

110



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**CAMPUS IZTACALA**

**ANSIEDAD Y RENDIMIENTO ACADEMICO:  
UN ENFOQUE BIOPSIICOSOCIAL**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE**

**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A**

**ARACELI RAYA HERNANDEZ**

**ASESORES:**

**MTRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO**

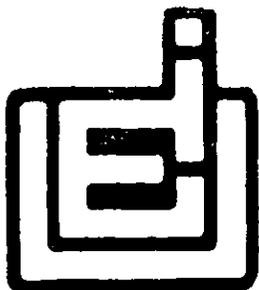
**LIC. ROQUE JORGE OLIVARES VAZQUEZ**

**MTRA. LAURA EDNA ARAGON BORJA**

282290

**LOS REYES IZTACALA, MEX.**

**2000**





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 esta 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.

## AGRADECIMIENTOS

*Mi más sincero agradecimiento a los profesores Luz de Lourdes Eguilúz, Roque Olivares y Laura Edna Aragón por su asesoría en la elaboración de este trabajo.*

*A mis padres, porque gracias al amor y apoyo que me brindaron, logré culminar una de mis más grandes metas.*

*Amis hermanos y sobrinos, por haberme alentado y apoyado durante la carrera.*

*A mi hombre, con amor y enorme gratitud por su tiempo y entrega, además de su apoyo incondicional que me ha permitido seguir creciendo en este nuestro círculo vicioso.*

*A mis pequeñas, por soportar mis cambiantes estados de ánimo, por su tiempo, por su desinteresado amor, por sus sonrisas.....Gracias por ser mis cómplices.*

## INDICE.

Resúmen.....	1
Introducción .....	2
<b>CAPITULO I. Marco conceptual .....</b>	<b>6</b>
Definición .....	6
Historia .....	13
Epidemiología .....	16
<b>CAPITULO II. Naturaleza de la ansiedad .....</b>	<b>22</b>
Enfoque biológico .....	23
Teoría Biológica .....	23
Teoría Genética .....	25
Enfoque psicológico .....	26
Teoría Psicoanalítica .....	26
Teoría Cognitivo conductual .....	28
Enfoque social .....	33
<b>CAPITULO III. Evolución de la ansiedad .....</b>	<b>38</b>
Manifestaciones y evaluación .....	38
Curso y pronóstico .....	40
<b>CAPITULO IV. Ansiedad y rendimiento académico.</b>	<b>41</b>
<b>DISCUSIÓN: ENFOQUE BIOPSIICOSOCIAL.....</b>	<b>47</b>
Bibliografía .....	50

## RESUMEN.

De todas las emociones del ser humano, la ansiedad es la menos estudiada no obstante su elevada frecuencia y la reconocida interferencia en la actividad mental.

Estudios epidemiológicos a nivel internacional reportan cifras de hasta 15% en la población general. En México, reportes de 1997 colocan a la ansiedad como uno de los trastornos más frecuentes en la población adulta urbana y uno de los padecimientos más frecuentes en estudiantes universitarios, siendo "problemas con los estudios" el motivo de consulta en los departamentos de salud mental.

No se conocen las causas de la ansiedad, y su abordaje ha sido principalmente desde dos perspectivas: la biológica y la psicológica. Recientemente se agregó un tercer punto de vista: el sociológico.

El enfoque biológico pone énfasis en alteraciones bioquímicas y estructurales. El psicológico se refiere primordialmente a las distorsiones cognitivas. La perspectiva sociológica ha estudiado el papel ambiental en la génesis de la ansiedad.

La prevalencia nada despreciable de ansiedad en estudiantes universitarios, que los lleva a solicitar consulta en los departamentos de salud mental, y la reconocida interferencia con el aprendizaje obliga a investigar la naturaleza de la ansiedad con el objeto de crear estrategias que permitan prevenirla y tratarla cuando sea necesario. Los abordajes hasta ahora utilizados muestran aspectos parciales del trastorno, de tal manera que la prevención y tratamiento propuestos varían según las investigaciones de una u otra disciplina.

En el presente trabajo únicamente se pretende mostrar las investigaciones sobre las causas de la ansiedad desde la perspectiva biológica, psicológica y social por separado; su influencia en el aprendizaje; y, por último, un intento de abordaje bio-psico-social.

## **INTRODUCCIÓN.**

El estudio de los seres humanos puede hacerse desde tres distintos enfoques: el biológico, que hace énfasis en el estudio de la estructura y funciones del organismo; el psicológico que estudia la personalidad y las relaciones interpersonales y el de la ciencias sociales que estudia las sociedades y las culturas. Los tres enfoques representan distintos niveles de abstracción y aunque utilizan distintos conceptos y métodos, tienen el mismo objeto de estudio: el hombre. Sin embargo, hasta épocas relativamente recientes, biólogos, psicólogos, antropólogos, culturalistas y sociólogos han trabajado con escasa vinculación entre unos y otros. A través del mayor intercambio y de la colaboración más estrecha entre los exponentes de estas distintas disciplinas se ha llegado a la conclusión de que el hombre sólo puede ser entendido como una unidad bio-psico-social y es generalmente aceptado por unos y otros el criterio de que la comprensión de los fenómenos relativos a los seres humanos requiere la utilización de conocimientos que provienen de esas tres ciencias. Gradualmente, las artificiales fronteras entre ellas, cuyas ventajas son administrativas y didácticas, van siendo eliminadas en beneficio de un marco de referencia más amplio: el de la ciencia del hombre.

Por no haber tomado suficientemente en cuenta que los métodos de la biología, la psicología y las ciencias sociales iluminan tan sólo facetas distintas de fenómenos idénticos o íntimamente relacionados, el campo de la psicología se ha visto desventajosamente invadido por conceptos y definiciones que son parcialmente válidas. Por ejemplo, Freud, al enfocar el estudio de la psicología partiendo de la biología, dejó poco espacio en sus construcciones teóricas para la debida consideración de factores culturales y sociológicos. Del mismo modo, algunos de los "psicólogos culturalistas" parecen restar importancia a las fuerzas biológicas y a los factores genéticos.

La psicología, atrapada entre sus ciencias vecinas, se ve aún obstaculizada en su desarrollo por confusiones semánticas e intolerancias dogmáticas. Es necesario afirmar que los seres humanos, biológicamente dotados, existen en proceso continuo en el ambiente y que partes esenciales de ese ambiente son la cultura y la sociedad. Su desarrollo está determinado por fuerzas genéticas, pero el ambiente deja sentir sus efectos desde el plasma germinal y continúa actuando, evocando y suprimiendo potencialidades humanas hasta el momento de la muerte. A la evolución biológica, que ha producido el hombre, se ha superpuesto otra forma de evolución, la evolución social, y ambas determinan al hombre.

Los sentimientos y sus cambios rápidos, son una parte básica de la vida cotidiana; sin sentimientos y emociones la vida sería monótona e incolora, porque los aspectos emocionales de la vida están muy estrechamente vinculados al valor y al significado de la vida misma; así pues, a través de los siglos han sido expuestas muchas perspectivas diferentes sobre la naturaleza de las emociones. Las emociones son reacciones complejas que implican reacciones psicológicas, estados cognitivos subjetivos y comportamientos expresivos. En general, las emociones son vistas como estados mas intensos que los estados afectivos, nuestros sentimientos y estados de ánimo relativamente apacibles.

Sin embargo, la línea divisoria entre la emoción y el afecto (o estado de ánimo) es incierta, así pues ambas informan y son útiles para echar un vistazo rápido a lo que la psicología moderna ha de decir sobre la naturaleza de las emociones.

La ansiedad, como expresión de la vida emocional, es tal vez la más reconocida por la población general. Sin embargo, no había sido objeto de estudio hasta esta década en que se empezó a investigar su influencia en diferentes áreas del campo médico, psicológico, sociológico y, en general de las disciplinas relacionadas con la salud.

Aunque a finales del siglo pasado Freud fue uno de los primeros en referir a la ansiedad como una serie de manifestaciones psíquicas y físicas que inflúan en el comportamiento y desempeño humanos, no es sino hasta mediados de este siglo cuando se incluye en las clasificaciones internacionales de trastornos mentales. A partir de entonces surgen los criterios diagnósticos que tratan de delimitar a los sujetos susceptibles de estudio. De esta manera aparecen las primeras definiciones descriptivas que básicamente se referían a las manifestaciones del trastorno.

Las primeras investigaciones sobre el tema reportan frecuencias variables de presentación de la ansiedad no solo en la población general sino en grupos específicos como estudiantes, personas con alguna enfermedad, o en determinados grupos de edad; y la influencia que ejerce sobre estas variables. También se ha tratado de explicar su origen, pero los diferentes hallazgos de estudios tanto en animales como en humanos, ha originado una gran variedad de teorías que van desde las psicodinámicas hasta las biológicas, que a su vez han producido tratamientos que van de acuerdo con la teoría propuesta.

Aunque su origen no es claro, no hay datos epidemiológicos precisos y tampoco una definición única, se ha podido corroborar la interferencia que ocasiona en diferentes procesos cognitivos con la consecuente alteración del rendimiento mental.

Esta circunstancia ha dirigido la atención de los investigadores hacia áreas en donde la actividad mental tiene una participación primordial. En este sentido, la bibliografía internacional ofrece estudios que evalúan el efecto de la ansiedad sobre el desarrollo psicomotor, es decir no solamente intelectual sino también afectivo y conductual, en diferentes edades, niveles académicos y profesionales. La ansiedad vista no solo como una reacción sino también como una condición que interfiere con la adquisición de nuevos conocimientos y destrezas se ha estudiado en diferentes disciplinas.

En el presente trabajo, se presenta una revisión sobre la ansiedad intentando el abordaje biospiciosocial con la finalidad de mostrarla como un factor importante de interferencia con el aprendizaje. En investigaciones que se referirán a lo largo del trabajo, se reporta a la ansiedad como una de las causas más frecuentes de problemas de estudios, que obliga a los alumnos universitarios a solicitar consulta en los departamentos de salud mental de su universidad. Esta circunstancia resulta ser de particular interés ya que lleva a pensar que una evaluación oportuna probablemente disminuiría el número de estudiantes con problemas de rendimiento académico y, ¿por qué no? la deserción escolar.

## CAPITULO I.

### MARCO CONCEPTUAL.

#### Definición.

Cuando se habla de ansiedad, aparentemente todos sabemos de que se está hablando; algunos pensaremos en "nerviosismo", otros en "tensión", y algunos más en "estrés". La confusión se hace evidente cuando se trata de definir el término.

La palabra *pánico* se deriva del dios griego Pan; quien, según la leyenda, podía inspirar un miedo abrumador e irracional, especialmente cuando se turbaba su sueño. La palabra *ansiedad* deriva del latín 'angere' que significa ahogar o estrangular. La palabra *miedo* deriva de lenguas germánicas; originalmente significaba "espiar, acechar o abalanzarse sobre". La palabra *emoción* deriva del latín 'emovere' que significa remover, agitar o excitar (Gabriel, 1987).

Hasta antes de 1980 los desacuerdos sobre la naturaleza de la ansiedad produjeron confusión y nomenclaturas particulares. La diversidad de opiniones hacía la investigación y la comparación de datos casi imposible. En las últimas dos décadas se ha desarrollado lentamente un acuerdo óptimo sobre el abordaje de la ansiedad.

Con el objeto de establecer el origen de la ansiedad, los investigadores necesitan desarrollar una definición operacional precisa de este término tan ambiguo. Probablemente el abordaje más útil a este problema sea tratar de definir la ansiedad en términos de sus componentes detectables y potencialmente medibles.

La ansiedad, como otros procesos psicobiológicos, puede verse como la suma de muchas operaciones elementales.

Aunque muchos de estos componentes necesitan ser caracterizados, es posible dividirlos en tres categorías: primero, la experiencia subjetiva de ansiedad; segundo, el procedimiento de evaluación que lleva a la generación de ansiedad; y tercero, la expresión de ansiedad (Reiman, 1988).

Los aspectos experienciales de la ansiedad pueden definirse como aquellas percepciones, cogniciones, y emociones que son directamente accesibles al individuo ansioso a través de la introspección conciente pero para el investigador son accesibles indirectamente a través del reporte verbal del individuo. El contenido de esta experiencia, igual que el contenido de otros procesos emocionales, son materia de debate.

Mientras que los investigadores en el campo del desarrollo de la ciencia cognitiva han empezado a caracterizar exitosamente las operaciones elementales de procesos psicológicos complejos, han puesto relativamente poca atención a los procesos emocionales. Este descuido puede atribuirse a la dificultad para desarrollar algoritmos computarizados que puedan servir como modelos para aspectos de procesos emocionales.

A pesar de estas dificultades, se han desarrollado y evaluado escalas para medir la intensidad global de la experiencia de ansiedad. Además, se ha empezado a investigar el contenido de esta experiencia evaluando las atribuciones cognitivas que son relevantes para la experiencia y tratamiento de la ansiedad.

Los aspectos expresivos de ansiedad pueden definirse como aquellos procesos conductuales, fisiológicos y cognitivos que, al menos teóricamente, son directamente accesibles al investigador para la evaluación cuantitativa. Ejemplos de expresión conductual de ansiedad incluyen cambios en el tono y actividad motriz, la expresión facial, y expresiones verbales; ejemplos de las expresiones fisiológicas de ansiedad incluyen respuestas endocrinas y cambios autonómicos como la frecuencia cardíaca, presión sanguínea y frecuencia respiratoria; y ejemplos de expresiones cognitivas de ansiedad incluyen cambios en el estado de alerta, atención, y rapidez de respuesta.

El procedimiento de evaluación es el proceso mediante el cual un individuo compara los estímulos sensoriales exteroceptivos y estímulos viscerales con el estado neuropsicológico existente (incluyendo memorias, predisposición genética, etc.), desembocando en una sensación de indefensión, inseguridad, o peligro. En la medida en que esta evaluación es realizada fuera de la conciencia individual, este proceso puede distinguirse de la experiencia cognitiva de ansiedad.

En el individuo la ansiedad se percibe como un estado de temor o un sentimiento subjetivo de aprensión, pavor o presentimiento de eventos adversos. Según Spielberg (1975), puede conceptualizarse como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo (Ansiedad-Estado); o como diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la Ansiedad-Estado (Ansiedad-Rasgo). Como concepto psicológico, la Ansiedad-Rasgo tiene las características de lo que Atkinson llama "motivos" y que Campbell conceptualiza como "disposiciones conductuales adquiridas".

Los motivos son definidos por Atkinson como disposiciones que permanecen latentes hasta que las señales de una situación las activan (Atkinson, 1964).

Las disposiciones conductuales adquiridas, de acuerdo con Campbell, involucran residuos de experiencia pasada que predisponen al individuo tanto a ver el mundo en la forma especial, como a manifestar tendencias de respuesta "objeto consistentes" (Cambell, 1963).

En el campo de la motivación, la ansiedad se estudia desde el enfoque de las necesidades. Los teóricos en este campo explican la motivación de diferentes maneras: el concepto de necesidad (por ejemplo el logro: "Quiero salir bien en este exámen"; "Quiero ganar los partidos de tenis"); la afiliación ("Me gusta trabajar con mis amigos"); incentivos (premio o castigo, físico o psíquico); el hábito ("Nunca hago una pausa en el estudio antes de las 11 de la noche"; "Solamente juego tenis por las tardes"); disonancia ("¿Cómo pude portarme tan mal yo que me considero un hombre íntegro?"); la curiosidad innata ("Eso me parece que da buenos resultados, pero quizá haya otra forma de hacerlo"). La teoría cognoscitiva de la motivación sostiene que la forma en que una persona concibe lo que le va a suceder es un factor importante de su conducta futura como la realidad objetiva de lo que realmente ocurre. Se supone, pues, que los caracteres objetivos de una conducta tienen menor importancia que la manera de percibirla. La teoría cognoscitiva del logro sostiene que ciertos individuos quieren (necesitan) llegar más lejos. El logro ocupa un sitio central en su vida y toda su vida y sus talentos giran en torno a la obtención del mismo, quedando relegadas las necesidades de afiliación y las demás (Good, 1983).

En el caso de las "disposiciones adquiridas" de Cambell, se menciona que dentro del comportamiento, la laxitud o generalidad del mapa cultural, lleva a la persona a aprender modos individualizados de responder a las situaciones que se le presentan. Este aprendizaje dispone las opciones para proceder en situaciones nuevas. A medida que la persona actúa y revisa los resultados de sus acciones, logra un conocimiento más general de sí misma para regular sus comportamientos en zonas no cubiertas por el mapa cultural o por los hábitos individuales bien ensayados.

Cuanta más nueva e inesperada sea la situación, tanto más resalta el yo fenoménico para el actuante y, cuando se da una ruptura en la consistencia de la acción, ese yo se deja sentir en forma de desconcierto. Las creencias, valores y actitudes tienden a ayudar a la persona a esperar acontecimientos que ya han sucedido otras veces y así hacerles frente. Como estas disposiciones provienen de triunfos y fracasos del pasado, no se desechan fácilmente. El confiar en ellas es parte de un principio fundamental de economía personal, que es el del "mínimo esfuerzo", siempre que sea conveniente, hay que aplicar soluciones pasadas a problemas presentes. La persona operará sistemáticamente sobre el ambiente tanto como le sea posible con la finalidad de liberar su atención y su energía y poderlas aplicar a las sorpresas que se le presenten .

Los conceptos de Ansiedad-Estado (A-Estado) y Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo) pueden concebirse como análogos, en cierto sentido, a los conceptos de energía cinética y potencial en la física. La A-Estado, como la energía cinética, se refiere a un proceso empírico de reacción que se realiza en un momento particular y en un determinado grado de intensidad. La A-Rasgo, como la energía potencial, indica las diferencias de grado de una disposición latente a manifestar un cierto tipo de reacción. En donde la energía potencial destaca las diferencias entre los objetos físicos, respecto de la cantidad de energía cinética que puede ser liberada si se la dispara a través de una fuerza apropiada, la A-Rasgo implica las diferencias entre las personas en la disposición para responder a situaciones de tensión con cantidades variables de A-Estado (Spielberg, 1975).

La ansiedad es indistinguible del miedo, excepto por su causa. La primera es la misma experiencia desagradable de terror y presentimiento que el segundo, excepto que deriva de un estímulo interno desconocido inapropiado a la realidad de uno externo o relacionado con uno futuro. La ansiedad es esperada y normal como una respuesta transitoria al estrés y puede ser necesaria para la adaptación.

La ansiedad patológica se distingue de una respuesta normal por cuatro criterios: (1) autonomía, (2) intensidad, (3) duración, y (4) conducta. La autonomía se refiere al sufrimiento que, en alguna medida, tiene "vida propia", una base mínima en un estímulo ambiental reconocido, un componente aparentemente "endógeno". La intensidad se refiere al nivel de malestar; la severidad de los síntomas es tal que el nivel de angustia obliga al individuo a solicitar ayuda. La duración también puede definir a la ansiedad como patológica: los síntomas que son persistentes más que transitorios (posiblemente respuestas adaptativas), indican trastorno. Finalmente, la conducta es un criterio crítico; si la función normal se altera, o si resultan conductas particulares como la evitación o aislamiento, la ansiedad es de naturaleza patológica (Rosenbaum, 1991).

Para fines diagnósticos, los sistemas de clasificación vigentes y más importantes son la oficial editada por la Organización mundial de la Salud (OMS) con el título de "Clasificación Internacional de las Enfermedades" actualmente en su 10a. edición (CIE-10); y la editada por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) de Estados Unidos con el título de "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales" actualmente en su 4a. edición (DSM-IV). En el primero, los trastornos de ansiedad se ubican en el capítulo de "Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos" (Tabla I). Los trastornos por ansiedad según el DSM-IV se presentan en la tabla II.

<b>TRASTORNOS NEUROTICOS, SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFOS</b>
<b>Trastornos de ansiedad fóbica</b>
Agorafobia
Fobias sociales
Fobias específicas
Otros trastornos de ansiedad fóbica
Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación
<b>Otros trastornos de ansiedad</b>
Trastorno de pánico
Trastorno de ansiedad generalizada <sup>Y1</sup>
Trastorno mixto ansioso depresivo
Otro trastorno mixto de ansiedad
Otros trastornos de ansiedad especificados
Trastorno de ansiedad sin especificación
<b>Trastorno obsesivo compulsivo</b>
<b>Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación</b>
<b>Trastornos disociativos (de conversión)</b>
<b>Trastornos somatoformos</b>
<b>Otros trastornos neuróticos</b>

Tabla I. Ubicación de los trastornos de ansiedad en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)

<b>TRASTORNOS DE ANSIEDAD</b>
Trastorno de angustia
Agorafobia
Fobia específica
Fobia social
Trastorno obsesivo-compulsivo
Trastorno por estrés postraumático
Trastorno por estrés agudo
Trastorno de ansiedad generalizada
Trastorno s de ansiedad debido a enfermedad médica
Trastorno de ansiedad unducido por sustancias
Trastorno de ansiedad no especificado

**Tabla II. Trastornos de ansiedad en la clasificación de la APA (DSM IV)**

### Historia.

Las primeras descripciones de trastornos de ansiedad están en el Código de Hammurabi (1730 - 1685 a. C.), donde se relatan las crisis de angustia que padecía el rey tras llegar al trono asesinando a su padre.

Aproximadamente en el año 480 a. C. Herodoto registró que cuando estaba por comenzar una batalla de las Termofilas, dos soldados de una unidad de trescientos espartanos se reportaron con el cirujano y se quejaron de sufrir de una "aguda inflamación de los ojos". Cuando la batalla empezó uno de los soldados espartanos, Aristodemus, "sintió que su corazón le fallaba" permaneciendo seguro en la retaguardia sin unirse a la pelea, aunque el otro soldado si lo hizo. Después de la batalla, los espartanos nombraron a Aristodemus "el tembloroso" por rehusarse a pelear; Aristodemus "se sintió tan avergonzado que se colgó"....Como en el caso de Aristodemus, soldados con experiencias similares frecuentemente sufrían de depresión severa y, la mayoría se suicidaban (Gabriel, 1987).

Hipócrates postulaba (aproximadamente en los años 400 a. C.) que "... de el cerebro, y solo del cerebro, emergían nuestros placeres, alegrías... así como nuestras penas, dolores, pesares y lagrimas. Es el mismo órgano que nos vuelve locos o delirantes, nos inspira temor y miedo, trae desesperanza... y ansiedad inmotivada".

El estaba inmerso en la noción prevaleciente de que la histeria afectaba solo a las mujeres, resultado del viaje periódico del útero (*hyster*) hacia el cerebro, y podía ser remediado por el (temprano) matrimonio (Stone, 1997).

Hacia el 332 a. C. Aristóteles sostenía que el cerebro condensaba vapores que emanaban del corazón. Este punto de vista perduró hasta el siglo 18, cuando se creía que los "vapores" causaban estados nerviosos, especialmente "histéricos" (Stone, 1997).

A principios de 1500, el francés Jean Gerson describió "seis pasiones básicas". Consistían en tres emociones "buenas" y tres "malas": amor-sensualidad-deseo y pesar-odio-ansiedad (Stone, 1997).

En 1678 se describe por primera vez una mezcla de depresión y ansiedad conocida como nostalgia, en soldados suizos. También se diagnosticó en tropas alemanas por médicos alemanes que llamaron a la enfermedad "heimweh" (enfermedad de hogar) (Gabriel, 1987).

A partir del siglo 18, enfermedades como la ansiedad, depresión neurótica y conducta obsesiva-compulsiva, son referidas como "enfermedades nerviosas" (Shorter, 1997).

En 1818, Johann Christian Heinroth, un predecesor de los pensadores psicoanalíticos (desarrolló la teoría de la mente "tripartita" estructurada como la que describió Freud un siglo después), utilizó el término *psicosomático* para expresar su objeción al dualismo Cartesiano, o la división mente-cuerpo, comunicando su noción de que la mente y el cuerpo eran dos aspectos de la misma entidad y la salud estaba en función de la armonía entre el cuerpo y el alma (Stone, 1997).

En 1871 Jacob DaCosta fue el primero en describir síntomas cardíacos crónicos sin una causa orgánica aparente. Posteriormente, el "síndrome de corazón irritable" o "síndrome de DaCosta" se convirtió en un fenómeno comúnmente observado entre combatientes de guerra. "Neurastenia" fue un término relacionado usado por la misma época en personas que manifestaban una mezcla de agotamiento, ansiedad y depresión (Reiman, 1988).

A mediados del siglo 18, Otto Domrich fue el primero dentro del campo de la psicología médica en escribir sobre los "ataques de ansiedad". Este término reemplazó al de "corazón irritable", "neurastenia" y "síndrome de hiperventilación" que databan de la revolución francesa y aludían a un estado de ansiedad combinado con síntomas cardiopulmonares inducidos por los terrores del campo de batalla (Stone, 1997).

La descripción de Freud de "neurosis de ansiedad" en 1895 abarcaba estados moderados de ansiedad así como el actual *ataque de pánico*.

En 1899 aparece la sexta edición de "Psiquiatría" de Emil Kraepelin, cuya clasificación de las enfermedades serviría de base para la clasificación posterior (1952) del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana (Shorter, 1997).

En 1968 se publica la segunda edición del DSM, con una clasificación fuertemente influenciada por la postura psicoanalítica de la época.

En la década de los setenta creció el interés por mejorar la clasificación psiquiátrica a nivel mundial, tendencia que se vio favorecida por el aumento del número de encuentros científicos internacionales, por el desarrollo de varios estudios de colaboración internacional y por la disponibilidad de nuevos tratamientos. Sociedades psiquiátricas de muchos países impulsaron el desarrollo de criterios específicos para la clasificación y para mejorar la fiabilidad diagnóstica. En concreto, la Asociación Psiquiátrica Americana de los Estados Unidos hizo y publicó su Tercera Revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-III), la cual incorpora criterios operativos de clasificación, aplicando un vago modelo "bipo-psico-social" de las enfermedades.

El término "neurosis de ansiedad" estuvo vigente hasta 1980 para la APA, y hasta 1992 para la OMS cuando se sustituye por ansiedad generalizada con la publicación de la CIE-10 y DSM-III respectivamente.

En las clasificaciones de la OMS ansiedad y angustia se utilizan como sinónimos en correspondencia al inglés *anxiety*. En las primeras traducciones al español de DSM, *anxiety* aparecía como angustia; en la traducción más reciente (DSM-IV) aparece como ansiedad.

La tabla I y II presentan los trastornos de ansiedad de acuerdo a la CIE-10 y DSM-IV respectivamente.

### Epidemiología.

En vista de los cambios diagnósticos radicales en el DSM-III, los estudios epidemiológicos realizados antes de 1980 habían limitado la relevancia del trastorno de ansiedad. Sin embargo, los primeros estudios apoyan la actual conclusión de que los trastornos de ansiedad son de los trastornos psicológicos más frecuentes (Colón, 1996). El estudio ECA (Epidemiologic Catchment Area) del *National Institute of Mental Health (NIMH)* de Estados Unidos encontró tasas de prevalencias de 6 meses y a lo largo de la vida de trastornos mentales específicos en la población general mediante el *Diagnostic Interview Schedule (DIS)*; Robins et al. 1981). La tabla III presenta las prevalencias a lo largo de la vida de los trastornos de ansiedad, la tabla IV presenta las prevalencias a 6 meses del trastorno de pánico y obsesivo compulsivo, y la tabla V presenta la prevalencia a 6 meses de las fobias. El trastorno de ansiedad generalizada no se incluyó en el DIS original; sin embargo, algunos datos de seguimiento del ECA incorporaron esta condición. George et al. (1986) reportó una tasa de prevalencia a 6 meses de 2.5 a 8.2% para trastorno de ansiedad generalizada. En el DSM-IV se menciona que la prevalencia anual del trastorno se sitúa en el 3% aproximadamente, mientras que la prevalencia global llega hasta el 5%.

## TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

Trastorno	New Haven	Baltimore	St. Louis
	1980-1981 (N=3,058)	1981-1982 (N=3,481)	1981-1982 (N=3,004)
T. de ansiedad	10.4	25.1	11.1
Fobia	7.8	23.3	9.4
Pánico	1.4	1.4	1.5
Obsesivo-compulsivo	2.6	3.0	1.9
Somatización	0.1	0.1	0.1

Tabla III. Tasas de prevalencia (ECA) a lo largo de la vida de los trastornos de ansiedad. (Rundell, 1996)

## TRASTORNO DE PANICO Y OBSESIVO COMPULSIVO.

Trastorno	New Haven	Baltimore	St. Louis
Pánico	0.6	1.0	0.9
Mujer	0.9	1.2	1.0
Hombre	0.3	0.8	0.7
Obsesivo-compulsivo	1.4	2.0	1.3
Mujer	1.7	2.2	1.7
Hombre	0.9	1.9	0.9

Tabla IV. Tasas de prevalencia (ECA) a seis meses del trastorno de pánico y obsesivo compulsivo. (Rundell, 1996)

## FOBIAS.

Fobia	New Haven	Baltimore	St. Louis
<b>Social</b>			
Mujer		2.6	1.5
Hombre		1.7	0.9
Total		2.2	1.2
<b>Simple</b>			
Mujer	6.0	15.7	6.5
Hombre	3.2	7.3	2.3
Total	4.7	11.8	4.5
<b>Agorafobia</b>			
Mujer	4.2	7.8	6.0
Hombre	1.1	3.4	3.2
Total	2.8	5.8	2.7
<b>Total (fobias)</b>			
Mujer	8.0	17.5	7.7
Hombre	3.4	8.6	5.4
Total	5.9	13.4	5.4

Tabla V. Tasas de prevalencia (ECA) a seis meses de las fobias. (Rundell, 1996).

En los centros médicos para trastornos de ansiedad aproximadamente el 12% de los individuos presenta un trastorno de ansiedad generalizada. Según Mateos y Caballo (1999), los trastornos de ansiedad, considerados en conjunto, tienen una prevalencia de 13 a 15% a lo largo de la vida.

El trastorno por ansiedad generalizada, probablemente el más común de los trastornos de ansiedad, se estima que es cuatro veces más prevalente que el trastorno de pánico y tres veces más prevalente que la fobia simple. Las mujeres tienen probabilidades dos veces más altas que los hombres de padecerla. La mayoría de los pacientes con ansiedad generalizada reportan que han sido ansiosos toda su vida, más de la mitad manifiestan que el trastorno empezó en la segunda infancia o la adolescencia, no es raro que el trastorno se inicie a partir de los 20 años de edad (Colón, 1996).

En 1960 se hizo la primera investigación nacional sobre trastornos neuropsiquiátricos en México. El porcentaje de enfermos estimado fue de 4.43% (De la Fuente, 1997). En este estudio se consultó a dos sectores de la población, médicos e instituciones hospitalarias, y se extrapolaron los resultados. En 1988 se efectuó en el marco de la Encuesta Nacional de Adicciones, una encuesta de salud mental en la quinta parte (n=2025) de la población urbana seleccionada (Secretaría de Salud, 1990). Dicha encuesta fue realizada en una muestra probabilística con representatividad nacional de la población residente en zonas urbanas del país. El marco muestral fue una encuesta en hogares, para elegir personas entre 12 y 65 años. La obtención de la muestra se hizo en varias etapas y estratificaciones. Se excluyó del estudio a personas que residían en instituciones (cárceles, conventos, hoteles, instalaciones militares y nosocomios) así como a los grupos nómadas y a los residentes de islas u otros sitios fuera del macizo continental.

La Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) se hizo en una submuestra probabilística, siguiendo el mismo procedimiento, pero restringiendo la elección de individuos a aquellos que tuvieran una edad entre 18 y 65 años.

Algunos de los resultados se presentan en la tabla VI. En ellos se aprecia que los trastornos psicóticos, la epilepsia y los trastornos graves de la personalidad afectan por igual a hombres y mujeres, mientras que los trastornos depresivos y obsesivos son más frecuentes en estas últimas.

<i>Trastorno</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
Depresión con retardo	0.5	1.1	0.9
Depresión neurótica	1.6	5.0	3.7
Depresión psicótica	0.8	0.6	0.7
Epilepsia	3.4	3.9	3.7
Manía	0.3	0.2	0.2
Probable depresión psicótica	1.5	3.0	2.5
Probable esquizofrenia	1.2	0.9	1.0
Psicosis inespecífica	0.7	0.6	0.6
Probable psicosis	3.2	2.6	2.8
Probables trastornos limítrofes	1.6	0.8	1.1
<i>Trastorno de ansiedad</i>	<i>0.3</i>	<i>1.6</i>	<i>1.1</i>
Trastorno bipolar	0.7	0.6	0.6
Trastorno obsesivo	1.6	3.0	2.5

**Tabla VI.** Prevalencia de trastornos psiquiátricos en población adulta de zonas urbanas (porcentajes). De la Fuente, 1997.

Los hallazgos son equiparables a los reportados en otros países, en donde resalta la magnitud considerable de los trastornos psiquiátricos: teniendo en cuenta sólo aquellos de mayor severidad y con mayor certeza de definición, afectan a entre 15 y 18% de la población urbana adulta (Caraveo, 1994). Las consecuencias de ellos son diversas, con impacto tanto en el plano individual como familiar, social y económico. Además, 7% de la población estudiada manifestó haber estado incapacitada para asistir al trabajo o a la escuela o para realizar sus actividades diarias a causa de este tipo de padecimientos (Medina, 1992).

Posteriormente se llevaron a cabo dos encuestas en hogares con objeto de determinar la prevalencia de trastornos mentales y la utilización de servicios de salud por parte de los habitantes de la ciudad de México (Caraveo, 1977), así como de profundizar en las manifestaciones específicas que reviste el fenómeno en la población de bajos recursos (Medina-Mora, 1997), para la que se utilizaron instrumentos estandarizados que evalúan categorías diagnósticas discretas.

Caraveo et al. (1996) encontraron que, de acuerdo con la CIE-10, 26% de la muestra reportó la prevalencia en la vida de alguno de los trastornos psiquiátricos incluidos, sin considerar el abuso de sustancias. Otro 10% reportó la presencia de dos o más diagnósticos. Los resultados preliminares han mostrado las siguientes tasas por 100 habitantes adultos en la ciudad de México: trastornos de ansiedad: agorafobia, 2.6; fobia social, 2.6; fobias específicas, 4.7; pánico, 1.9; ansiedad generalizada, 3.2, y obsesivo-compulsivo, 1.3; trastornos afectivos: manía, 1.2; episodio depresivo, 8.0, y distimia, 4.3.

## **CAPITULO II.**

### **NATURALEZA DE LA ANSIEDAD.**

La respuesta de ansiedad, involucra claramente procesos psicológicos y fisiológicos, no obstante muchos han intentado caracterizarla, igual que la mayoría de las emociones humanas, como fenómenos puramente fisiológicos o puramente psicológicos. Aunque el debate continúa entre los puristas y los eclécticos, los defensores de la postura dicotómica se están confrontando con un cuerpo creciente de evidencia que hace su posición insostenible. A esto tenemos que agregar la reciente postura sociológica al respecto. Las investigaciones sobre las causas de la ansiedad se enfocan en diversos aspectos como los psicodinámicos, cognitivos, biológicos y genéticos, de tal manera que han surgido diversas teorías para explicar el origen de la ansiedad.

## Enfoque biológico.

### Teorías biológicas.

Desde que las benzodiazepinas (popularmente conocidas como tranquilizantes) son un tratamiento farmacológico efectivo y ampliamente aceptado para la ansiedad, se ha sugerido que las anomalías en los receptores cerebrales para benzodiazepinas son un posible mecanismo biológico de la ansiedad. Los medicamentos antagonistas de benzodiazepinas son ansiogénicos, es decir, producen ansiedad, en animales y humanos.

El entendimiento del sistema de neurotransmisores, incluyendo su funcionamiento y papel en la ansiedad, se ha incrementado dramáticamente, impulsado por el desarrollo de una variedad de métodos y técnicas experimentales para el estudio en modelos animales y en humanos (Coupland et al. 1992).

La atención se ha enfocado particularmente en los sistemas noradrenérgico, serotoninérgico y del ácido gama-amino-butírico (GABA), con un interés más reciente en una variedad de péptidos.

El interés en el estrés y su componente fisiológico produjo curiosidad sobre el papel de la administración de catecolaminas y su efecto fisiológico, aunque con resultados a veces contradictorios (Colón, 1996). El papel del sistema noradrenérgico ha sido el foco de muchos estudios del trastorno de pánico. La estimulación del locus coeruleus en animales genera respuestas conductuales relacionadas con la ansiedad clínica (Redmond et al. 1976). La ablación del locus coeruleus, por otro lado, disminuye las respuestas de miedo (Redmond et al. 1976). Las drogas que incrementan la función noradrenérgica en humanos incrementan los síntomas de ansiedad. La yohimbina, una sustancia utilizada para estimular sexualmente al ganado, incrementa la ansiedad en pacientes con trastorno de pánico (Rosenbaum, 1991). Todos estos estudios sugieren una asociación entre la ansiedad y el sistema noradrenérgico.

La provocación farmacológica de ataques de pánico ha generado valiosa información acerca de la fenomenología, fisiología, fisiopatología, respuesta a los medicamentos y prevención del pánico. El lactato de sodio ha sido el agente más ampliamente estudiado y aceptado para la inducción de pánico (Pitts y McClure, 1967). Otros métodos de inducción incluyen CO<sub>2</sub>, cafeína y agentes colinérgicos (Colón, 1996).

La introducción del clordiazepóxido como tratamiento para la ansiedad en los 60s desembocó en el desarrollo de varias benzodiazepinas, que han tenido un papel central en el manejo de los trastornos de ansiedad. El reconocimiento del papel del GABA en el efecto farmacológico de las benzodiazepinas, así como la identificación de receptores para benzodiazepinas y GABA, produjo información sobre el efecto molecular de estos compuestos (Zorumski, 1991).

El GABA es el mayor neurotransmisor inhibitor del Sistema Nervioso Central (SNC) que es utilizado por más del 40% de las neuronas. Los receptores de benzodiazepina están ligados a los receptores de GABA, y sus interacciones producen alteraciones en la inhibición neuronal. La activación de los receptores de benzodiazepina produce un incremento de la afinidad del GABA a sus receptores, produciendo un aumento en el flujo del cloro a la neurona mediante la apertura de los canales de cloro. Este proceso causa hiperpolarización electroquímica de la neurona y, finalmente, inhibición neuronal (Fyer, 1995).

Los antagonistas que bloquean la acción de las benzodiazepinas, y los agonistas inversos de benzodiazepina, causan ansiedad en animales y humanos (Coupland et al. 1992).

El tratamiento exitoso del trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada con agentes que afectan la función serotoninérgica, como los antidepresivos tricíclicos, bloqueadores de la recaptura de serotonina, y agonistas serotoninérgicos, sugiere que la serotonina tiene un papel en los trastornos de ansiedad (Power y Cowen, 1992). Se han propuesto hipersensibilidad a la serotonina, actividad excesiva del receptor a serotonina, y deficiencia funcional de la serotonina.

Desde la perspectiva anatómica, se ha propuesto que el sistema límbico juega un papel central en las respuestas emocionales. Múltiples interconexiones entre la amígdala, el hipocampo y otras estructuras límbicas parecen facilitar el procesamiento de estímulos interoceptivos y exteroceptivos. Las proyecciones de la amígdala y el hipotálamo modulan las respuestas autonómicas y endocrinas involucradas en la regulación de ansiedad (Reiman, 1988). La estimulación de la amígdala en humanos induce ansiedad y miedo (Rosenbaum, 1991). La estimulación de la amígdala en animales también se asocia con cambios conductuales significativos (Fyer, 1995).

Los estudios del funcionamiento del cerebro humano mediante técnicas de imagen como la tomografía por emisión de positrones, reportan un incremento del flujo sanguíneo bilateralmente durante la inducción de ataques de pánico. También se ha reportado una asimetría anormal del flujo sanguíneo en la región parahipocámpal en pacientes propensos a pánico, e incremento del flujo sanguíneo en el lóbulo temporal en sujetos controles sanos durante ansiedad anticipatoria (Reiman et al. 1989).

También se ha implicado a los lóbulos frontales en la génesis y modulación de la ansiedad. En las personas que han tenido capsulotomía por trastorno de ansiedad severo, ocurre una reducción aparente en el metabolismo de la glucosa en la región orbitomedial (Colón, 1996), que sugiere que el lóbulo frontal participa en la modulación de la ansiedad.

#### Teorías genéticas.

Los estudios en gemelos en la década de 1980, implicaron factores genéticos en la agorafobia y trastorno de pánico, invadiendo el terreno de la psicogénesis: durante un siglo la doctrina postulaba que la histeria y psiconeurosis sintomáticas eran el resultado del estrés o de una vida familiar disfuncional. Los avances genéticos sugerían que estas enfermedades podrían tener un sustrato cerebral significativo, aunque muchas circunstancias ambientales podían contribuir como desencadenantes (Shorter, 1997).

Entrevistas diagnósticas estructuradas realizadas en miembros de familias de pacientes con ansiedad generalizada han confirmado que cerca del 20 por ciento de los parientes sufren del trastorno (Fyer, 1995). Los pocos estudios disponibles en gemelos sugieren que las bases genéticas son menos importantes y probablemente diferentes que en el trastorno de pánico. La tasa de concordancia para ansiedad clínica es cuatro veces más alta en gemelos monocigotos que en dicigotos (Kendler et al. 1992).

#### Enfoque psicológico.

##### Teoría psicoanalítica.

En sus primeros trabajos Freud entendió a la ansiedad como una manifestación de tensión inducida psicológicamente, es decir, tensión que no posea un origen orgánico. Con la publicación en 1909 del caso de el Pequeño Hans, Freud revisó sus primeras opiniones y adoptó una teoría psicológica de la ansiedad.

La teoría descansaba en el contexto de la teoría estructural (inconiente, preconiente y conciente) en el libro *Inhibiciones, Síntomas y Ansiedad* de 1926 (publicado en Estados Unidos como *El Problema de la Ansiedad*). Ahí, Freud concluye que la ansiedad es un síntoma de un conflicto inconiente no resuelto entre los impulsos de una gratificación libidinal o agresiva y el reconocimiento del ego de un peligro externo que podría resultar de esa gratificación. Movilizado por la señal de ansiedad y actuando de acuerdo con el principio del placer, el ego utiliza varias defensas para evitar la ansiedad producida por el conflicto intrapsíquico y el daño externo potencial. La experiencia de ansiedad es el resultado de una falla del ego para utilizar defensas efectivas. La señal de ansiedad ocurre fuera de la conciencia, la ansiedad sentida es experimentada concientemente y puede alcanzar proporciones traumáticas (Freud, 1981).

La descripción de Freud de ansiedad traumática se correlaciona fuertemente con la definición actual de un ataque de pánico.

Freud parece no reconciliar sus primeras observaciones clínicas con sus posteriores teorías psicológicas y metapsicológicas, en las cuales las distinciones entre los tipos de ansiedad son cuantitativas más que cualitativas.

Posteriormente a Freud, gran número de autores han especulado en cuanto a la naturaleza del conflicto básico generador de la ansiedad (Gabbard, 1995).

Adler considera que el conflicto fundamental generador de ansiedad en la infancia es el conflicto entre la inferioridad biológica del niño y su anhelo de poder. La forma en que este conflicto básico es enfrentado por los distintos individuos explicaría las diferencias individuales en cuanto a la propensión a sufrir ansiedad.

S. Sullivan considera que el niño experimenta inicialmente ansiedad cuando empáticamente capta la desaprobación de su madre. Puesto que ser aceptado por su madre es vital para él, cualquier indicio de que su relación con ella está amenazada le produce ansiedad.

Horney piensa que la ansiedad en la infancia es consecuencia de la necesidad del niño de depender de sus padres y la hostilidad que inevitablemente suscita en él esa dependencia. El conflicto entre hostilidad y dependencia es la causa de la "angustia básica" de la infancia, puesto que sentir hostilidad pone en peligro la relación con la madre, de la cual se depende para la satisfacción de necesidades vitales.

Rank considera a la ansiedad como la consecuencia del conflicto entre la posibilidad de hacerse autónomo y la posibilidad de permanecer dependiente de la madre. Cualquier paso a una u otra dirección se traduce en ansiedad.

La primera experiencia angustiosa para el niño es su separación de la madre, cuyo arquetipo es el trauma de la separación en el nacimiento.

Fromm y May sitúan el origen de la ansiedad en el conflicto inherente al proceso de individuación, el cual implica la necesidad de separarse de la madre y la tendencia a permanecer vinculado a ella mediante ligas primarias de dependencia y pasividad.

Si el niño permanece dependiente de sus padres, experimenta angustia; pero si se individualiza y se separa de ellos, su soledad, como su dependencia, es también fuente de ansiedad. La solución es la adquisición progresiva de autonomía (dependencia en los propios poderes) y la vinculación con el mundo a nuevos niveles, lo cual implica adquisición de advertencia de uno mismo como entidad separada y libertad y responsabilidad en cada acción individual.

De acuerdo a la teoría psicoanalítica, la ansiedad surge de un conflicto entre la vía instintiva y la inhibición interna. Peligros externos reales evocan miedo, que es distinto de la ansiedad. Sin embargo, en la práctica clínica, el miedo y la ansiedad no siempre pueden diferenciarse, y en la mayoría de los casos los dos coexisten.

#### Teoría cognitivo-conductual.

La teoría cognitiva de la ansiedad, representada por el trabajo de Aaron Beck (1971, 1974, 1979), sugiere que la ansiedad es una respuesta a un peligro percibido. La distorsión en el procesamiento de la información lleva a malpercibir el peligro y experimentar ansiedad. La ansiedad patológica se relaciona al procesamiento selectivo de información de una amenaza. Los pacientes ansiosos también perciben sus recursos como inadecuados para enfrentarse con la amenaza. La falta de control sobre el ambiente es un factor importante en el mantenimiento de la ansiedad.

Otros mecanismos psicológicos involucrados en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad incluyen colocación selectiva de la atención a la amenaza, particularmente a la amenaza al self (auto-esquemas); de fácil acceso y rápida recuperación de la información relacionada con la amenaza; auto-conciencia o preocupación excesiva sobre como uno es percibido por otros; miedo excesivo y exagerado de sensaciones corporales asociadas a ansiedad; y una percepción equivocada del grado de estrés o de la dificultad de la tarea y un nivel inapropiado de los esfuerzos aplicados para enfrentarlos.

La preocupación excesiva en la ansiedad ha sido explicada como una defensa contra pensamientos intrusivos y dificultad para disminuir pensamientos de trauma anticipado. La teoría cognitiva ha sido influenciada por Freud con sus conceptos de división de la cognición en proceso primario y secundario, y el papel que desempeñan en la actividad mental el inconciente, preconciente y conciente; la formulación de constructos personales de George Kelly; los estudios de esquemas (clases de reglas jerárquicas e internalizadas utilizadas para resolver problemas) de Jean Piaget; y la terapia racional emotiva de Albert Ellis (Beck, 1979).

Originalmente se pensaba que el tipo de conceptualización determinaba el estado afectivo en sujetos normales, y en sujetos con psicopatología el estado afectivo determinaba la cognición. Sin embargo, Beck (1971), en observaciones empíricas y, posteriormente corroborado por investigaciones de otros autores, hipotetizó que la cognición determina el estado afectivo tanto en sujetos normales como en sujetos con psicopatología; lo que hace la diferencia es el grado de correspondencia entre la conceptualización y la configuración real del estímulo. En el estado psicopatológico existe una falla perseverativa en la conceptualización lo que origina una respuesta afectiva inapropiada o excesiva.

En respuestas normales y anormales, el tipo de conceptualización origina estados afectivos específicos. En condiciones anormales las conceptualizaciones están determinadas en gran medida por procesos internos que distorsionan la situación (estímulo).

De acuerdo con Beck (1971), un estímulo es evaluado inicialmente por una categoría de conceptualización amplia e indiferenciada, posteriormente sigue por categorías mas refinadas hasta que se logra un ajuste entre el dato y el esquema cognitivo. En el estado psicopatológico existen ciertos esquemas dominantes que producen un ajuste pobre. En este caso la conceptualización está determinada por el esquema invocado mas que por la configuración del estímulo externo.

Existen tres suposiciones que sustentan el modelo cognitivo-afectivo: 1) la reacción individual depende de la evaluación (conceptualización) de la situación. Las propiedades cruciales del estímulo son las connotaciones, significados, y significancia para el que percibe; 2) el significado o contenido cognitivo está ligado a un afecto particular; 3) el significado especial de un evento particular, en términos de su efecto presumible en el dominio del individuo, es un factor importante en la producción de la respuesta afectiva.

El dominio de un individuo comprende todos los objetos y atributos de esos objetos que tienen algún valor o significado para él. Si un objeto particular es irrelevante, desconocido, o totalmente carente de cualquier investidura actual o potencial, entonces no es parte del dominio.

El dominio, por lo tanto, consiste en el individuo como entidad física, sus atributos personales, y otros objetos animados e inanimados en los cuales él tiene una investidura. Entre esos objetos están la familia, amigos, posesiones materiales. En resumen, son los grupos u otros individuos con los cuales se identifica (por ejemplo, su ciudad, su grupo racial, o su equipo de escuela), así como valores intangibles o ideales de importancia para él -libertad, democracia, ley y orden, derechos de propiedad (Beck, 1971).

Los tipos de conceptualización que derivan en un afecto específico son los siguientes:

*Tristeza:* La pérdida está ligada a la respuesta de tristeza o disforia. El significado especial de una pérdida en particular para un individuo determina el grado de respuesta emocional. Para producir tristeza, una pérdida debe concebirse por el individuo como una sustracción significativa de su dominio.

En términos del modelo, la tristeza se produce cuando la evaluación de su dominio detecta una disminución. Independientemente de la situación (estímulo) actual, el individuo (1) debe percibir un evento como una pérdida, y (2) el objeto o atributo que se ha perdido debe tener algún valor positivo.

*Euforia y excitación:* La condición esencial para producir euforia es una ganancia, por ejemplo, un aumento en la evaluación del dominio. El significado de un objeto o estímulo particular es un factor que determina cuándo el individuo experimenta placer.

*Ansiedad:* El origen de la ansiedad depende de la evaluación de una amenaza a el dominio. Frecuentemente dicha amenaza está relacionada con el peligro de alguna lesión física o psicológica a la persona. Sin embargo, la ansiedad puede ser producida por una amenaza a la seguridad, salud, o bienestar de otra persona en el dominio; a la institución con la cual se identifica el individuo; o algún valor como la libertad. La ansiedad es exacerbada por (1) la evaluación de que el individuo no puede neutralizar o lidiar con el objeto amenazante; (2) la inmediatez del peligro percibido; (3) la impredecibilidad de cuándo el daño ocurrirá; (4) la alta probabilidad de ocurrencia del evento nocivo; (5) la expectativa de gran daño como consecuencia del evento nocivo.

*Enojo:* Un estímulo particular es percibido como nocivo o produce una tensión en el individuo por intromisión en su dominio. La causalidad de la nocividad es atribuida al objeto externo más que al individuo mismo. En términos generales, el acto nocivo es juzgado como una ofensa y el perpetrador como un ofensor. Típicamente, el foco se dirige más a la ofensa y al ofensor que al daño actual. En las relaciones interpersonales habituales, la ofensa involucra una violación o transgresión (por alguien más) al código individual de conducta aceptable. Este código consta de grupos de reglas formados para asegurar el adecuado funcionamiento del individuo y para protegerlo de daño psicológico o físico.

Las distorsiones y malinterpretaciones están limitadas al contenido ideacional característico para cada grupo nosológico. El estado emocional o sentimiento típico de un paciente parece ser consecuencia de la manera en que estructura la realidad. Parece existir un continuum del deterioro cognitivo desde el neurótico medio al psicótico severo.

Si la enfermedad se intensifica, aumenta el deterioro, manifestado por un aumento progresivo de las ideas distorsionadas y progresiva impermeabilidad de las distorsiones (Beck, 1971)).

*Neurosis depresiva:* El contenido del pensamiento del paciente deprimido se centra en el tema de una pérdida significativa en su dominio. Una forma de formular este tema es en términos de la triada cognitiva: una conceptualización negativa de sí mismo, una interpretación negativa de las experiencias de su vida, y una visión nihilista del futuro.

*Estados maníacos e hipomaníacos:* El paciente maníaco o hipomaníaco percibe una ganancia significativa en cada una de las experiencias de su vida. Indiscriminadamente atribuye valores positivos a sus experiencias, espera irrealísticamente resultados positivos de sus esfuerzos, y tiene ideas exageradas de sus habilidades.

*Neurosis ansiosa:* El contenido ideacional de los pacientes ansiosos está dominado por temas de peligro a su dominio: es decir, tienen temor de eventos perjudiciales a ellos, su familia, su propiedad, su estatus o a otros valores intangibles. Un individuo que tiene miedo de desarrollar una enfermedad seria o fatal interpreta un síntoma fisiológico inusual como signo de dicha enfermedad. El miedo a daño psicológico es el componente esencial en la ideación de la ansiedad en los neuróticos. El individuo puede malinterpretar el comportamiento de otros, tales como los miembros de la familia, amigos, o hasta extraños, como indicativo de que están planeando rechazarlo.

*Neurosis fóbica:* En las fobias la expectación de lesión física o psicológica está confinada a cierta situación definible. Si esta situación puede ser evitada, entonces el paciente no se siente amenazado y puede estar tranquilo.

*Estado paranoide:* El paciente paranoide interpreta de manera irrealista las experiencias como un abuso injustificado o interferencia con sus objetivos. El tema principal es "yo estoy bien, él está mal", mientras que en el paciente deprimido es "yo estoy mal, él está bien".

Los síndromes de ansiedad y depresión son muy heterogéneos. Rara vez se encuentran a dos pacientes cuyos síndromes parecen exactamente iguales.

Sin embargo, dichas personas generalmente tienen dificultades en al menos una de las dos áreas mayores del funcionamiento cognitivo: (1) suposiciones, actitudes y pensamientos negativos y (2) deterioro en el funcionamiento de la memoria y el aprendizaje (Braff, 1974).

Aunque estas teorías son estimulantes, la evidencia empírica para confirmar o refutar la validez y relevancia del mecanismo subyacente aún son escasos. Sin embargo, la investigación basada en la ansiedad crónica o ansiedad rasgo, más que en ansiedad estado, sugiere que el procesamiento de información puede ser diferente en pacientes ansiosos y en controles. Los pacientes ansiosos parecen focalizar su atención en el estímulo amenazante, recordar más la información relacionada con la amenaza, y percibirse ellos mismos como poseedores de menor control sobre los estímulos internos y externos que los controles no ansiosos (Papp y Gorman, 1995).

#### Enfoque social.

El concepto de emoción ha sido, tradicionalmente, uno de los reductos de la psicología individual. Sin embargo, durante los últimos años algunos investigadores han comenzado a considerar la dimensión social de la emoción. Tal es el caso, por ejemplo de los estudios sobre "contagio emocional", "comunidad social de la emoción" y "clima emocional" (Baron y Byrne, 1998).

El concepto de "contagio emocional" es, de los tres fenómenos citados, el más primitivo de todos, ya que no implica elaboración simbólica alguna; el contagio se produciría a nivel no verbal: nuestro estado emocional cambia como resultado de las emociones que los demás parecen transmitir a través de su comportamiento no verbal.

El miembro de una pareja puede, por ejemplo, sentirse triste y enfadado sin saber por qué, sin darse cuenta que es, sencillamente, porque su compañero o compañera transmiten tristeza a través de su comportamiento facial, postural o vocal. En suma, el contagio emocional sería un componente fundamental, probablemente el más elemental, de los procesos empáticos.

El concepto de "comunidad social" de la emoción alude a otro fenómeno cotidiano: nuestra capacidad para experimentar las emociones de los demás a través de sus relatos y, lo que es más interesante, nuestra capacidad para experimentar nuestra propia emoción cuando la relatamos a los demás. Los relatos de experiencias emocionales guardan relación con los pensamientos recurrentes sobre experiencias disruptivas y ayudan a interpretarlas e integrarlas en nuestro autoconcepto. Dicho de otro modo, cuando una persona experimenta una emoción, especialmente una emoción debida a un hecho disruptivo (por ejemplo, un suspenso), la emoción no acaba en la situación emocional misma. Se produce un epílogo simbólico de la emoción (por ejemplo, charlas con los amigos) que ayuda a interpretar el conjunto de experiencias y síntomas ligados a la situación inmediata (por ejemplo, "lo que sentí" en ese momento, las razones y consecuencias de mis actos, etc.). Dicho epílogo es un componente muy importante de la emoción porque nos ayuda a integrarla en nuestro universo simbólico y posiblemente tiene importantes funciones a la hora de facilitar nuestra adaptación al tipo de acontecimientos que la han provocado (por ejemplo, enfrentarnos menos dramáticamente a nuevos suspensos).

Finalmente, el "clima emocional" es el fenómeno más complejo de los tres que se han mencionado y podría englobar los dos anteriores. Los autores hacen la distinción entre atmósfera emocional, clima emocional y cultura emocional. Una atmósfera emocional es una forma de conducta colectiva en la que la mayor parte de un grupo o sociedad siente una determinada emoción porque todos prestan atención a un mismo acontecimiento. La atmósfera emocional se distingue del clima emocional en dos rasgos básicos.

El primero es que el clima emocional es más duradero que la atmósfera. Mientras la primera desaparece con el objeto que ha centrado la atención del grupo, el segundo puede perdurar durante años. La segunda diferencia es más importante. Mientras la atmósfera es producida por una mera coincidencia en el estado de ánimo de los individuos, el clima es una parte de la estructura social del grupo. En otras palabras, el clima emocional determina características esenciales de las relaciones entre los individuos del grupo. Una atmósfera de miedo, por ejemplo, puede determinar reacciones de pánico en la multitud que no tienen trascendencia más allá del episodio concreto de que se trate (por ejemplo, la huida masiva). Un clima de miedo establece un conjunto de relaciones basadas en la inseguridad y la desconfianza mutua que trascienden muchos aspectos de la vida social (por ejemplo, el miedo de los padres a las denuncias de los hijos en un régimen totalitario).

Por último, el concepto de cultura emocional ayude también a las características de las relaciones en el seno de una sociedad, pero se diferenciaría del clima emocional por su estabilidad dinámica a lo largo de la historia. Por el contrario, el clima emocional dependería de las condiciones socio-económicas e ideológicas de un momento histórico y una sola generación podría protagonizar un cambio de clima. Ciertos tipos de clima emocional consistirían en una forma especial de relación con los demás. Tal es el caso, por ejemplo del clima de miedo (cuyo contrario sería un clima de seguridad) que fomenta el aislamiento de los individuos. Otros tipos de clima surgirían de un proceso valorativo, tal es el caso del clima de satisfacción (frente al clima de insatisfacción), o el clima de inestabilidad (frente al clima de estabilidad).

Whittaker (1985) menciona que la conducta de los seres humanos y en ocasiones la emociones están determinadas por necesidades. Freud hablaba de instintos al referirse a las necesidades innatas, es decir, que estaban presentes desde el nacimiento y además de carácter universal.

Sin embargo, posteriormente el término fue sustituido por el de motivo, clasificándolos en biosociales (innatos) y psicosociales (aprendidos o adquiridos en el proceso de interacción con otros seres humanos en una cultura determinada).

No se ha establecido un número específico de motivos psicosociales, sin embargo, se sabe que cuando alguno de ellos se trunca (frustración) o si se produce un *conflicto* de motivos, se desencadena ansiedad (Whittaker, 1985). Algunos de los motivos psicosociales descritos son: seguridad, prestigio, adquisición, orden, autonomía, agresión y afiliación.

La frustración es más frecuente si se vive en sociedades complejas y/o industrializadas, y van desde las de carácter cotidiano como perder objetos necesarios, hasta las carencias de varias clases como por ejemplo la falta de lluvia o la pobreza extrema. Se ha descrito que la frustración determinada por otras personas se da prácticamente desde que nacemos por la necesidad de ser alimentado, posteriormente por el adiestramiento de ciertos hábitos (de evacuación, por ejemplo) y, finalmente la capacidad para adaptarse y tolerar la frustración.

El *conflicto* de motivos también es un hecho de la vida cotidiana y se refiere básicamente a la necesidad de elección ante la presencia simultánea de dos motivos. En 1942 Masserman reportó los resultados de varios experimentos de laboratorio en los que produjo ansiedad en animales sujetos a *conflicto de motivos* (Whittaker, 1985). Su descripción de la "neurosis experimental" concuerda en gran medida con algunos trastornos de ansiedad de vigencia actual: "ansiedad crónica" dentro o fuera de la situación experimental (ansiedad generalizada); respuestas "fóbicas" a estímulos que son simbólicos de la estimulación emocionalmente conflictiva (fobia específica) y ; fenómenos "regresivos" y defensivos (obsesivo-compulsivo).

Es especialmente Horney (Paap y Gorman, 1995) quien ha enfatizado las relaciones de la ansiedad individual con las condiciones socioculturales de nuestra época.

Puesto que los valores de un individuo están condicionados por la cultura en que vive, las circunstancias en que experimenta ansiedad dependen en cierto modo de ella. Nuestra cultura está poblada de valores contradictorios y en ella existen condiciones ineludiblemente conflictivas como la hostilidad intrasocial, que es consecuencia de la competitividad. La hostilidad produce aislamiento en las relaciones interpersonales, lo que genera ansiedad, que a su vez requiere para ser atenuada la intensificación de los impulsos a competir.

A través de la historia, la humanidad ha estado amenazada por inundaciones, terremotos y otros desastres naturales. Más, recientemente los avances tecnológicos han traído nuevos peligros. Nos hallamos expuestos con frecuencia a mensajes acerca de peligros medioambientales, como un aumento del riesgo de contraer cáncer por vivir o trabajar cerca de cables de alta tensión o por usar teléfonos celulares, seguidos a menudo de informes de resultados de otras investigaciones que nos aseguran que nuestros temores son infundados. Otros peligros medioambientales parecen mucho más reales; un ejemplo es la correlación entre vivir o trabajar cerca de un vertedero de residuos contaminados y una mayor incidencia de cáncer. Algunas personas reaccionan negativamente a las repetidas advertencias sobre hornos de microondas, pantallas de computadoras, pesticidas y otras muchas cosas, desarrollando una aversión a la vida en una sociedad tecnológica o *tecnofobia*. Un resultado de eso es que la percepción subjetiva de la exposición a factores tóxicos provoca la atribución de sensaciones corporales normales a la presencia de enfermedades graves.

### **CAPITULO III.**

## **EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD.**

#### **Manifestaciones y evaluación.**

Las manifestaciones pueden distribirse en tres áreas generales: (1) tensión motriz, (2) hiperactividad autonómica, y (3) hiperarousal. La tensión motriz se manifiesta como temblor, incapacidad para relajarse, inquietud, y fatiga, frecuentemente acompañados de dolor de espalda y cuello. Los dolores de cabeza son comunes, frecuentemente presentados como presión o tensión. Los signos de hiperactividad autonómica incluyen acortamiento de la respiración, palpitaciones, sudores, mareos, bochornos, y frecuencia urinaria (Tabla VII). Los signos de hiperarousal incluyen vigilancia y escrutinio. Los pacientes con ansiedad están irritables y se sobresaltan fácilmente. Constantemente monitorean el ambiente en busca de señales de peligro y frecuentemente tienen dificultades para dormir. Una manifestación importante es la presencia de preocupación excesiva sobre problemas menores cotidianos. El empeoramiento en el período premenstrual es común. En su forma crónica, la ansiedad causa trastornos sociales significativos y en el funcionamiento vocacional (Fyer, 1995).

Se han desarrollado una gran variedad de instrumentos para evaluar los síntomas de ansiedad (Kellner y Uhlenhuth, 1991). Estos instrumentos incluyen escalas autoaplicables y escalas aplicadas por el clínico (Tabla VIII). Estos instrumentos ayudan a cuantificar y monitorizar el curso de la ansiedad pero varían en la amplitud y grado de énfasis en los síntomas psicológicos o somáticos.

**MANIFESTACIONES DE ANSIEDAD.**

Falta de apetito	Tensión muscular
"Mariposas en el estómago"	Náusea
Dolor en el pecho	Palidez
Sudoración	Palpitaciones
Diarrea	Adormecimientos
Mareo	Disfunción sexual
Boca seca	Falta de aire
Acortamiento de respiración	Dolor estomacal
"Desguanzamiento"	Vómito
Bochornos	Temblor
Hiperventilación	Frecuencia urinaria

Tabla VII. Signos y síntomas físicos de ansiedad. (Rosenbaum, 1989).

**EVALUACION DE LA ANSIEDAD.**

**Auto-aplicables**

- State-Trait anxiety Inventory (STAI)
- Symptom checklist-90 (SCL-90-R)
- Beck's Anxiety Inventory (BAI)
- Self-Rating Anxiety Scale (SRAS)
- General Health Questionnaire (GHQ)

**Aplicadas por el clínico**

- Hamilton Anxiety Scale (HAS)
- Anxiety Status Inventory (ASI)

Tabla VIII. Escalas para evaluar la ansiedad. (Rundell, 1996).

**Curso y pronóstico.**

No existen estudios disponibles sobre el curso natural de la ansiedad. Se cree que la edad de inicio es al final de la adolescencia o al inicio de los 20s. Las características previas incluyen ansiedad, aprehensión, inhibición conductual a situaciones familiares, y una historia de trastorno de ansiedad en la infancia. Los pacientes con ansiedad en sus 40s reportan un promedio de 20 años de historia de ansiedad severa. Los estudios retrospectivos concluyen que la ansiedad sigue un curso crónico y fluctuante, con exacerbaciones y remisiones periódicas. La experiencia clínica sugiere que los pacientes con ansiedad generalizada tienen menos síntomas y se vuelven menos incapacitados conforme avanza su edad (Colón, 1996).

## **CAPITULO IV.**

### **ANSIEDAD Y RENDIMIENTO ACADÉMICO**

En el capítulo de la naturaleza de la ansiedad se mencionó, como parte de la teoría cognitiva, que nuestros estados afectivos y emocionales estaban determinados por nuestro estado cognitivo en ese momento (Beck, 1971). Sin embargo, otros autores (Baron y Byrne, 1998) han propuesto que esta condición es bidireccional, es decir que también las emociones influyen sobre la cognición. De manera general se habla de una armonía entre el estado de ánimo y los pensamientos: sentirse feliz conlleva pensamientos y recuerdos felices; un estado de ánimo triste se asocia a pensamientos y recuerdos negativos.

En el caso particular de la ansiedad, ésta afecta el aprendizaje en diferentes etapas (Davidoff, 1984). Los estudiantes víctimas de ansiedad afirman algunas veces que se sienten como bloqueados u ofuscados en las pruebas e incapaces de recuperar la información que tienen. En términos del modelo de memoria propuesto por Atkinson-Shiffrin (Fig. 1), la ansiedad puede influir en la codificación, almacenamiento y/o recuperación. Los efectos sobre los diferentes procesos de memoria no se pueden separar fácilmente unos de otros.

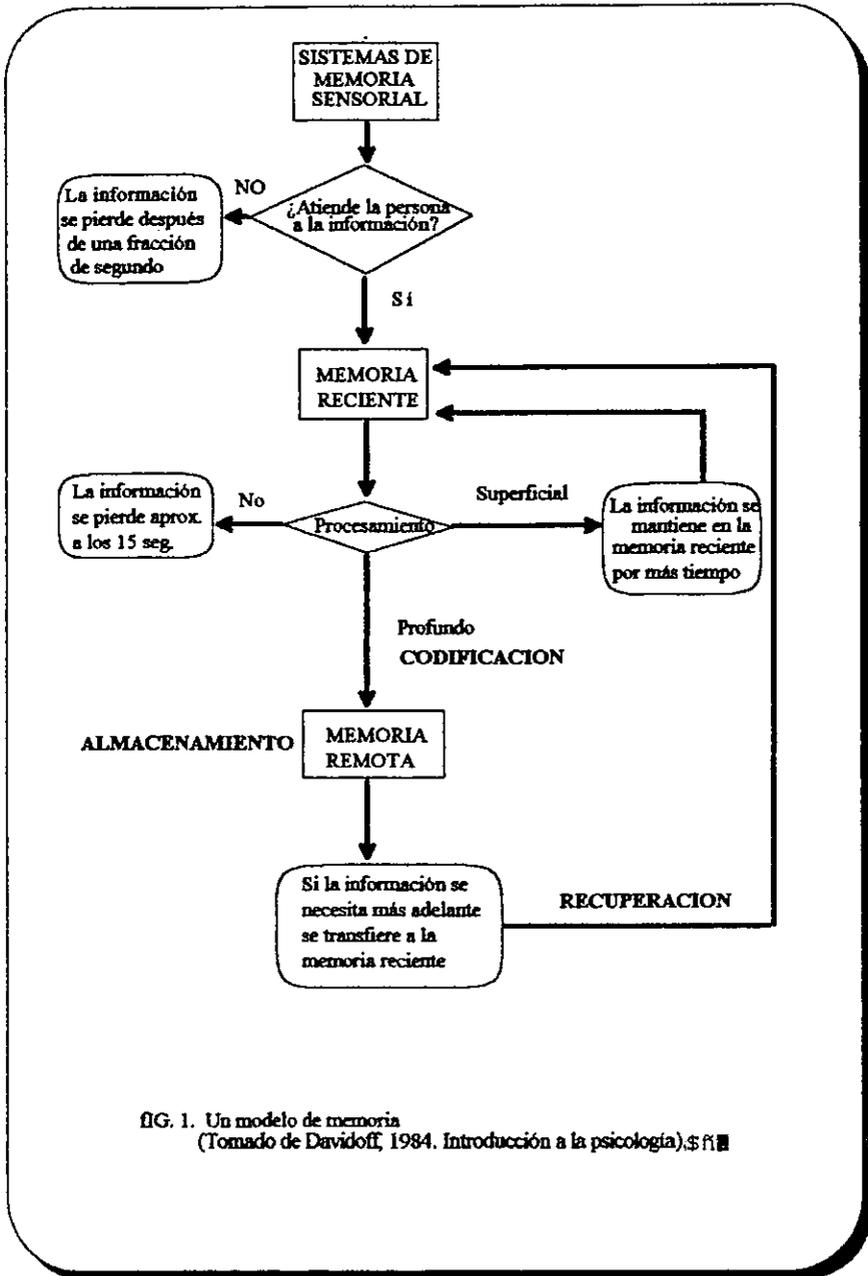


FIG. 1. Un modelo de memoria  
(Tomado de Davidoff, 1984. Introducción a la psicología).\$ P 11

Como la ansiedad es en parte un estado de excitación, se espera que los individuos ansiosos muestren algunas de las características que se presentan con las drogas estimulantes o con la activación de la formación reticular. La excitación por lo general facilita el aprendizaje y la ejecución de tareas poco complicadas pero interfiere con actividades complejas y altamente intrincadas (Landauer, 1976). De acuerdo con esto, los que obtienen puntajes altos en una escala de ansiedad son más susceptibles de algunas clases de procedimientos simples de condicionamiento y aprender tareas fáciles más rápido que los que obtienen puntajes bajos. Por otra parte tal como sería de esperarse los que obtienen puntajes altos tienden a mostrar más dificultad en tareas complejas que requieran de concentración.

En general, la ansiedad parece facilitar el éxito en tareas sencillas e impedirlo en tareas complejas. Las personas con niveles elevados de ansiedad están muy propensas a tener un rendimiento mediocre en tareas difíciles o ambiguas (que en estos casos suelen leer o interpretar incorrectamente). Obtienen resultados especialmente desastrosos en situaciones de presión y de estrés como por ejemplo, en exámenes muy importantes. Cuando el material está mal organizado y se requiere un aprendizaje memorista, los individuos con ansiedad muy elevada tienden también a obtener peores resultados que los menos ansiosos. Los estudios recientes indican que las personas con ansiedad muy elevada, suelen experimentar problemas de codificación que interfieren, en principio, con la adecuada colocación en la memoria, de la información (Davidoff, 1984).

La investigación basada en la ansiedad crónica o ansiedad rasgo, más que en ansiedad estado, sugiere que el procesamiento de información puede ser diferente en pacientes ansiosos y en controles. En su forma crónica, la ansiedad causa trastornos sociales significativos y en el funcionamiento vocacional (Papp y Gorman, 1995). Cano-Vindel y Tobal (1999) refieren que las personas ansiosas generalmente presentan dificultades en el aprendizaje por interferencia de la atención y la memoria.

En vista de estos descubrimientos, es de suponer que las personas altamente ansiosas rendirán más pobremente en la escuela que las menos ansiosas.

Diversos estudios han mostrado que los puntajes en los "test" de ansiedad aumentan con la edad durante la educación básica (George, 1986) . En uno de estos estudios (Comunian-AI, 1993) se investigó la relación entre ansiedad, interferencia cognitiva y rendimiento escolar de niños italianos entre 11 y 13 años de edad; se encontró que la interferencia cognitiva se relaciona positivamente con la ansiedad y ambas se relacionan con el rendimiento escolar.

A nivel universitario se ha estudiado en diferentes profesiones (medicina, enfermería, leyes) (Mwamwenda, 1993; Helmers, 1997) y en varios países (Estados Unidos, Canadá, China, África) (Mwamwenda, 1993; Audet, 1995; Liu, 1997; Toews, 1997). En estudiantes de medicina se han reportado cifras que van de 12.5% a 35% (Schneider, 1993; Liu, 1997).

Chamberlain (1997) reporta que la ansiedad interfiere con el aprendizaje de habilidades en un grupo de estudiantes de obstetricia.

Por otra parte, también se ha identificado a la ansiedad como factor de riesgo para experimentar malestar escolar y desarrollar síntomas posteriormente (Stewart, 1995,1997).

Un estudio particularmente interesante es el que se llevó a cabo en estudiantes de medicina de diferentes grados; en éste, los autores observaron que los niveles de ansiedad eran mayores en los graduados (Audet, 1995). Sin embargo, Mwamwenda (1993) en un estudio realizado en estudiantes universitarios Africanos, no encontró diferencias estadísticamente significativas entre dos grupos de edades (18 a 25 y 26 a 35).

En lo referente al sexo también Mwamwenda (1993) ha reportado que los hombres presentan puntajes mas bajos que las mujeres en los "test de ansiedad", aunque un estudio relativamente reciente no encontró diferencias significativas en estudiantes universitarios (Stewart, 1997).

En el Congreso Bienal de la Federación Mundial de Salud Mental, realizado en la Ciudad de México en 1991, se presentó un trabajo que analizaba los niveles de ansiedad y tabaquismo al ingresar a una carrera profesional y al finalizar el primer semestre; una de las profesiones incluidas fue psicología. Aunque se refiere que no se encontraron diferencias en ambas mediciones, por lo que respecta a la ansiedad, no se mencionan las prevalencias encontradas ni si existen diferencias con lo reportado para la población general.

Los estudiantes de enseñanza media y superior son un grupo de gran interés, ya que están sujetos a tensiones que se expresan en síntomas somáticos y trastornos emocionales y conductuales que, cuando no son atendidos, contribuyen al fracaso escolar. Durante los años de 1970 a 1976 y en 1984 se aplicó una prueba psicológica de personalidad, el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI), a los estudiantes de primer ingreso a la carrera de medicina de la UNAM (Rivera, 1976, 1980). Este instrumento permitió identificar que de 7 a 14% tenían problemas que requerían de ayuda médico-psicológica.

En 1986 se practicaron un total de 59 566 exámenes médicos a alumnos de primer ingreso a preparatoria, CCH, escuelas, facultades y ENEP de la UNAM (Romero, 1987. De la Fuente, 1987). De estos alumnos, 6 850 (11.50%) mostraron tener problemas psicopatológicos en la prueba de Golberg, que es un cuestionario para detectar trastornos emocionales. En otro estudio realizado en jóvenes de primero a tercer semestres de la Facultad de Psicología de la Ciudad Universitaria se encontró una prevalencia de trastornos de 39%. En la mitad de estos casos, los trastornos eran leves; las alteraciones más frecuentes fueron el ánimo depresivo y la ansiedad moderada. El índice de trastornos en las mujeres fue mayor, pero sus manifestaciones fueron más severas en los hombres (De la fuente, 1987).

Este elevado índice de trastornos se refleja en la demanda de ayuda especializada. En el periodo comprendido entre el 1° de marzo de 1973 y el 31 de diciembre de 1986, fueron atendidos en el Programa de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM 12 068 pacientes de primera vez, o sea, un promedio de 862 pacientes por año. Entre 1983 y 1986, los problemas psiquiátricos que con más frecuencia se trataron fueron los cuadros caracterizados por angustia o depresión (37.59%) (De la Fuente, 1997).

En un estudio reciente del Programa de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, se analizó los motivos que reportan los estudiantes con relación a su estudio y que los lleva a asistir al servicio. Se encontró que el 74% referían problemas en el rendimiento académico (atención, memoria y dificultades de adaptación), pero además cerca del 20% presentaban ansiedad, entre otros trastornos (depresión, desinterés)(Petra, Ortiz, Jaimes y Osorio, 1999). Concluyen que aún cuando el motivo de consulta sea aparentemente problemas escolares, existe un componente afectivo que debe ser tratado y que influye en la capacidad de los alumnos para funcionar en forma efectiva en su carrera.

## **DISCUSIÓN: ENFOQUE BIOPSIICOSOCIAL**

La expresión de nuestras emociones esta determinada no solo por el equipo biológico con el que nacemos, sino también por el desarrollo psicológico que adquirimos a lo largo de nuestro desarrollo, y la interacción con el ambiente que nos rodea. Tratar de explicar a la ansiedad y sus repercusiones desde un punto de vista particular deja dudas en otros aspectos y produce discusiones según la postura que se quiera apoyar. Entenderla como una manifestación de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales aclara, por ejemplo, el por qué algunos individuos son más propensos que otros a presentar ansiedad, o cómo algunos presentan mayor ansiedad que otros en circunstancias similares, o como la frecuencia de ansiedad varía de una cultura a otra. Tratar de plasmar esa visión bio-psico-social resulta tarea difícil, sin embargo, presentar la información disponible en estas tres áreas del estudio del hombre, facilita la integración de todos los factores que participan en la expresión de las emociones, en este caso de la ansiedad.

En los principios de la civilización se explicaban las patologías mentales graves como consecuencia de posesiones demoniacas, y las alteraciones emocionales menores como castigos divinos de tal manera que los tratamientos incluían exorcismos o penitencias respectivamente. Con el correr de los siglos y las investigaciones en este campo, nuevas explicaciones surgieron.

Primero en el aspecto biológico con las descripciones de Hipócrates y después en lo psicológico con los escritos de Freud.

Una área que se estaba dejando fuera era la social. En la década de los 60 el clima social imperante favoreció la hostilidad contra la autoridad, la medicina y otros ámbitos; el argumento básico de este movimiento era que la enfermedad psiquiátrica no era de naturaleza médica, sino social, política y legal: "La sociedad define lo que la esquizofrenia o depresión es, y no la naturaleza". Entonces, si la enfermedad psiquiátrica es construida socialmente, debe desconstruirse con el objeto de liberar espíritus y gente excepcionalmente creativa de el estigma de ser "patológico" (Shorter, 1997).

Surgieron, entonces posturas radicales que apoyaban uno u otro enfoque. Pero, nuevamente las investigaciones pusieron de manifiesto que la expresión emocional (normal o patológica) dependía de una interacción bio-psico-social; es decir, que cambios en una área produce cambios en las otras dos. Por ejemplo, en 1993, Trullas y Skolnick, descubrieron que la sensibilidad de los receptores, tanto centrales como periféricos de las benzodiazepinas se modificaba por eventos vitales adversos y variables sociales (Shorter, 1997); o, por ejemplo, el descubrimiento de que la depresión disminuye las defensas de nuestro organismo a las enfermedades (Rouchell, 1996); o que, nuestro estado emocional determina nuestro juicio y comportamientos sociales (Baron y Byrne, 1998).

Poder abordar la ansiedad en este sentido permite crear estrategias cuyo objetivo sea detectar oportunamente esta entidad y, consecuentemente, evitar circunstancias que interfieran con un adecuado funcionamiento. Como se mencionó anteriormente, un alto porcentaje de estudiantes que solicitan consulta en los servicios de salud mental universitarios refieren como motivo de consulta problemas con los estudios. Después de la evaluación se encuentra que estos problemas están dados frecuentemente por alteraciones emocionales.

Pero quedan fuera todos aquellos estudiantes que no solicitan atención, ya sea por su "resistencia" a aceptar que necesitan evaluación psicológica o a que consideran sus problemas con el estudio "transitorios" o de "poca importancia"; los motivos no están claros. Lo que si es posible medir es el rendimiento académico y la participación de la ansiedad en el bajo aprovechamiento.

Se ha evaluado a la ansiedad como una respuesta a la elevada tensión a que están expuestos los estudiantes y también se ha podido determinar que interfiere con el aprendizaje en diferentes etapas y, por su evolución, probablemente determine algunas otras circunstancias a lo largo de la vida académica, como la deserción por ejemplo.

Del total de estudiantes inscritos en la carrera de psicología de la ENEP Iztacala desde su fundación, sólo el 49% termina la carrera y, de estos, sólo el 30% se titula (Eguiluz y Olivares, 1998). Con estas cifras, es obligado investigar las causas de tales circunstancias.

¿Es la ansiedad un factor que impide la finalización de la carrera de psicología y la titulación? Existen muchos factores que pueden estar implicados, y no podemos extrapolar los resultados encontrados en otras carreras y en otros países. Es por eso que esta tesina sólo pretende despertar el interés en futuras investigaciones en este campo.

La detección oportuna de estos factores permitiría reconocer estudiantes vulnerables, en quienes sería necesario implementar estrategias de apoyo y mecanismos de afrontamiento ante situaciones tensionales.

Podemos decir que la detección y atención de estos problemas en el ámbito escolar son competencia del psicólogo; de hecho, es a quien se recurre en primera instancia, de tal manera que el conocimiento de los factores emocionales que pueden estar implicados permitiría una evaluación más completa.

**BIBLIOGRAFÍA.**

Audet, MC. *Caring in nursing education: reducing anxiety in the clinical setting.* Nursingconnections, 1995, 8 (3), 21-8

Atkinson, JW.(1964). *An introduction to motivation.* Princeton, NJ.: Van Nostrand,

Baron, RA & Byrne, D. (1998). *Psicología Social.* Prentice Hall Iberia, Madrid, España.

Beck, AT. *Cognition, Affect, and Psychopathology.* Arch Gen Psychiatry, 1971, 24, 495-500.

Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression.* Guilford Press, N. Y.

Braff, DL & Beck, AT. *Thinking Disorder in Depression.* Arch Gen Psychiatry, 1974, 31, 456-59.

Campbell, DT. *Social attitudes and other acquired behavioral dispositions.* En: Koch, S. (ed). (1963). *Psychology: A study of a science.* New York.

Cano-Vindel, A & Tobal, JM. *Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional.* Psicología contemporanea, 1999, 6 (1), 14-21.

Caraveo AJ, Medina-Mora ME, Rascón ML, Villatoro J, López EK, Juárez F, Gómez EM, Martínez NA. *Características psicopatológicas de la población*

*urbana adulta en México. Resultados de una encuesta nacional en hogares. An Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1994, 5, 22-42.*

Caraveo AJ, Martínez VNA, Rivera GBE, Vargas ALA. (1996). *Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México. Reporte interno. DIES, Instituto Mexicano de Psiquiatría.*

Caraveo AJ, Martínez VNA, Rivera GBE, Vargas ALA, Polo DA. *Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados. XI Reunión de Investigación del IMP, mayo 1996. Salud Mental, 1997, 20 (suppl. 2), 32-38.*

Chamberlain, M. *Challenges of clinical learning for student midwives. Midwifery, 1997, 13 (2), 85-91*

CIE-10. (1993). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Organización Mundial de la Salud.*

Colón, EA, Popkin, MK. "Anxiety and panic". En: Rundell, JR (ed). (1996). *Textbook of consultation-liaison psychiatry. Washington, DC.*

Comunian-AL. *Anxiety, cognitive interference, and school performance of Italian children. Psychol-Rep, 1993, 73 (3 Pt 1), 747-54*

Coupland N, Glue P, Nutt D. *Challenge tests: assessment of the noradrenergic and GABA systems in depression and anxiety disorders. Mol Aspects Med, 1992, 13, 221-247.*

Davidoff, LL. (1984). *Introducción a la psicología. McGraw-Hill, México.*

De la Fuente, R. (1997). *Salud Mental en México*. Fondo de Cultura Económica, México.

De la Fuente R, Díaz MA, Fouilloux C. *El programa de salud mental de la Facultad de Medicina, UNAM. Salud Mental*, 1987, 10 (3), 3-8.

DSM-IV. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Masson, S. A. Barcelona, España.

Eguilúz, LL. Olivares, R. (1998). *Manual de titulación de la carrera de psicología*. UNAM Campus Iztacala, México, D. F.

Freud, S. (1981). *Teoría General de las Neurosis*. En: Obras completas, Tomo II. Traducido del alemán. Biblioteca Nueva. Madrid, España.

Fyer, AJ. "Anxiety Disorders". En: Kaplan, HI & Sadock, BJ (ed), (1995). *Comprehensive Textbook of Psychiatry-VI*. William and Wilkins, Baltimore.

Gabbard, GO. "Theories of Personality and Psychopathology: Psychoanalysis". En: Kaplan, HI & Sadock, BJ (ed), 1995. *Comprehensive Textbook of Psychiatry-VI*. William and Wilkins, Baltimore.

Gabriel, RA. (1987). *No More Heros; Madness and Psychiatry in War*.

George LK, Huges DC, Blazer DG. *Urban/rural differences in the prevalence of anxiety disorders. Am J Soc Psych*, 1986, 6, 249-256.

Good, TL & Brophy JE. (1983). *Psicología Educativa*. Interamericana, México, D. F.

Helmrs, KF. *Stress and depressed mood in medical students, law students, and graduate students at McGill University.* Acad-Med, 1997, 72 (8), 708-14.

Kellner, R & Uhlenhuth, EH. *The rating and self-rating of anxiety.* Br J Psychiatry, 1991, suppl 12, 15-22

Kendler KS, Neale MC, Kessler RC. *Major depression and generalized anxiety disorder: same genes, (partly) different environments?* Arch Gen Psychiatry, 1992, 49, 716-722.

Landauer, T. K. (1976). *Psicología*. McGraw-Hill, México.

Liu, XC. *Life events and anxiety in Chinese medical students.* Soc-Psychiatry-Psychiatr-Epidemiol, 1997, 32 (2), 63-7

Martínez, MC. *"Tabaquismo y ansiedad en adolescentes de primer ingreso a escuela profesional"*. En: *1991 Congreso Mundial. Congreso Bienal de la Federación Mundial de Salud Mental*. México, D. F.

Mateos, PM & Caballo, VE. *Tendencias actuales en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de ansiedad.* Psicología contemporanea, 1999, 6 (1), 68-81.

Medina-Mora ME, Rascón ML, Tapia CR, Mariño MC, Juárez F, Villatoro J, Caraveo AJ, Gómez EM. *Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional.* An Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1992, 3, 48-55.

Medina-Mora ME, Berenzon S, López LE, Solís L, Caballero MA, González J. *El uso de los servicios de salud por los pacientes con trastornos mentales: resultados de una encuesta en una población de escasos recursos.* Salud Mental, 1997, 20 (suppl. 2), 32.38.

Mwamwenda, TS. *Age and test anxiety among African university students.* Perceptual & Motor Skills, 1993, 76 (2), 594.

Mwamwenda, TS. *Gender Differences in test anxiety among South African university students.* Perceptual & Motor Skills, 1993, 76 (2), 554.

Paap, LA & Gorman JM. "Generalized anxiety disorder". En: Kaplan, HI & Sadock, BJ (ed), 1995. *Comprehensive Textbook of Psychiatry-VI.* William and Wilkins, Baltimore.

Petra IA, Ortiz S, Jaimes A, Osornio A. *Problemas de estudio como motivo de consulta dentro de un programa de salud mental universitario.* Memorias del XVI Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, noviembre de 1999.

Pitts, FN & McClure JN. *Lactate metabolism in anxiety neurosis.* N Engl J Med, 1967, 227, 1329-1336.

Power AC & Cowen PJ. *Neuroendocrine challenge tests: assesment of 5-HT function in anxiety an depression.* Mol Aspects Med, 1992, 13, 205-220.

Redmond DEJ, Huang YH, Snyder DR. *Behavioral effects of stimulation of the locus coeruleus in the stump-tail monkey (Macaca arctoides).* Brain Res, 1976, 116, 502-510.

Reiman E. *The quest to establish the neural substrates of anxiety.* Psychiatr Clin North Am, 1988, 11, 295-307.

Reiman EM, Fusselman MJ, Fox PT. *Neuroanatomical correlates of lactate-induced anxiety attacks.* Arch Gen Psychiatry, 1989, 46, 493-500.

Rivera, O & Ampudia I. *El MMPI en la detección precoz de las alteraciones mentales en poblaciones universitarias.* Pisquiatria, 1976, 6(2), 58-65.

Rivera O, Lucio E, Monzón L. *Empleo del Cuestionario de Salud de Goldberg en la detección precoz de alteraciones mentales en estudiantes universitarios.* Cuadernos Científicos CEMESAM, 1980, 12, 245-258

Robins LN, Helzer JE, Croughan J. *National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics, and validity.* Arch Gen Psychiatry, 1981, 38, 381-389.

Romero, MM & Medina-Mora, ME. *Validez de una versión del Cuestionario Genral de Salud para detectar psicopatología en estudiantes universitarios.* Salud Mental, 1987, 10(3), 90-97.

Rosenbaum, JF. "Anxiety". En: Cassem, NH (ed). (1991). *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*. Boston, Massachusetts.

Rouchell AM, Pounds R, Tierney JG. "Depression". En: En: Rundell, JR (ed). (1996). *Textbook of consultation-liaison psychiatry*. Washington, DC.

Schneider, SE. Phillips, WM. *Depression and anxiety in medical, surgical, and pediatric interns.* Psychol-Rep, 1993, 72 (3 Pt 2), 1145-6.

Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones, 1990.* México.

Shorter, E. (1997). *A History of Psychiatry; From the Era of the Asylum to the Age of Prozac.*

Spielberg, ChD. Díaz, R. (1975). *IDARE. Inventario de ansiedad: Rasgo-Estado.* El Manual Moderno, México.

Stewart, SM. *Stress and vulnerability in medical students.* Med-Educ, 1995, 29 (2), 119-27

Stewart, SM. *Predicting stress in first year medical students: a longitudinal study.* Med-Educ, 1997, 31 (3), 163-8

Stone, MH. (1997). *Healing the Mind; A History of Psychiatry from Antiquity to the Present.*

Toews, JA. *Analysis of stress levels among medical students, residents, and graduate students at four Canadian schools of medicine.* Acad-Med, 1997, 72 (11), 997-1002

Wittaker, JO & Wittaker SJ. (1985). *Psicología.* Interamericana, México.

Zorumski, CF & Isenberg KE. *Insights into the structure and function of GABA-benzodiazepine receptors: ion channels and psychiatry.* Am J Psychiatry, 1991, 148, 162-173.