

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

TERAPIA GRUPAL COGNITIVO CONDUCTUAL PARA PACIENTES

CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
PRESENTAN**

ALMA MARGARITA GUILLERMINA FORTOZO APAEZ

Y

MARIA SOLEDAD VILLALOBOS MENDOZA

DIRECTORA DE TESIS

LICENCIADA KARINA TORRES MALDONADO

REVISORA DE TESIS

MTRA. MARIA TERESA GUTIERREZ ALANÍS

SINODALES

**MC MARIA ISABEL HARO RENNER
Lic. PATRICIA PAZ DE BUEN RODRIGUEZ
MTRA. MARIA TERESA GUTIERREZ ALANÍS
MTRO. MANUEL GONZÁLEZ OSCOY**

**ASESOR ESTADÍSTICO
LIC. MARIA DE LOURDES MONROY TELLO**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Maria Soledad Villalobos Mendoza

RECONOCIMIENTOS:

A LA LICENCIADA:

KARINA TORRES MALDONADO.

POR HABER PUESTO A MI DISPOSICION, SU TIEMPO Y SU SABIDURIA.

A LA LICENCIADA:

LOURDES MONROY TELLO

POR SU APOYO INCONDICIONAL Y EXCELENTE DISPOSICION.

A LA PSICOLOGA:

YOLANDA ROSALES RAMIREZ

POR SU VALIOSA COLABORACION, YA QUE GRACIAS A SU APOYO PUDO SER
POSIBLE LLEVAR A TERMINO ESTA TESIS.

AGRADECIMIENTOS:

M.C. MARIA ISABEL HARO RENNER.

LIC. PATRICIA PAZ DE BUEN RODRIGUEZ

MTRA. MARIA TERESA GUTIERREZ ALANIS

MTRO. MANUEL GONZALEZ OSCOY.

POR ENRIQUECER LA TESIS CON SUS SUGERENCIAS.

PARA LOS SERES QUE MAS AMO EN LA VIDA.

MIS HIJOS:

RAMSES & KENIA.

QUE ME ENSEÑARON, QUE LA VIDA ES BELLA.

PARA MIS HERMANAS:

A NORMA POR SU INQUEBRANTABLE FORTALEZA.
A GUADALUPE, POR SU INFINITA BONDAD.

Y A TODAS AQUELLAS LINDAS PERSONAS QUE FORMAN PARTE DE MI FAMILIA
POR SU APOYO EMOCIONAL.

AGRADECIMIENTO MUY ESPECIAL A MI AMIGA:

ALMA

POR HABER COMPARTIDO CONMIGO ESTA MARAVILLOSA EXPERIENCIA.

IN MEMORIAM:

ROSALBA

IGNACIO

GUADALUPE

JOSE

ALMA MARGARITA FORTOZO APAEZ

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México

A la Lic. Karina Torres Maldonado directora de esta Tesis, por la dedicación, interés y paciencia que demostró siempre.

A mis sinodales, maestros: Maria Isabel Haro Renner, Maria Teresa Gutiérrez Alanís, Patricia Paz de Buen Rodríguez, Manuel González Ocoy, por sus valiosas aportaciones.

A la Lic. Maria de Lourdes Monroy Tello asesora de estadística, por su invaluable apoyo y asesoría en la obtención e interpretación de resultados.

A todo el personal del Centro Comunitario de Salud Mental Zacatenco y en especial a la Lic. Yolanda Rosales Ramírez, jefa del Departamento de Psicología quién apoyó y alentó el desarrollo de esta Tesis con su acostumbrada generosidad.

A Marisol por su compañía y amistad durante el tiempo que caminamos juntas en la realización de este trabajo

Gracias;

A Sergio, mi compañero de toda la vida por el amor y entusiasmo con que siempre alentó mis esfuerzos.

A Mayra y Daniel, mis queridos hijos que han sido amigos, compañeros, consejeros, cómplices y siempre la luz y razón de todo lo que hago.

A mis padres Guadalupe y Miguel por su gran cariño y el ejemplo de valor y honestidad que me han legado.

TERAPIA GRUPAL COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA PACIENTES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.

INDICE

RESUMEN.....	1
...	
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPITULO I	
ANSIEDAD	
Aspectos generales.....	4
TEORIAS	
Psicodinámicas.....	7
Conductistas.....	8
Cognitivas.....	8
Cognitiva-conductual.....	9
Del afecto.....	10
Auto eficacia.....	10
Sistema de inhibición conductual.....	10
Biológica.....	11
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)	
Aspectos generales.....	13
Prevalencia.....	14
Curso.....	14
Criterio diagnóstico para el TAG (DSM-1V TR; 2000.....	15
Criterio diagnóstico CIE-10, para el TAG.....	17
Diagnostico diferencial del TAG.....	18
Procesamiento de la información en el TAG.	19
Factores psicosociales.....	20
Acontecimientos vitales.	20
Descripciones clínicas.	20
Factores biológicos.	21

CAPITULO II

ASPECTOS TERAPEÚTICOS

Terapia (definición).....	27
Terapia grupal.....	27
Objetivos de la terapia grupal.	28
Ventajas de la terapia grupal.	28
Terapia farmacológica.	29
Terapia conductual.....	33
Terapia cognitiva (fundamentos).	33
Entrenamiento auto instruccional de Meichenbaum.	34
Terapia racional emotiva.....	35
Terapia cognitiva de Beck.	35
Intención paradójica.	35
Terapia cognitiva-conductual.	35
Terapia cognitiva-conductual, enfocada al TAG.	39

ESTRATEGIAS Y TECNICAS.

Relajación.....	40
La respuesta de relajación.....	41
Psicoeducación.....	42
Reestructuración cognitiva.	43
Afrontamiento.....	43
Pensamientos automáticos.....	44
Auto-instrucciones.....	44
Visualización.....	45
Músico terapia.....	45

CAPITULO III

METODO

Planteamiento del problema.....	48
Planteamiento de los objetivos.....	49
Hipótesis.....	49
Variables.....	50
Sujetos.....	51
Ubicación y material empleado.....	52
Programa.....	62
Construcción del Cuestionario Diagnóstico para el Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	63

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	63
-----------------------------	----

CAPITULO V

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	76
-------------------------------	----

CAPITULO VI

Limitaciones y sugerencias.....	81
Referencias.....	82
Apéndice.....	86

RESUMEN

En la presente Tesis, se desarrolló una Terapia Grupal Cognitivo Conductual para pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada que consta de diez sesiones de 75 minutos cada una, donde se incluyeron 40 minutos de terapia de escucha, 15 minutos de psicoeducación y 20 minutos de técnicas conductuales. Esta terapia se diseñó para modificar los niveles de ansiedad en cuatro áreas de influencia: Área fisiológica donde se reflejan los síntomas somáticos del paciente; área cognitiva que abarca la modificación en los pensamientos debido a la ansiedad; área conductual que incluye las diferentes conductas desadaptativas; y área emocional donde se manifiestan las alteraciones anímicas, sobre todo miedo, que experimenta el paciente en situaciones ansiógenas.

Para medir los niveles de ansiedad en este trastorno, se diseñó un Cuestionario Diagnóstico de Ansiedad que consta de 40 preguntas, con el que se evaluó la sintomatología de los pacientes antes y después de la terapia, haciendo esta valoración en las cuatro áreas de influencia antes mencionadas. Se llevó a cabo la validez y confiabilidad del instrumento de medición, corriendo una prueba de rotación Varimax y un Alpha de Cronbach, encontrándose que el cuestionario es válido y confiable para medir niveles de ansiedad en el Trastorno de Ansiedad Generalizada.

La terapia se probó en un grupo formado con 32 pacientes adultos, sexo indistinto, en tratamiento psiquiátrico y con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada. En el análisis de datos resultantes al aplicar el cuestionario antes y después de la terapia se buscó valorar si existían diferencias significativas en los niveles de ansiedad, por lo que se hizo un análisis de frecuencias y una comparación de medias, hallándose modificaciones estadísticamente significativas en las cuatro áreas estudiadas, siendo las áreas cognitiva y emocional donde se encontraron las mayores diferencias. Se comprobó de esta manera que la Terapia propuesta ayuda al paciente con este trastorno a disminuir sus niveles de ansiedad y mejorar su calidad de vida.

INTRODUCCION

La ansiedad es muy antigua, filósofos y pensadores han escrito ampliamente sobre la importancia de la ansiedad en la existencia humana, la experiencia de la ansiedad es universal, se presenta en cualquier etapa de la vida y trasciende épocas y culturas. Sin embargo la ansiedad constituye también una patología que desde hace unas cuantas décadas científicos y clínicos han investigado y clasificado en diferentes trastornos de ansiedad, tratando de entender la psicobiología, la prevalencia, así como las intervenciones fármaco terapéuticas y psicoterapéuticas mas eficaces.

La ansiedad no patológica suele tener un carácter facilitador y no se manifiesta por síntomas somáticos invalidantes ni por procesos cognitivos catastrofistas, mientras que la ansiedad de los pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada, según describe el DSM-IV-TR, tiene un carácter más general y abarca actividades cotidianas, provocando una alteración funcional.

Los trastornos de ansiedad están dentro de los trastornos mentales más frecuentes e incapacitantes en los seres humanos, en muestras de población general la prevalencia del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), se sitúa en el 3.8 % aproximadamente, mientras que la prevalencia global de Trastornos de Ansiedad llega hasta el 5%. En los centros médicos para trastornos de ansiedad el 12% de los individuos presenta un trastorno de ansiedad generalizada. (DSM –IV-TR) y aunque su frecuencia y familiaridad pueden contribuir a considerarlos como patologías relativamente leves, la realidad es que tienen consecuencias negativas muy importantes en la calidad de vida de quien los padece, ya que se afecta la vida laboral, familiar, social y de ocio; y el paciente puede también sufrir enfermedades y patologías médicas (ulceras, asma, afecciones coronarias, hipertensión, etc.) como una manifestación somática de la ansiedad.

El TAG es pues, una enfermedad frecuente y en ocasiones mal diagnosticada, ya que en muchos casos los pacientes recurren a todo tipo de "remedios y curas empíricas" pues carecen de información adecuada y fidedigna, por lo que se propuso una terapia basada en el modelo cognitivo-conductual que permite al paciente identificar sus síntomas, cambiar sus cogniciones negativas y pesimistas por pensamientos lógicos y apegados a la realidad, y adquirir estilos de afrontamiento que les permitan mejorar su calidad de vida.

Una teoría sobre el trastorno de ansiedad generalizada sostiene que no es un trastorno, sino una constelación de rasgos de personalidad desadaptativos. El rasgo de ansiedad puede definirse como una disposición bastante estable para responder con un estado de ansiedad a una amplia gama de situaciones. Los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada se diferencian, en apariencia, de los demás en sus estilos de afrontamiento y en su aproximación a situaciones potencialmente peligrosas.

De acuerdo a un estudio hecho por la American Psychology Association (Chambless, 1998; Woody y Sanderson. 1998), las técnicas utilizadas por la terapia cognitivo-conductual satisfacen ampliamente los criterios necesarios para ser incluidas como tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada, manteniéndose las mejoras obtenidas durante largo tiempo después del tratamiento.

Es por esto que se desarrolló un tratamiento que combinó la terapia cognitiva para la ansiedad, con técnicas de relajación conductual y respiración, así como terapia grupal que permite a los pacientes una retroalimentación de sus síntomas y estilos de afrontamiento con los demás miembros del grupo. En esta terapia, pues, se incluyó la Psicoeducación que consiste en la clarificación de los conceptos, síntomas y consecuencias de su trastorno, lo cual permite a los pacientes conocer y controlar su ansiedad.

Técnicas cognitivas como la Terapia de Escucha, permitió a los pacientes compartir experiencias y expresarse con libertad; la reestructuración cognitiva se implementó con el fin de modificar los pensamientos automáticos que frecuentemente precipitan una crisis de angustia; el manejo de auto instrucciones constituyó una estrategia importante para el control de los pensamientos automáticos.

Las técnicas conductuales empleadas como la relajación muscular, se enseñó como una herramienta diaria para bajar el nivel de tensión y aumentar la capacidad del paciente para sopesar mas alternativas frente a una situación generadora de ansiedad. Otras técnicas empleadas fueron la visualización, respiración profunda y concentración mental que permiten al paciente aumentar su nivel de relajación.

El instrumento de medición utilizado para la valoración de los niveles de ansiedad en los pacientes antes y después del tratamiento, fue un cuestionario de 40 reactivos que corresponden a cuatro áreas específicas de las manifestaciones del TAG, que son : fisiológica, conductual, cognitiva y emocional. Se hizo un estudio estadístico para valorar la validez y confiabilidad del cuestionario utilizando una muestra intencional por cuota de 137 pacientes.

Dentro de la organización de la presente tesis, en el capítulo I se hace referencia a los aspectos generales de la Ansiedad, abarcando las teorías mas importantes al respecto y sobre todo, se expone el trastorno de ansiedad generalizada.

En el capítulo II se hace una exposición de los aspectos terapéuticos, y se describen las diferentes terapias que han sido utilizadas para el tratamiento de la ansiedad.

El capítulo III, aborda el método, exponiéndose las hipótesis, los objetivos y el programa del taller, incluyendo la construcción del cuestionario.

En el capítulo IV que es el de resultados se muestra el análisis estadístico, incluyendo la prueba que se utilizó, para comprobar la eficacia de la Terapia grupal cognitivo conductual para pacientes con TAG. Abarcando también la validez y la confiabilidad del instrumento.

El capítulo V, se presentan la discusión y las conclusiones. El capítulo VI se compone de las limitaciones y sugerencias al trabajo terapéutico así como los apéndices.

CAPITULO I

ANSIEDAD

El miedo y la ansiedad son las emociones más comunes y universales que los seres humanos han experimentado a lo largo de su vida sobre la tierra.

En todos los lugares, tiempos y culturas está presente la experiencia de ansiedad y miedo. También esta presente en todas las etapas del desarrollo humano: desde el miedo a los ruidos intensos del lactante o la separación de los primeros años, a los trastornos de ansiedad mucho más definidos y complejos del adulto y del anciano.

La importancia de la experiencia humana de miedo y ansiedad queda reflejada también en el importante número de palabras relacionadas de algún modo con la experiencia de estas emociones: alarma, preocupación, aprensión, temor horror, intranquilidad, inquietud, tensión terror, desazón, desasosiego, vigilancia nervios, amenaza, agobio, angustia, etc. (Pallares, E.; 2002).

La ansiedad crónica, se ha reconocido durante muchos años como una fuente de estrés y como un obstáculo para el discurrir de la vida. Wolpe (1958) describía la "ansiedad que lo impregna todo" como la ansiedad que está condicionada a "propiedades mas o menos omnipresentes del ambiente", haciendo que el individuo estuviera "ansioso de forma continua y sin causa aparente" - de igual manera, Marks y Lader (1973) describieron la ansiedad crónica, continua, denominándola "ansiedad de flotación libre" (Rapee R. M.; 1995).

La ansiedad es una reacción adaptativa de emergencia ante situaciones que representen o sean interpretadas como una amenaza o peligro para la integridad psicofísica del individuo. Esta ansiedad pone en marcha una serie de mecanismos defensivos a través, entre otras cosas, de una estimulación del sistema nervioso simpático y de la liberación de catecolamina, que son las responsables de una buena parte de los síntomas somáticos de la respuesta ansiosa Tyrer (1982). Las manifestaciones de ansiedad consisten en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual y cognitiva, caracterizada por un estado generalizado de alerta y activación. (Vallejo, J. & Gaston, C. 1998)

Según Rojas (1998), la ansiedad consiste en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y asertiva caracterizada por un estado de alerta, de activación generalizada, por tanto lo primero que destaca es la característica de ser una señal de peligro difusa, que el individuo percibe como una amenaza para su integridad. El temor indefinido se experimenta como anticipación de lo peor, el futuro está cargado de malos presagios, y se precipita sobre el presente provocando una anticipación temerosa llena de incertidumbre. Así como en el miedo se utilizan medidas racionales para escapar, ya que

existe una referencia externa, en la ansiedad no se puede seguir ese camino, por lo indefinido de su objeto. Por eso la ansiedad esta dominada por la perplejidad. Hay mucho en ella de sorpresa. El impacto de la ansiedad va a provocar una distorsión de toda la psicología del sujeto, la cual podría quedar expresada como una alteración: de sentirse traído, llevado y tiranizado, por ese temor extenso, y confuso.

La ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva, se trata de una vivencia. De un estado subjetivo o de una experiencia interior, también conocida como una emoción. Se añade un estado de activación neurofisiológica, que consisten una puesta en marcha de los mecanismos que controlan la vigilancia (fundamentalmente córtico-subcorticales, pero mediatizados por la formación reticular). No es otra cosa que una defensa organizada frente a estímulos que rompen el equilibrio fisiológico. Existen desencadenantes externos que pueden ser objetivados con evidencia, y desencadenantes internos constituidos por recuerdos, ideas, pensamientos, fantasías personales, etc., que actúan como estímulos que deben y pueden ser controlados. Por eso es difícil predecir cuando va a ponerse en marcha un ataque de ansiedad. En los animales toda amenaza da lugar a un programa biológico establecido. Son reacciones innatas, filogenéticamente antiguas y que van desde el reflejo de hacerse el muerto a la tempestad de movimientos, pasando por una serie compleja de reacciones de defensa, protección y evitación.

En el hombre el problema es mucho más complejo. Uno de los componentes menos estudiados está relacionado con la orientación, que obliga al ser humano a prestar atención a lo que le está sucediendo y explorar su reacción global. Esto va a producir distintas conductas: de acercamiento, de ataque, de huida, de evitación, etcétera. En el ser humano dan dos connotaciones a tener en cuenta: que el hombre aprende de hechos pasados y que por eso tiene también capacidad para prever eventuales peligros. También puede analizar sus reacciones, lo que le está ocurriendo en un momento determinado ante esos peligros exteriores o esas amenazas internas mal dibujadas, lo cual le va a llevar de algún modo a controlar mejor su respuesta general, recibéndola entonces disminuida de intensidad. El aumento o la disminución de la ansiedad tiene mucho que ver con la elaboración individual de la información que a ese sujeto le llega. La persona aprensiva tiende a incrementar todas las sensaciones que percibe, existe un extremado miedo e inseguridad que matizan negativamente todo el procesamiento de la información que recibe y que se concretan en una hipertrofia global de la respuesta. De esta forma, la gama de reacciones a la ansiedad puede ser de gran diversidad: desde la huida hasta, las conductas de evitación, pasando por la búsqueda de protección, agresividad, depresión etc. Tanto la etiología (una amplia gama de situaciones y momentos cargados de posibles temores y amenazas) como la respuesta pueden ofrecer una gran variabilidad en la ansiedad.

Lazarus (1976), tratando de superar las definiciones de ansiedad en términos de estímulo o respuesta, predominantes hasta esa fecha, la define como una "relación particular entre el individuo y el entorno que evaluado por este es amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar". En estos términos, los procesos críticos de la relación medio individuo son la evaluación cognitiva y el afrontamiento (Rojas, E.; 2001).

El término ansiedad es ampliamente utilizado tanto en ámbitos médicos como populares, esta expresión puede entenderse de diferentes formas. Así, se utiliza el término ansiedad para describir: 1) una emoción humana normal (por Ej., el estudiante que se siente tenso y asustado ante un examen importante), 2) un síntoma que se observa con frecuencia acompañando a otras enfermedades mentales o médicas, o 3) un grupo de enfermedades psiquiátricas concretas. El hecho de que el término ansiedad tenga diferentes connotaciones puede crear una notable confusión sobre este tema.

Dado que la ansiedad es una experiencia humana universal, la mayoría de la gente tiene por lo menos una idea intuitiva de lo que significa este término. Sin embargo, desarrollar una definición clara y consistente de la ansiedad, y diferenciar esta entidad de otros conceptos muy relacionados como el miedo, supone una tarea mucho más compleja teóricamente, el miedo hace referencia a un estado de activación fisiológica y una alta respuesta conductual en un contexto ambiental amenazante para la supervivencia del organismo, por el contrario, el término ansiedad se utiliza normalmente para describir una sensación de malestar e inquietud psíquica que se acompaña de activación fisiológica, pero en ausencia de circunstancias ambientales amenazadoras para el organismo.

Resulta interesante observar que la ansiedad humana es como un brote de conductas instintivas básicas de especies muy primitivas. La expresión respuesta de lucha-huida fue utilizada por el psicólogo americano Walter Cannon, para describir la compleja selección de respuestas fisiológicas que muestran los animales a través de la escala filogenético, como medio de sobrevivir a las situaciones amenazantes, ya sea huyendo o poniendo en marcha una respuesta de ataque. En humanos, se han observado en situaciones de estrés, de amenaza o ansiedad, numerosos síntomas que reflejan activación en la vía simpática del sistema nervioso autónomo. Tales síntomas como la aceleración del pulso, palpitaciones, sudoración palmar, temblor y la sensación de tener "cosquilleo" en el estómago, que tienen muy poco o ningún valor de supervivencia para el hombre, son vestigios evolutivos de la respuesta de lucha-huida. Aun ahora, estos y otros síntomas relacionados se viven de una forma extremadamente desagradable e intrusiva. (Frazer, A., Molinoff, P. & Winokurt, A.; 1996).

La ansiedad es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido, que a diferencia del miedo tiene una referencia explícita. Comparte con el anterior la impresión interior de temor, de indefensión, de zozobra. Pero mientras en el miedo esto se produce por algo, en la ansiedad se produce por nada, se difuminan las referencias. De ahí que podamos decir, simplificando en exceso los conceptos, que el miedo es un temor con objeto mientras que la ansiedad es un temor impreciso carente de objeto exterior (Rojas, E., 2001).

TEORIAS DE LA ANSIEDAD

TEORIA PSICODINÁMICA

En su concepto inicial del origen de la ansiedad Freud (1895), planteó que la ansiedad surge a partir de la transformación fisiológica directa de la energía libidinosa en síntomas somáticos, sin mediación de mecanismos psíquicos. Freud encontró pruebas de este proceso en las prácticas sexuales y las experiencias de los pacientes con ansiedad, que se caracterizaban por una excitación y continencia sexual anormal y por coitos interruptus. Este autor denominó a este tipo de ansiedad neurosis real en contraposición a la psiconeurosis dada la ausencia de un proceso psíquico. Esta ansiedad originada en necesidades instintivas abrumadoras se podría denominar ahora ansiedad del impulso o del ello. Durante los años siguientes, Freud fue modificando su teoría. Aunque la asunción básica de que la ansiedad se originaba por una energía sexual no liberada siguió manteniéndose, ya no se atribuía el origen de este problema a limitaciones externas, como las disfunciones sexuales. Conforme Freud fue desarrollando la teoría topográfica de la mente, atribuyó la ansiedad a impulsos sexuales prohibidos en el inconsciente que son reprimidos por el preconscious.

Cuando en 1926 Freud postuló la teoría estructural de la mente, su teoría sobre la ansiedad había sufrido un cambio fundamental (Freud, 1926/1959). La ansiedad se había convertido en un afecto del yo y actuaba como una "señal", que advertía al yo de peligros internos. El peligro se originaba en un conflicto intrapsíquico entre los impulsos instintivos del ello, las prohibiciones del superyo y las exigencias de la realidad externa. La ansiedad se puede considerar una señal para que el ego ponga en marcha la represión y otras defensas para contrarrestar la amenaza que afecta al equilibrio intrapsíquico. Las inhibiciones y los síntomas neuróticos surgen como medidas destinadas a evitar la situación de peligro y permitir solo una gratificación parcial de los deseos intelectuales, lo que permitirá que desaparezca la señal de ansiedad. Según esta teoría revisada, la ansiedad sería la causa de la represión, y no al contrario (Hollander, E. & Simeòn, D.; 2001).

Las principales etapas de la teoría de Freud sobre la formación de la ansiedad neurótica podrían esquematizarse en los siguientes puntos (Sandin y Chorot, 1991):

1. El individuo trata de materializar los impulsos sexuales y agresivos en forma de conductas (conducta sexual y agresiva).
2. Estas conductas pueden ser castigadas (peligro externo) generándose en el sujeto la experiencia de miedo (ansiedad objetiva), experiencia que es adaptativa (evita el castigo).
3. Posteriormente, el individuo puede experimentar dicha ansiedad (objetiva) a partir de señales internas (por ejemplo, pensamientos o hechos memorizados) asociadas a la conducta previamente castigada.
4. Puesto que esta experiencia es desagradable, una forma de afrontar el problema consiste en reprimir las señales internas, suprimiendo de la conciencia todos los pensamientos y recuerdos asociados al castigo.

5. Puesto que según el psicoanálisis la represión nunca es completa o definitiva, fragmentos del material reprimido o representaciones simbólicas pueden emerger en la conciencia.

6. Finalmente, Estos fragmentos (por ejemplo material derivado de los pensamientos reprimidos) son los que elicitán las reacciones de ansiedad neurótica. (Belloch, A. & Sandín, B. 1995)

TEORÍAS CONDUCTISTAS:

Mantienen que la ansiedad viene condicionada por el temor frente a determinados estímulos ambientales. Si cada vez que un animal de laboratorio aprieta una palanca recibe una descarga eléctrica perjudicial, el acto de apretar dicha palanca se convierte en un estímulo condicionado, que precede a un estímulo no condicionado (en este caso, la descarga). El estímulo condicionado desencadena una respuesta condicionada en el animal (ansiedad), que lo lleva a evitar el contacto con la palanca para prevenir la descarga. La evitación exitosa del estímulo no condicionado, la descarga, refuerza el comportamiento evitativo. Esta evitación reduce el nivel de ansiedad. Por analogía con este modelo animal, se puede decir que las crisis de ansiedad son respuestas condicionadas frente a situaciones que inducen temor. Por ejemplo, un lactante aprende que, si su madre no está presente (estímulo condicionado), siente hambre (estímulo no condicionado), de forma que aprende a sentir ansiedad en cuanto su madre falta (respuesta condicionada). La ansiedad puede persistir incluso cuando el niño es lo bastante mayor para alimentarse por sí mismo (Hollander, E.; 2004).

TEORÍAS COGNITIVAS:

Existen pruebas acerca de la especificidad del contenido cognitivo en los distintos trastornos de ansiedad. Por ejemplo, los pacientes con trastorno de angustia tienen más pensamientos relacionados con catástrofes físicas (Breitholtz, 1999), mientras que los afectados por un trastorno de ansiedad generalizada (TAG) muestran más pensamientos en el ámbito del enfrentamiento interpersonal, la competencia, la aceptación, la preocupación por los demás o la preocupación por problemas menores. Parece que determinados sesgos en el procesamiento de la información facilitan los pensamientos característicos del trastorno de angustia y el TAG. Al comparar a sujetos con trastorno de angustia con controles sanos, los primeros mostraron un sesgo de atención a favor de las palabras amenazantes sobre las positivas (McNally, 1997). Además, en los pacientes con un trastorno de angustia se ha demostrado un sesgo hacia las palabras de amenaza física en los procesos de memoria explícita, pero no en la implícita, al compararlos con sujetos sanos (Lundh, 1997). En el TAG también se ha descrito un sesgo hacia la información relacionada con amenazas a nivel de la memoria implícita, sesgos selectivos de atención para la información amenazante y dificultades para tomar decisiones cuando el paciente se enfrenta con situaciones de ambigüedad (MacLeod, R. S. & Z. Cohen, 1993).

Las distorsiones cognitivas características del trastorno de angustia tienen dos componentes principales. Uno es la interpretación de las sensaciones físicas de incomodidad asociadas a la crisis de angustia como peligrosas o catastróficas, de forma

que el paciente cree que se va a desmayar, morir o sufrir un infarto de miocardio. El segundo componente son los pensamientos irracionales de catástrofe ante las consecuencias de cara a la situación de experimentar una crisis de angustia, como temer quedar en ridículo, ser humillado o perder un trabajo o una relación.

En cuanto a la etiología del TAG, la teoría cognitiva plantea una relación con esquemas cognitivos precoces, originados en la experiencia negativa del mundo como un lugar peligroso (Barlow, H. 1988) o inseguro y el establecimiento de vinculaciones precoces de tipo ansioso con cuidadores importantes. Acerca de los orígenes del TAG se ha propuesto que las relaciones de vinculación inseguras, la ambivalencia hacia los cuidadores y la sobreprotección de los padres con falta simultánea de calidez emocional pueden contribuir a la aparición del TAG. Otros mecanismos adicionales contribuyen a mantener el TAG. En primer lugar, el miedo se utiliza como una estrategia para evitar los afectos negativos intensos. En segundo lugar, la preocupación acerca de amenazas futuras poco probables evita al paciente necesidad de afrontar amenazas más realistas y próximas, al tiempo que limita la capacidad de encontrar soluciones para conflictos más inmediatos. Los pacientes con un TAG desarrollan un cierto grado de pensamiento mágico y creen que sus preocupaciones evitarán el resultado temido, lo que supondrá un refuerzo negativo del proceso de la preocupación (Aikins y Craske, 2001). También existen pruebas de que el proceso de meta-preocupación (es decir, la preocupación por preocuparse) contribuye al alto grado de preocupación patológica en el TAG (Hollander, E. & Simeon D.; 2004).

TEORIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

La teoría cognitivo-conductual propone que los pacientes con TAG han elaborado un conjunto de pensamientos automáticos catastróficos que se auto refuerzan e impiden a la persona aproximarse, sin sufrir una turbación enorme, a las situaciones novedosas. A continuación el paciente entra en una cascada de preocupaciones y va teniendo cada vez más problemas para afrontar las preocupaciones sobre su futuro. El paciente con ansiedad sobrevalora la probabilidad o la intensidad de los acontecimientos que le aterran y esta sobrevaloración mantiene el trastorno. El paciente con ansiedad está pendiente en exceso de los estímulos potencialmente amenazadores y esta atención sesgada propaga su sensación de peligro. Los pacientes adoptan conductas de evitación o de escape que les impiden descubrir las pruebas que contradirían estas predicciones pesimistas; por eso, el paciente sigue sosteniendo esas creencias. Si bien la atención selectiva puesta en un material cargado de emociones puede resultar característica de un estado normal de acentuación de la activación, en los trastornos de ansiedad la atención parece intensificarse más y se centra, a menudo, en alguna creencia idiosincrásica, el enfoque selectivo de los estímulos amenazadores parece propagar los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada. Otros teóricos han subrayado el rol de las cogniciones automáticas en postrastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Beck, 1985). Estas cogniciones automáticas son pensamientos recurrentes que el paciente elabora durante el día o que rememora situaciones difíciles Beck propuso que contienen augurios de daño o de peligro para el dominio personal. Estos pensamientos suelen centrarse en la pérdida o el fracaso entre los pacientes deprimidos (Beck, 1988), mientras que entre aquellos con ansiedad tienden a ser más situacionales, orientados al futuro y lo probabilístico (Beck & Clark,

1988). Las cogniciones sobre el daño y el peligro predicen de manera particular la aparición de ansiedad (Clark, D.M. 1989).

La eficacia del tratamiento basado en la teoría cognitivo-conductual respalda su validez. Esta teoría propone que los pensamientos automáticos y pesimistas constituyen un mecanismo por los que persiste la preocupación crónica. Aunque no explique que lleva a la aparición de estas ruminaciones, ofrece un marco teórico aparentemente eficaz para el tratamiento de los síntomas persistentes del TAG. (Stein, J . D. & Hollander, E.; 2005).

TEORIA DEL AFECTO

Watson & Tellegen (1985) propusieron un modelo bidimensional del afecto, que se compone de un elemento positivo y de otro negativo. El afecto positivo se define como la medida en que una persona siente gusto por la vida, y el afecto negativo como la medida en que se encuentra preocupada o recibe estímulos desagradables. Esta teoría sostiene que las personas con un afecto muy negativo experimentan más emociones negativas y tienen visiones negativas del mundo, que las llevan a centrarse en los aspectos negativos propios, ajenos y del mundo. Aquellos con afecto negativo también rumian sus errores y fracasos. Watson (1988) arguyó que los pacientes con ansiedad presentan un afecto negativo en alto grado y que la magnitud de su afecto positivo no es capaz de desempeñar la misma misión que tiene en la depresión, en la que el afecto positivo bajo y el afecto negativo alto explica el trastorno. Tellegen (1985), sin embargo propuso, que los dos trastornos obedecían a una anomalía del afecto negativo. Si el afecto negativo contiene un elemento de miedo intenso, la persona experimenta ansiedad, pero si hay más tristeza y fatiga entonces aparece la depresión. Este "elemento de miedo" también se puede conceptualizar como un "modo de orientación o interrogación", por el que la persona con ansiedad se centra en las incertidumbres de los acontecimientos y circunstancias del futuro. Estas teorías comparten muchos aspectos de los modelos cognitivo-conductual y, con toda la seguridad, poseen implicaciones clínicas parecidas.

TEORIA DE LA AUTO EFICACIA

Muchos de los síntomas podrían explicarse por las dudas propias. Las personas que dudan de su capacidad para terminar una tarea se esfuerzan menos y a menudo despachan prematuramente los asuntos con soluciones mediocres (Bandura, 1986), lo que refuerza la creencia en su incapacidad para superar adecuadamente la situación. Bandura también señaló que quienes se sienten incapaces de afrontar situaciones amenazadoras tienden a percibir las situaciones como más peligrosas de lo que son en realidad, y se anclan en su convencimiento sobre su incapacidad de superación. Todo ello aumenta el grado de estrés y de ansiedad (Brouttett, T & Goddard, A.W., 2006)).

TEORIA DEL SISTEMA DE INHIBICIÓN CONDUCTUAL

Una teoría general que propone una visión integrada de los mecanismos conductuales y cerebrales de la ansiedad ha sido formulada por J. A. Gray (1993). Este investigador atribuye los estados de ansiedad a la activación de un sistema cerebral denominado sistema de inhibición conductual. Este sistema se desencadenaría ante cuatro tipos de situaciones diferentes:

1. Señales de estimulación aversiva.
2. Señales de supresión de refuerzo (frustración).
3. Estímulos nuevos.
4. Estímulos relevantes de miedo.

La actividad del Sistema de Inhibición Conductual, según Gray se corresponde con lo que el denomina sistema septohipocámpico. El sistema septohipocámpico es una porción del sistema límbico, con importantes aferencias desde los sistemas reticulares inespecíficos y desde el lóbulo temporal.

Sería el hipocampo el lugar donde llegan las señales sensoriales y donde estas son detectadas como significativas. Poniéndose en marcha la inhibición motora y el resto de componentes de las respuestas de ansiedad.

La ansiedad aparece cuando se da una apertura, o descenso del umbral de disparo, del hipocampo. Puede deberse también aun aumento de los impulsos monoaminérgicos ascendentes, especialmente procedentes de las vías noradrenérgicas del locus ceruleus y de las serotoninérgicas.

Gray (1993) parte de dos tipos de datos para proponer a este sistema como el mecanismo cerebral de la ansiedad:

1. La acción de los fármacos tranquilizantes.
2. Los efectos de las lesiones sobre este sistema.

Los fármacos ansiolíticos actúan principalmente sobre el sistema septohipocámpico. Las sustancias que disminuyen la ansiedad y las respuestas a la frustración (alcohol, barbitúricos y benzodiacepinas) bloquean los efectos de los cuatro tipos de estímulos anteriores, y consecuentemente las conductas provocadas por ellos. Los efectos de las lesiones septohipocámpicas son los mismos que se obtienen con los fármacos ansiolíticos. Un aspecto destacado de la teoría de Gray es que iguala el estado emocional de miedo o ansiedad con el de frustración. Los estímulos condicionados asociados con castigo o con situaciones de frustración actuarían sobre el mismo sistema cerebral (sistema septohipocámpico) provocando estados centrales semejantes y respuestas parecida. Sin embargo, a pesar de los datos convergentes aducidos por Gray en apoyo de su teoría aun esta muy lejos de localizarse el sistema cerebral de la ansiedad. (Martínez, J. M. 1995).

TEORÍA BIOLÓGICA.

Hay cada vez más pruebas de que heredamos una tendencia a estar tensos o nerviosos (Eysenck, 1967; Gray y Mc.Naughton, 1996; Lander y Wing, 1964; McGuffin y Reich, 1984). Como con la mayor parte de los trastornos psicológicos, y a diferencia del color del cabello o de los ojos, no parece haber un gen único que genera 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, cuando están en su lugar los factores psicológicos y sociales precisos.

Experimentos de lucha-huida realizados con animales sugieren una relación causal entre la secreción de adrenalina (epinefrina) y la ansiedad. Muchos investigadores han indagado sobre los mecanismos biológicos que subyacen a los trastornos de ansiedad. Tanto los estudios conductuales con animales como las investigaciones clínicas, han suministrado datos que implican determinadas regiones cerebrales y sistemas neuroquímicos específicos en la fisiopatología de la ansiedad. Cannon a comienzos del siglo XX, centró su atención en la respuesta de lucha-huida, que se asoció de forma consistente a situaciones de extrema amenaza para la supervivencia del animal. El punto de relieve fue el hecho de que la secreción de adrenalina (también conocida como epinefrina), era el componente hormonal esencial de esta respuesta de lucha-huida. A partir de ese momento, Karplus y Kreidel (1910) llevaron a cabo estudios en los cuales implantaron electrodos en el hipotálamo de animales de laboratorio, la estimulación eléctrica de esta zona producía una activación conductual y fisiológica que se asemejaba mucho a la respuesta de lucha-huida descrita por Cannon. Este hallazgo proporcionó el primer indicio de que el sistema nervioso central funcionaba como mediador en la respuesta de lucha-huida.

A través de los años, se ha hecho patente el importante papel de los sistemas noradrenalinicos cerebrales como mediadores de la ansiedad. El lugar de origen de la mayoría de las neuronas que contienen noradrenalina es el locus coeruleus. Desde esta zona algunas fibras noradrenalinicas descienden a través de la médula espinal, mientras que otras ascienden hacia zonas más altas del cerebro, donde inervan estructuras como el hipotálamo, amígdala, hipocampo, y muchas regiones corticales. Estas áreas neuroanatómicas se cree que están muy implicadas en la regulación de los estados emocionales y la actividad cognitiva.

Redmond & Aston-Jones, D. E. J., (1988) en Yale, realizaron una serie de estudios utilizando un modelo primate para examinar cual era el papel del sistema locus coeruleus-noradrenalina en la ansiedad. Cuando los primates estudiados bajo condiciones experimentales eran expuestos a estímulos amenazantes, mostraban signos de activación fisiológica (incremento de la tasa cardíaca, de la presión sanguínea y de la respiración), y signos conductuales de malestar (peleas, sobresaltos, se retorcián las manos) que parecían indicativos de una respuesta de miedo. A pesar de que no se pueda demostrar que este tipo de respuestas conductuales son completamente análogas a las respuestas humanas de ansiedad, las similitudes entre ambas son asombrosas.

Cuando se lesionaba el locus coeruleus de un animal experimental, la presentación de estímulos amenazantes no provocaba respuestas de miedo, por el contrario, los monos

que recibían estimulación eléctrica en el locus coeruleus a través de electrodos, mostraban un incremento notable de las respuestas de miedo ante el mismo estímulo amenazante. Este hecho sugiere que el locus coeruleus es un componente anatómico esencial en los mecanismos de la respuesta de miedo. Ya que en el locus coeruleus se encuentran una gran cantidad de células que contienen noradrenalina, estos hallazgos son compatibles con la hipótesis de que los sistemas noradrenalinicos están implicados en la respuesta de miedo (y tal vez, del mismo modo, en la ansiedad humana). Sin embargo, estos descubrimientos no proporcionan una evidencia directa de que la noradrenalina este implicada en la respuesta de miedo. Para examinar esta hipótesis más a fondo, estos investigadores emplearon técnicas de investigación neurofarmacológica

Utilizando fármacos de los que se sabían si estimulaban o inhibían las neuronas noradrenalinicas del locus coeruleus. En particular, se utilizaron fármacos que actúan sobre el receptor alfa 2-adrenérgico. La activación de este autorreceptor produce un enlentecimiento de la frecuencia de impulso en las neuronas del locus coeruleus, así como una reducción en la actividad de la actividad de la noradrenalina. Por el contrario, la inhibición de este receptor incrementa la frecuencia de impulso de las neuronas del locus coeruleus, y también la actividad de la noradrenalina. La administración de clonidina, un agonista del receptor alfa 2, a los primates de este estudio redujo de una forma importante la respuesta al estímulo amenazante. Por otro lado, cuando se administraba a los primates yohimbina, un antagonista del receptor alfa 2, las respuestas de miedo se acentuaban de una forma clara.

Así pues, la utilización de estrategias, farmacológicas para alterar de forma específica la actividad de la noradrenalina, permitió a los investigadores obtener información sobre cual era la implicación de los sistemas noradrenalinicos en la respuesta de miedo. Aunque esta asociación parezca convincente, debería señalarse que se necesita mucha mas información adicional para confirmar que los sistemas noradrenalinicos juegan un papel fundamental en los estados de ansiedad humanos (Frazer, A . Molinof, Winokurt, A. 1996).

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA. (TAG).

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es el trastorno de ansiedad peor conocido desde el punto de vista etiológico. El problema con este síndrome es que no existen señales (externas y/o interoceptivas) a las que pueda asociarse la ansiedad. En contraste con otros trastornos de ansiedad, aun no se dispone de una teoría sólida sobre el TAG. Al tratarse de un trastorno difuso, se ha interpretado a veces como la forma clínica de un rasgo de ansiedad excesivo. Barlow (1988) identifica el TAG con la manifestación clínica de la aprensión ansiosa. Entiende este autor que es un producto del estrés psicosocial, particularmente cuando se trata de estrés incontrolable e impredecible.

Pertenece a un grupo heterogéneo de enfermedades siquiátricas conocidas como trastornos de ansiedad. El trastorno por Ansiedad Generalizada (TAG) se caracteriza por el desarrollo gradual y persistente de síntomas de ansiedad.

No se trata de una situación pasajera, sino por lo menos de seis meses de duración, con más días de excesiva ansiedad y preocupación que sin ellas. Además, han de estar

presentes tres o más de estos seis síntomas somáticos, cognitivos o afectivos: dificultad de concentración o sensación de perder el control del pensamiento, inquietud o impaciencia, irritabilidad, tensión muscular, fatigabilidad fácil, trastornos del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, sensación de sueño no reparador). Estas manifestaciones deben causar importante malestar al sujeto y/o alterar alguna o algunas de las áreas del funcionamiento cotidiano (social, ocupacional...). No se incluyen en la última edición del DSM los síntomas del sistema nervioso autónomo, como sudoraciones o palpitaciones.

La característica esencial es una ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una serie de circunstancias, eventos o actividades, y de larga evolución. La intensidad, duración o frecuencia de la ansiedad es claramente desproporcionada con la frecuencia o el impactado real del evento. La persona encuentra difícil evitar que sus preocupaciones interfieran en su capacidad de atención y funcionamiento. Los motivos de preocupación mas habituales se refieren a circunstancias cotidianas rutinarias, como responsabilidades laborales habituales o llegar tarde, situación económica, salud o peligros que puedan afectar a los miembros de la familia, labores de casa o cualquier actividad que se salga de la rutina diaria.

En el TAG son menos frecuentes que en el pánico los síntomas cardiocirculatorios (palpitaciones, taquicardia), respiratorios (disnea, hiperventilación) y de catástrofe inminente (Hoehn-Saric, R & D.R. McLeod, 1985).

Según el DSM-IV, el trastorno es ligeramente mas frecuente en mujeres que en varones, cuando se estudian muestras de centros asistenciales (aproximadamente el 55-60% de los diagnósticos se efectúan en mujeres). En estudios epidemiológicos de población general, la relación de sexos es de dos tercios a favor de las mujeres.

PREVALENCIA

En muestras de población general la prevalencia anual del TAG se sitúa en el 3% aproximadamente, mientras que la prevalencia global llega hasta el 5%. En los centros médicos para trastornos de ansiedad, aproximadamente el 12% de los individuos presenta un TAG.

CURSO

Muchos individuos con TAG se consideran ansiosos o nerviosos de toda la vida. Aunque más de la mitad de los que acuden a la consulta manifiestan que el trastorno de ansiedad generalizada empezó en la segunda infancia o la adolescencia, no es raro que el trastorno se inicie a partir de los 20 años de edad. El curso es de carácter crónico, pero fluctuante, con frecuentes agravamientos coincidiendo con periodos de estrés.

Patrón Familiar la ansiedad como rasgo muestra una evidente incidencia familiar. Se han descrito hallazgos todavía inconsistentes que muestran un patrón familiar para el TAG, aunque la mayoría de ellos no han sido capaces de demostrar un patrón concreto de agregación familiar (DSM-IV; 2000).

CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA EL TAG (DSM-IV TR; 2000)

- A. Ansiedad y preocupación excesiva (expectación aprensiva) sobre una serie de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar) en la mayoría de los días durante al menos 6 meses.
- B. La persona tiene dificultades para controlar su preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian con tres (o más) de estos seis síntomas (como mínimo, algunos de ellos habrán sucedido en la mayoría de los días del último semestre).

Nota: sólo se exige uno de estos síntomas a los niños

- 1. Inquietud o excitación nerviosa.
 - 2. Fatigabilidad fácil
 - 3. Dificultad para concentrarse, o tener la mente en blanco
 - 4. Irritabilidad
 - 5. Tensión muscular
 - 6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño o sensación de un sueño no reparador al despertar)
- D. El eje de la ansiedad y de la preocupación no se limita a las características de un trastorno del eje I; por ejemplo, la ansiedad o la preocupación no se refieren a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en fobia social), contraer una enfermedad (como el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno postraumático.
 - E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas somáticos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
 - F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. Ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo (DSM-IV-TR ; 2000).

Las reacciones no siempre se manifiestan de forma tan clara como en las fobias, pero también existen: posponer actividades o decisiones, no enfrentarse a ciertas dificultades, etc. Evitación, en general, de situaciones que provocan ansiedad. A veces, mas que de una evitación conductual se trata de una evitación cognitiva; tratar de no pensar en ciertos asuntos, evitar conversaciones que producen ansiedad, no concentrarse en lo que uno hace, etc. Pero también la evitación puede ser directa y activa, como es la conducta excesivamente precavida y las repetidas peticiones de reaseguración. Estas formas de evitación producen, como ocurre en el caso de la evitación fóbica, un alivio inmediato pero pasajero, pues la actividad evitada sigue reclamando solución. Además, cada vez es necesario evitar mas situaciones o temas, lo que conduce a una disminución de la auto estima y a una menor confianza en uno mismo.

Las características más importantes de la ansiedad generalizada se observan también en los demás trastornos de ansiedad, pues ninguna de las características del TAG es exclusiva de este trastorno. Sin embargo, la aprensión y preocupación de los sujetos con ansiedad generalizada se refiere a un número amplio de temas y circunstancias. Los que tienen este trastorno se suelen definir como "preocupadores natos" sobre cualquier tema.

Destaca como principal característica de este trastorno la incontrolabilidad de las preocupaciones, relativas a un número amplio de áreas. Son sujetos que se preocupan por todo o casi todo, y se describen como "preocupados toda la vida". Se inicia la actividad de preocupación para controlar ciertos hechos o problemas (relaciones con otros, asuntos económicos, de salud, futuro, etc.), pero la preocupación termina por resultar una experiencia indeseable e incontrolable y tiende a auto perpetuarse.

Las preocupaciones de los que tienen este trastorno difieren mucho de las de los demás en el contenido, tiempo empleado, existencia o no de desencadenantes, naturaleza realista de las preocupaciones, controlabilidad y capacidad para reducirlas. Las preocupaciones en el TAG son claramente desproporcionadas con relación a las posibles consecuencias y suelen desplazarse de un tema a otro. La incapacidad de detenerlas les lleva a distraerse de las actividades y tareas que tienen que realizar y a ser menos eficaces.

Los individuos con TAG son muy sensibles a las amenazas en general, en particular a las que tienen una relevancia personal. Por lo cual centran su atención de manera más pronta en fuentes de amenaza en comparación con la gente que no se muestra ansiosa (Butler y Mathews, 1983; MacLeod, Mathews y Tata, 1986; Mathews, 1997, Mogg, Mathews y Weinman, 1989).

Tom Borkovec; observó, que si bien la excitación autonómica periférica de los individuos con el TAG es restringida, en el electroencefalograma (EEG) se presentan aumentos marcados en la actividad Beta, lo que refleja un procesamiento cognoscitivo intenso en los lóbulos frontales, en particular en el hemisferio izquierdo o de alarma ante un peligro presente real.

El sujeto trata con las preocupaciones de controlar el entorno externo e interno, es decir, de reducir los peligros que anticipa y evitar una amenaza futura. En las preocupaciones anticipa muchos peligros, con pocas probabilidades de ocurrir, y el que no ocurran lo interpreta supersticiosamente como consecuencia de la actividad de preocuparse, lo que supone un refuerzo negativo y la perpetuación de la actividad de preocuparse. A esta función de las preocupaciones se añade la de ser una evitación cognitiva de la ansiedad somática, que surge cuando se detecta una señal de amenaza. Se trata pues de suprimir las respuestas somáticas (p.ej. cardiovascular).

Los temas de las preocupaciones son muy variados: miedo a las críticas de los demás, incapacidad de enfrentarse satisfactoriamente a las dificultades laborales (o académicas), familiares sociales, de salud, económicas, etc. En el desarrollo de las preocupaciones es frecuente la tendencia realizar atribuciones incorrectas de determinadas manifestaciones

físicas de la misma ansiedad. Por ejemplo, que la taquicardia es un síntoma de un próximo ataque de corazón.

La conducta típica del TAG puede ser considerada como los repetidos e infructuosos intentos de conseguir seguridad por parte de las personas con autoridad, familiares y amigos. Pero a pesar de evitar riesgos, las comprobaciones repetidas, cautelosidad, hipervigilancia o conductas hiperprotectoras, rara vez alcanza una sensación de seguridad y continua hipervigilante. Por lo demás, el TAG es el resultado de la conjunción de varios factores, biológicos y psicológicos.

Influencias genéticas: El TAG ha sido poco estudiado desde el punto de vista genético, en parte por los cambios sustanciales en los criterios diagnósticos. Según la definición de TAG que se utilice, los diferentes estudios con gemelos muestran una heredabilidad entre el 4% y el 49%.

Otras influencias biológicas. Los que tienen trastorno de angustia informan de más activación del sistema nervioso autónomo, mientras que los sujetos con TAG se refieren más a síntomas cognitivos y a tensión, lo que prueba una mayor implicación del SNC que del autónomo. Se sugiere que existe un nivel muy bajo y anomalías en los receptores de las benzodiazepinas, no está claro el papel del sistema noradrenérgico y si parece que existe una regulación anormal de la serotonina y de la colecistoquinina.

CRITERIOS DIAGNÓSTICO CIE-10 PARA EL TAG:

- A. Un periodo de al menos 6 meses de persistente ansiedad, preocupación y aprensión sobre los acontecimientos y problemas de la vida diaria.
- B. Han de estar presentes por lo menos 4 síntomas de un listado de 22 (al menos 1 de ellos ha de ser del grupo de síntomas autonómicos, síntomas en el pecho y abdomen, síntomas relacionados con el estado mental o síntomas generales)
- C. No se satisfacen los criterios para el diagnóstico de trastorno de pánico, ansiedad fóbica, trastorno obsesivo-compulsivo o trastorno hipocondríaco.
- D. Criterio de exclusión: no se debe a un trastorno orgánico específico.

SÍNTOMAS AUTONÓMICOS

- 1. Palpitaciones o golpeteo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado.
- 2. Sudoración.
- 3. Temblores o sacudidas de los miembros.
- 4. Sequedad de boca (no debida a la medicación o deshidratación).

SÍNTOMAS EN EL PECHO Y ABDOMEN.

- 5. Dificultad para respirar.
- 6. Sensación de ahogo.
- 7. Dolor o malestar en el pecho.
- 8. Náusea o malestar abdominal (p.ej. estómago revuelto).

SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL ESTADO MENTAL.

9. Sensación de mareo, inestabilidad, o desvanecimiento
10. Sensación de que los objetos son irreales (desrealización), o de sentirse lejos de la situación o "fuera" de ella (despersonalización).
11. Sensación de perder el control, "volverse loco" o de muerte inminente
12. Miedo a morir.

SÍNTOMAS GENERALES.

13. Sofocos o escalofríos.
14. Sensación de entumecimiento u hormigueo.

SÍNTOMAS DE TENSIÓN.

15. Tensión muscular o dolores y parestesias.
16. Inquietud y dificultad para relajarse.
17. Sentimiento de estar "al límite" o bajo presión o de tensión mental.
18. Sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.

OTROS SÍNTOMAS NO ESPECÍFICOS.

19. Respuesta de alarma exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos.
20. Dificultad para concentrarse o sensación de tener la mente en blanco, debido a la preocupación o ansiedad.
21. Irritabilidad persistente.
22. Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL TAG.

Los pacientes con TAG presentan a veces picos de angustia cuya gravedad se aproxima al pánico, en ocasiones en un contexto de situaciones vulnerables desencadenadas sobre un trastorno de la personalidad subyacente. Se puede distinguir el TAG del trastorno de angustia por la ausencia de crisis de angustia claramente definidas. Además la astenia, la tensión muscular y la vigilancia características del TAG son distintas de los síntomas autónomos que predominan en la angustia. Los pacientes con TOC (trastorno obsesivo compulsivo) también pueden manifestar una ansiedad crónica, que recuerda a un TAG, aunque suele girar alrededor de sus temores obsesivos, más que corresponder a una preocupación excesiva por la vida diaria. Los pacientes con fobia social que viven en ambientes con gran exigencia social y no pueden evitarlos pueden encontrarse en un estado de ansiedad frecuente, que recuerda al TAG. Sin embargo, la elaboración cognitiva de la ansiedad permite establecer el diagnóstico diferencial. Además, las manifestaciones físicas de la fobia social incluyen sobre todo palpitations, enrojecimiento y temblor. Por

último, los síntomas del TAG, como la tensión motora, la aprensión, la vigilancia y el escrutinio, también aparecen en el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), sin embargo, estas dos enfermedades se distinguen en su aparición y evolución, ya que el TAG suele ser insidioso o gradual y evoluciona de forma fluctuante según los factores estresantes ambientales, mientras que el TEPT debuta de forma aguda tras un trauma evidente y suele seguir un curso crónico, los síntomas equitativos fóbicos, que faltan en el TAG, suelen aparecer también en el TEPT.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN EN EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Una de las misiones del cerebro es filtrar la información innecesaria y crear una memoria basada en los demás datos. Las teorías sobre el procesamiento de la información en los trastornos de ansiedad se ocupan de los datos no filtrados y de cómo estos pueden llevar a la elaboración de recuerdos de ansiedad.

Al parecer, los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada procesan la información amenazadora de forma distinta a los demás. En los estudios sobre el tema se ha encontrado que los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada asignan grandes recursos atencionales a los estímulos amenazadores y detectan enseguida y con eficacia esta información (MacLeod, 1986).

Barlow (1988) propuso otro modelo de restricción atencional en el trastorno de ansiedad. Según él, los acontecimientos vitales negativos desencadenan reacciones neurobiológicas relacionadas con el estrés, lo que lleva a la persona a prestar atención a los acontecimientos vitales, aun a los mínimos, y a reaccionar frente a ellos con una afectividad negativa. Esto deriva de las reacciones neurobiológicas asociadas al estrés y de la creencia en que los sucesos adoptan un rumbo imprevisible e incontrolable. Por todo ello, la persona desvía su atención de la tarea que está realizando en ese momento para autoevaluarse, con lo que estimula más la activación. Se inicia así una espiral de mayor vigilancia y restricción de la atención sobre el eje de la inquietud y la incapacidad personal para afrontarla. No parece que la falta de control sea suficiente, por sí sola, para que surja el malestar (England y Dickerson, 1988). Rapee (1991) propuso que la suma de descontrol y la mira puesta en las posibles amenazas generan malestar en los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. En cualquier caso, lo que ambas teorías apoyan es que los síntomas del trastorno son potenciados por la atención persistente en las preocupaciones.

En suma, los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada parecen estar atentos y procesar la información de una forma que potencia y posiblemente inicia el trastorno. Este campo de investigación se halla todavía en una fase preliminar, puede ser un vínculo fértil entre los datos biológicos y las manifestaciones clínicas del trastorno. (Vallejo, R.J. & Gastón, C. 1998)

FACTORES PSICOSOCIALES.

Relaciones familiares

En adultos, se ha descrito una asociación entre elevados niveles de ansiedad y antecedentes de bajo nivel de cuidados por parte de los padres y de sobreprotección paterna. Las personas con este trastorno refieren con frecuencia relaciones aberrantes con los padres, incluyendo una ausencia de cariño, y padres sobre protectores pero negligentes.

ACONTECIMIENTOS VITALES.

Diversos estudios ponen de manifiesto que los acontecimientos vitales pueden tener importancia en la etiología del TAG. Así, estos pacientes presentan una pérdida parental precoz más a menudo que los pacientes con trastorno de pánico. Por otra parte, este trastorno es más frecuente en personas que han sufrido experiencias estresantes o traumáticas. Steketce y Foa; (1989), ponen de manifiesto que el TAG es una secuela frecuente en sujetos que han estado sometidos a acontecimientos vitales específicos tales como violación o participación en combate. Prown (1989), concluye que es frecuente encontrar en los seis meses previos al desarrollo del TAG, la existencia de un acontecimiento vital grave.

Es posible que los acontecimientos vitales, en particular los asociados con daño, tengan un papel causal en el desarrollo de algunos de los aspectos psicopatológicos centrales del TAG, como ansiedad anticipatoria crónica y constante percepción de amenaza.

DESCRIPCIONES CLÍNICAS.

La ansiedad patológica, tanto si forma parte de un síndrome ansioso específico como de otro trastorno psiquiátrico o médico, puede manifestarse a través de diferentes síntomas, que podemos agrupar desde una perspectiva académica en varios dominios:

Dominio emocional.- la ansiedad se manifiesta por una sensación de inquietud psíquica, nerviosismo, desasosiego, vivencias amenazante, angostura, aprensión, sentirse atrapado o al borde de un peligro, miedo o pánico, temores difusos, inseguridad, sensación de vacío, presentimiento de la nada y de disolución del yo.

Dominio cognitivo.- Existen preocupaciones excesivas sobre circunstancias reales o imaginadas del presente o del futuro inmediato (expectación aprensiva), anticipación del peligro de que algo malo va a pasar, interpretaciones amenazantes de las circunstancias del entorno, ideas de inseguridad e impotencia, y una hipervigilancia ante estímulos que puedan representar amenazas potenciales.

Dominio conductual.- Suele estar presente una inquietud psicomotora, tendencia al llanto como consecuencia de sentimientos de impotencia y de sobre carga tensional, que a diferencia del depresivo tiene la capacidad de calmar y relajar al paciente, y conductas de

evitación de objetos o situaciones que provocan miedo o ansiedad, así como una exageración de la respuesta de alarma. Puede también existir agitación psicomotora, aunque es infrecuente.

Tensión motora.- El sujeto con ansiedad se encuentra tembloroso, sobresaltado, con estremecimientos o sacudidas musculares, tenso, con dolores musculares, cefaleas, debilidad cansancio fácil, incapacidad de relajarse. También se detecta parpadeo frecuente, ceño fruncido, cara tensa y marcha inestable. La característica común subyacente es un aumento del tono muscular estriado.

Dominio somático.- Existe una hiperactivación autonómica que se traduce en la presencia de síntomas cardiocirculatorios (palpitaciones, taquicardia, opresión en el pecho, hipertensión arterial). Respiratorios (disnea o dificultad respiratoria, sensación de ahogo o asfixia, hiperventilación, suspiros bostezos), sensoriales (mareos, sensación de inestabilidad, visión borrosa, midriasis, parestesias, despersonalización-desrealización), digestivo (disfagia, "nudo" en la garganta, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento) vegetativos (febrícula, sofocaciones, escalofríos, oleadas de calor, sudación, sequedad de mucosas, manos frías y húmedas, poliuria, poliaquiuria, rinorrea) e instintivos (insomnio de conciliación y mantenimiento, pesadillas, anorexia, hiperfagia) (Vallejo, J. & Gastón, C. 1997).

FACTORES BIOLÓGICOS

Genética

El trastorno de Ansiedad Generalizada puede tener una base familiar y genética, Noyes (1987) halló que el 19.5 % de los parientes en primer grado también padecía el trastorno, en comparación con tan solo el 3.5 % de las familias de los controles. Los estudios gemelares han arrojado resultados contradictorios. En uno de ellos no se hallaron diferencias significativas entre las tasas de concordancia y de los gemelos monocigotos y dicigotos (Andrews, 1990), mientras que en otros se describió una heredabilidad del trastorno del 30 % para parejas gemelares femeninas. En un estudio, donde se esboza una justificación de estas tesis opuestas, se descubrió que el trastorno de ansiedad generalizada sólo es heredado por parejas gemelares que también comparten antecedentes de un trastorno de estado de ánimo, por otro lado, Skre (1993) propuso que los genes que intervienen en los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo podrían estar ligados. No está claro si esta relación puede atribuirse a expresiones diferentes de un mismo gen anómalo o a dos genes anómalos situados en el mismo cromosoma. No obstante, se ha comprobado en varios estudios que un alto porcentaje de los pacientes sufre un trastorno asociado por el estado de ánimo. Wittchen (1994) describió que el 62.4 % de los pacientes satisfacía a sí mismo los criterios de depresión mayor y que otro 10.5 % sufría trastorno bipolar. Así pues, la susceptibilidad genética frente al trastorno de ansiedad generalizada es aparentemente compartida con la de los trastornos del estado de ánimo.

Hay pruebas de que los factores genéticos pueden contribuir en grado significativo a la patogenia del trastorno de ansiedad generalizada. No obstante, la diátesis genética para el

trastorno no basta para la aparición de todos los casos. Además, la importancia de estos hallazgos se halla limitada porque podrían atribuirse perfectamente a un ambiente compartido y no a genes compartidos, por lo que de momento hay que continuar los estudios con métodos basados, por ejemplo, en estudios de adopción y análisis cromosómicos.

NEUROQUÍMICA

Noradrenalina

El principal núcleo noradrenérgico del encéfalo, el locus coeruleus, se activa con el estrés (Chrousos y Gold, 1992) y ha sido implicado en la conducta medrosa de los animales. El locus coeruleus y el sistema de la noradrenalina también participan, supuestamente, en los procesos de vigilancia y atención (Aston-Jones y Redmond 1997). Así pues, la noradrenalina ha ocupado el eje de los estudios neuroquímicos sobre el trastorno de ansiedad generalizada.

SEROTONINA

La serotonina es otro neurotransmisor implicado en la etiología del trastorno de ansiedad generalizada. Las situaciones potencialmente amenazadoras elevan, al parecer, la serotonina sináptica, y las regiones corticales y límbicas posiblemente se sirven de este estímulo para evaluar y reaccionar ante la situación (Handley, S.L. 1995).

ESTUDIOS DE NEUROIMAGEN

Los dos hemisferios cerebrales intervienen, al parecer, en los trastornos de ansiedad. Después de una lesión del hemisferio izquierdo, es más fácil que los pacientes presenten una combinación de síntomas de ansiedad y depresión, mientras que las lesiones del hemisferio derecho suelen producir solo ansiedad (Astrom, M. 1996). Con tomografía por emisión de positrones (PET) se ha demostrado que las puntuaciones de ansiedad se corresponden con cambios en el metabolismo de la glucosa en el sistema límbico y en los ganglios basales, pero no se han hallado diferencias significativas entre la circunvolución parahipocámpica derecha e izquierda. Las imágenes en PET de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada revelan un incremento relativo en el metabolismo de la glucosa en regiones del lóbulo occipital, parte posterior del lóbulo temporal derecho, parte inferior de la circunvolución frontal izquierda, cerebelo y región precentral de circunvolución frontal derecha (Wu, 1991). El metabolismo de la glucosa disminuye en los ganglios basales, el lóbulo temporal y la circunvolución singular. En este mismo estudio, Wu (1991) observó que los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada experimentaban, durante las tareas de vigilia, un aumento relativo en el metabolismo de los ganglios basales y del lóbulo parietal derecho y un descenso en los lóbulos temporal y occipital derecho. La administración de benzodiazepinas no normalizó este patrón, así pues, el procesamiento de los estímulos podría alterarse en el trastorno de ansiedad generalizada y contribuir al sesgo cognitivo hacia la preocupación crónica. Además, los estudios de los

patrones EEG han confirmado la importancia de las regiones centroparietal y occipital en la ansiedad. Los estudios de neuroimagen revelan que muchas regiones del cerebro contribuyen al trastorno de ansiedad generalizada, y que los ganglios basales y los lóbulos occipital y temporal son los más conspicuos en este sentido (Stein, J. D. & Hollander, E. 2004).

NEUROFISIOLOGIA.

Función autonómica

Hoehn-Saric, R., McLeod, D.R. y Zimerli W.D; (1993), refieren que los pacientes con TAG presentan ante situaciones de estrés una menor actividad electrodérmica (evaluada a través de la conductancia de la piel) frecuencia respiratoria, presión arterial y variabilidad de la frecuencia cardiaca que los pacientes controles. Sin embargo, estas diferencias no se observan en situación de reposo. Estos resultados indicarían la existencia de una inhibición (en vez de un incremento) simpática en los pacientes con TAG (Martin Dunitz, 1998). Por su parte, Cameron (1990) refiere una menor presión arterial sistólica, en situación de reposo, en los pacientes con TAG que en controles. Así mismo, Thayer JF, Friedman BH, Borkovec TD, (1996) refieren una menor variabilidad de la frecuencia cardiaca en estos pacientes. Los resultados de esos estudios sugieren que el TAG se asocia a una disminución de la flexibilidad autonómica, posiblemente debido a una reducción del tono vagal.

Hoehn-Saric R, y Hazlett RL, (1997) refieren que los pacientes con TAG presentan, en situación de reposo, un incremento de la tensión muscular respecto a los controles. Ese incremento de la tensión muscular podría constituir un mejor reflejo de la mayor activación del SNC que otras medidas fisiológicas periféricas (Nutt, D, Argyropoulos S, Forshall S.; 1998).

ELECTROENCEFALOGRAMA

Los datos existentes en situación de reposo son equívocos, se ha sugerido que la actividad hemisférica derecha, que se supone relacionada con el procesamiento de emociones negativas, podría estar intensamente relacionada con el procesamiento de emociones negativas, podría estar intensamente relacionada con el incremento del tono muscular periférico, facilitando de este modo los comportamientos de fuga asociados a los estados de ansiedad (Hoehn-Saric R, Hazlett RL,1997) La realización de electroencefalograma (EEG) durante las últimas horas de la mañana pone de manifiesto la existencia de una hipervigilancia en los pacientes con TAG (Saletu-Zyhlarz G, Saletu B, Anderer P. ; 1997)

En el estudio de Saletu-Zyhlarz G, Saletu B, Anderer P (1997). Se demuestra, así mismo, que los pacientes con TAG tienen una disminución de la actividad motora fina, una disminución de la respuesta de parpadeo y un deterioro del tiempo de reacción.

SUEÑO

El insomnio es un síntoma frecuente en el TAG, y más del 70% de los pacientes refieren alteraciones del sueño. Se ha observado una disminución del tiempo total de sueño, una peor eficiencia de este, una mayor latencia de sueño (insomnio de conciliación) y mayor frecuencia de fracturas de sueño (insomnio de mantenimiento. Sin embargo, la latencia de sueño REM y el porcentaje de sueño REM respecto al tiempo total de sueño son normales (Bobes, J. , Bousoño, M; 2002)

MECANISMOS CEREBRALES

Las estructuras y sistemas cerebrales implicados en el desencadenamiento de las reacciones de ansiedad son múltiples. Las investigaciones al respecto apuntan hacia:

- a) Los sistemas monoaminérgicos ascendentes, especialmente noradrenérgicos y dopaminérgicos.
- b) La amígdala.
- c) Corteza frontal.

La hipótesis clásica es que la ansiedad esta causada por una hiperactividad de las vías activadoras ascendentes de carácter noradrenérgico, procedentes del locus cerúleos. Los fármacos tranquilizantes actuarían inhibiendo las sinapsis noradrenérgicas, directamente o potenciando las sinapsis noradrenérgicas, directamente o potenciando las sinapsis inhibitoras GABA-érgicas.

Otro neurotransmisor relacionado con la ansiedad es la serotonina, ya que los animales más reactivos y más emocionales muestran mayor actividad serotoninérgica en el sistema límbico. Datos relativamente recientes apoyan la hipótesis de ser las vías dopaminérgicas, mas que las noradrenérgicas o serotoninérgicas las implicadas en los sistemas cerebrales de la ansiedad (Tucker y Liotti, 1989).

Por otro lado, los receptores de benzodiazepinas, el tranquilizante más eficaz y selectivo, se encuentran distribuidos por todo el sistema límbico, particularmente en la amígdala, y en la corteza prefrontal.

La amígdala desempeña un papel central en el desarrollo y expresión del miedo condicionado. Esta estructura se encuentra fuertemente conectada con todas las regiones diencefálicas y troncoencefálicas cuya estimulación desencadena respuestas vegetativas propias de la ansiedad.

Se sabe que el núcleo central de la amígdala proyecta a la vía eferente del reflejo acústico de sobresalto. Las lesiones en esta estructura, o distintos niveles de su proyección eferente bloquea el sobresalto producido por el miedo.

La estimulación eléctrica de la amígdala desencadena un patrón complejo de cambios conductuales y vegetativos, similares a los que se producen durante los estados de miedo,

con la particularidad de que estas reacciones aparecen en conjunto, como un patrón o modelo.

La ansiedad también se asocia con circuitos cerebrales concretos, el sistema GABA y de benzodiazepina en particular. La reducción de los niveles de este neuro transmisor también se asocia con una ansiedad mayor, aunque la relación no está directa. El sistema noradrenérgico se ha asociado asimismo con la ansiedad, y pruebas recientes de estudio con animales, además de investigaciones de la ansiedad normal en los seres humanos, sugieren que el sistema de neurotransmisores serotoninérgico se asocia en particular con el proceso de ansiedad en particular con el proceso de ansiedad (Deakin y Graeff; 1991; Lesch; 1996, Mair; 1997).

El área del cerebro asociada más a menudo con la ansiedad es el sistema límbico (David, 1992; Gray y Mc-Naughton, 1996; Ledoux, 1995,1996), que 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 en forma estrecha con la ansiedad (Gray, 1985) y que quizá sea importante para los seres humanos. Este circuito va del área septal e hipocámpal en el sistema límbico a la corteza frontal. (El sistema septal-hipocámpal se activa por rutas serotoninérgicas y noradrenérgicas mediadas que se originan en el tallo encefálico.) El sistema que Gray llamó sistema de inhibición conductual (SIC) se activa mediante señales del tallo encefálico ante sucesos inesperados, como cambios importantes del funcionamiento corporal que pudieran señalar peligro. Las señales de peligro en respuesta a algo que vemos como amenazador descienden de la corteza cerebral al sistema septal-hipocámpal. El SIC recibe también un gran impulso de la amígdala (Gray, 1992; Le Doux, 1996). Cuando se activa el SIC por señales que surgen en el tallo encefálico o descienden de la corteza cerebral, nuestra tendencia es a inmovilizarnos, experimentar ansiedad y evaluar aprensivamente la situación para confirmar si hay un peligro presente. (Barlow)

CRISIS DE ANGUSTIA

Una crisis de angustia es una experiencia de intenso miedo, que sobreviene de forma repentina, normalmente cuando el sujeto está realizando una actividad cualquiera (leer, comer, etc.) y suele durar entre 5-30 minutos- algunos pueden durar bastante más-, aunque el sujeto siente que ha sido más largo. Es frecuente la alusión a un deseo urgente de huir del lugar donde ésta (Albano, A.M., March, J.S., & J. Placentini, 1999). Según el DSM-IV se alcanza el pico de intensidad a los 10 minutos de comenzar, aunque la mayoría de los estudios afirman que se produce antes de los diez minutos y con frecuencia casi al instante (Mc Nally, R.J., 1998).

Esta experiencia subjetiva de intenso miedo y malestar va acompañada de varias manifestaciones fisiológicas y experiencias subjetivas: palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, sensaciones de falta de aliento o de ahogarse, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales,

inestabilidad o mareo (aturdimiento o desmayo), desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo), miedo de perder el control o de volverse loco, miedo de morir, parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo) y escalofríos o sofocaciones. Según el DSM -IV, para el diagnóstico de crisis de angustia se requiere la presencia de al menos un total de cuatro de los trece síntomas enumerados. Si el número de síntomas no llega a cuatro se habla de crisis con síntomas limitados.

Las crisis de angustia son relativamente frecuentes en los trastornos de ansiedad. Incluso entre un 2 y 7% de la población adulta no clínica ha sufrido un ataque de angustia según los criterios del DSM IV en los últimos doce meses anteriores al estudio. (Pallares, E. 2002)

CAPITULO II

ASPECTOS TERAPEUTICOS.

TERAPIA.

Etimológicamente, la palabra "terapia", derivada de la raíz griega "therapeia" significa atender, ayudar o tratar. Cuatro elementos fundamentales de la terapia son:

- El paciente o "cliente: persona que necesita algún tipo de ayuda para tratar su enfermedad o problema,
- El terapeuta: profesional que atiende, ayuda o trata al paciente,
- los objetivos: de diferentes tipos (educativos, médico-curativos, psicoterapéuticos, recreacionales), en función del tipo de paciente al que va dirigida la terapia, del encuadre clínico y orientación del tratamiento.
- El proceso. En función de la orientación del terapeuta.

TERAPIA GRUPAL

Hoy en día más que nunca, los profesionales de la salud mental deben afrontar el desafío de elaborar nuevas estrategias tanto para la prevención como para el tratamiento de problemas psicológicos. Aunque existe la posibilidad de la terapia individual, limitar los servicios a este modelo ha dejado de ser práctico, especialmente en estos tiempos caracterizados por las dificultades económicas. Además el proceso grupal con lleva ventajas específicas de aprendizaje.

Se pueden emplear los grupos tanto con propósitos terapéuticos como educativos o para la combinación de ambos. Algunos grupos tratan de ayudar a las personas a ejecutar cambios fundamentales en sus formas de pensar, sentir y comportarse. La terapia de grupo persigue objetivos preventivos y curativos. Generalmente el grupo terapéutico tiene un centro de interés específico que puede ser educativo, vocacional, social o personal. El grupo implica un proceso interpersonal que potencia los pensamientos, sentimientos y conductas conscientes. A menudo los grupos terapéuticos están orientados hacia el problema, su contenido y centro de atención esta determinado por los miembros, quienes normalmente son individuos con buen funcionamiento, que no requieren una reconstrucción extensiva de la personalidad y cuyos problemas están relacionados con el desarrollo de tareas en su espacio vital. La terapia de grupo se orienta hacia el crecimiento siendo su centóro de atención el descubrimiento de los recursos internos de los miembros. Los participantes pueden estar padeciendo una crisis situacional y conflictos temporales o pueden estar esforzándose por modificar algunas conductas

autodestructivas. El grupo proporciona la empatía y el apoyo necesarios para crear una atmósfera de confianza que conduzca a compartir y explorar dichos problemas.

OBJETIVOS

- *Aprender a confiar en si mismo y en los demás.
- *Lograr un auto-conocimiento y desarrollar la sensación de una identidad propia única.
- *Reconocer las similitudes de las necesidades y los problemas de los participantes y desarrollar una sensación de universalidad.
- *Aumentar la auto-aceptación, la auto-confianza y el respeto a uno mismo para lograr una nueva imagen propia.
- *Buscar formas alternativas para manejar los aspectos evolutivos normales y resolver ciertos conflictos.
- *Aumentar la auto-dirección, autonomía y responsabilidad hacia uno mismo y hacia los demás.
- *Ser consciente de las posibilidades propias y actuar en consecuencia.
- *Elaborar planes específicos para modificar algunas conductas y obligarse a uno mismo a mantener dichos planes.
- *Aprender habilidades sociales más efectivas.
- *Sensibilizarse ante las necesidades y sentimientos de los otros.
- *Aprender a enfrentarse a los otros directamente con cautela, cuidado y honestidad.
- *Superar la mera búsqueda de las expectativas ajenas y aprender a vivir con expectativas propias.
- *Clarificar los valores propios y decidir si se modifican y como hacerlo.

VENTAJAS:

La terapia de grupo cuenta con muchas ventajas, como vehículo para ayudar a las personas a ejecutar modificaciones en sus actitudes, opiniones sobre si mismos y sobre otros, sentimientos y conductas. Una ventaja es que los participantes pueden explorar su estilo de relación con los demás y aprender habilidades sociales más efectivas. Otra consiste en que los miembros pueden comentar las percepciones que tienen de los otros miembros del grupo y recibir un valioso feedback sobre como están siendo percibidos por ellos.

La terapia de grupo proporciona la reproducción del mundo cotidiano de los participantes de múltiples formas, especialmente si los miembros son diversos con respecto a la variables edad, intereses, medio cultural, nivel socioeconómico y tipo de problema. Como microcosmos de la sociedad, el grupo proporciona una muestra de la realidad porque los conflictos y problemas de los miembros hallados en el grupo no difieren de los experimentados fuera de el. La diversidad que caracteriza ala mayoría de los grupos proporciona a los participantes un feedback inusualmente rico pues pueden verse a si mismos a través de los ojos de una amplia variedad de personas. El grupo ofrece comprensión y apoyo lo cual motiva el deseo de los miembros a explorar los problemas con que llegan al grupo. Los participantes generan la sensación de pertenencia y mediante la cohesión que se produce, aprenden formas de comportarse íntimamente, atentamente, etc., en esta atmósfera protectora los miembros pueden experimentar conductas alternativas, pueden poner en practica estas conductas en el seno

del grupo, donde reciben el animo y las sugerencias para aplicar sus aprendizajes en el mundo exterior.

Finalmente, corresponde a los miembros decidir que modificaciones desean. Pueden comparar las percepciones de si mismos con las percepciones de los otros y decidir que hacer con esta información. En esencia, los miembros consiguen una idea del tipo de persona que les gustaría llegar a ser y consiguen comprender lo que les esta impidiendo conseguirlo. (Corey, G. 1995). Introducción al trabajo en grupo.

TERAPIA CONDUCTUAL

La terapia conductual parte del supuesto de que la conducta patológica, al igual que la normal, se aprende de acuerdo con las leyes del condicionamiento clásico y operante. Un trastorno de ansiedad no es mas que un conjunto de conductas inadaptadas aprendidas, que también se pueden "desaprender", o aprender las opuestas e incompatibles. Domina en este enfoque, en gran parte reacción contra el psicoanálisis, la objetividad científica. Comienza en los años 50 y entre sus representantes clásicos se puede mencionar a Pavlov, Skinner, H. J. Eysenck, J.Wolpe.

El objetivo de la terapia de conducta es ayudar al paciente a adquirir un nuevo comportamiento que repercuta de forma positiva en sus estructuras cognitivas y emocionales. Lejos de provocar una sustitución de síntomas, la terapia de conducta extiende sus efectos hasta llegar a ciertos rasgos de personalidad, considerados como estables e inmodificables. La terapia conductista, ayuda al paciente a ser más asertivo y a tratar sus miedos directamente.

Entre las técnicas de la terapia conductual están la terapia de exposición con sus variantes; la relajación, que al ser la respuesta opuesta a la de ansiedad se utiliza para establecer un proceso de contra condicionamiento sistemático gradual, el entrenamiento conductual, el control de estímulos, modelamiento, habilidades sociales, etc.

TERAPIA FARMACOLOGICA

Uno de los primeros ansiolíticos (sustancias que suprimen o hacen disminuir la ansiedad) ha sido el alcohol, ya que este tiene cuatro efectos casi inmediatos: eleva el estado de ánimo, rebaja el nivel de la ansiedad, desinhibe y tiene cierto efecto analgésico. De ahí que muchos alcohólicos más o menos crónicos, o sujetos con hábito de beber, tengan un fondo depresivo-ansioso que gracias al alcohol está mas o menos controlado. A lo largo de la historia se han utilizado otras sustancias extraídas de plantas, pero es hacia mediados del siglo XIX cuando se introduce el bromuro potasio, ya que se pensaba que la ansiedad estaba relacionada con una sexualidad exaltada, excesiva. No había base para ello, pero esto permitió obtener el primer fármaco para combatir la ansiedad. Pocos años después se sintetizo el hidrato de cloral, que tenia buenos efectos para combatir el insomnio y, por extensión, se aplicó también en la ansiedad. Hacia el final del XIX von Baeyer descubre los barbitúricos y, en 1950, aproximadamente, se sintetizan los primeros

tranquilizantes, concretamente dos: la meprobamato primero y, algo más tarde, los llamados meprobamato. Por último llegan las benzodiazepinas, que nos descubren un nuevo y esperanzador panorama.

A pesar de los cambios importantes introducidos en los criterios diagnósticos en las sucesivas ediciones del DSM, las frecuentes comorbilidades en el TAG y la tendencia a considerar el TAG como un trastorno secundario o menor han dificultado los estudios sobre tratamientos pasados. En estos últimos años se han ampliado las opciones farmacoterápicas y posiblemente aun lo harán más en el futuro con el desarrollo de nuevos fármacos anti ansiedad.

ANSIOLÍTICOS

En los últimos años, las benzodiazepinas han constituido el tratamiento de primera elección para el TAG y siguen siendo la primera opción en este momento, a pesar de que existe cierta preocupación sobre su uso crónico y se han introducido algunos fármacos de primera línea nuevos, como buspirona, ISRS e ISNA. Una serie de ensayos controlados han demostrado con claridad que los pacientes con angustia crónica responden bien a las benzodiazepinas y que posiblemente todas presentan una eficacia equivalente para tratar el TAG (Rickels, K. y J. Ruiz, 1983). Existen pruebas de que las benzodiazepinas son más eficaces como tratamiento de los síntomas físicos de la ansiedad, mientras que los antidepresivos de tipo ATC o ISRS pueden serlo más para los síntomas psíquicos (Hoehn-Saric R, 1988). También se ha indicado que la eficacia máxima de las benzodiazepinas, como clordiazepóxido, puede alcanzarse tras 4 semanas de tratamiento, mientras que los ATC, como imipramina, son más eficaces a largo plazo (Kahn., 1986). Aunque las benzodiazepinas suelen ser seguras y sus efectos secundarios solo consisten en sedación y lentitud mental, existe cierta preocupación sobre la posible aparición de tolerancia o adicción a estos fármacos. Sin embargo parece que los últimos estudios realizados sobre este tema indican que esta preocupación es exagerada en los pacientes con angustia crónica y que, en realidad, la mayor parte de ellos siguen obteniendo beneficios clínicos sin desarrollar adicción ni dependencia (Romach, M.K. 1995). Parece que la preocupación por una posible adicción está justificada en los individuos con antecedentes de comportamiento adictivo.

La buspirona, un agonista parcial del receptor serotoninérgico 5-HT_{1A}, es un ansiolítico no benzodiazepínico, que tiene una eficacia similar a las benzodiazepinas para tratar el TAG. Sus ventajas incluyen un perfil de efectos adversos distintos sin sedación y la ausencia de síndrome de tolerancia o abstinencia. Sus inconvenientes comprenden que la acción aparece de una forma más lenta (después de dos o tres semanas de tomarlo) (Rickels; 1988), lo que puede hacer que el paciente no cumpla el tratamiento. Rickels comparó la eficacia de la benzodiazepina cloracepato con otro producto no benzodiazepínico como buspirona en el tratamiento agudo, de mantenimiento y la suspensión en pacientes con un TAG (Rickels, 1983). Los dos fármacos mostraron una eficacia similar a la cuarta semana de tratamiento y los beneficios se mantuvieron durante un periodo de 6 meses, con una reducción aproximada del 60% en las escalas de medición de la ansiedad. No se observaron indicios de tolerancia a la medicación durante los 6 meses en las primeras 2 semanas de abandono del tratamiento, los pacientes que recibieron cloracepato mostraron

un incremento transitorio de la ansiedad, compatible con síntomas de abstinencia, algo que no sucedió en los en los tratados con buspirona. El tratamiento con buspirona se suele iniciar con dosis de 5mg 3 veces/día y la dosis se puede incrementar hasta una dosis máxima de 60 mg/día. Un régimen de dos dosis diarias puede ser igual de eficaz que el de tres veces al día y además facilita el cumplimiento. Se ha publicado que los pacientes tratados previamente con benzodiacepinas pueden no responder bien a buspirona (Schweizer, 1986).

ANTIDEPRESIVOS

Durante los últimos años, los antidepresivos mas novedosos se han convertido en el tratamiento de primera línea del TAG, porque ahora se dispone de ensayos clínicos controlados que confirman su eficacia y además, se toleran bien, se administran en una dosis única diaria y no se asocian a riesgos de dependencia o adicción. Tres estudios controlados extensos han confirmado la eficacia de venlafaxina de liberación prolongada, un ISNA, para el TAG, permitiendo que la FDA autorice su indicación específica (Davidson, 1999; Gelenberg, 2000; Rickels, 2000). Dos grandes ensayos controlados con placebo han demostrado que dosis de 75, 150 y 225 mg/día de venlafaxina son eficaces para tratar el TAG, uno tras 8 semanas de administración (Rickels, 2000) y el otro después de 6 meses (Gelenberg, 2000). Este último estudio demostró una tasa de respuesta del 70% y ya observo beneficios en las 2 primeras semanas de tratamiento. La venlafaxina generalmente se tolero bien y los efectos adversos mas frecuentes fueron nauseas, somnolencia y xerostomia. Ninguno de estos dos ensayos demostró diferencias entre las distintas dosis de venlafaxina, lo que indica que se puede empezar el tratamiento del TAG con 75 mg/día y después ir aumentándola si la mejoría clínica no resulta adecuada y los efectos adversos lo permiten.

Además de venlafaxina, el ISRS paroxetina ha resultado eficaz como tratamiento del TAG según una serie de estudios controlados lo que ha llevado a la FDA a aprobar su uso en esta indicación.

OTROS FARMACOS

Los beta bloqueadores, como propranolol, están indicados como tratamiento coadyuvante en casos poco frecuentes de pacientes con palpitaciones o temblor importantes. Clonidina es un inhibidor de la descarga del locus coeruleus y podría parecer un buen ansiolítico desde un punto de vista teórico, aunque es una opción inicial inadecuada por la tendencia a la pérdida de respuesta clínica y porque determina una serie de efectos secundarios molestos. Sin embargo un estudio controlado ha confirmado la eficacia de clonidina tanto en el trastorno de angustia como en el TAG (Hoehn-Saric , 1981) (Hollander, E. & Simeon D. 2004).

PERFILES CLINICOS

Las benzodiazepinas fueron el primer tipo de fármacos que se aplicaron de forma generalizada en el tratamiento de la ansiedad. La primera de las benzodiazepinas, el clordiazepóxido, fue sintetizada en 1957, los estudios realizados en monos con esta sustancia demostraron un efecto "docilizante", y esta observación condujo a la idea de que podría tener efectos sedantes sobre los humanos. En cientos de ensayos clínicos, las benzodiazepinas han demostrado que reducen los síntomas de ansiedad en los pacientes que sufren trastornos de este tipo. Muchos de estos estudios se llevaron a cabo siguiendo un diseño doble ciego o con placebo. En los pacientes suele observarse una reducción rápida de los síntomas de ansiedad tras la administración de benzodiazepinas. Tras seis semanas de tratamiento, entre un 65% y un 70% de los pacientes presentan una significativa mejoría clínica, y con un tratamiento continuado esta mejoría se mantiene normalmente durante meses. Otra observación importante es el hecho de que un cierto número de pacientes con síntomas clínicos de ansiedad (entre un 25% y un 40%) mejoran con la administración de placebo. Este hallazgo subraya el hecho de que los trastornos de ansiedad a menudo suponen una compleja interacción de factores fisiológicos y psicológicos. Además, la observación de que algunos pacientes afectados de trastornos de ansiedad pueden mejorar con la administración de sustancias inactivas, pone de relieve la necesidad de llevar a cabo estudios clínicos rigurosamente controlados cuando se quiere demostrar la eficacia de una nueva sustancia activa.

Las benzodiazepinas se consideran en la actualidad fármacos efectivos en el tratamiento de la ansiedad, y su utilización se ha ido generalizando progresivamente. De entre todos los trastornos de ansiedad descritos en el DSM-IV, el trastorno por ansiedad generalizada parece ser aquel para el que está más indicado el uso de benzodiazepinas. En pacientes con trastorno por crisis de angustia, las benzodiazepinas podrían no ser demasiado efectivas en el atemperamiento de las crisis agudas, pero pueden ser de ayuda en la reducción de la ansiedad anticipatoria que aparece en el período inter crisis. Además, las benzodiazepinas pueden utilizarse para disminuir la ansiedad asociada a otros estados como enfermedades médicas, u otros trastornos psiquiátricos como la depresión, la esquizofrenia o el estrés situacional. Debería señalarse también que las benzodiazepinas tienen otros usos además del tratamiento de la ansiedad, por lo tanto estas sustancias se emplean con frecuencia como anticonvulsivos y como hipnóticos (pastillas para dormir). También se utilizan a menudo en los preoperatorios previamente a la anestesia y como relajantes musculares. Este gran abanico de usos clínicos refleja el amplio espectro de actuación de las benzodiazepinas sobre el sistema nervioso central. (Frazer. A. , Molinoff, P. & Winokurt A. 1996)

MECANISMOS DE ACCIÓN

El descubrimiento de receptores benzodiazepínicos cerebrales fue un hallazgo importante para poder explicar el mecanismo de acción de estos compuestos. En los últimos años se han producido grandes avances en la descripción de los mecanismos de

acción de los fármacos ansiolíticos. El hallazgo mas significativo ha sido la demostración de la existencia de receptores benzodiazepínicos en el tejido cerebral, las regiones donde se ha observado mayor concentración de estos receptores incluyen estructuras límbicas (amígdala e hipocampo), la región gris periacueductual, el tronco cerebral y algunas áreas del cortex. Los receptores benzodiazepínicos se caracterizan por su estereoselectividad y saturabilidad propiedades compatibles con lugares de fijación fisiológicamente relevantes. La existencia de receptores para las benzodiazepinas en el sistema nervioso central ha propiciado que algunos investigadores especulen con la idea de que el cerebro pueda contener sustancias naturales (también llamadas compuestos endógenos) que actúen como agonista de estos receptores. Se están llevando a cabo intensos esfuerzos para aislar estos agonistas endógenos de los receptores benzodiazepínicos. La identificación de estos hipotéticos compuestos ayudaría a comprender mejor los mecanismos neuroquímicos que subyacen a los estados de ansiedad (Frazer, A., Molinof, P., Winokur, A . 1996).

TERAPIA COGNITIVA

Nace en los años 60 y 70, gracias a las aportaciones de varios especialistas (Aarón Beeck, Albert Ellis, Donald Meichenbaum), que, desilusionados del psicoanálisis, buscaron de forma independiente una alternativa. La terapia cognitiva se aplico inicialmente a la depresión, para extenderse después a los trastornos de ansiedad, incluso con mayor rapidez y éxito.

La terapia cognitiva está fundamentada en la idea del papel causal de los pensamientos y creencias sobre las emociones y conductas (Foa, 1985). Tanto la percepción como la conducta parecen organizarse a partir de la observación de las consecuencias de las acciones. A veces las personas inferirán relaciones causales donde no las hay (p. ej, conducta supersticiosa) y en otras ocasiones no las advertirán cuando efectivamente existen. La terapia cognitiva intenta modificar los pensamientos automáticos, sistemas de creencias e ideas irracionales. La distorsión de la realidad caracteriza los estados de ansiedad. Los pacientes ansiosos creen en la posibilidad de peligros ante estímulos neutros y situaciones en las que hay un mínimo riesgo. Tienden también a anticipar rechazo y censura de los demás (fobia social), a tener una aprensión expectante e hipervigilancia ante posibles señales de peligro (TAG) así como pensamientos intrusivos (obsesividad).

En la estructura mental del sujeto afectado de un trastorno de ansiedad podemos identificar los siguientes fenómenos psíquicos: la ansiedad anticipatoria y la sensibilidad a la ansiedad. La sensibilidad a la ansiedad incrementa la alerta a estímulos que señalan la posibilidad de provocarla, aumenta la preocupación respecto a la posibilidad de ponerse nervioso y la motivación para evitar los estímulos ansiógenos. (Vallejo., R. J. 1998).

Parte del supuesto de que la cognición (atención, percepción, memoria, pensamiento, creencias, imágenes, atribuciones, etc.), las emociones y las conductas están

esencialmente interrelacionadas, de modo que la alteración de una de ellas altera las demás (Teasdale, J. D., 1997). De este modo, las emociones (ansiedad) no son consecuencia de un suceso (hablar en público, entrar en un ascensor), sino de las cogniciones negativas (pensamientos automáticos, creencias, imágenes, interpretaciones, expectativas, etc.) del sujeto en torno a ese acontecimiento. De hecho, las creencias sobre peligro y amenaza hacen al sujeto vulnerable a la ansiedad.

Los principales objetivos que se propone la terapia cognitiva son, en primer lugar, comprender la relación de las cogniciones (pensamientos, imágenes, etc.) con las emociones (ansiedad) y la conducta. En segundo lugar, desarrollar habilidades para detectar los pensamientos automáticos negativos y captar sus consecuencias, para llegar a generar pensamientos alternativos, mas positivos, pero también mas objetivos y concordes con la realidad. A la vez, desarrollar otras destrezas cognitivas.

La denominación de "terapia cognitiva" se aplica directamente a la de Beck (Beck A.T, 1976), pero por extensión incluye también la terapia racional emotiva de Albert Ellis, la de solución de problemas de Thomas D"Zurrilla, la de auto eficacia de Albert Bandura, la de autocontrol de Frederick Kanfer, la autoinstruccional de Donald Meichenbaum y otras.

Las aproximaciones cognitivas más utilizadas son: entrenamiento autoinstruccional (Meichenbaum, 1987), terapia racional emotiva (Ellis, 1958), terapia cognitiva de Beck (1976) e intención paradójica (Ascher, 1981), (Pallares, E. 2002)

ENTRENAMIENTO AUTOINSTRUCCIONAL DE MEICHENBAUM.

El entrenamiento consta de tres fases:

1. Fase de conceptualización en la que se persiguen dos objetivos: por una parte, recoger e integrar datos que permitan una comprensión del problema, mediante la entrevista, autorregistros y observación conductual, y por otra, entrenar al paciente a evaluar, analizar e interpretar sus problemas de forma autónoma, dándole un marco conceptual.
2. Fase de adquisición y práctica de habilidades. Consta de un entrenamiento de las habilidades instrumentales y paliativas (relajación) y de la práctica de habilidades, mediante el uso de la imaginación, del rol-playing y de la interiorización de frases que regulen las respuestas de afrontamiento.
3. Fase de aplicación y seguimiento. Una vez que el sujeto ha adquirido la capacidad de responder con eficacia ante las situaciones, el último paso consiste en poner en práctica las respuestas de afrontamiento. Para ello deben impulsarse la aplicación de las habilidades mediante una exposición gradual in vivo y procurar el mantenimiento y la generalización mediante estrategias de recuperación ante los fracasos y recaídas, así como revisiones de seguimiento de hasta 1 año.

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA DE ELLIS.

Para Ellis (1958) el trastorno de ansiedad lo causa una estructura cognitiva que incluye valoraciones erróneas sobre si mismo y los demás, así como de las condiciones de vida en general. Esta terapia racional emotiva (TRE) defiende una filosofía de vida que incluye: humanismo ateo, pensamiento científico, aceptación de riesgos e incertidumbre, auto- dirección y tolerancia de uno mismo y de los demás. El terapeuta deberá discutir con el paciente la formación de nuevas estructuras cognitivas. Asimismo, se aplicaran técnicas de relajación y parada de pensamiento.

La TRE reconoce la potencia de los cambios de conducta para producir cambios cognitivos y utiliza la DS in vivo (desensibilización) y la inundación como técnica de autoexposición.

TERAPIA COGNITIVA DE BECK.

El programa de Beck se desarrolla en las siguientes etapas: identificación de las situaciones en las que el paciente asume una responsabilidad exagerada, toma de conciencia de la dimensión realista de sus percepciones, corrección de los pensamientos negativos y, por ultimo, desarrollo de percepciones apropiadas, verificando in vivo su correcto funcionamiento. Así mismo, se incluyen tareas de autoexposición a las situaciones ansió genas en las que se aplican las estrategias aprendidas.

Durham (1994) demostró una mayor eficacia de la terapia cognitiva de Beck sobre la psicoterapia analítica en el tratamiento del TAG.

INTENCIÓN PARADOJICA

La intención paradójica enseña al paciente a detener la lucha contra sus atemorizantes síntomas y a incrementar su intensidad como si buscara anticipar la consecuencia desastrosa temida (Ascher, 1981). En esta estrategia está implícito un esfuerzo por cortar el ciclo del miedo al miedo, así como un distanciamiento de sus síntomas mediante el uso del sentido del humor, del ridículo, del sarcasmo y lo absurdo. (Vallejo, R. J. 1998).

TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

De la unión de los supuestos y procedimientos conductuales y cognitivos surgió la terapia cognitivo-conductual. En la actualidad, tanto cuando se habla de terapia conductual como de terapia cognitiva, se suele aludir de hecho a la terapia cognitivo-conductual.

La terapia cognitivo conductual es un término genérico que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento) como intervenciones cognitivas (intentos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo). Ambos tipos de intervenciones se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias desadaptativas y que el propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseados desaprendiendo lo aprendido o proporcionando experiencias de aprendizaje nuevas, más adaptativas .

Las terapias cognitivo-conductuales comparten las siguientes suposiciones (Ingram & Scott, 1990):

- ❖ Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales en vez de a los acontecimientos mismos.
- ❖ El aprendizaje está mediado cognitivamente
- ❖ La cognición media la disfunción emocional y conductual (la cognición afecta a las emociones y a la conducta y viceversa)
- ❖ Algunas formas de cognición pueden registrarse y evaluarse
- ❖ La modificación de las cogniciones puede cambiar la emociones y la conducta
- ❖ Tanto los procedimientos cognitivos como los conductuales para el cambio son deseables y se pueden integrar en las intervenciones.

Algunas de las principales características de la terapia cognitivo-conductual serían las siguientes (Ingram & Scott, 1990):

1. Las variables cognitivas constituyen importantes mecanismos causales,
2. Los objetivos específicos de algunos procedimientos y Técnicas son cognitivos,
3. Se realiza un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno, especialmente de las variables cognitivas,
4. Se emplean estrategias conductuales y cognitivas en el intento de modificar las cogniciones,
5. Se pone un notable énfasis en la verificación empírica,
6. La terapia es de duración breve,
7. La terapia es una colaboración entre terapeuta y paciente y
8. Los terapeutas cognitivo-conductuales son directivos.

Los psicólogos clínicos cognitivo-conductuales creen que el cambio de los síntomas tiene lugar una vez producido el cambio cognitivo; este último se origina a través de una serie

de posibles intervenciones, incluyendo la práctica de nuevas conductas, el análisis de patrones erróneos de pensamiento y la enseñanza de un diálogo con uno mismo más adaptativo (Brewin, 1996), estando relacionado también el mantenimiento posterior de las ganancias con los cambios cognitivos. Sin embargo, a pesar de que existe un consenso cada vez mayor sobre lo anterior, no se conocen con claridad los mecanismos reales que subyacen a la terapia de conducta cognitiva y existe un desacuerdo considerable sobre qué es lo que se ha aprendido exactamente y cómo tiene lugar el cambio (Leonor I. Vicente E. & Albert Ellis. 1997).

La terapia cognitivo-conductual es, quizás, el tipo de intervención psicológica que más aplicaciones clínicas tiene hoy día. Numerosos trastornos se están tratando actualmente con esta clase de terapia y el campo de aplicación se va ampliando progresivamente conforme aparecen nuevas investigaciones. Hay aplicaciones específicas para los trastornos por ansiedad, para la depresión, esquizofrenia, disfunciones sexuales, juego patológico, trastornos de personalidad, etc. Sin embargo, a pesar de su pujanza actual, no siempre fue así; tuvo que ir abriéndose camino entre las técnicas de la terapia de conducta. Sus aplicaciones han demostrado ser eficaces en numerosos problemas, no están todavía claros los fundamentos teóricos que subyacen a la aplicación de las Técnicas cognitivo-conductuales, en contraste con los principios de la terapia de conducta clásica que proviene de la investigación básica sobre el aprendizaje humano. Los procedimientos y los procesos cognitivos para el cambio de conducta constituyen una característica preponderante en la terapia de conducta actual.

Se conoce que fueron las ideas de Lang sobre los tres sistemas de respuesta relativamente independientes lo que allanó el camino para la aceptación de las nociones cognitivas dentro de la tradición conductista hubo teóricos del aprendizaje que adoptaron una posición más cognitivista, dando especial relevancia a la cognición como tema central en el aprendizaje, Así por ejemplo, Tolman (1934) afirmaba que los organismos desarrollaban cogniciones sobre distintos estímulos y que la formación de estas cogniciones constituían el aprendizaje. En General, los teóricos cognitivos planteaban que el aprendizaje implicaba fundamentalmente la estructuración del campo cognitivo y la percepción de relaciones entre acontecimientos ambientales (p.ej., Kofka, 1935, Lewin, 1942; Tolman, 1934).

Dobson y Block (1988) plantean una serie de factores que confluyeron para hacer posible el desarrollo de la terapia cognitivo-conductual:

1. Insatisfacción con los enfoques no mediacionales, a finales de los años sesenta, para la explicación de toda la conducta humana. Merece mencionarse especialmente el trabajo de Bandura (1965, 1971) sobre el aprendizaje vicario. En este enfoque, el individuo aprende observando a otra persona llevar a cabo una conducta; esta conducta se aprende mejor si luego el que la observa la pone también en práctica, pero no es una condición necesaria.

2. Rechazo del modelo psicodinámico de la personalidad y la terapia. Así, por ejemplo, el primer terapeuta cognitivo-conductual, Albert Ellis, provenía de una tradición psicoanalítica que abandonó debido a su insatisfacción con ella. Igualmente, la revisión de la literatura empírica sobre los modelos psicodinámicos indicaba que los resultados de la psicoterapia tradicional eran más bien pobres (Eysenck, 1969; Rachman & Wilson, 1971).
3. Determinados problemas eran difícilmente abordables por procedimientos no cognitivos (ejemplo las obsesiones). El desarrollo de técnicas cognitivo-conductuales ayudó a llenar ese vacío.
4. La importancia de la investigación de la psicología cognitiva, especialmente los modelos del procesamiento de la información para la cognición. Igualmente, una serie de investigadores realizó investigaciones básicas sobre la mediación cognitiva de constructos clínicamente relevantes, mencionando especialmente a Lazarus en sus estudios sobre los procesos de ansiedad (Lazarus, 1966; Lazarus y Averill, 1972).
5. La destacada presencia en la literatura psicológica de determinados psicólogos que se definían así mismos como de orientación cognitivo-conductual (p.ej., Beck, 1967; Ellis, 1962; Mahoney, 1974; Meichenbaum, 1973). La aparición de la revista *cognitive therapy and Research* fue también una destacada ayuda para la difusión de esa orientación.
6. La publicación de estudios sobre la eficacia demostrada de los procedimientos cognitivo-conductuales.

Entre las características de la terapia cognitivo-conductual, en evidente diferencia con las terapias psicodinámicas, están su perspectiva empírica (métodos comprobados empíricamente, actitud del terapeuta), centrada fundamentalmente en el presente (problema, conductas y creencias), sesiones muy estructuradas (con metas y actividades concretas para cada una de las sesiones, así como para todo el tratamiento, aunque con cierta flexibilidad), limitación del número de sesiones (alrededor de 15, incluso menos de 6); el terapeuta es activo, incluso directivo, que colabora con el paciente para que este descubra sus cogniciones distorsionadas y elabore alternativas; especial importancia que tienen las tareas para casa y, finalmente, la importancia de la evaluación, para comprobar si el tratamiento resulta eficaz o no. También se puede realizar en grupos, adaptación que tiene sus ventajas y desventajas.

De la revisión realizada por Cambless y Gillis (1993) sobre las investigaciones del TAG, los trastornos de pánico, la agorafobia y la fobia social, se deduce que la terapia combinada cognitivo-conductual es un tratamiento efectivo para este tipo de trastornos (Vallejo R. J. 1998).

La terapia cognitivo-conductual incluye una variedad importante de estrategias y técnicas, como relajación y respiración; exposición; programación de actividades agradables, reestructuración cognitiva; visualización; habilidades de afrontamiento del estrés (por

ejemplo, entrenamiento en inoculación de estrés); habilidades de la solución de problemas (Pallares, M. E. 2002).

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL ENFOCADA AL TAG

Hay tres estrategias básicas para la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) del TAG:

1. Reestructuración cognitiva de los pensamientos ansiógenos
2. Entrenamiento en técnicas de relajación.
3. Tareas de exposición ante las preocupaciones.

Cada una de las mismas intenta atacar diferentes elementos del ciclo de preocupaciones que gatillan y mantienen al trastorno.

Una de las claves del tratamiento es la reestructuración cognitiva de los pensamientos ansiógenos, y se componen de los siguientes elementos:

- Educación acerca del rol de las cogniciones para disminuir la ansiedad.
- Entrenamiento en relajación.
- Verificación lógica de los pensamientos.
- Uso de tareas comportamentales y monitoreos para desafiar la veracidad de las creencias relacionadas a la ansiedad.

Según Robert Gould & Michael Otto (1995), un tercio de los pacientes con TAG, de los que asisten, no comprenden la relación entre los procesos cognitivos y emocionales, ni que sus estados ansiosos frecuentemente son desencadenados por las cogniciones y que esta relación es recíproca. Por ejemplo, el darse cuenta que lo que ellos sienten puede afectar a lo que ellos piensan.

Una psicoeducación acerca de estos procesos es el primer paso para el tratamiento, la clave de la reestructuración cognitiva consiste en enseñar a los pacientes un método sistemático para examinar la veracidad de sus pensamientos y estimar la posibilidad de que los eventos negativos ocurran realmente.

La segunda estrategia es la de entrenamiento en relajación, la cual permite reducir el hiperalerta autonómico, con recursos como la relajación muscular y procedimientos de bioalimentación (Barlow, H.D. 1998).

Dado que muchos pacientes con TAG intentan bloquear mentalmente sus imágenes negativas o catastróficas y distraerse de las mismas, nunca se permiten que la ansiedad asociada con dichas imágenes, sufra un proceso de habituación y se vaya extinguiendo. Se ha desarrollado una técnica llamada exposición a las preocupaciones.

La cual está específicamente destinada a contraatacar este problema. Consiste en lograr que el paciente se focalice en imágenes catastróficas o atemorizantes, por ejemplo: "Me van a echar del trabajo, terminaré en la calle", por periodos discretos de tiempo, de entre 25 y 50 minutos. Se debe instruir a los pacientes para que generen imágenes lo más

vividas y ansiógenas posibles. Debido a su habitual tendencia hacia la distracción y evitación de las mismas, al principio los pacientes con TAG tienen dificultad en permanecer focalizados en las imágenes. Por lo tanto, es útil completar las exposiciones en una sesión inicial y luego asignarlas como tarea para el hogar (H. Cía . A. 2001).

La terapia racional emotivo-conductual (TREC) fue la primera terapia cognitivo-conductual en desarrollarse. El marco filosófico general de la TREC se basa primordialmente en la premisa estoica de que "l la perturbación emocional no es creada por las situaciones sino por las interpretaciones de esas situaciones" Epicteto, siglo I d.C.). (Leonor.I., Vicente E. & Albert Ellis. 1997).

La psicoterapia existencial puede ser interesante en los casos de una ansiedad envuelta en conflictos biográficos. Entonces el recorrido por el pasado puede ser conveniente y, a la vez, curativo.

La psicoterapia de Adler pone sobre el tapete los complejos de inferioridad y la inseguridad. Pretende fortalecer la personalidad e ir desmontando estas actitudes. La psicoterapia de Jung tiene un sentido metafísico: pedagogía y concreción de ideales. Tiende a reunir elementos psicológicos de diversas áreas con el fin de que se vaya produciendo una metamorfosis de la personalidad y una progresiva y mayor seguridad.

La psicoterapia psicodinámica bucea en los motivos que se han ido observando a la largo del despliegue personal. Puede ser muy útil en aquellos casos que se dirigen hacia las enfermedades psicósomáticas, partiendo de la ansiedad.

ESTRATEGIAS Y TECNICAS DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

RELAJACION.

La Relajación Progresiva enfatiza la relajación de los músculos voluntarios, es decir todos aquellos sobre los que se tiene control consciente. Esta técnica procura alcanzar un control creciente sobre el músculo hasta que el individuo sea capaz de conseguir niveles muy bajos de tensión en los principales grupos musculares. Por ejemplo los brazos y las piernas. El doctor E. Jacobson. El medico fisiólogo que ideó la técnica afirma que la neurosis de angustia y otras enfermedades afines son provocadas o agravadas por la contracción muscular mientras que la relajación muscular produce estados fisiológicos opuestos. (Benson, H. 1995). Según Jacobson (1938) la ansiedad y la relajación son 2 fenómenos exclusivos e interdependientes. La ansiedad va acompañada de tensión muscular y a la inversa, cuando los músculos están distendidos, la ansiedad no aparece.

El método de Jacobson se basa en la percepción mental del estado de contracción y distensión muscular y en el control mental de la activación muscular para llegar a percibir la ausencia de la tensión (Vallejo, J. & Gaston, C. 1998)

La ansiedad incluye una elevación –a veces repentina- de la activación fisiológica y mental. Aumento del ritmo del corazón, tensiones musculares, sudoración, alteraciones del aparato digestivo, preocupaciones, inquietud, etc.

Los primeros estudios sobre la ansiedad afirmaban que son incompatibles la relajación y la ansiedad. La relajación no se limita a la reducción de la activación fisiológica, sino que también aunque sea de forma indirecta (a través de los estados psicológicos positivos), se produce una reestructuración cognitiva (disminución de los pensamientos y emociones negativas y aumento de las positivas), incluso consigue una mejora estable en la forma de percibirse a si mismo y al mundo. La relajación facilita el acceso a la memoria de la información positiva, con lo que resulta mas fácil encontrar alternativas a los pensamientos referentes al peligro (Peveler, R & Johnston, D.W. 1986).

Los ejercicios de relajación son un componente esencial de casi todos los tratamientos del trastorno de ansiedad generalizada orientados según la Terapia Cognitivo Conductual, su misión es reducir los correlatos fisiológicos de la preocupación y de la ansiedad, al reducir el grado de activación general del paciente.

Constituye un instrumento eficaz cuando los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada se “aferran” a un patrón de preocupación y necesitan romper con esos pensamientos perseverantes (Stein, J . D. & Hollander, E., 2004).

LA RESPUESTA DE RELAJACION

La respuesta de relajación ha sido definida como un conjunto de cambios fisiológicos integrados, provocados por la focalización de la atención en una tarea repetitiva. Se espera, al mismo tiempo, que el estado mental que se alcance sea de un menor nivel de ansiedad subjetiva. Algunos de los cambios fisiológicos agudos propios de la relajación son las reducciones en:

- (a) Frecuencia Cardiaca.
- (b) Presión arterial.
- (c) Frecuencia respiratoria.

CAMBIOS MUSCULARES.

El entrenamiento en relajación disminuye el tono muscular, aunque se asegura que la relajación de la musculatura estriada lleva a una dominancia parasimpática.

CAMBIOS RESPIRATORIOS.

Uno de los principales efectos de la relajación es disminuir la hiperventilación y normalizar la frecuencia respiratoria. En todas las técnicas de relajación se instruye a los pacientes, directa o indirectamente, para que hagan su respiración más lenta y profunda.

El control de la respiración puede modificar la calidad y la profundidad de la relajación. La respiración pausada disminuye el nivel de activación en situaciones estresantes, con descensos en la conductancia cutánea y aumentos en el volumen de pulso periférico. También posee el efecto de aumentar la variabilidad del ritmo cardiaco. Disminuye la presión arterial, sin cambios en el gasto cardiaco, por lo que puede darse una inhibición de la actividad simpática alfa-adrenérgica. La respiración rápida provoca efectos contrarios.

Las técnicas de relajación tienden a aumentar la actividad parasimpática y a disminuir la actividad simpática, con grandes diferencias individuales. Descienden el tono muscular y normalizan la respiración. (Martínez, J. M. 1995).

La idea que subyace al modelo de reducción de la activación es simple. Los humanos tienen un potencial heredado para la relajación que es la antítesis de la respuesta de emergencia ante el estrés de afrontamiento-o-escape de Cannon (Cannon, 1932). Esta respuesta es una constelación de cambios fisiológicos mediados por el sistema nervioso simpático, que prepara automáticamente al organismo para responder ante la amenaza con una vigorosa actividad física o emocional. En cambio, la respuesta de relajación, mediada principalmente por el sistema parasimpático, tiene automáticamente como resultado una reducción protectora de la activación.

La relajación equivale a un nivel de activación reducido, el paciente que puede disminuir su tasa cardiaca, presión arterial, tasa respiratoria, tensión muscular ha aprendido a relajarse (Smith, C. J. 1992).

La relajación puede considerarse como un estado de seguridad y plenitud carente de expectativa. La inducción periódica de este estado rompe el círculo vicioso mantenedor de la angustia. Permitiendo una reorganización psíquica y una mejor adaptación al medio.

Las técnicas de relajación son un método eficaz para el dominio de la ansiedad generalizada. Su objetivo es el de proporcionar al sujeto un mejor conocimiento de su organismo u un mayor control voluntario sobre su estado fisiológico.

(Vallejo, J. & Gastón, C., 1997)

PSICOEDUCACION

Casi todos los pacientes mejoran cuando se les ofrece información para que entiendan mejor su trastorno de ansiedad. Esta información debe impartirse en un lenguaje inteligible y exponerse de manera colaboradora, para que el entendimiento sea mutuo.

Como en la mayoría de la TCC, la psicoeducación en el TAG constituye un aspecto importante de la terapia. Hay motivos para iniciar el tratamiento con la educación acerca de la ansiedad y la preocupación, el conocimiento es un factor importante para el cambio. Se debe informar al paciente para que no tenga un conocimiento erróneo del TAG. Los pacientes experimentan un gran alivio al saber que su experiencia no es la única y que cuenta con la etiología y la fenomenológica del trastorno, que hay tratamientos específicos

para el TAG. La educación en el TAG supone una vía para revisar el fundamento terapéutico y en consecuencia, puede facilitar su cumplimiento.
(Stein, J. D. & Hollander, E. 2004)

REESTRUCTURACION COGNITIVA

A la hora de explicar el origen de las emociones, unos conceden más importancia que otros a la cognición (Lazarus, R.S.; 1991). Concede a la cognición un papel esencial, al introducir el concepto de evaluación (Appraisal) cognitiva, que considera imprescindible para que tenga lugar la emoción. Ahora bien, esa evaluación cognitiva puede ser un proceso plenamente consciente y racional, pero también menos consciente y primitivo.

Aunque para algunos no está del todo claro si el papel predominante lo tiene la emoción o la cognición y afirman que las emociones pueden ocurrir automáticamente, sin evaluación cognitiva (Zajonc, R.B. , 1984), la terapia cognitiva establece que las emociones negativas con frecuencia, reciben la influencia de nuestros pensamientos, supuestos, creencias, predicciones sesgos en el procesamiento de la información. No reaccionamos a los acontecimientos, sino a la interpretación que hacemos de los acontecimientos, aunque algunas de esas cogniciones que subyacen a la ansiedad y al miedo con frecuencia están fuera de nuestra conciencia. De hecho, la emoción cambia cuando el pensamiento relacionado con una emoción cambia. Tampoco es la emoción la que nos hace actuar de una manera determinada, es la cognición la que suele provocar la emoción y da permiso para actuar de una manera o de otra.

En realidad, la relación entre cognición y emoción es de reciprocidad. No solamente las emociones son consecuencia de ciertas cogniciones, sino que también algunas emociones son causa de cogniciones. Incluso, se puede decir que no está clara la diferencia entre estados de humor y cognición (Teasdale, J. D. , 1997).

La reestructuración consiste en la identificación de los pensamientos que generan ansiedad y en su discusión y sustitución por otros más correctos y funcionales. No se trata tanto de cambiar las emociones negativas por positivas, ni de que desaparezca la ansiedad, como de conseguir unas emociones menos negativas, más comprensibles más funcionales. La reestructuración cognitiva tiene como objetivo: descubrir y explicitar esos pensamientos o diálogos internos; analizarlos y comprender la distorsión, donde está el fallo; proponer otro pensamiento o dialogo interno alternativo (Pallares, M. E. 2002).

AFRONTAMIENTO

Conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos.

El afrontamiento sirve para dos funciones primordiales: manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (afrontamiento dirigido al problema), y regular

la respuesta emocional que aparece como consecuencia (afrontamiento dirigido a la emoción). El afrontamiento dirigido al problema y el dirigido a la emoción se influyen el uno al otro y ambos pueden potenciarse o interferirse (Lazarus, R. & Folkman, S . 1991).

PENSAMIENTOS AUTOMATICOS

No a todos les resulta igual de fácil identificar y expresar sus pensamientos automáticos. Por varias razones (Clark, D. M; 1997) son muy frecuentes, suenan como si fuesen verdades evidentes y, además, suelen ser tan rápidos que pasan inadvertidos, es fundamental desarrollar la habilidad de identificarlos y explicitarlos. Primero, de forma retrospectiva y, después, durante la misma experiencia de ansiedad.

Al experimentar ansiedad ira o tristeza, resulta mas difícil identificar el pensamiento que esta tras cada una de estas emociones (Beck, A.T., Emery, G. & Greenberg, R. L.; 1985). El sujeto es mas consciente de la emoción que del pensamiento correspondiente, pues se trata de pensamientos muy breves espontáneos, que pueden tener forma verbal, de imagen, o de ambas. Los aceptamos como verdaderos sin reflexión ni evaluación.

Los pensamientos automáticos se pueden expresar en forma de interrogaciones. "¿Mejorare algún día?". En realidad, pienso que no mejoraré. La duda y la interrogación, con frecuencia, encubren una afirmación en sentido negativo, (Pallares, M. E. 2002.)

AUTOINSTRUCCIONES

El entrenamiento en auto instrucciones es el proceso de enseñar a los pacientes a hablarse a si mismos de otra manera. El objetivo de esta técnica es modificar el diálogo interno para facilitar el afrontamiento de una determinada situación. En general esta técnica, diseñada por Meichenbaum, es de interés cuando lo que la persona se dice a si misma interfiere de manera negativa para comportarse adecuadamente en una situación, por ejemplo "no lo voy a conseguir", "es superior a mis fuerzas", "voy hacer el ridículo", etc.

Las autoverbalizaciones negativas, acompañadas de una atención selectiva a estímulos internos de ansiedad, facilitan las respuestas de evitación o escape. Y por el contrario, las auto instrucciones positivas, que actúan como una anticipación de consecuencias agradables (p. ej., ¡me va a salir bien!) y como un refuerzo después de la conducta realizada (p. ej., lo he hecho mejor de lo que esperaba) tienen un importante poder de motivación para hacer frente a las dificultades.

El entrenamiento en auto instrucciones debe estar referido mas al inicio de conductas positivas ("voy a estar tranquilo") que a la inhibición de conductas negativas ("no voy a ponerme nervioso").

Las auto instrucciones aprendidas deben ser variadas y atenerse al lenguaje habitual y al estilo cognitivo de cada paciente, así como aplicarse con tanta frecuencia como sea

posible. El objetivo, en último término, es automatizarlas de forma que el sujeto pueda llegar a percibir las como espontáneas, (Pallares, M. E. 2002).

VISUALIZACION

Las técnicas de visualización son tan potentes que se han venido usando en terapia como un modo de aliviar dolores de todo tipo.

Las personas solemos utilizar la imaginación como una forma de sufrimiento añadida, pensamos que podemos perder el empleo, a la persona que amamos, que ocurrirá un accidente que sucederá una determinada enfermedad, que reprobaremos el examen y así un sinnúmero de situaciones desgraciadas que en el momento de visualizarlas nos afectan orgánicamente ya que como hemos experimentado solo imaginar la experiencia ya nos produce ansiedad y desazón, en suma dolor y sufrimiento previo absolutamente innecesarios, es mas: en muchas ocasiones la auto profecía negativa de reprobaré, me equivocare, saldrá mal, se cree tan firmemente que sucede tal como sin darnos cuenta hemos planeado tan concienzudamente.

Bien podríamos utilizar la imaginación al contrario y experimentar el poder de la visualización positiva.

Existe una ley que hace que si mis pensamientos y mi imaginación son de carácter negativo mi vida se envolverá en una atmósfera de negatividad y a la postre todo será negatividad (Barrios, M. F., 2006).

MUSICOTERAPIA

Hay muchas definiciones de música terapia, en función del colectivo con el que se trabaja, del encuadre clínico y de la orientación del tratamiento del tratamiento.

Ante la gran variedad de definiciones posibles, presentamos seguidamente la de la Nacional Association for Music Therapy (NAMT) como institución mas antigua de la profesion y que actualmente se conoce como la American Association for music Therapy (AMTA). Citamos a continuación la definición detallada por la NAMT en un folleto de 1980 "una carrera en música terapia":

La música terapia es la utilización de la música para conseguir objetivos terapéuticos: la restauración, mantenimiento y mejora de la salud mental y física. Es la aplicación sistemática de la música, dirigida por un músico terapeuta en un contexto terapéutico a fin de facilitar cambios en la conducta. Estos cambios ayudan a que el individuo en terapia se entienda mejor a si mismo y a su propio mundo, llegando así a adaptarse mejor a la sociedad. Como miembro de un equipo terapéutico, el músico terapeuta profesional participa en el análisis de problemas individuales y en la selección de objetivos generales de tratamiento antes de planificar y dirigir actividades musicales.

La música es un fenómeno universal (Davis, G.T. 2000), que a lo largo de los años ha ido jugando un importante papel en individuos de diferentes partes del mundo, llegando a estar presente en todas las culturas conocidas. Así lo aprueban los estudios de Merriam (1964), quien señala que, "no hay otra actividad cultural humana que sea tan penetrante como la música, la cual llega, moldea, y a menudo controla muchas de las conductas humanas" (Davis , G. 2000).

Es evidente que la música esta en todas partes, y que el ser humano se encuentra sumergido en ella tanto de manera voluntaria (conciertos, iPod,..) como involuntaria (tv, radio, locales comerciales, etc.)

Hay una gran cantidad de "música" en el mundo ejerciendo una impactante influencia en la vida del ser humano. Todas las personas poseen una cierta musicalidad, ya que cada individuo responde de alguna manera a la música que le envuelve. Hodges (1999) define "musicalidad" como aquella respuesta o sensibilidad al estímulo musical, ello incluye una apreciación o comprensión por la música, pero no necesariamente implica el dominio de la técnica musical.

Si analizamos el significado de la música en la naturaleza humana, vemos como la música no es necesaria para la supervivencia humana y, sin embargo, forma parte importante en su vida diaria. Así pues, la música tiene diferentes funciones, con importantes implicaciones para la práctica de la música terapia. Algunas de estas funciones, recogidas de las diferentes culturas del mundo son la comunicación la expresión emocional, la representación simbólica, el placer estético, el entretenimiento, la contribución a la continuidad y estabilidad de una cultura, la contribución a la integración de la sociedad, etc. (Merriam, 1964).

Efectos de la música en el ser humano:

La música facilita respuestas de tipo fisiológico. Estas respuestas no son fáciles de predecir debido a la complejidad del estímulo musical, de las diferencias individuales ante la música, y de la complejidad de medir las respuestas ante la música, entre otros aspectos (Bartlett, J. 1999).

Thaut (1989), por su parte, concluye que las respuestas fisiológicas a la música son producto de la constitución de cada individuo, única e idiosincrásica, y que a su vez se ve influenciada por la experiencia psicológica individual ante la música.

Algunos de los parámetros y respuestas fisiológicas a la música son los siguientes (Bartlett, J. 1999):

- respiración (aceleración o enlentecimiento)
- Pulso y presión sanguínea (aumento o disminución)
- Ondas cerebrales (mayor o menor activación)
- Actividad muscular (aumento o disminución)
- Trazado eléctrico del organismo (cambios)
- Sistema inmunitario (cambios)

Dimensión emocional

Winner (1992) ha llamado a la música "el lenguaje de las emociones", por su asociación con la expresión emocional

Efectos de la música a nivel emocional:

- ❖ comunicar y expresar un estado emocional (miedo, tristeza, alegría,...)
- ❖ ayudar a la expresión de emociones profunda
- ❖ modificar el estado de animo
- ❖ despertar, evocar, provocar emociones y sentimientos, etc.

La música terapia puede resultar una importante intervención, en tanto que es capaz de producir cambios sustanciales a diferentes niveles de funcionamiento de la persona y constituye un tratamiento flexible, que permite llegar a personas con diferentes habilidades y discapacidades (Betes, M., 2000)

CAPITULO III

METODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presente investigación pretende mostrar que la terapia propuesta para el Trastorno de Ansiedad Generalizada, proporciona a los pacientes recursos para que puedan disminuir significativamente sus niveles de ansiedad, así como también les permite un manejo adaptativo de los síntomas del TAG, a través del aprendizaje de técnicas Cognitivo-Conductuales.

Se diseñó la terapia grupal que contiene los elementos teóricos y prácticos para ayudar al paciente a desempeñarse de mejor manera en su vida diaria en los ámbitos social, familiar y laboral, permitiéndole responder adecuadamente a circunstancias cambiantes que le producen ansiedad.

Para evaluar la sintomatología original del paciente se utilizó el Cuestionario diagnóstico de ansiedad ([pre-test]) y al final de la terapia para hacer la evaluación correspondiente se aplicó el mismo cuestionario (post-test) con lo cual se generaron los datos requeridos para el desarrollo estadístico de la muestra.

El efecto que se espera es que los pacientes logren una disminución significativa de sus niveles de ansiedad, que identifiquen los síntomas de ansiedad en sus formas crónica y aguda, que adquieran habilidades cognitivas y sociales que les permitan disminuir su respuesta de ansiedad.

La investigación se llevó a cabo en una modalidad grupal para que los pacientes logran centrarse en un interés común obteniendo así un aprendizaje de retroalimentación con el grupo. De este modo los pacientes se orientaron hacia los recursos internos de los miembros del grupo y de ellos mismos. El grupo implica pues, un proceso interpersonal que potencia los pensamientos, sentimientos y conductas conscientes de sus participantes.

OBJETIVO GENERAL

Comprobar que la Terapia propuesta, permite a los pacientes lograr una disminución significativa de sus niveles de ansiedad, así como un manejo adaptativo de los síntomas del Trastorno de Ansiedad Generalizada a través del aprendizaje de técnicas cognitivo-conductuales.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Mediante la aplicación de la Terapia Grupal propuesta, se buscará que los pacientes con TAG logren:

- Identificar los síntomas de Ansiedad en sus formas crónica y aguda
- Adquirir habilidades de relajación y respiración para controlar las manifestaciones físicas del TAG
- Adquirir habilidades cognitivas y sociales que les permitan disminuir de manera significativa su respuesta de ansiedad.

HIPOTESIS DE INVESTIGACION

Hi= La Terapia Grupal propuesta para el TAG permite a los pacientes con este diagnóstico adquirir una respuesta adaptativa para mejorar su calidad de vida.

Hi= El paciente con diagnóstico de TAG, logrará disminuir los correlatos fisiológicos, conductuales, emocionales y psicológicos por medio de la Terapia Grupal propuesta.

HI= Los pacientes con diagnóstico de TAG que asistieron a la Terapia propuesta, mostraron una disminución estadísticamente significativa en la sintomatología del Trastorno, medida con el Cuestionario Diagnóstico de Ansiedad.

HIPOTESIS ESTADISTICA

Hi= r Sintomatología del TAG



Respuesta adaptativa al TAG

VARIABLES

Variable independiente: Terapia Grupal Cognitivo-Conductual para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Definición Conceptual: Diez sesiones de terapia grupal con orientación Cognitivo-Conductual para pacientes con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Definición Operacional: Terapia Grupal Cognitivo-Conductual que abarca psicoeducación, terapia de escucha, ejercicios de relajación, ejercicios de respiración y visualización, reestructuración cognitiva y manejo de crisis de angustia.

Variable dependiente: Sintomatología de los pacientes asistentes a la terapia propuesta

Definición Conceptual: Conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que los pacientes han aprendido para funcionar en su vida diaria, que les permiten responder a las circunstancias cambiantes de la vida que les producen ansiedad.

Definición operacional: Cuestionario Diagnostico de Ansiedad Pre-Test y Post-Test, formado de 40 reactivos que valoran el nivel de ansiedad en las áreas cognitiva, conductual, fisiológica y emocional.

**TERAPIA GRUPAL COGNITIVO CONDUCTUAL PARA PACIENTES CON
DIAGNOSTICO
DE ANSIEDAD GENERALIZADA**

Sujetos: El grupo esta formado por 32 pacientes, hombres y mujeres, mayores de edad canalizados por el Departamento de Psiquiatría del Centro Comunitario de Salud Mental Zacatenco, con un diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada en sus formas crónica o aguda. Para lograr el total de pacientes se utilizaron dos grupos de terapia, el primero con 19 sujetos de los cuales quedaron 15 ya que dejaron de asistir 4 pacientes, en el segundo que estuvo formado por 20 sujetos desertaron 3, quedando para el estudio 17 pacientes, con lo cual se consiguió la muestra clínica de 32 pacientes.

Sesiones: La terapia consta de diez sesiones con periodicidad semanal y con una duración de 75 minutos cada una. En cada sesión hay dos terapeutas coordinando el grupo.

Material: Sillas, colchonetas, pizarrón, gisesz, retroproyector, acetatos, grabadora, videogradora, CD's, videocasetes.

Ubicación: Centro Comunitario de Salud Mental "Zacatenco"

TERAPIA GRUPAL PARA TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

PROGRAMA

SESION I

1.1 Evaluación (20 minutos)

Se aplica el cuestionario que se elaboró para medir el nivel de ansiedad basal de los pacientes y se les pide además que pongan sus datos personales: nombre, edad, teléfono, médico tratante y número de expediente.

Se aplica el cuestionario para hacer una evaluación comparativa de los síntomas de ansiedad antes y después de asistir a la terapia, y de este modo poder valorar el efecto del tratamiento en los pacientes, y la eficacia de esta terapia.

1.2 Dinámica de integración y presentación del Grupo (35 minutos)

Se sientan los pacientes y las terapeutas en círculo y se les invita a presentarse diciendo su nombre o el nombre con el que quieren que se les identifique diciendo también el nombre de un animal que empiece con la misma letra que su nombre. Una vez que el primer paciente se presenta, se le pide al que está a su derecha que repita lo que dijo el primero y a su vez que se presente, y así sucesivamente hasta terminar con todo el círculo.

Con esta dinámica buscamos crear un ambiente relajado y lúdico donde los pacientes puedan empezar a conocerse entre sí y formar un grupo sin sentirse tensos o inhibidos al hacer una presentación formal. Del mismo modo esta dinámica sirve a las terapeutas para tener un primer conocimiento del grupo y observar la postura, arreglo personal y forma de expresarse de los pacientes.

1.3 Presentación del Programa (20 minutos)

Se explica a los pacientes el contenido del programa, indicándoles cuántas sesiones van a ser, horario, fechas, así como los objetivos del mismo aclarando las dudas que el paciente manifieste en cuanto a la terapia. Se les indica, que no falten y que realicen diariamente los ejercicios y actividades que se les señala en cada sesión, ya que el programa es secuencial y requiere de práctica diaria para obtener resultados benéficos.

SESION II

2.1.- Conceptos generales, prevalencia, epidemiología. (20 minutos)

- Qué es ansiedad
- Nombres de la ansiedad
- Ansiedad buena y Ansiedad mala.
- Epidemiología básica
- Prevalencia a lo largo de la vida
- No se quita "echándole ganas"
- Se puede hacer algo al respecto, es posible controlarla.

La presentación de estos conceptos, permite a los pacientes, adquirir conocimientos básicos, sobre la ansiedad en general, contribuyendo a disminuir el miedo que sienten por su trastorno ayudándoles a controlar los pensamientos negativos, que suelen ocurrir habitualmente con pacientes que presentan trastornos de ansiedad generalizada. Así mismo se busca que los pacientes se identifiquen entre si al escuchar sus síntomas reflejados en el resto del grupo.

2.2 Terapia de Escucha (40 minutos)

Sentados todos en círculo, se invita a los pacientes a que compartan sus experiencias sobre el trastorno de ansiedad, sus manifestaciones, como a afectado sus relaciones familiares, sociales, de trabajo, si sienten culpa o vergüenza, etc. Se enfatiza la importancia de que expresen con libertad como se han sentido interiormente buscándose que el ambiente sea empático y receptivo, siendo las terapistas las moderadoras de las participaciones de los pacientes.

2.3 Ejercicios de Relajación (15 minutos)

Se hacen ejercicios de calentamiento muscular para quitar la tensión residual y favorecer la relajación. Se colocan los pacientes de pie, en círculo y se les indica lo siguiente.

- Relajación de cuello: Con las piernas abiertas y las manos en la cintura, para favorecer el equilibrio, deben rotar la cabeza 180 grados, haciéndolo de manera lenta y con ojos cerrados o abiertos según lo prefieran.
- Relajación de hombros: Para relajar los hombros se emplean tres movimientos
Primero: Rotación hacia delante del hombro derecho haciendo diez círculos, se trabaja el hombro izquierdo de la misma manera y luego los dos hombros juntos realizando también 10 giros.
Segundo: Rotación hacia atrás del hombro derecho haciendo diez círculos, el hombro izquierdo se trabaja igual y luego se rotan ambos hombros diez veces.

Tercero: Se mueven los hombros hacia arriba y hacia abajo diez veces.

- Relajación de brazos: Con los brazos a los costados, se les pide que sacudan la mano derecha rápidamente hasta que sientan que la sangre se agolpa en sus dedos, se trabaja igual con la mano izquierda y luego se repite el movimiento con ambas manos
- Relajación de piernas: Con las piernas abiertas y sujetándose de la pared o de una silla, para guardar el equilibrio, se les pide que agiten el pie derecho, durante 30 segundos, repitiendo lo mismo con el pie izquierdo.
- Relajación de la espalda: se les pide que estando de pie con las piernas abiertas dejen caer el torso, los brazos y la cabeza hacia abajo y al frente. En esta postura un de las terapeutas pasa a checar la relajación en los brazos, tocándolos ligeramente y estos deben balancearse con facilidad. Antes de checar la relajación se les advierte a los pacientes que se les va a tocar.

Se les pide a los pacientes que efectúen estos ejercicios diariamente antes de acostarse, para que les ayude a disminuir la tensión y puedan dormir mejor.

SESION III

3.1 Signos de la Ansiedad (15 minutos)

Se escriben en el pizarrón los signos físicos, mentales y conductuales de la ansiedad. En el caso de los signos físicos, se alienta a los pacientes a que enumeren estos signos haciendo notar que estas manifestaciones físicas no son en si alarmantes sino la forma en que se interpretan. En el caso de los signos conductuales, se enumeran las tres alteraciones de conducta como son huir, paralizarse y evitación, comentando cada una de ellas. Del mismo modo se comentan los signos mentales o alteraciones de pensamiento como son: pensamiento obsesivo en el futuro, pensamiento catastrofista, y pensamiento perfeccionista.

3.2 Terapia de escucha (40 minutos)

Se les pide a los pacientes que hablen de sus experiencias sobre los signos de ansiedad, como los interpretan y como manejan estas sensaciones. Se les invita a que reflexionen sobre la ganancia secundaria que la manifestación de la ansiedad tiene en sus vidas, pidiéndoles que lo reflexionen y lo comenten en la siguiente sesión.

3.3 Relajación neuromuscular progresiva (20 minutos)

Se realizan los ejercicios de relajación que se enseñaron la sesión pasada, y posteriormente se les pide a los pacientes que se acuesten en una postura cómoda, evitando comprimir cualquier parte del cuerpo con otra y se procede a llevar a cabo la relajación neuromuscular, creando primero tensión y luego liberándola bruscamente.

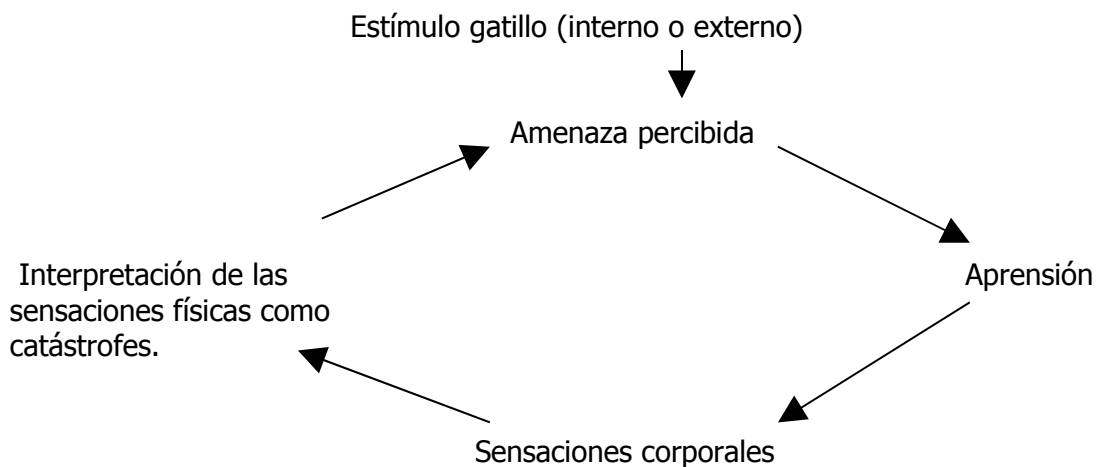
Siguiendo un orden caudo-cefálico, se empieza tensando los pies manteniendo la tensión durante tres segundos y soltándola después rápidamente, del mismo modo se sigue trabajando con otros grupos musculares hasta llegar a los músculos de la cara. Se enfatiza con los pacientes la importancia de identificar la diferencia entre tensión y relajación a medida que se avanza en los diferentes grupos musculares.

Los pacientes tienen como tarea llevar a cabo este procediendo todos los días de preferencia antes de dormir.

SESION IV

4.1.1 Circulo vicioso de Ansiedad (15 minutos)

Se explica a los pacientes el mecanismo de retroalimentación de la ansiedad:



4.1.2 Error de pensamiento (pensamiento consecuente)

4.2 Terapia de escucha (40 minutos)

Se alienta a los pacientes a que relaten el manejo que tuvieron de la ansiedad la semana previa y comenten su interpretación de los signos físicos como acontecimientos catastróficos según su propia experiencia.

4.2 Ejercicios de Relajación (20 minutos)

Se pide a los pacientes que se acuesten en una posición cómoda y que tensen todo el cuerpo estirándose al mismo tiempo que inhalan profundamente, al exhalar, se les pide que liberen la tensión y se relajen, esto se repite tres veces.

A partir de esta sesión se utiliza como recurso para ayudarles a profundizar la relajación música que puede ser clásica, con sonidos de la naturaleza o una combinación de ambas. Se realiza nuevamente la relajación progresiva pidiéndoles a los pacientes que tensen los diferentes grupos musculares mientras inhalan y que liberen la tensión cuando exhalan. Al final de la relajación se les pide que hagan un recorrido mental de todo el cuerpo para que identifiquen si tienen algún músculo tenso y liberen la tensión. Se les pide que busquen la música de relajación que mejor se adapte a ellos y que practiquen diariamente lo aprendido.

SESION V

5.1 Modelo de Vulnerabilidad-Ansiedad (15 minutos)

Se habla a los pacientes sobre las causas que desencadenan la ansiedad, haciendo énfasis en que no existe una única causa sino un complejo grupo de factores que interaccionan entre si, y que la vulnerabilidad a la ansiedad es tanto fisiológica como psicológica. Se manejan Factores predisponentes, Factores protectores y Factores Activadores o desencadenantes de la Ansiedad.

5.1.1 Factores Predisponentes

- Genéticos
- Biológicos tempranos
- De aprendizaje
- Cognitivos
- Temperamento-personalidad
- Tipo de apego

5.1.2 Factores Activadores

- Acontecimientos estresantes

5.1.3 Factores Protectores

- Apoyo social o familiar
- Habilidades sociales

5.2 Terapia de escucha (40 minutos)

Se anima a los pacientes a que expresen sus comentarios y relaten sus experiencias sobre los factores de vulnerabilidad a la ansiedad en su caso particular.

5.3 Ejercicios de Relajación (20 minutos)

Se pide a los pacientes que se acuesten en una posición cómoda, que inhalen y tensen todo el cuerpo relajándose al momento de exhalar, esto se repite tres veces. Se hace el recorrido mental en sentido caudo-cefálico para que detecten músculos tensos y liberen dicha tensión. En esta sesión se utiliza también música de relajación y se emplea una visualización guiada que consiste en llevarlos a imaginar que se sumergen en una tina de agua tibia, se busca inducir la sensación de calor y pesadez en todo el cuerpo. La tarea es realizar diariamente una visualización.

SESION VI

6.1 Relajación como actitud ante la vida (15 minutos)

Se les pide a los pacientes que analicen sus acciones cotidianas, como dormir, comer, caminar, hablar por teléfono, etc. para que detecten si existe tensión en sus movimientos o posturas y una vez que hagan conciencia de dicha tensión modifiquen la forma en que realizan estas acciones y las hagan de una forma relajada, invitándolos a que tomen tiempos de descanso, a que cambien de una actividad a otra por ejemplo de una actividad mental que les produce tensión a una física mas relajada, que planifiquen bien sus tareas y responsabilidades para evitar que estén de prisa y tensionados.

Se les sugiere que en medio de sus actividades cotidianas realicen algo que les guste, por ejemplo leer, escuchar música, trabajar con plantas, etc. Así mismo se analiza con ellos la conveniencia de formarse metas realistas y flexibles.

6.2 Terapia de Escucha (40 minutos)

Se les pide a los pacientes que compartan con el grupo la forma en que realizan sus actividades cotidianas, como se han sentido al realizar la relajación, y si han notado algún cambio en su manejo de la ansiedad.

6.3 Ejercicios de Relajación

6.3.1 Respiración abdominal: Se pide a los pacientes que se acuesten en decúbito dorsal, colocando una mano sobre su abdomen procurando con el uso de cojines que estén cómodos, para que le sea más fácil controlar los cuatro tiempos de la respiración.

Primer tiempo: Inspirar profunda y pausadamente por la nariz y acumulando todo el aire que se pueda en el interior del abdomen. Los pacientes deben dejar que la mano que tienen encima del abdomen se eleve al llenarse éste con el aire.

Segundo tiempo. Una vez que el abdomen quede lleno de aire, se les pide que presionen suavemente con la mano para hacer que el aire que está allí suba hasta el tórax y los pulmones.

Tercer tiempo: Hay que retener el aire en esta posición durante tres segundos, la mano ayuda a hacer esa retención como si mentalmente pudiera sostener el aire en esa zona.

Cuarto tiempo: Se les pide a los pacientes que expulsen el aire por la boca muy lentamente, sonriendo un poco mientras soplan.

6.3.2 Relajación y visualización

Se pide a los pacientes que realicen la respiración abdominal tres veces y que hagan posteriormente un recorrido mental de los pies a la cabeza para detectar músculos tensos y relajarlos. Cuando los pacientes están relajados, para profundizar más en esta relajación, se pone música con sonidos de la naturaleza y se realiza una visualización mental de un jardín, procurando que se usen todos los sentidos en esta visualización. Los pacientes deben realizar la respiración abdominal y la visualización todos los días.

SESIÓN VII

7.1 Reestructuración Cognitiva (15 minutos)

Se les explica a los pacientes, lo que son los pensamientos automáticos, se les aclara que son frecuentes, que parecen verdades evidentes y además suelen ser tan rápidos que pasan inadvertidos, sin embargo están presentes en el trastorno de ansiedad y a veces precipitan una crisis. Se enfatiza la necesidad de identificarlos y explicitarlos, tanto de forma retrospectiva evocando algún evento de ansiedad, como en una experiencia presente.

La reestructuración cognitiva se lleva a cabo identificando estos pensamientos automáticos y sustituyéndolos por otros correctos y funcionales. Se les explica a los pacientes que no se trata de cambiar las emociones sino de cambiar los pensamientos que generan emociones negativas.

7.2 Terapia de Escucha (40 minutos)

Se les pide a los pacientes que recuerden algún evento de ansiedad evocando las emociones y pensamientos que tuvieron en ese momento, tratando de identificar pensamientos automáticos, pidiéndoles que lo compartan con el grupo. Se hace un análisis de los casos expuestos y retomando la reestructuración cognitiva se les cuestiona como van a sustituir estos pensamientos automáticos por otros positivos y funcionales.

7.3 Relajación (20 minutos)

7.3.1 Ejercicios de relajación

Se pide a los pacientes que realicen los ejercicios de calentamiento para liberar la tensión residual que se enseñaron en las sesiones previas, después se acomodan en una postura cómoda ya sea sentados o acostados, y se les ordena que recorran mentalmente su cuerpo tratando de descubrir cualquier signo de tensión y lo eliminen.

7.3.2 Concentración mental

Una vez relajados, se les dice a los pacientes que cierren los ojos y se imaginen que están frente a una barda que ellos pintan de blanco y en ella posteriormente dibujan del color que quieran un ocho horizontal, repasando este dibujo cinco veces. Después vuelven a pintar la barda de blanco y dibujan del color que quieran una espiral formándola de afuera hacia adentro, repasando este dibujo también cinco veces. Se les deja de tarea realizar estos ejercicios en casa todos los días.

SESION VIII

8.1 Auto instrucciones (20 minutos)

Se les explica a los pacientes en que consiste esta estrategia y para que sirve. En primer lugar les va a servir para controlar la ansiedad, la ira y el dolor y ayudar a cambiar las perspectivas en las emociones negativas.

Se les propone que se conviertan en su consejero interior o en "su maestro interior" según lo denomina McMullin, para que puedan evaluar dar consejos o proponer nuevas estrategias o principios. Para lograr esto se les aconseja crear imágenes mentales o incorporar algún personaje en la imaginación que les de fortaleza ante la ansiedad. Las autoinstrucciones son afirmaciones positivas que deben prepararse y practicarse con anticipación para poder utilizarse ante una situación de ansiedad.

8.2 Terapia de escucha (35 minutos)

Se anima a los pacientes a preparar autoinstrucciones y compartirlas con el grupo comentando en que situaciones de su vida personal las pueden utilizar y que tipo de pensamientos negativos sustituyen.

8.3 Relajación (20 minutos)

Se invita a los pacientes a que adopten una postura cómoda, se hacen tres respiraciones abdominales y realiza una visualización recorriendo todo el cuerpo detectando zonas de tensión y relajándolas. Posteriormente cuando los pacientes están relajados, se leen frases que constituyen afirmaciones positivas y que pueden servir a los pacientes como motivos de reflexión o ejemplos de autoinstrucciones. En esta relajación se utiliza también música con sonidos de la naturaleza. En los últimos 5 minutos de esta relajación se les pide que evoquen un lugar o una situación donde se han sentido seguros o felices y se les pide que la asocien con las autoinstrucciones

SESION IX

9.1 Manejo de Crisis de Angustia (20 minutos)

Se les explica a los pacientes cual es el origen de las crisis de angustia, los síntomas y las características, resaltando el hecho de que aunque el paciente se siente en peligro de muerte, en realidad no lo está.

Se enumeran algunos recursos para afrontar las crisis:

- Decir algunas de las frases de afrontamiento o autoinstrucciones que previamente preparo. Repetir varias veces esas frases de afrontamiento
- Prestar atención al entorno con calma.
- Utilizar la respiración abdominal, que con antelación se practico.
- Vivir el momento presente, sin realizar predicciones catastróficas para el futuro.

9.2 Terapia de escucha (35 minutos)

Se invita a los pacientes a comentar sobre los síntomas que aparecen durante sus crisis, que comenten que han hecho al respecto, y se les aclara alguna duda respecto a su caso.

9.3 Relajación: (20 minutos)

Se les dan indicaciones a los pacientes para que se pongan cómodos, para empezar la relajación es esta ocasión se les informa que vamos a comenzar con los ejercicios de calentamiento.

Posteriormente se les pone un video con música e imágenes de la naturaleza y se les pide que se concentren, después de ver el video se les dice que cierren los ojos, que describan el paisaje y que se visualicen allí. Como tarea se le pide al paciente que traiga de forma escrita para la siguiente sesión las conclusiones a las que llego después de asistir al grupo, que lo traiga planteado como un cuestionario, por ejemplo: ¿qué aprendí en este grupo? ¿para que me sirvió el grupo?.

SESION X

Evaluación (75 minutos).

10.1 Durante esta sesión se revisa la tarea, y se hace una evaluación verbal por parte de los pacientes. Se aclaran dudas en general.

10.2 Se les aplica un cuestionario a los pacientes para evaluar su avance.

10.3 Se refuerza lo aprendido, llevando a cabo algunos ejercicios de relajamiento y respiración.

CUESTIONARIO DIAGNOSTICO PARA EL TAG

El cuestionario diagnóstico para el TAG, fue diseñado para ser auto-administrable y puede aplicarse individualmente o en grupo. Las instrucciones completas están impresas en el cuestionario y contestarlo no tiene límite de tiempo. Los pacientes generalmente requieren de 10 a 15 minutos para contestar, aunque aquellos con nivel educativo bajo o nulo requieren más tiempo y asesoría.

El cuestionario se elaboró para obtener medidas objetivas de auto evaluación. Su estrategia de construcción consistió en seleccionar cuatro grupos de reactivos que abarcaran la esfera conductual, cognitiva, fisiológica y emocional, ya que el trastorno de ansiedad generalizada afecta estas cuatro áreas de la personalidad.

Al principio de la elaboración del cuestionario, se investigaron 80 reactivos, 20 para cada área, de estos 20 se escogieron 10 que fueran los mas representativos de las manifestaciones del TAG en los pacientes, y cuando finalmente se obtuvieron los 40 reactivos, se organizaron al azar para su distribución actual.

Para llevar a cabo la validez y confiabilidad de este instrumento de medición se muestreo en una población de 137 sujetos, haciéndolo de manera intencional por cuota, que incluye población general y muestra clínica. Para determinar la validez se realizó un análisis factorial con la prueba de rotación VARIMAX con normalización Kaiser y para la confiabilidad se llevó a cabo el estudio de Alpha de Cronbach.

CAPITULO IV

ANALISIS DE RESULTADOS

La Terapia desarrollada en la presente Tesis se aplicó en un grupo de pacientes que representaban una muestra clínica ya que tenían todos un diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada, buscando encontrar si existía una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de ansiedad de los pacientes antes y después de la terapia.

El instrumento de medición utilizado para la valoración de los niveles de ansiedad en los pacientes, fue un cuestionario construido a partir de la investigación de 80 reactivos que corresponden a cuatro áreas específicas de las manifestaciones del TAG, que son: fisiológica, conductual, cognitiva y emocional

Se seleccionaron finalmente 40 reactivos, quedando 10 para cada área, organizados posteriormente al azar. Así quedó integrado el instrumento con 10 reactivos, en el área conductual que se refieren a las alteraciones de conducta que el paciente manifiesta ante una situación de ansiedad; el área emocional se refiere a las emociones negativas del paciente; el área fisiológica comprende los cambios orgánicos que se desencadenan ante un episodio de ansiedad, y el área cognitiva se refiere a los pensamientos catastrofistas, automáticos, y cogniciones negativas de los pacientes.

Para llevar a cabo la validez y confiabilidad del Cuestionario Diagnóstico de Ansiedad, se realizó un análisis factorial con la prueba de rotación VARIMAX con normalización Kaiser, usando una muestra intencional por cuota en población general y muestra clínica de 137 sujetos, obteniéndose cuatro factores con un valor Eigen superior a 1 como se describe a continuación:

FACTOR FISIOLÓGICO: Es el primer factor que emerge y está constituido por 14 ítems; tiene una varianza de 39.94% y corresponde al área fisiológica, que es la que engloba los síntomas de manifestación clínica. Este factor es el de mayor peso ya que cuando aumenta la ansiedad, lo primero que el paciente percibe son las alteraciones fisiológicas y también porque algunas manifestaciones emocionales o conductuales las interpreta como cambios fisiológicos.

FACTOR EMOCIONAL: Es el segundo factor que surge y está constituido por 10 ítems; con una varianza de 6.26% y corresponde al área emocional misma que refleja el estado anímico del paciente, el cual se altera intensamente debido al miedo que experimenta al sentirse ansioso.

FACTOR COGNITIVO: Emerge en tercer lugar y está constituido por 6 ítems; con una varianza de 4.46% y corresponde al área cognitiva que refleja las alteraciones en el pensamiento de los pacientes debido al trastorno de ansiedad.

FACTOR CONDUCTUAL: Es el último en surgir y esta constituido por 4 ítems; con una varianza de 3.88 % y corresponde al área conductual que manifiesta las alteraciones en la conducta del paciente cuando aumenta la ansiedad.

En el caso de los factores cognitivo y conductual, puede observarse que son los de menor peso puesto que muchas de estas manifestaciones no resultan claras para los pacientes que están mas acostumbrados a percibir y manejar las alteraciones orgánicas y del estado de ánimo por lo que algunos cambios en la conducta y en el pensamiento, los interpretan como cambios fisiológicos o emocionales.

Para determinar la confiabilidad del cuestionario se realizó el estudio de Alpha de Cronbach, obteniéndose con los 137 sujetos, una escala alfa de .9591. Esto nos permite afirmar que el instrumento en cuestión, tiene confiabilidad a un 95.91 %. Por lo que puede decirse que el cuestionario tiene validez y confiabilidad aceptables.

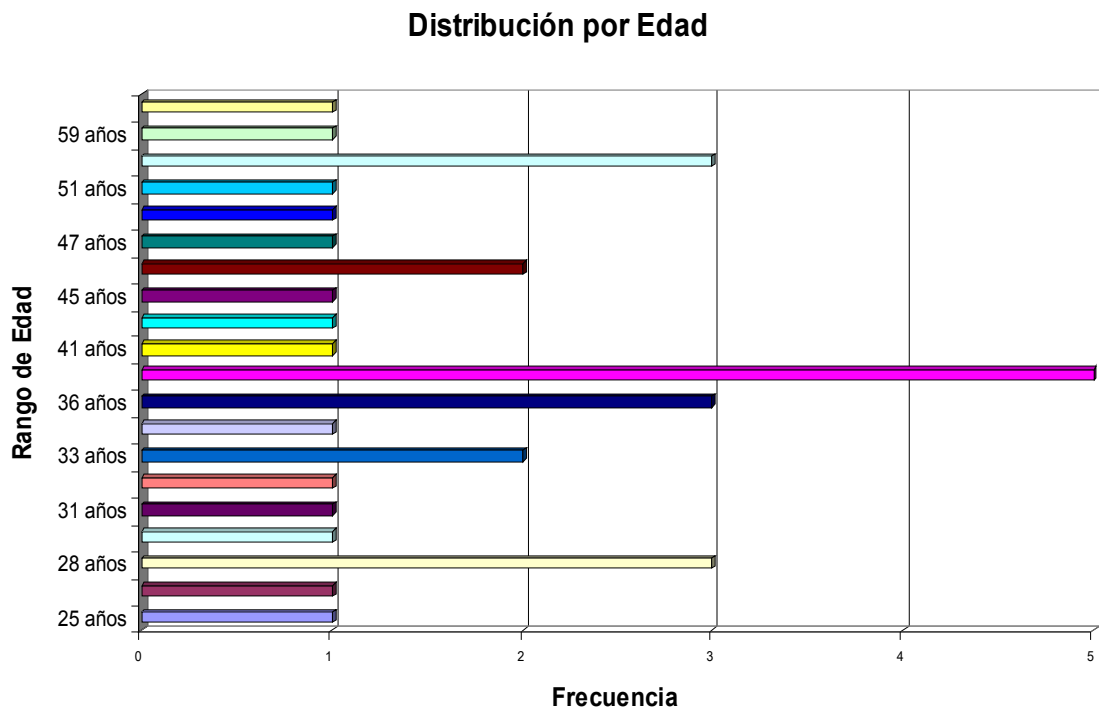
El grupo de estudio al que se le aplicó la Terapia, se formó con 32 pacientes del Departamento de Psiquiatría de CECOSAM (Centro Comunitario de Salud Mental) Zacatenco, teniendo todos un diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada (CIE 10 F41.1). El criterio de selección fue el siguiente: mayores de edad, sexo indistinto y estar en tratamiento psiquiátrico en la Institución. De cada paciente se recabaron los siguientes datos sociodemográficos: Edad, estado civil, número de hijos, escolaridad, ocupación y sexo, datos que se analizaron descriptivamente para obtener un perfil de la muestra.

Con la finalidad de analizar los datos obtenidos a partir de la aplicación del instrumento, se utilizó SPSS para Windows v. 11.0, dividiendo el análisis de resultados en tres fases: análisis descriptivo de la población, perfil de ansiedad pretest y postest y análisis de comparación.

La primera parte del análisis, referente a las características sociodemográficas de la población, se incluye únicamente para acotar el perfil del paciente con ansiedad en la población estudiada, permitiendo observar los siguientes resultados:

ANALISIS SOCIODEMOGRAFICO

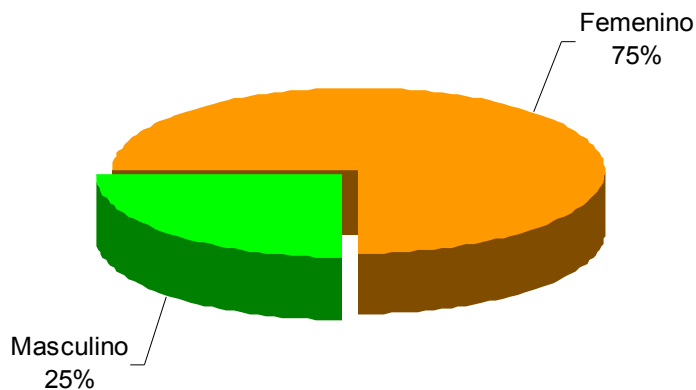
Edad: El grupo se distribuyó en un rango que va de 25 a 63 años, con una media de 39.88 años y con una distribución como se observa en la siguiente gráfica:



Gráfica No. 1

Sexo: Otro de los aspectos que en materia de datos sociodemográficos fue evaluado, correspondió al sexo, al respecto, la mayor proporción, correspondió a las mujeres (75%), tal y como puede observarse en la siguiente gráfica:

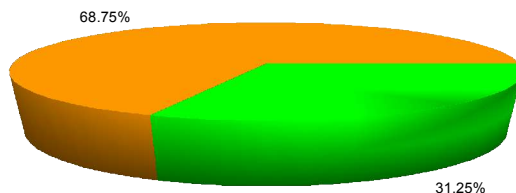
Distribución del Grupo por Sexos



Gráfica No.2

En lo que respecta a la Escolaridad, se pudo observar que se distribuyó en un rango que va desde primaria hasta licenciatura completa, encontrándose que el 81.3% había terminado la educación media superior, como se puede apreciar en el siguiente gráfico:

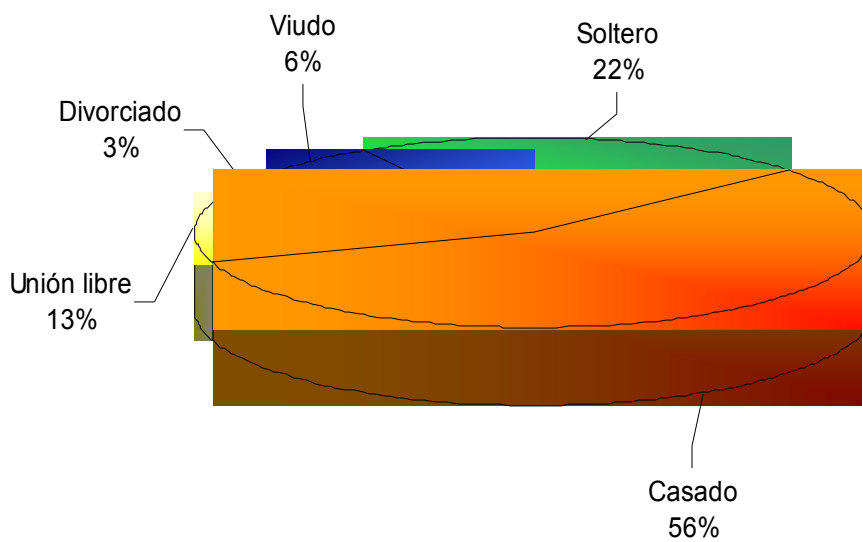
Distribución del grupo por Escolaridad



Gráfica No. 3

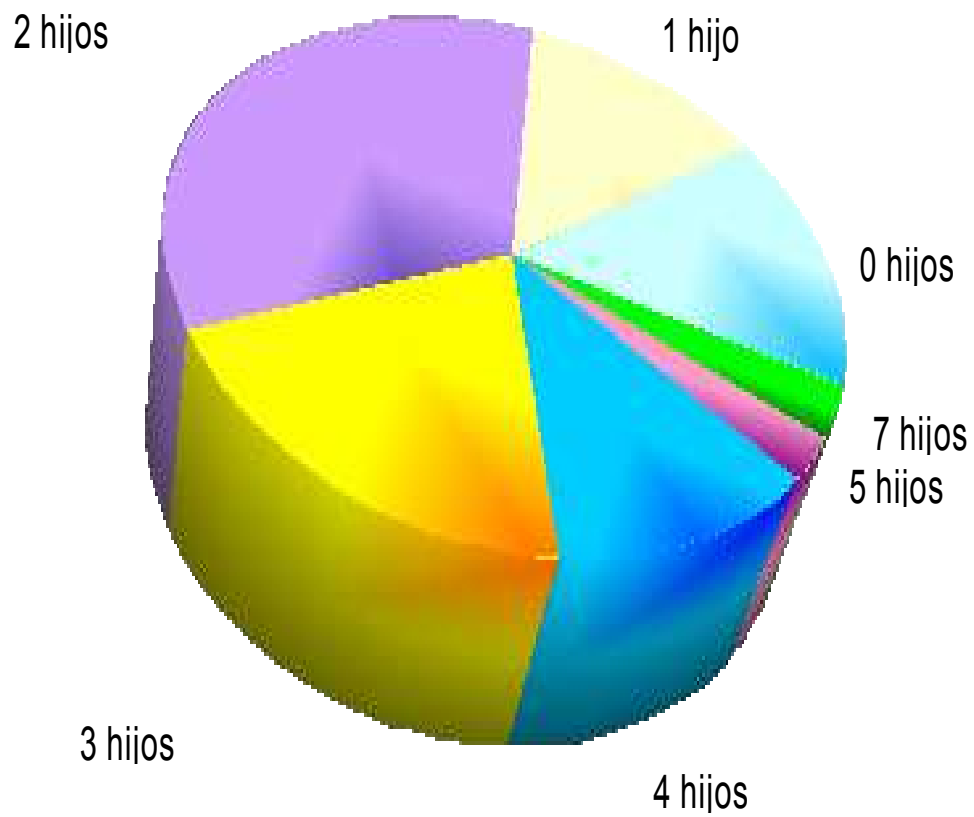
Estado Civil: Se consideraron las siguientes categorías de estado civil. Soltero, casado, divorciado, viudo y unión libre, encontrándose que el 56.3% de los pacientes estaban casados, mostrando el grupo una dispersión como se muestra en el siguiente gráfico:

Distribución del grupo por Estado Civil



Gráfica No. 4

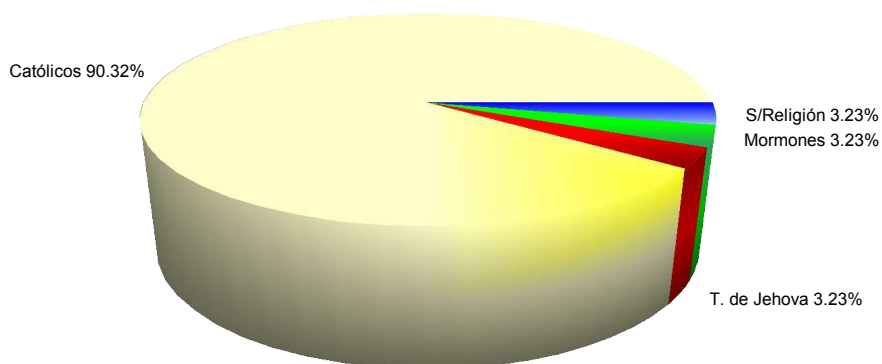
Número de Hijos: El número de hijos en los pacientes del grupo, se distribuyó en un rango que va de cero a siete hijos, con una media de 2 según se aprecia en el siguiente gráfico:



Gráfica No. 5

Religión: La religión profesada por los miembros del grupo, se clasificó como: católica, cristiana, mormona, testigo de Jehová y sin ninguna religión, encontrándose que el 87.5% de los pacientes pertenecen a la religión católica, con una distribución como se muestra en el gráfico siguiente:

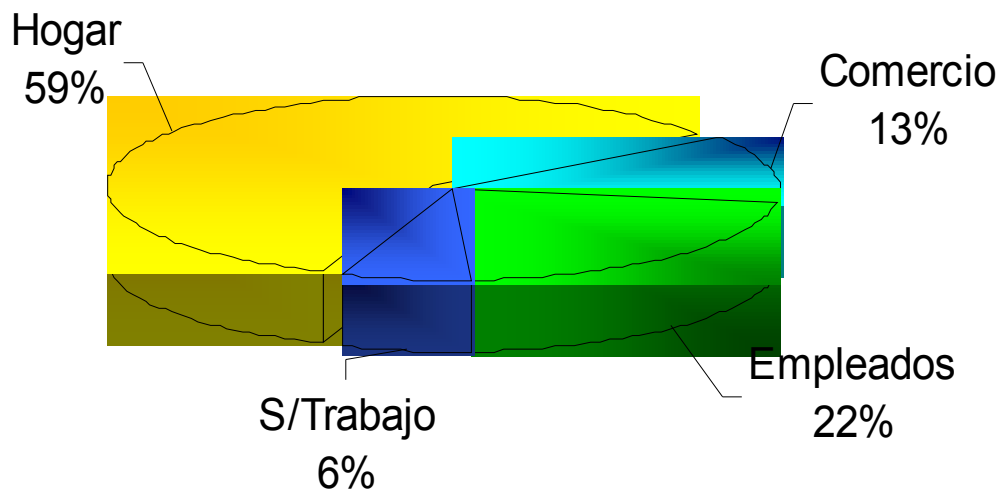
Distribución del grupo por Religión



Gráfica No. 6

Ocupación: La ocupación de los integrantes del grupo se clasificó como: hogar, comerciante, empleado y sin empleo, encontrándose que el 59.4% de los pacientes se dedican al hogar, como se muestra en el gráfico siguiente:

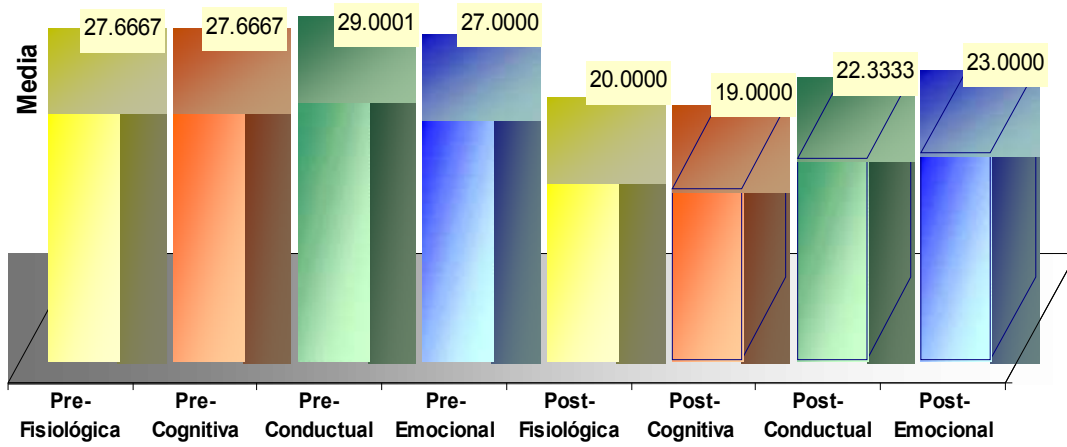
Distribución del grupo por ocupación



Gráfica No. 7

Durante el desarrollo de la terapia, observamos que algunos pacientes tomaban medicamentos ansiolíticos y otros no, esto se nos hizo interesante por lo que aunque no estaba contemplado en el protocolo de la Tesis, hicimos un análisis de estos pacientes para ver si había alguna variación estadísticamente significativa en la respuesta a la terapia con el uso del fármaco. Como se puede observar, en el grupo que tenía también terapia farmacológica, existe una diferencia significativa en la respuesta de los pacientes antes y después de la terapia, con lo cual concluimos que la terapia cognitivo-conductual es más efectiva cuando se combina con terapia farmacológica por lo que durante el proceso terapéutico se buscó el apego de los pacientes al medicamento. Se incluyen a continuación las gráficas correspondientes a la utilización del fármaco antes y después de la aplicación de la terapia.

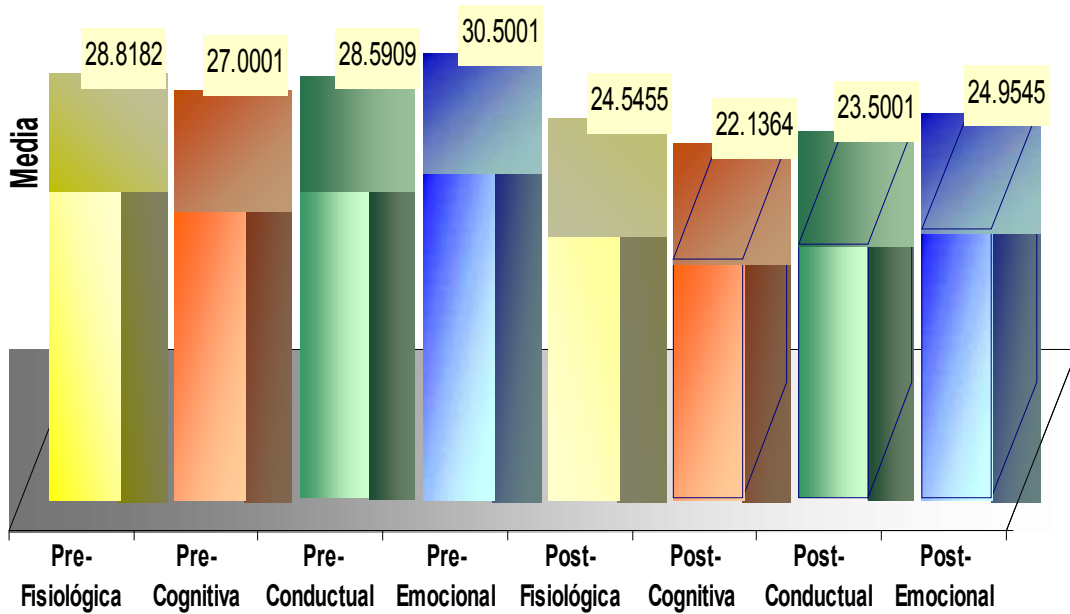
Gráfica de comparación Pre y Post Test Grupo sin Fármaco



Areas del TAG

Gráfica No.8

Gráfica de comparación Pre y Post Test Grupo con Fármaco



Areas del TAG

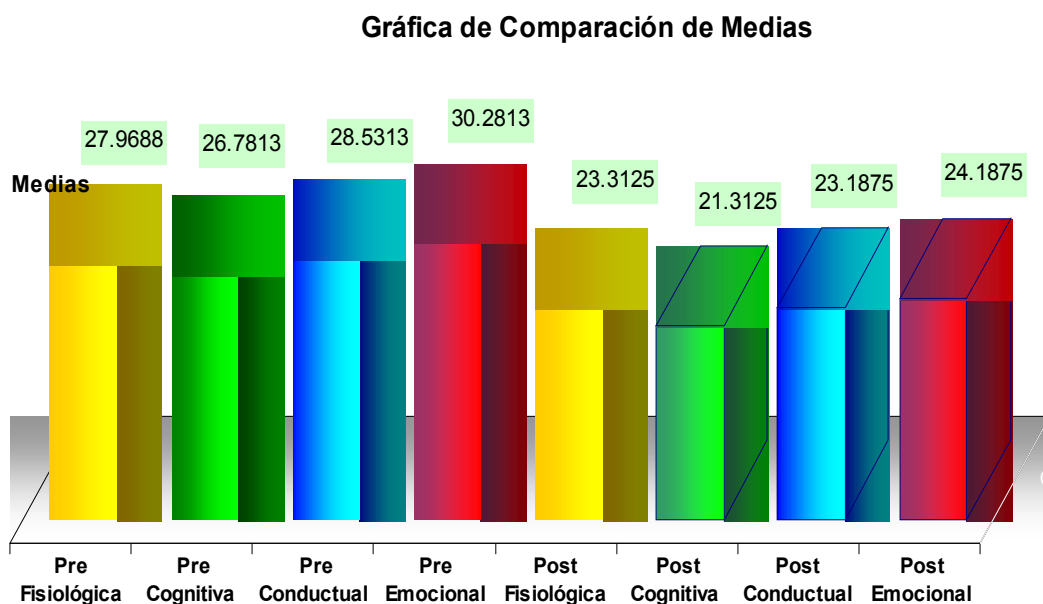
Gráfica No. 9

Tabla # 1 COMPARACION PRE TEST Y POST TEST CON FARMACO

Variable	Media	Desv. Std	N	t	gl	sig
Prefisiológica	28.8182	8.26718	22	3.149	21	.005
Posfisiológica	24.5455	7.84206	22			
Precognitiva	27.0000	6.15668	22	3.831	21	.001
Poscognitiva	22.1364	5.33002	22			
Preconductual	28.5909	7.60738	22	3.749	21	.001
Posconductual	23.5000	6.08472	22			
Premocional	30.5000	7.52614	22	3.605	21	.002
Posemocional	24.9545	6.35068	22			

ANALISIS ESTADISTICO PRE Y POST TEST

Se procedió a hacer un análisis de frecuencias para obtener los perfiles de comparación entre los grupos tomando en cuenta los valores pre-test y pos-test, observándose una importante diferencia en ambos grupos según se puede ver en la siguiente gráfica:



Áreas del TAG

Gráfica No 10

En esta comparación pre-test y post-test, las mayores diferencias se encuentran en las áreas emocional y cognitiva, seguidas del área conductual y fisiológica. Estas diferencias representan una disminución importante en la sintomatología del paciente, quien al entender mejor su trastorno (área cognitiva), reduce la angustia y las manifestaciones emocionales que acompañan al TAG (área emocional), lo cual se ve reflejado en la gráfica anterior.

Las modificaciones observadas en el área conductual, representan no solo el trabajo del paciente durante la terapia, sino también los cambios que necesita generar en su entorno familiar, social y laboral por lo que requieren más tiempo para concretarse totalmente.

Para corroborar que las diferencias obtenidas observadas en los perfiles anteriores, resultan estadísticamente significativas, se aplicó una prueba de comparación de medias para grupos relacionados (t de Student), como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla # 2 Comparación Pretest – Postest Trastorno de Ansiedad Generalizado

Variable	Media	Desv. estándar	N	t	gl	significancia
Prefisiológica	27.9688	7.60511	32	4.221	31	.000
Postfisiológica	23.3125	7.42896	32			
Precognitiva	26.7813	5.69513	32	5.362	31	.000
Postcognitiva	21.3125	5.84994	32			
Preconductual	28.5313	7.21997	32	4.982	31	.000
Postconductual	23.1875	6.30636	32			
Preemocional	30.2813	6.92929	32	4.84	31	.000
Postemocional	24.1875	5.91028	32			

Tal y como puede verse en la tabla anterior las diferencias observadas entre cada una de las diferentes áreas evaluadas son estadísticamente significativas, obteniendo para todos los casos un nivel de significancia de $\alpha=0.000$.

Al respecto, es importante mencionar, que la disminución observada en cada una de las áreas, implicó para los pacientes una mejoría en la sintomatología asociada con el trastorno de ansiedad generalizada como efecto de la práctica terapéutica, esto es, que la terapia les permitió realizar cambios en su conducta habitual y adquirir habilidades como respiración, relajación, visualización, etc. que significó en los pacientes el poder controlar la sintomatología del TAG y mantenerla en niveles tales que pudieran realizar sus actividades diarias de manera funcional y adaptativa.

De manera particular, se puede observar que las mayores diferencias se obtuvieron en las áreas emocional y cognitiva, de tal forma que el efecto de la terapia aplicada se reflejó principalmente en la disminución de la inquietud generalizada y persistente que los pacientes presentaban como un componente importante de su trastorno, disminuyendo también el sentimiento de culpa por estar enfermos expresado por muchos de ellos, ya que la manifestación de la sintomatología del TAG resulta en muchos casos social y familiarmente inaceptable.

La disminución observada en el área cognitiva, refleja una modificación en el patrón de pensamiento de los pacientes, estos aprenden a conocer lo que les pasa como parte de la sintomatología del TAG, controlan los pensamientos automáticos, aprenden a utilizar las auto instrucciones y adquieren en general, más confianza en si mismos y en sus recursos para enfrentar el miedo y la inquietud constante.

Así como existe un círculo vicioso donde cada área del TAG se refuerza e incrementa con la presencia de las demás, también la mejoría en un área se refleja como una mejoría en las otras, por lo que cuando un paciente se siente mejor con menos miedo y

preocupaciones, piensa mejor y su pensamiento tiende a ser realista y menos obsesivo y catastrófico, de la misma forma si el paciente está físicamente funcional y tranquilo, su conducta es adaptativa y socialmente aceptable.

CAPITULO V

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El Trastorno de Ansiedad Generalizada es una enfermedad con gran prevalencia entre la población, tiene una alta tasa de compromiso psicosocial y físico y presenta una evolución con tasas elevadas de cronicidad y recurrencia de más del 70%. Muchos pacientes poseen algún otro trastorno asociado, por ejemplo depresión, lo cual conduce a un escaso índice de recuperación y a un mayor porcentaje de recaídas que cuando se da el Trastorno de Ansiedad Generalizada solo. Estos trastornos, con sus diferentes manifestaciones causan un daño social significativo: pérdida de productividad; aumento de la utilización de los recursos de salud y un perjuicio directo al paciente, dado que alteran su funcionamiento psicosocial. Es por esto que el reconocimiento diagnóstico y tratamiento de la ansiedad, constituyen un desafío para los médicos de asistencia primaria ya que los pacientes frecuentemente se presentan con quejas somáticas y no con síntomas clásicos de ansiedad, siendo el objetivo último no solamente lograr la remisión de la enfermedad, sino recuperar totalmente la calidad de vida.

Rapee (1991) también señala que el TAG es el trastorno de Ansiedad "más normal", por la frecuencia de preocupaciones actuales que hay en la población general y por el hecho de que parece basarse en un continuum de mayor intensidad que los rasgos normales de ansiedad. Sin embargo, debe reconocerse que en el TAG, la forma desproporcionada de preocuparse que tiene el enfermo, difiere considerablemente de las preocupaciones y angustias que todos experimentamos a veces y que el trastorno se desarrolla, una vez que los síntomas tienen suficiente severidad o duración para interferir con la vida o actividad de quien lo padece (Alfredo H. Cía.2001).

El trastorno de ansiedad generalizada, representa para la persona que lo padece, incapacidad para enfrentarse a la vida. Es un trastorno que inhabilita al paciente y lo encierra en sus miedos y ansiedades, el costo a nivel personal es alto, el paciente se ve afectado en su desempeño social y laboral, se altera por situaciones que evita, que son muchas y variadas, y estas incrementan sus miedos o los despiertan.

Por las características del trastorno y las repercusiones que presenta el TAG en la vida de quienes lo padecen, se diseñó la presente terapia utilizando la modalidad grupal y la orientación cognitivo-conductual, pudiéndose comprobar estadísticamente que es una técnica eficaz que permite encontrar diferencias significativas en la valoración de los pacientes antes y después de aplicar la terapia.

El empleo de técnicas cognitivo-conductuales para este trastorno, se menciona resaltando la especificidad del contenido cognitivo (Breitholtz, 1999). El TAG, se describe mejor como un trastorno predominantemente "cognitivo" (Borkovec, Robinson, Pruzinski & DePree, 1983). También hay pruebas de que el proceso de meta-preocupación (es decir, la preocupación por preocuparse), contribuye al alto grado de preocupación patológica en el TAG (Wells & Carter 1999). La eficacia del tratamiento

basado en la teoría cognitivo-conductual respalda su validez, ya que esta teoría propone que los pensamientos automáticos y pesimistas constituyen un mecanismo por los que persiste la preocupación crónica (Stein, J.D. & Hollander, E. 2005).

En esta terapia, se utilizan algunas estrategias y técnicas de la Terapia Cognitivo-Conductual tales como: reestructuración cognitiva, afrontamiento, auto instrucciones e identificación de pensamientos automáticos, así como relajación, respiración, visualización. Se implementó la relajación con el objetivo de que el paciente redujera la tensión motora, (característica, predominante en este trastorno) y la presencia de síntomas cardiocirculatorios y respiratorios.

La psicoeducación se incluyó principalmente porque casi todos los pacientes mejoran cuando se les ofrece información sobre su trastorno. El conocimiento es un factor determinante para el cambio según (Stein, J.D. & Hoollander, E. 2004), educar al paciente para que tenga una visión general de su enfermedad es muy importante, permite que disminuya el temor a lo desconocido, les da una esperanza de recuperarse y los motiva para continuar con el grupo. En esta Terapia observamos que los pacientes en la segunda sesión, al recibir información sobre su trastorno, se tranquilizaban, y eran más abiertos y participativos con los demás. Esto puede atribuirse a que disminuye su miedo a lo desconocido cuando reciben información sobre las características del TAG, aprenden que lo que les pasa es una enfermedad, que no se están volviendo locos, y que pueden llegar a controlarla.

Se utilizó en la terapia la técnica de reestructuración cognitiva ya que ésta le permite al paciente identificar los pensamientos automáticos y los errores de pensamiento que son los generadores principales de ansiedad. El objetivo de esta técnica es que el paciente analice y discuta estos pensamientos erróneos y los sustituya por otros correctos y funcionales, tratando de descubrir y explicitar esos pensamientos o diálogos internos (Pallares, M. E. 2002). Observamos durante la terapia, que a partir de la sexta o séptima sesión, los pacientes utilizaban esta técnica en su vida cotidiana para enfrentar situaciones ansiógenas que normalmente evitaban o no sabían como resolver, y esto permitió que algunos de ellos, retomaran actividades laborales o sociales que habían abandonado por su trastorno.

Durante la terapia de escucha, los pacientes externaban sus pensamientos y preocupaciones teniendo la oportunidad de analizarlos y redimensionarlos al compartirlos con el grupo, lo que brindó la oportunidad de sustituir estos pensamientos automáticos, que parecen verdades evidentes, por otros positivos y funcionales, empleando de este modo la reestructuración cognitiva. Esta parte de la terapia fue muy importante en la recuperación de los pacientes, ya que podían compartir estrategias, valorar avances o retrocesos y sentirse también acompañados en su lucha contra el TAG.

La relajación es un componente muy importante para combatir la ansiedad. La ansiedad incluye una elevación, a veces repentina, de la activación fisiológica y mental, aumento del ritmo del corazón, tensiones musculares, sudoración, alteraciones del aparato digestivo, preocupaciones, inquietud, etc. según la teoría cognitivo-conductual, su misión es reducir los correlatos fisiológicos de la preocupación y de la ansiedad al reducir el grado de activación general del paciente (Stein, J. D: & Hollander, E: 2004). Cuando al paciente

se le enseña la técnica de la relajación, queda maravillado, no comprende como es posible que únicamente con tensionar y aflojar los músculos estos se sientan bien. La música y la visualización ayudan al paciente para profundizar en la relajación. La visualización, se usa, para que el paciente traslade su imaginación al bosque, a la playa, o a un baño reconfortante y obtenga otra visión de la vida, se les explica a los pacientes que así como tienen la capacidad de imaginar catástrofes a su alrededor también es posible visualizar imágenes reconfortantes. La música es otra herramienta importante para profundizar la relajación ya que funciona a nivel fisiológico ayudando al paciente a enlentecer la respiración, disminuye el pulso y la presión sanguínea, hay menor activación de las ondas cerebrales, disminución de la actividad muscular, cambio del trazado eléctrico del organismo y cambio favorable del sistema inmunitario(Thaut ,1989).

La relajación en esta terapia fue una actividad muy importante, que a los pacientes les pareció interesante y amena, se hizo evidente que utilizaban los ejercicios de calentamiento muscular como una ayuda inmediata ante los primeros signos fisiológicos de ansiedad, pudimos percatarnos que si practicaban la relajación en casa ya que cada vez les era más fácil relajarse. Algunos pacientes enseñaron a su familia a relajarse mejorando de este modo sus relaciones familiares.

La terapia sirvió para que los pacientes clarificaran, sus emociones, cogniciones, vida familiar, laboral y relación interpersonal. Así mismo para cambiar sus conductas, sus pensamientos y hacer una reevaluación de su vida.

Diversos estudios han probado, que la mayor incidencia del Trastorno de Ansiedad Generalizada en países de habla hispana, ocurre en mujeres que son amas de casa, casadas, de escasos recursos económicos y que acuden a servicios públicos de salud en atención primaria (Alfredo H. Cía 2001). Al respecto en el presente estudio, se encontró que el perfil típico del paciente con Trastorno de Ansiedad Generalizado, es mujer, lo cual concuerda con lo señalado anteriormente y también con lo que menciona el DSM-IV-TR, donde se dice que la relación entre hombres y mujeres con este trastorno es de 75% mujeres y 25% hombres, encontrándose en la presente tesis la misma relación entre sexos.

En el análisis de los datos sociodemográficos, encontramos una relación entre la incidencia del Trastorno de Ansiedad Generalizada y la falta de educación superior, ya que en la muestra de población estudiada se encontró que los pacientes con educación media básica eran quienes presentaban con mayor frecuencia el trastorno, en el National Comorbidity Survey estadounidense, el trastorno de ansiedad es 2.82 veces mas común entre los que no habían completado los estudios superiores que entre los que tenían un título universitario o superior. Este mismo estudio, respalda también con firmeza la asociación entre los ingresos económicos reducidos y el diagnóstico de un trastorno de ansiedad.

Respecto a los otros datos del perfil típico del paciente con ansiedad que encontramos en este estudio, como es estado civil, casada y madre de dos hijos, en el trabajo de Alfredo H. Cía en Argentina, se menciona que las mujeres casadas y madres de familia son los sujetos mas vulnerables para padecer un trastorno de ansiedad.

Parece interesante encontrar que el perfil del paciente con ansiedad corresponda a una mujer casada, madre de familia y dedicada al hogar, con niveles altos de ansiedad que se manifiestan como un trastorno que afecta su calidad de vida y su forma de relacionarse con la familia. Esto contradice la imagen que manejamos culturalmente en nuestro país, donde se considera que una mujer que no trabaja fuera de casa, tiene pareja e hijos y tiene aceptación social, es alguien que "no tiene problemas". Durante el desarrollo de la terapia se observó inclusive que algunas pacientes en estas condiciones se mostraban avergonzadas por padecer este trastorno de ansiedad.

En cuanto al desarrollo de la terapia, queremos destacar que se estableció una alianza terapéutica que permitió la adherencia de los pacientes con el tratamiento dando lugar a que se formara realmente un grupo de apoyo donde los sujetos aprendieron a relacionarse nuevamente sin temor en medio de la gente, ya que el ambiente era cordial y empático sobre todo en la terapia de escucha. En este mismo espacio, los pacientes se tranquilizaron al comprender que no se estaban volviendo locos, que lo que sentían no era signo de "muerte inminente" y que sus síntomas pertenecían a una enfermedad real que puede ser controlada, lo que les daba esperanza en su mejoría.

Respecto a las técnicas de relajación, aunque se utilizaron las técnicas clásicas mencionadas en la literatura, como relajación progresiva, visualización, música, etc., se introdujo una modalidad de ejercicios previos que permitieron a los pacientes sacar la tensión acumulada durante el día haciendo más rápido y fácil el aprendizaje de la técnica para relajarse. Estos ejercicios implicaban también que los pacientes se tocaran entre sí al darse un breve masaje en la espalda, lo que en las dos primeras sesiones llevo a varios sujetos a negarse a ser tocados, situación que cambió cuando se integraron al ambiente grupal.

Se desarrolló un Cuestionario Diagnóstico de Ansiedad para medir los niveles de ansiedad en los pacientes, por lo que se elaboró uno basándose en la sintomatología más frecuente que presentan los pacientes con este trastorno, misma que se agrupó en las cuatro áreas de influencia mencionadas en la literatura: emocional, cognitiva, conductual y fisiológica. Esto permitió identificar mejor los niveles de ansiedad y verificar si se efectuaba o no un cambio estadísticamente significativo en los mismos debido a la terapia, dándose también la oportunidad de observar cual o cuales áreas son más susceptibles de modificación. Se hizo un estudio de validez y confiabilidad para este Cuestionario utilizando una muestra de 137 sujetos de población general, para la validez se utilizó una prueba de rotación Varimax, que arrojó cuatro factores con valores Eigen mayores a 1, por lo que puede concluirse que el cuestionario es válido y confiable, ya que también el Alpha de Cronbach para la confiabilidad dio un valor aceptable.

Al hacer el análisis estadístico, encontramos que todas las áreas presentan una reducción en los niveles de ansiedad, siendo las modificaciones más significativas en el área cognitiva y el área emocional. Esto se debe probablemente a que uno de los objetivos de la terapia es que los pacientes modifiquen sus cogniciones dando una interpretación menos catastrofista a los acontecimientos que van viviendo, este cambio se empezó a observar a partir de la cuarta sesión en la mayor parte de los pacientes, ya que a través de la psicoeducación, conocen más su enfermedad, disminuye el miedo y les ayuda a

transformar sus cogniciones. Este cambio en el pensamiento, se refleja en sus emociones ya que la angustia disminuye y se sienten con más control en sus vidas.

CONCLUSIONES

- Se encontró que mediante la aplicación de la Terapia Grupal Cognitivo Conductual propuesta, hubo una disminución estadísticamente significativa de los niveles de ansiedad en los pacientes de la muestra estudiada.
- Las áreas de dominio de ansiedad que presentan mayor modificación con la Terapia son el área cognitiva y el área emocional.
- Los pacientes lograron adquirir una respuesta adaptativa para mejorar su calidad de vida, a través de las técnicas conductuales (visualización, relajación, respiración) y de las herramientas cognitivas (psicoeducación y Terapia de escucha)
- Disminuyeron de manera estadísticamente significativa los correlatos fisiológicos, conductuales, emocionales y psicológicos a través de la Terapia propuesta.
- El Cuestionario Diagnóstico de Ansiedad desarrollado en esta Tesis demostró ser un instrumento estadísticamente válido y confiable para la evaluación del Trastorno de Ansiedad Generalizada.
- La Terapia propuesta puede ser aplicada con poca infraestructura de equipo y de personal capacitado por lo que puede resultar una herramienta útil para el tratamiento de la ansiedad en comunidades con pocos recursos económicos.
- La Terapia Grupal Cognitivo Conductual para pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada, cumplió con los objetivos y las Hipótesis de Investigación planteadas.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Una de las limitaciones que tuvimos al realizar la presente Tesis, fue que al poner en práctica la terapia propuesta, la accesibilidad de los pacientes fue un problema, ya que a pesar de que muchas personas tienen un Trastorno de Ansiedad Generalizada no todos están correctamente diagnosticados, por lo que fue un proceso largo el poder reunir el grupo; también resultó limitante el hecho de que tuvimos que ajustarnos a los horarios y disponibilidad del salón donde se dio la terapia, ya que en el Centro Comunitario de Salud Mental donde se llevó a cabo el taller no existe una terapia grupal para ansiedad, por lo que muchos pacientes no pudieron participar en el proyecto ya que dicho horario interfería con su trabajo.

En cuanto al estudio de validez y confiabilidad del Cuestionario Diagnóstico de Ansiedad, también fue una limitante el encontrar sujetos de población general que estuvieran dispuestos a contestar el cuestionario, por lo que el estudio se limitó a 137 sujetos. Al obtener los resultados de validez y confiabilidad del cuestionario, hacemos una aportación que puede ser utilizada en trabajos futuros.

Otra sugerencia que podría llevarse a cabo en un trabajo posterior, es el que la validez y confiabilidad se realicen con más sujetos elegidos de manera aleatoria en la población general y también hacerlas en una muestra clínica con pacientes diagnosticados con TAG.

También resultaría interesante hacer un estudio con grupo control para observar el efecto de la terapia en pacientes con medicamento ansiolítico y sin medicamento.

Dada la importancia del Trastorno de Ansiedad Generalizada, su alta incidencia en la población y los efectos que tiene en la vida laboral y social de las personas, consideramos que sería interesante que existieran más instancias tanto en el sector público de la salud como en el sector privado, donde se diera atención especializada e integral a los pacientes con este trastorno. Así mismo creemos que debe haber una capacitación sobre salud mental a los médicos generales para que el diagnóstico de los trastornos de ansiedad sea oportuno y los pacientes encuentren apoyo terapéutico en las primeras etapas de su enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

- Aluoja, Anu. 1997; citado en Vallejo, J. & Gastón, C ; 1998. Terapias Psicológicas.
- Albano, A. M., March, J. S. & Placentini, J. 1999; en Pallares, E. 2002. La Ansiedad.
- Aston-Jones, D.E. 1997; citado en Humpert, J. ; (2004) Psicoterapias para el trastorno de Ansiedad generalizada.
- Ascher, J. 1991; citado en Vallejo, J. R. & Gastón C. 1998. Terapias Psicológicas.
- Astrom, M. 1996; citado en Vallejo, R. J. & Gastón C. (2000) Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión.
- Barrios, M . F. (2006). Métodos de visualización.<http://www.La relajacion.com>. Extraído el 17 de noviembre, 2007, a las 16:00 horas.
- Bandura, A. 1986; citado en Humpert, J. ; (2004). Psicoterapias para el Trastorno de Ansiedad Generalizada.
- Bartlett, J. 1999; citado en Martí P. (2000) Fundamentos de Musicoterapia.
- Barlow. H. D. & V. M. Durand (1998). Psicopatología: Un enfoque integral. Thomson Internacional.
- Benson, H . (1995). En H. Benson, & M . Klipper. Relajacion,.
New York : Pomaire.
- Bellock, A. & B. Sandin (1995). Manual de Psicopatología Volumen 2 Madrid, Mèxico: Mc. Graw-hill.
- Beck, A .T ., Emery G. & Greenberg, R .L . 1985; citado en Pallares, E. 2002. Pensar mejor.
- Betes, M . (2000). Visión General y Teoría de la Músicoterapia. En P. Martí, Fundamentos de Musicoterapia. España: Morata.
- Bobes, J., Bousoño, M., Portilla, M. P. G., & Sainz P.A. (2002).Evolución conceptual y nosografica. En J. Bobes García, M. P. G. Portilla González & M. Bousoño García, Trastono de ansiedad generalizada. España: Ars Médica
- Bobes, J., Bousoño, M., Portilla, M. P. G. & Sainz P. A. (2002). Etiopatogenia. En P. A. Saiz Martinez, B. Paredes Ojanjuren, J. M. de la fuente Rodrigo & M. Bousoño García, Trastorno de ansiedad generalizada. España: Ars Médica.
- Breitholtz, E. 1999; citado en Hollander M. D. 2004. Teorías Psicológicas.

Brouette, T. & A. W. Goddard. (2005). Patogenia del trastorno de ansiedad generalizada. Stein, J. D. & Hollander, E, Tratado de los trastornos de ansiedad. Barcelona: MASSON

Cannon, W. 1932; citado en Vallejo, J. Gaston, C. (1997). Guía de los Trastornos de Ansiedad.

Chrousos & Gold, 1992; citado en Brouette, T. & Goddard, A. 2005. Patogenia del Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Cia. H. A. (2001). TAG, trastorno de ansiedad generalizada. Argentina: Polemos

Clark, D. M; 1997; citado en Pallares, E. 2002. Pensar mejor.

Corey, G. (1995). Introducción al trabajo en grupo. En G. Corey,, Teoría y Práctica de la terapia grupal. España: Desclée de Brouwer.

Davis, G. , 2000; citado en Stein, D.J. & Hollander, E. (2002) Tratado de los Trastornos de Ansiedad.

Dobson & Block. 1988; citado en Leonor I., Vicente E. & Albert Ellis. 1997

DSM 1V -TR, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (2000) España: MASSON.

England & Dikerson, 1988; citado en Vallejo, J. & Gaston, C. 1998. Clínica.

Ellis, A. (2000). Como controlar la ansiedad antes de que le controle a usted. Barcelona: Paidós.

Frazer. A, Molinoff, P. & Winokurt A. (1996). Trastornos de Ansiedad. En A Winocurt, (Ed.), Bases biológicas de la función normal y patológica del Cerebro. Barcelona: EXPAXS.

Freud, S. 1962; citado en Hollander, E. & Simeon, D. (2001). Teorías Psicológicas.

Gray J. A. 1993; citado en Martínez, J. M. (1995). Ansiedad.

Gelenberg & Rickels, 2000; citado en Hollander, M. D. (2004). Teorías Psicológicas.

Handley, S.L. 1995; citado en Stein, J. D. & Hollander, E. (2004). Patogenia del Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Hoehn-Saric, R. 1988; citado en Hollander, E. & Simeon D. (2004). Guía de Trastornos de Ansiedad.

Hoehn-Saric R., D.R. McLeod, W. D. Zimmerli. 1989; citado en Barlow, H.D. y V. M. Durand, (1988) Psicopatología: Un enfoque integral.

- Hollander, E. & Simeon, D. (2004). Teorías Psicológicas. En E. Hollander, & D. Simeón. Guía de trastornos de ansiedad. Madrid: Elsevier.
- Hollander, E. & Simeón, D. (2001). Diagnostico y Diagnostico diferencial. En E. Hollander, & D. Simeon. Guía de trastornos de ansiedad. Madrid: Elsevier.
- Humpert, J. (2004). Psicoterapia para el Trastorno de Ansiedad Generalizada. En Stein, J. D. & Hollander, E, Tratado de los trastornos de ansiedad.. Barcelona: Ars Medica.
- Ingram & Scott, 1990; citado en Leonor I. Vicente E. & Albert Ellis. 1997. La terapia cognitivo-conductual y la TREC.
- Kofka, 1935; Lewin, 1942; Tolman, 1934; citado en Leonor I. Vicente E. & Albert Ellis 1997. La terapia cognitivo-conductual y la TREC.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1991). El proceso de afrontamiento: una alternativa a las formulaciones tradicionales. En R. Lazarus, & S. Folkman, Estrés y procesos cognitivos. México, D. F. : Roca.
- Leonor I. Lega, Vicente E. Caballo & Albert Ellis. (1997). La terapia cognitivo-conductual y la TREC. En L. Lega, V. Caballo & A. Ellis, Teoria y práctica de la terapia racional emotivo-conductual. España: SIGLO XXI Editores.
- Martínez, J. M. (1995). Ansiedad. En J. Martínez,, Psicofisiología España: Síntesis
- Meichenbaum, D. 1985; citado en Pallares, E. 2002. Pensar mejor.
- Mc. Nally, R. J. 1998; citado en E. Pallares, 2002. Pensar mejor.
- Nutt, D.J., & S. Forshall. 1998; Trastorno de Ansiedad Generalizada.
- Organizacion Mundial de la Salud. CIE-10 (1993) Trastornos Mentales y del Comportamiento. Criterios Diagnosticos de Investigacion. Madrid: Meditor.
- Pallares, E. (2002). La ansiedad. Barcelona: Mensajero.
- Pallares, E. (2002). Pensar mejor. En E. Pallares, La ansiedad. Barcelona: Mensajero.
- Peveler, R & Johnston, D. W. 1986; citado en E. Pallares, 2002. Pensar mejor.
- Rapee, R. M. (1995). Trastorno por Ansiedad Generalizada. En Caballo V. E., Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos. México: Madrid, Siglo XX1.
- Redmond & Aston-Jones, D. E. J., 1988; citado en Frazer, A. (1996). Trastornos de Ansiedad.

Rickels, K. & J. Ruiz, 1983; citado en Hollander, E. & Simeon D. (2004) Guía de los Trastornos de Ansiedad.

Rojas, E. (2001). Concepto. En E. Rojas, La ansiedad . México D.F. : Terra.

Romach, M.K., 1995; citado en Hollander, E. & Simeon D. (2004) Guía de los Trastornos de Ansiedad.

Saletu-Zyhlars G, Saletu B., Anderer, P., 1997; citado en Nutt, D.J. (1988) Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Sandin & Chorot, 1991; citado en Bellock, A. Manual de Psicopatología.

Smith, C . J . (1992). El Modelo contemporáneo de la relajación: Una crítica.
En J. Smith, Entrenamiento cognitivo conductual para la relajación.
España: DESCLEE DE BROUWER.

Stein, J . D. & Hollander E. (2005) Tratado de los trastornos de ansiedad. Barcelona: Ars Medica.

Teasdale, J. D. 1997; citado en E. Pallares, 2002. Pensar mejor.

Vallejo, R. J. & Gastón, C. (2000). Trastornos afectivos: Ansiedad y Depresión.
Barcelona: Masson.

Zajonc, R. B. 1984; citado en E. Pallares 2002. Pensar mejor.

APENDICE

Cuestionario Diagnóstico de Ansiedad

Conteste las siguientes preguntas en relación con los síntomas que haya notado durante los últimos seis meses. Marcando con una X sobre el número correspondiente. En esta prueba no hay respuestas buenas o malas solamente se trata de identificar sus emociones o sentimientos.

1-(Nunca), **2**-(casi nunca), **3**-(Algunas veces), **4**-(Con frecuencia), **5**-(Casi siempre)

1. ¿Siente que su vida no tiene sentido?	1	2	3	4	5
2. ¿Le cuesta mucho tomar una decisión?	1	2	3	4	5
3. ¿Tiene sensación de desmayo?	1	2	3	4	5
4. ¿Siente que es una carga para su familia?	1	2	3	4	5
5. ¿Se siente continuamente desesperado?	1	2	3	4	5
6. ¿Tiene zumbido en los oídos?	1	2	3	4	5
7. ¿Piensa que va a morir?	1	2	3	4	5
8. ¿Cambia continuamente de postura?	1	2	3	4	5
9. ¿Evita lugares donde hay mucha gente?	1	2	3	4	5
10. ¿Piensa que va a vomitar?	1	2	3	4	5
11. ¿Pensar en algo angustioso, le da pensamientos más angustiosos?	1	2	3	4	5
12. ¿Siente hormigueo en las extremidades?	1	2	3	4	5
13. ¿Siente un nudo en la garganta?	1	2	3	4	5
14. ¿Sale corriendo o trata de huir cuando siente miedo?	1	2	3	4	5
15. ¿Se queda bloqueado sin saber que hacer ni que decir?	1	2	3	4	5
16. ¿Piensa que está perdiendo el control?	1	2	3	4	5
17. ¿Utiliza los términos: inútil, imposible, nunca, jamás, siempre, seguro?	1	2	3	4	5
18. ¿Se siente indefenso?	1	2	3	4	5
19. ¿Se queda paralizado ante una situación de miedo?	1	2	3	4	5
20. ¿Está asustado y le da mucho miedo la muerte?	1	2	3	4	5
21. ¿Siente tensa la mandíbula?	1	2	3	4	5
22. ¿Evita quedarse sólo y salir sólo a la calle?	1	2	3	4	5
23. ¿Le falta el aire?	1	2	3	4	5
24. ¿Evita situaciones que le provocan ansiedad, como subirse a un transporte público?	1	2	3	4	5
25. ¿Piensa que se va a desmayar?	1	2	3	4	5
26. ¿Siente mariposas en el estómago?	1	2	3	4	5
27. ¿Siente necesidad de tener algo siempre entre las manos?	1	2	3	4	5
28. ¿Tiene temblor en las manos y/o piernas?	1	2	3	4	5
29. ¿Tiene sensación de un vacío interior?	1	2	3	4	5
30. ¿Se muerde las uñas?	1	2	3	4	5
31. ¿Se siente ridículo?	1	2	3	4	5
32. ¿Piensa que se va a volver loco?	1	2	3	4	5
33. ¿Tiene dolor en el pecho?	1	2	3	4	5
34. ¿Se siente inútil?	1	2	3	4	5
35. ¿Siente que no va a poder respirar?	1	2	3	4	5
36. ¿Tiene taquicardia?	1	2	3	4	5
37. ¿Se siente agobiado?	1	2	3	4	5
38. ¿Piensa que está teniendo un ataque cardiaco?	1	2	3	4	5
39. ¿Piensa que lo que le está pasando nunca va a acabar?	1	2	3	4	5
40. ¿Tiene sudoración?	1	2	3	4	5