ponga la cabeza en su posición normal.
13. Vuelva la cabeza hacia la izquierda y tense el cuello. Relájese y ponga la cabeza en su posición normal.
14. Inclíne ligeramente la cabeza hacia atrás. Manténgalo. Muy Bien, ahora póngala lentamente en su posición normal.
15. Ahora baje la cabeza para que llegue casi al pecho. Manténgalo. Relájese y deje que su cabeza vuelva a su posición normal.
16. Ahora abra la boca todo cuanto pueda. Un poco más, muy bien, relájese. (La boca debe quedar, al final, un poco entreabierta).
17. Ahora tense los labios cerrando la boca. Muy Bien, relájese (note la sensación de relajación).
18. Ponga la lengua en el cielo del paladar. Presione con fuerza. (Pausa). Relájese y haga que la lengua vuelva a su posición normal.
19. Ponga la lengua en el fondo de la boca. Presione con fuerza. Relájese y haga que la lengua vuelva a su posición normal.

20. Ahora quédese sentado (tumbado) y descanse. Trate de no pensar en nada.
21. Vamos a controlar sus verbalizaciones. Quiero que haga los movimientos como si estuviera cantando en una nota alta. ¡No lo haga en voz alta!. Bien, empiece a cantar para usted mismo. Sostenga la nota, y ahora relájese.
22. Ahora cante una nota media y tense de nuevo las cuerdas vocales. Descanse.
23. Ahora una nota baja. Tense las cuerdas. Relájese. (Su aparato vocal está relajado, relaje la boca).
24. Cierre los ojos, apriételes bien y respire normalmente. Note la tensión. Ahora relájese. (Note como se alivia la tensión cuando usted se relaja).
25. Deje los ojos relajados y abra la boca ligeramente.
26. Abra los ojos todo cuanto le sea posible. Manténgalos así. Ahora relájelos.
27. Arruge la frente todo cuanto pueda. Muy bien, relájese.
28. Ahora respire profundamente y retenga el aire en los pulmones. Relájese.
29. Exhale. Expulse todo el aire...todo el aire. Relájese. (note la agradable sensación que produce volver a respirar).
30. Imagine que hay varios pesos presionando sus músculos, haciéndolos flácidos y relajados...atrayendo sus brazos y cuerpo hacia el sofá.
31. Tense los músculos del estómago. Más fuerte. Muy bien, relájese.

32. Ahora fuerze los músculos como si fuera a boxear. Ponga el estómago duro. Descanse. (Cada vez se encuentra más relajado).
33. Tense las nalgas. Más fuerte. Ahora relájese.
34. Ahora concentrese en la mitad superior de su cuerpo y relaje cualquier parte que esté tensa. Primero los músculos de la cara. (pausa... 3 - 5 segs.). Luego los bocales. (Pausa... 3 - 5 segs.). La región del cuello (pausa... 3 - 5 segs.). Los hombros... reláje cualquier parte tensa (pausa). Ahora los brazos y los dedos. Relájelos. Esta usted muy relajado.
35. Mantenga este estado de relajación, levante las dos piernas. Aproximadamente hasta un ángulo de 45 grados. Ahora relájese.
36. Ahora doble los pies hacia atrás, como si los dedos estuvieran de frente a su cara. Relaje la boca. Doblelos con fuerza. Relájese.
37. Ahora hágalo al contrario, como si los dedos se separaran de su cuerpo. Note la tensión. Muy Bien. Relájese.
38. Descanse. (Pausa). Ahora encoja los dedos de los pies, con mucha fuerza. Más fuerte. Bueno, relájese (Tranquilo... silencio de unos 30 segs.).
39. Para completar el procedimiento formal de relajación:

Ahora explore su cuerpo desde los pies hacia arriba. Asegurese de que todos los músculos están relajados. (Se dice lentamente). Primero los dedos de los pies... los pies... las piernas... las nalgas... el estómago... los hombros... el cuello... los ojos... y, por último, la frente, todo

tiene que estar relajado. Tranquilo... (silencio de unos 10 segundos).

Este tranquilo y muy relajado, note la sensación de calor que produce la relajación. (Pausa). Me gustaría que permaneciera así un poco más; luego voy a contar hasta cinco. Cuando llegue a cinco, quiero que abra los ojos y se sienta tranquilo y descansado.

(Tranquilo... silencio de un minuto aprox.).

Muy bien, cuando cuente 5 quiero que abra los ojos y se sienta muy tranquilo y descansado. Uno... está muy tranquilo; dos... Muy tranquilo, muy descansado; tres... muy descansado; cuatro... y, cinco.

\*\*\*\*\*

Esta técnica dura de 20 a 25 minutos y fue tomada de Morris (1987).

2. ENTRENAMIENTO AUTOGENO. Esta técnica, generada en Alemania por Shultz, tiene por procedimiento básico, generar sensaciones de pesadez y, sobre todo, de calor, por medio de frases sugestivas. Siguiendo el enfoque de revisar técnicas breves, de utilidad, pero efectivas, a continuación reproducimos algunas frases del Entrenamiento Autógeno (o autogénico, según otras traducciones), tomadas de Domínguez y Valderrama (1992).

\*\*\*\*\*  
INSTRUCCIONES PARA EL ENTRENAMIENTO AUTÓGENO  
\*\*\*\*\*

1. Me siento bastante tranquilo.
2. Estoy empezando a sentirme relajado.
3. Siento mis pies pesados y relajados.
4. Siento mis tobillos, rodillas y caderas pesadas, relajadas y cómodas.
5. Siento mi pecho y estómago relajados y tranquilos.
6. Siento mis manos, brazos y hombros pesados, relajados y cómodos.
7. Siento mi cuello, mandíbula y frente cómodos y suaves.
8. Siento todo mi cuerpo pesado, cómodo y relajado.
9. Sigo sintiendo todo mi cuerpo.
10. Estoy bastante relajado.
11. Mis brazos y mis manos están pesados y calientes.
12. Me siento bastante tranquilo.
13. Todo mi cuerpo está relajado, mis manos están calientes y relajadas.
14. Mis manos están calientes.
15. El calor está fluyendo a mis manos; están calientes.
16. Mis manos están calientes, relajadas y calientes.
17. Continúo sintiendo mis manos.
18. Siento mi cuerpo quieto, cómodo y relajado.
19. Mi mente está tranquila.
20. Aparto mis pensamientos; me siento calmado y tranquilo.
21. Me concentro en mis pensamientos de tranquilidad.

- 22. En el fondo de mi mente puedo verme relajado, cómodo y tranquilo.
- 23. Estoy alerta, pero siento una tranquilidad interior.
- 24. Mi mente está tranquila.
- 25. Siento una tranquilidad interior.
- 26. Sigo gozando de estas sensaciones.
- 27. NOTA: El relajamiento ha concluido. El cuerpo entero se reactiva con una respiración profunda y con las frases siguientes:

28. "Siento vida y energía fluyendo por:

- \* mis piernas
- \* caderas
- \* estómago
- \* pecho
- \* brazos
- \* manos
- \* cuello y
- \* cabeza.

...la energía me hace sentir ligero y lleno de vida".

29. Me desespero.

\*\*\*\*\*

3. RESPIRACIÓN NATURAL. Siguiendo con la exposición de las técnicas que tienen como objetivo reducir el nivel de activación fisiológica de las personas ansiosas, describiremos ahora una herramienta que fue extraída de la tradición del Yoga e incorporada al bagaje terapéutico anti-estrés. Esta técnica, tomada de Davis, Mckay y Eshelman (1985), se reproduce a continuación.

\*\*\*\*\*

INSTRUCCIONES DE LA RESPIRACIÓN NATURAL

\*\*\*\*\*

1. Empiece por ponerse cómodo, de pie o sentado.
2. Respire por la nariz.
3. Al inspirar llene primero las partes más bajas de los pulmones. El diafragma presionará su abdomen hacia afuera, para permitir el paso del aire. En segundo lugar, llene la parte media de los pulmones, mientras que la parte inferior del tórax y las últimas costillas se expanden ligeramente para acomodar el aire que hay en su interior. Por último, llene la parte superior de los pulmones mientras eleva ligeramente el pecho y meta el abdomen hacia adentro. Estos tres pasos pueden desarrollarse en una única inhalación suave y continuada que puede llevarse a cabo con un poco de practica en pocos segundos.
4. Mantenga la respiración unos pocos segundos.
5. Al expirar lentamente, meta el abdomen ligeramente hacia adentro y levántelo suavemente a medida que los pulmones se vayan vaciando. Cuando haya realizado la expiración completa, relaje el abdomen y el tórax.
6. Al final de la fase de inhalación, eleve ligeramente los hombros y, con ellos, las clavículas, de modo que los vértices más superiores se llenen de nuevo con aire fresco.

\*\*\*\*\*

4. IMAGINACIÓN GUIADA. La psicología cognoscitiva ha demostrado que los seres humanos procesamos la información que nos llega de

dos formas diferentes: visual y verbal. Por lo tanto, estos mecanismos también han sido utilizados para generar cambios cognoscitivos, emocionales, fisiológicos y conductuales en el ser humano. Así, la denominada "imagería" se ha convertido también en una técnica psicoterapéutica.

Sin embargo, el uso de imágenes mentales debe ser ajustado a las características propias de la persona en la que se usará. Para provocar relajación, se cita frecuentemente las imágenes de un bosque o de una playa. Pero es sabido que el significado de las imágenes no es universal. El bosque puede generar sentimientos de desamparo o de soledad en algunas personas; la playa puede traer malos recuerdos a algunos o generar sensaciones de desagrado a otros. Un ejemplo de cómo las imágenes no son universales nos lo da el ejercicio que a continuación reproducimos de un "Best Seller" que circula en idioma español y que pretende proveer de imágenes útiles para todos.

Este ejercicio pretende reducir la percepción del tiempo en situaciones preocupantes. Nótese que algunos de los elementos que evoca están claramente fuera del significado cotidiano de los mexicanos comunes.

#### ESCENA DEL RELOJ.

"Diez minutos de tiempo real te parecerán un minuto. El tiempo va a pasar muy, pero muy rápidamente. Parecerá un instante. En menos de una hora podrás realizar el trabajo de todo el día, y realizarlo más eficazmente que lo que consigues ordinariamente".

"Estás en el segundo piso de una casa, es casi media noche, al principio de la primavera. En la habitación hay una gran cama con dosel. En la cama hay una muñeca antigua y soldados de

juguete de madera. Hay un mirador. Los rayos de la luna pasan a través de la ventana y bañan la habitación con una luz resplandeciente plateada".

"Vas hacia la ventana. Miras al exterior. Ves una ciudad, el reloj de una torre, un río como una cinta plateada a la luz de la luna, un puente, y después el campo. Ahora el reloj empieza a dar las 12 campanadas. Da la primera. Ves como unas nubes pasan por delante de la luna".

"El reloj da su segunda campanada. Una brisa penetra por el mirador, las cortinas se ondulan. A la tercera campanada del reloj, se siente un perfume de lilas desde un macizo bajo la ventana. Cuando el reloj da la cuarta campanada percibes un gusto a miel del té aromático que te has tomado a última hora esta noche".

"A la quinta campanada del reloj ves en el exterior de la ventana una luz dorada, con destellos, como polvo dorado. Cuando el reloj da la sexta campanada, las luces doradas entran en tu habitación tiñiendo las paredes de naranja".

"A la séptima campanada, tienes una sensación de ingravidez. A lo octava campanada del reloj, tus pies se elevan sobre el suelo. Cuando el reloj da la novena campanada, sales flotando por la ventana".

"La décima campanada del reloj suena muy lejos. Vas a la deriva por encima de la ciudad, por encima del río, sobre el campo. A la undécima campanada del reloj, te vienen a la mente toda clase de felices recuerdos infantiles: circos, refrescos, meriendas campestres, ollas doradas, arco iris, campanas de trineos... cuando el reloj da la media noche, flotas dirigiéndote directamente hacia las estrellas". (Tomado de Fezler, 1991).

Lo anterior nos lleva a recomendar que cuando se usen imágenes mentales con la finalidad de provocar relajación en una persona, debe de hacerse una entrevista profunda para conocer las necesidades de la persona y definir con ella las imágenes que sean placenteras y relajantes PARA ELLA.

Con la finalidad de contar, en resumen, con una técnica de relajación que podamos utilizar, reproducimos a continuación unas instrucciones que pretenden tomar elementos de tres de las anteriores cuatro técnicas y que parece ser efectiva en la mayoría de las personas a las que se les ha aplicado.

Centro para la Atención Psicológica  
de Trastornos por Estrés y Ansiedad.

RELAJACION POR RESPIRACION  
(Procedimientos Técnicos).

RR-1

- HOJA 1. Introduciendo la Relajación
- HOJA 2. Inicio de la Relajación por Respiración.
- HOJA 3. Introducción de la Visualización.
- HOJA 4. Introduciendo el Entrenamiento Autógeno
- HOJA 5. Regreso al Estado de Alerta.

(Tiempo Promedio de Duración: 30 min.)

CENTRO PARA LA ATENCION PSICOLOGICA  
DE TRASTORNOS POR ESTRES Y ANSIEDAD

PROCEDIMIENTO: RELAJACION POR RESPIRACION FORMA:RR-1. HOJA 1

## 1. INTRODUCIENDO LA RELAJACION:

"Para realizar el ejercicio de relajacion, le voy a pedir que cierre los ojos, que respire hondo y profundo, siga mis instrucciones y no abra los ojos hasta que yo le indique".

"No es un ejercicio de hipnosis, usted siempre tendra el control de si mismo y no se preocupe si siente algun cosquilleo o una sensacion de que esta 'flotando', estas son buenas senales de que se esta relajando"

"La técnica de relajacion que practicaremos se basa en la respiracion y en la imaginacion, si la aprende bien, podra relajarse en cualquier momento que se sienta tenso o nervioso sin necesidad de que este en un escenario especial o requiera de condiciones especiales".

"Controlando su respiracion usted podra controlar el ritmo de su corazon y, ademas, disminuira la tension de sus musculos y aumentara la temperatura de su piel, provocando una sensacion de descanso y placer y generara en usted un sentimiento de confianza en si mismo".

DURACION APROXIMADA DE EJERCICIO: 2 min.

CENTRO PARA LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA  
DE TRASTORNOS POR ESTRÉS Y ANSIEDAD

PROCEDIMIENTO: RELAJACION POR RESPIRACION    FORMA:RR-1. HOJA 2

## 2. INICIO DE LA RELAJACION POR RESPIRACION:

LA PERSONA SE ENCUENTRA SIEMPRE SENTADA.

"Bien. Acomodese lo mejor que pueda en el asiento. No importa si usted piensa que se ve mal; lo importante es que este comodo. Durante el ejercicio puede moverse, pero procure que sus acomodados no sean muy bruscos".

"Ahora cierre los ojos...Ponga su mano derecha arriba de su estomago y abajo de su pecho... Respire hondo y profundo, lento...despacio... procure que el aire llegue hasta su estomago para que sienta que su mano sube y baja con cada respiracion...recuerde: la respiracion tiene que ser honda, muy honda y profunda, suavcita, sienta el aire que entra por su nariz y llena todos sus pulmones...jale aire y sueltelo despacito..comience a sentir una sensacion de descanso, de paz, de tranquilidad... la respiracion pausada, lenta, suavcita, provoca una sensacion agradable, placentera, que se siente en todo el cuerpo...respire hondo y profundo, suave y descansadamente"

TIEMPO APROXIMADO DEL EJERCICIO: De 5 a 7 min.

CENTRO PARA LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA  
DE TRASTORNOS POR ESTRÉS Y ANSIEDAD

PROCEDIMIENTO: RELAJACIÓN POR RESPIRACIÓN    FORMA: RR-1. HOJA 3

### 3. INTRODUCCIÓN DE LA VISUALIZACIÓN:

LA PERSONA SIGUE RELAJADA RESPIRANDO Y CON LOS OJOS CERRADOS, SE CONTINUA CON LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

"Ahora quiero que se imagine su frente, que vea en su mente los músculos de su frente... si están tensos y duros, restirados como si fueran una liga, aflojelos, suéltelos, que descansen... sienta la sensación de relajación, del descanso... ahora vea sus sienes, imagínelas en su mente... si están duras, si están tensas, aflojelas, suéltelas, que descansen... vea también los músculos de sus párpados, de los músculos que rodean a sus ojos, aflojelos, relajelos... ahora piense en los músculos de su nariz y en sus pómulos, también: si están tensos, duros, ocasionando dolor, suéltelos, que se relajen... piense también en sus mejillas, en sus labios, en la barbilla, que también descansen, que se relajen.

"RECUERDE DEBE RESPIRAR HONDO Y PROFUNDO"

...sienta su mandíbula, su lengua y todos los músculos de su cara, relajelos, sienta el placer que que esos músculos descansen, de que no estén duros y tensos... sienta toda su cara, esta relajada, muy descansada, suavemente, agradable".

TIEMPO APROXIMADO DEL EJERCICIO: De 8 a 10 min.

CENTRO PARA LA ATENCION PSICOLOGICA  
DE TRASTORNOS POR ESTRES Y ANSIEDAD

PROCEDIMIENTO: RELAJACION POR RESPIRACION    FORMA:RR-1. HOJA 4

4. INTRODUCIENDO EL ENTRENAMIENTO AUTOGENO:

ESTE ES EL EJERCICIO FINAL DE LA RELAJACION; SE CONTINUA INMEDIATAMENTE DESPUES DEL ANTERIOR:

"Ahora siente toda la cara relajada, muy relajada...se siente caliente, muy caliente, es una sensacion agradable...piense ahora que se va bajando el calor por su cuello hasta sus hombros y sus brazos...el calor agradable baja ahora por sus pulmones y los musculos de su pecho...sienta esa sensacion rica del calor recorriendo su cuerpo...ese calorcito va llegando a su corazon que late despacito, calmadito, con calor y paz... todo su cuerpo se esta llenando de un calor relajante, agradable...ahora sienta que el calor va bajando a su estomago, es agradable, sienta que su estomago irradia calor, que baja a los intestinos y a su vientre, estos descansan y siente alivio, paz, calor...ahora son sus piernas las que reciben esas sensaciones agradables...igual sus pies...todo su cuerpo esta calentito y descansado...su corazon late con tranquilidad, su estomago y sus intestinos estan descansando... todos sus musculos se relajaron y nada le duele.. tiene una sensacion de confianza y de seguridad.

SU RESPIRACION ES CALMADA, HONDA Y PROFUNDA, AGRADABLE, RECONFORTANTE...(DEJAR PASAR DOS MINUTOS SIN DECIR NADA).

DURACION APROXIMADA DEL EJERCICIO: De 5 a 7 min.

CENTRO PARA LA ATENCION PSICOLOGICA  
DE TRASTORNOS POR ESTRES Y ANSIEDAD

PROCEDIMIENTO: RELAJACION POR RESPIRACION FORMA:RR-1. HOJA 5

5. REGRESO AL ESTADO DE ALERTA.

DESPUES DE LOS DOS MINUTOS ANTERIORES, DECIR EN VOZ FIRME PERO SIN GRITAR:

"Bien...ahora escuche mi voz...recuerde que su respiracion debe ser honda y profunda, agradable y descansada...imaginese que siente en su cara y en sus manos una brisa fresca, un aire fresco y agradable que le hace sentir vigor y fortaleza...sienta el aire que toca su cara y que ademas le mueve el cabello...se siente confiado y tranquilo, muy tranquilo...recuerde cada detalle del lugar en el que estamos:muebles, colores, texturas...recuerde que esta en un ejercicio de relajacion...recuerde como viene vestido, como esta sentado...voy a contar de tres hasta cero y al llegar a cero podra abrir los ojos...tres...dos...uno...!cero! puede abrir los ojos".

"Acomodese, estirese o haga lo que desee para recuperarse adecuadamente"...(dar 10 seg. sin verlo).

DISCUTIR CON LA PERSONA SI LOGRO RELAJARSE, SI SINTIO ALGO EN ESPECIAL, QUE LE PARECE EL EJERCICIO, QUE LE GUSTO MAS, QUE NO LE PARECIO.

INSITIR QUE SOLO LA PRACTICA CONSTANTE GENERARA LOS MEJORES RESULTADOS. PEDIR QUE SE PRACTIQUE CUANDO MENOS UNA VEZ AL DIA. RESALTAR QUE DESPUES DE LA PRACTICA, SE VUELVE HABITO.

TIEMPO APROXIMADO DE ALERTA:3 min.DISCUSION: 5 min

b). Técnicas orientadas al control de las cogniciones.

Revisaremos ahora las técnicas que se orientan más directamente al cambio directo del aspecto cognoscitivo de la ansiedad. Cabe hacer la aclaración, antes de entrar directamente a este nuevo tema, que actualmente se considera que las diferentes técnicas de relajación funcionan gracias a que influyen también sobre las cogniciones de las personas. Es decir, que la relajación se logra gracias a que el sujeto enfoca su atención en un sólo estímulo, presenta una actitud corporal de pasividad y de inmovilidad. Lo anterior hace que los pensamientos generadores de ansiedad no puedan ingresar a la conciencia de la persona y de allí que se logre la disminución de la activación fisiológica que, a final de cuentas, también es generada por la forma de pensar de la gente.

Retomando el tema de las estrategias para el cambio cognoscitivo, podemos organizarlas a partir de las siguientes acciones:

- \* El primer paso consiste en identificar los pensamientos
- \* Después hay que ver la pertinencia de detenerlos
- \* Posteriormente hay que sustituirlos
- \* O, tal vez, hay que cuestionar su pertinencia; hay que, por lo tanto, analizarlos

Recuérdese aquí que estamos entendiendo al pensamiento como el medio a través del cual el individuo procesa la información que recibe del ambiente, y que se expresa en signos lingüísticos (palabras) y en imágenes.

Para cada una de las acciones anteriormente mencionadas existe una técnica que se ha desarrollado para realizarlas. Revisémoslas brevemente.

1. IDENTIFICACIÓN DE PENSAMIENTOS. Pocas personas tienen clara conciencia de que la manera en que están pensando su realidad externa e interna es la que a fin de cuentas provoca sus perturbaciones emocionales. Por ello, el primer paso en el tratamiento de los contenidos cognitivos de la ansiedad es hacer consciente al paciente de este proceso, pero, sobre todo, que sepa identificar los pensamientos específicos que tiene.

Para ello se les puede pedir que realicen un autorregistro de sus pensamientos en el momento de sentirse ansiosos. Al anotar los pensamientos en el acto, el sujeto comienza también a darse cuenta de que siempre preceden o acompañan a sus sensaciones emocionales y corporales de ansiedad.

Otra estrategia puede ser una reconstrucción imaginaria de las situaciones las ansiógenas y reportar inmediatamente los pensamientos concurrentes. Se puede, además, pedir al paciente que se enfrente a propósito a una situación estresante y que vaya observando sus pensamientos preocupantes. A esta estrategia se le conoce como Experimentos Vivenciales. Por último, se pueden también diseñar ejercicios de juego de roles o de videos en los cuales el sujeto se encuentre en las situaciones preocupantes y tomar nota inmediatamente de los pensamientos que vaya teniendo. Con estas estrategias de evaluación se puede tener una buena cantidad de preocupaciones generadores de

disconfort, se pueden conocer sus contenidos y sus relaciones causales con factores ambientales, emocionales, fisiológicas y conductuales.

2. DETENCIÓN DE PENSAMIENTOS. Una vez identificados los pensamientos ansiógenos puede que el paciente acepte que son claramente irracionales y que es necesario detener la cadena de pensamientos. Se ha encontrado que el propio registro cotidiano de los pensamientos hace que su ocurrencia disminuya. La autoobservación o automonitoreo permanente de los pensamientos en el momento en que nos sentimos ansiosos tiene efectos reactivos sobre la persona, que deja de emitirlos. Sin embargo, su efecto no es duradero, por lo cual se tiene que complementar este fenómeno con otro tipo de técnicas (Véase a Mahoney y Thorensen, 1986).

Rimm y Master (1980) describen la técnica de Detención del Pensamiento, que busca enseñar a los pacientes una forma más sistematizada de detener el flujo de preocupaciones. En ella se le pide al paciente que identifique una situación ansiógena y que comience a generar los pensamientos tradicionales. Cuando se encuentra inmerso en este proceso el terapeuta le grita "Alto" y le pide al paciente que observe que pasó con sus pensamientos y sus emociones. Se supone que al detener la cadena se rompe sus relaciones con las emociones displacenteras. Poco a poco el control de la detención pasa paulatinamente al paciente y cada vez va siendo más internalizado.

3. SUSTITUCIÓN DE PENSAMIENTOS. La autoverbalización es la técnica desarrollada por Meichenbaum (1988) para hacer que la persona que tenga pensamientos ansiógenos los pueda sustituir por autoinstrucciones más adaptativas. Recuérdese que páginas arriba mencionábamos que los psicólogos cognoscitivistas proponen que procesamos la información por medios verbales y visuales. Meichenbaum utiliza el aspecto verbal y pretende que las personas lo usen para mejorarse a sí mismo.

Además de plantear que se identifiquen las autoverbalizaciones preocupantes por otras más adaptativas, propone que se planifiquen cuando hay una situación ansiógena en especial. Deben de planearse autoinstrucciones en los siguientes niveles.

1. Preparación para afrontar la situación.
  - \* planificar la estrategia
  - \* combatir los pensamientos negativos
2. Confrontación inicial con la situación
  - \* reafirmar que uno puede abordar la situación
  - \* recordar el uso de respuestas de afrontamiento
  - \* permanecer centrado en la tarea
3. Confrontación total con la situación
  - \* establecer planes de apoyo para casos necesarios
  - \* permanecer centrado en el presente
  - \* estimularse para permanecer en situación
  - \* aprender a tener control aún si pasa lo peor
4. Evaluación de los esfuerzos de afrontamiento
  - \* evaluar el intento (reconocer avances)
  - \* alabarse por los logros y el intento.

Con esta estrategia las personas tienen elementos para poder sustituir los pensamientos ansiógeno por otros mas adaptativos.

4. ANALISIS DE PENSAMIENTOS. Existen otras propuestas que no pretenden detener ni sustituir los pensamientos, sino analizar sus bases racionales. En esta corriente se encuentra la conocida Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis.

Sin embargo, la técnica que más apoyo experimental ha recibido es la denominada Reestructuración Cognoscitiva (Goldfried y Goldfried, 1987). Esta técnica se asemeja en mucho a la propuesta por Beck para la terapia de la depresión (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983).

Una vez que el paciente reconoce que los pensamientos preocupantes son mediadores de los estados de ansiedad, y además identifica en contenido específico de estos pensamientos, procede demostrar su veracidad e irracionalidad. Algunas de las estrategias para lograr este objetivo se describen a continuación:

\* EXPLORACION DE LOS SIGNIFICADOS ALTERNATIVOS. ¿De qué datos dispone para mantener su creencia?, ¿cómo consideraría esta situación un espectador neutral?, ¿dónde se encuentra el origen de los hechos?, ¿piensa la persona en términos de probabilidades o de certeza?, ¿está confundiendo las escasas probabilidades con las probabilidades elevadas?, ¿ha evaluado realmente el sujeto la probabilidad de

aparición de las consecuencias que él anticipaba inicialmente y la probabilidad de que se produzcan otras explicaciones alternativas generadas posteriormente?.

\* **TECNICA DE DESDRAMATIZACIÓN.** "¿Qué sucedería si... ?".

Explorar las consecuencias temidas de la creencia errónea. Considerar las posibles consecuencias últimas de los acontecimientos temidos (por ejemplo: ¿qué ocurriría si realmente cometiera un error?. Recordar las probabilidades. ¿Qué repercusión tendría al cabo de una semana?, ¿de dos semanas?, ¿de seis meses?, ¿de dos años?).

\* **EXPLORACION DE LAS PROBABILIDADES DE OCURRENCIA.** ¿Qué

probabilidades hay de que realmente se produzcan los acontecimientos negativos que el sujeto anticipa? (Ejemplo: ¿qué probabilidad hay de que su jefe deje de respetarle si comete algún error?).

\* **REATRIBUCIÓN DE LA RESPONSABILIDAD.** ¿Qué parámetros están bajo

el control del sujeto en una situación determinada?, ¿en qué medida es personalmente responsable de cada aspecto? - en una escala del 1 a 100%. Por ejemplo: el sujeto piensa que ha de trabajar horas extras para evitar que la oficina donde trabaja vaya a la ruina. Pregunta: ¿en qué medida contribuye usted?, ¿en qué medida lo hacen los demás compañeros?, ¿qué ocurre cuando usted esta de vacaciones o se encuentra enfermo?, ¿qué pasa si no cumple todas sus tareas?.

- \* **COMPROBACIÓN DE LAS SUPOSICIONES MEDIANTE UN EXPERIMENTO CONDUCTUAL.** Se encarga al sujeto que salga y compruebe sus suposiciones, realizando la conducta cuyas consecuencias teme o realizando una pequeña encuesta para evaluar lo que pensarían de él los demás si ocurriera tal y tal cosa. (Por ejemplo: el sujeto piensa que un error significaría que es un fracasado en su trabajo. El sujeto junto con el terapeuta elabora una encuesta y pide a diez compañeros que manifiesten su opinión sobre él si supieran que había cometido un pequeño error).
  
- \* **INVERSIÓN DE ROLES.** Con frecuencia resulta útil que el sujeto y el terapeuta inviertan sus papeles. El terapeuta asume el sistema de creencias del sujeto e intenta defenderlo. La tarea del sujeto es convencer al terapeuta de la irracionalidad de la creencia que está defendiendo.
  
- \* **EVALUACIÓN DE LOS ASPECTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS DE MANTENER UNA CREENCIA.** Consiste en hacer que el sujeto elabore una lista de las consecuencias que comporta la adhesión a una creencia fija. Se enumeran los resultados positivos que el sujeto experimenta habitualmente. Se pide al sujeto que por cada aspecto positivo señale otro negativo, que pueda ser una consecuencia de mantener dicha creencia.

Elaborando un paquete de tratamiento que conjugue y maximice las potencialidades de cada técnica, tendremos muchas probabilidades de ayudar positivamente a las personas que son preocupadores crónicos y que vivencian, como hemos visto

reiteradamente, estados de ansiedad muy displacenteros que merman su salud física y mental.

CAPITULO IV  
OTROS ESCENARIOS:  
SALUD, DEPORTE Y SOCIAL.

## CAPITULO IV

### OTROS ESCENARIOS: SALUD, DEPORTE Y SOCIAL.

Hemos revisado ya algunos de los escenarios en los cuales se ha enfocado el mayor esfuerzo de la investigación sobre la preocupación como proceso básico de la ansiedad. Después describimos las técnicas más comunes y efectivas que se utilizan para reducir los niveles de ansiedad, sobre todo en sus manifestaciones clínicas. Ahora revisaremos la investigación generada en nuevos ámbitos de estudio que tienen mucha importancia teórica, pero fundamentalmente aplicada. En este capítulo describiremos algunas de las investigaciones realizadas en escenarios médicos o de rehabilitación de la salud física, en escenarios deportivos (que buscan identificar si la preocupación es perturbadora de una buena ejecución deportiva) y en escenarios sociales.

#### A. PREOCUPACIONES EN EL AMBITO DE LA SALUD.

Dividiremos la investigación en este escenario en varios subtemas: la preocupación por la posibilidad de perder la salud, las preocupaciones que causa la propia enfermedad, las preocupaciones que generan los procedimientos médicos, las preocupaciones que generan enfermedad y las preocupaciones que inducen a buscar la salud.

a) Preocupación por el riesgo de enfermar.

Existen personas que son muy susceptibles a la enfermedad, que por aprendizaje social o por experiencias directas aversivas no desean perder su salud física. Se vuelven muy vigilantes de sus síntomas corporales y se generan constantes estados de ansiedad. Connelly y cols. (1989) intentaron demostrar si existían relaciones entre las preocupaciones por la salud y la utilización de los servicios de salud. Aplicaron el Cuestionario de Percepción de la Salud General de la Corporación RAND a los médicos de un total de 208 pacientes. Los doctores debían calificar a cada paciente en su percepción de su salud física y emocional. Durante 10 meses evaluaron el número de visitas al consultorio, el número de llamadas y los estados de ánimo de los pacientes. El 30% de las personas con percepción de salud baja tuvieron más ansiedad, depresión, preocupaciones relacionadas con la salud y manifestaron menos capacidad de resistir la enfermedad. Igualmente visitaron más los consultorios y realizaron más llamadas a sus médicos.

Actualmente es vigente también los casos de preocupaciones sobre el SIDA que, a pesar de ser improbable contraerlo dado el tipo de vida de las personas, estas preocupaciones se vuelven creencias rígidas y sumamente estresantes. Salt y cols. (1989) proponen una intervención paradójica para reducir este tipo de preocupaciones.

Con el objeto de conocer las posibles relaciones entre las preocupaciones acerca del cáncer y los juicios sobre el riesgo

del cáncer, Easterling y Leventhal (1989) examinaron a 54 expacientes que fueron curadas de cáncer y a 81 mujeres sin historia de cáncer.

Las preocupaciones se evaluaron por las visitas a los médicos y el temor a los síntomas no cancerígenos (como la fiebre y el dolor). Los resultados indicaron que los síntomas no eran mal interpretados por un posible prejuicio o mala atribución de los síntomas, sino que son el resultado de un proceso de recuerdo, que hace que las creencias de vulnerabilidad sean activadas por las señales somáticas. Los expacientes tuvieron más preocupaciones que los sujetos controles no-pacientes.

Dentro de las preocupaciones por la pérdida de la salud, tal vez la más profunda sea el miedo a morir. En un interesante estudio, Field y Howells (1986) entrevistaron a 98 estudiantes del tercer año de la carrera de medicina sobre sus preocupaciones acerca de la muerte y la agonía, pensando que prontamente se tenían que enfrentar a estas circunstancias. Encontraron diferentes tipos de preocupaciones asociadas a diferentes aspectos de la muerte y la agonía:

- La muerte propia fue fuente de pocas preocupaciones.
- La agonía propia fue asociada con la presencia de dolor.
- En relación con la muerte de personas cercanas el contenido principal de las preocupaciones fue el romper el lazo afectivo.
- La principal preocupación que manifestaron al interactuar con pacientes moribundos fue la

dificultad de comunicarse con él.

b) Las preocupaciones producidas por la enfermedad.

Puede ser obvio señalar también que la preocupación es una de las consecuencias psicológicas que las personas pueden tener por el hecho de estar enferma. Anderson y Anderson (1986), por ejemplo, describen algunos de los aspectos psicossomáticos de las mujeres con cánceres ginecológicos:

- Demora en la búsqueda de tratamiento por malinterpretación de sus síntomas.
- Estrés "afectivo"
- Dificultades sexuales relacionadas con la enfermedad
- Preocupaciones relacionadas con el tratamiento

Spiegel y Sands (1988) demostraron que la preocupación es un elemento presente en los enfermos de cáncer con altos niveles de dolor. Compararon a 39 enfermos de cáncer con gran dolor con 20 con poco dolor en diversas medidas del estado de ánimo. Los pacientes con mucho dolor obtuvieron valores significativamente más altos en ansiedad, depresión y preocupación. Por ello concluyen que en la rehabilitación del paciente con cáncer con mucho dolor, debe de tomarse en cuenta las perturbaciones de su estado de ánimo, a fin de proveerles de un tratamiento integral.

En relación con el Síndrome Premenstrual, Chong y cols. (1988) evaluaron a 20 mujeres que lo padecen y encontraron mas preocupaciones, sentimientos de tensión y ansiedad que una muestra de 20 mujeres sin Síndrome Premenstrual igualadas en su ciclo. (Recuerdese que el Síndrome Premenstrual se caracteriza

por la presencia de algunos de los siguientes síntomas: depresión, irritabilidad, hostilidad, ansiedad, cambios en el apetito, en el sueño, en la energía y en la libido; además, estos síntomas deben estar relacionados temporalmente con la fase premenstrual y deben ser consistentes por varios ciclos menstruales. Véase Akhtar y cols. 1990).

Vivir con enfermedades crónico-degenerativas también produce preocupaciones. Por ejemplo, evaluando pacientes diabéticos insulino-dependientes sin complicaciones manifiestas, Lundman y cols. (1990) encontraron que sus preocupaciones más importantes conciernen a las complicaciones potenciales de la enfermedad; la más importante está relacionada con la posibilidad de tener daños oculares. Además, hubo preocupaciones por el manejo de la dieta y por los problemas de la vida diaria (más comunes en los jóvenes que en los ancianos -preocupados por la salud). Agregemos que en los pacientes jóvenes se manifestaron sentimientos de ansiedad, pérdida de libertad, inseguridad y autoestima disminuida.

Mencionemos, por último, un trastorno físico que también por ser común genera preocupaciones *sui generis*: la obesidad. Interesados con conocer las preocupaciones relacionadas con el peso, Wadden y sus colaboradores (1991) entrevistaron a 453 mujeres y a 355 hombres, todos ellos adolescentes, para que indicaran sus preocupaciones en 15 áreas. Las muchachas reportaron preocupaciones acerca de cómo se ven, sobre su figura, su peso, su popularidad y sus relaciones con gente del

sexo opuesto. Las preocupaciones de los muchachos versaban sobre el dinero, cómo se ven, su popularidad y sus relaciones con personas del sexo opuesto. Los adolescentes obesos, hombres y mujeres, reportaron preocupaciones significativamente más altas acerca del peso y el físico que sus iguales no obesos. pero su sobrepeso no estuvo relacionado con ansiedad o con preocupaciones en otras áreas.

c) Preocupaciones por los tratamientos médicos.

El sólo hecho de estar enfermo puede generar preocupaciones en las personas. También el saber que se someterán a tratamientos médicos desconocidos o posiblemente dolorosos produce preocupaciones, es decir, un estado de ansiedad. Johnston (1987) demostró que algunas personas se preocupan más por las consecuencias de la cirugía que por el procedimiento en sí mismo.

Bartolucci y cols. (1989) investigaron el estrés y las actitudes ante la enfermedad que produce el someterse a termografía y mamografía. Entrevistaron a 70 mujeres de 17 a 61 años de edad. Las mujeres fueron divididas en dos grupos: 50 con termograma normal y 20 con termograma anormal que necesitaban de mamografías. Después de leer los resultados de las termografías normales, las personas mostraron decrementos significativos en ansiedad, depresión, síntomas somáticos, hostilidad, preocupaciones acerca de la enfermedad, inquietudes acerca del dolor y miedo a la agonía. Las mujeres que requirieron

mamografía mostraron significativamente menos estrés antes de la mamografía que antes de la termografía.

d) Preocupaciones que generan enfermedad.

Así como la gente se preocupa por la posibilidad de enfermar, de estar enferma o de intentar no estarlo, de igual modo la presencia de las preocupaciones puede generar enfermedades. Uno de los trastornos físicos más comunes asociados a la preocupación es el dolor de cabeza. Nulty y cols. (1987) evaluaron a 15 mujeres preocupadoras crónicas y encontraron en ellas una alta asociación entre los niveles de ansiedad y la ocurrencia de dolores de cabeza.

e) Preocupaciones que inducen a sanar.

La preocupación, como parte de un proceso de solución de problemas y de preparación para la acción, también tiene componentes positivos en el ámbito de la salud: puede llevar a las personas a manifestar comportamientos adecuados para recuperar la salud. Hazzard y sus colaboradores (1990) demostraron que las preocupaciones de los padres sobre la salud de sus hijos correlacionaba significativamente con el seguimiento de instrucciones médicas. Esta adherencia terapéutica fue evaluada por la presencia de la medicina en la sangre. Los padres que más se preocupaban era los que más vigilaban la toma de medicinas.

Por ello concluyen que la negación de la ansiedad que produce la enfermedad de los hijos puede interferir con la recuperación de la salud de los mismos.

f) Preocupaciones propias de la vejez.

Bajo la influencia de los trabajos de Borkovec sobre preocupación, Wisocki (1988) elaboró un reporte con los resultados de una investigación cuyos sujetos fueron ancianos. La autora parte de la idea de que la preocupación esta fundamentalmente orientada al futuro, que puede ser elicitada por cualquier evento ambiental, que puede estar relacionada con tópicos relevantes e irrelevantes y que es similar al miedo en sus aspectos subjetivos (sentimientos de ansiedad, aprehensión, inseguridad, frustración) y en sus aspectos somáticos (tensión muscular, desordenes gastrointestinales). Pero lo más importante de los estudios de Borkovec para el caso de la vejez, es el hecho de que la preocupación ocurre más consistentemente durante periodos de inactividad y de baja demanda ambiental.

Por lo anterior es que la vejez es muy susceptible a los efectos de la preocupación: por sus frecuentes periodos de inactividad y por vivir en lugares poco complejos ambientalmente (lo cual puede "invitar a la preocupación", señala Wisocki, 1988. p. 372). Por tales motivos, propone tres metas para su estudio: investigar las preocupaciones sobre la salud en hombres y mujeres ancianos con una medida directa de preocupación; comparar a preocupadores y no-preocupadores en varias medidas y

comparar su Escala de Preocupación (descrita en el capítulo II), con otras medidas de ansiedad.

Evalúo a 94 ancianos, con edades de 60 a 90 años y un promedio de 72, jubilados desde hace 10 años en promedio y con un 75 % reportando buena salud. Se les preguntó su frecuencia de contactos sociales, un puntaje subjetivo de su estado de salud, sus cambios de salud en los últimos seis meses y sus condiciones crónicas. Los ancianos contestaron la Lista de Adjetivos Múltiples de Afectos, el SCL-90 (que mide ansiedad, hostilidad y sensibilidad interpersonal) y su Escala de Preocupación.

Los resultados mostraron que, en promedio, los ancianos entrevistados reportaron pocas preocupaciones. No hubo diferencias entre las preocupaciones de las mujeres y de los hombres. Los ancianos con estudios profesionales o empleados "de cuello blanco" reportaron más preocupaciones en las tres subescalas de la Escala de Preocupación. No hubo diferencias en función del estatus marital de los sujetos, pero si hubo una correlación alta entre incremento en la edad e incremento en las preocupaciones por la salud.

La escala total de preocupación y cada subescala correlacionaron positivamente con las mediciones de la ansiedad de la Lista de Adjetivos Múltiples de Afectos y del SCL-90. El 15 % de los más preocupados reportaron tener menos salud, ser menos vigorosos y reportaron mas enfermedades crónicas.

La autora concluye que el bajo promedio de preocupaciones encontradas puede explicarse porque la población evaluada estaba formada principalmente por ancianos con una buena preparación educativa y altos ingresos económicos. Además, las preocupaciones por la salud encontradas en esta edad son congruentes con el hecho de que los ancianos van perdiendo su independencia y su capacidad de cuidarse a sí mismos. Por ello la existencia de sus preocupaciones por pérdidas motoras o sensoriales, por fallas en la memoria y en las habilidades de solución de problemas, por la enfermedad o accidente de algún miembro cercano de la familia, por la necesidad de estar en un asilo o en un hospital o por ser cuidado por algún extraño. *Por lo tanto, estas preocupaciones, afirma la autora, son todas legítimas.*

La falta de preocupaciones puede reflejar estrategias de afrontamiento efectivas que permitan al anciano adaptarse a sus condiciones ambientales. Puede sentir poco control sobre los eventos descritos en la Escala de Preocupación y, por consecuencia, puede simplemente hacer una evaluación realista de su habilidad para tratar con tales eventos. Se ha demostrado que la evitación es un método de afrontamiento que utilizan especialmente las personas incapaces de ejercer control.

Por último, hay que señalar que las correlaciones de la Escala de Preocupación con las otras mediciones de la ansiedad y la congruencia de las preocupaciones por la salud con la situación real de los ancianos hace pensar a la autora que su

Escala de Preocupación puede ser un instrumento útil para ser usado en estudios con ancianos para entender cómo éstos perciben sus situaciones vitales.

En el mismo número de la revista *Behavior Therapy* en el que la Dra. Wisocki publicó su artículo, aparecieron los comentarios a dicho trabajo por parte de Borkovec (1988). Este autor enfoca sus comentarios sobre el hecho de que en promedio tuvieran pocas preocupaciones los sujetos entrevistados y en la interpretación de los resultados dada por la autora. Agrega a la idea de que los ancianos tengan, probablemente más estrategias de afrontamiento, las siguientes dos interpretaciones con su enfoque teórico cognitivo-conductual:

- a. La habituación a largo plazo puede funcionar para disminuir las preocupaciones (En nuestra edad avanzada hemos estado expuestos repetidamente a muchos casos de catástrofes, pérdidas y frustraciones y sus efectos emocionales pueden disminuir).
- b. Los ancianos tienen una larga evidencia de datos con conclusiones realistas acerca de las probabilidades de ocurrencia de los eventos negativos y de las estrategias más efectivas para afrontar esos eventos.

Lo anterior no significa que toda la gente anciana tome ventaja de esas oportunidades de afrontamiento, sino que simplemente hay más oportunidad de aprender la lección cuando se vive una larga vida.

Después realiza una serie de críticas de carácter metodológico: falta de comparación con un grupo control, imposibilidad (por las características de la Escala de Preocupación) de comparar las preocupaciones de los ancianos con las de otras poblaciones y falta de un diseño que permita ver cómo van cambiando las preocupaciones. Borkovec termina sus comentarios señalando que, como sus estudios han demostrado, la fuente principal de ansiedad en los jóvenes es la Evaluación Social, cosa que no ocurre con los ancianos, ya que la vejez da la oportunidad de aprender actitudes más adaptativas y ello puede hacer que disminuyan sus preocupaciones.

#### *B. PREOCUPACIONES EN ESCENARIOS DEPORTIVOS.*

Como ya mencionamos en el primer capítulo, uno de los elementos principales que desencadenan un estado de preocupación (y, por lo tanto, ansiedad), es percibir que ciertas exigencias del ambiente van más allá de las habilidades que tenemos para responder a ellas. En otras palabras, la ansiedad se desencadena cuando percibimos una amenaza a nuestra integridad psicológica y/o física.

El deporte es un escenario en que esta situación se da con frecuencia. Los psicólogos se han abocado a investigar qué factores desencadenan las preocupaciones en ese escenario y cómo influyen en su ejecución deportiva. Veamos algunos de estos estudios.

Lewthwaite y Scanlan (1989) se interesaron en conocer algunos predictores de la ansiedad competitiva en deportistas jóvenes y entrevistaron a 76 luchadores de 9 a 14 años de edad. Les aplicaron La Escala de Ansiedad Competitiva en el Deporte y un cuestionario de autodescripción para evaluar la autoestima. Los sujetos con más síntomas de ansiedad competitiva somática y con baja autoestima, tuvieron ejecución deportiva pobre y expresaron su preferencia de evitar su competencia. Sus mayores síntomas de Ansiedad Cognoscitiva fueron preocupaciones precompetitivas acerca del fracaso y preocupaciones acerca de las evaluaciones y las expectativas de los adultos. Las preocupaciones relacionadas con los adultos fueron predictoras de la pobre ejecución.

Siguiendo con los estudios psicológicos de los deportistas jóvenes, Brustad y Weiss (1987) evaluaron a 55 niños beisbolistas y a 56 niñas jugadoras de Softball para conocer las relaciones entre los procesos de evaluación cognoscitiva y las características afectivas de estos jóvenes deportistas. Se les aplicaron medidas de autorreporte de ansiedad competitiva, autoestima, competencia física percibida (ser competente físicamente) y frecuencia de preocupaciones relacionadas con su ejecución deportiva y su evaluación social. El análisis reveló que los niños altos en ansiedad competitiva reportaron bajos niveles de autoestima y más frecuentes preocupaciones acerca de su ejecución que su contraparte no ansiosa. Estas relaciones no se encontraron en las niñas evaluadas.

En el intento de encontrar los determinantes de las buenas y malas ejecuciones deportivas, Krohne y Hindel (1988) diseñaron un experimento con la finalidad de analizar las relaciones entre la ansiedad general, la ansiedad específica en el deporte, las estrategias de afrontamiento de la ansiedad, las técnicas de autorregulación emocional "ingenuas", las reacciones de ansiedad cognoscitiva y somática en varias situaciones estresantes y el éxito en la competencia atlética. Evaluaron a 36 jugadores de Tenis de Mesa.

Los sujetos exitosos deportivamente se caracterizaron por tener pocas reacciones de ansiedad interferente (cogniciones de preocupación), poca vigilancia como estrategia de afrontamiento al estrés y un uso extendido de técnicas autorregulatorias de evitación cognoscitiva. Esto quiere decir que hay que distraerse de las señales de ansiedad, más que estar vigilando cuando aparezcan.

Por su parte, Karteroliotis y Grill (1987) examinaron las relaciones entre las preocupaciones cognoscitivas, la ansiedad somática y la seguridad en sí mismo con las medidas fisiológicas (tasa cardíaca y presión sanguínea) y la ejecución motora antes, durante y después de la competencia.

Los resultados confirman la naturaleza multidimensional de la ansiedad y proveen evidencia de la independencia entre las preocupaciones cognoscitivas y la ansiedad somática. Sin embargo, ambas dimensiones siguieron similares patrones temporales antes y durante la competencia.

En la construcción de escalas para medir la ansiedad en escenarios deportivos también se ha encontrado que la preocupación es un componente principal de la misma. Smith y cols. (1990) desarrollaron y validaron una medida específica en el deporte con ansiedad somática y cognoscitiva. Su "Escala de Ansiedad Deportiva" mide las diferencias individuales en ansiedad somática y en 2 clases de ansiedad cognoscitiva: Preocupaciones y Perturbaciones en la Concentración. En su trabajo describen cuatro estudios con varias muestras de deportistas, en los cuales se verifican estas dimensiones. Resulta importante resaltar que las calificaciones en la escala de Perturbaciones de la Concentración están negativamente correlacionadas con la ejecución.

Terminemos esta sección señalando que en la utilización del ejercicio como medio de rehabilitación, también las preocupaciones están presentes como elemento central. Dolce y cols. (1986) examinaron el efecto de un sistema de cuotas de ejercicio sobre las creencias para evitar el ejercicio en pacientes con dolor crónico. El sistema de dosificación del ejercicio produjo un incremento sistemático en los niveles de ejercicio y en las expectativas de capacidad mientras que redujo las preocupaciones y las inquietudes acerca del ejercicio. La exposición sistemática provocó el descondicionamiento de la evitación al ejercicio y la reducción de la preocupación, más que aplicar reforzamientos por cada cuota lograda.

## C. PREOCUPACIONES SOCIALES.

El último escenario en que revisaremos la literatura científica es el social. Los problemas que genera la convivencia social (que de alguna manera se relacionan con todos los escenarios hasta ahora descritos) se agrupan en tres incisos: preocupaciones sobre la guerra nuclear, preocupaciones sobre la victimización y preocupaciones sobre las relaciones familiares.

a) Preocupaciones relacionadas con la Guerra Nuclear.

Aunque no es una preocupación que sea muy cercana a la realidad de nuestro país y aunque las condiciones mundiales han ido cambiando, la preocupación sobre la posibilidad de una guerra nuclear es vigente en EUA, la antigua URSS y en algunos países de Europa. Por ello, los psicólogos no han dejado de estudiar este fenómeno. Veamos algunos ejemplos de estas investigaciones.

McGraw y Tyler (1986) estudiaron a 62 activistas antinucleares, a 21 sobrevivientes y a 56 miembros del público general y evaluaron algunos factores emocionales asociados a dos mediadores: la probabilidad percibida de una guerra mundial y la percepción de su eficacia. Encontraron que los activistas tienen altos niveles de preocupación y son pesimistas acerca del futuro. Los sobrevivientes tienen menos preocupaciones y son más optimistas acerca del futuro, pero indican que la amenaza de la guerra nuclear tiene un impacto significativo sobre sus planes a futuro. Los miembros del público general tienen un mínimo de

preocupaciones acerca de la guerra, señalan que la amenaza virtualmente no impacta sus planes futuros y son los más optimistas acerca del futuro.

Por el contrario, Goldenring y Dotor (1986) hicieron una revisión de la investigación realizada aplicando cuestionarios a adolescentes en diferentes países del mundo: EUA, Finlandia, Canadá, Suecia, la URSS y Bélgica. Comparando los resultados, la evidencia muestra que muchos adolescentes están significativamente inquietos acerca de la amenaza de la guerra nuclear, piensan que las preocupaciones acerca del holocausto nuclear pueden afectar su desarrollo de adolescentes, y que la ansiedad y la preocupación son malas para los humanos, incluyendo los niños y adolescentes. Los autores concluyen su revisión señalando que apropiados niveles de ansiedad y de activismo pueden mejorar su habilidad para acabar con la amenaza nuclear.

Por su parte, Tudge y cols. (1990-91) entrevistaron a 2695 estudiantes estadounidenses y a 2781 estudiantes soviéticos, entre 1986 y 1988, para examinar las relaciones entre las preocupaciones acerca de la guerra y el optimismo acerca del futuro. La muestra se obtuvo en un período en que las relaciones entre esos dos países habían mejorado. En 1986 en ambos países había preocupaciones por la guerra (54% en EUA y 93% en la URSS). En 1988 la preocupación seguía alta (46% en EUA y 88% en la URSS). Los adolescentes soviéticos expresaron un alto grado de preocupaciones acerca de todos los problemas entrevistados,

excepto en no ser capaz de terminar un trabajo satisfactorio y en contraer cáncer.

En Canadá, Lewis, Goldberg y Parker (1989) reportan la Encuesta Nacional de Adolescentes evaluados en inquietud, ansiedad y fuentes de información acerca de la amenaza de la guerra nuclear. Sus resultados muestran pocas diferencias geográficas o de género en inquietud, aunque las mujeres admiten más temor y ansiedad. Las preocupaciones acerca de la guerra mundial no están restringidas a los estudiantes con padres activistas; la familia apareció como la más común fuente de información.

Por último con respecto a este tema, el psicólogo colombiano Rubén Ardila elaboró también un estudio para conocer "El impacto de la amenaza nuclear en el Tercer Mundo: El caso de Colombia". En dicho artículo (Ardila, 1986), entrevistó a 200 niños y 200 adolescentes de alto nivel socioeconómico y a otros tantos de bajo nivel socioeconómico. Encontró que sus sujetos están grandemente inquietos por la posibilidad de la guerra nuclear y que estas preocupaciones influyen sobre la manera de ver su futuro.

b) Preocupaciones sobre la victimización.

El temor a ser víctima de un crimen también es una de las grandes preocupaciones de nuestro tiempo. Para conocer un poco de sus correlatos, Sacco y Glackman (1987) diseñaron un estudio para explorar la relación existente entre locus de control y

ansiedad acerca del crimen. Entrevistaron a 489 residentes de Vancouver, Canadá. Los resultados indicaron una relación entre nivel socioeconómico, creencias en control externo y preocupaciones acerca del crimen. Las creencias en el control externo afecta más las preocupaciones que las variables sociodemográficas (como la edad o el sexo) e incrementa la estimación subjetiva de la probabilidad de ser víctima de un crimen.

c) Preocupaciones en Ambientes Familiares.

Las relaciones humanas gestadas en torno al núcleo familiar también pueden ser fuente de preocupaciones y de estados de ansiedad, sobre todo cuando los lazos emocionales que genera se ven amenazados. Por ejemplo, en torno al problema del divorcio, Cowen y cols. (1990) examinaron las relaciones entre el apoyo social que los hijos de padres divorciados tienen y su ajuste emocional posterior.

Aplicaron a 102 niños de 4° a 6° año de primaria una medida de ansiedad (Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para Niños), una escala para evaluación del maestro y una para evaluación del padre. Los niños que percibieron tener un alto apoyo social, tuvieron bajos puntajes en dificultades post-divorcio, ansiedad y preocupaciones.

La paternidad fue el fenómeno estudiado por McInanahan y Adams (1987), quienes revisaron los estudios que investigaron las relaciones entre la paternidad y el bienestar psicológico.

Revisaron los efectos de la inestabilidad marital, la felicidad y la calidad de vida de los padres, el estrés psicológico y sus percepciones acerca de sus hijos. Encontraron que los adultos con niños en la casa reportaron ser menos felices y menos satisfechos con su vida que otros grupos; tuvieron más preocupaciones y experimentaron altos niveles de ansiedad y depresión. Concluyen que estos factores decremantan el amor por los niños y generan conflictos de género sobre la división de las obligaciones parentales.

También se han estudiado los efectos del fallecimiento de algún integrante del matrimonio. Simón y sus colaboradores (1988-89) investigaron el fenómeno de sentir la presencia del esposo muerto. Entrevistaron a 294 viudas que respondieron un cuestionario que evaluaba las siguientes áreas.

- Problemas de salud
- Problemas financieros
- Redes de apoyo social
- Depresión
- Conductas de beber
- Problemas psicosociales
- Actividades sociales

Las personas fueron agrupadas de acuerdo a si reportaban sentir la presencia del esposo. Los resultados demostraron que las que sienten la presencia de su esposo evidenciaron más preocupaciones, más ansiedad y más sentimientos de inutilidad.

Esta es, pues, una descripción de la literatura - muy reciente, por cierto - relacionada con ese importante proceso básico de los estados de ansiedad: la preocupación.

CAPITULO V  
DISCUSIÓN.

... Cada Hombre siente en  
función de la manera en que  
le ha sido permitido o pres-  
crito comportarse.

LEVI STRAUSS.

## CAPITULO V DISCUSIÓN.

Llegamos ya al final de la exposición de la literatura relacionada con la investigación generada para comprender la naturaleza de la preocupación. La primera impresión que nos deja esta revisión es que dicha investigación, a pesar de ser relativamente nueva, ha avanzado mucho. La investigación sistemática de la preocupación tiene solamente un década (si tomamos en cuenta que el primer reporte del grupo de la Universidad de Penn State es de 1983. Véase Borkovek y cols., 1983). En estos 10 años a sido importante el trabajo realizado, tanto de naturaleza básica, experimental, como aplicada.

Estos estudios permiten responder ya a algunas de las preguntas que en la introducción de este trabajo nos hacíamos:

### 1. ¿Es la preocupación el componente cognoscitivo de la ansiedad?

Tradicionalmente se ha aceptado que la ansiedad tiene al menos dos componentes principales: uno de naturaleza cognoscitivo y otro de naturaleza emocional. Los estudios han mostrado que ha nivel cognoscitivo, las personas ansiosas tienen como proceso fundamental la presencia de pensamientos de preocupación. Sin embargo, aparecen también otros procesos cognoscitivos: la concentración se pierde, aparece pensamiento mágico, los razonamientos se hacen más lentos y existen, entre otros más, problemas para recuperar la información almacenada en la memoria.

Lo anterior indica que ha nivel cognoscitivo aparecen muchos trastornos en un estado de ansiedad. Pero esto no invalida que sea la presencia de una cadena de pensamientos preocupantes la posible causa del estado de inquietud general que llamamos ansiedad. En otras palabras, efectivamente el elemento básico de la ansiedad, que puede generar todo el estado de perturbación característico de la misma sí es la preocupación. Tan reconocido es este hecho que en el Trastorno de Ansiedad Generalizada, la existencia de las preocupaciones irracionales y/o no realistas es el criterio básico para establecer el diagnóstico de este trastorno. Aparte de estar presentes por lo menos seis meses, estas preocupaciones se deben de asociar con al menos 6 de 18 síntomas clásicos de hiperactividad fisiológica.

Actualmente se comienza a conceptualizar que la ansiedad puede manifestarse en cuatro grandes áreas del funcionamiento psicofisiológico del ser humano: a nivel cognoscitivo, a nivel emocional, a nivel fisiológico y a nivel conductual. Esta parece será el enfoque imperante en la década de los 90as.

## 2. ¿Cuáles son las características de la preocupación como proceso psicológico básico ?.

\* Lo que queda claro ya de la investigación experimental y de la práctica clínica, es que la preocupación es, de entrada, una actividad verbal, conceptual, analítica. No es visual, imaginaria, sintética. Su presencia desencadena actividad de

ondas Beta en el hemisferio izquierdo, lo que ratifica su naturaleza de razonamiento verbal.

\* La aparición de las preocupaciones inhibe la presencia de imágenes. En el caso de las fobias, la preocupación mantiene la ansiedad ya que impide la habituación natural que deberíamos de tener ante los hechos temidos cuando nos enfrentamos imaginariamente de una manera constante a ellos.

\* Las preocupaciones son incontrolables, se refieren fundamentalmente hacia acontecimientos del futuro y se caracterizan por anticipar consecuencias negativas de hechos sociales que por naturaleza son ambiguos. En ese sentido, la preocupación y, por lo tanto, la ansiedad, aparecen con mayor seguridad ante situaciones de incertidumbre y de incontrolabilidad.

\* Dada su naturaleza, las preocupaciones no son autocorregibles. Por el contrario, tienden a perpetuarse ya que influyen sobre la manera de ver la realidad y filtran la información al enfatizar sólo la percepción de eventos amenazantes. Al enfocarse en los acontecimientos negativos, la pequeña ocurrencia de alguno de ellos refuerza todo el sistema de creencias y, por lo tanto, la preocupación.

\* La preocupación normal puede ser una preparación para la acción y ayuda a solucionar los problemas a afrontar.

\* La preocupación anormal puede ser explicada por LA ATENCIÓN SELECTIVA de las personas hacia las señales externas

que indican la existencia de amenazas futuras. Es decir, al haber una hipervigilancia, se pone mayor énfasis en la percepción de las señales de peligro.

\* Otra posible explicación de la persistencia de las preocupaciones generadoras de ansiedad es que las personas malinterpretan las señales del ambiente. A la ambigüedad clásica de los fenómenos sociales les dan una interpretación catastrófica e inflan emocionalmente el riesgo subjetivo.

\* Una tercera posible explicación nos remite a la memoria de las personas: los "preocupados" recuerdan más fácilmente los eventos amenazantes. Pueden o no haber vivenciado una experiencia traumática, pero aprendieron la estrategia de preocuparse de más por la simple observación de las personas significativas en su vida y recuerdan con mucha facilidad escenas que escucharon de hechos amenazantes para su vida o para la de sus seres queridos

### 3. ¿Cómo se caracterizan los preocupadores crónicos?

\* Los preocupadores crónicos tienen ciertas características definitorias que los diferencian de los no-preocupadores. En la mayoría de las ocasiones, sus fuentes básicas de preocupación son aquellas situaciones en que van a ser evaluados. Por ello, un rasgo típico es que siempre anticipan consecuencias negativas ante dichas situaciones evaluativas. Ante este hecho, una explicación de la persistencia de la preocupación es que las amenazas percibidas por las personas ansiosas pueden afectar su

integridad personal (ya sea psicológica o, incluso, física). Esto explica la constante hipervigilancia de los preocupadores y su excesiva activación fisiológica.

\* A diferencia de las personas deprimidas (que prestan atención excesiva a sus fracasos pasados), los ansiosos se preocupan por los posibles fracasos futuros. Los preocupadores están orientada fundamentalmente hacia el futuro incierto y, probablemente amenazante.

\* Los preocupadores tienen una alta dificultad para concentrarse, tienen muchos pensamientos negativos intrusivos. Desde el punto de vista clínico, los preocupadores excesivos están caracterizados con la existencia de un Trastorno por Ansiedad Generalizada. Su sintomatología esencial es la presencia de la preocupación (no realista o excesiva) sobre dos o más circunstancias de la vida, durante seis meses mínimo de duración y con la presencia de síntomas fisiológicos de ansiedad.

#### 4. ¿Existen diferencias sexuales entre los preocupadores?

Hasta el momento la investigación psicométrica y experimental en torno a la preocupación ha demostrado la existencia de diferencias sexuales en intensidad. Sin embargo, en la literatura revisada sólo queda asentado este resultado y a la fecha no conocemos un estudio que pretenda explicar estas diferencias.

## 5. ¿Cuáles son las herramientas psicoterapéuticas más utilizadas para el control de la preocupación?

En este trabajo se describieron con cierto detalle aquellas técnicas que la investigación experimental ha demostrado que son efectivas para la reducción de la preocupación y, por lo tanto, de la ansiedad.

Estas técnicas han sido generadas principalmente por el enfoque denominado "Cognitivo-Conductual", cuyos inicios pueden encontrarse en los trabajos de Albert Bandura sobre agresión y aprendizaje social en los niños. En sus propuestas teóricas, Bandura incorporó al enfoque conductual la presencia de los pensamientos dando origen esta nueva forma de ver las cosas.

Dichas técnicas son sencillas y aplicables a personas que presentan este tipo de alteraciones con un costo-beneficio significativo, ya que al entrenarse en el manejo de estas herramientas, tendrían la posibilidad de aplicarlas de manera independiente y resolver situaciones que le generan ansiedad.

Las técnicas terapéuticas están dirigidas, por un lado, a eliminar, analizar o sustituir los pensamientos productores de ansiedad (las preocupaciones) y, por otro lado, a reducir la presencia de los síntomas somáticos de la misma (por medio de diversas técnicas que provocan un estado de relajación).

La eficacia probada de dichas técnicas es indiscutible, por lo cual se recomienda su puesta en práctica por los psicólogos mexicanos.

Este fue, pues, un intento por actualizar la información que sobre la preocupación en lo particular y la ansiedad en lo general, se realiza recientemente, con el objeto de actualizarnos y resaltar la importancia de estudiar este fenómeno. Comenzamos este trabajo con la idea de que vivimos en la "era de la ansiedad". Los Trastornos asociados a la ansiedad cada vez son mayores y necesitamos estar preparados como profesionales de la salud mental para enfrentarlos. Este trabajo es nuestro granito de arena para promover esta preparación. Espero sea de alguna utilidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Akhtar, S., Sharma, R., Verma, S. y Jangid, R. (1990). Premenstrual syndrome: problems for research in Indian context. *Journal of Personaluty and Clinical Studies*, 6(1), 77-81.
- Anderson, B. y Anderson, B. (1986). Psychosomatic aspects of gynecologic oncology: present ststus and future directions. *Journal of Psicomatic Obstetrics and Gynaecology*, 5(4), 233-244.
- Ardila, R. (1986). The psychological impact of the nuclear threat on the third world: The case of Colombia. *International Journal of Mental Health*, 15(1-3), 162-171.
- Asociación Psiquiátrica Americana (1988). *DSM-III-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Bartolucci, G., Savron, G., Fava, G. y otros (1989). Psychological Reactions to thermography and mammography. *Stress Medice*, 5(3), 195-199.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Borkovec, T. (1988). Comments on "Worry as a Phenomenon relevant to the elderly". *Behavior Therapy*, 19, 381-383.
- Borkovec, T. y Hu, S. (1990). The effect of worry on cardiovascular response to phobic imagery. *Behavior Research and Therapy*, 28, 69-73.
- Borkovec, T. y Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behavior Research and Therapy*, 28, 153-158.
- Borkovec, T., Robinson, E., Pruzinsky, T. y DePree, J. (1983). Preliminary exploration of worry: some characteristics and processes. *Behavior Research and Therapy*, 21, 9-16.
- Breznitz, S. (1971). A study of worry. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 10, 271-279.
- Brustad, R. y Weiss, M. (1987). Competence perceptions and source of worry in high, medium and low competitive trait-anxious young athletes. *Journal of Sport Psychology*, 9(2), 97-105.
- Carter, W., Johnson, M. y Borkovec, T. (1986). Worry: A electrocortical analysis. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 8, 193-204.

- Chong, J., Colligan, R., Coulam, C. y Bergstralh, E. (1988). The MMPI as an aid in evaluating patients with premenstrual syndrome. *Psychosomatics*, 29(2), 197-202
- Connelly, J., Philbrik, J., Smith, R. y otros (1989). Health perceptions of primary care patients and the influence on health care utilization. *Medical Care*, 27 (3), 99-109.
- Cowen, E., Pedro, J., y Alpert, L. (1990). Relationships between support and adjustment among children of divorce. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 31(5), 727-735.
- Davis, M., McKay, M. y Eshelman, E. (1985). *Técnicas de Autocontrol Emocional*. Barcelona: Martínez Roca
- Dolce, J., Crocker, M, Moletteire, C. y Doleys, D. (1986). Exercise quotas, anticipatory concern and self-efficacy expectancies in chronic pain: a preliminary report. *Pain*, 24(3), 365-372.
- Domínguez, B. y Valderrama, P. (1992). *Calidad de Vida. Manual para la Evaluación y el Control del Estrés Laboral*. Mecanuscrito Policopiado. UNAM-Secretaría del Trabajo y Previsión Social. 35 p.
- Easterling, D. y Leventhal, H. (1989). Contribution of concrete cognition to emotion: neutral symptoms as elicitors of worry about cancer. *Journal of Applied Psychology*, 74(5), 787-796.
- Fernández M., E. y Martínez D., E. (1993). *Características Psicométricas de la Versión Mexicana de la Escala de Preocupación-Emocionalidad para la Medición de la Ansiedad ante los Exámenes Académicos*. Tesis de Licenciatura. México: UNAM (Facultad de Psicología).
- Fezler, W. (1991). *Imágenes Creativas. Visualización Terapéutica*. México: Roca.
- Field, D. y Howells, K. (1986). Medical students' self-reported worries about aspects of death and dying. *Death Studies*, 10 (2), 147-154.
- Goldenring, J. y Dotor, R. (1985). Teenage worry about nuclear war: north american and european questionnaire studies. *International Journal of Mental Health*, 15 (1-3), 72-92.
- Goldfried, M. y Goldfried, A. (1987). Métodos de Cambio Cognitivo. En F. Kanfer y A. Goldstein (eds.). *Cómo Ayudar al Cambio en Psicoterapia*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

- Gross, P. y Eifert, G. (1990). Components of generalized anxiety: the role of intrusive thoughts vs worry. *Behavior Research and Therapy*, 28 (5), 421-428
- Gross, P., Oei, T. y Evans, L. (1989). Generalized anxiety symptoms in phobic disorders and anxiety states: a test of the worry hypothesis. *Journal of Anxiety Disorders*, 3(3), 159-169.
- Hazzard, A., Hutchinson, S. y Krawiecki, N. (1990). Factors related to adherence to medication regimens in pediatric seizure patients. *Journal of Pediatric Psychology*, 15 (4), 543-555.
- Johnston, M. (1987). Emotional and cognitive aspects of anxiety in surgical patients. *Communication and Cognition*. 20 (2-3), 245-260.
- Karteloriotis, C. y Grill, D. (1987). Temporal Changes in psychological and physiological components of state anxiety. *Journal of Sport Psychology*, 9 (3), 261-274.
- Krohne, H. y Hindel, Ch. (1988). Trait anxiety, state anxiety and coping behavior as predictors of athletic performance. *Anxiety Research*. 1(3), 225-234.
- Lewis, Ch., Golberg, S. y Parker, R. (1989). Nuclear worries of canadian youth: replication and extension. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59 (4), 520-527.
- Lewthwaite, R. y Scanlan, T. (1989). Predictors of competitive trait anxiety in male youth sport participants. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 21 (2), 221-229.
- Liebert, R. y Morris, L. (1967). Cognitive and emotional components of test anxiety: A distinction and some initial data *Psychological Reports*, 20, 975-978.
- Lundman, B., Asplund, K. y Norberg, A. (1990). Living with diabetes: perceptions of well-being. *Research in Nursing and Health*, 13 (4), 255-262.
- Mahoney, M. y Thorensen, M. (1986). *El Autocontrol de la Conducta México*: Fondo de Cultura Económica.
- Mathews, A. (1990). Why worry?. The cognitive function of anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 28, 455-468.
- Mattison, R., Bagnato, S. y Brubaker, B. (1988). Diagnostic utility of The Revised Children's Manifest Anxiety Scale in children with DSM-III anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 2 (2), 147-155.

- McGraw, K. y Tyler, T. (1986). The threat of nuclear war and psychological well-being. *International Journal of Mental Health*, 15 (1-3), 172-188.
- McLanahan, S. y Adams, J. (1987). Parenthood and psychological well-being. *Annual Review of Sociology*, 13, 237-257.
- Meichenbaum, D. (1988). *Manual de Inculación de Estrés*. México: Martínez Roca
- Meyer, T., Miller, M., Metzger, R. y Borkovec, T. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behavior Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Morris, L., Davis, M. y Hutchings, C. (1981). Cognitive and Emotional Components of Anxiety: Literature Review and a Revised Worry-Emotionality Scale. *Journal of Educational Psychology*, 73, 541-555.
- Morris, L. (1987). Métodos para la Reducción del Miedo. En F. Kanfer y A. Goldstein (eds.). *Cómo Ayudar al Cambio en Psicoterapia*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Nulty, D., Wilkins, A. y Williams, M. (1987). Mood, pattern sensitivity and headache: a longitudinal study. *Psychological Medicine*, 17 (3), 705-713.
- Pruzinsky, T. y Borkovec, T. (1990). Cognitive and personality characteristics of worriers. *Behavior Research and Therapy*, 28, 507-512.
- Rimm, D. y Masters, J. (1980). *Terapia de la Conducta*. Técnicas y Hallazgos Empíricos. México: Trillas.
- Robinson, E. (1989). The relative effectiveness of cognitive restructuring and coping desensitization in the treatment of self-reported worry. *Journal of Anxiety Disorders*, 3(4), 197-207.
- Sacco, V. y Glackman, W. (1987). Vulnerability, locus of control and worry about crime. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 6 (1), 99-111.
- Salt, H., Miller, R., Perry, L. y Bor, R. (1989). Paradoxical interventions in counselling for people with an intractable AIDS-worry. *AIDS Care*, 1(1), 39-44.
- Sanderson, W. y Barlow, D. (1990) A description of patients diagnosed with DSM-III-R generalized anxiety disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178 (9), 588-591.
- Sarason, I. (1986). Test Anxiety, Worry and Cognitive Interference. In R. Schwarzer (Ed.). *Self-Related Cognitions in Anxiety and Motivation*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 19-33.

- Simon, S., Christopherson, V. y Jones, R. (1988-1989). *Omega Journal of Death and Dying*, 19 (1), 21-30
- Smith, R., Smoll, F. y Schutz, R. (1990). Measurement and correlates of sport-specific cognitive and somatic trait anxiety: The Sport Anxiety Scale. *Anxiety Research*, 2(4), 263-280.
- Spiegel, D. y Sands, S. (1988). Pain management in cancer patient *Journal of Psychosocial Oncology*, 6 (3-4), 205-216.
- Tudge, J., Chivian, E., Robison, J. y otros (1990-1991). American and soviet adolescents' attitudes toward the future: the relationship between worry about nuclear war and optimism. *International Journal of Mental Health*, 19 (4), 58-84.
- Wadden, T., Brown, G., Foster, G. y Linowitz, J. (1991). Salience of weight-related worries in adolescent males and females. *International Journal of Eating Disorders*, 10 (4), 407-414.
- Wisocki, P. (1988). Worry as a Phenomenon relevant to the elderly. *Behavior Therapy*, 19, 369-379.
- York, D., Borkovec, T., Vasey, M. y Stern, R. (1987). Effects of worry and somatic anxiety induction on thoughts emotion and physiological activity. *Behavior Research and Therapy*, 25, 523-526.