



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA**

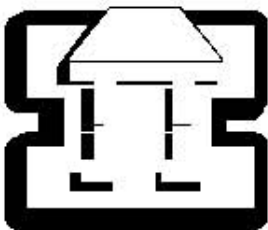
**PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA ANSIEDAD DESDE  
UN ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A :  
MENDOZA CASTRO VICTOR OMAR**

**ASESORES:**

**LIC. MARCO VINICIO VELASCO DEL VALLE  
MTRA. MARÍA ISABEL MORATILLA OLVEDO  
LIC. JOSÉ ESTEBAN VAQUERO CAZARES**



**TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO**

**2007**



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.

*A Dios  
Por invitarme al milagro de la vida*

*A mis padres*

*Estuve pensando cómo darles las gracias sin que parezca que me hicieron un favor, seguramente ustedes nunca esperaron un “gracias” como recompensa. El amor no se agradece, se corresponde, por eso en vez de decirles gracias les diré que los amo, que todo se los debo a ustedes. Te amo mamá porque en tí siempre he encontrado consuelo, porque me has tenido paciencia, porque me has sabido guiar, te amo por regañarme cuando he perdido el camino, por tus gritos que me hacen enfadar, te amo por prepararme la cena, por planchar mis camisas, te amo porque me diste la vida.*

*Te amo papá porque eres mi entrenador, por echarme porras cuando juego fútbol, te amo por darme dinero cuando necesitaba para ir a la escuela, por ser divertido, bonachón, por consentirme, te amo porque soy tu semilla y tú para mí serás siempre el hombre más fuerte e inteligente del mundo.*

*Los amo porque es por ustedes que sé que jamás estaré solo, su amor siempre, siempre estará conmigo.*

*A David*

*Porque gran parte de las cosas que hago  
las hago por tí, para que siempre  
veas en mí no sólo a un hermano mayor,  
sí no un ejemplo a seguir*

*A Mary*

*Gracias por compartir conmigo  
tu infancia y con ella tu alegría*

*A Heidy*

*Gracias por ser mi hermana y  
ayudarme siempre que te he necesitado*

*A Anel*

*Porque de tí aprendí el sentido  
de la responsabilidad,  
gracias por cuidarme*

*A Pepe*

*Para que te sientas orgulloso de mí,  
gracias por haber nacido primero.*

*A mis sobrinos  
Como muestra de que todo lo empiecen  
lo deben de terminar*

*A mi tía Lidia  
Gracias por cuidar de mí, por estar siempre  
cuando cualquiera de nosotros te necesitamos.  
Te quiero mucho*

*A mi Abuelita  
Porque aunque ya no estás conmigo, fuiste muy importante en mi  
vida, es por tí que soy un hombre honrado y sin vicios, gracias por  
las tortas que me preparabas de lunch para la escuela, gracias por  
tus regaños y tus carcajadas, como quisiera estuvieras aquí y vieras  
como tu niño ya es un hombre, sé que desde el cielo me cuidas y te  
sientes muy orgullosa de mí. Te quiero mucho*

*A mis compañeros  
A todos quienes estuvieron conmigo  
durante la carrera, porque de todos  
y cada uno aprendí algo*

*A mis profesores  
Porque no hay en la vida trabajo  
más noble que enseñar al ignorante*

# ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	2
CAPÍTULO 1	
1. Panorama histórico de la psicología	4
1.1. La psicología primitiva en la antigua Grecia	5
1.2. La psicología en la edad media	8
1.3. La psicología del renacimiento	10
1.4. Corrientes contemporáneas	13
CAPÍTULO 2	
2. Psicología clínica y psicopatología	23
2.1. Antecedentes históricos.	
Trastornos mentales y psicología clínica	23
2.2. Psicología clínica contemporánea y psicopatología	29
2.3. Enfoque cognitivo-conductual	35
CAPÍTULO 3	
3. Trastorno de ansiedad generalizada	42
3.1. Panorama histórico del concepto de ansiedad	43
3.2. Ansiedad generalizada: concepto y manifestaciones clínicas	45
3.3. Causas	47
3.4. Evaluación y criterios diagnósticos	50
3.5. Tratamiento e intervención	53

3.5.1. Tratamiento farmacológico	53
3.5.2. Estrategias de intervención psicológica	54
<b>CAPÍTULO 4</b>	
4. Perspectivas actuales del trastorno de ansiedad generalizada	58
4.1. La ansiedad en el mundo actual	58
4.2. Perspectivas actuales de la ansiedad desde un enfoque médico	60
4.3. Avances en el tratamiento farmacológico	64
4.4. Perspectivas actuales de la ansiedad desde un enfoque Psicológico	66
4.5. Avances en las estrategias de intervención psicológica	68
Conclusiones	79
Bibliografía	83

## RESUMEN

La ansiedad generalizada es un trastorno cada vez más común en el mundo actual, el aumento de la población mundial que padece este trastorno no siempre encuentra las soluciones en los tratamientos e intervenciones convencionales, por lo cual, la demanda de nuevas investigaciones que favorezcan intervenciones alternativas a las tradicionales se vuelve cada vez mayor. El trabajo objetivo de este trabajo fue hacer una revisión bibliográfica en busca de recientes avances que den cuenta del trastorno de ansiedad generalizada desde un enfoque cognitivo-conductual, sin dejar de lado otros enfoques. Se hizo una búsqueda bibliográfica del desarrollo de la psicología a través de la historia, de la psicopatología y de la psicología clínica, de las concepciones e intervenciones clásicas de la ansiedad y finalmente las nuevas intervenciones para la ansiedad generalizada.

La ansiedad se entiende como una reacción biológica que nos alerta ante algún peligro, sin embargo cuando se rebasan ciertos límites, la ansiedad llega a ser paralizante. Las principales técnicas de intervención psicológica que se utilizan son la desensibilización sistemática, la reestructuración cognitiva y la relajación entre otras. En años recientes, las investigaciones se han dirigido al aspecto de la preocupación como componente de la ansiedad generalizada. A través del escrito, se encontró que son reducidas las nuevas investigaciones que culminan con nuevas estrategias de intervención psicológicas y tratamientos médicos en los últimos 6 años.

Las principales conclusiones a las que se llegó fue que existe una amplia necesidad de más investigaciones a favor de nuevas intervenciones, que la falta de información que tiene la gente en general contribuye a la poca asistencia con los profesionales adecuados. Y finalmente, una de las conclusiones más importantes fue acerca de la necesidad de un trabajo multidisciplinario con otros profesionales de la salud tales como psiquiatras, neurólogos, etc., trabajo que muy pocas veces se realiza.



## INTRODUCCIÓN

La ansiedad generalizada es hoy en día uno de los trastornos psicológicos más recurrentes en el mundo, a pesar de ser una respuesta normal ante una situación peligrosa o incierta, cuando se rebasa los límites, la ansiedad puede ser un trastorno paralizante que impide la continuidad de una vida cotidiana.

El presente trabajo tiene como objetivo investigar los factores implicados en el trastorno de ansiedad generalizada con la finalidad de hacer un compendio de los avances realizados del año 2000 al año 2006.

En una primera parte, se hace una revisión de la historia de la psicología, iniciando desde los antiguos griegos, pasando por la edad media, el renacimiento y concluyendo en los años contemporáneos, realizando una revisión de cada una de las corrientes teóricas que han tenido influencia en el desarrollo de la ciencia llamada psicología. Esto con la finalidad de tener un antecedente cronológico que nos haga comprender la actualidad de la psicología y de cómo ésta ha llegado hasta nuestros días como una ciencia con grandes alcances y que aún hoy continúa desarrollándose en vía de un desarrollo integral.

El segundo capítulo está dirigido a una investigación bibliográfica que alude a la historia de la psicología clínica y la psicopatología. Este capítulo está dividido en 3 subcapítulos, el primero de ellos se enfoca al proceso histórico y la forma en la que las percepciones de los llamados “trastornos mentales” ha evolucionado de forma tal que una posesión demoniaca ha dejado de ser una explicación válida ante un trastorno psicológico. El siguiente subcapítulo refiere a la contemporaneidad, ¿Qué es una psicopatología? ¿Cómo en la actualidad el psicólogo clínico explica este tipo de comportamientos? Son preguntas que surgen una vez que el marco histórico ha quedado establecido y que se tocan en este apartado del trabajo. Dado que el trabajo está realizado desde una perspectiva cognitivo-conductual, la tercera parte de este capítulo está dirigido a una revisión de dicha perspectiva, sus orígenes, postulados y principales representantes.

El capítulo tercero está enfocado a una revisión de todo lo que rodea al trastorno de ansiedad generalizada, desde el marco psicológico, se hará una revisión histórica del

concepto, sus causas biológica y psicológicas, así como acerca de su evaluación y las estrategias de intervención existentes.

El cuarto y último capítulo está referido a los avances recientes en el conocimiento y tratamiento médico del trastorno de ansiedad generalizada, así como de los avances en cuanto a estrategias psicológicas, por lo cual toda la bibliografía usada en la redacción de este capítulo está fechada del año 2000 al 2006. Este último capítulo muestra cómo es concebido este trastorno en el mundo actual, cómo se ha precipitado dadas las circunstancias de la sociedad contemporánea, los avances que se han tenido en su conocimiento, cómo es percibido este trastorno por la perspectiva cognitivo-conductual hoy en día, y finalmente, qué avances han emergido en años recientes que puedan ser opción para una adecuada intervención para el trastorno de ansiedad generalizada.

Por último se presentan las conclusiones que surgieron a partir de esta investigación bibliográfica, las cuales van dirigidas principalmente a considerar la suficiencia las investigaciones recientes que tratan de explicar a este trastorno que ha mostrado una gran precipitación en los últimos años.

# 1. PANORAMA HISTÓRICO DE LA PSICOLOGÍA

Atendiendo a su etimología, la psicología refiere al tratado del alma, una definición bastante escueta en relación a lo que el pensamiento contemporáneo requiere, sin embargo, en el desarrollo de la ciencia psicológica, aproximaciones como ésta son han contribuido al desarrollo de diferentes objetos de estudio de la psicología. Haciendo un recorrido histórico por las ideas que han llevado a la psicología a establecerse como la ciencia de la conducta de los organismos, podemos encontrarnos con aproximaciones similares a la ya mencionada, éstas, nos dan un panorama del desarrollo de las ideas que han aterrizado en lo que hoy conocemos como psicología.

La historia de la psicología, se presenta de forma paralela a la filosofía y a la historia de la cultura, sin embargo, la línea trazada desde sus inicios hasta nuestros días confina a la psicología como una ciencia llena de discrepancias, en donde el objeto de estudio de esta ciencia varía desde el alma, hasta la conducta, pasando por la conciencia. Como señala Harrsch (1998), la disciplina que ahora se llama psicología necesitó cerca de 1300 años para poder diferenciarse de una masa de especulaciones, de una amalgama de diferentes cuestiones acerca de los seres humanos, que han surgido de una variedad de tradiciones de investigación.

La historia de la psicología pasa por diferentes momentos de suma importancia, sin embargo, el proceso de evolución nos hace detenernos en tres periodos principales, la psicología primitiva, que se encuentra principalmente en la antigua Grecia, pasando por iconos tan importantes dentro de la historia del desarrollo de la psicología como lo fue Aristóteles, la psicología de la edad media, en donde la línea a seguir principalmente fue la establecida por san Agustín, y finalmente la psicología del renacimiento, etapa en la cual, el principal problema establecía una diferenciación o no de alma-cuerpo.

Lo anterior fue la base sobre la cual se ha edificado la psicología contemporánea, por lo cual es imprescindible de igual forma hacer un recorrido por las diversas corrientes psicológicas contemporáneas, corrientes que incluyen por supuesto la cognitivo-conductual, la cual al igual que las corrientes restantes, ha sido el resultado de esta ardua búsqueda de la psicología por una identificación propia.

## 1.1 La psicología primitiva en la antigua Grecia

La psicología primitiva como ya dijimos hace referencia a las primeras ideas que el hombre tuvo acerca de su propio origen, origen que en un principio se trató de encontrar en la magia. En el pensamiento primitivo el alma aparece en correlación mágica con las fuerzas de la vida, y se le atribuye tanto al animal como al hombre por el hecho de que respira igual que puede sangrar; porque morir es visiblemente exhalar el último aliento o vaciarse de su sangre (Mueller, 1983). En este momento, el hombre da respuesta a sus interrogantes por medio de fenómenos mágicos, es decir, la magia es el punto medular de la existencia tanto del hombre como de la naturaleza. En lo que se refiere a la vertiente de la magia, Frazer (en Harrsch, 1998) señala que son dos principios del pensamiento sobre los que se fundamenta esta tradición:

1. Lo semejante produce lo semejante, o sea los efectos semejan a sus causas.
2. Las cosas que una vez estuvieron en contacto se influyen recíprocamente a distancia, aún después de haber sido cortado todo contacto físico.

Al primer principio le llama la ley de la semejanza y al segundo ley del contacto o del contagio. Del primero de estos principios, el mago deduce que puede producir el efecto que desee con sólo imitarlo: del segundo principio deduce que se haga con el objeto material afectará directamente a la persona con quien este objeto estuvo en contacto, haya formado o no parte de su propio cuerpo. Frazer denomina a los encantamientos fundados en la ley de la semejanza, como magia imitativa u homeopática, y de magia contaminante los basados en la ley de contacto o contagio. Así, considera la magia como un sistema espurio de leyes naturales, como una guía errónea de conducta, como una ciencia falsa y un arte abortado. (Harrsch, 1998).

Pasando de la explicación mágica de los fenómenos, llegó la tradición religiosa como principal fuente de inspiración y explicación de dichos fenómenos, en este momento el hombre dejó de lado la magia para concentrar todo su pensamiento en el aspecto religioso. En esos momentos surge en Grecia una tendencia religiosa y mística, fundada en la creencia de un desacuerdo profundo entre el alma, investida de un valor sagrado y el

cuerpo. El alma, venida del más allá, conserva la nostalgia de ese mundo y el cuerpo le parece una prisión o una tumba (Mueller, 1983).

Después de estas primeras aproximaciones del hombre de encontrarse a si mismo dentro de la naturaleza, surgen diferentes acercamientos filosóficos encabezados por diferente eruditos de la antigua Grecia que vislumbran al alma como un ente diferenciado del cuerpo. En esta tradición filosófica desfilaron una variedad de personajes, sin embargo, nos enfocaremos principalmente en tres, Sócrates, Platón y Aristóteles.

Sócrates (470-400) nació en Atenas, en su juventud conoció la escuela pitagórica, fue seguidor de algunos sofistas, pero su vida fue consagrada a la formación moral de la juventud ateniense. Su método filosófico en la forma externa fue el diálogo, hacía o se le hacían una serie de preguntas y se daban las respuestas. Este método tiene dos partes: en la primera, el que pregunta simulaba que su interlocutor no conocía sobre que iba a versar el diálogo y, en la segunda, la persona con quien se hablaba descubría poco a poco con el raciocinio la verdad, todo ello por medio de la inducción para llegar a la deducción (Lozano, 1997). Dio un lugar predominante a la razón; hizo a un lado la magia y atendió más a la realidad. Introdujo el elemento de juicio, al decir que por la razón se conoce la verdad. Deseaba enseñarle al individuo la relación consigo mismo. El autodesarrollo, la autoconsecuencia y el autoconocimiento son las claves de su enseñanza (Harrsch, 1998).

Platón, nació en Atenas en el año 427 a.C., por sus anchas espaldas le dieron el nombre de Platón, durante varios años fue discípulo de Sócrates, y en Megara conoció la filosofía eleática, viajó constantemente y en Sicilia se relacionó con la escuela pitagórica. La doctrina más importante de Platón fueron la dialéctica o teoría de las ideas; para el filósofo las ideas son eternas, universales e inmutables, según él están en un mundo aparte, superior, donde las conoció el alma, pero ésta al unirse con el cuerpo las ha olvidado y tiene que despertarlas, por ello para Platón aprender es recordar y según para el filósofo existen dos mundos, el de las ideas (superior), el de las cosas (inferior) (Lozano, 1997). Platón, fue uno de los hombres que influyó de manera más fuerte en el pensamiento occidental, siendo discípulo de Sócrates, tenía ideas tan iguales como diferentes a éste. Platón presenta la actividad del alma como constitutiva de las funciones básicas del hombre, lo mismo que la noción de que las actividades más simples evolucionan hacia actividades más complejas. Por otra parte, el alma, absolutamente perfecta en sí misma, se encuentra en el cuerpo como

en una cárcel, a través del cual va reconociendo el mundo que le rodea (García, Moya y Rodríguez, 1997).

Hasta aquí, tanto Sócrates como Platón, aportaron grandes ideas al mundo de la filosofía, sin embargo, Aristóteles, es quien ganó un lugar de suma importancia en el progreso del saber psicológico. Aristóteles fue quien en su momento atendió a lo que él consideraba psicología, escribiendo una obra que alude al tratado del alma, antes de él, la psicología como disciplina o como ciencia era inexistente. Aristóteles nació en Estagira en el 384 a.C., fue hijo de un médico y estudió en Atenas como discípulo de Platón. Las obras de Aristóteles han sido divididas en dos grupos:

- a) grandes tratados y
- b) escritos menores.

Entre los grandes tratados está la Lógica u Organón, la Física; La Filosofía Primera o Metafísica y las tres éticas: La de Nicómaco, La de Eudemo y La gran Moral (Lozano, 1997). Al igual que Platón dejó de lado las ideas de su maestro Sócrates, Aristóteles hizo lo propio en relación con Platón, dándole al concepto de alma otro sentido. Para Aristóteles, el alma es parte de este mundo y no de un mundo superior como lo pensaba Platón, dado lo cual el alma es parte de este mundo de sustancias.

Aristóteles entiende por alma, *psykhé*, aquello que explica el vivir de los seres humanos. Esta actividad básica que es vivir puede ser de varios tipos: vida de planta, vida de animal o vida de hombre. Las tres son diferentes entre sí por las funciones que ponen en juego y por las potencialidades que poseen, aunque están jerarquizadas en un orden de creciente complejidad, y cada una de ellas supone las más básicas precedentes (Carpintero, 1998). Aristóteles es un filósofo empirista. En su sistema, las creencias han de ser construidas a partir de la observación de los individuos concretos, para llegar, mediante inducción (*epagogé*), a los conceptos generales con los que clasificar y explicar causalmente los fenómenos (Carpintero, 1998).

Después de la caída del imperio de Alejandro Magno, Aristóteles muere, pero a pesar de ello, el interés por el alma y por la psicología, no se ve disminuido a pesar del descenso de intelectuales durante esa época. Escuelas como la de los estoicos intentaron continuar con

el estudio de ser humano, así como filósofos tan importantes como Galeno, Teofrasto, Séneca y Plotino, quien intentó retomar las ideas de Platón. Posteriormente, en la edad media las ideas estuvieron básicamente en la misma línea que siguieron tanto Aristóteles como San Agustín, este último quien representa la primera sinopsis fructificada entre el pensamiento griego y el pensamiento cristiano.

## **1.2 La psicología en la edad media**

Edad media es el término utilizado para referirse a un período de la historia europea que transcurrió desde la desintegración del Imperio Romano de Occidente, en el año 476 d.C, siglo V, hasta el siglo XV con la caída de Constantinopla en 1453. También se señala como fecha de término la de la invención de la imprenta, en 1455 o el descubrimiento de América, en 1492.

En lo que refiere a la psicología, la edad media no aportó grandes avances, de manera general podemos decir que la escolástica cristiana fue la línea a seguir durante este periodo. La filosofía escolástica fue enseñada en las universidades y escuelas medievales, se caracterizaba por buscar un acuerdo entre la revelación divina y el hombre. El principal seguidor de este tipo de filosofía que más que un avance parece un retroceso en el conocimiento del hombre fue San Agustín de Hipona (354-430).

San Agustín representa el final del mundo antiguo. Es un romano africano, que, tras hacer la experiencia del maniqueísmo y el neoplatonismo, se convierte al cristianismo, repiensa a fondo los problemas centrales de la filosofía y la teología, deja una obra muy vasta que inmediatamente sirve de guía a las autoridades doctrinales de la iglesia. (Carpintero, 1998). Su objeto de preocupación es doble “Dios y el alma”. Concibe a aquel como el fundamento de toda realidad, incluida la del hombre. Éste por su parte, es una realidad en movimiento, que busca su fin que es Dios, y necesita conocerlo y conocerse a sí mismo para cumplir su destino. El hombre es un animal racional, mortal, que se compone de alma y cuerpo. Cada componente debe tener su propio origen toda vez que son ambos distintos (Carpintero, 1998). De esta manera, San Agustín pone de manifiesto su postura neoplatoniana, asumiendo claramente una postura dualista, para San Agustín el alma es superior, divina, es una sustancia creada directamente por Dios, mientras que el cuerpo es sólo movimiento,

materia, algo netamente terrenal. El mundo exterior, las cosas, sólo interesan a Agustín de Hipona en tanto le conducen al conocimiento de sí mismo, pero en todo caso apuntando ello al conocimiento de Dios (Sánchez, 1996). El desarrollo de la ciencia y filosofía con este tipo de pensamiento se tornó imposible durante la edad media, ya que quien pensaba diferente era señalado como hereje, así, todas las ideas con respecto al hombre y a lo que le rodea, tenían que estar por la misma línea, conservando siempre la esencia divina, y este tipo de saber estaba reservado exclusivamente para el teólogo.

La filosofía escolástica representada principalmente por San Agustín perduro durante siglos, sin embargo, durante el siglo XIII el escolasticismo decae con Tomás de Aquino, quien intentó conciliar las ideas cristinas con las ideas aristotélicas.

Santo Tomás (1225-1274) es una figura central de la filosofía cristiana, que ha integrado en su vida y en su obra las múltiples influencias dominantes en su tiempo. Era descendiente de una familia noble italiana, educado entre benedictinos, luego ingresado dominico, formado en París y Colonia con San Alberto Magno el gran introductor de la ciencia aristotélica en Europa (Carpintero, 1998).

La filosofía de Santo Tomás conserva la idea de sustancia de Aristóteles, para Aquino aunque el alma sea inmortal, ésta no puede coexistir sin el cuerpo, así uno complementa al otro, es decir tanto el alma como el cuerpo son imperfectos el uno sin el otro. Gracias al compuesto sustancial humano, según creía, no es el alma quien piensa y el cuerpo quien siente como en su momento lo establecieron tanto Platón como San Agustín, sino que es el hombre como un todo, cuerpo-alma quien siente y piensa.

Si bien es cierto que para Tomás de Aquino el alma humana posee una actividad (pensar y querer) intrínsecamente independiente de cualquier órgano corporal, no reconoce operación anímica alguna en la que el cuerpo no participe, dado que sin los sentidos y los datos proporcionados por ellos no es factible ningún conocimiento o actividad (Sánchez, 1996).

Como todos los grandes pensadores, Santo Tomás de Aquino también recibió vastas críticas a su manera de concebir al hombre, era evidente que su forma de pensar no era lo que más convenía a la iglesia, por lo que por el años de 1285 se prohibió el Tomismo dado que se alejaba de las ideas tan apegadas al cristianismo que representaba San Agustín. Así, la edad media no fue un gran parte aguas en miras del desarrollo de la psicología y de la ciencia, la edad media, parece haber sido un periodo de estancamiento científico que no nos



da mucho más de lo que nos ofreció la antigua Grecia y sus grandes pensadores, sin embargo si fue la base para el gran desarrollo científico, filosófico y cultural que se dio durante el renacimiento.

### **1.3 La psicología del renacimiento**

El renacimiento en una forma restringida, se refiere exclusivamente al aspecto cultural de este movimiento o sea a las nuevas corrientes intelectuales que formaron la sociedad europea de su época. De 1490 a 1560 se considera la época de mayor auge renacentista, fechas que están enmarcadas éstas por los grandes descubrimientos geográficos y por los grandes inventos, a lo que habría que agregarla reorganización de Europa en lo político, en lo histórico y en lo social (Lozano, 1997). Para darnos una idea de lo que representa el renacimiento dentro de la historia de la ciencia, es necesario hablar de Copérnico, quien fue el primero en discernir que la Tierra no es el centro del universo, de Cristóbal Colón, quien en 1492 descubre el nuevo continente, de Magallanes, quien fue el primer hombre en dar la vuelta al mundo, de Galileo, quien es considerado el padre de la ciencia moderna; todos estos personajes que en su época revolucionaron la idea del hombre acerca de de sí mismo y de su entorno, ayudaron a que el renacimiento fuese un periodo de la historia muy fructificante en cuanto al desarrollo de la ciencia, siendo el puente entre la época medieval y la edad moderna. El renacimiento, de acuerdo con Carpintero (1998), se trata de una modificación relevante en el sistema de conceptos y experiencias que sirven de base a una serie de doctrinas relacionadas con el alma y con la mente humana. En este mismo sentido, el humanismo representó el primer paso hacia esta nueva forma de pensamiento. El humanismo renacentista rechazará las especulaciones cosmológicas y teológicas para colocar al ser humano en el centro de sus preocupaciones, sin dejar por ello el interés por el conocimiento de la naturaleza, por el mecanismo fisiológico y por la primacía de la experiencia sobre lo meramente racional, todo lo cual irá preparando el camino para la emergencia de las ciencias del hombre (Sánchez, 1996).

El movimiento humanista comenzó en Italia, uno de sus principios básicos es que las personas son seres racionales que poseen en sí mismas capacidad para hallar la verdad y practicar el bien. El término humanismo se usa con gran frecuencia para describir el

movimiento literario y cultural que se extendió por Europa durante los siglos XIV y XV. Según Lozano (1997), los humanistas pretendieron servir y revivir la antigüedad, ya como eruditos o historiadores, pero también intentaban comprenderlo en sí mismos, saboreando la belleza y tener razones de vivir. Tuvieron conciencia del sentido de la historia y de los caracteres peculiares del mundo antiguo, como de una realidad distinta del mundo moderno, cuyos rasgos querían hacer revivir, sin saber en el fondo si esto era posible. El humanismo marcó así el periodo renacentista, dando al hombre la capacidad creativa y crítica de sí mismo, el humanismo fue en sí la forma de pensamiento del hombre que dejó atrás la época y las ideas medievales, para dar paso a una cultura diferente enmarcada por el gusto por la literatura, el arte y sobre todo el avance en el conocimiento científico.

Es imposible dilucidar un amplio escenario del renacimiento europeo sin hacer mención de René Descartes (1596-1650). De acuerdo con García et al. (1997) la aportación más importante de Descartes para el desarrollo posterior de la psicología fue su intento de resolver el problema de la interacción mente-cuerpo, que fue tema de controversia durante siglos. El problema se planteaba de la siguiente manera: ¿la mente y el cuerpo- lo material y lo mental- son dos esencias o naturalezas completamente distintas? En este sentido, Descartes en su escrito "Pasiones del alma" (en Sahakian, 1982), expone lo siguiente:

*"Que para conocer las pasiones del alma, es preciso distinguir sus funciones de las del cuerpo".*

Las concepciones acerca de esta interacción mente-cuerpo se centraban hasta entonces en la idea de que ambas entidades interactúan pero sin llegar a fundirse, es decir, son entidades completamente diferentes. Descartes continúa por esa misma línea, para él, el dualismo entre cuerpo-mente parece evidente. La mente puede influir en el cuerpo y el cuerpo en la mente, de donde surge la teoría del interaccionismo mente-cuerpo. Para Descartes, el cuerpo y sus movimientos pueden ser perfectamente explicados a través de las leyes de la mecánica, Descartes admite que el universo es un sistema mecánico, en donde es imposible que el cuerpo, piense, pensar es trabajo del alma. En este sentido, dado que para Descartes existen entes inanimados que a pesar de ello tienen movimiento, el movimiento no depende del pensar y por tanto tampoco del alma, el movimiento pertenece sólo al cuerpo y el

pensar sólo al alma. Otra aportación significativa de la obra de Descartes a la psicología posterior fue su análisis de las emociones. Descartes, fue un importante impulso para la psicología, tanto como en su tiempo lo fue Aristóteles, siendo considerado uno de los pioneros de la filosofía racionalista, padre de la filosofía moderna y de la psicología fisiológica.

Además de Descartes, durante el renacimiento, hubo diversos personajes que influyeron significativamente en el desarrollo de la ciencia, entre ellos, Juan Luis Vives (1492-1540). Según García et al. (1997), su aportación fundamental a la psicología es la introducción del método empírico e inductivo en la investigación psicológica a través de una aproximación fenomenológica. Rompió con la tradición escolástica, cuyo interés estaba casi exclusivamente en determinar la naturaleza del alma y comenzó una investigación más fenomenológica en la psicología.

Otro personaje concurrente de la época y que incidió de manera directa en la formación de la psicología, fue Thomas Hobbes (1588-1679). Hobbes se opuso a la noción referente a las ideas innatas y sostuvo que las sensaciones son la fuente del conocimiento y el contenido de la mente; esbozó la teoría del asociacionismo que sostiene que toda la complejidad de la vida mental puede reducirse a los componentes elementales de la conciencia en su vinculación con la experiencia; la asociación se da por la coherencia y contigüidad de las impresiones pasadas (Harrsch, 1998). Dado que Hobbes describió la actividad del hombre no como algo innato sino como algo adquirido, Hobbes es considerado el primer psicólogo social. John Locke (1632-1704), fue el sucesor inmediato de Hobbes, según Locke, las ideas provienen de la experiencia y se originan de dos fuentes distintas, la sensación y la reflexión o sentido interno; hizo hincapié en la capacidad del hombre para alcanzar la comprensión del mundo y de sí mismo (Harrsch, 1998). La base de su psicología es el concepto de tabula rasa, esto implica, de acuerdo con Locke, que la mente del hombre se encuentra sin contenido y que éste va arribando en la medida de las experiencias.

Benito Spinoza (1632-1677) es otro pensador del periodo renacentista que a través de su obra favorece el desarrollo de la psicología. Su obra pone fin, temporalmente, a la dualidad de sustancias ya que mente-cuerpo, o pensamiento y extensión, son dos dimensiones de la única sustancia existente por eso afirma que “el orden y conexión de las ideas es el mismo

que el orden y conexión de las cosas”. Se afirma aquí un paralelismo perfecto entre lo psicológico y lo físico (Carpintero, 1998).

Estos, son sólo algunos pensadores que influyeron de manera determinante durante el renacimiento, sin embargo no son los únicos, Francis Bacon (1561-1626), forjador del método experimental, Helmont (1577-1644), quien inició la doctrina del magnetismo animal, David Hume (1711-1776) partidario del empirismo, son algunos otros que con su contribución abrieron la puerta a nuevas investigaciones y como resultado al progreso de la psicología.

El renacimiento en sí, fue la época de mayor auge no sólo científico, sino también literario, artístico y filosófico, y como ya se dijo, es también considerado como el parte aguas entre la época medieval y la era moderna, para decirlo de otra manera, el renacimiento fue una renovación del hombre en todos sus aspectos.

#### **1.4 Corrientes contemporáneas**

Una vez transcurridas las etapas mencionadas que fueron importantes en el desarrollo de la psicología, se dio el escenario para que la psicología se definiera como una ciencia, para muchos autores, ese momento ocurrió en 1879 en Leipzig Alemania, en donde un hombre llamado Wilhelm Wundt estableció el primer laboratorio de psicología experimental, de ahí en adelante, las ideas y teorías con respecto a la naciente ciencia se diversificó de manera insospechada. Así, la investigación psicológica ha llevado a un sin fin de posibilidades y desacuerdos que culminan en la consecución de una diversidad de objetos de estudio que se ramifica en diferentes corrientes psicológicas. Las diferentes corrientes no son sino el resultado de un contexto histórico y situacional del momento y lugar en que se originan, si bien algunas de ellas pueden parecer muy similares, otras son completamente opuestas. Dentro de la problemática por la cual la psicología se diversifica en distintas corrientes, se encuentra el carácter científico o no de la psicología; mientras para unos la psicología debe tener un objeto de estudio observable y medible, para otros lo importante es la parte subjetiva del hombre. Así, haciendo un recorrido por los diferentes postulados como objeto de estudio de la ciencia psicológica, podemos encontrar conceptos que van desde la conciencia hasta la conducta, pasando también por el inconsciente.

Heidbreder (en Harrsch, 1998) escribió en 1993 sobre la función y significado de los sistemas de psicología; señala que estos deben considerarse como producto de los hombres que trabajan en medio de dudas, de preocupaciones y de conocimientos incompletos a fin de lograr una mejor adaptación a las circunstancias especiales que los rodean. Así, Heidbreder da por sentado que las corrientes o escuelas psicológicas son determinadas por el tiempo y espacio, entonces ¿por qué son contemporáneas? La contemporaneidad la vamos a considerar como aquellas corrientes que a pesar de no ser originarias en nuestros días, han sobrevivido y siguen siendo utilizadas hoy en día. Las corrientes psicológicas contemporáneas más importantes son las siguientes:

- 1) **La psicología de la Gestalt**. Esta escuela psicológica estudia la forma en que las personas perciben y experimentan objetos como patrones totales (Morris, 1997). La psicología de la gestalt se caracteriza por ocuparse de los procesos mentales y conductuales como un todo; a sus datos se les llama fenómenos (Harrsch, 1998). Su postulado básico es que el todo es más que la suma de las partes. La psicología de la gestalt nace en Alemania a la par del conductismo watsoniano en Norte América, ambos movimientos concuerdan en una oposición a los métodos y sistemas de Wundt, sin embargo su oposición ante la psicología de Wundt no los empataba por la misma línea teórica, ya que mientras los conductistas rechazaban el carácter poco científico y confiable de la psicología introspeccionista de Wundt, los gestalistas alegaban el enfoque radicalmente asociacionista de Wundt.

Una de las raíces de la psicología de la gestalt está en Kant, concretamente en el concepto de síntesis a priori: un proceso en el que la mente no es pasiva, sino activa, sin que ello implique la asunción de presuntas ideas innatas. Más cercanamente, la gestalt se entronca con la psicología del acto de Brentano, que acentuó que el aspecto específico del fenómeno psíquico es su intencionalidad, en el sentido que la clave de lo psíquico no está contenido mental directamente proporcionado por nuestros sentidos (por ejemplo, las cosas que vemos, oímos o recordamos), sino en la consecuencia acerca de, o en los actos relacionados con los objetos o contenidos (por ejemplo en el acto de ver, oír o recordar) (Sánchez, 1996). Brentano, fue ciertamente la primera gran influencia par la psicología de la gestalt, sobre todo

partiendo de su idea de la experiencia inmediata e ingenua, sin embargo, la gestalt tuvo otras grandes influencias como la escuela de Würzburg y la escuela de la Gestalqualität o cualidad de la forma, escuelas éstas que tuvieron gran impacto en el desarrollo de la nueva psicología. A pesar de que las bases para la psicología de la gestalt ya estaban dadas, no se puede hablar de su nacimiento sino hasta el arribo de Max Wertheimer (1880-1943), quien comenzó a dudar de las explicaciones tradicionales acerca de la percepción, para Wertheimer ni el proceso psicológico ni el fisiológico, esto es ni la percepción ni la excitación neural, podían concebirse como una mera suma de partes; que el proceso cerebral, como la percepción, debe ser un todo unificado, y no una integración de actividades separadas, de unidades neurales distintas, así como tampoco la percepción de sensaciones discontinuas (Heidbreder, 1979).

En el año de 1910 Max Wertheimer llega al instituto de psicología de Frankfurt después de haber estudiado con Külpe y haber doctorado en Würzburg. Desde el año de su llegada hasta 1912 se dedica al trabajo de investigación sobre el movimiento aparente colaboran con él como sujetos del experimento Kurt Koffka (1886-1941) y Wolfgang Köhler (1887-1967), quienes participaron también en la interpretación de los resultados de la investigación (Caparrós, 1990). A partir de estas investigaciones que fueron respecto al fenómeno movimiento aparente, fenómeno que más tarde sería llamado por el mismo Wertheimer como fenómeno “FI”, es que se considera el año 1912 como el año del nacimiento de la psicología de la gestalt, esto a partir de la publicación de las investigaciones ya mencionadas.

Para sintetizar, podemos decir que los postulados esenciales de la psicología de la gestalt (en Sánchez, 1996) pueden considerarse los siguientes:

- a) La psicología ha de centrarse en el estudio de la experiencia inmediata del organismo, pero no analítica o atomísticamente, sino como totalidades, como la experiencia venga dada.
- b) Los fenómenos psíquicos son estructuras dinámicamente constituidas, en las que el todo es algo más que las partes, poseyendo tales totalidades o

configuraciones (Gestalten) propiedades genuinas que no están presentes en sus partes.

- c) El análisis fenomenológico es el único acceso metodológico válido para lograr los anteriores objetivos.

La psicología de la Gestalt, en resumen, toma como objeto de estudio la percepción, teniendo sus principales aportaciones en ésta área, así como en el área de motivación y aprendizaje. La escuela gestáltica, acepta como método la experimentación fenomenológica, es de hecho este tipo de experimentación para muchos autores, la base sobre la que se edifica la escuela de la gestalt.

- 2) **La psicología Humanista**. La psicología humanista surge en Norte América en la década de los sesenta, esta psicología se evoca a problemas netamente humanos, surge como contraparte de la visión mecanicista que ostentaba el conductismo. La psicología humanista pone especial énfasis en el potencial del ser humano. De acuerdo con Morris (1997), la psicología humanista enfatiza la experiencia no verbal y los estados de conciencia alterados, para lograr un potencial humano total. La psicología humanista tiene como base un enumerado de supuestos filosóficos existencialistas y una columna conceptual y metodológica dada por la fenomenología.

La psicología existencialista considera la existencia individual como el eje central en torno al cual se configura la personalidad humana, siendo por consiguiente un atributo que no se encuentra en el mundo de las cosas o de los animales. En tal marco se resalta que lo peculiar de la existencia humana es que somos capaces de tener conciencia, darnos cuenta, de nuestra soledad y desamparo, así como de nuestro último destino mortal, con la consiguiente angustia. Pero también estamos dotados de la posibilidad de elegir un proyecto de vida, con cierto grado de libertad, superando a través de compromisos concientes y responsables de la desazón que ocasiona nuestro existir (Sánchez, 1996). Por decirlo de otra manera, el existencialismo hace un llamado a la conciencia, nos trata de hacer caer en razón de

que tenemos libertad, y que esta libertad conlleva una responsabilidad, el existencialismo pregona el libre albedrío.

En cuanto a los postulados básicos de la psicología humanista (en García y Moya, 1993), la asociación para la psicología humanista publicó un escrito en donde proponía algunos puntos fundamentales

- a. Los psicólogos deben ayudar a las personas a comprenderse a sí mismas y a desarrollar sus potencialidades plenamente.
- b. Los psicólogos deben estudiar a los seres humanos como un todo, en lugar de dividir en categorías su funcionamiento.
- c. Los psicólogos deben estudiar los problemas humanos significativos, como la responsabilidad personal, creatividad espontaneidad y valores.
- d. Los psicólogos deben centrar su estudio en la conciencia subjetiva (tal como se va a sí misma), ya que la interpretación es fundamental para toda actividad humana.
- e. Los psicólogos deben esforzarse por entender al individuo, lo excepcional y lo imprescindible, igual que lo común y lo general.
- f. Los métodos específicos que adopten los científicos de la conducta deben considerarse secundarios a los problemas que se quieren estudiar. Por consiguiente los psicólogos humanistas utilizan diversos métodos de investigación: métodos objetivos, estudios de casos individuales, técnicas de introspección informal, e incluso análisis de obras literarias

Estos postulados básicos así como la psicología humanista en su totalidad tienen sus raíces en las ideas de un hombre llamado Kurt Goldstein (1878-1965) quien es considerado el padre de la psicología humanística.

Kurt Goldstein (Sánchez, 1996) estudió filosofía y literatura en Wroclaw (Breslau) y Heidelberg, logrando posteriormente, en 1903, la licenciatura en medicina de medicina en la universidad de Francfort. Tras una serie de estancias postgraduales para especializarse en psiquiatría, regresó a Francfort en 1914, fundando un instituto para la investigación de las secuelas psíquicas y motoras de los lesionados



cerebrales de la Primera Guerra Mundial. Estos estudios le condujeron a una visión holística o global del organismo humano. Goldstein confinaba con varias de las ideas de la psicología de gestalt, empero, su principal aportación fue su idea acerca de la autorrealización del hombre. Goldstein enuncia que el organismo vive en un estado de tensión y no tensión, de orden y desorden, estado al que llama de conmoción o catástrofe, así mismo, piensa que la vida es un sin fin de altibajos, dichos altibajos conducen al hombre a la autorrealización por medio de decisiones libres. La alegría consecuente con esto se debe a la superación del catástrofe, es decir, para él, el ser humano ante la adversidad y ante la no adversidad, está en libertad de asumir una posición mediante decisiones libres; para Goldstein la autorrealización del ser humano está por encima de cualquier otra cosa.

A pesar de que Goldstein es referido como el padre de la psicología humanista, no es por mucho la figura más reconocida dentro del humanismo, este lugar está reservado para Carl Ranson Rogers (1902-1987). La base de las teorías de Rogers es el sí-mismo y su tipo de terapia se basa en la creencia de que el paciente debe modificar la estructura de su sí-mismo para que llegue a mejorar. Pero, ¿qué es ese sí-mismo para Rogers? Lo define como una estructura compuesta por el conjunto de experiencias que el individuo puede atribuir a su propio cuerpo o los resultados de su propia conducta (Caparrós, 1990). La idea de sí-mismo es la idea de un autoconcepto, de cómo se percibe el sujeto a sí-mismo, por supuesto el sí-mismo es una entidad no estática, sino al contrario, es una entidad en constante movimiento y que fluye a la par de las experiencias del sujeto en cuestión. Así entonces, la idea de su llamada terapia no directiva, se basa en la consecución de que la concepción del sí-mismo ideal y del su sí-mismo real empaten, de esta manera las experiencias del individuo serán aceptadas con mayor facilidad. Más tarde Rogers evoca sus esfuerzos en lo que él llamaría terapia centrada en el cliente, terapia que se basa en la idea de que el hombre tiene potencial intrínseco, y la tarea de la terapia es solamente crear un ambiente propicio para que dicho potencial emerja y se desarrolle satisfactoriamente.

Otros personajes influyentes no menos importantes de la tercera fuerza psicológica fueron Maslow, Perls y Formm, quienes desde su enfoque personal continuaron con

el intento del humanismo por abrir un boquete en la vida mental, existencialista y motivacional del hombre.

- 3) **Psicoanálisis**. El psicoanálisis es un movimiento totalmente distinto a los que hemos visto hasta aquí. Hablar de psicoanálisis sin duda, es hablar de Sigmund Freud (1856-1939). Freud pensaba, que detrás de los padecimientos mentales se encontraban frustraciones y conflictos inconscientes, en este sentido, para el psicoanálisis el objeto de estudio de la psicología es el inconsciente. La vida psíquica de los seres humanos comprende dos partes principales: la consciente y la inconsciente. La consciente es pequeña y relativamente insignificante. Lo que una persona sabe acerca de sus propios motivos, y de su conducta no proporciona más que un aspecto fragmentario y superficial de su personalidad total debajo del yo consciente está sumergido el vasto y poderoso mundo inconsciente, fuente de grandes fuerzas ocultas que constituyen el verdadero principio motor de las acciones humanas (Heidbreder, 1979). Entre el inconsciente y el consciente reencuentra el ámbito del preconsciente. ¿En qué consiste éste? Un proceso psíquico preconsciente es para Freud aquel que en cualquier momento puede hacerse consciente sin que en ello se encuentre ninguna dificultad (Caparrós, 1990). Freud realizó una teoría bastante amplia, en donde utilizó una gran variedad de constructos, entre los más importantes se encuentran sus tres instancias bajo las que divide a la personalidad, el ello, el yo y el súper yo. Freud concebía básicamente la personalidad como un conflicto entre estas tres instancias ya mencionada, es decir entre el consciente y el inconsciente reprimido.

Freud en sus innumerables escritos hace aspavientos de los instintos o pulsiones. Según Freud, la causa última de toda actividad humana se encuentra en los instintos, los cuales representan una especie de puente entre el mundo psíquico y el físico o corpóreo, pues aunque se enraízan y tienen su origen en la constitución somática, son fuerzas que se manifiestan en la vida psíquica (Caparrós, 1990). Hablando de instintos, Freud enfocó sus esfuerzos en los instintos sexuales. Hasta entonces, la sexualidad era un ámbito de exclusividad adulta, sin embargo Freud puntualizó la importancia de la sexualidad durante la infancia a través del principio del placer,

para Freud la sexualidad es ante todo búsqueda de placer, placer que en la infancia no se da necesariamente vía genital, sino a través de otros puntos corporales que van siendo objeto de placer acorde con la etapa del infante (anal, oral, etc.). Así, la represión del principio de placer es fuente de diversos tipos de patologías. Tiempo después, por el año de 1920, Freud hablaría de dos instintos de suma importancia en la vida psíquica de hombre, el eros y el tanatos. Eros representa todos los instintos de vida, es decir sexuales y de autoconservación, mientras que tanatos, simboliza las tendencias del hombre a la destrucción, a la agresividad y a la muerte.

Para Freud, el objetivo del tratamiento psicoterapéutico es llegar al inconciente, dado que es ahí en dónde se encuentra la etiología de los síntomas. Existen diversos caminos para llegar al inconciente, en un primer momento Freud apostó por la utilización de la hipnosis, pero al ver que los recuerdos y la efectividad del tratamiento duraban lo que duraba el trance hipnótico, optó por discontinuar ésta práctica. Así, a través de su propia experiencia validó la utilización de la interpretación de los sueños, pero sin lugar a dudas, la asociación libre, que consiste en que el paciente hable sin medida, con todas las ideas que se le vienen a la mente, es la principal técnica del psicoanálisis para adentrarse al mundo inconciente de los sujetos.

A pesar de ser una de las corrientes más utilizadas aún en nuestros días, el psicoanálisis ha sido criticado, sobre todo por su falta de objetividad y su sobrado factor sexual en la conducta humana, llegando Freud a ser calificado de pansexualista. Después de Freud, vino una camada interesante de psicoanalistas, entre los que destacan: Alder , Jung, Melanie Klein y Anna Freud.

- 4) **Conductismo**. El conductismo tiene como tesis principal el supuesto de que toda conducta es aprendida, así, gran parte de su legado está encaminada al estudio de las leyes del aprendizaje.

Surge como un movimiento revolucionario que va en contra del método de introspección. Su principal representante y fundador, fue Watson. John Watson (1878-1958) en *Psychology as the behaviorist views it* (en Morris, 1997) sostiene que la idea total de la conciencia y vida mental era sólo superstición, vestigio de la

edad media. No se puede definir la conciencia más de lo que se puede definir el alma, afirmaba Watson. No se puede localizar ni medir, y, por lo tanto, no puede ser objeto de estudio científico. Para Watson, la psicología era el estudio de la conducta observable y medible. El estudio de la conducta fue el epicentro de sus postulados básicos, en donde los términos estímulo y respuesta jugaban un papel esencial.

Si bien es cierto que Watson es el icono del conductismo, también es cierto que él no inició con la corriente conductista desde cero, antes que él hubo figuras importantes que son consideradas precursores de lo que hoy conocemos como conductismo, tal es el caso de Edward L. Thorndike (1874-1949). Thorndike, en 1897, coincidiendo con su traslado a la universidad de Columbia (Nueva York), comenzó a llevar a cabo una serie de observaciones con gatos en estado de hambre total (antes había usado pollitos recién nacidos), valiéndose de una caja trucada, de que el animal podía salir para tener acceso a la comida, tras manipular ciertos dispositivos simples. Perseguía con ello sistematizar y cuantificar el aprendizaje por ensayo-error, así como poner a prueba la memoria y las diferencias entre distintos tipos de entrenamiento, lo que era el objetivo de su tesis de doctorado (Sánchez, 1996). Además de Thorndike, otras personalidades sobresalientes y que también han de considerarse entre los precursores del conductismo fueron Jacques Loeb, Herbert Spencer, Iván Pavlov y Margaret Floy Washburn.

Al mismo tiempo de las figuras ya mencionadas, una atribución evidente fue el positivismo. La psicología objetiva y la positivista influyeron también en el conductismo al considerar que la mente excluía a la conciencia. El positivismo (término que acuñó Auguste Comte), destacó el significado de lo no especulativo o inferido, de lo inmediatamente observable (Harrsch, 1998). El positivismo fue sin duda la filosofía sobre la cual se basó el conductismo. De acuerdo con los parámetros establecidos por dicha filosofía, debía la psicología tener un objeto de estudio que fuese 100% cuantificable y medible, de ahí que Watson optara por hallar ese objeto en la conducta humana.

Tiempo después, cuando el conductismo florecía, B. F. Skinner agregó un concepto de suma importancia, el reforzamiento. Skinner al igual que Watson, pensaba que el objeto de estudio de la psicología tendría que ser la conducta, por su condición de

observable y medible, e igual que Watson, estaba interesado en la modificación de conducta mediante el condicionamiento. A diferencia de su antecesor, Skinner agregó el elemento del reforzamiento. Skinner se dio cuenta que recompensando (reforzando) a los sujetos por comportarse de la manera que deseaba, aumentaba la probabilidad de recurrencia de ese mismo comportamiento, así Skinner dio paso a los que hoy conocemos como condicionamiento operante. Skinner es sin duda el conductista más importante en cuanto a la practicidad de sus teorías, su condicionamiento operante es utilizado a nivel mundial en gran diversidad de ámbitos.

Igual que otras corrientes, el conductismo ha sido arduamente criticado, sobre todo por su supuesto carácter mecanicista, en donde pareciera que el ser humano no deja de ser un organismo más que responde “mecánicamente” ante las circunstancias ambientales.

La diversidad de sistemas y teorías psicológicas puede hacer al psicólogo caer en un eclecticismo austero que lo llevaría a la falta de identidad. Sin embargo, las diversas partituras psicológicas también conllevan a una elección más fortuita debido a la amplia gama de posibilidades existentes. El debate entonces no debe recaer en cuál de las corrientes contemporáneas es mejor, por el contrario se debe respetar las ideas similares u opuestas considerando que la finalidad de cualquier teorización es hallar soluciones para las problemáticas psicológicas del hombre. Las corrientes psicológicas no son mejores unas que otras, simplemente son diferentes.

## **2. PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA**

La clínica es un área de suma importancia dentro de la psicología, todos en alguna vez al escuchar la palabra psicología la hemos relacionado con la salud mental y ésta a su vez está directamente relacionada con la psicopatología.

En el consultorio, un psicólogo cumple con diversas funciones: evaluar, diagnosticar, diseñar programas de intervención y aplicarlos, sin embargo, esto se torna difícil cuando la problemática a tratar va más allá de un problema que no es consecuencia sólo del entorno, entonces estamos hablando de una psicopatología. En este nivel es importante establecer lineamientos claros que refieran al cómo la psicología y el psicólogo pueden y deben atacar dichos problemas. De acuerdo con Harrsch (1998), el psicólogo clínico evoca su actividad a la evaluación y tratamiento de personas o grupos que sufren de problemas emocionales y de adaptación. Su área de interés se concentra en la problemática individual de un sujeto, así como la derivada de su interacción con el ambiente. El psicólogo clínico entonces debe estar capacitado para afrontar situaciones en las que los individuos requieran quizá no sólo de ayuda psicoterapéutica sino de un tratamiento farmacológico.

A pesar de que en la actualidad esta interacción entre la psicología clínica y la psicopatología se encuentra hasta cierto punto establecida, el concepto de psicopatología y las funciones de la psicología clínica no siempre han estado tan definidos como ahora los conocemos, su desarrollo y conceptualización llevó varios años antes de aterrizar en las nociones contemporáneas.

### **2.1 Antecedentes históricos. Trastornos mentales y psicología clínica**

Anteriormente, el conocimiento de las enfermedades mentales era nulo, por lo cual se tornaba difícil la comprensión de dichas enfermedades. A principios del siglo XVII, se creía que los individuos que se veían asehados por esta problemática estaban poseídos por espíritus diabólicos y para ponerle fin al problema, eran quemados atados a un poste. El hombre de la edad de piedra, por su parte, perforaba parte del cráneo de la persona enferma de manera que pudieran salir de él los malos espíritus. Antes de la época medieval incluso,

el pensamiento colectivo con respecto a la locura estaba marcado principalmente por factor mágico o divino.

Hipócrates, a menudo considerado como el padre de la medicina moderna, trabajó fuera del Zeitgeist u orientación intelectual y emocional del tiempo. Puso en tela de juicio la creencia común en Grecia de que los dioses impusieran arbitrariamente las disposiciones mentales de los hombres. Por el contrario, insistió en que los trastornos mentales tenían las mismas causas que otras enfermedades y que debían por lo tanto tratarse como cualquier otro malestar. Hipócrates consideró al cerebro como órgano principal de la vida intelectual, de allí que si la conducta o el pensamiento de una persona estaba enajenado debía existir algún tipo de patología cerebral (Davison y Neale, 1983).

El médico romano Galeno (129-198) adoptó más tarde las ideas de Hipócrates y de sus discípulos y las desarrolló aún más, con lo cual creó una poderosa e influyente escuela de pensamiento dentro de la tradición biológica que se extendió hasta el siglo XIX. Uno de los legados más interesantes e influyentes del planteamiento hipocrático-galénico es la teoría de los humores, la cual da cuenta de los trastornos. Hipócrates (en Barlow y Durand, 2003) supuso que el funcionamiento normal del cerebro se relacionaba con cuatro flujos o humores: la sangre, la bilis negra, la bilis amarilla y flema. La sangre que proviene del corazón, la bilis negra del bazo, la flema del cerebro y la bilis amarilla (o cólera) del hígado. Los médicos creían que la enfermedad era resultado de contar con una cantidad desproporcionada de éstos humores; por ejemplo, se pensaba que demasiada bilis negra ocasionaba melancolía (depresión). De hecho, el término “melancolía”, el cual significa bilis negra, aún se emplea en la actualidad, en su forma derivada “melancolía” para referirse a problemas de depresión. La teoría de los humores fue, con todo, el primer ejemplo de la asociación de trastornos psicológicos con un desequilibrio químico, idea muy difundida en nuestros días (Barlow y Durand, 2003). Los tratamientos sugeridos por Hipócrates eran muy diferentes a las antiguas torturas basadas en exorcismos. Por ejemplo, para la melancolía, prescribió tranquilidad, sobriedad, cuidado en la ingestión de los alimentos y abstinencia de actividades sexuales (Davison y Neale, 1983).

La muerte de Galeno en el siglo III después de Cristo, trajo para la ciencia, en especial para la psiquiatría un retroceso considerable al comienzo de la era medieval, en donde el

pensamiento mágico y sobre todo religioso fue la línea a seguir, mientras los avances médicos y las investigaciones científicas tuvieron muy poco avance.

Durante buena parte de la historia, pero sobre todo en la época medieval, se consideró a la conducta anormal como un reflejo de la batalla entre el bien y el mal. Cuando se enfrentaban con un comportamiento inexplicable o irracional, y al sufrir un trastorno, las personas percibían esto como obra del mal.

Una corriente importante de opinión ubica las causas y el tratamiento de los trastornos psicológicos directamente en los dominios de lo sobrenatural. Durante el último cuarto del siglo XIV, las autoridades religiosas y laicas sustentaron estas supersticiones populares, y la sociedad en su conjunto comenzó a creer en la realidad y el poder de los demonios y las hechiceras (Barlow y Durand, 2003).

El cristianismo medieval concebía el alma sometida a la acción de fuerzas contrarias, diabólicas o divinas. El comportamiento de los hombres no podía sino expresar la lucha entre un querer bueno y un querer malo (Amado, 1985).

La teología reconocía dos tipos de posesión diabólica, de las cuales ninguna permitía que la persona poseída tuviera una buena posición social. Según el primer tipo de supuesta posesión, la víctima era involuntariamente atacada por el demonio, como castigo de Dios por sus pecados. Estos eran los enfermos mentales. Según el segundo tipo, una persona era poseída por hacer deliberadamente un pacto por el demonio. Estas personas eran brujos, y poseían poderes sobrenaturales por hacer la obra del diablo (Davison y Neale, 1983).

Bajo este enfoque arcaico, lo que ahora conocemos como tratamiento, consistía principalmente en exorcismos, sin embargo, de acuerdo con Kemp (1990) si fallaba el exorcismo, algunas autoridades pensaban que era necesario dar ciertos pasos para volver al cuerpo inhabitable a los espíritus malignos, y como consecuencia muchas personas eran sometidas a encierro, azotes y otras formas de tortura (en Barlow y Durand, 2003).

La segunda mitad de la época medieval se caracterizó por accesos ocasionales de locura colectiva. En el siglo XIII, apareció en Italia un fenómeno llamado tarantismo, una especie de posesión por fuerzas extrañas que se extendió por toda Europa. Supuestamente la mordedura de una tarántula durante la etapa más cálida del verano hacía que las personas salieran corriendo de sus casas para ponerse a saltar y a bailar de forma extraña (Davison y



Neale, 1983). Durante la época medieval, la salud mental fue encomendada de manera general a los sacerdotes, quienes rezaban y rociaban al enfermo con agua bendita.

En ésta misma época, un médico Suizo llamado Paracelso, rechazó la idea de las posesiones demoníacas, en cambio, su teoría estaba basada en la idea de que los movimientos de la Luna y los astros tenían un efecto importante en el funcionamiento psicológico de la gente, de ahí que a los enfermos mentales se les conozca también como lunáticos.

A comienzos del siglo diecinueve, diferentes países habían desarrollado una variedad de enfoques alternativos. En Francia y Alemania, se consideraba a las enfermedades mentales como trastornos físicos del cerebro, y los que las padecían eran hospitalizados, y así los psiquiatras y neurólogos trabajaban en conjunto para tratar de comprender los procesos de enfermedad involucrados (Cleghorn y Lou, 1993).

El proporcionar cuidados a los individuos perturbados apareció casi tan pronto como los misioneros cristianos. Se imponía a la gente el practicar la caridad y, en algunos lugares, se les requería legalmente a hacerlo. Un típico punto de vista medieval sobre los pobres, los enfermos y los inválidos era que constituían una ayuda necesaria para la salvación, proporcionando una oportunidad a los donantes para que hicieran actos de caridad (en Caballo, Buena-Casal y Carboles, 1995).

En la Norteamérica del siglo diecinueve, se consideraba a las personas con trastornos mentales como enfermos y se crearon asilos para ellos, en general lejos de los centros urbanos en granjas que los pacientes cultivaban. A los psiquiatras que los atendían los llamaban “alienistas”. En el mejor de los casos, estas instituciones eran humanitarias y pacíficas, en el peor, eran “nidos de víboras” y “manicomios”. La historia de los hospitales mentales ha sido cíclica, con periodos de cuidados humanitarios y altos ideales, seguidos por eras de corrupción y miseria, salpicados por periodos de movimientos de reforma (Cleghorn y Lou, 1993).

De manera general, la línea seguida por el proceso histórico con miras al conocimiento de la locura pasa pues por las siguientes etapas: sentido religioso y mágico en las civilizaciones tradicionales, falta de sentido en la época clásica de la razón, predominio del sentido subjetivo alrededor de la época de la revolución francesa retorno a la falta de sentido con el organismo, renovación del sentido subjetivo con la revolución freudiana.

Para el pensamiento religioso y mágico, toda conducta, todo pensamiento, todo sueño tiene sentido. Para el pensamiento racional solo tienen realidad y sentido la percepción ordinaria y el entendimiento. Para el pensamiento humanista ningún ser humano queda excluido del sentido humano. Para el pensamiento psicoanalítico el filo de la cuchilla cae entre dos seres, uno consciente y otro inconsciente (Amado, 1985).

El proceso de la concepción de la locura y de las enfermedades mentales, deja una idea clara de la falta de conocimiento que hombre tiene de su propio proceso salud-enfermedad, pero a lo largo de los últimos años, los psiquiatras y los psicólogos han desarrollado habilidades y técnicas específicas para evaluar la capacidad de la persona para enfrentarse a la vida, y aprender nuevos métodos para solucionar , los problemas, o para subrayar lo que funcionó mal en su aprendizaje para vivir de manera adecuada y placentera.

En la actualidad la ciencia de la psiquiatría ha evolucionado de manera constante hasta el punto en que hasta ahora las principales áreas de importancia incluyen no sólo la psicología si no también la neurociencia, las imágenes electrónicas, la psicofarmacología moderna y muchos días de investigación para evaluar la eficacia del tratamiento (Cleghorn y Lou, 1993).

Por el lado de la psicología clínica, en los años anteriores a 1890 existe realmente muy poco en la historia de la como para separarla de la historia de la psicopatología o psicología de lo anormal. La psicología clínica como tal, para muchos autores tienen su origen en los primeros años posteriores a la segunda guerra mundial, sin embargo vale la pena retroceder un poco más para encontrarnos con quien es considerado el fundador de la psicología clínica, Lightner Witmer, quien en 1896 fundó la primera clínica psicológica.

El trabajo clínico de de Witmer empezó con el caso de un niño que tenía ciertas dificultades para deletrear las palabras, sus intereses continuaron por el mismo camino hasta concentrarse alrededor de las perturbaciones de la infancia. Aunque se interesaba principalmente en las dificultades sensoriales, en el retraso mental, desórdenes de la locución, y en los problemas del aprendizaje escolar, por lo visto también intentó trabajar terapéuticamente con niños psicóticos (Garfield, 1979). A Witmer también se le atribuye la impartición del primer curso de psicología clínica, pero a pesar de ser considerado pionero, muchos autores critican su escasa aportación para el desarrollo posterior de la profesión.

Posteriormente, los psicólogos comienzan a hacer diversas aportaciones en cuanto al diagnóstico y la evaluación, históricamente en este sentido, resultan importantes las contribuciones de figuras como Galton, Catell y Binet. Galton fue el primero en estudiar las diferencias psicológicas entre los individuos. A partir de la atmósfera intelectual promovida por el evolucionismo de Darwin, Galton se dedica a la comprobación de la herencia de los caracteres individuales, arbitrando procedimientos para evaluar algunas funciones psicológicas. Catell, por su parte, construye el primer test mental en 1890. Compartía la opinión de Galton de que era factible obtener una medida de las funciones intelectuales mediante tests de discriminación sensorial y tiempo de reacción. Binet va a ejercer una influencia mucho más notable. En 1904, el ministerio de instrucciones públicas de París pide a Binet que realice un estudio de niños con defectos mentales para internarlos en colegios especiales. Ante los problemas de retraso escolar y de la deficiencia mental, Binet y Simon desarrollaron la primera prueba eficaz de inteligencia que ha sido prototipo para la mayoría de las pruebas de inteligencia (Buendía, 1999).

La primera guerra mundial, obligó de alguna manera, a que la psicología clínica acelerara su proceso de desarrollo, dado que era necesario buscar a las personas indicadas en el puesto indicado, considerando las habilidades individuales. Después de la guerra, la psicología clínica avanzó mucho en la investigación de evaluación psicodiagnóstica, se construyeron diversos tipos de test enfocados a la evaluación de la personalidad y sobre todo de inteligencia, enfocados al tratamiento de problemas conductuales. Así, entre las dos guerras mundiales hubo un progreso sustancial en pruebas psicológicas diagnósticas. Pinter y Paterson introdujeron su escala no verbal. En 1930 apareció la escala Arthur de puntos y en 1934 le siguió la prueba Cornell-Coxe. En 1926 se publicó la técnica del dibujo de la figura humana de Goodenough para la medición de la inteligencia. Los psicólogos ahora tenían pruebas individuales y grupales al igual que verbales y no verbales y las personas estaban comenzando a emplear popularmente el término de cocientes de inteligencia (Phares, 1996).

La utilización y construcción de los primeros test de inteligencia, fue el trampolín para la construcción de pruebas de personalidad. Las pruebas de inteligencia fueron bastante útiles sin embargo, la consecución del CI no bastaba para responder a preguntas relacionados con problemas patológicos, así, la incursión del psicólogo clínico en hospitales, penales e

instituciones de salud, comenzó a ser más recurrente dada la preocupación del psicólogo por la ejecución de pruebas y no tanto por la puntuación total.

En 1943 apareció el inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota (MMPI, Minnesota Multiphasic Personality Inventory). El MMPI es una prueba objetiva de autoinforme cuya principal función parece ser la asignación de etiquetas psiquiátricas a los pacientes. Otras pruebas como el Rorschach se utilizaron con frecuencia para la misma función (Phares, 1996).

En los años posteriores a la segunda guerra mundial, la demanda de salud psicológica aumentó considerablemente, los sobrevivientes requerían soluciones y tratamientos especiales para superar el trauma que una guerra conlleva. El psicólogo entonces dejó de ser sólo un profesional de la evaluación y dejó de ser percibido como sólo un asistente del psiquiatra, la psicología clínica comenzó a adquirir identidad propia e importancia en la salud de los individuos. Sin embargo, de acuerdo con Rachman (en Buendía, 1999), fue a partir de la década de los sesenta, cuando se va a producir de forma gradual un triple reconocimiento de gran alcance para la psicología: se acepta que los factores psicológicos influyen en todas las ramas de la medicina; se reconoce que el psicólogo clínico no tiene que reducir su actividad exclusivamente a los problemas psicopatológicos; y al mismo tiempo también se espera que la psicología aporte concepciones nuevas sobre los problemas de la salud.

A modo de conclusión diremos que la psicología clínica es el resultado inminente de una demanda social de profesionales de la salud psicológica, la psicología clínica fue y es un intento más por solucionar la vida del hombre, un intento del hombre de conocerse a sí mismo, a su entorno y predecir lo que antes parecía impredecible.

## **2.2 Psicología clínica contemporánea y psicopatología**

La psicología clínica como ya se vio, ha tenido un sustancial desarrollo en los últimos años, siendo factor importante a lado de la psiquiatría en la confección de la salud psicológica del ser humano. Es evidente que este logro se ha dado gracias al esfuerzo de una gran diversidad de psicólogos clínicos que no han cesado en su intento por estudiar y descubrir la etiología y los tratamientos adecuados para los diferentes padecimientos, así, hoy en día

el psicólogo clínico puede predecir y modificar la conducta en a favor del bienestar del individuo. En la actualidad, la psicología clínica se ha enfocado de manera importante al tratamiento de la llamada psicología anormal, psicología que incuestionablemente ha tenido un fuerte avance conceptual y que ha permitido al psicólogo la satisfactoria incursión de diversas técnicas e intervenciones terapéuticas surgidas claro de un arduo trabajo de investigación.

Los modelos actuales que tratan de explicar la psicología anormal o psicopatología son de diversa índole, así, la magia, la divinidad y el satanismo han desaparecido para dar paso a ideas y modelos estadísticos, biológicos, médicos y conductuales.

Desde el punto de vista estadístico, los puntos que se toman en cuenta son las características específicas de las personas, como son los rasgos de su personalidad o conducta y la distribución de dichas características en la población. Un tipo de distribución de la población, la curva normal coloca a la mayoría de las personas en su parte central, y muy pocas de ellas quedan en alguno de sus extremos (Davison y Neale, 1983). Desde ésta perspectiva entonces, el hecho de que una persona sea normal implica que no se desvíe de la media, es decir que sea igual al promedio de la población. Sin embargo, este enfoque puede ser criticado dado lo confuso que puede ser el concepto de lo normal y lo anormal, ya que lo normal o anormal depende en mucho del lugar y la circunstancia más que de una distribución en la curva.

Para el modelo biológico, la psicopatología es un problema cerebral causado por la poca o mucha fluencia de específicos neurotransmisores entre otras cosas. De acuerdo con Caballo et al. (1995), la progresiva aceptación del modelo biológico no se entendería sin recordar que, en los últimos años, se ha producido un gran conocimiento sobre el funcionamiento cerebral, tanto en el aspecto de lo normal como en lo patológico. Algunos hechos marcan el proceso que desemboca en la construcción y la aceptación del modelo biológico en psicopatología. Entre los más destacados pueden citarse:

1. El perfeccionamiento de nuestro saber sobre la estructura anatómica y funcional del encéfalo.
2. El descubrimiento de los neurotransmisores y el importante papel que juegan en la transmisión de la información interneuronal.

### 3. La irrupción de los psicofármacos.

Algunos de los neurotransmisores que se han marcado como trascendentales en un estado de psicopatología son: catecolaminas, serotonina, acetilcolina y los aminoácidos neurotransmisores.

A pesar de ser uno de los modelos con mayor credibilidad, las críticas recaen en la poca o nula consideración que esta perspectiva tiene del medio ambiente.

Para el modelo médico por otro lado, la psicopatología no es más que una enfermedad, por lo tanto para entenderlo es necesario definir el concepto de enfermedad. Acorde con Davison y Neale (1983), la enfermedad se puede definir en base a dos amplios criterios: 1) cada enfermedad presenta un conjunto específico de síntomas, o síndrome; 2) este síndrome tiene un agente causal o etiología. Así mismo, dentro de esta noción cabe distinguir tres tipos de enfermedad: infecciosa, en la cual un germen o virus ataca el órgano, sistémica, en la cual un órgano se afecta no debido a un virus sino tal vez a algún factor hereditario y por último la enfermedad traumática, en la que el daño no depende de nada interno, sino más bien de un daño proveniente del exterior. Cada uno de estos tipos de enfermedades de acuerdo al modelo, se apega a diferentes tipos de enfermedades mentales o de conductas anormales.

El último modelo que define y explica la psicología anormal, es el modelo conductual, que es al fin el que nos compete en mayor medida dado que desde la psicología clínica, el modelo conductual proporciona importantes herramientas para abordar la problemática de la conducta patológica dentro de un consultorio. Desde el enfoque conductual, como ya se mencionó en el capítulo anterior, toda conducta es aprendida y por tanto modificable, de igual manera, la conducta anormal es una conducta que el sujeto aprendió en un determinado momento. Este punto de vista resta importancia a los factores fisiológicos, se centra por el contrario en descubrir el proceso de aprendizaje que, supuestamente desarrollo la conducta desadaptativa en el sujeto. Estos supuestos tienen su base teórica en legado del condicionamiento clásico y operante. El caso del niño Alberto y de la rata blanca indica la posible relación entre el condicionamiento clásico y la formación de ciertos desórdenes de tipo emocional, en este caso una fobia. A Alberto, un niño de 11 meses de edad, se le enseñó una rata blanca. En un principio, no manifestó miedo al animal y pareció tener

ganas de jugar con él. No obstante cada vez que tocaba la rata, el experimentador producía un ruido fuerte golpeando una barra de acero por detrás de la cabeza de Alberto, provocando en él un gran susto. Después de 5 experiencias de este tipo, Alberto empezó a dar señales de gran perturbación al sólo ver la rata blanca, aún cuando no se golpeaba la barra de acero (Davison y Neale, 1983).

Este es un claro ejemplo de cómo una fobia puede ser aprendida con el simple apareamiento de estímulos tal como en los experimentos de Pavlov y sus perros, Watson estableció un estímulo neutro como lo es la rata blanca, éste estímulo se convirtió después de algunas repeticiones en un estímulo condicionado y por ende en objeto de fobia para el pequeño Alberto.

Otro modelo que explica el aprendizaje es el de “aprendizaje por modelamiento”. De acuerdo con este modelo, los individuos aprenden no sólo a través del condicionamiento, sino también por medio de la observación y la imitación. De acuerdo con Caballo y cols. (1995), una ventaja muy importante de aplicar el punto de vista del aprendizaje a la psicopatología es la mayor precisión de la observación. Los estímulos tienen que ser observados y controlados con precisión; se mide la magnitud y la tasa de las respuestas, su latencia; y se anotan cuidadosamente las relaciones entre estímulos, respuestas y consecuencias. Lo que se considera para indicar procesos no observables, como el miedo y los pensamientos, tiene que ser expresado de manera explícita; todos estos acontecimientos no observables tienen que describirse en términos de resultados medibles.

La psicopatología tiene diversos enfoques desde los cuales se intenta dar cuenta de sus causas y por consiguientes de cómo ofrecer alternativas que eludan y alineen este tipo de conductas. Hasta aquí nos hemos enfocado sólo a la parte contemporánea de la psicopatología, empero es necesario la comprensión de los lineamientos y tipos de terapias de las que hace uso el psicólogo clínico para hacer frente a las necesidades actuales de la sociedad.

La psicología por medio del psicólogo clínico, busca remediar y modificar la conducta perturbadora valiéndose de la psicoterapia. ¿Pero qué es la psicoterapia? De acuerdo a la corriente teórica que se elija, la psicoterapia puede tener variaciones, mismas que se dan también a causa del estilo individual del terapeuta, sin embargo podemos hablar de características constantes dentro de cualquier psicoterapia, estas características comunes, de

acuerdo con Weiner (1992), son: a) empleo de mediciones psicológicas para ayudar a la gente que experimenta problemas emocionales en su vida diaria; b) deseo del terapeuta de auxiliar a su cliente; c) actitud de respeto del primero por la integridad personal del segundo; y d) énfasis en la comprensión del problema por parte del cliente, para guiar el curso del tratamiento.

La psicoterapia es entonces un método de tratamiento que los psicólogos o terapeutas usan para lograr que sus clientes se conozcan y acepten a sí mismos, y aprendan a pensar, sentir y actuar; es en otras palabras una interacción verbal entre dos o más personas que tiene como finalidad auxiliar a una de las partes en la resolución de sus dificultades.

En la actualidad, la psicología clínica es una herramienta que las personas buscan por diversos motivos, por ejemplo, depresión, ansiedad, adicciones, fobias, problemas relacionados con la vida diaria, estrés, problemas escolares, motivacionales, etc. En este sentido, la razón por la cual el cliente asistió a psicoterapia, nos dará la pauta para establecer los objetivos de la terapia. La psicoterapia consta de diversas fases a través de las cuales se busca la consecución de los objetivos. En la fase inicial se valora y se evalúa la situación a tratar, la naturaleza del problema, la capacidad del cliente para responder a dichos problemas y por último se establecen paralelamente con el cliente los objetivos a cumplir. Posterior a la fase inicial, viene la fase intermedia, en la cual el terapeuta aplica el tratamiento adecuado acorde a la información recopilado durante la fase previa. En esta etapa el psicólogo clínico hace uso de diversas técnicas de intervención que varían de acuerdo a la perspectiva teórica que maneje. Una vez que el cliente ha avanzado en la consecución de los objetivos del tratamiento, se inicia la parte final de la terapia, en esta etapa, el cliente debe ya tener un conocimiento considerable de sí mismo y de su conducta, sin embargo, es pertinente también en algunos casos una fase de seguimiento, en la cual se busca que el cliente no recaiga en las mismas situaciones problemáticas.

Existen así hoy en día diversos tipos o especialidades de psicoterapia, por ejemplo la terapia de grupo, que igual que la terapia individual depende en gran parte de la corriente teórica que se aplique. En la terapia psicoanalítica de grupo por ejemplo, incluye aspectos de asociación libre, interpretación de resistencia y transferencia. Por otro lado en la terapia conductual en grupos se trata de aplicar los métodos y hallazgos de la psicología experimental a problemas de conducta, específicamente mediante técnicas de aprendizaje



tales como extinción, generalización y contracondicionamiento, según el caso (Weiner, 1992). La diferencia aquí con la terapia conductual individual es la influencia que el grupo puede tener en el individuo.

La terapia familiar es otra variación de la psicoterapia muy recurrida en la actualidad. De acuerdo con Fox (en Weiner, 1992), la terapia familiar es un método de tratamiento psicológico para tratar de mejorar el funcionamiento familiar como sistema, mediante la evaluación de la unidad familiar y la intervención planeada para lograr cambios en las relaciones interpersonales de los miembros de la familia. A pesar de que la comprobada efectividad de la terapia familiar, ésta aún es centro de críticas, sobre todo por la creencia de que durante la terapia los padres pueden perder autoridad, debido a los diversos sentimientos y emociones que se pueden arrojar por medio del procesos terapéutico.

La terapia de pareja, es sin lugar a duda una de las terapias que ha recibido más atención en los recientes años, hay quienes dicen que la mejor terapia de pareja es el divorcio, sin embargo, con la terapia, es el divorcio precisamente lo que se trata de evitar. Mediante la terapia de pareja se busca que la pareja encuentre significado y convivencia en su relación, para lo cual el psicólogo clínico hace uso de técnicas específicas acorde a su enfoque teórico. Igual que la terapia familiar, la terapia de pareja puede llevar a los individuos a experimentar sentimientos, emociones y conductas que antes parecían inexistentes, por lo cual, las críticas hacia este tipo de terapias también han sido fuertes, ya que algunas veces pareciera ser que la terapia es el motivo de la separación.

La psicología clínica, como podemos ver ha avanzado a pasos agigantados, además de las terapias mencionadas, existen muchas más, como la logoterapia, la intervención en crisis, terapias alternativas, etc. La investigación dentro de la psicología clínica es una de las razones para que este progreso se dé, además de ser un componente de entrenamiento para el psicólogo clínico.

En la psicología clínica contemporánea un enfoque terapéutico que ha ganado gran terreno en los últimos años es el cognitivo-conductual, esto debido a su proceder rápido y sobre todo muy funcional, agregando al conductismo la parte cognitiva y haciendo un enfoque metodológico muy práctico y por lo tanto muy utilizado.

### **2.3 Enfoque cognitivo-conductual**

El enfoque cognitivo-conductual, es un enfoque relativamente nuevo, desarrollado a partir del enfoque conductual, en donde la parte cognitiva tiene también relevancia sobre la conducta. Actualmente, en el ámbito clínico, el enfoque cognitivo-conductual dada su demostrada efectividad y rapidez, ha tendido un fuerte impacto. Como práctica terapéutica, el enfoque cognitivo-conductual ha demostrado ser una alternativa no sólo teórica sino empírica, logrando su consolidación alrededor de los últimos 35 años en el área clínica.

La teoría cognitivo conductual está basada en la tesis de que los pensamientos influyen de forma importante en la conducta, y dado que la forma de pensar del ser humano es aprendida, entonces puede ser modificable. Desde este principio se puede deducir el complemento que la parte cognitiva dio al conductismo para formar lo que hoy conocemos como cognitivo-conductual. ¿Pero cómo fue éste desarrollo? De acuerdo con Meichenbaum (1988), hay dos líneas específicas que han contribuido al surgimiento de terapia cognitivo-conductual, una de teorización y otra de investigación. Una línea deriva de los esfuerzos de los teóricos cognitivos semánticos, tales como George Kelly, Albert Ellis y Aaron Beck. Mientras que la segunda línea deriva de los recientes desafíos sobre la adecuación de los procedimientos de la terapia de conducta basada en la teoría del aprendizaje.

La teoría de Kelly (en Feixas y Miró, 1993), describe el proceso continuo por el que un individuo construye interpretaciones personales acerca del mundo y luego las evalúa nuevamente considerando los eventos resultantes. Según su postulado principal, la anticipación es la principal responsable de los procesos psicológicos del individuo. Su teoría se basa en la sistematización de las estructuras de significado del individuo, y su práctica clínica en la comprensión de tales estructuras en los propios términos del sujeto. El cambio psicológico resulta de la adopción de una construcción alternativa que aporta un nuevo sentido a sí mismo y al mundo. Para Kelly, un constructo personal es la forma en que se ve el mundo pero, sin embargo, estos constructos influyen en su forma de evaluar los eventos (Meichenbaum, 1988).

El terapeuta semántico que más atención ha recibido es quizá Albert Ellis. Ellis, quien evocó sus esfuerzos en una forma de terapia cognitiva, a la cual describió originalmente

como terapia racional, término que posteriormente se expandió a terapia racional-emotiva (TRE). Él argumentaba que disturbios emocionales o psicológicos provocaban pensamientos ilógicos o irracionales y que la persona puede deshacerse de la mayoría de sus sentimientos de infelicidad si aprende a maximizar sus pensamientos racionales y minimizar los pensamientos irracionales (Clark y Fairburn, 1997). El fundamento básico de la TRE es que gran parte, si no todo el sufrimiento emocional, es debido a los modos inadaptables en que las personas construyen el mundo y a las creencias irracionales que mantienen, en palabras del propio Ellis: “El fundamento teórico de la terapia racional, está basado en la idea de que el pensamiento y emoción humano no son dispersos o diferentes, por el contrario son coincidentes y son en algunos casos la misma cosa y nunca pueden ser vistos completamente uno aparte del otro” (en Clark y Fairburn, 1997).

En términos cognitivos, la TRE enseña al cliente el A-B-C cognitivo, en donde la A refiere a la situación, la B a las creencias o pensamientos con respecto a A y C que son las consecuencias emocionales en relación a la percepción de A. En la TRE, el terapeuta enseña a las personas cómo retar y cuestionar (D) eficientemente y enérgicamente sus creencias irracionales y cambiarlas por pensamientos racionales.

Beck (en Clark y Fairburn, 1997), por su parte, creó un tipo de terapia para la depresión, la cual, está basada en la suposición de que la gente afectada se engancha en información y razonamientos defectuosos. En particular, la gente depresiva está sujeta a lo que Beck llamó “triada cognitiva” en la cual, ellos tienen sentimientos pesimistas acerca de ellos mismos, del mundo y de su futuro. El objetivo del terapeuta cognitivo es identificar y ayudar a los pacientes a corregir estas ideas inadecuadas y mejorar el procesamiento de información y razonamiento. Los procedimientos terapéuticos son altamente estructurados, y comienzan con el reconocimiento de la conexión entre cogniciones y emociones.

Aaron Beck desarrolló una forma de terapia cognitiva que también se centra en procesos de pensamiento del paciente. De acuerdo con Meichenbaum (1988) para entender la forma de terapia de Beck, es necesario primero, introducir tres conceptos básicos:

- 1) Los eventos cognitivos. Son la corriente de pensamientos e imágenes que tenemos, pero a la que con frecuencia no prestamos atención, a este tipo de pensamientos Beck los llama “pensamientos automáticos”

- 2) Los procesos cognitivos. Se refieren al “cómo” pensamos, a los procesos automáticos del sistema cognitivos. El procesamiento de la información incluye mecanismos de búsqueda y almacenamiento y proceso de inferencia y recuperación.
- 3) Las estructuras cognitivas se refieren a los esquemas, las asunciones implícitas o las premisas, que determinan a qué eventos se presta atención y cómo se interpretan éstos.

Beck creó una terapia cognitiva de corta duración para ayudar al cliente a identificar sus eventos, procesos y estructuras cognitivas, así como a cambiar la influencia de los mismos. Dentro de la otra vertiente que influyó de manera importante en el desarrollo del enfoque cognitivo conductual, en la teoría del aprendizaje social, encontramos a Bandura, quien enfatizó la importancia del aprendizaje por medio del modelado. Manhoney y Arnkoff (en Feixas y Miró, 1993), señalan a Albert Bandura como el iniciador de la tendencia cognitiva dentro del enfoque conductual. Su aportación propicia:

- La aceptación de un determinismo recíproco entre el organismo y su entorno, dejando ya de lado el determinismo ambiental de los conductistas clásicos, y
- La postulación de procesos básicos de cambio conductual que implican mecanismos centrales de tipo cognitivo-simbólico.

Posteriormente, Bandura reafirmó la importancia de la expectativa de refuerzo, un concepto claramente cognitivo, para el control de la conducta.

Según la teoría del aprendizaje social, los modos que tienen los individuos de evaluar las situaciones, fijar las expectativas, establecer pautas internas, recordar selectivamente los eventos y poner en acción rutinas de resolución de problemas, son críticos a la hora de comprender su conducta y formular las intervenciones del tratamiento. Meichenbaum (1988) sintetiza a la teoría del aprendizaje social:

1. Una gran parte del aprendizaje humano es mediado cognitivamente.
2. En lugar de responder a las consecuencias ambientales, los humanos responden principalmente a las representaciones cognitivas de los eventos ambientales (es decir, el individuo atiende selectivamente e interpreta los eventos)

Bandura fue pieza clave dentro del desarrollo de la corriente cognitivo-conductual y al igual que Kelly, Ellis y Beck, fue uno de los pioneros que pusieron énfasis en el peso de las cogniciones en la conducta.

Otro personaje no menos importante en la conformación de la nueva corriente, fue sin duda Edward Chance Tolman (1886-1959) quien es el responsable de la primera propuesta neoconductista de carácter lógico-metodológico, estimando algunos que es el precedente inmediato del conductismo, por lo que califican su aportación como cognitivo-conductual (Sánchez, 1996). El conductismo propositivo o intencional dijo Tolman, es un esfuerzo por introducir las variables mentales del organismo en el programa de trabajo conductista, a través de una serie de componentes cognoscitivos, partiendo de una concepción molar de la conducta, superando con ello el molecularismo y periferalismo watsonianos y atendiendo a una estrategia principalmente inductiva para la adquisición del conocimiento (en Sánchez, 1996).

Una definición molar del comportamiento significa que el acto conductual es la unidad del estudio psicológico sin relación con los componentes moleculares subyacentes en nervios, músculos y glándulas. Más aún, esta orientación ve la conducta como encaminada hacia una meta o como finalista (Chaplin y Krawick, 1978). En términos más simples, el comportamiento molar hace uso de herramientas que se encuentran en el medio para la consecución de un fin o una meta.

Tolman defendió que la conducta es algo más que la mera suma de elementos periféricos fisiológicos puestos en marcha por estímulos ambientales: la conducta es una unidad molar movilizada por propósitos y otros ingredientes cognoscitivos. En este marco, el aprendizaje del que hablaban los psicólogos de la Gestalt fue interpretado como el logro de un ajuste conductual a un campo nuevo mediante extrapolación inferencial (ideación inventiva) de las adaptaciones llevadas a cabo a otras porciones del campo ya conocidos: el aprendizaje sería

una cuestión de información, selección o invención de las disposiciones y expectativas de naturaleza cognoscitiva que determinan la conducta (Sánchez, 1996).

Los organismos no aprenderían respuestas específicas en condiciones concretas, sino significados (S) en relación con estímulos (E), que se relacionan con la meta que persiguen: la experiencia repetitiva de una secuencia de acontecimientos que conducen a una meta crearía una expectativa con respecto a ella, que, si se confirma por sus consecuencias, aumentaría la oportuna probabilidad de ocurrencia del acto en cuestión.

En concreto, de acuerdo con Sánchez (1996), las ideas claves de Tolman son:

1. El objeto de estudio de la psicología debía ser la conducta molar y no los fenómenos moleculares que la componen. La conducta molar supone una unidad de actos a la que puede adscribirse un significado o sentido, mientras que los fenómenos moleculares (contracciones musculares, secreciones glandulares, etc.) no son sino elementos aislados que forman parte de aquélla, pero que carecen de la clave definitoria de la verdadera conducta, el sentido o significado.
2. La conducta molar es intencional o propositiva, estando en dependencia de procesos cognitivos. Los propósitos o intenciones obedecen a una cierta valoración, según la cual se desea o se rechaza una determinada meta. El concepto de demanda de la meta corresponde, sin duda, al concepto de valencia de Lewin.
3. La conducta molar exige tener imprescindiblemente en cuenta un conjunto de variables intervinientes, implícitas en el organismo, lo que supera el modelo de caja negra dado por el enfoque E-R watsoniano. Los estímulos externos, si bien son importantes, no juegan sino un mero papel secundario, dado que los motivos de la conducta son elementos propositivos-cognoscitivos del propio organismo, esto es, factores de carácter mental. Al respecto, además de los propósitos o intenciones, Tolman consideró otras variables intervinientes, como las expectativas/creencias y las valoraciones en relación con los medios, caminos y metas que comprende la tarea. Todo ello constituye lo que Tolman denominó

matriz del valor de creencia o convencimiento, que formaría el núcleo esencial de la conducta: basándose en experiencias pasadas, el individuo aporta una matriz modal VC a cada nueva situación-estímulo. Esta matriz pone en marcha y concreta, en el momento crítico, el resultado de las necesidades activadas, los estímulos del entorno y otros factores que influyen sobre el organismo en ese instante, abocando en un específico espacio de conducta y en un concreto esquema de locomoción, todo lo que lleva finalmente a la conducta molar

Como se puede apreciar, Tolman fue pionero en las ideas relacionadas con la complementación de lo cognitivo y lo conductual, para Tolman, a diferencia de los conductistas radicales, existía una evidente influencia cognitiva dirigida a una meta que determinaba la conducta de los organismos. Tolman así, es un eslabón de suma importancia en el proceso de formación de la teoría cognitivo-conductual oponiéndose notablemente al cuadrado modelo E-R watsoniano.

A través de éste desarrollo, el enfoque cognitivo-conductual ha ido tomando importancia sobre todo en el ámbito clínico, en donde tiene como objetivo entrenar al cliente en la práctica de nuevas habilidades que le ayuden a enfrentar situaciones que pueden presentarse como conflictivas, así como una manera adecuada de percibir y pensar dichas situaciones, con pensamientos racionales y realistas que aterrizan en una mejor valoración de la situación en cuestión.

Actualmente, la teoría cognitivo-conductual sigue teniendo gran auge, recibiendo una atención considerable de los medios académicos, de los usuarios, de los servicios e incluso de las instituciones sociales encargadas de velar por la salud psicológica. Todo ello, a su vez, eleva mucho la credibilidad de estos modelos teóricos.

Los esfuerzos que tanto los clínicos como los experimentadores de la orientación cognitivo-conductual han realizado en las tres última décadas han dado muy buenos frutos. Durante ese tiempo se ha reunido la clínica con la experimentación (especialmente desde los paradigmas de las teorías de aprendizaje clásico e instrumental, del procesamiento de la información y de la cognición social). Esto ha permitido que podamos desarrollar intervenciones eficaces y específicas para determinados tipos de trastornos psicológicos.

Parece razonable suponer que, si se continúa en esta línea de simbiosis entre investigación y práctica aplicada, el futuro de las terapias cognitivo-conductuales seguirá siendo estimulante. Desde la perspectiva coste-beneficio, pues, estas terapias también parecen ser muy buenas candidatas para ser seleccionadas tanto por los terapeutas como por los pacientes (Bas, 2001).



### **3. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**

Todos en algún momento de nuestra vida hemos experimentado una sensación en el pecho que parece anunciarnos un peligro, una sensación de que algo malo está a punto de sucedernos, sin embargo, hay para quienes esta sensación es permanente e impide el desenvolvimiento cotidiano de la persona, es entonces cuando hablamos de un trastorno de ansiedad.

Si bien la ansiedad es una respuesta que todos en algún momento hemos experimentado, y que es beneficiosa ante situaciones que pueden representar una posible amenaza, quizá previo a un examen, a una exposición, o ante una situación desconocida, también es una respuesta que se vuelve pernicioso cuando se desborda, deja de presentarse solo en situaciones desconocidas y se convierte en un estilo de vida. Así, la ansiedad es una respuesta de defensa del organismo ante el peligro, empero cuando rebasa ciertos límites deja de ser normal para convertirse en un trastorno. La ansiedad patológica, es una respuesta exagerada, no necesariamente ligada a un peligro, situación u objeto externo, que puede llegar a resultar incapacitante, al punto de condicionar la conducta de un individuo, y cuya aparición o desaparición son aleatorias. La diferencia básica entre ansiedad normal y patológica, es que esta última se funda en valoraciones irreales de la amenaza. Cuando la ansiedad es moderada produce una sensación de inquietud, de intranquilidad y desasosiego. Cuando es muy severa puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico. A pesar de lo anterior, es difícil establecer la diferencia entre ansiedad normal y patológica; sin embargo, Biondi (en Silva, 2002) cita cuatro aspectos que nos pueden ayudar a distinguir una de otra, y que se relacionan tanto con las causas como con los efectos:

- Intensidad, frecuencia y duración de la ansiedad
- Proporción entre la gravedad objetiva de la situación y la intensidad de la respuesta de ansiedad
- Grado de sufrimiento subjetivo determinado por la ansiedad
- Grado de interferencia en la vida cotidiana del sujeto (funcionamiento laboral, relaciones sociales, actividades de ocio)

Los trastornos de ansiedad han sido el centro de diversas investigaciones debido a su cada vez más recurrente aparición en la sintomatología de diversos padecimientos. Dentro de estas investigaciones se han dado a conocer diferentes posibles etiologías, que varían acorde con el modelo en que se basan, y por supuesto, diversos tipos de tratamientos, entre los cuales sobresalen los de tipo farmacológico por un lado y las intervenciones psicológicas por el otro, estas intervenciones deben estar basados en una pulcra evaluación que no deje lugar a dudas del diagnóstico.

### **3.1 Panorama histórico del concepto de ansiedad**

Como ya se mencionó, los trastornos de ansiedad han sido objeto de innumerables estudios, sin embargo esto no es algo reciente, síntomas como los que presentan un individuo con este padecimiento ya eran registrados desde siglos anteriores, con variaciones conceptuales afines a la época. Por ejemplo, síntomas de miedo anormal se encontraban ya en la Biblia bajo el término *pachadh*, y fueron claramente diferenciados del reverencial “miedo al Señor” que mostraba el auténtico creyente (en Vallejo, Sánchez, Díez y Menchón, 2004). Diferentes investigadores ya desde entonces han estudiado y descrito la sintomatología que envuelve la ansiedad generalizada, convergiendo y difiriendo en algunos puntos, por lo cual cada personaje nombró y teorizó de forma heterogénea a lo que hoy conocemos con el nombre de ansiedad.

En 1870, por ejemplo, el psiquiatra alemán Westphal, publicó sus observaciones sobre 4 pacientes que padecían lo que denominó agorafobia. Describió en detalle los síntomas clásicos consistentes en síntomas fóbicos. También relató la ansiedad anticipatoria que padecían los pacientes cuando tenían que afrontar alguna de esas situaciones fóbicas o aún cuando estaban pensando en dicha posibilidad. Aunque Westphal no enfatizó acerca de los ataques de pánico, brindó una clara y sorprendente descripción moderna acerca de los mismos, señalando su ocurrencia espontánea o en situaciones fóbicas. En el mismo año, Meyers, un cirujano militar de la guardia de Coldstream describió un síndrome similar al de Da Costa, al que denominó corazón de soldado. Durante la primera guerra mundial, el síndrome de Da Costa reapareció bajo el nombre de “Disfuncionalismo cardíaco”, que fue

la designación oficial del ejército británico para un cuadro que afectó aproximadamente a 60 mil soldados de ese país (en Cia, 2002).

En 1871 Jacob Mendes Da Costa describió el síndrome de “corazón irritable”, al observar en el hospital militar de Filadelfia, una serie de casos de soldados que habían participado en la guerra de secesión, con formas peculiares de alteraciones funcionales cardíacas, viendo que, al no haber pruebas de una lesión estructural, la alteración podría deberse a una disfunción del sistema nervioso simpático, que producía síntomas como palpitaciones, taquicardia, mareos, respiración jadeante, dolor precordial, ante esfuerzos mínimos o en reposo (en Cia, 2002).

Para finales del siglo XIX, Sigmund Freud tuvo el mérito de haber introducido el concepto de lo que él llamó: el conflicto. En efecto, en 1893 este autor se decanta por una interpretación firmemente psicologista de algunas neurosis al considerar que su causa se encuentra en traumas psicosexuales producidos en épocas tempranas de la vida (Santo-Domingo, J., Baca, E., Carrasco, J y García-Camba, E, 2002).

Después de Freud, ya en 1917, Sir Thomas Lewis propuso la denominación alternativa de “Síndrome de Esfuerzo”, que refleja una respuesta desmedida del paciente frente a los menores esfuerzos. El cuadro sintomático en disnea, precordialgia, unareos, palpitaciones, cefaleas, sudoración astenia, sacudidas mioclónicas, enrojecimiento de la piel, irritabilidad y extremidades frías. En la opinión de Lewis los síntomas eran el resultado de una variedad de factores físicos entre los que se encontraban el exceso de esfuerzo y agotamiento, las enfermedades, enfermedades cardíacas subyacentes y anormalidades del sistema nervioso central. (en Cia, 2002)

Durante la segunda guerra mundial, se produjo un reconocimiento más general de la naturaleza y las manifestaciones de la ansiedad. Durante la misma, se empezaron a efectuar diagnósticos más exactos, y los soldados que se quejaban de síntomas que antes se consideraban el resultado de alteraciones cardíacas, pasaron a ser diagnosticados como “reacción ansiosa”, y fueron tratados más por el psiquiatra que por el internalista.

Como vemos, el concepto de ansiedad ha evolucionado radicalmente de acuerdo al lugar y tiempo, como era de esperarse, esta evolución llegó hasta nuestros días, en donde a pesar de parecer que tenemos un mejor entendimiento del este padecimiento aún nos encontramos

distantes de dar una completa solución a los requerimientos que la prevalencia de este trastorno requiere.

### **3.2 Ansiedad generalizada: concepto y manifestaciones clínicas**

Hemos visto hasta aquí que el concepto de ansiedad se fue puliendo poco a poco a través de diversas perspectivas, así, hoy en día tenemos un concepto más claro de a qué nos referimos cuando decimos que alguien sufre de ansiedad. Diversos autores han dado lo que para ellos es la definición adecuada de ansiedad, y a pesar de que difieren en algunos puntos, las definiciones parecen empatarse en 3 factores, miedo, preocupación y el hecho de que este sea un trastorno que enfoca estos miedos hacia el futuro.

Para del Bosque por ejemplo, (en Silva, 2002) la ansiedad supone una percepción de amenaza personal al bienestar físico o psicológico. Esta percepción provoca que nuestro organismo presente una conducta de lucha o de huida que será adaptativa según sea la gravedad objetiva de la situación, el tipo de personalidad del sujeto y la valoración realizada acerca del apoyo social y emocional, y de las estrategias de afrontamiento disponibles. De acuerdo con Santo-Domingo et al. (2002), el trastorno de ansiedad generalizada se trata de categoría residual para todos aquellos trastornos de ansiedad que cursan sin conductas fóbicas ni crisis de angustia. La característica fundamental es una ansiedad persistente durante al menos un mes, aunque se requiere un periodo mínimo de 6 meses para poder establecer el diagnóstico, con el fin fundamental de excluir los cuadros de ansiedad reactiva. Por otro lado, de acuerdo con Barlow y Durand (2003), la ansiedad es un estado de ánimo negativo caracterizado por síntomas corporales de tensión física y aprensión respecto del futuro.

Existen diversos factores y perspectivas desde las cuales se intenta dar cuenta del concepto de ansiedad, algunas de las más importantes son: la perspectiva psicoanalítica, biológica y cognitivo-conductual.

Psicoanálisis: Desde la teoría psicoanalítica, Freud consideró que la ansiedad neurótica se debía a la represión de impulsos inconscientes del ello, cuando los impulsos del ello son reprimidos, pueden, según la primer teoría freudiana de la ansiedad, transformarse en

ansiedad neurótica. Posteriormente, en 1926, Freud replanteó su teoría haciendo más explícitas las situaciones que pueden hacer que un individuo reprima un impulso del ello y también invirtió la relación entre la ansiedad neurótica y la represión (Davison y Neale, 1983).

Para las teorías psicoanalíticas actuales la ansiedad es una señal de peligro que amenaza impulsos de naturaleza sexual o agresiva que se acercan al nivel de conciencia. Por ejemplo, en las fobias es creído que el sujeto utiliza el objeto de su fobia como protección. (Nevid, 2001).

Biología: Por otro lado, desde un punto de vista biológico, la ansiedad es un estado de alertización frente a una amenaza que prepara al organismo para un gasto suplementario de energía (Gándara, 1999).

Cognitivo-conductual: El tercer enfoque se encuentra en la teoría cognitivo-conductual, desde esta perspectiva, se considera a la ansiedad generalizada como resultado de distorsiones cognoscitivas surgidas mientras el individuo está preocupado (Halguin y Krauss, 2003). La ansiedad es el resultado de proceso de aprendizaje ya sea conductual o cognitivo (modos inadecuados de pensamiento). Así, como cualquier otra conducta, la ansiedad es un comportamiento que ha sido aprendido, asociado y reforzado social e individualmente, así por ejemplo, si asocio una mala experiencia con algún animal, cada ocasión que tenga un encuentro cercano con éste, mis niveles de ansiedad se elevarán.

Es fácil apreciar que las definiciones no son tan dispares, parece ser que el factor recurrente es el miedo hacia un futuro incierto, este tipo de personas que padecen de este miedo o preocupación acerca del futuro pueden ser a primera vista diagnosticados con trastorno de ansiedad generalizada, sin embargo, no es algo tan sencillo, las manifestaciones clínicas o sintomatología para tener un diagnóstico pueden agruparse de acuerdo con Gándara (1999) en cuatro categorías básicas:

1. Síntomas psíquicos:  
Inquietud, inseguridad, intranquilidad, temor, miedo, tensión, angustia.
2. Síntomas somáticos:  
Taquicardia, palpitaciones, sudoración, temblor, boca seca, inquietud psicomotora, hiperventilación, disnea suspirosa, tensión muscular, meteorismo, diarrea o constipación, polaquiuria, vértigos, hiperactividad.
3. Síntomas de alertización excesiva:  
Sueño: insomnio inicial, pesadillas, somnolencia diurna.  
Alimentación: anorexia, hiperfagia  
Sexualidad: inhibición del deseo, impotencia, anorgasmia.  
Rendimiento intelectual: dificultades de memoria y atención
4. Síntomas dependientes de otras variables personales:  
Tensión en las relaciones familiares o sociales, sentimiento de rechazo o minusvalía, autodepreciación, deterioro laboral.

Estos son algunos de los síntomas que se deben considerar y que envuelven al trastorno de ansiedad generalizada, sin embargo es necesario aclarar que no es necesario reunir todas estas manifestaciones clínicas para ser diagnosticado con un trastorno de ansiedad generalizada. A diferencia de otros tipos de trastornos de ansiedad como las fobias, nuestro conocimiento acerca de los síntomas o manifestaciones de la ansiedad generalizada son limitados.

### **3.3 Causas**

La ansiedad generalizada es entonces un miedo o una preocupación constante ante un futuro incierto, es un trastorno que nos inhabilita para continuar con nuestras actividades diarias debido a la constante preocupación, ¿pero qué es lo que causa esta preocupación, este miedo? Los trastornos de ansiedad pueden ser multifactoriales, entre los principales enfoques que explican la etiología de la ansiedad, se encuentran la perspectiva biológica, conductual, cognitiva y cognitivo-conductual.

Enfoque biológico: Desde la perspectiva biológica la ansiedad está relacionada con varios sistemas neuroendocrinos y de neurotransmisores. La investigación ha descubierto un receptor específico benzodiazepínico conectado totalmente al sistema al sistema neurotransmisor del ácido gammaaminobutírico (GABA) (en Caballo et al., 1995). Así, la ansiedad se ha asociado con perturbaciones en los receptores o en los neurotransmisores. Hay también ciertas pruebas preliminares de que los sujetos con trastorno de ansiedad generalizada tienen una reducida sensibilidad al diazepam, lo que posiblemente implica perturbaciones en los enlaces de los receptores benzodiazepínicos centrales para la ansiedad crónica (en Caballo et al., 1995). Estos factores biológicos pueden dar al individuo una vulnerabilidad o predisposición a padecer ansiedad, sin embargo algunas veces son insuficientes si las condiciones ambientales, es decir el entorno del individuo no colabora para que se detone el trastorno de ansiedad.

Conductismo: Ya que decíamos que el entorno juega un papel importante, una perspectiva que considera esto fundamental como causa de la ansiedad, es la perspectiva conductual. Los teóricos conductuales, ven la ansiedad como producto del condicionamiento clásico, el modelado u otras formas tempranas de aprendizaje (en Barlow y Durand, 2003). La ansiedad que es componente de la fobia, es adquirida mediante el condicionamiento clásico por ejemplo, un estímulo o situación que primero era neutro, se convierte en aversivo una vez que se aparea con una experiencia desagradable. Un niño que es asustado por un perro, puede adquirir una fobia por los perros (Nevid, 2001). Los teóricos del aprendizaje, han notado también el rol que juega el aprendizaje observacional en la adquisición de miedos. Por medio de modelos y recibiendo información negativa (escuchar de alguien o leer acerca de algo) pueden también aprender las fobias. (Nevid, 2001). Es una realidad que el entorno y las experiencias previas pueden hacer que aprendamos a sentirnos ansiosos, pero también es cierto que es necesario entender de qué manera percibimos los sucesos para que estos nos hagan presa de la ansiedad.

Enfoque cognitivo: Es importante reconocer el papel que juegan los factores socioculturales, en un mundo tan apresurado parece difícil no sentirse tenso y/o nervioso, sin embargo, este nerviosismo no se presenta como crónico en cada uno de nosotros, esto es

probablemente por las diferencias en cuanto a la magnificación de los sucesos estresantes que cada uno puede tener de una misma situación. Así, desde la perspectiva cognitiva, se considera a la ansiedad generalizada como resultado de distorsiones cognoscitivas surgidas mientras el individuo está preocupado (en Halguin y Krauss, 2003). Tenemos entonces que a diferencia del enfoque biológico y del enfoque conductual, el enfoque cognitivo centra su explicación en el aspecto del pensamiento, es decir la causa de la ansiedad es la inadecuada manera de pensar y de percibir ciertas situaciones que se postran difíciles. El constructo central, de la teoría cognitiva de la ansiedad en la clínica es el concepto de esquemas. Beck y Clark (en Cia, 2002) afirman que las estructuras cognitivas o esquemas “guían los procesos de evaluación, codificación, organización, acumulación y recuperación de la información, mediante ellos los estímulos coherentes con los sistemas existentes son elaborados y codificados, mientras que la información irrelevante es ignorada u olvidada”. Los esquemas desadaptativos del paciente ansioso comprenden a las amenazas percibidas, físicas o psicológicas, al dominio o territorios personales así como un sentido exagerado de vulnerabilidad. (Cia, 2002) Los pacientes ansiosos utilizan gran parte de su capacidad cognitiva para percibir estímulos amenazantes, por consiguiente, la capacidad cognitiva disponible para atender a otras demandas cotidianas se encuentra restringida.

Enfoque cognitivo-conductual: esta perspectiva considera los aspectos que los aspectos conductuales y cognitivos son factores en la etiología del trastorno de ansiedad generalizada. A través de aprendizajes erróneos, el individuo ha aprendido a comportarse y a pensar de una forma disfuncional. Este enfoque se basa en postulados conductuales y cognitivos.

Como vimos, las causas de la ansiedad pueden ser de diversa índole, ya que dada la complejidad del trastorno de ansiedad, es imposible aseverar que existe un específico y único productor de este trastorno. Por tal razón lo ideal es un modelo integral que reúna e integre los factores biológicos, psicológicos y sociales, es necesario tener claro que un factor necesita del otro para que podamos hablar de que un individuo padece un trastorno de ansiedad.



### **3.4 Evaluación y criterios diagnósticos**

La evaluación es parte medular de cualquier intervención, como ya dijimos el éxito o no de una intervención depende al 100% de una excelsa evaluación y diagnóstico. Existen diversas formas para evaluar a un paciente que parece reunir la sintomatología de la ansiedad. Una de ellas y quizá las más usada es el uso de algunos cuestionarios.

Existen algunos cuestionarios que evalúan características o rasgos de la ansiedad. El más empleado es el inventario de Ansiedad estado/Rasgo (Spielberg, Gorsuch y Luschene, 1970) (en Caballo et al., 1995). Aunque este es un excelente instrumento para la evaluación global del efecto negativo o el neuroticismo, no es realmente una medida muy específica de la ansiedad.

Un instrumento más reciente que parece tener mejores propiedades psicométricas es el inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, Beck, Epstein Brown y Steer, 1989) (en Caballo et al., 1995).

Además de los cuestionarios, que como ya se dijo pueden resultar excelentes instrumentos para la evaluación de la ansiedad, también es muy recurrente el uso del autorreporte. El autorreporte es una técnica de evaluación en la que se pide al paciente que sea el mismo quien día a día lleve una bitácora en la que registre todos aquellos pensamientos, conductas o respuestas fisiológicas que le estén causando conflicto, así como las situaciones en las que éstas se presentan.

Otro método para evaluarla ansiedad consiste en observar la conducta manifiesta sobre reacciones y movimientos que supuestamente reflejen el estado emocional interno. Se juzga que una persona es ansiosa cuando se le ve temblar, comerse las uñas o evadir una situación, en suma cuando se comporta de una manera que supuestamente refleja ansiedad (Davison y Neale, 1983). Finalmente, también se puede evaluar la ansiedad a través de aparatos electrónicos que hacen determinaciones de los cambios fisiológicos que aparentemente suceden cuando la ansiedad está presente.

La evaluación es el primer paso camino al diagnóstico, por lo cual se debe ser muy cuidadoso al momento de elegir la técnica de evaluación o mejor aún, si el diagnóstico no parece ser claro recurrir a más de una técnica que evalúe la ansiedad. Una vez que se tienen los resultados de la evaluación, es necesario recurrir a los criterios diagnósticos para así

poder constatar que el diagnóstico es preciso. Los criterios diagnósticos publicados por el DSM-IV (en Barlow y Durand, 2003) para la ansiedad generalizada son los siguientes:

- A) Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva), que ocurre la mayoría de los días durante un periodo de 6 meses en relación a un número de actividades o eventos (como el desempeño en la escuela o el trabajo).
- B) La persona tiene dificultades para controlar la preocupación.
- C) La ansiedad y la preocupación están asociadas a al menos tres (o más) de los siguientes síntomas (con al menos alguno de los síntomas presentes en la mayoría de los días durante un periodo de 6 meses) (Nota: en niños, sólo basta un síntoma):
  - 1) Inquietud o nerviosismo intenso
  - 2) Sentirse fatigado fácilmente
  - 3) Dificultad para concentrarse o mente en blanco
  - 4) Irritabilidad
  - 5) Tensión muscular
  - 6) Trastorno del sueño
- D) El foco de la ansiedad y preocupación no se limita a las características de los trastornos de Eje 1; esto es, la ansiedad y preocupación no aparecen en forma de un ataque de pánico (cómo en los ataques de pánico), de vergüenza ante el público (como en la fobia social), de temor a contaminarse (como en los trastornos obsesivo-compulsivos), a engordar (como en la anorexia) o a padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y no se incluye dentro de un trastorno de estrés postraumático.
- E) La ansiedad, preocupación o los síntomas físicos provocan molestias clínicas significativas o disfunciones sociales, ocupacionales o de otras áreas importantes de la vida.
- F) No es fruto de efectos directos de una sustancia (p. ej., consumo de drogas o medicación) o un estado de enfermedad general (p. ej., hipertiroidismo) y ocurre exclusivamente durante un trastorno de humor, trastorno psicótico o trastorno de desarrollo extenso

Es necesario como ya se dijo considerar estos criterios antes de dar cualquier diagnóstico. A fin de conseguir un buen diagnóstico por parte del profesional encargado, Gándara (1999), hace un conjunto de recomendaciones prácticas para el diagnóstico.

- Pensamiento inclusivo: es decir, pensar que estamos ante un trastorno de ansiedad; se cometen muchos más errores por defecto que por exceso.
- Recordar los síntomas físicos (cardíacos, pulmonares, gastrointestinales, etc.) y no olvidar que éstos se suelen presentar agrupados y de forma inespecífica, cambiante o poco definida.
- No tener miedo a las “etiquetas psicógenas” e indagar por aspectos psíquicos ante síntomas sugerentes de ansiedad patológica.
- Siempre es posible reconocer patrones de síntomas, tanto el propio enfermo como el médico; así pues, es preciso preguntar por ellos una vez que se ha escuchado al paciente.
- Pueden ser trastornos de inicio a cualquier edad, pero no conviene olvidar que tanto los más jóvenes como los más ancianos son proclives a padecer ansiedad.
- No olvidar que pueden ser causados por otros trastornos somáticos, coexistir con ellos, desencadenarlos o agravarlos.
- El diagnóstico y manejo de la ansiedad es más sencillo si se establece una buena comunicación con el paciente; es preciso hacerle sugerencias comprensibles, y en todo caso ser respetuosos y jamás dar sensación de impaciencia.
- Las claves son: escuchar, preguntar, enjuiciar el cuadro clínico, reconocer físicamente, indicar exploraciones complementarias juiciosas y acabar siempre informando al paciente y explicándole la posibilidad de que se trate de un trastorno de ansiedad.

La evaluación y el diagnóstico entonces, son claves para poder enfrentar un trastorno de ansiedad generalizada, dada la complejidad de este trastorno no sería difícil caer en un diagnóstico erróneo, ya que los criterios para el trastorno de ansiedad generalizada son difíciles de aplicar solamente a este trastorno, por lo cual es recomendable el uso de diversos instrumentos y técnicas de evaluación para tener la total certeza del diagnóstico.

### **3.5 Tratamiento e intervención**

Es común que cuando una persona presenta síntomas que apuntan hacia un trastorno de ansiedad generalizada, recurra a la ayuda de un profesional médico, en contaste muy pocas veces se acude con un psicólogo. A pesar de esto, debe haber conciencia por parte de estos profesionales de la salud de las necesidades requeridas por el paciente. El tratamiento farmacológico y la intervención psicológica son dos modalidades de tratamiento diferentes mas no antagónicas. De acuerdo con Gándara (1999), los objetivos generales del tratamiento deben perseguir:

- Recuperar el nivel habitual de funcionamiento adaptativo.
- Mejorar la autoimagen y las relaciones.
- Favorecer la utilización correcta de los mecanismos de adaptación o de defensa propios del individuo, desbloquear aquellos que no use por estar interferidos y aprender otros nuevos más adaptativos o útiles.
- Posibilitar que el sujeto se enfrente a las fuentes de ansiedad, conflicto o estrés con seguridad y dominio.

Estos objetivos se deben perseguir desde cualquier modalidad, ya sea un tratamiento farmacológico o bien una intervención psicológica.

En los siguientes apartados se describirán la forma de intervención por parte del profesional de acuerdo a estas dos modalidades, haciendo notar sus ventajas y desventajas.

#### **3.5.1 Tratamiento Farmacológico**

Las benzodiazepinas son los fármacos utilizados con más frecuencia en el tratamiento de la ansiedad generalizada desde que en 1960 se comercializó la primera benzodiazepina, el clordiazepóxido (Santo-Domingo et al., 2002). A pesar de que la benzodiazepina (tranquilizantes menores) es el fármaco más común en el tratamiento de la ansiedad y que tiene muchas ventajas como la rapidez en la disminución de la ansiedad generalizada y el escaso riesgo de sobredosis, existen estudios que muestran que sus efectos son positivos tan

sólo en un corto periodo de tiempo. A juzgar de muchos investigadores, el uso de las benzodiacepinas conlleva muchas desventajas a largo plazo. En primer lugar, parecen perjudica tanto el funcionamiento cognitivo como el motor. En concreto, las personas parecen no estarían alertas en el trabajo o en la escuela cuando consumen benzodiacepinas (Barlow y Durand, 2003). Algo más relevante todavía es la evidencia existente de que el consumo de benzodiacepina produce una dependencia psicológica y física, por lo que no es recomendable su prescripción por más de dos semanas.

Además de la benzodiacepina, en los últimos años se ha dado el uso de antidepresivos para el tratamiento de la ansiedad. Diversos antidepresivos con actividad inhibidora de la recaptación de serotonina se han mostrado útiles en el tratamiento a largo plazo del trastorno de ansiedad generalizada. La imipramina, la paroxetina, y la venlafaxina resultaron ser superiores al placebo, la buspirona y las benzodiacepinas. (Vallejo et al., 2004), este tipo de antidepresivos parecen tener el mismo efecto que las benzodiacepina pero con menos efectos secundario. El uso de antidepresivos para el tratamiento de la ansiedad es aún hoy motivo de debate, pero a pesar de todo su uso se vuelve cada vez más frecuente.

### **3.5.2 Estrategias de intervención psicológicas**

Una alternativa al uso de medicamentos es sin duda la terapia cognitivo conductual, la cual presenta muchas ventajas con respecto tanto a los medicamentos como ante otro tipo de terapias. Si bien a corto plazo los efectos son similares a los que confieren los fármacos, a largo plazo el uso de terapia cognitivo-conductual proyecta resultados más permanentes. De acuerdo con Dunitz (2002), dentro de una terapia cognitiva-conductual, terapeuta y cliente trabajan juntos para identificar cómo el cliente está percibiendo eventos en una forma ansiosa, para evaluar la precisión de estas percepciones por medio de lógica y evidencias, y crear perspectivas alternativas que el cliente pueda generar cuando quiera que detecte angustia, ansiedad y las interpretaciones cognitivas que aumentan la percepción de amenaza.

Una de las técnicas más utilizadas en el tratamiento de la ansiedad es la desensibilización sistemática. En general la desensibilización sistemática se aplica cuando un paciente tiene la capacidad para responder de manera adecuada a una situación en particular (o a una clase

de situaciones) y sin embargo reacciona con ansiedad, temor o evitación. Desarrollada por Salter (1949) y Wolpe (1958), la desensibilización sistemática es una técnica para reducir ansiedad y se basa en el principio aparentemente simple de que no se puede estar relajado y ansioso al mismo tiempo (Phares y Trull, 1999). En términos generales, el propósito de la desensibilización es lograr que el paciente se relaje, y mientras se encuentra relajado hacer aproximaciones graduales del objeto o situación que es motivo de ansiedad para el individuo, estos productores de ansiedad van en aumento. En un momento el paciente se desensibiliza ante lo que antes era motivo de ansiedad. En este sentido existen dos modalidades para la aplicación de la desensibilización sistemática, real y encubierta. En la primera modalidad se presenta el objeto o la situación de forma real, mientras que en la modalidad encubierta, se debe lograr que el individuo sólo imagine la situación. La desensibilización sistemática comienza con la recopilación de una historia acerca del problema del paciente, en segundo lugar se explica el problema al paciente, las siguientes dos etapas incluyen el establecimiento de una jerarquía de ansiedad y el entrenamiento en relajación.

Las intervenciones de tipo cognitivo-conductual, suelen echar mano de la relajación, que es una técnica bastante usada cuando se tienen problemas de ansiedad, esto dado a que la ansiedad incluye un estado de tensión. Existen distintos tipos de relajación, pero sin duda la más utilizada es la relajación progresiva. Según este enfoque primero se le enseña al paciente a tensar y relajar grupos particulares de músculos, posteriormente a discriminar entre un estado de tensión y un estado de relajación. La finalidad de esta técnica recae en la necesidad del paciente de aprender a relajarse antes y durante alguna situación que implique ansiedad. Una de las ventajas de la utilización de técnicas de relajación, es que puede ser utilizada a la par de técnicas cognitivas, de tal manera que refuercen y apoyen los progresos de la terapia.

Otra técnica a la que se recurre con frecuencia en la intervención de la ansiedad es el entrenamiento en asertividad. Wolpe (en Phares y Trull, 1999), consideraba a las respuestas asertivas como un ejemplo de la forma en que funciona la inhibición recíproca, es decir, es imposible comportarse de manera asertiva y ser pasivo al mismo tiempo. Las situaciones que alguna vez evocaron ansiedad ya no lo hacen, porque la conducta asertiva inhibe la ansiedad (Este método trata de enseñar al paciente a mostrar sus sentimientos y

sus pensamientos pero sin agredir a los demás. Dado que la ansiedad muchas veces es el resultado del desconocimiento o incapacidad para manejar una situación específica y/o desconocida, el entrenamiento en asertividad que es un componente de las habilidades sociales, resulta de gran utilidad en la inhibición de la ansiedad.

Bandura defendió el uso del modelamiento o aprendizaje por observación, en particular con niños, como un medio para alterar patrones de conducta. La imitación, modelamiento o la observación son técnicas mucho más eficientes de aprendizaje que la mera dependencia del castigo para las respuestas incorrectas y la recompensa para las correctas. Se puede aprender de manera más eficiente una nueva habilidad o un nuevo conjunto de conductas a través de observar a otra persona: ver a otros ejecutar una conducta también puede ayudara a eliminar o reducir temores y ansiedades asociados y, a través de la observación, los individuos pueden aprender a emplear conductas que ya son parte de su repertorio conductual (Phares y Trull, 1999).

Dado que el enfoque cognitivo centra su explicación en el aspecto del pensamiento, es decir la causa de la ansiedad es la inadecuada manera de pensar y de percibir ciertas situaciones que se postran difíciles, la técnica ideal para emplear contra la ansiedad es entonces la reestructuración cognitiva. Un ejemplo de reestructuración cognitiva es la terapia racional emotiva (TRE) de Ellis, pionero de lo que se ha convertido en la terapia cognitivo-conductual. La meta básica del TRE, es modificar los pensamientos irracionales o disfuncionales de los pacientes, enseñándolos a pensar de manera más funcional, para que perciban cada situación en un contexto preciso sin maximizar ni generalizar ninguna situación que parezca peligrosa. A través de la modificación de los pensamientos se busca modificar también la conducta del paciente, esto se logra alterando la forma en la que el paciente piensa sobre ciertas cosas. Cabe aclarar que al hablar en términos de pensamientos funcionales o disfuncionales se hace siempre referencia a la una situación específica, es decir ningún pensamiento es por sí solo funcional o disfuncional, todo está en función de un contexto específico

Otra técnica no menos importante es la inoculación contra el estrés. Novaco (en Phares y Trull, 1999), ha descrito la aplicación de los procedimientos de inoculación contra el estrés para enfrentar los problemas de enojo en pacientes deprimidos que se encuentran, en pabellones psiquiátricos para enfermos agudos. En esencia, estos procedimientos implican

la preparación cognitiva de dichos pacientes, adquisición y ensayos de habilidades necesarias y prácticas en la aplicación de éstas.

Estas son las principales técnicas que se utilizan en la terapia cognitivo-conductual y las cuales han demostrado ser eficaces como estrategias de intervención de la ansiedad generalizada. Para considerar los puntos que una adecuada intervención psicológica debe contener, Dugas y Ladouceur (en Caballo, 1996) proponen un proceso de intervención para el trastorno por ansiedad generalizada que sigue los pasos siguientes:

1. Explicación de lo que va a consistir el tratamiento.
2. Análisis y entrenamiento en darse cuenta. Este componente se emplea para que el paciente sepa discriminar claramente entre los distintos tipos de preocupaciones.
3. Intervenciones específicas sobre las preocupaciones:
  - a) Entrenamiento en solución de problemas (adaptado), incluyendo dos componentes principales: orientación hacia el problema y habilidades de solución de problemas.
  - b) Exposición cognitiva funcional, empleada para preocupaciones que se refieren a acontecimientos altamente improbables, que no se basan en la realidad y que, por consiguiente, no se pueden modificar.
4. Reevaluación de la valoración de las preocupaciones.

Estos pasos nos pueden ser de gran ayuda considerando siempre que la evaluación será al final de cuentas la que nos apunte el rumbo a seguir durante la intervención.

Es imperante considerar también que a pesar de que las intervenciones psicológicas parecen haber demostrado superar en eficacia al tratamiento farmacológico, a reserva de una buena evaluación, lo más recomendable es un tratamiento multimodal, en donde se combinen ambos aspectos en busca de mejores resultados.



## **4. PERSPECTIVAS ACTUALES DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**

Dada la prevalencia actual, las investigaciones acerca de la ansiedad han aflorado con mayor fuerza en los últimos años, sin llegar éstas a cubrir las necesidades que el trastorno requiere, es decir, a pesar de que las investigaciones a favor de la intervención ante casos de ansiedad se han multiplicado en los últimos años, la información que se tiene acerca de este trastorno aún es insuficiente. Lo que hoy, en pleno siglo XXI se conoce con respecto al tratamiento médico e intervenciones psicológicas de la ansiedad generalizada, no difiere significativamente a lo ya conocido en años previos.

A pesar de esto, los pocos avances que se han dado, han sido aportaciones importantes en la comprensión de la ansiedad y han ayudado al establecimiento de ciertos lineamientos a seguir en las estrategias psicológicas de intervención de la ansiedad hoy en día.

En México como en el resto del mundo, la acelerada vida actual es un factor causal del trastorno de ansiedad generalizada así como de otros tipos de trastornos relacionados con la ansiedad. En últimas fechas, la prevalencia de ansiedad en nuestro país y en el mundo ha crecido precipitadamente, quizás la razón de esto es la poca información que se tiene acerca de la ansiedad, así como los cambios sociales y culturales en un mundo cada vez más globalizado. Así, los avances en las perspectivas de la ansiedad generalizada y en su intervención, se vuelven obsoletos ante la falta de información por parte de los individuos.

### **4.1 La ansiedad en el mundo actual**

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud la prevalencia el trastorno de ansiedad en México es de alrededor del 28.6 por ciento, y se calcula que por lo menos 15 millones de mexicanos son víctimas de sus molestias en algún momento de su vida (Durán, 2006).

Al hablar de la prevalencia de la ansiedad en México, se busca no sólo la cuantificación del trastorno, sino hacer hincapié en que el acrecentamiento de éste trastorno es también factor influyente en la manera actual de percibirlo. Entonces, cuando hablamos de perspectivas actuales, no nos referimos únicamente a los avances en cuanto a investigaciones se refiere,

sino también a cómo la prevalencia de este trastorno y la manera de percibirlo por parte de científicos y no científicos, se ve influenciado por la velocidad con la que se vive hoy en día, sobre todo en las magnas urbes. Así, los avances en el tratamiento también se ven adecuados a la sociedad y al agitado ritmo de vida del que pocos o ninguno, en pleno siglo XXI, puede mostrarse indiferente.

¿Por qué la epidemiología de la ansiedad en México y en el mundo ha ido en ascenso? La pregunta no es del todo simple de responder, sin embargo, dada esta prevalencia, valdría la pena hacer un análisis al respecto que nos sirva como antesala a los avances que se han tenido en las estrategias de intervención y concepto de la ansiedad generalizada. Los problemas relacionados con la ansiedad cada vez van en aumento, sobre todo en las grandes ciudades donde la industrialización, el crecimiento de la población y la falta de empleos bien remunerados, entre otros factores, propician este trastorno. Según la Organización Mundial de Salud, se trata de un padecimiento constituye la cuarta causa de incapacidad en el mundo. De ahí la importancia de desarrollar nuevos tratamientos para combatirlo (Durán, 2006).

Cuando hablamos de ansiedad generalizada, nos referimos a dos posibles etiologías: endógena o exógena. Enfocándonos en la segunda variante, la ansiedad es causada por exigencias del entorno, por ejemplo, desempleo, cambio de trabajo, de residencia, de estado civil, la llegada de hijos, la enfermedad de algún familiar, etc. Este tipo de situaciones son conocidas como acontecimientos o estímulos estresantes. Los estímulos estresantes, como su nombre lo indica son estímulos precipitantes de estrés y que pueden por su reincidencia convertirse en estímulos ansiógenos. Teniendo claro esto, no es difícil deducir que en el mundo actual, donde las exigencias y velocidad de vida están a la orden del día, haya un sin número de estímulos estresantes en cualquier ámbito en el que un individuo se desenvuelva. De acuerdo con Barlow y Durand (2003), los sucesos de vida estresante desencadenan nuestra vulnerabilidad biológica y psicológica a la ansiedad. La mayor parte es de naturaleza interpersonal: el matrimonio, el divorcio, dificultades laborales, la muerte de un ser querido, etcétera. Algunos sucesos quizá sean físicos o biológicos, como una lesión o una enfermedad. Las presiones sociales, tales como, sobresalir en la escuela, en el trabajo, en el deporte, etc., podrían desencadenar en un trastorno de ansiedad. De esta manera, las exigencias del mundo actual favorece las condiciones que propician que los

individuos vivamos en un continuo estado ansioso, dado el poco o ningún tiempo que nos damos para relajarnos. En México por ejemplo, existen diversos factores que favorecen el desarrollo de la ansiedad, tales como: los cambios políticos recientes en el país, las oleadas de violencia que se escuchan a diario en los noticieros, el desempleo, el crecimiento de la población, la pobreza, etcétera. Este tipo de cambios en nuestro entorno nos vuelven vulnerables a la ansiedad, una ansiedad exógena que puede rebasarnos e imposibilitarnos para continuar con nuestra cotidianidad.

Otro importante factor que es muy contemporáneo y que influye en nuestros estados afectivos son los cambios tecnológicos (la aparición de los aviones, la televisión, el video, internet, el teléfono celular, etc.). Paradójicamente, la comunicación directa y personal es mucho más difícil en las grandes ciudades, y se están produciendo cambios muy profundos en nuestros sistemas de relación. Por ejemplo, según diversas fuentes, en el centro de ciudades como París y Hamburgo el 50 % de sus habitantes viven solos. Los sistemas de comunicación, en particular los teléfonos móviles e Internet, crean formas virtuales de relación que sirven quizá para paliar esta carencia de relación interpersonal (Vallejo et al., 2004). Los avances tecnológicos en este sentido, son factores contribuyentes para el desarrollo de la ansiedad generalizada, el conocimiento que se tiene de las nuevas armas nucleares, por ejemplo, son razón de inquietud y preocupación en diversos lugares del mundo. Dado que la preocupación es un componente inherente de la ansiedad, este tipo de situación nos vulnera a vivir en un constante estrés y por qué no a desarrollar un trastorno de ansiedad generalizada.

Como profesionales de la salud, los avances que se puedan tener a favor de la disminución de la ansiedad a través de tratamientos farmacéuticos e intervenciones psicológicas pueden volverse inservibles si se ignora se poco considera el entorno que prevalece en el mundo actual, de ahí entonces la importancia de considerar estos factores en la búsqueda de nuevos tratamientos para la ansiedad generalizada del siglo XXI.

#### **4.2 Perspectivas actuales de la ansiedad desde un enfoque médico**

Lo que se conoce en relación a la ansiedad, es sin duda resultado de investigaciones de 10 años atrás. Del año 2000 a la fecha, lo que se ha descubierto así como los nuevos modelos

que explican la ansiedad son de sobremanera limitados, basándose todos y sin grandes variantes en conocimientos previos. Sin embargo, a pesar de los pocos avances, se han dado nuevos modelos que tratan de explicar el origen y curso de la ansiedad, modelos que a pesar de no ser novedosos en su totalidad, si dan importantes aportaciones para tener una mayor información del trastorno en cuestión.

En la actualidad, existen diferentes evidencias, de que factores biológicos como los genes y cierto tipo de neurotransmisores intervienen en el proceso que da lugar a la ansiedad. A diferencia del color de ojos y cabello, en el desarrollo de un trastorno de ansiedad generalizada no parece haber un gen único que genere la ansiedad. En realidad, es el conjunto de pequeñas aportaciones de muchos genes de diversas áreas de los cromosomas el que nos hace vulnerables a la ansiedad (Barlow y Durand, 2003). Recientemente, métodos complejos de estudio de la genética, llamados locus de rasgos cuantitativos, permitieron que los investigadores identificaran áreas relevantes en un gran número de cromosomas de animales, incluidos el cromosoma 1, el 12 y el 15. Al parecer son numerosos los genes que producen una tendencia a estar nerviosos, emotivos o ansiosos en exceso (en Barlow y Durand, 2003).

Además de los neurotransmisores y de los genes, un área que según investigaciones esta íntimamente ligada con la ansiedad es el sistema límbico, este sistema actúa como mediador entre el tallo encefálico y la corteza cerebral. El tallo encefálico, que es más primitivo, supervisa y registra los cambios de las funciones corporales y transmite estas señales potencialmente peligrosas a procesos corticales más elevados del sistema límbico. Jeffrey Gray, destacado neuropsicólogo británico, identificó un circuito cerebral en el sistema límbico de los animales que parece asociarse de forma estrecha con la ansiedad (Barlow y Durand, 2003). El modelo de Jeffrey Gray está muy elaborado e incluye como ya vimos, estimulaciones desde el tallo encefálico, incluyendo los sistemas de neurotransmisión serotoninérgicos y noradrenérgicos, e implicando a áreas del cerebro superior, incluyendo el sistema límbico y la corteza prefrontal. Este modelo se centra en el área septohipocámpica, que Gray propone que funciona como un mecanismo que compara la información real con la información esperada. Si la información actual y la esperada no encajan entre sí o si la información esperada es aversiva o nueva, se experimenta ansiedad. (Caballo et al., 1995). Esta hipótesis de Gray, fue inicialmente propuesta sobre la base del

paralelismo entre, los efectos conductuales de inyecciones sistemáticas de sustancias ansiolíticas y los efectos de lesiones del hipocampo, o de la región del área septal que controla una característica principal de la actividad eléctrica del hipocampo. De esta manera surgió un importante apoyo a la teoría de 1982, con experimentos que demostraban que, a pesar de su ruta de acción farmacológica primaria totalmente diferente, los nuevos ansiolíticos participaban en el mismo paralelismo fármaco-lesión y mostraban la misma firma electrofisiológica hipocámpica que los fármacos clásicos (en Vallejo, et al., 2004). Desde la publicación en 2000 de la segunda versión detallada de la teoría, diversos estudios han apoyado el papel que desempeñan en los efectos conductuales los ansiolíticos clásicos a través de las diferentes subunidades moleculares que constituyen los receptores GABA-A. Como es de esperar, los ansiolíticos clásicos ejercen diferentes efectos conductuales más allá de la reducción de la ansiedad, incluyendo sedación, incoordinación locomotora y efectos anticonvulsivos y amnésicos (Vallejo, et al, 2004).

En relación a los síntomas físicos que se dan durante la ansiedad, tampoco ha habido grandes avances en los recientes años, sin embargo con la ayuda de la tecnología, se han acrecentado ciertos conocimientos previos. Aunque cabe recalcar que las manifestaciones físicas varían acorde con cada individuo. De acuerdo con Wilson (2001), los posibles síntomas físicos durante la ansiedad son:

#### *Sistema cardiovascular*

Taquicardia (aceleración de latidos)

Palpitaciones (incómoda percepción del ritmo cardiaco)

Cefaleas

Dedos de la mano fríos

#### *Sistema gastrointestinal*

Boca seca

Dificultad para tragar

Náuseas estomacales

Crujido de tripas

Espasmos del colon

Diarrea y/o estreñimiento

Calambre en la parte superior del estómago

*Sistema respiratorio*

Síntomas de hiperventilación

*Sistema génito-urinario*

Necesidad de orinar con frecuencia

Dificultad para mantener una erección

Dificultad para excitarse sexualmente o de alcanza el orgasmo (mujeres)

*Sistema músculo esquelético*

Tensión muscular

Temblor involuntario del cuerpo

Cefaleas tensionales

Otros dolores y padecimientos

*Sistema nervioso central*

Apreensivo, excitable y vigilante

Sensación de tener los “nervios de punta”, impaciencia o irritabilidad

Falta de concentración

Insomnio

Cansancio

Estas manifestaciones, como ya se dijo, no se dan de igual manera en todos los individuos ansiosos, y aunque no son del todo nuevas, si son una continuidad de investigaciones anteriores y nos dan la seguridad de que estas manifestaciones siguen vigentes. Estos avances y revisiones recientes, también se han dado en el ámbito psicológico a través de la perspectiva cognitivo-conductual, en donde han surgido nuevos modelos que intentan entender a la ansiedad generalizada para posteriormente poder combatirla con adecuadas intervenciones.

### 4.3 Avances en el tratamiento farmacológico

Sin ninguna duda, los medicamentos son, algunas veces por sí solos la solución a diversas enfermedades y trastornos. En años recientes, un creciente número de investigadores médicos ha estado investigando los beneficios de los medicamentos para individuos que sufren por ansiedad y todos sus trastornos así como por depresión.

Para los que padecen de ansiedad generalizada, los medicamentos ayudan a reducir algunos de sus síntomas. Los fármacos más prescritos son la bupiriona y varias de las benzodiazepinas, tales como diazepam, alprazolam, lorazepam, axazepam y clordiazepóxido (Wilson, 2001). Este tipo de fármacos son los que se han venido usando con anterioridad, las benzodiazepinas (ya comentadas en el capítulo 3) son los psicofármacos ansiolíticos por excelencia y los más utilizados internacionalmente, tanto para el tratamiento de la ansiedad primaria como de la secundaria a otras enfermedades orgánicas, mientras que la bupiriona es un fármaco independiente de las benzodiazepinas y que no afecta el sistema GABAérgico. A pesar de que ambos fármacos son los más usados desde años previos, la bupiriona tiene marcadas diferencias ante las benzodiazepinas.

Bobes, Bousoño, González y Sáiz (2003), hacen diferenciación entre bupiriona y benzodiazepinas

- No actúa sobre receptores GABAérgicos.
- Carece de efectos sedantes, hipnóticos, relajantes musculares y anticonvulsionantes
- Periodo de latencia del efecto terapéutico de 2 o 3 semanas
- Bajo potencial de abuso
- No se asocia con fenómenos de abstinencia
- No se asocia con deterioro cognitivo

Tanto la bupiriona como las benzodiazepinas son fármacos muy conocidos y utilizados para el tratamiento de la ansiedad desde algunos años atrás, empero, en la actualidad su validez y funcionalidad siguen sin lugar a discusión.

En últimas fechas, dada la conocida relación entre la ansiedad y la depresión, los antidepresivos han sido considerados como un potencial tratamiento para la ansiedad (Barlow, 2002). Los fármacos antidepresivos de la recaptación de serotonina (ISRS), han demostrado su efectividad en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y constituyen el fármaco de elección. La imipramina por ejemplo, ha demostrado que cuando se es administrada durante varias semanas reduce los síntomas de la ansiedad generalizada. Tres estudios examinaron los efectos del antidepresivo tricíclico terciario, la imipramina, en pacientes con ansiedad generalizada. La imipramina inhibe tanto la recaptación de serotonina (5HT) como de noradrenalina en la sinapsis cerebral. En los tres estudios las benzodiazepinas fueron más eficaces que la imipramina durante la primera y segunda semana de tratamiento. Sin embargo, tras dos o tres semanas, los síntomas psíquicos, tales como pensamiento anticipatorio, disforia, preocupaciones, rumiaciones obsesivoides y sensibilidad interpersonal respondieron mejor ante los antidepresivos que a las benzodiazepinas (en Vallejo et al., 2004).

Por otro lado otros fármacos ya de uso común hoy en día, son los B-bloqueantes. Los B-bloqueantes (sobretudo el propranolol) son fármacos que han demostrado cierta utilidad en el tratamiento de los síntomas físicos asociados a la ansiedad (palpitaciones, diaforesis, temblor, etc.) y en el tratamiento de ciertas fobia social, principalmente de tipo anticipatorio (p. ej., la ansiedad incapacitante antes de hablar en público o de una ejecución musical). No obstante, en el momento actual no se consideran fármacos de primera línea para este tipo de trastornos y su uso no está muy extendido (Bobes, et al., 2003).

Dentro de los avances en el tratamiento farmacológico, recientemente, en México investigadores del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), desarrollaron un fitomedicamento contra la ansiedad que resultó igual de eficaz que los ansiolíticos farmacéuticos comunes, pero sin los efectos colaterales de éstos como son: sedación, somnolencia, trastornos del sueño, alteración de la memoria o adicción. Este descubrimiento le valió al Dr. Jaime Tortoriello García, especialista del IMSS, el premio CANIFARMA 2005 en investigación tecnológica.

El trabajo de investigación básica culminó en el diseño de un nuevo fitofármaco ansiolítico, elaborado a partir de un extracto estandarizado de *Galphimia glauca* en cápsulas de gelatina dura. Posteriormente, el fitomedicamento fue sometido a un estudio (en Durán,



2006) clínico doble ciego (ni médico, ni paciente tenían conocimiento del fármaco), aleatorizado que comparó su eficacia, tolerabilidad y seguridad terapéutica con un producto similar formulado con lorazepan en pacientes con ansiedad generalizada. En ese estudio se incluyeron 152 pacientes con diagnóstico de ansiedad, de los cuales a 80 se les proporcionó lorazepan y al resto el fitofármaco. El estudio demostró que el desarrollo del IMSS administrado por vía oral durante 4 semanas fue capaz de disminuir significativamente la ansiedad, de manera similar a como lo hizo el lorazepan pero con la ventaja de no presentar sus efectos colaterales. El especialista menciona que originalmente se incluyeron 175 pacientes, pero 23 de ellos tuvieron que abandonar el estudio debido a la presencia de esas contrariedades. Al identificar el medicamento administrado se descubrió que todos correspondieron al grupo tratado con la benzodiazepina y ninguno al fitofármaco.

A reserva de que este fitofármaco salga al mercado, podríamos estar hablando de un gran avance en el tratamiento de la ansiedad, un avance que anularía los efectos secundarios de otros fármacos.

Como se puede apreciar, aún existen demasiadas lagunas con respecto a recientes iniciativas en relación al tratamiento farmacológico de la ansiedad, sin embargo, los fármacos que se mencionaron a pesar de que no todos son totalmente recientes, han estado en constante revisión por lo cual no se puede dudar de su vigencia

#### **4.4 Perspectivas actuales de la ansiedad desde un enfoque psicológico**

Como ya se mencionó, la perspectiva cognitivo conductual es en la actualidad un enfoque de uso común entre los profesionales de la salud, debido a su demostrada eficacia y rapidez. Desde esta perspectiva, la ansiedad es el resultado de aprendizaje erróneo. Este aprendizaje, puede ser originado por alguna mala experiencia o a través de algún modelo, la ansiedad es así, resultado de un condicionamiento. Desde esta perspectiva como ya se vio, los pensamientos y las creencias también juegan un importante papel en la respuesta y mantenimiento de la ansiedad, así, la ansiedad es el resultado de pensamientos y creencias disfuncionales. Estas son las bases que edifican a los nuevos modelos contemporáneos que intentan dar explicación al trastorno de ansiedad generalizada.

Uno de los trabajos más importantes dentro de la perspectiva cognitivo-conductual en el conocimiento y tratamiento de la ansiedad es el realizado por Barlow (1999).

El trabajo de Barlow (en Leahy y Holland, 2000), ha influenciado el tratamiento clínico de los trastornos de ansiedad en general. El trastorno de ansiedad generalizada poniendo especial atención en su hipervigilancia y preocupación, es explicada refiriendo a cinco factores que interactúan el uno con el otro: eventos negativos de la vida, vulnerabilidad biológica, respuesta difusa al estrés, vulnerabilidad psicológica, e insuficientes habilidades que pudieran mitigar su limitado control. Un periodo de ansiedad suele estar acompañado de “falsas alarmas”, que sirven para exagerar ciertas situaciones y la sensación de vulnerabilidad y falta de control sobre esta misma situación. Con la atención en estos eventos menores de la vida y la sensación de pérdida de control sobre la preocupación, la ansiedad puede generalizar e incrementar las situaciones que parecen amenazantes. La intervención recomendada incluye relajación, entrenamiento en ciertas habilidades y reestructuración cognitiva.

El modelo avanzado de ansiedad de Borkovec acentúa el papel que juegan los fallidos intentos de suprimir las imágenes negativas. El individuo ansioso se ve afectado por preocupaciones negativas y catastróficos resultados. La preocupación la entenderemos como un intento de resolver un problema que amenaza, fijando un curso de acción adecuado y que se convertirá en problemática cuando no llegue a buen término su función. Cuando detectamos la presencia de un problema, comenzamos de inmediato su afrontamiento. Conductualmente la preocupación te lleva a comportamientos tales como: movimientos repetitivos, tics, morderse las uñas, insomnio, falta o exceso de apetito, entre otras. Cognitivamente la preocupación nos lleva a tener pensamientos anticipatorios con respecto a la problemática que se está previendo, es decir, como podría comportarme ante tal situación y de tal manera anticipar las consecuencias. De igual forma en términos cognitivos la preocupación está acompañada de pensamientos automáticos y disfuncionales. Por ejemplo, un individuo ansioso quien comienza a preocuparse acerca de su futura bancarrota examina toda la evidencia que apunta a que él o ella no podrá pagar sus deudas, tratando de entender cómo esos problemas pueden ocurrir y cómo pueden ser evitados o resueltos (en Leahy y Holland, 2000). El modelo de Borkovec se basa en el papel que juega la preocupación como una prevención cognitiva y la manera en la que esta ayuda al mantenimiento de la ansiedad.

Se ha descubierto en últimos años, que la preocupación es una forma de afecto negativo que puede ser espontáneo, y que es el rasgo determinante del trastorno de ansiedad generalizada, tal como propone Borkovec, la preocupación parece ser determinante. El modelo de Wells (en Vallejo, et al., 2004), pone énfasis en la importancia de las metacogniciones acerca de los peligros de la preocupación, tales como “la preocupación podría hacerme enloquecer” o “la preocupación es anormal” surgiendo la preocupación acerca de la preocupación, contribuyendo a que sea excesiva. Existen de acuerdo con este modelo valoraciones tanto negativas como positivas de la preocupación. Davey y cols (en Vallejo et al., 2004), aislaron cinco factores para las consecuencias percibidas de la preocupación: tres negativas (la preocupación desbarata el funcionamiento eficaz, exagera el problema y causa malestar emocional) y dos positivas (la preocupación motiva y facilita el pensamiento analítico). Lo interesante de este estudio es que ambos aspectos de la preocupación, es decir tanto negativos como positivos incurren en el mantenimiento de la ansiedad. De acuerdo con este modelo, el individuo ansioso está inmerso en un conflicto entre el miedo de que la preocupación es incontrolable por un lado, y por el otro la creencia de que la preocupación los protege (en Leahy y Holland, 2000). El tratamiento terapéutico desde este modelo incluye el trabajo con las creencias de los pacientes con respecto a la preocupación, haciendo un análisis de costo-beneficio.

Como se puede apreciar, estos nuevos modelos están totalmente basados en investigaciones previas, pero no por ello dejan de darnos pie a más investigaciones con respecto a sus propias hipótesis. A pesar del poco avance en los recientes años, con respecto al conocimiento de la ansiedad, el enfoque cognitivo-conductual no deja de ser el más usado y recomendado para el tratamiento de dicho trastorno.

#### **4.5 Avances en las estrategias de intervención psicológica.**

Existen como se sabe dentro de la psicología diferentes enfoques, cada una con sus propias teorías y bases que los identifica. Dependiendo del enfoque con el cual se trabaje, existen distintas intervenciones para contrarrestar la ansiedad exceptuando las técnicas cognitivo-conductuales, Bobes et al., (2003), sintetizan las características de las distintas intervenciones psicológicas en la Tabla 1.

**Tabla 1. Características de las distintas intervenciones psicológicas.**

<b>Enfoque terapéutico</b>	<b>Características de la intervención</b>
Psicoterapias individuales	
Psicoanálisis	Este enfoque centra la intervención en la búsqueda de las causas de la enfermedad, y que según este marco teórico estarían en los conflictos inconscientes entre los impulsos de búsqueda del placer y las restricciones sociales. Se emplea raramente en pacientes con trastornos médicos primarios debido a su elevado coste, a que requiere mucho tiempo y exige mucha motivación y recursos por parte del paciente. No se tienen datos fiables de su eficacia.
Psicoterapia dinámica	Útil en aquellos casos en que la ansiedad está generada de forma clara por un conflicto que puede resolverse mediante un tratamiento orientado a la modificación de la autopercepción (insight), el tiempo que requiere y los costes que representa son relativamente elevados. No se tienen datos fiables sobre su eficacia.
Psicoterapia de apoyo	Parte de que es el pensamiento el que determina las emociones y las conductas del sujeto.
Terapias de grupo	
Grupos dinámicos de interacción	Enfoque con una relación coste-beneficio adecuada para explorar y revisar los conflictos y problemas inherentes al manejo de determinados trastornos médicos; la interacción y apoyo interpersonales, la reducción de los sentimientos de aislamiento y alienación y la expresión de las emociones en un contexto de “compañeros” reales, son algunas de las ventajas de este enfoque.
Grupos de educación o información	Similares a los grupos dinámicos o de interacción, pero centrándose menos en los sentimientos y conflictos, y dedicándose más a la educación de los pacientes y a la transmisión de la información

Refiriéndonos a las intervenciones cognitivo-conductuales, existen evidencias que preponderan la eficacia comprobada de sus técnicas en el trato de la ansiedad generalizada. En la actualidad, diversos estudios han sido modelo para saber la línea a seguir en una intervención psicológica del trastorno de ansiedad generalizada desde la perspectiva cognitivo-conductual. La primera etapa de una intervención de ansiedad generalizada comienza con un módulo psicoeducativo. Durante esta etapa psicoeducativa el objetivo esencial es redundar en información para que el paciente identifique cuál ha sido su diagnóstico, y conozca acerca del trastorno que padece, esto con la finalidad de no caer en confusiones dado que muchas personas tienen percepciones erróneas con respecto a la ansiedad, y lo que menos se desea al dar comienzo a una intervención psicológica son los malos entendidos. Una vez superada satisfactoriamente esta primera etapa psicoeducativa, una segunda etapa, no menos importante, sería la de la autoobservación. La autoobservación de acuerdo con Stein y Hollander (2004), es una de las partes más básicas y esenciales de la terapia cognitivo-conductual. La autoobservación sirve como procedimiento de evaluación y como estrategia de intervención.

La autoobservación consiste básicamente en que el sujeto registre el instante justo es que aparece la ansiedad, así como el momento en que desaparece, detallando la situación, así como la intensidad de la ansiedad. Esto debe hacerse día con día. El siguiente paso a seguir en el tratamiento, sería elegir la o las técnicas que se adecuen en busca de óptimos resultados. De manera general, en la actualidad, por su demostrada eficacia, la opción de técnicas a utilizar es reestructuración cognitiva, exposición, desensibilización y relajación. Este tipo de técnicas ya se tocaron en el capítulo 3, empero no está de más una muy breve recapitulación usando referencias actuales que validen su vigencia como técnicas aun eficientes hoy en día y que cimientan las bases de nuevos procedimientos.

La reestructuración cognitiva es el proceso de cambiar el modo de pensar de los individuos, cambiando los pensamientos disfuncionales por pensamientos funcionales, acorde a la situación específica. Albert Ellis (en Bobes et al., 2003) identificó ocho formas de pensamiento distorsionado:

- Pensamiento debería/debo
- Sobregeneralización

- Magnificación/minimización
- Personalización
- Lectura del pensamiento
- Adivinación
- Aceptación de fuentes cuestionables como autorizadas
- Razonamiento emocional

Este tipo de pensamiento logra que la ansiedad se acentúe y mantenga, por lo que en la reestructuración cognitiva, se trata de entrenar al individuo con la finalidad de que evite ese tipo de pensamientos disfuncionales y los cambie por pensamientos funcionales que extingan a la ansiedad.

La exposición, que es el otro tipo de técnica, basada en el principio de habituación. Se trata de exponer al sujeto ante el objeto y/o situación que desencadena su ansiedad, hasta que este logre habituarse.

La relajación, es la técnica más antigua de las técnicas contemporáneas. Esta técnica, se basa en el principio aparentemente simple de que nos es imposible estar ansiosos y relajados a la vez. Por ello, la práctica de una respiración lenta y profunda contribuye a controlar la tensión y a reducir la activación psicofisiológica. La relajación muscular es también un medio muy adecuado para reducir la tensión crónica y para controlar las respuestas de activación del organismo. La técnica de relajación sin duda más utilizada es la relajación progresiva de Jacobson. El método de relajación progresiva de Jacobson consiste en tensar y relajar los principales grupos musculares del cuerpo (brazos, cara y cuello, tronco y piernas), al tiempo que el sujeto se concentra en las sensaciones relacionadas con la tensión y la relajación (Bobes, Bousoño, Portilla y Sáiz, 2002). Estas técnicas hoy en día continúan siendo la mejor opción para el tratamiento de la ansiedad, sin embargo no son las únicas, en años recientes, se han desarrollado diversas técnicas, que aunque basadas en estas técnicas clásicas, añaden y le suman importancia al papel que juega la preocupación dentro de la ansiedad generalizada.

La desensibilización sistemática, que es una técnica ya conocida y de uso común, de forma clásica, la desensibilización sistemática es una exposición gradual en imaginación o en vivo del objeto o situación que se ha identificado como provocador de la ansiedad, sin

embargo, en años recientes se ha hecho uso de la tecnología que nos brinda el siglo XXI y se ha dado un nuevo sentido a la desensibilización sistemática. Como ya se dijo, comúnmente es una exposición gradual que se realiza ya sea en vivo o en la imaginación, empero el uso de la realidad virtual ha dado un giro muy contemporáneo a esta técnica, dado que ahora la exposición se realiza virtualmente, lo que propicia mejores resultados debido a el realismo que ofrece este tipo de tecnología. A pesar de que se ha mostrado como una técnica muy ventajosa, son pocos los países que la practican dado el costo y la tecnología que requiere el uso de la realidad virtual, solo países como Alemania, y Estados Unidos, entre otros, tienen acceso a este tipo de intervenciones.

Un ejemplo de otra técnica recién desarrollada, pero que aún no ha recibido apoyo empírico, es la exposición a la preocupación. La perpetuación de la preocupación de los pacientes con trastornos de ansiedad generalizada podría explicarse con un procesamiento ineficaz, resultado de una conducta evitadora de la propia preocupación. En vez de concentrarse en la preocupación, los pacientes encaminan su atención a evitar el procesamiento íntegro de su preocupación adoptando diferentes conductas y desviando en todo momento la atención de la preocupación. Por eso Brown y cols. (en Stein y Hollander, 2004) describieron una técnica en la que los pacientes se exponen voluntariamente a su preocupación y a las imágenes asociadas con ellas durante un periodo amplio. El concepto de partida es que el paciente active el peor desenlace posible para luego procesarlo y habituarse a la ansiedad concomitante. La habituación a de la ansiedad se facilita mediante la exposición cognitiva después de que el paciente se concentre en la imagen durante 20 a 30 minutos. De acuerdo con Bobes et al. (2002), la exposición terapéutica a las preocupaciones requiere los siguientes pasos:

1. Identificación y registro en papel o en cinta de las dos o tres preocupaciones más intensas del paciente, jerarquizadas de menor a mayor.
2. Evocación vívida de la primera preocupación e imaginación intensa de las peores consecuencias que puedan derivar de dicha preocupación (p. ej., imaginarse a un hijo fuera de casa que ha sido víctima de un atropello en el trayecto entre la universidad y el hogar).

3. Mantenimiento sin distracción de estos pensamientos e imágenes durante el tiempo necesario para que se produzca la habituación, es decir, para que el grado de ansiedad sea igual o inferior a 4 en una escala subjetiva de 0 a 10, lo que suele ocurrir en un periodo no inferior a 25-30 minutos.
4. Generación de alternativas racionales, una vez transcurrido el periodo de tiempo anterior, a los pensamientos catastróficos (p. ej., si mi hijo llega tarde pudo haber permanecido atrapado en un atasco de tráfico, haberse quedado a charlar con unos amigos o haber ido a visitar una exposición de pintura). Cuando se ha producido la habituación a las preocupaciones, emergen con más facilidad las alternativas racionales.

Es importante puntualizar que sólo una vez que se ha concluido con la habituación de la primera preocupación, es posible la consecución de las preocupaciones posteriores acorde a la lista de jerarquización previamente realizada. Dado el comprobado papel de las preocupaciones en la respuesta de la ansiedad generalizada, la exposición a la preocupación suele ser una técnica de gran utilidad. Borkovec y cols. (en Stein y Hollander, 2004) idearon una técnica parecida denominada “control del estímulo.” En ella se pide a los pacientes que pospongan la preocupación en cuanto ésta se asome, anoten en una lista las preocupaciones surgidas y reserven una hora de la tarde o de la noche para preocuparse. Hay diferencias sutiles entre ambos procedimientos (exposición a la preocupación y control de estímulo), pero el componente básico a que aluden ambas parece ser el mismo.

Una técnica igualmente reciente y que está enfocada en la conducta, es el control de la conducta de la preocupación (en Stein y Hollander, 2004). De acuerdo con tesis ya establecidas, la preocupación se establece como fundamental en la respuesta de ansiedad generalizada, así, la no consecución de la superación de ésta, trae como resultado el mantenimiento de la ansiedad generalizada. Existen cierto tipo de conductas que facilitan la evitación de la preocupación y que por lo tanto distraen la atención del paciente logrando el no procesamiento íntegro de la preocupación. Para evitar éstas conductas de preocupación es necesario un meticuloso registro por parte del paciente, en el cual registre las conductas que emite durante un particular periodo de preocupación. Cuando el paciente se resiste a



abandonar dichas conductas es recomendable realizar una jerarquización dirigida a renunciar sistemáticamente a estos comportamientos, comenzando por las más sencillas para culminar con aquellas que lucen más complejas. En consecuencia, la eliminación de las conductas de preocupación permite el procesamiento íntegro de la preocupación por parte del paciente y por lo tanto la habituación a ésta.

Otra técnica muy relacionada a la anterior, es el impedimento de las conductas confirmatorias o de evitación. De acuerdo con Bobes et al. (2002), las personas aquejadas por preocupaciones persistentes o crónicas tienden a adoptar conductas rituales que sirven para reducir temporalmente su grado de malestar. Las conductas confirmatorias pueden ser de diferente índole como llamadas telefónicas que confirmen a una madre que su hijo no está en el hospital cuando éste llega tarde a casa, o por el contrario, pueden ser conductas de evitación, como evitar asistir al médico para que éste no confirme alguna sospecha. (Tabla 2).

**Tabla 2. Preocupaciones y conductas confirmatorias o de evitación**

Preocupaciones	Conductas confirmatorias
<p>Mi hijo ha podido sufrir un accidente de moto</p> <p>A mi marido le ha podido pasar algo malo</p> <p>Este cansancio que tengo puede ser reflejo de la existencia de un cáncer</p> <p>A mi marido le pueden echar del trabajo y nos quedaremos entonces en una situación precaria, sin poder pagar el crédito de la casa ni el colegio de los niños</p>	<p>Llamar por teléfono a casa de varios de sus amigos para saber si está con ellos o tienen noticias de él.</p> <p>Llamar al servicio de urgencias del hospital para saber si ha ingresado algún accidentado de moto en las últimas horas.</p> <p>Llamar al trabajo reiteradas veces para ver si se encuentra bien.</p> <p>Preguntar a sus amigos si le ven en buena forma.</p> <p>Acudir al médico de atención primaria y exigirle que me envíe al especialista para que me hagan pruebas de todo tipo</p> <p>Comentar reiteradamente con mis amigas esta preocupación para que le quiten importancia y consigan tranquilizarme.</p> <p>Hacer preguntas insistentes a los amigos de mi marido sobre su funcionamiento en su trabajo y sobre el futuro de la empresa</p> <p>Acudir al banco para ver qué alternativas tienen si no podemos hacer frente al crédito de la vivienda</p>
Preocupaciones	Conductas de evitación
<p>Mi hijo de 14 años va mal en los estudios</p> <p>Me ha salido en la espalda una mancha que tiene mala pinta</p>	<p>Negarme a hablar con los profesores y no acudir a las juntas del colegio</p> <p>Eludir este tema de conversación con mi mujer y con mis amigos</p> <p>No querer acudir al médico ni siquiera comentarlo con mi mujer</p> <p>Cambiar el canal de la televisión cuando hay algún programa de divulgación médica o relacionada con la salud.</p>

En estos casos, se trata de impedir las conductas confirmatorias o de evitación que están relacionadas funcionalmente con las preocupaciones. En primer lugar, los pacientes deben señalar las conductas confirmatorias o de evitación más habituales en las que están implicados, así como anotar su frecuencia. Y en segundo lugar deben autoprohibirse estos comportamientos e implicarse en conductas alternativas incompatibles con las anteriores. Por ejemplo, una madre preocupada habitualmente por la tardanza de su hijo no debe llamar a la madre de un amigo para saber si él ha llegado ya a casa, excepto si el retraso es superior a 2 horas, y puede telefonar en ese momento a una hermana para charlar de temas familiares o personales ajenos a su hijo. (Tabla 3.) (Bobes et al., 2002)

**Tabla 3. Registro de tareas incompatibles con las conductas confirmatorias**

Conductas confirmatorias	Tareas alternativas	Ansiedad máxima (0-10)	
		Antes	Después
Telefonar dos veces por la mañana y dos por la tarde para cerciorarme de que se encuentra bien	Llamar por teléfono una única vez al día a mi mujer desde el trabajo	7	3
Revisar las cuentas diariamente para saber que no estamos en número rojos y podemos hacer frente al crédito del piso	Hacer una revisión semanal única de la contabilidad junto con mi marido	8	3
Llamar por teléfono a los padres de 2 o 3 amigas de mi hija cuando no ha llegado a la hora prevista	No llamar por teléfono a ningún padre de las amigas de mi hija hasta que haya transcurrido una hora de retraso	10	2

Wells (en García, 2004) es autor de otro modelo muy actual basado en la preocupación. Este autor considera que tanto las creencias positivas acerca de la preocupación como las negativas pueden llevar a convertirla a ella misma en una amenaza. El modelo de Wells, explica que cuando se piensa de forma rígida que la preocupación es buena y que hay que implementarla en todo momento, porque es imprescindible para resolver problemas o para evitar amenazas, aparece la preocupación de tipo 1. La persona inicia el desarrollo de planes de acción hasta que encuentra uno que le satisface. La forma de saber que le satisface es cuando siente o bien que es capaz de afrontar el problema o bien que ha contemplado todas las alternativas posibles; pero estos criterios suelen ser arbitrarios o supersticiosos. La persistencia y repetición de este proceso es la causa de que se implante una preocupación patológica. Finalmente se llegan a activar las creencias negativas, como considerarla incontrolable o dañina para el cuerpo o la mente de las personas, con lo que se dispara la preocupación tipo 2. En este caso se establece la metapreocupación, es decir, una preocupación por estar preocupado.

Wells plantea que el elemento fundamental en la preocupación patológica es que el procesamiento de los pensamientos no se hace en un nivel metacognitivo. Así, quien se preocupa patológicamente ve los pensamientos como sucesos reales en lugar de considerarlos como sucesos internos que no tienen necesariamente que reflejar una realidad objetiva. De esta forma, una amenaza pensada se convierte en real en lugar de ser solamente un pensamiento, y en consecuencia se establece el objetivo de eliminarla, evaluándola e intentando establecer estrategias y conductas para reducirla, acabar con ella o vigilarla, como si fuera totalmente real. El propone la siguiente secuencia para direccionar los pensamientos acerca de la preocupación: primero se deben modificar los pensamientos negativos acerca de la preocupación incontrolada, después la modificación de la metapreocupación y pensamientos acerca del peligro de la preocupación, una vez identificados estos pensamientos se deben modificar por pensamientos positivos y finalmente introducir estrategias alternativas (Barlow, 2002)

Wells propone que se vaya comprobando que la preocupación es controlable, por ejemplo, sugiere que se intente aplazar indicando al paciente que solamente se preocupe durante un periodo corto y determinado al día. Se le enseña al paciente a estar aquí y ahora para poder

ocupar su mente en las cosas que son importantes y que son a los que le conviene dedicarse en ese momento.

Borkovec (en Barlow, 2002), ha propuesto recientemente un tratamiento encaminado al papel que juegan los componentes interpersonales en la respuesta y mantenimiento de la ansiedad generalizada. Este estudio está basado en dos líneas de investigación: 1) estudios sugieren que la preocupación interfiere con el proceso emocional y con la atención al aquí y al ahora y 2) estudios de la naturaleza interpersonal de la preocupación y su asociación con problemas interpersonales Borkovec propone que la atención al aspecto interpersonal dará un acceso más efectivo a la raíz del miedo, que es el componente primordial de la preocupación en pacientes con ansiedad generalizada. El tratamiento se basa en la experiencia fenomenológica de la experiencia del aquí y el ahora, identificando necesidades interpersonales, miedos, patrones de conducta, respuestas emocionales, incrementando la flexibilidad de respuesta dentro de éstas líneas a través de una variedad de técnicas interpersonales (Barlow, 2002). El tratamiento está basado en un enfoque cognitivo-conductual, pero con el agregado de la importancia de un componente interpersonal así como de la experiencia emocional.

Como se puede apreciar, los avances en las estrategias de intervención de la ansiedad generalizada no han sido del todo cuantiosos, pero si han contribuido en gran medida a dar nuevas opciones a individuos que no responden ante las estrategias clásicas.

## CONCLUSIONES

La ansiedad generalizada es un trastorno mucho más serio y dañino de lo que se pudiese pensar, siendo uno de los trastornos actualmente más disolutos en el mundo, empero, a pesar de esto, no ha recibido la atención requerida ni en el ámbito médico, ni en el ámbito psicológico, así mismo, tampoco ha habido una toma de conciencia por parte de las personas en general, pareciera así, que un trastorno de ansiedad generalizada pudiese ser aliviado con simple y llana fuerza de voluntad. Aún en el mundo actual, en el que parece que la ciencia nos rebasa cuantitativamente en todos los aspectos, los trastornos psicológicos y/o psiquiátricos no han sido revalorados del todo por parte de los individuos y muchas veces tampoco por parte de los científicos y profesionales de la salud, este tipo de trastornos, es considerado de menor importancia con respecto a una enfermedad física sin embargo, la falta de información culmina con una ignorancia que impide que trastorno pueda ser tratado de una manera pertinente. En este sentido, es inexcusable acudir con profesionales que den pauta a un adecuado tratamiento, para lo cual, es de suma importancia formar una cultura psicológica considerando cualquier patrón de conducta disfuncional como algo tan prioritario como una enfermedad física.

Refiriéndonos al tratamiento y/o intervención, particularmente pienso que las opciones son limitadas, sobretodo en relación a un comparativo de precipitación del trastorno en los últimos 6 años y avances en su tratamiento en el mismo lapso, es decir, la epidemiología actual rebasa por mucho a los avances recientes sobre todo en intervenciones psicológicas. A pesar de que la ansiedad generalizada es por sí sola un trastorno paralizante que impide la continuidad de una vida rutinaria por parte de quien la sufre, y de ser la raíz de un amplio número de enfermedades, los avances que se han suscitado en intervenciones de tipo psicológicas son insuficientes y muchas veces no son benéficos para todos los individuos. Qué sucede por ejemplo si un individuo con sintomatología que apunta a un trastorno de ansiedad generalizada, no responde ante intervenciones tales como la relajación, la desensibilización, la exposición, la reestructuración cognitiva, en este sentido, los recientes avances no han producido suficientes alternativas de intervenciones que den respuesta a individuos que pudiesen ser inmunes a este tipo de estrategias ya conocidas. Entonces, me parece claro que las intervenciones ya enumeradas no siempre son suficientes para todos

los casos de ansiedad generalizada, por lo cual, creo que el trabajo realizado por Borkovec principios de este siglo (en Barlow, 2002) con respecto a la importancia que juega el aspecto interpersonal en la respuesta de ansiedad generalizada, debe tener una continuidad en a favor de nuevas de alternativas de intervención, así mismo considero debe discurrirse el aspecto afectivo y las redes sociales con que cuenta el sujeto con un trastorno de ansiedad generalizada. En este aspecto pienso hace falta investigación que culmine con novedosas intervenciones que sean realmente opciones distintas a las ya ilustradas, los estudios actuales deben estar enfocados a mejorar la eficacia de las intervenciones psicológicas, facilitando el procesamiento emocional e interpersonal de la información proveniente del exterior, esto sustentado en el principio ya mencionado acerca de que no todos los sujetos con trastorno de ansiedad generalizada responden de manera positiva ante la terapia cognitivo-conductual tradicional.

Una problemática conjunta a la falta de recientes avances en el tratamiento psicológico de del trastorno de ansiedad generalizada es la formación curricular del psicólogo, las cual requiere ciertas modificaciones y agregados en el programa de algunas universidades. En la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI) por ejemplo, es necesario complementar la curricula con la finalidad de formar íntegramente al psicólogo en el afrontamiento de psicopatologías. Es cierto que duarnte la carrera existe información alguna del tema, sin embargo, el psicólogo egresado de la FESI no reúne suficiente información dentro de la institución en cuanto a psicopatología. El conocimiento que se tiene en relación al funcionamiento neurológico del ser humano es un conocimiento superficial por parte del psicólogo, muchos colegas recién egresados desconocen la función o papel que juega cada neurotransmisor en la respuesta de alguna patología específica. Es cierto que al psicólogo no le compete en su totalidad el conocimiento neurológico del ser humano, o quizá no a nivel licenciatura, empero, también es cierto que si lo que se desea es una correcta evaluación encaminada a un acertado diagnóstico, es imperioso este tipo de conocimiento por parte del profesional. Este punto queda abierto para futuras investigaciones, sería prudente por ejemplo, realizar una encuesta a egresados y/o estudiantes de los últimos semestres de la carrera de psicología de la FESI, con la finalidad de ahondar en el conocimiento que éstos tienen con respecto a psicopatología, para de ahí partir a una posible modificación curricular en la cual se abarque y profundice en tópicos de este tipo,

con el objetivo de formar psicólogos competentes en todos los aspectos y preparados para una contemporaneidad en la que la psicopatología, o más específicamente la ansiedad, se vuelve común entre las sociedades más industrializadas, en donde las exigencias son cada vez mayores igual que las presiones por alcanzar la excelencia, o de igual forma en países tercermundistas, en donde se dan las mismas presiones, pero por falta de oportunidades y crecimiento.

Como resultado de esta formación, el psicólogo debe tener identificado cuando un trastorno es de tipo exógeno y cuando es de tipo endógeno. En el trastorno de ansiedad generalizada por ejemplo, muchas de las veces tiene una etiología de tipo endógena, en tal caso, es necesario recurrir a otros profesionales para realizar un trabajo multidisciplinario. En el caso de la ansiedad endógena es recomendable trabajar a la par del psiquiatra o bien del neurólogo, según sea el caso, quienes serían los encargados de llevar a cabo un tratamiento farmacológico que se adecue a las necesidades del paciente, mientras que el psicólogo utilizaría diversas técnicas psicológicas encaminadas al restablecimiento íntegro del individuo. Este tipo de trabajos multidisciplinarios por lo general no se da, debido a diversos factores. Cuando no se tiene un seguro de gastos médicos por ejemplo, al individuo que padece este tipo de trastorno, le resulta complejo realizar un gasto doble, por lo que la mayoría de las veces elige un tratamiento farmacológico en apariencia ofrece mejores resultados en menor tiempo. Muchas veces también ocurre esto debido a la falta de profesionalismo o de conocimiento, ya sea por parte del psicólogo, o bien por parte del médico, quienes no realizan una pertinente canalización con el especialista adecuado

. La información que el psicólogo puede dar al público en general con respecto al trastorno de ansiedad generalizada es de suma importancia por ejemplo, puede ésta ser factor para que el individuo tome decisiones con respecto al tratamiento o bien estrategia de intervención que debe tomar, ya sea con un médico con un psicólogo.

Para finalizar, el último punto a tratar, es la prevención, ¿cómo podemos evitar que las circunstancias que rodean y que hacen que el trastorno sea factible en una persona puedan reunirse? No sólo hablando del trastorno de ansiedad generalizada, ante cualquier padecimiento, enfermedad, o trastorno, el ser humano y muy específicamente el mexicano, tiende a esperar a que éste se manifieste para entonces acudir con el especialista adecuado. La prevención debe ser por definición una acción que debe presentarse antes de que



cualquier situación perturbadora aparezca. Para prevenir un trastorno de ansiedad generalizada, el deporte es sin duda una opción a considerar, la actividad física contribuye a despejar el pensamiento y a evitar por tanto la preocupación. Contar con adecuadas redes sociales previene igualmente la ansiedad, es necesario contar con ciertas habilidades sociales, contar con amigos, salir a lugares de esparcimiento y diversión, evitar ensimismamientos y encadenamientos de pensamientos catastróficos, y sobre todo ante el primer signo de ansiedad acudir de inmediato con un especialista. La prevención puede evitar que la vida de un sujeto se vuelva un continuo miedo o preocupación por un futuro venidero e incierto.

Como hemos apreciado, el trastorno de ansiedad generalizada es un trastorno que no debe tomarse a la ligera, por el contrario es un trastorno que sus cifras lo sitúan como uno de los más paralizantes alrededor del mundo. Si bien es cierto nos hace falta mucho conocimiento acerca de este trastorno, también es una realidad que hemos dado pasos importantes en pro de un conocimiento más profundo de la naturaleza de la ansiedad y será un escalón importante en el desarrollo de futuras intervenciones. En cuanto a estas futuras perspectivas, creo que se debe echar mano del uso de la tecnología y realizar una mayor inversión en la investigación de este trastorno, con la finalidad de implementar novedosos y efectivos tratamientos que culminen de tajo con el padecimiento que día a día sufren millones de seres humanos en el mundo, el trastorno de ansiedad.

## BIBLIOGRAFÍA

- Amado, G. (1985). *Fundamentos de la psicología*. Argentina: Celtia
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders*. New York: The Guilford press
- Barlow, D y Durand, V. (2003). *Psicopatología*. Madrid: Thomson
- Bobes, J., Bousoño, M., González, M y Sáiz, P. (2003). *Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria*. Barcelona: Masson
- Bobes, J., Bousoño, M., Portilla, M y Sáiz, P. (2002). *Trastorno de ansiedad generalizada*. Barcelona: Ars Médica
- Buendía, J. (1999). *Psicología clínica*. Madrid: Ediciones Pirámide
- Caballo, V. (1996). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos Vol. 2* Madrid: siglo XXI
- Caballo, V., Buela-Casal, G y Carboles, J. (1995). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Madrid: Siglo XXI
- Caparrós, A. (1990). *Historia de la psicología*. Barcelona: CEAC
- Caro, I. (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas*. España: Paidós
- Carpintero, H. (1998). *Historia de las ideas psicológicas*. Madrid: Pirámide
- Chaplin, J y Krawick, T. (1978). *Psicología: Sistemas y teorías*. México: Interamericana
- Cia, A. (2002). *La ansiedad y sus trastornos*. Buenos Aires: Polemos
- Clark, D., y Fairburn, C. (1997). *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. USA: Oxford
- Cleghorn, J y Lou, B. (1993). *Enfermedades mentales*. México: Manual moderno
- Davison, G y Neale, J. (1983). *Psicología de la conducta anormal*. México: Limusa
- Dunitz, M. (2002). *Generalized anxiety disorder*. USA: Ful filament center
- Durán, T. (2006). *Premian investigador del IMSS que descubrió nuevo fármaco*. Recuperado en <http://www.invdes.siw.com.mx>
- Feixas, G y Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós

- Gándara, M. (1999). Angustia y ansiedad: causas, síntomas y tratamiento. Madrid: Pirámide
- García, J. (2004). Tratamiento cognitivo-conductual clásico del trastorno de ansiedad generalizada. Recuperado en: <http://www.psicoterapeutas.com/pacientes/planteamiento.htm>
- García, L y Moya, J. (1993). Historia de la psicología II. Teorías y sistemas contemporáneos. México siglo XXI
- García, L., Moya, J., y Rodríguez, S. (1997). Historia de la psicología I. España: Siglo Veintiuno
- Garfield, S. (1979). Psicología clínica. México: Manual moderno
- Golfried, M. (1996). De la terapia cognitivo-conductual a la psicoterapia de integración. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Halguin, R y Krauss, S. (2003). Psicología de la anormalidad. México: Mc Graw Hill
- Harrsch, C. (1998). Identidad del psicólogo. México: Pearson Educación
- Heidbreder, E. (1979). Psicologías del siglo XX. Buenos Aires: Paidós
- Leahy, R y Holland, S. (2000). Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. New York: The Guilford press
- Lozano, J. (1997). Historia de la cultura. México: CECSA
- Meichenbaum, D. (1988). Terapias cognitivo-conductuales. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Morris, C. (1997). Introducción a la psicología. IX edición. México: Pearson Educación
- Muller, F. (1983). Historia de la psicología. México: Fondo de Cultura Económica
- Nevid, J. (2001). Essentials of abnormal psychology. USA: Prentice-Hall
- Phares, J. (1996). Psicología clínica: conceptos, métodos y práctica. México: Manual moderno
- Phares, E. y Trull, T. (1999) Terapia conductual y perspectivas cognoscitivo-conductuales. México: Manual moderno
- Sahakian, W. (1982). Historia de la psicología. México: Trillas
- Sánchez, A. (1996). Historia de la psicología. Madrid: Biblioteca eudema

- Santo-Domingo, J., Barca, E., Carrasco, J y García-Camba, E. (2002). Manual de psiquiatría. Barcelona: Ars médica.
- Silva, A y Aragón, L. (2002). Evaluación psicológica en el área clínica. México: Pax
- Stein, J y Hollander, E. (2004). Tratado de los trastornos de ansiedad. Barcelona: Ars Médica
- Vallejo, J., Sánchez, L., Díez, C y Menchón, J. (2004). La neurosis de angustia en el siglo XXI. Barcelona: Ars médica
- Weiner, I. (1992). Métodos en psicología clínica. México: Limusa
- Wilson, R. (2001). No al pánico. Chile: Cuatro vientos