



UNAM IZTACALA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA

**“BAREMACIÓN DE LAS PRUEBAS STAIC Y CMAS-R  
EN ADOLESCENTES MEXICANOS  
DE 12 A 13 AÑOS”.**

**ACTIVIDAD DE INVESTIGACIÓN - REPORTE.**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA.**

PRESENTA:  
**PENÉLOPE ISABEL CHÁVEZ MARÍN.**

BAJO LA DIRECCIÓN DE:  
MTRA. LAURA EDNA ARAGÓN BORJA  
LIC. YASMÍN DE JESÚS ARRIAGA ABAD  
MTRA. SUSANA MELÉNDEZ VALENZUELA



IZTACALA

TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO, 2008



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.

...Si vas a emprender el viaje a Itaca:

...Cuando la vista se acorta es cuando se empieza a ver...

Como dijo Francisco de Quevedo:

*"Los que de corazón se quieren solo con el corazón se hablan"*

... sin omisiones, todos y cada uno saben su importancia en mi vida,  
en mis proyectos, y en mis logros...

Por qué tardarme tanto???:

Leonardo Da Vinci una vez dijo:

*"Donde el alma no trabaja junto con las manos, ahí no hay arte"*

y Hegel:

*"Nada grande se ha hecho en el mundo sin una gran pasión"*

...Y a pesar de todo este largo tiempo me di cuenta:

*"...Somos padre de nuestro porvenir y no hijo de nuestro pasado"*  
como dijo Unamuno .

*"Y Si es bueno vivir, todavía es mejor soñar, y lo mejor de todo, Despertar"* (Antonio  
Machado)

Ahora,

*"La principal ocupación de mi vida consiste en pasarla lo mejor posible"* como  
Miguel de Montaigne.

...Vuelvo a Itaca...creo en el viaje, no en la llegada...

**Y por cierto:**

*"Los besos robados son siempre los más dulces"* (James Henry Leigh Hunt)

**Penélope, 2008.**

## RESUMEN

La ansiedad es una problemática que se presenta actualmente, y cada vez con mayor frecuencia en adolescentes y niños mexicanos, presentándola en varios ámbitos en los que se desenvuelven y con diversas manifestaciones como: culpa, anticipatoria, o asociada con el autoconcepto.

Sin embargo, al no existir calificaciones para México conforme a las características específicas de nuestra población en pruebas que miden la ansiedad, surge el objetivo específico de la presente investigación: **obtener normas de puntuación para la población mexicana de 12 a 13 años de edad de los Instrumentos STAIC Y CMAS-R**, de acuerdo al objetivo de confiabilizar, validar y estandarizar instrumentos de evaluación psicológica que se tiene en el área de investigación de la UNAM y de la UEPI específicamente. Además en el capítulo uno de esta investigación, se concretizan las situaciones en que se puede desencadenar la ansiedad, qué respuestas ante éstas se dan por medio de nuestro comportamiento, y cómo las manifestamos, como se disparan los trastornos de ansiedad, y brevemente algunas de las pruebas o instrumentos que se han diseñado para medir y evaluar la ansiedad y algunas formas de tratarla.

Para baremar la Pruebas STAIC Y CMAS-R, se eligió una escuela de la zona metropolitana de la Cd. de México, seleccionando aleatoriamente 100 adolescentes de entre 12 y 13 años de edad que cursaban el primer grado de educación secundaria, para esta investigación se utilizaron el Cuestionario y la Escala de dichas pruebas. El tipo de análisis de Resultados que se utilizó fue cuantitativo, empleando el programa estadístico SPSS para realizar la baremación de las escalas.

A nivel general, se encontró que en la **Ansiedad total** de la prueba **CMAS-R** y la **subescala Ansiedad Rasgo** de la prueba **STAIC**, el género femenino, es más propenso a manifestar rasgos de ansiedad, mientras que entre las subescalas **Ansiedad Total** de la prueba **CMAS-R** y la **subescala Ansiedad Estado** de la prueba **STAIC**, a pesar de tener una correlación significativa entre pruebas ésta es menor y al diferenciarla por géneros, las niñas mexicanas manifiestan mayor ansiedad aún cuando sea transitoria variando su intensidad con el tiempo, más que el género masculino.

Al respecto se puede concluir que, ambas pruebas la **CMAS-R** y el **STAIC** sí evalúan la Ansiedad en niños de edad escolar, dentro de una muestra mexicana, y se cumplió con el objetivo que se planteó en este proyecto de obtener normas de puntuación para la población mexicana de 12 a 13 años de edad de los Instrumentos STAIC Y CMAS-R y se corroboró la importancia de obtener estas normas de puntuación al compararse las puntuaciones de las poblaciones México-España y México-Uruguay respectivamente y encontrar diferencias significativas entre éstas, es decir, típicas de cada una, obteniendo que al utilizar normas de puntuación Españolas o Uruguayas los adolescentes mexicanos de esta edad podrían catalogarse como no ansiosos cuando en realidad si lo son, debido a que no se obtienen calificaciones acorde a las características específicas de nuestra población.

# Índice.

*Pág.*

## ***INTRODUCCIÓN.***

<b><i>CAPÍTULO 1</i></b>	<b><i>¿Qué es la ansiedad?</i></b>	<b>4</b>
1.1.	<i>Antecedentes históricos de la ansiedad.</i>	9
1.2.	<i>Mecanismo de la ansiedad.</i>	16
1.2.1.	Situación, Estímulos.	17
1.2.2.	Organismo.	19
1.2.3.	Respuestas de ansiedad.	20
1.2.3.1.	Respuestas Cognitivas.	21
1.2.3.2.	Respuestas Fisiológicas.	23
1.2.3.3.	Respuestas Motoras.	25
1.2.4.	Consecuencias	26
1.3.	<i>Trastornos de Ansiedad.</i>	28
1.3.1.	Trastornos Adaptativos.	29
1.3.2.	Síndromes Clínicos.	31
1.3.2.1.	Pánico (Crisis o trastornos de angustia).	35
1.3.2.2.	Fobias.	38
1.3.2.2.1.	Agorafobia.	41
1.3.2.2.2.	Fobias Sociales.	42
1.3.2.2.3.	Fobias Específicas.	44
1.3.2.3.	Trastorno Obsesivo-compulsivo.	45
1.3.2.4.	Trastorno por Estrés Agudo.	48
1.3.2.5.	Trastorno por Estrés Postraumático.	49
1.3.2.6.	Ansiedad Generalizada.	51
1.4.	<i>Métodos de Evaluación y Tratamiento de la Ansiedad.</i>	53
1.4.1.	Tratamiento farmacológico de la ansiedad.	56

1.4.2. Tratamiento psicológico de la ansiedad.	56
1.4.2.1. Terapias de Conducta.	58
1.4.2.2. Terapia cognitiva.	62
1.4.2.3. Terapia Cognitivo Conductual (TCC).	65
1.4.2.4. Terapia Psicodinámica.	68
1.4.2.4.1. Técnicas de control de la respiración.	71
1.4.2.4.2. Técnicas de relajación.	71
1.4.2.4.3. Visualización.	74
<b><i>CAPÍTULO 2</i></b> <b>Método</b>	75
2.1. Sujetos	75
2.2. Instrumentación.	76
2.3. Aplicación.	78
<b><i>CAPÍTULO 3</i></b> <b>Resultados</b>	80
<b><i>CAPÍTULO 4</i></b> <b>Conclusiones</b>	104
<b>Bibliografía</b>	109

## **INTRODUCCIÓN.**

¿Qué es la ansiedad? La ansiedad es una problemática que se ha presentado actualmente más explícitamente en adolescentes y niños en varios ámbitos en los que se desenvuelven y con diversas manifestaciones. Por esto la importancia de abordar este tema. Uno de los principales modos de ansiedad a los cuales se enfrentan los adolescentes son los llamados “Problemas existenciales”.

Frankl (1963) presenta las bases para la ansiedad existencial, es decir, cuando se pierde el sentido del vivir y se descubre que la vida humana tiene fin, contribuyen al continuo estado de ansiedad, asimismo, la tensión por querer encontrarle este significado es una forma estimulante y productiva de ansiedad, una paradoja. En pocas palabras la ansiedad anticipatoria en la que el sujeto teme un evento desagradable, provoca frecuentemente que éste ocurra y crea más angustia formándose un círculo vicioso.

Autores como Katz y Zingler (1967), Maher (1966) y Spielberger (1979) refieren a la culpa como un caso de ansiedad, asociando estos últimos con el autoconcepto, puesto que en la adolescencia o adultez temprana, se presenta la culpabilidad respecto a los logros que no se han cumplido de acuerdo a las metas planteadas, sería como una especie de brecha entre el Yo ideal y el Yo real conforme se envejece (Cit. en Reynolds, y Richmond, 1997)

Para Ellis (2001), la ansiedad es un conjunto de sensaciones molestas y de tendencias a la acción que le permiten darse cuenta de que ocurren o pueden ocurrir hechos desagradables, en contra de sus deseos y que le avisan de que tendría que hacer algo al respecto.

Varios autores concuerdan en que la ansiedad es una respuesta de nuestro organismo ante una amenaza o peligro. Así, cuando aparece esta amenaza, hay una serie de cambios en nuestro cuerpo encaminados a hacer frente a esta amenaza. Nuestro pulso se acelera, la respiración se agita, sudamos, se tensan nuestros músculos y todo ello para que el organismo esté al “cien por ciento” a nivel físico para encarar el peligro.

Ellis (op cit), por ejemplo, maneja esta ansiedad como sana, donde la *inquietud*, *vigilancia* o *precaución*, ayuda a cumplir lo que deseas y evadir lo que no deseas, es decir “hace prestar atención, vigilar o evitar determinadas

situaciones y preservar la vida”, a tener control de las propias emociones, y suele estar basada en miedos realistas o racionales.

Por su parte Moreno (2002), menciona que la ansiedad no se puede erradicar ya que es un mecanismo de defensa natural del ser humano que le previene de peligros reales.

Este mecanismo se desglosará en el apartado dos del capítulo uno de esta investigación tratando de concretizar en qué situaciones se puede desencadenar la ansiedad, qué respuestas ante éstas se dan por medio de nuestro comportamiento, y cómo las manifestamos.

Como ya se mencionó la ansiedad es considerada como parte del desarrollo, aprendizaje y manifestación del ser humano, el problema está cuando aquello que dispara la ansiedad no es realmente un peligro, este mecanismo puede producir falsas alarmas, disparando la reacción ante estímulos inofensivos. De esta forma, se establecen los llamados trastornos de ansiedad, en los que reaccionamos con una fuerte activación fisiológica ante estímulos o situaciones que no lo requieren, éstos se caracterizan por tener gran intensidad y frecuencia, causando un síndrome clínico; no obstante, menciona Moreno (2002): "cuando estas reacciones no alcanzan la intensidad, frecuencia o repercusión en la vida social, laboral o personal para pertenecer a este grupo, se considera como un simple acontecimiento estresante, y se le denomina trastorno adaptativo". Estos trastornos se revisarán con más detalle en el apartado tres del capítulo uno de esta investigación.

En el apartado cuatro del capítulo uno, se manejarán brevemente algunas de las pruebas o instrumentos que se han diseñado para medir y evaluar la ansiedad así como algunas formas de tratarlas y por último en los capítulos dos, tres y cuatro se mostrará el procedimiento y los resultados de la Baremación del STAIC y la CMAS-R.

Debido a que estos Instrumentos son de origen estadounidense con versión española no existen normas para México, es decir, al utilizar estas pruebas no se obtienen calificaciones acorde a las características específicas de nuestra población.

Otro aspecto importante para realizar esta investigación es el comparar normas de evaluación de una población a otra, en cuanto a edades y género.

Asimismo, es importante el valorar los resultados obtenidos al presentarse en adolescentes ya que este es el grupo más vulnerable al problema debido a sus cambios biopsicosociales y prevenir de esta manera el abatirse más frecuentemente en algún trastorno de ansiedad o síndrome clínico.

De acuerdo a la finalidad del área de investigación de la UNAM y de la UEPI de confiabilizar, validar y estandarizar instrumentos de evaluación psicológica, se deriva el siguiente objetivo específico: obtener normas de puntuación para la población mexicana de 12 a 13 años de edad de los Instrumentos STAIC Y CMAS-R.

# CAPÍTULO 1

## ¿Qué es la ansiedad?

La palabra Ansiedad deriva del latín “Angere” que significa ahogar o estrangular.

Probablemente el abordaje más útil para establecer el origen de la ansiedad sea tratar de definirla en término de sus componentes detectables y potencialmente medibles (Raya, 2000).

Gandara y Fuente (1999), manejan indistintamente los términos angustia y ansiedad, para referirse a un mismo estado. Por definición, la angustia en latín significa angostura, dificultad. 1. Aflicción congoja, ansiedad. 2. Temor opresivo sin causa precisa. 3. Aprieto, situación apurada. 4. Sofoco, dolor o sufrimiento.

Son dos términos en los que resulta difícil encontrar diferencias, pero representan distintas manifestaciones de algo en común, refiriéndose a los patrones de respuesta instintiva ante una situación de peligro: la reacción de sobresalto y la reacción de sobrecogimiento. Algunos animales, en la primera desarrollan una reacción de defensa respondiendo con una infinidad de movimientos y respuestas motoras, ante una percepción de amenaza. En el sobrecogimiento para defenderse, la reacción es aparentar una inmovilidad total, para pasar desapercibidos, no obstante, aunque sus diferencias sean demasiado sutiles, desde el punto de vista teórico y conceptual difieren en cuanto a su descripción fenomenológica y psicopatológica.

La ansiedad, se refiere a las vivencias o sentimientos psíquicos que se manifiestan en forma de una espera incierta, de inquietud y sobresalto y con una conducta de tipo esencialmente psicológico y motor, menos visceral.

La angustia, es más bien un sentimiento sensorial localizado en el cuerpo, que se muestra en forma de opresión y se acompaña de un sentimiento general, vital, de malestar, sobrecogimiento o paralización que afecta a todo el organismo y se localiza en las funciones viscerales como el corazón, aparato digestivo, etc.

Haciendo una analogía, en la ansiedad hay mas sobresalto, muestras de inquietud, movimientos de un lado para otro, y experimentación de vivencias en un plano más psíquico.

En la angustia, predomina el sobrecogimiento, con tendencia a la inmovilización y a la pasividad mientras dura la crisis, y con más sensaciones en la esfera psíquica. Otras diferencias se refieren al esquema corporal donde se viven estas emociones, la angustia se localizaría como sensaciones opresivas, en la garganta, pecho, corazón o estómago, mientras que en la ansiedad hay mayor relación con el aparato respiratorio.

La ansiedad es sobresalto, la angustia estremecimiento, la primera nos activa, la segunda nos paraliza; la ansiedad nos hace suspirar, la angustia nos ahoga. El hecho de que una situación dé lugar o no a la tensión, depende de la manera como cada persona vea o interprete dicha situación, así como de la habilidad individual para hacerle frente (Spielberger, 1980; Gandara y Fuente, 1999; Saiz, Ibáñez y Montes, 2000).

Por otro lado, el término tensión o stress se usó por primera vez para describir un estado de angustia, opresión, penuria y adversidad. Durante los siglos XVIII y XIX, el significado popular de la palabra pasó a denotar una fuerza, presión o influencia poderosa ejercida sobre un objeto físico o persona, reflexionando sobre los efectos de las tensiones de la vida sobre las enfermedades físicas y mentales.

La tensión forma parte íntegra de la trama natural de la vida. Se refiere tanto a las circunstancias que demandan una respuesta, exigencia física o psicológica al individuo como las reacciones emocionales que se experimentan en dichas situaciones.

Para entender la tensión se debe tener una concepción clara de la naturaleza de la ansiedad y cómo se relaciona con la tensión, ya que se refieren a las situaciones y experiencias que afectan a la vida de las personas y cada vez son mejor admitidos los efectos que la tensión tiene sobre la salud física y el bienestar emocional. El doctor Hans Selye menciona que ante las situaciones y experiencias que afectan la vida de las personas, el cuerpo responde de una manera estereotipada en sus cambios bioquímicos, los cuales significan básicamente la necesidad de afrontar cualquier tipo de exigencias cada vez mayores sobre la maquinaria humana.

Aún cuando estos dos términos (tensión y ansiedad), sean usados indistintamente, en la ansiedad se incluye el nerviosismo, el miedo o temor y la preocupación.

La ansiedad se basa en una experiencia perceptual, es decir, una sensación o conjunto de sensaciones, que de acuerdo a nuestra conciencia se traduce en preocupación, miedo, temor excesivo, aprensión o tensión y que implica una condición psicofisiológica particular de alerta o activación de un buen número de parámetros de actividad de diversos aparatos y sistemas, que son capaces de provocar una condición de malestar, por lo regular notable, y un deterioro clínicamente significativo en las actividades habituales de quien la padece.

Sin embargo, la ansiedad es una emoción normal que cumple con la función adaptativa en numerosas situaciones, es normal que un ser humano tenga miedo cuando se avecina un peligro real. Nuestro organismo está preparado para aprender a sentir miedo y ansiedad en determinadas circunstancias como una forma de prevenir males mayores (Spielberger, 1980; Moreno, 2002; Benassini, 2006).

La ansiedad es miedo. El miedo se manifiesta con ansiedad. La ansiedad es una manifestación humanamente universal, es una manifestación de la dimensión desvalida de las personas (Gandara y fuente, 1999); como Lazarus y Averill, en 1972, la definieron: "una emoción basada en la valoración del temor, una valoración que vincula elementos simbólicos, anticipatorios e inciertos" (en Vallejo y Gastó, 2000, pág. 53).

El miedo es producto de la evolución, tener miedo es necesario, como la capacidad de sentir dolor, que es la señal indispensable que nos indica que algo nos está dañando y que es preciso encontrar rápidamente el modo de defenderse. El miedo aparece antes del dolor, puesto que es producido por la anticipación de que se producirá un posible daño en un futuro inmediato, es la alarma para señalarnos la inminencia de un daño y el dolor consiguiente.

Sin embargo, no es sólo una alarma, es una reacción que prepara al organismo para afrontarlo de la mejor manera posible, un peligro concreto, externo e inmediato al que hay que enfrentar a fin de no perecer.

El miedo es un componente esencialmente genético, aún cuando no todas las personas tienen la misma disposición a él, y es una de las cinco emociones básicas (además de la alegría, tristeza, la rabia y el asco), cuya expresión es transcultural, es decir, no aprendida sino genéticamente determinada, todos expresamos el miedo del mismo modo, sin distinción de raza, cultura o lengua. El lenguaje corporal de las emociones básicas es universal e innato. En general se

considera al miedo como una emoción desagradable, sin embargo, algunas veces lo buscamos activamente porque conlleva una descarga de adrenalina que nos hace sentir con vida, es un conjunto de sensaciones molestas y de tendencias a la acción que nos permiten darnos cuenta de que ocurren o pueden ocurrir hechos desagradables y nos avisan que deberíamos hacer algo al respecto.

Cuando el miedo es muy fuerte, las sensaciones subjetivas que se experimentan son violentas y múltiples y afectan a casi todo el organismo. Los cambios que se producen en el organismo y que están encaminados a situar al individuo en las mejores condiciones para combatir (si puede enfrentarlo) o para huir (si el peligro lo sobrepasa). Si la misma activación fisiológica o la reacción comportamental de huída, se presentara sin una situación en la que esté justificado sentir miedo, o que la mayoría de la gente no denomina peligrosa, entonces se hablaría de ansiedad.

La ansiedad por tanto, es una reacción de miedo frente a un acontecimiento desencadenante que normalmente no provocaría miedo, considerándola como enfermedad o un aspecto del carácter del cual no hay que librarse (Branden, 1993; Sassaroli y Lorenzini, 2000; Ellis, 2001).

La ansiedad es un mecanismo adaptativo que permite al organismo poner en marcha unas conductas de defensa, es una señal de alarma psicológica que advierte al organismo sobre un peligro real o imaginario, en diferentes grados de intensidad y sentirlo forma parte de la condición humana, ésta no es ciertamente inmotivada y sin sentido, deriva de razonamientos precisos, aunque exagerados y absolutizados, que transforman algo aparentemente inofensivo en un acontecimiento peligroso para el sujeto, que impide o dificulta llevar a cabo actividades habituales y que exige ser resuelta de inmediato, sin embargo, también es cierto lo contrario: los hechos que asustan terriblemente a la mayoría de las personas no obtienen el mismo resultado con otras que están preparadas para afrontarlos y los conocen bien, esto es porque el peligro resulta menos inmediato y la emoción más predecible. El miedo y la ansiedad objetiva desaparecen cuando deja de existir el peligro (Branden, 1993; Benassini, 2006).

En realidad, los síntomas de ansiedad son la clave auténtica de lo que viene luego. Cuando estamos en una situación determinada, recordamos, sentimos o imaginamos algo, los pensamientos o imágenes mentales que nos

ayudan a interpretar lo que pasó y que tienen lugar justo antes de sentirnos mal, son los que contienen la clave de nuestra ansiedad. No nos sentimos ansiosos por las cosas que nos pasan o por las situaciones en las que nos encontramos, sino por la interpretación que hacemos de esas situaciones, sensaciones, recuerdos o imágenes mentales. De lo anterior se puede concluir que no son los acontecimientos externos, cualesquiera que sean, los que desencadenan la reacción del miedo, sino lo que nosotros pensamos sobre éstos, en particular la valoración que hacemos de nuestra capacidad para hacerles frente. Sin embargo, esto no sólo es válido para el miedo y la ansiedad, sino para todas las emociones puesto que son procesos cognitivos de valoración y anticipación de los acontecimientos que nos acompañan constantemente y guían nuestro comportamiento (Sassaroli y Lorenzini, 2000; Moreno, 2002).

Casi todos los seres humanos perseguimos algún objetivo, así pues, la ansiedad surge cuando se desea algo y se ve que es posible no obtenerlo, o cuando algo no se desea y se corre el peligro de tener que pasar por esto; si no se tuviera ningún deseo o preferencia por algo, existiría indiferencia a cualquier cosa que pudiera ocurrir y por tanto no se tendría ansiedad. Incluso los niños pequeños, que todavía no son capaces de valerse por sí mismos, luchan por vivir, disfrutar y evitar el dolor y la ansiedad les ayuda a hacerlo.

Sin embargo, los sentimientos de ansiedad, inseguridad, la sensación de sentirse inútil para la realidad, inadecuado para los sentidos de la vida, surgen inevitablemente, siempre que fracasamos en la tarea de alcanzar un nivel de confianza en nosotros mismos más o menos satisfactorio, así el miedo se convierte en la fuerza motivadora central dentro de la personalidad, el miedo sabotea la mente, la claridad, la eficacia, debilita el sentido de la valoración personal (Branden, 1993; Ellis, 2001).

La educación de los hijos consiste también en hacerles aprender a sentir miedo o ansiedad ante situaciones, circunstancias o animales que pueden llegar a ser peligrosos. Que los padres siempre actúen así, no quiere decir que siempre haya alguien para proveer las experiencias de aprendizaje que conducen a prevenir los peligros. Generalmente, son los acontecimientos de la vida las que van disponiendo de la experiencia que hace aprender a temer situaciones, personas, animales o circunstancias relacionadas con peligros reales (Moreno, 2002).

Estas definiciones nos dan una perspectiva de cómo surge en el individuo la ansiedad, sin embargo, no es suficiente de qué manera y desde qué modelos ha sido estudiada y le han dado un sustento para caracterizarla como un trastorno que se puede identificar, medir y tratar, pero sobre todo prevenir. Por esta razón en el siguiente apartado se hará una reseña de los antecedentes históricos de la ansiedad, enfocado principalmente al plano psicológico, haciendo énfasis en las tres principales teorías psicológicas: el psicoanálisis, el conductismo, y la perspectiva cognitivo conductual.

### **1.1. Antecedentes históricos de la ansiedad.**

El siglo XX ha sido clasificado como la “Época de la ansiedad”, pero en realidad el interés por el miedo y la ansiedad es tan viejo como la humanidad misma. Se ha considerado que el miedo y la ansiedad son reacciones de tensión.

Charles Darwin consideraba al miedo como una emoción humana fundamental, una característica inherente tanto en hombres como en animales. Dentro de su Teoría de la Evolución, la función del miedo consiste en excitar y activar al organismo para enfrentar el peligro externo, evolucionando estas reacciones por un proceso de selección natural, dando origen a la función de adaptación de alertar al organismo para escapar o eliminar un peligro potencial. Darwin puso su mayor énfasis en las manifestaciones visibles del miedo, tales como palpitaciones cardiacas, dilatación de las pupilas, erizamiento del pelo, resequedad de la boca, mayor transpiración expresiones peculiares de la cara y cambios en el timbre de la voz, variando su intensidad desde un simple estado de alerta y el más leve temor o sorpresa, hasta lo que el llamó una externa “agonía de terror” (Spielberger, 1980).

Las manifestaciones ansiosas, en especial las que aparecen en forma de crisis, fueron descritas por Hipócrates con el término *histeria*. Los pacientes ansiosos no solían entrar en esta categoría, ya que presentaban unos síntomas comprensibles desde el punto de vista de la normalidad y mantenían el contacto con la realidad, además estos pacientes se manifestaban frecuentemente con una serie de síntomas somáticos que, teniendo en cuenta los conocimientos médicos de la época, eran fácilmente atribuidos a patologías médicas cuya etiología se

desconocía. Es hasta el siglo XIX que se haya en la literatura descripciones sobre trastornos ansiosos, aunque de forma no sistematizada (Vallejo y Gastó, 2000).

Para un mejor entendimiento de este fenómeno, existen dos enfoques que tratan la ansiedad, éstos son, el enfoque Biológico y el enfoque Psicológico. Sin embargo, en esta ocasión se dará relevancia al enfoque Psicológico, donde se describirán las tres Teorías que abordaron este trastorno.

### TEORÍA PSICOANALÍTICA.

Freud, fue el primero en determinar que la ansiedad formaba parte de los estados neuróticos y psicosomáticos, era el “fenómeno fundamental y el problema central de la neurosis” (Spielberger, 1980).

En sus inicios Freud describió la crisis de angustia interpretándola como un producto fisiológico directo de la pulsión sexual o libido no mitigada, sostenía la teoría de que la ansiedad era resultado de una descarga de energía sexual reprimida, a la cual llamó libido, cuando esta energía se acumulaba se transformaba en ansiedad o síntomas equivalentes a la ansiedad, como taquicardia, alteraciones respiratorias, sudor, inquietud, temblores, náuseas y vértigo o desvanecimientos. Posteriormente modificó sus teorías pero insistió en la ansiedad como respuesta ante la presencia del peligro y a su vez como indicador de la necesidad de algún tipo de adaptación.

Después de profundizar en el fenómeno de la represión, Freud pensaba que las ideas, las emociones y los impulsos inaceptables para el Ego eran reprimidos hacia el inconsciente, considerando que la ansiedad no era ya el impulso, sino la represión del mismo ya que la ansiedad reflejaba la existencia de conflictos psicológicos internos, es decir, posteriormente, vio a la ansiedad como un estado emocional o condición desagradable del organismo humano, incluyendo componentes fisiológicos, conductuales y los relacionados con la experiencia, estos últimos comprendiendo los sentimientos subjetivos de la tensión, la aprensión y la preocupación (Spielberger, 1980; Vallejo y Gastó, 2000; Raya 2000).

Posteriormente Freud mantuvo cierta dualidad en sus teorías, aceptando dos tipos de ansiedad: la que surgía de la transformación directa de la energía

instintiva: *las crisis de angustia*, y la que representaba a una reacción del Ego ante las amenazas: *la ansiedad flotante o anticipatoria*.

La ansiedad fue considerada entonces como una reacción del Ego ante las fuerzas instintivas que surgían del Ello y que podían ser peligrosas para la integridad del individuo, era una fuerza en sí misma que hacía una función de señal de alarma ante el peligro funcional inaceptable y para cuya represión motivaba al Ego, poniendo en marcha mecanismos de defensa. Cuando los mecanismos de defensa fracasaban, la ansiedad surgía como síntoma, cuando tenían éxito podían aparecer fobias y obsesiones (Vallejo y Gastó, 2000).

En 1926, Freud formuló su teoría desde un punto de vista más psicológico, considerando la ansiedad como una reacción mental a la anticipación del peligro, conceptualizando a la ansiedad de acuerdo a la fuente potencial del peligro: el mundo exterior o los impulsos interiores del individuo. Si el peligro pertenecía a la primera fuente, resultaba una reacción objetiva (o miedo), pero si la ansiedad era provocada por impulsos internos prohibidos o inaceptables originaba una *ansiedad neurótica* (Spielberger, 1980; Vallejo y Gastó, 2000).

Por otro lado, Freud trataba fundamentalmente pacientes ambulatorios, es decir, con trastornos que no les impedía vivir en la comunidad, en general neuróticos. A partir del estudio de estos pacientes, en 1894, Freud describió la *neurosis de ansiedad*, la cual se transformó en el eje central de la patología neurótica y del propio psicoanálisis. En 1925, describió la *histeria de ansiedad*, equivalente a la que después llamó *neurosis fóbica* y la distinguió de *la histeria de conversión* y de la *neurosis obsesiva*.

De esta manera y siguiendo los estudios de Freud (de 1894), fue que hasta 1968 lograron construir un modelo que todavía hasta hoy está presente y es válido, conformado por cuatro principales categorías:

1. Neurosis de Ansiedad: Clasifica enfermos con síntomas ansiosos cognitivos, conductuales, vivenciales o somáticas, que pueden aparecer tanto en forma paroxística como permanente. El conflicto interno que proponen los psicoanalistas como sustrato de la patología no se transforma ni se desplaza ni se simboliza, de forma que sólo emergen síntomas ansiosos.

2. Histeria de Ansiedad o Neurosis Fóbica: Enfermedad con predominio de síntomas fóbicos, donde el enfermo utiliza mecanismos de defensa, apareciendo

otros síntomas, además de la propia ansiedad.

3. Histeria de Conversión o Neurosis Histérica: Enfermos con síntomas conversivos.

4. Neurosis Obsesiva: Enfermos con síntomas obsesivo-compulsivos.

Estos planteamientos pueden considerarse como precursores de los Modelos Psicofisiológicos de la ansiedad (Vallejo y Gastó, 2000).

Los teóricos sociales neofreudianos consideran que es la madre la que transmite la ansiedad, ya que se trata de una respuesta aprendida y no de la expresión de un instinto.

John Bowlby, por su parte basó sus teorías en la observación y señaló la importancia de un instinto primario de apego o adhesión en el que la ansiedad es un componente innato programado de la respuesta de separación (en Vallejo y Gastó, 2000).

Adler, considera que el generador fundamental de ansiedad en la infancia es el conflicto entre la inferioridad biológica del niño y su anhelo de poder. La forma en que este conflicto básico es enfrentado por cada individuo explica las diferencias en cuanto a la propensión a sufrir ansiedad. (en Raya, 2000)

Sullivan reconoce que el niño experimenta ansiedad cuando empáticamente capta la desaprobación de su madre, o cualquier indicio de que esta relación se vea afectada, puesto que su correspondencia es vital para él (en Raya, 2000).

Horney (en Raya, 2000), piensa que la ansiedad en la infancia es consecuencia de la necesidad del niño de depender de sus padres y la contrariedad que suscita en él esa independencia, puesto que, de acuerdo con Sullivan (op. cit.), esto pone en peligro la relación con la madre y por lo tanto la satisfacción de sus necesidades vitales.

Rank, al igual que Fromm y May están acordes con la opinión de Horney, quién menciona que la ansiedad recae en el infante al existir un conflicto entre la necesidad de autonomía y la dependencia persistente hacia la madre, es decir, si el chico permanece dependiente de sus padres experimenta angustia, pero su proceso de individualización por separarse de ellos como la soledad que esto le provoca, también son fuente de ansiedad (en Raya, 2000).

## TEORIA CONDUCTUAL

El conductismo al igual que el psicoanálisis construyó su teoría a partir del estudio de enfermos neuróticos. A partir del condicionamiento clásico con los trabajos de Watson y Rayner (1920; en Vallejo y Gastó, 2000), ellos identificaron a la ansiedad con respuestas condicionadas provocadas por estímulos que en el pasado estuvieron temporoespacialmente asociados con hechos traumáticos incondicionados, como una respuesta emocional condicionada de carácter aversivo relacionada con el constructo motivacional de impulso (Vallejo y Gastó, 2000).

Mowrer en 1947, propuso el modelo de los dos factores, el cual asigna al miedo como mediador del aprendizaje de la conducta de evitación, en la que una señal precede al estímulo aversivo (primer factor o condicionamiento clásico). En ensayos siguientes, el miedo actúa como un impulso adquirido para iniciar conductas como la evitación y para reforzarlas mediante la reducción del estado de miedo contingente a la conducta de evitación (concluyendo éste en el segundo factor o condicionamiento operante) (en Vallejo y Gastó, 2000).

Para Eysenck en 1959, los síntomas neuróticos significaban patrones de conducta desadaptativos aprendidos por condicionamiento clásico, teniendo características como aprender a tener miedo de situaciones similares a la primera experimentada (generalización primaria), condicionamientos secundarios a partir del estímulo fóbico condicionado, y desarrollar miedo en situaciones que pueden dar una respuesta igual o similar a la experimentada ante el estímulo fóbico (generalización secundaria) (en Vallejo y Gastó, 2000).

Sin embargo, según este modelo, muchas conductas debían extinguirse una vez desaparecido el estímulo incondicionado o el refuerzo inicial en el que se modeló la conducta patológica, esto no sucede debido a que la conducta desadaptativa produce un refuerzo inmediato: al reducir transitoriamente la ansiedad mediante las conductas de evitación, según opinan Ullman y Krasner (1965; en Vallejo y Gastó, 2000).

Hacia 1968, Eysenck (op. cit.) propone la teoría de la incubación, donde la presentación repetida del estímulo condicionado produce un aumento de la respuesta condicionada (incubación) en lugar de la extinción, esto ocurre cuando el estímulo incondicionado finaliza en un momento en que la respuesta

condicionada todavía es intensa; en su opinión, la propia respuesta condicionada (ansiedad) actuaría como estímulo aversivo (en Vallejo y Gastó, 2000).

Por otro lado, Spielberger (1972), describió a la ansiedad como una reacción emocional compleja que es evocada en aquellos sujetos que interpretan situaciones concretas como personalmente amenazantes, haciendo gran hincapié en la diferencia que existe entre la ansiedad como un estado emocional transitorio (ansiedad estado), fluctuante en el tiempo y vivido con aprensión, tensión y aumento de la actividad vegetativa; y la tendencia o rasgo de ansiedad (ansiedad rasgo), relativamente estable y definido en términos de diferencias individuales.

En base a estas dos facetas, Spielberger elaboró la teoría Ansiedad Rasgo-Estado en 1966 (en Vallejo y Gastó, 2000).

### TEORIA COGNITIVO CONDUCTUAL

Además de las cuestiones conductuales, es innegable que los aspectos cognitivos desempeñan un papel importante en los estados de ansiedad. Son precisamente los mecanismos cognitivos que median entre el estímulo estresante y la respuesta emocional los que permiten distinguir la ansiedad de otras emociones.

Existen tres suposiciones que sustentan el modelo cognitivo afectivo: la reacción individual, entre las que destacan las connotaciones, significados y la significancia para el sujeto; el significado o contenido cognitivo ligado a un afecto particular; y el significado especial de un evento particular.

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

a) Tristeza: también llamada disforia, para producir esta, una pérdida debe concebirse como una sustracción significativa de su dominio, es decir un valor positivo.

b) Euforia y excitación: la condición esencial para producir euforia es una ganancia, el significado de un objeto o estímulo es un factor que determina cuando el individuo experimenta placer.

c) Ansiedad: ésta depende de la evaluación de una amenaza en el dominio, está relacionada con el peligro de alguna lesión física o psicológica, por una amenaza a la seguridad, a la salud o bienestar de otra persona. La ansiedad es exacerbada por diversos criterios: el individuo no puede neutralizar o lidiar con

el objeto amenazante, la inmediatez del peligro percibido, la impredecibilidad de la ocurrencia del daño, la alta probabilidad de ocurrencia del evento nocivo, y la expectativa de gran daño como consecuencia del evento nocivo.

d) Enojo: es un estímulo percibido como nocivo o productor de tensión, la nocividad es atribuida a una causa externa, el acto nocivo es juzgado como una ofensa (la cual es una violación o transgresión al código individual de conducta aceptable) y el ejecutor como un ofensor, dando más peso a éstos (ofensa y ofensor) que al daño mismo (Raya, 2000).

Beck (1976), sugiere que la ansiedad es una respuesta a un peligro percibido, siendo la ansiedad patológica el proceso selectivo de información de una amenaza.

La teoría cognitiva de Beck y cols. (1985), afirma que las alteraciones en el proceso de la información tienen un papel en la etiología y mantenimiento de los componentes afectivo, fisiológico y conductual de los trastornos de ansiedad (en Vallejo y Gastó, 2000).

Algunos de los factores que provocan el mantenimiento de la ansiedad son: la falta de control sobre el ambiente, la colocación selectiva de la atención a la amenaza, generalmente al *self* (auto-esquemas), preocupación excesiva sobre como uno es percibido por otros, miedo excesivo, y cargado de sensaciones corporales asociadas a ansiedad, percepción equivocada del grado de dificultad de la tarea a realizar y un nivel inapropiado de los esfuerzos aplicados para enfrentar todos estos factores (Raya, 2000).

Esta disfunción cognitiva se manifiesta como un predominio de pensamientos relacionados con el peligro, contrastando con los pensamientos del depresivo, donde predominan pensamientos de pérdida y minusvalía.

De éste modo, Beck y cols. en 1985, postularon que el núcleo del trastorno ansioso no está en el sistema emocional sino en los esquemas cognitivos relativos al peligro, que presenta a la realidad como amenazante y de sí mismo como vulnerable (Vallejo y Gastó, 2000; Raya 2000).

Esteve (1969) por su parte, presentó un modelo llamado cibernético, según el cual el equilibrio del Yo personal o *egostasis* está en función de la interacción dinámica entre:

a) La función reguladora del equilibrio entre el Yo y el medio interno u *homeostasis*, la cual configura el Yo Corporal; y

b) La función reguladora del equilibrio entre el Yo y el mundo exterior o *sensoriostasis*, la cual configura el Yo Psicológico.

Los patrones de la homeostasis están regulados genéticamente, mientras que los de la *sensoriostasis* son aprendidos durante el desarrollo, en un proceso de cambio continuo, y su desajuste da lugar al conflicto psicológico y la desadaptación social. (en Vallejo y Gastó, 2000).

En general, el sujeto ansioso elabora en su desarrollo infantil un modelo incierto y amenazante del mundo exterior, gestándose además una personalidad débil e insegura, con dificultades en su relación interpersonal y en la resolución de problemas, ya que le falta objetividad para juzgar las situaciones y la energía para afrontarlas (Vallejo y Gastó, 2000).

## **1.2. Mecanismo de la ansiedad.**

Moreno (2002) se basa en el análisis funcional de la conducta para describir el mecanismo de la ansiedad.

Este apartado se refiere a identificar qué factores influyen en el hecho de que una persona pueda experimentar ansiedad en circunstancias en las que los demás seres humanos no suelen experimentarla.

Los problemas psiquiátricos en general son multicausales, y su posible aparición tiene que ver con múltiples factores, a los que por esa razón se les conoce como “de riesgo”, con mayor precisión que si nos referimos a ellos como “etiológicos”. Un mayor o menor número de estos factores en una persona hará más o menos probable que manifieste síntomas.

Para el caso de la ansiedad es posible hablar de factores de riesgo si se les asocia a cada síndrome en particular, aún si algunos de estos factores pueden ser comunes a más de uno de estos síndromes. En términos generales se consideran los hallazgos genéticos, los neuroquímicos, imagenológicos y electrofisiológicos, los factores de personalidad que condicionan un manejo peculiar de estrés, la gravedad de éste, y el entorno social en el que se de tal relación.

Así, cuando se produce un desequilibrio entre el individuo y su entorno, debido que las demandas desbordan o amenazan sus recursos poniendo en peligro su salud y ajuste, decimos que esa persona se encuentra bajo estrés, de

esta manera, las respuestas del estrés son resultado de la relación de factores ambientales como demandas excesivas del medio, carencias de apoyos sociales y factores personales, como experiencias previas en situaciones similares o que también son estresantes, las características generales del sujeto, y sus habilidades de enfrentamiento a estas situaciones (Buceta, en Macia y Méndez, 1997; Benassini, 2006).

Basados en el modelo secuencial integrativo expuesto por Fernández (1987), empleado en evaluación conductual, se analizarán brevemente los elementos del esquema que conforma al estrés (E-O-R-C).

Estos componentes según Raya (2000), se pueden dividir en tres categorías: experiencia, expresión de la ansiedad y procedimiento de la evaluación.

### **1.2.1. Situación, Estímulos.**

Casi siempre existen situaciones concretas en la que típicamente se experimenta ansiedad, estas situaciones varían de unas personas a otras y de unos trastornos de ansiedad a otros, ya que las situaciones pueden causar temores muy específicos y no son exclusivas de ningún trastorno. Esto significa que tener miedo a una situación no obliga a tener miedo a otras situaciones que pueden estar relacionadas.

El criterio para determinar la gravedad de un trastorno de ansiedad no es el número de situaciones temidas tomado de modo aislado, sino la repercusión que tiene, en la vida de la persona el sentir ansiedad, cómo altera su vida cotidiana, laboral, personal o académica y en qué medida sufre como consecuencia de la ansiedad.

Hay personas que no experimentan ansiedad ante una situación determinada, por eso, es mejor hablar de *estímulos que desencadenan la ansiedad*, pues éstos incluyen: situaciones, objetos, recuerdos, sensaciones corporales inofensivas, etc., son estímulos que desencadenan la respuesta de ansiedad. También funcionan como estímulo otras respuestas previas como recuerdo, sensaciones o pensamientos que nos producen ansiedad (Moreno, 2002).

Fernández (1987), alude que las fuentes de estrés son muy numerosas, junto a aspectos estructurales como la clase social, o la densidad de población, hay que incluir aquellos eventos vitales que suponen un cambio importante para el individuo, entendiendo que pueden resultar estresantes no sólo cambios problemáticos y/o no deseados, sino también cambios agradables y/o buscados por el sujeto.

Algunos de estos factores y situaciones conflictivas, son estresores personales, como la carencia de repertorios conductuales adecuados: *estresores interpersonales*, como problemas de pareja, malas relaciones familiares, muerte de un amigo o familiar, aislamiento social, traslados, etc.; *estresores socioeconómicos*, como inseguridad ciudadana, servicios públicos deficientes, paros, cantidad excesiva de trabajo, necesidad económica, etc.; *estresores físicos*, como ruido, polución, temperaturas extremas, privación sensorial, etc.

Además del evento estresante, externo o interno, resulta fundamental tener en cuenta cómo el sujeto percibe y evalúa esa realidad ambiental o personal; en este sentido, un mismo hecho tendrá distinta carga estresante para dos personas en condiciones diferentes, como en el caso de la pérdida del trabajo será asimilado de diferente manera por un trabajador eventual que por un profesional altamente calificado (Buceta, en Macia y Méndez, 1997).

Aquellas percepciones, cogniciones y emociones que son directamente accesibles al individuo ansioso a través de la introspección consciente, construyen lo que Raya (2000) llama los aspectos experienciales de la ansiedad y que constituirían los estímulos que desencadenan la ansiedad. Las disposiciones conductuales adquiridas, involucran residuos de experiencia pasada que predisponen al individuo tanto a ver el mundo de forma especial como a manifestar tendencias de respuesta “objeto consistentes” (Campbell, 1963; en Raya, 2000).

Dentro de la ansiedad patológica, desde el punto de vista médico, y de Saiz, Ibáñez y Montes (2000), es clásica la distinción entre la ansiedad endógena y la ansiedad exógena. La ansiedad endógena no tiene inicialmente relación con las circunstancias del entorno y su evolución sigue un curso independiente del ambiente y del carácter del sujeto. Sin embargo, suelen existir antecedentes

familiares de ataques de angustia y trastornos depresivos, ya que parece haber una predisposición de tipo genético a lo que se suman factores desencadenantes en determinados momentos de su evolución. Aproximadamente en una proporción de dos a uno, es más frecuente en las mujeres. En la ansiedad exógena, no se producen crisis espontáneas, se trata de un trastorno predominantemente crónico, en donde la influencia de los factores ambientales es notable, y no existen datos familiares que reconozcan un factor hereditario. Su incidencia es similar en hombres y mujeres (Saiz, Ibáñez y Montes, 2000).

### **1.2.2. Organismo**

Es el resumen de nuestra historia como personas: nuestros aprendizajes, habilidades, recursos de afrontamiento, herencia genética, etc. Se incluyen también las sustancias químicas que pueden alterar la química cerebral (Moreno, 2002).

Tanto las condiciones biológicas del organismo, por ejemplo la reserva de energía o el consumo de drogas, como los repertorios básicos de conducta del individuo, siendo los más importantes las habilidades de enfrentamiento, verbigracia, las destrezas de relajación, o la capacidad para tomar decisiones, son variables relevantes en las respuestas de estrés (Fernández, 1987).

En algunos sujetos la ansiedad constituye un “rasgo” de su personalidad, es decir, una característica permanente del sujeto. Se manifiesta por una tendencia habitual a estar nervioso y preocuparse. En otros en cambio, sin presentar previamente rasgos de ansiedad en su personalidad, se manifiesta un “estado” de ansiedad en un momento determinado (relacionado o no con factores ambientales como desencadenantes), cuando es lo suficientemente intenso, suele corresponder a un trastorno definido (Saiz, Ibáñez y Montes, 2000).

La tendencia a padecer ansiedad se hereda en cierta medida, no un trastorno de ansiedad en concreto, pero sí parece heredarse una cierta reactividad fisiológica o tendencia a presentar con relativa facilidad taquicardias, tensión muscular excesiva o hiperventilación; al heredar la facilidad para reaccionar fisiológicamente es más fácil que aprendamos reacciones de alarma

ante situaciones o circunstancias que otras personas interpretan como inofensivas. Afortunadamente, que haya una predisposición genética a sentir ansiedad no significa que nada podamos hacer para superar ésta, pues como ya se mencionó la ansiedad se origina a través del aprendizaje. Por tanto, es posible aprender nuevas formas de afrontar la ansiedad cotidiana, puesto que la facilidad para sentir nerviosismo ante situaciones, sensaciones o recuerdos inofensivos, se compensa con nuestra experiencia vital y con la capacidad de afrontamiento que como seres humanos hemos ido desarrollando con los años y la experiencia. Además es importante tener una base de autoestima y adecuadas habilidades sociales para desenvolverse adecuadamente.

Moreno (2002), hace la reflexión del si el hecho de padecer ansiedad se debe a que se es menos inteligente que los demás, mencionando que su experiencia ha sido que las personas con ansiedad suelen ser inteligentes y sensibles, siendo estas precisamente las cualidades que tienen que darse, en combinación con la reactividad fisiológica para aprender, anticipada pero “Inadecuadamente”, a sentir ansiedad ante situaciones o estímulos inofensivos.

En pocas palabras, los factores que influyen principalmente son: aprendizajes previos, asertividad y habilidades adquiridas por la persona, enfermedades físicas, fármacos y drogas, así como antecedentes familiares.

### **1.2.3. Respuestas de ansiedad.**

La ansiedad se manifiesta en los distintos ámbitos del individuo, como una vivencia subjetiva, como una serie de síntomas en el plano somático con pormenores fisiológicos y conductas para evitar o afrontar las situaciones angustiantes (Saiz, Ibáñez y Montes, 2000).

En términos estrictamente fisiológico, Benassini (2006), señala que la ansiedad puede considerarse como un grupo de respuestas consecutivas a sobre activación de los mecanismos responsables de un estado de alerta, llamándose ansiedad al efecto de estos mecanismos sobre el cerebro y los tejidos, con un conjunto de respuestas psíquicas somáticas y viscerales de lo más diversas.

Las respuestas varían enormemente según los individuos; en otras palabras, existen notables diferencias individuales en la forma de reaccionar, de acuerdo a los distintos niveles: cognitivo, fisiológico, comportamental y afectivo, así como las diferentes fases de las respuestas: de alarma, de resistencia y de agotamiento (Buceta, en Macia y Méndez, 1997).

Para Raya (2000), las respuestas de ansiedad son aquellas expresiones o procesos conductuales, fisiológicos y cognitivos que son accesibles al investigador para la evaluación cuantitativa, como por ejemplo el tono y actividad, motriz, la expresión facial y expresiones verbales en cuanto a los procesos conductuales se refiere; las respuestas endocrinas y cambios autonómicos como la frecuencia cardíaca, presión sanguínea y frecuencia respiratoria son ejemplos de expresiones fisiológicas y las expresiones cognitivas incluyen cambios en el estado de alerta, atención y rapidez de respuesta, es lo que ocurre en nosotros cuando tenemos lo que llamamos síntomas de ansiedad.

Existen tantas respuestas que pueden asimismo provocar ansiedad que no se pueden pasar por alto como estímulos, de hecho es importante aprender a reconocer los estímulos internos que producen ansiedad porque suelen ser sutiles y se tiende a veces a pasarlos por alto (Moreno, 2002); éstas se dividen en tres subtipos: cognitivas, fisiológicas y motoras, como veremos a continuación.

### **1.2.3.1. Respuestas Cognitivas.**

Son síntomas que al manifestarse están muy influidos por las características culturales, educativas y sociales de cada persona.

Esto hace que la traducción al lenguaje cotidiano de un estado de ansiedad, sea muy dispar al tiempo que rica. Puede que algunas personas sean capaces de expresar un sentimiento de ansiedad o angustia puro, pero lo más habitual es que no seamos capaces de reconocernos a nosotros mismos en esa situación o por el contrario manifestemos intranquilidad, desasosiego o inquietud (Gandara y Fuente, 1999).

Son llamados también correlatos cognoscitivos o psicológicos de la ansiedad, se describen como vivencias y sentimientos de ansiedad psíquica, manifestaciones por situaciones displacenteras como intranquilidad, temores

indefinidos, aprensión, irritabilidad, impaciencia.

Igualmente se produce dificultad en los procesos de atención y concentración, que posteriormente afectan al rendimiento intelectual y sobretodo a la memoria, ya que en ocasiones la ansiedad es tan intensa que pueden llegar a producirse estados de bloqueo del pensamiento (Saiz, Ibáñez y Montes, 2000).

Además, Gandara y Fuente (1999), relacionan algunos dependientes de otras variables personales como: tensión en las relaciones familiares o sociales, sentimientos de rechazo o minusvalía, autodespreciación o baja autoestima, deterioro del rendimiento laboral, así como los pensamientos e imágenes mentales atemorizantes que vienen a nuestra cabeza cuando estamos ansiosos. Estos son pensamientos automáticos que se presentan ante una situación atemorizante o cuando notamos algo en nuestro cuerpo que nos asusta.

Para Moreno (2002), es una especie de diálogo interior que tenemos justo antes de que comiencen otros síntomas de la ansiedad de tipo fisiológico o motor.

Pichot (1994), maneja este tipo de respuesta como la hipervigilancia, es decir, sentirse atrapado, exageración en la respuesta de alarma, dificultad para concentrarse, insomnio e irritabilidad.

Algunos síntomas cognitivos más característicos de cada trastorno de ansiedad son los siguientes:

- Trastorno de pánico, pensar: “Estoy teniendo un infarto”, “Me estoy volviendo loco”, “Me desmayaré”. Notar que la calle por donde se va siempre no es la misma, verse a sí mismo distinto, como separado de sí mismo. Todas estas interpretaciones catastróficas llevan a la ansiedad, pues nadie puede quedarse tranquilo si piensa que está muriendo o está loco.

- Agorafobia, pensar: “¿Y si no tengo dónde orinar?”, “¿Y si me da diarrea?”. Algunos de estos pensamientos suceden cuando al ir por la calle se necesita por ejemplo utilizar un baño público, lo cual es poco recomendable a veces, pero se convierte en una misión imposible si se piensa que con esto se contagiará de cáncer con una seguridad del cien por ciento, por ejemplo, aún sabiendo que el cáncer no se contagia así.

- Fobia social, pensamientos como: “Lo estoy haciendo fatal”, “Están viendo que me pongo rojo”, “Notarán que estoy nervioso”. Si se piensa que la gente se va a reír y para quien lo sufre es importante que no lo hagan, es fácil que se sienta incómodo en situaciones sociales donde requiera hablar en público o

necesite pedir una cita. Si además el mostrarse ansioso para él es señal de debilidad, es más fácil que se muestre más ansioso, y por tal razón comenzar a tartamudear, a temblar de forma visible, y al tomar conciencia de estas respuestas comienzan nuevamente los pensamientos pero ahora ya justificados, teniendo un diálogo interno consigo mismo, lo que le llevará a una mayor distracción, a cometer más errores y a concienciar que cada vez hace las cosas peor.

- Fobias específicas: “Me hará daño la aguja”, “El elevador se va a descomponer”, “¿Y si cae un rayo en mi casa?”. Una sensación vaga de malestar se transforma en una experiencia terrible si pensamos que podría ser el principio del contagio de una enfermedad que puede complicarse y matarnos, o que algún evento nos dolerá infinitamente o lo vemos como el episodio final.

- Trastorno obsesivo-compulsivo: “Me voy a contaminar o contagiar”, “¿Habré cerrado la llave?, rezar, contar o repetir palabras en silencio.

- Trastorno por estrés postraumático: pesadillas, cree que el episodio traumático está sucediendo de nuevo, “Nunca podré llevar una vida normal”, “¿Y si sucede de nuevo?”.

- Trastorno de ansiedad generalizada: preocupación excesiva y difícil de controlar sobre diversos temas. Pensamientos como: “¿Y si me corren?”, “¿Y si tiene algún accidente?”, “¿Y si me abandona?”

(Moreno, 2002).

### **1.2.3.2. Respuestas Fisiológicas.**

Son las sensaciones físicas o manifestaciones corporales que se producen cuando estamos ansiosos o con miedo. La ansiedad tiene una manifestación fisiológica similar en todos los trastornos de ansiedad, aunque cambian las situaciones y los pensamientos que desencadenan esta ansiedad.

Algunos de estos síntomas, especialmente la tensión muscular y una tasa alta de respiración, se pueden producir también como consecuencia de un estrés por el trabajo, estudio, o cuando pasamos por diversas alteraciones familiares, de pareja o personales, esta tensión emocional mantenida también puede alimentar la tensión emocional que la provocó y contribuir a la aparición o empeoramiento de los trastornos de ansiedad.

La tasa elevada de respiración o hiperventilación, tiene también un papel importante en el origen y mantenimiento del trastorno de pánico, ya que las

inspiraciones aumentan y provocar una elevación del nivel de oxígeno en la sangre, transcribiéndose en diversos síntomas como taquicardia, mareos, vértigo, etc. Los cuales pueden ser malinterpretados como síntomas de algo grave y así dar lugar a las crisis de pánico (Moreno, 2002).

El corazón empieza a bombear más rápidamente para poder irrigar más copiosamente de sangre los músculos que han de ponerse en movimiento; la respiración se hace más frecuente para disponer de más oxígeno; la piel se vuelve más pálida porque la sangre va a los músculos, para aumentar la fuerza muscular y reducir el riesgo de pérdida de sangre en caso de producirse una herida cutánea; el tono muscular aumenta llegando a producir leves temblores, el tubo digestivo suspende su actividad, para no malgastar energía; todos los sentidos aumentan su vigilancia sobre el ambiente, haciéndolos más sensibles a los estímulos externos. Todas estas reacciones son reguladas por el sistema nervioso autónomo simpático y por un neurotransmisor llamado adrenalina (Sassaroli y Lorenzini, 2000).

Benassini (2006), las llama también respuestas viscerales enumerándolas como: taquicardia, disnea, sudoración, urgencia urinaria, opresión abdominal, disfagia, náuseas, vómito, anorexia, boca seca, palidez.

Por su parte, Ellis (2001) los enumera en cuatro rubros:

- Síntomas respiratorios y pectorales.
- Síntomas intestinales.
- Reacciones de la Presión.
- Reacciones Cutáneas.

Para Gandara y Fuente (1999), es lo que se ha denominado somatización de la ansiedad, que no es más que un patrón de síntomas debidos a la acción del sistema nervioso vegetativo, de las descargas del sistema, que libera adrenalina y noradrenalina; éstas actúan en los terminales nerviosos dando lugar a síntomas en diversos órganos y sistemas del cuerpo, preferentemente en los viscerales, es decir, son síntomas dependientes del sistema nervioso central, que reflejan la puesta en marcha de los dispositivos de alerta, como si se estuviera en una situación de riesgo o amenaza vital que activa un mecanismo defensivo, e influyendo en cuatro aspectos principalmente:

1. Desórdenes del sueño.
2. Alimentación.
3. Sexualidad.
4. Rendimiento intelectual

Utilizando el concepto “Hiperactividad vegetativa”, Pichot (1994), describe la respuesta fisiológica como: sensación de ahogo, taquicardia, manos frías o húmedas, boca seca, mareo, escalofrío, micción frecuente y sensación de tener un “nudo en la garganta”.

Igualmente para Saiz, Ibáñez y Montes (2000), existe una serie de cambios fisiológicos producidos por la estimulación del sistema autónomo, pero que se manifiesta a través de los distintos sistemas corporales:

1. Sistema cardiovascular.
2. Sistema respiratorio.
3. Sistema digestivo.
4. Sistema genito-urinario.
5. Sistema neuro-muscular.

### **1.2.3.3. Respuestas Motoras.**

Son las conductas visibles que los demás pueden observar cuando estamos nerviosos. Sin embargo, cuando estamos ansiosos los demás notan mucho menos síntomas en nosotros de lo que pensamos. Los demás pueden ver que tartamudeamos un poco, que nos tiemblan las manos o estamos inquietos al caminar de un lado a otro, que discutimos o estamos irritables, que nos lavamos o rectificamos que la puerta esté cerrada más veces de lo normal. Pero si hay algún síntoma motor que está en la mayoría de las personas que padecen ansiedad, éste puede ser la evitación o el escape de la situación que les recuerdan sus preocupaciones, obsesiones o traumas (Moreno, 2002).

Benassini (2006), por su parte, puntualiza que son respuestas somáticas donde se presenta: inquietud, agitación, temblor, cefalea, dolores musculares principalmente dorsales y cervicales, cansancio, debilidad, hiperreflexia, parestesias, mareos.

Para Ellis (2001), son síntomas musculares como: temblores, parpadeo involuntario, tics nerviosos, flaqueo en piernas, sobresaltos, rigidez, insomnio, o dar vueltas de un lado para otro.

Para Vallejo y Gastó (2000), la ansiedad patológica puede manifestarse a través de diferentes síntomas que se pueden agrupar en cinco dominios:

Emocional: manifestándose por una sensación de inquietud psíquica.

Cognitivo: mostrando preocupaciones excesivas.

Conductual: revelando inquietud psicomotora, sentimientos de impotencia, sobrecarga tensional y conductas de evitación

Tensión Motora: exteriorizando estremecimientos o sacudidas musculares.

Somático: Presentando síntomas cardiocirculatorios, respiratorios, sensoriales, digestivos, vegetativos, e instintivos.

Para Pichot (1994), la respuesta motora son: temblores, tensión o dolor muscular, inquietud y fatigabilidad excesiva.

Saiz, Ibáñez y Montes (2000), manejan una serie de manifestaciones como desasosiego, incapacidad para estarse quieto, movimientos repetitivos (restregarse las manos, tocarse la ropa, alisarse el cabello, etc.), todas éstas como reflejo de la intranquilidad provocada por la ansiedad. En otros casos se produce el efecto contrario, con inhibición, dificultad para el contacto, y en casos graves, estupor con bloqueo del lenguaje y movimiento.

#### **1.2.4. Consecuencias**

Otro tipo de aprendizaje que también tiene un papel importante en el desarrollo de los problemas de ansiedad es que el que obtenemos a partir de las consecuencias de nuestra conducta. En determinadas circunstancias se tiene un problema de ansiedad porque escapamos o evitamos lo que nos atemoriza.

Escapar o evitar contribuye a que aprendamos que podemos reducir el malestar mediante ese comportamiento porque nos sentimos mejor cuando abandonamos esa situación que nos pone nerviosos o nos distraemos de las sensaciones o recuerdos que nos hacen sentir ansiedad. Sin embargo, ese alivio es solo momentáneo y es característico que se sienta más ansiedad anticipatoria

cuando se debe enfrentar de nuevo a la situación de la que se escapa o evita.

Escapar o evitar las situaciones temidas son dos síntomas omnipresentes que tienen un papel fundamental para que se mantenga el problema de ansiedad, por eso, es fundamental aprender a manejar adecuadamente los pensamientos y las imágenes que se presentan automáticamente, es decir, el afrontar en la vida cotidiana las situaciones que tendemos a evitar o de las que solemos escapar, es el último paso para superar definitivamente la ansiedad (Moreno, 2002).

Los psicólogos estudiamos las consecuencias de las conductas atendiendo que todas éstas pueden tener consecuencias para la persona que sufre la ansiedad, para su familia y para otras personas, estas consecuencias pueden ser a corto o largo plazo, además que pueden ser positivas o negativas.

Las consecuencias de nuestras respuestas de ansiedad, también pueden contribuir a mantener nuestro problema de ansiedad e incluso empeorarlo, puesto que las cosas que hacemos para sentir alivio contienen muchas veces la esencia de nuestro problema de ansiedad.

El alivio que sentimos cuando hacemos algo para eludir o evitar llegar a sentir la ansiedad, es una consecuencia que nos lleva a aprender cómo manejar erróneamente esa ansiedad, pues al tomar alguna de estas soluciones a veces el beneficio es solamente a corto plazo, pero a largo plazo nos resulta inútil o perjudicial, ya que la cuestión reside en qué tipo de conducta nos hace sentir mejor y lo más importante, cuánto dura el bienestar.

La tranquilidad seductora de la evitación o el escape de situaciones que nos producen ansiedad conlleva a menudo problemas a largo plazo, entre otras cosas porque llegamos a perder contacto con la realidad de las amenazas que nos acechan, por otro lado, el escape de estas situaciones nos hace pensar que la ansiedad hubiera subido más y más hasta el infinito, pero al no quedarnos allí para comprobarlo preferimos creer que habría ocurrido lo peor. Enfrentarse a las situaciones temidas es fundamental para superar la ansiedad y el miedo (Moreno, 2002).

Como consecuencia de los síntomas que padece la persona ansiosa, con frecuencia existen problemas de comunicación con los demás debido a la sensación de inseguridad y pérdida de control en el plano psíquico, el cual repercute en sus habilidades sociales; se añade también la dificultad del sujeto

con ansiedad para expresar sus sentimientos y el temor de no ser comprendido por los demás.

En el extremo contrario, a veces los sujetos con ansiedad se refugian con los demás desarrollando una clara dependencia, intentando encontrar en el exterior la seguridad que le falta (Saiz; Ibáñez; Montes, 2000).

Sin embargo, las consecuencias de la exposición a situaciones estresantes no son negativas en sí mismas. Moos y Shaefer (1986), indican que las crisis vitales proporcionan a algunas personas la ocasión de adquirir y desarrollar habilidades de enfrentamiento ante los estresores, ya que muchos logros se consiguen en condiciones que comportan cierto grado de estrés. Ahora bien, la energía del individuo no es limitada, de modo que en situaciones estresantes el individuo mantiene constantemente un gran incremento de la activación cognitiva, fisiológica y motora, transcurrido un tiempo le resultará imposible mantener ese ritmo de actuación apareciendo algunos efectos como: insomnio, mareos, dolores de espalda y pecho, cefaleas, hipertensión, úlceras pépticas, diarrea, debilidad, baja autoestima, mala productividad, disminución de ingresos, etc. (en: Macia; Méndez, 1997).

### **1.3. Trastornos de Ansiedad**

Estos trastornos se caracterizan por tener a la ansiedad o el miedo como elementos principales del sufrimiento humano. Cada trastorno se refiere a un conjunto característico de síntomas y sensaciones que suelen aparecer en la misma persona, lo que los psicólogos denominamos *Síndrome Clínico* (Moreno, 2002).

No obstante a esta afirmación, es importante remarcar que el trastorno, incluye no solo la manifestación clínica, como en el síndrome, sino también la historia natural del proceso, además de otros criterios diagnósticos poco utilizados como:

- a) Curso y pronóstico.
- b) Antecedentes personales.
- c) Personalidad premórbida.
- d) Antecedentes familiares

- e) Respuesta terapéutica.
  - f) Marcadores biológicos.
- (Vallejo y Gastó, 2000).

Vallejo y Gastó (2000), aseveran que la ansiedad patológica supera los límites adaptativos y afecta de forma negativa al rendimiento y al funcionamiento psicosocial. En ocasiones se considera que constituye el núcleo central de una serie de síndromes clínicos específicos, los llamados trastornos de ansiedad. Es por esto que a continuación se hará una breve diferenciación entre lo que se podría llamar una ansiedad sana o dentro de la norma, una ansiedad adaptativa y aquella que rebasa los límites y puede llegar a ser autodestructiva.

### **1.3.1. Trastornos Adaptativos.**

La ansiedad patológica se diferenciaría de la normal sólo por su intensidad y su anacronismo, pero no por la cualidad de la emoción en sí misma (Vallejo y Gastó, 2000). A veces los síntomas que se presentan no alcanzan la intensidad, la frecuencia o la repercusión en la vida social, laboral o personal como para justificar un diagnóstico formal de trastorno de ansiedad.

En otros casos, las reacciones de ansiedad se debe a acontecimientos estresantes como por ejemplo una separación de pareja o un despido laboral que crean una dificultad puntual para desarrollar nuestra vida cotidiana, a lo que denominamos trastorno adaptativo, es decir, es un fenómeno psíquico universal que todos experimentan en mayor o menor medida en la vida cotidiana, caracterizada por un conjunto de respuestas fisiológicas, vivenciales, conductuales o comportamentales y cognoscitivas que se distinguen por un estado generalizado de activación y alerta, una forma de preparar nuestro organismo y nuestro aparato psíquico para responder en las mejores condiciones posibles ante una circunstancia amenazadora, un posible riesgo, un fracaso o una pérdida (Saiz y Montes, 2000; Vallejo y Gastó, 2000; Moreno, 2002).

En forma cotidiana experimentamos una serie de emociones como la ira, la alegría, la tristeza y la ansiedad. Esta última está presente en nuestras vivencias diarias y desempeña un papel importante en la adaptación y defensa ante

situaciones de tensión o amenaza a nuestra integridad física o psicológica.

Existe un nivel de ansiedad que se considera normal e incluso útil, se le denomina umbral emocional y permite mejorar el rendimiento y la actividad, sin embargo, cuando la ansiedad rebasa ciertos límites, aparece un deterioro de la actividad cotidiana.

En este caso, a mayor ansiedad, habrá un menor rendimiento. Sea el caso de un expositor ubicado frente a un público abundante, la activación de su umbral emocional puede inducirle a un mejor desempeño. Por el contrario, si la activación es excesiva, la ansiedad actuará de manera contraproducente al interferir con las actividades en forma negativa, lo que constituye el punto de partida para los trastornos de ansiedad (Rodríguez y Contreras, 1998; Saiz, Ibáñez y Montes, 2000; Vallejo y Gastó, 2000).

La ansiedad sana, a la que se refiere Ellis (2001), como inquietud, vigilancia o precaución, le ayuda a tener más de lo que quiere y menos de lo que no quiere. La ansiedad sana preserva la vida. Ésta da el control de las propias emociones y le ayuda a manejar situaciones difíciles o peligrosas de forma eficiente y preserva de daños potenciales, ésta ansiedad está basada en miedos realistas o racionales; estos miedos realistas o sensatos surgen cuando se observa que algo malo, incluso destructivo puede ocurrir si se actúa de determinada manera y hay posibilidades de que algo horrible ocurra, es decir que advierten que no se hagan estas cosas o se tomen ciertas decisiones si no se quiere que nada de esto le pase.

La ansiedad es una sensación que todos podemos experimentar, es algo normal en la vida de las personas, una reacción o respuesta a acontecimientos de la vida, puede ser más o menos intensa, afectando más a unas personas que a otras dependiendo de su carácter, puede ser necesaria para adaptarse a los problemas y superarlos o perjudicial e inadaptada. La ansiedad adaptativa es útil para resolver problemas de la vida, controlable y lógica, que, aunque puede ser incómoda, no implica sufrimiento grave.

Gandara y Fuente (1999), dividen a la ansiedad en reactiva y endógena. La ansiedad reactiva, motivada por un desencadenante, con una relación comprensible con un suceso o una anticipación de algo; la ansiedad endógena,

aparentemente es inmotivada, surge sin razón o causa comprensible, como una manifestación del carácter de la persona, excesiva y poco o nada adaptativa.

Seyle describió la “reacción general de adaptación”. Este mecanismo acontece en tres fases. La primera sería una reacción de alarma, seguida de una segunda de resistencia y finalmente la tercera, de agotamiento. Esta respuesta general y común ante determinados estímulos no impide que exista una determinación individual de adaptación, pues cada uno responde según su carácter o la situación. Este modo peculiar y personal de respuesta está en parte genéticamente establecido y en parte se ha aprendido a lo largo de las experiencias de etapas iniciales del desarrollo hasta la edad actual. Dicho temperamento que afecta a todos los órdenes de comportamiento, determina la manera en que cada persona recibe, percibe, filtra, elabora y modula estímulos con potencialidad ansiogénicas, los estímulos agresivos del entorno o los provenientes de sí mismo y reacciona ante ellos (Gandara y Fuente, 1999).

En general, un trastorno adaptativo, es una reacción proporcionada y localizada en un peligro concreto, externo e inmediato, dirigiendo hacia una fuente específica los sentimientos de aprensión e impotencia, en la que el peligro resulta menos inmediato y la emoción más predecible. La ansiedad objetiva desaparece cuando deja de existir el peligro (Branden, 1993).

Desgraciadamente hay muchos tipos y niveles de ansiedad y algunos de ellos son malsanos y autodestructivos como se verá a continuación.

### **1.3.2. Síndromes Clínicos.**

Como ya se mencionó anteriormente, la ansiedad es un mecanismo de defensa natural del ser humano que le previene de peligros reales y por esto no se puede erradicar. Sin embargo, a veces esta maquinaria de prevención produce falsas alarmas: se dispara ante estímulos inofensivos, provocando trastornos de ansiedad, es decir, una ansiedad destructiva y perjudicial para las propias necesidades básicas, pues ésta hace perder el control, ya que toma forma de pánico, terror, horror, fobias, temblores, estados de shock, entumecimientos y todo tipo de reacciones físicas y psicosomáticas que alertan, pero que muy a menudo

no hacen más que interferir en el buen manejo de estas situaciones (Gandara y Fuente, 1999; Ellis, 2001).

Algunas personas que padecen problemas de ansiedad pueden sentir crisis de ansiedad cuando se encuentran con determinadas personas o animales, en situaciones como volar en avión, subir a un piso elevado o entrar a un espacio muy reducido. Otras tienen esta crisis de forma inesperada y sin nada que la provoque aparentemente. (Moreno 2002).

Una diferencia importante entre las ansiedades neurótica y objetiva, es que la intensidad de la reacción emocional en la ansiedad objetiva es proporcional al peligro real, mientras que al reaccionar con un nivel muy alto de ansiedad, ante una situación levemente angustiada, la fuente del peligro está ligada a los sentimientos internos reprimidos más que a un agente externo (Spielberger, 1980).

Ellis (2001), por su parte, propuso que una ansiedad sana se convierte en una dañina en el momento en que ésta en vez de comportarse como autoprotectora se convierte en hiperprotectora y por tanto como destructiva.

Una de las principales razones explicativas de este fenómeno es probablemente de tipo evolutivo, la naturaleza no sólo nos proporcionó precaución e inquietud sino también extrema, pues nuestros antepasados tenían que ser muy ansiosos para poder sobrevivir ante animales muy feroces y fuertes, hoy en día la Tierra ya no es extraordinariamente peligrosa, pero es posible que estas reservas sigan instauradas en nuestro organismo.

La ansiedad patológica se acompaña siempre de descansos de rendimiento, tanto en el plano intelectual como en el plano psicomotor, en las reacciones personales, en el trabajo, toma de decisiones o en la vida sexual y los dispositivos de alerta ante la llegada de información del entorno, es valorada como potencialmente agresiva.

La capacidad para modular este mecanismo obteniendo de él todos sus beneficios sin riesgo de perjuicio, es lo que conocemos como autodomínio o autocontrol, un estado que todos deseáramos alcanzar (Gandara y Fuentes, 1999).

Para Saiz, Ibáñez y Montes (2000), la ansiedad se convierte en patológica cuando deja de ser adaptativa, es decir, cuando al peligro al que pretende responder no es real, o cuando su nivel de activación y duración son desproporcionados con respecto a la situación objetiva, se manifiesta en una combinación de síntomas físicos y psicológicos, afectando la corporalidad y

sentimientos vitales, e implicando un deterioro en el rendimiento y libertad personal del sujeto.

En pocas palabras, en la ansiedad patológica hay una sobrepreocupación ante el concepto de peligro y una infravaloración de la habilidad personal para enfrentar la situación, es producto de un pensamiento incorrecto, exagerado y su pánico interfiere en sus acciones dando paso a crisis frecuentes.

Las crisis de angustia son de frecuencia e intensidad variables. No es infrecuente que un individuo presente diversos episodios moderados durante meses o episodios frecuentes diariamente durante un periodo corto de tiempo, con meses de separación en los periodos posteriores de crisis. Los pacientes con un trastorno de angustia presentan con frecuencia ansiedad acerca de la reaparición de las crisis o los síntomas de angustia o acerca de las implicaciones o consecuencias de éstos, es decir, los pacientes ansiosos parecen focalizar su atención en el estímulo amenazante y recordar más la información relacionada con la amenaza (McIntyre y cols., 2000; Raya, 2000).

Las crisis se han definido en tres tipos de acuerdo al DSM-IV, en función de las circunstancias en las que aparecen y del modo de inicio:

- Crisis espontáneas o inesperadas: aparecen sin asociarse a ningún desencadenante situacional inmediato y definen la existencia de un trastorno de angustia o pánico.
- Crisis situacionales: aparecen de forma invariable, inmediatamente después de la exposición o anticipación de un estímulo o desencadenante y son características de los trastornos fóbicos.
- Crisis predispuestas por las situaciones: aunque aparecen frecuentemente durante la exposición a un desencadenante ambiental, no se asocian siempre con dicha situación ni aparecen inmediatamente después del afrontamiento, como por ejemplo las crisis de la agorafobia. (Vallejo y Gastó, 2000).

Además con respecto a esto, Moreno en 2002, declaró lo siguiente:

- Cuatro de cada diez personas pueden experimentar los síntomas de la ansiedad.
- Dos varones y tres mujeres de cada diez han tenido, tienen o

tendrán algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida.

- Además del malestar que ocasiona la ansiedad, puede alterar nuestro desempeño laboral o académico, nuestras relaciones sociales o incluso impedirnos lograr una pareja.

Branden (1993), por su parte, prefiere referirse a la ansiedad patológica como *ansiedad de la autoestima*, ésta no siempre aparece de una forma intensa o violenta, quienes la padecen perciben cierto malestar ocasional, una difusa sensación de nerviosismo y aprensión que va y viene según un ritmo propio, es difícil de descifrar y se desconoce cuántas de sus respuestas son consecuencia del deseo de huir de ella.

El objeto de valor amenazado, en esencia es el YO de quien la padece, entendiéndolo como el centro unificador del conocimiento, de la conciencia, aquello que percibe la realidad, preserva la continuidad interior de la propia existencia y genera una sensación de identidad personal, es decir, todo lo que amenace con derrumbar al sentido de la valoración personal, es fuente de ansiedad para la autoestima, la sensación de control, la eficacia y el valor (Branden, 1993).

Cuando una persona sufre de baja autoestima establece diferentes defensas, o estrategias para evitar la realidad, con el propósito de no tener que afrontar la sensación de ineficiencia, inevitablemente se producen distorsiones en su manera de pensar. No hay forma de conservar la claridad de nuestro modo de pensar mientras haya consideraciones en nuestra mente gobernada por el temor que se antepone a los hechos reales, ni de preservar el poder de la inteligencia intacto, si creemos que nuestra autoestima está condicionada a la ignorancia de ciertos hechos.

Por su parte, Galletero y Guimón (1989), hacen una clasificación interesante ya que por medio de ésta logran clasificar la ansiedad patológica, para un mejor estudio y tocando cada uno de los trastornos que se revisarán en esta propuesta, en formas diferentes de acuerdo a su forma de manifestarse:

- De forma brusca y episódica, en forma de crisis (Pánico).
- De forma persistente y continua, sin crisis (trastorno de ansiedad generalizada)
- Tras un estrés identificable (trastorno por estrés posttraumático).
- Cuando el sujeto trata de controlar los síntomas (fobias).

- Cuando el sujeto se siente atrapado por ideas recurrentes y/o rituales (trastornos obsesivos-compulsivos) (en: Echeburua, 1996).

Pese a esto, cada vez que admitimos una verdad difícil, que nos enfrentamos a aquello que nos producía temor afrontar, que reconocemos hechos cuya existencia hemos ignorado, que nos mostramos dispuestos a tolerar el miedo o ansiedad temporales en beneficio de un mejor contacto con la realidad, nuestra autoestima crece. La autoestima positiva, es una necesidad básica y está relacionada estrechamente con la honestidad e integridad. A esto se debe que tanto en psicoterapia como en la vida, sea tan importante crear un contexto en que la persona descubra que es importante ser honesto en los pensamientos, sentimientos y comportamiento (Branden, 1993).

La ansiedad es un componente que está presente en muchos trastornos de conducta. Para Tobeña (1986), es uno de los campos de la clasificación psicopatológica donde se constatan fiabilidades más bajas de diagnóstico, pues no se conocen los límites de los trastornos de ansiedad y por tal su clasificación (Echeburúa, 1996). Sin embargo, la estructura de cualquier sistema clasificatorio se fundamenta en criterios clínicos, etiológicos y de respuesta terapéutica, como se muestra a continuación.

#### **1.3.2.1. Pánico (Crisis o trastornos de angustia).**

La palabra pánico se deriva del Dios griego Pan quién podía inspirar un miedo abrumador e irracional, especialmente cuando se turbaba su sueño (Raya, 2000).

El pánico se define como aquella entidad caracterizada por la aparición repentina y rápida de una sensación de aprehensión o malestares intensos, miedo o terror junto con una urgente necesidad de huir de la situación y que se acompañan de una serie de síntomas somáticos y cognitivos (Vallejo y Gastó, 2000).

Se trata de una enfermedad que presenta de manera inesperada crisis de angustia o que es desencadenada por situaciones estresantes e incluso por ejercicio físico excesivo, exteriorizando habitualmente varias crisis a lo largo de

semanas o meses a veces muy seguidas y en otras ocasiones con intervalos más prolongados.

La persona que los padece no piensa que se trata de un problema psíquico, simplemente piensa que está enferma, grave y que se va a morir (Gandara y Fuente, 1999).

Para Moreno (2002), este trastorno se caracteriza por la presencia de crisis de ansiedad y el temor a experimentar nuevas crisis. Los síntomas de ansiedad se presentan más o menos de una forma repentina, con sensación de miedo intenso y una serie de síntomas somáticos que varían según el enfermo. La duración de las crisis es recortada en el tiempo y puede ser definida claramente por el enfermo (Saiz, Ibáñez y Montes, 2000).

Una crisis de ansiedad es una reacción de miedo o malestar intenso que se presenta en forma repentina y brusca, que alcanza su máxima intensidad en cuestión de diez minutos como máximo. Para denominarla así, esa reacción de miedo debe ir acompañada de cuatro o más síntomas de los que se presentan a continuación de acuerdo a los criterios del diagnóstico DSM-IV:

1. Palpitaciones, o elevación de la frecuencia cardiaca.
2. Sudoración.
3. Temblores o sacudidas musculares.
4. Sensación de ahogo o falta de aliento.
5. Sensación de atragantamiento o asfixia.
6. Opresión o malestar torácico.
7. Náuseas o molestias abdominales.
8. Inestabilidad, mareo o desmayo.
9. Sensación de irrealidad (desrealización) o de estar separado de uno mismo (despersonalización).
10. Miedo a perder el control o volverse loco.
11. Miedo a morir.
12. Sensación de entumecimiento u hormigueo.
13. Escalofríos o sofocamiento.

Cuando no se alcanzan los cuatro síntomas requeridos, pero hay malestar suficiente, se habla de una *crisis de síntomas limitados* o *mini crisis*.

Moreno (2002), ha definido al pánico como el “miedo al miedo”, siendo la esencia de este trastorno que el paciente teme que los síntomas que presenta aunque sean inofensivos, sean la señal de un peligro real. Esta interpretación catastrófica genera un estado de miedo que produce, de modo natural, que dichos síntomas aumenten de intensidad y se produce una espiral de ansiedad rápidamente creciente que desemboca en la crisis de ansiedad.

Una presentación especial de estas crisis es aquella en la que predominan las vivencias de despersonalización y alteraciones sensoperceptivas, descritas por Roth en 1959 y validado por Aspira y cols. en 1972. En estos pacientes la expresión de las crisis se hace fundamentalmente a través de la espera psíquica con síntomas que se consideran consecuencia de patología del lóbulo temporal como “dèjà vu”, memoria panorámica, alteraciones de la intensidad de los estímulos sensoriales, etc. (Vallejo y Gastó, 2000).

Ayuso (1988), remarca algunas características que muestra el sujeto que sufre del trastorno de pánico:

- a) Alta influencia familiar.
- b) Transmisión genética.
- c) Antecedentes frecuentes de fobia escolar.
- d) Alta prevalencia de depresión mayor.
- e) Asociación frecuente con fobias.
- f) Buena respuesta a los antidepresivos (no benzodiazepina).
- g) Provocación de ataques con lactato sódico.

Así mismo, Agras (1989) constata que casi un veinte por ciento de los ataques de pánico se producen de noche, habitualmente entre la una y media y las tres y media de la madrugada, arrancando al sujeto del sueño y no estando necesariamente relacionados con pesadillas o sueños intensos.

En el ataque de pánico el peligro proviene del interior, aunque haya sido activado por una situación externa. No obstante Gelder (1989) y Marcks (1987), indican que esclarecer si dichos ataques son espontáneos o provocados no es simple porque algunos ataques pueden ser provocados, sino por estímulos externos, si por la representación mental de tales estímulos (en Echeburúa, 1996).

La consecuencia del ataque de pánico es el comportamiento evitativo, dicha

conducta constituye una de las causas por las que el paciente se auto culpabiliza y acepta las críticas de las personas que tiene a su lado, con lo cual acaba desarrollando una depresión secundaria que se complica posteriormente y se convierte en crónica (Sassaroli y Lorenzini, 2000).

La edad de inicio del trastorno de angustia está entre los dieciocho y los treinta y cinco años, aunque la distribución de edades puede ser muy amplia e incluso existir un pico de frecuencia en la adolescencia y otro hacia los treinta y cinco años.

Durante la infancia y después de los cuarenta y cinco años, es extraño que aparezcan crisis de angustia por primera vez. El trastorno de angustia acostumbra a tener un curso crónico, aunque de intensidad oscilante (Vallejo y Gastó, 2000).

Es más frecuente en mujeres pues tienen probabilidades dos veces más altas de padecerla que los hombres, presenta un curso variable, pero en general tiende a ser fluctuante y crónico, manteniéndose la sintomatología a lo largo de la vida, con periodos de mejoría y empeoramiento generalmente relacionados con situaciones de estrés ambiental (Raya, 2000; Saiz, Ibáñez y Montes, 2000).

### **1.3.2.2. Fobias.**

Mientras miedo es una emoción útil e indispensable para la supervivencia, y la ansiedad una experiencia común a todos los hombres que en pequeñas dosis resulta incluso un estímulo útil para la acción, en cambio la fobia es un trastorno que no tiene ninguna ventaja y ocasiona muchas molestias y daños (Sassaroli y Lorenzini, 2000).

Una fobia es la asociación de la ansiedad con objetos o situaciones específicas, con la consecuencia de evitación a tales objetos o situaciones, incluso la anticipación para evitar la exposición, son un ejemplo de ansiedad neurótica y en ellas se produce un miedo intenso y persistente ante una situación u objeto específico relativamente inofensivo, sintiendo ansiedad aún cuando se encuentren señales relativas a la experiencia traumática original, conduciendo a la evitación del estímulo u objeto temido y afectando sus actividades o rutinas normales. En general, las fobias son miedos que se consideran patológicos en función de su intensidad y anacronismo (Spielberger, 1980; Gandara y Fuente, 1999; Benassini, 2006).

Saiz, Ibáñez y Montes (2000), refieren que son los trastornos psíquicos más frecuentes si prescindimos del criterio de gravedad. Afectan a gente de toda condición y edad, son en general más frecuentes en mujeres, la ansiedad se presenta en situaciones bien definidas o frente a objetos que no son en sí mismos peligrosos.

Sassaroli y Lorenzini (2000), señalan dos elementos característicos que nos permiten hablar de fobia: el primero, consiste en que la ansiedad se experimenta exclusivamente en circunstancias muy precisas, lejos de las cuales el sujeto se encuentra bien, a salvo y siente temor de encontrarse de nuevo en tales circunstancias. El segundo, es el esfuerzo enorme, sistemático y consiente que el sujeto realiza para evitar las circunstancias que considera que le causan ansiedad.

Así mismo, señala que el sujeto fóbico presenta todas o algunas de estas características: tiene miedo de alguna cosa y hace todo lo posible para evitar encontrarlo, expone no ser capaz de salir; teme encontrarse solo en medio de extraños y sentirse mal pero, teme quedarse solo en casa; recuerda claramente el momento en que empezó su calvario, la fobia tiene una fecha y una hora precisa de inicio; su vida actual está paralizada por una serie de limitaciones cada vez mayores, para evitar que se repita esa terrible experiencia, "por miedo a morir renuncia a vivir"; cuando manifiesta las primeras crisis de ansiedad, considera los síntomas físicos que experimenta como una prueba de tener una enfermedad física que lo llevará a la muerte o a la locura.

De este modo, cuando una persona fóbica es expuesta al objeto o situación temida, experimenta un estado de ansiedad que le hace tomar medidas bien pensadas para evitar el objeto o situación que le causa su fobia, lo que hace que las fobias tiendan a perdurar; siempre que se elude exitosamente al objeto productor de la fobia, la ansiedad se reduce y, a su vez, se incrementa la determinación del individuo de seguir evitando tal situación (Spielberger, 1980).

En cuanto a la evolución de la enfermedad, Gandara y Fuente (1999), refieren que es habitual que se inicie en la infancia y que muchas personas la padezcan durante toda su vida, si se detecta alguna fobia en un infante o joven, es recomendable que se utilicen todos los recursos para resolverla, de lo contrario la tendencia habitual es hacia la cronificación cuando no a la complicación con problemas secundarios, como graves limitaciones, depresiones, abusos de

sustancias psicoactivas.

Antiguamente, se ponían nombres específicos a las fobias derivadas del griego, de acuerdo al objeto o situación temida (por ej. Fobia a las serpientes: ofidio fobia) pero en la actualidad es más procedente agruparlos en subtipos que presentan rasgos comunes, como el inicio, la evolución o la limitación que suponen para el enfermo. Dichos grupos estarían constituidos por las fobias de tipo animal, ambiental, transportes, o relacionadas con sangre-heridas-daño, etc.

Marks en 1969, clasificó las fobias según los estímulos que las originan:

1. Miedos a estímulos externos:

- a) Fobias animales.
- b) Agorafobia.
- c) Fobias sociales.
- d) Otras fobias específicas.

2. Miedos a estímulos internos:

- a) Nosofobias (Hipocondrías).
- b) Fobias Obsesivas (trastornos obsesivos y compulsivos).

Este esquema ha sido aceptado en la actualidad pues ha sido corroborado por estudios empíricos clínicos y epidemiológicos, sin embargo, los diferentes subtipos de fobias, se diferenciaban no sólo por la naturaleza del estímulo fóbico sino también por características genéticas, etiológicas y terapéuticas (Vallejo y Gastó, 2000).

A continuación se describen tres de las fobias que de acuerdo a estos autores las originan estímulos externos:

- Agorafobia.
- Fobias sociales.
- Otras fobias específicas.

### **1.3.2.2.1. Agorafobia.**

Cuando una persona desarrolla un trastorno de pánico, por la existencia repetida de crisis de ansiedad, ocurre que tiende a tener las crisis con más frecuencia en determinados lugares (supermercados, cines, parques etc.). Es en estos casos es fácil que asociemos esos sitios con el hecho de tener una crisis de ansiedad evitando los lugares en los que pensamos que nos den más fácil las crisis. Sin embargo, dichas evitaciones nos pueden llevar a problemas diversos y en tal caso se desarrollaría un trastorno fóbico que se llama agorafobia (Moreno, 2002).

El término proviene del griego, *ágora*: plaza y *phobos*: miedo, y fue empleado por el neurólogo alemán Kart Friedrich Westphal, para designar un conjunto determinado de temores; los estímulos fóbicos más frecuentes son: estar solo dentro o fuera de casa, mezclarse con la gente, sitios multitudinarios, viajar en medios de transporte colectivos o automóvil, lugares cerrados y públicos, por ejemplo: teatros, cines, elevadores, tiendas, grandes almacenes, donde el sujeto cree no poder recibir ayuda en caso de que repentinamente se encontrara mal y de hallarse en riesgo de sufrir un grave malestar. Con menor frecuencia puede estar también presente un temor a los coches, puentes, espacios cerrados o abiertos.

Es importante subrayar que la crisis de ansiedad no ocurren por asistir a estos lugares, lo que ocurre es que en estos lugares se dan las circunstancias propicias para que se produzcan los síntomas que disparan las crisis.

La evitación de situaciones y lugares para reducir la ansiedad se convierte en la causa nuclear de la incapacidad de los pacientes que terminan por quedar recluidos en los límites de su propio hogar, trayendo como consecuencia una marcada incapacidad social para ellos y sus familias (Echeburúa, 1996; Rodríguez y Contreras, 1998; Saiz, Ibáñez y Montes, 2000; Sassaroli y Lorenzini, 2000; Vallejo y Gastó, 2000).

El hecho de evitar esas situaciones hace que el agorafóbico se vaya recluyendo más y más en un falso círculo de seguridad, llegando a quedarse aislado en casa (Moreno, 2002).

Esto conduce a un deterioro en la capacidad de desplazarse, incluso a cortas distancias, o para llevar a cabo las responsabilidades cotidianas. Un

aspecto interesante es que contar con un acompañante disminuye la ansiedad fóbica y las conductas de evitación.

Cuando el sujeto sufre esta crisis, los síntomas vegetativos y el miedo son tan intensos que el individuo tiende a salir, a escapar de la situación en la que se encuentra. Una consecuencia posible es que el enfermo tienda a evitar esas situaciones, otras similares, y aún lugares en donde nunca ha experimentado un ataque de pánico, e inclusive el pensar en este tipo de lugares puede inducirle un pánico o ansiedad anticipatorios, desarrollando una conducta que limita cada vez más su vida y en ocasiones produce un deterioro muy notable de su autonomía (vallejo y Gastó, 2000; Saiz, Ibáñez y Montes, 2000).

#### **1.3.2.2. Fobias Sociales.**

Anteriormente la fobia social se consideraba de escasa importancia clínica y se pensaba que podía tratarse de “timidez”, sin embargo no es lo mismo, la persona tímida puede sentir ansiedad en una o varias situaciones sociales pero tal ansiedad no llega a convertirse en incapacitante, invalidante o insufrible, se reconoce como menos abierta que los demás pero esto no le causa problema, ni le impide desarrollar su trabajo.

Actualmente se sabe que provoca un malestar constante y significativo interfiriendo notablemente en las relaciones interpersonales. Todos los seres humanos padecemos ansiedad en bastantes situaciones sociales, pero sólo al principio, lo que se vuelve solamente un trastorno adaptativo como ya se mencionó, sin embargo, quienes padecen una fobia social, creen que esta ansiedad es normal, que es el principio de otro episodio de malestar intenso en una situación social, y en lugar de esperar tranquilamente a que pase éste, comienzas con la preocupación sobre su ansiedad, sobre sus síntomas, sobre la visibilidad pública de su malestar interno, expresada en pensamientos que califican su actuación, de lo que otros piensan o como se perciben ellos mismos o de hacer algo que resulte humillante o ridículo para él mientras pueda ser contemplado por otras personas.

El afectado especula acerca de lo que pensarán de él si en cualquiera de esas situaciones le da por temblar, por decir cosas sin sentido o incorrectas, generalmente esa preocupación hace que aumenten más los síntomas que son expresión de la ansiedad que se está sintiendo (más sudor, más rubor facial, más

tartamudeo, etc.), lo que a su vez implica un mayor convencimiento de la sensación de ridículo público y establece entonces un círculo vicioso que progresivamente va agravando la conducta fóbica dando lugar a comportamientos de evitación en situaciones de contacto e interacción social. Esto se debe a que el punto clave del miedo es la inseguridad (Echeburúa, 1996; Rodríguez y Contreras, 1998; Gandara y Fuente, 1999; Saiz, Ibáñez y Montes, 2000; Sassaroli y Lorenzini, 2000; Vallejo y Gastó, 2000; Moreno, 2002; Benassini, 2006).

Existen dos tipos de manifestación de la fobia social: un tipo restringido, en el que se tiene miedo de una o pocas situaciones sociales, de realizar alguna actividad en público y, un tipo generalizado, en el que los temotes no sólo se relacionan con actuaciones en público, sino también con aquellas que implican una relación interpersonal (Vallejo y Gastó, 2000).

Algunas de las fobias sociales son restringidas a situaciones concretas como el miedo a hablar en público (incluso con amigos), a escribir en presencia de alguien (por miedo a temblar), a comer en público (por miedo a atragantarse), o miedo a encuentros con el sexo contrario; abarcan casi todas las situaciones sociales fuera del círculo familiar.

Estos individuos pueden tener miedo de hablar en público porque creen que los demás se darán cuenta de que su voz o sus manos tiemblan, o porque en cualquier momento les puede invadir una ansiedad extrema y no podrán articular correctamente palabra. También pueden evitar comer, beber o escribir en público por miedo a sentirse en apuros cuando los demás se den cuenta de cómo tiembla. A veces también presentan temor a evaluaciones indirectas como los exámenes (Saiz, Ibáñez y Montes, 2000; Vallejo y Gastó, 2000). La solución que se adopta para prevenir tan intenso malestar suele reducirse a tres opciones: escape, evitación, o distracción de lo que nos produce miedo (Moreno, 2002).

Sin embargo, una vez desarrollada, la fobia social tiende a cronificarse de manera que las expectativas de solución son escasas. No es infrecuente que las personas fóbicas sociales lleguen a convertirse en verdaderos misántropos y que vivan aisladas, encerradas en su hogar y con grave incapacitación (Gandara y Fuente, 1999).

Según un estudio epidemiológico realizado por el "National Institute of Mental Health", de todos los trastornos descritos en el DSM-III, los trastornos

fóbicos en general son los más frecuentes en mujeres y los segundos más frecuentes en hombres (Weissman, 1985). Específicamente, la fobia social puede afectar al dos por ciento de la población en general (Turner y Beide, 1989), sin distinciones entre ambos sexos y es el segundo trastorno fóbico más frecuente clínicamente (25%), sólo superado por la agorafobia (Marks, 1987; en Echeburúa, 1996).

La fobia social se inicia en la adolescencia, de forma insidiosa o aguda, esto después de una experiencia humillante o estresante, reflejando personas con hipersensibilidad a la crítica, a la valoración negativa por parte de los demás y al rechazo, dificultad para autoafirmarse y una baja autoestima con sentimientos de inferioridad y como ya se mencionó, especialmente este tipo de fobia al contrario de la mayoría de las fobias se presentan con igual frecuencia en hombres y mujeres, sin embargo, la enfermedad puede aparecer hasta la edad adulta, incluso si no existieron rasgos como la timidez o el retraimiento en la infancia o adolescencia, aunque estos antecedentes suelen ser frecuentes (Echeburúa, 1996; Gandara y Fuente, 1999; Moreno 2000; Benassini, 2006).

Es importante remarcar que la fobia social aparece independientemente del tipo de carácter previo, y el enfermo tiene conciencia de lo absurdo y del exceso de los síntomas, aunque a veces la persona está convencida de que el problema primario es alguna de las manifestaciones secundarias de su ansiedad, es decir, el miedo a enrojecer, a tener temblor de manos, náuseas o necesidad de micción (Saiz, Ibáñez y Montes, 2000).

#### **1.3.2.2.3. Fobias Específicas.**

Se utiliza este término para referirse a la ansiedad limitada al contacto con objetos o situaciones particulares y diferentes de las descritas. La característica esencial es el miedo persistente y grave de objetos o situaciones circunscritas y claramente discernibles (Rodríguez y Contreras, 1998; Saiz, Ibáñez y Montes, 2000; Vallejo y Gastó, 2000; Benassini, 2006).

Esta modalidad suele ser la menos incapacitante porque puede implicar solamente la conducta de evitación de los objetos que la precipitan, sin mayores problemas adaptativos (Benassini, 2006).

La fobia puede aparecer espontáneamente o venir desencadenada por acontecimientos traumáticos, observación de otros individuos que sufren experiencias traumáticas o temor o transmisión de información atemorizante por parte de otros.

La respuesta de ansiedad se produce no sólo por la exposición al objeto o situación temidos, sino también cuando se anticipa su aparición, y depende tanto de la proximidad al estímulo como del grado de limitación a la evitación del mismo. El foco del miedo puede ser el hecho de anticipar un daño a partir de algún aspecto del objeto o la situación, por ejemplo a volar en avión por los accidentes, o a los perros por la mordedura (Saiz, Ibáñez y Montes, 2000; Vallejo y Gastó, 2000).

Para su estudio, como ya se mencionó al inicio del apartado, según la CIE-10, las fobias específicas se dividen en los siguientes subtipos: Fobias animales, fobias a estímulos del medio natural, fobia a la sangre, heridas, inyecciones, fobia situacional, fobias a otros estímulos (Vallejo y Gastó, 2000; Saiz, Ibáñez y Montes, 2000; Benassini, 2006).

Como hemos visto en este apartado, los síndromes clínicos más recurrentes de la ansiedad son el pánico y las fobias, no obstante existen otros trastornos que son menos frecuentes y por tanto, menos estudiados pero no por esto son menos importantes: los trastornos obsesivo-compulsivos, los trastornos por estrés agudo, los trastornos por estrés postraumático y la ansiedad generalizada, los cuales a continuación se describirán.

### **1.3.2.3. Trastorno Obsesivo-compulsivo.**

La frontera entre los trastornos de ansiedad y los trastornos obsesivo-compulsivos es confusa, porque al ser poco frecuente éstos, han sido escasos los estudios llevados a cabo sobre la relación entre estos dos cuadros. En los trastornos obsesivos se observa síntomas de ansiedad, pero los estudios de seguimiento no demuestran la transición del trastorno obsesivo al trastorno de ansiedad, es prematuro determinar si los trastornos obsesivos deben considerarse como una variante de los trastornos de ansiedad como en el DSM-IV, o si deben clasificarse aparte como en el CIE-10 (Echeburúa, 1996).

Las obsesiones han sido designadas de esta manera, por referencia a la palabra *obsessio*, derivada de *obsideo* u *obsidere*, que significan asediar, sitiar o asaltar una plaza, interceptar el paso de sus ocupantes, que se ven impedidos a salir y recibir ayuda externa (Cia, 1995).

Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo, en forma estereotipada y suelen ser siempre desagradables, quien los padece suele intentar resistirse a ellos y son percibidos como propios a pesar de ser involuntarios. Sin embargo, tienen la función de prevenir que ocurra algún hecho objetivamente improbable, para conjurar el que uno mismo reciba daño de alguien o se lo pueda producir a otros (Cia, 1995; Gandara y Fuente, 1999; Saiz, Ibáñez y Montes, 2000; Benassini, 2006).

Las dudas obsesivas son una consecuencia de la ansiedad, pero a su vez generan ansiedad, de la que a continuación los obsesivos tratan de librarse mediante los rituales o compulsiones que persiguen anularla, conjurarla; pero su reiteración supone un gasto enorme de tiempo y energía provocando una sensación de vergüenza, inutilidad o estupidez, lo cual es una nueva fuente de conflicto y de más ansiedad, lo que acaba eternizando las obsesiones, sus complicaciones e impidiendo que la persona se adapte a su entorno y haga una vida normal.

La naturaleza impositiva e incontrolable del pensamiento, su carácter dubitativo y reiterativo es de tal magnitud que el individuo obsesivo no logra detenerlo pese a que intenta ignorarlo, o neutralizarlo mediante otras ideas o acciones.

Nada más elocuente para describir a las obsesiones como atacante o sitiadora de las fortalezas de la mente o del cerebro, ya que impide al desempeño normal de la persona que las padece, y lo obligan por otra parte a ejecutar acciones (compulsiones) para aliviarse de este asedio (obsesiones). En pocas palabras, la obsesión es una perturbación anímica provocada por una idea fija (Cia, 1995; Gandara y Fuente, 1999).

Las compulsiones son el segundo síntoma de esta enfermedad, éstas consisten en conductas repetitivas estereotipadas y sujetas a determinadas reglas que el afectado realiza a modo de ritual, con la aparente finalidad de librarse de la

angustia que le produce su pensamiento obsesivo, como una forma de eliminar sus efectos o de neutralizar las consecuencias de duda, del temor, de la angustia que experimenta cuando esta obsesionado.

Estas conductas aparecen en general como respuesta a un pensamiento obsesivo, siguiendo ciertas reglas particulares del individuo, son excesivas y las utilizan para mitigar la ansiedad que provocan las obsesiones. Este trastorno se da al relacionar la ansiedad con pensamientos o conductas específicas, o ambos, ocasionando un marcado malestar o interfiriendo en la vida o actividad del individuo significativamente, siendo así el propósito de las compulsiones neutralizar dicha ansiedad (Rodríguez y Contreras, 1998; Gandara y Fuente, 1999; Saiz, Ibáñez y Montes, 2000; Benassini, 2006).

Las pautas para el diagnóstico de este trastorno, requieren la presencia de síntomas obsesivos, actos compulsivos, o ambos, durante la mayoría de los días, al menos durante dos semanas sucesivas, y que sean una fuente importante de incapacidad, por esto es que a este trastorno se le llama obsesivo-compulsivo, ya que la característica esencial es la presencia de pensamientos obsesivos y/o actos compulsivos recurrentes, y resulta ser sumamente desadaptativo debido a la pérdida de tiempo en pensamientos y conductas, el malestar emocional a veces constante que provoca, ya que éstos interfieren en las actividades cotidianas (sociales, laborales, académicas, etc.) de quien se encuentra afectado (Saiz, Ibáñez y Montes, 2000; Benassini, 2006).

El ejemplo más común es la obsesión a gérmenes, que obligan a quienes la padecen a constantes conductas de limpieza y a alejarse de ambientes en los que de manera errónea suponga pueda contaminarse.

También son frecuentes las obsesiones y conductas compulsivas de contenido sexual, aún cuando el problema se inicie en la vida adulta, su aparición en la adolescencia o infancia no es rara (Benassini, 2006).

Pitman (1987), propuso que los síntomas obsesivo-compulsivos, son el resultado de un intento exagerado y poco exitoso de cotejar una señal perceptual con una señal de referencia interna u objetivo de la percepción (en Cía, 1995). El mecanismo de defensa predominante es la formación reactiva mediante la cual se manifiestan rasgos totalmente opuestos a las pulsiones inconscientes, estos

mecanismos son un refuerzo por evitar la ansiedad creada por impulsos negativos, de ésta forma, el paciente emplea defensas características, que incluyen el aislamiento y la formación reactiva. Tanto los impulsos como las defensas en contra de ellos, son los que producen síntomas obsesivo-compulsivos. De esta forma, si se tiene tendencia a la suciedad, se ocultará, optando por la súper limpieza (su opuesto o formación reactiva).

Otros tipos de tendencia común serían: la tendencia a la retención de objetos o coleccionismo y la tendencia al orden excesivo, meticulosidad y rigidez.

De esta forma, los síntomas obsesivo-compulsivos, tendrían carácter estereotipado y repetitivo, debido a que los programas comportamentales son ejecutados una y otra vez, de la misma manera en un esfuerzo vano para reducir las señales de error.

La edad más habitual de comienzo del trastorno obsesivo-compulsivo es la adolescencia tardía o la adultez temprana, sugiriéndose una edad promedio oscilante entre los 20.9 y los 25.4 años de edad (Cía, 1995). La incidencia en la infancia es rara, pero no desconocida, entre estos niños la edad de comienzo más frecuente fluctúa entre los 10 y los 14 años, siendo el trastorno más frecuente en los niños que en las niñas. Estudios de este trastorno infantil, también indican que, como en los adultos, las obsesiones y compulsiones son raras, los rituales múltiples son comunes y el ritual más común es el de lavado.

En estudios transculturales, se ha observado que los comportamientos de rituales compulsivos, sobre todo los de lavado y verificación, aparecen en muy diferentes culturas del planeta, en la mayoría de los enfermos del trastorno obsesivo-compulsivo. En condiciones normales, las conductas de lavado serían adaptaciones útiles para reducir el riesgo de infecciones y el chequeo, para reducir la exposición al peligro, pero ambos dejan de tener valor adaptativo cuando se vuelven reiterativas e inútiles. Los comportamientos compulsivos podrían representar tendencias de respuesta que han sido seleccionadas a lo largo de la evolución de la especie humana (Cía, 1995).

#### **1.3.2.4. Trastorno por Estrés Agudo.**

Los sucesos estresantes que suscitan una reacción aguda de miedo, desconuelo y ansiedad, se consideran relativamente “normales en la medida en que forman parte de lo esperado en la vida de una persona, es decir, que es una

reacción aguda de ansiedad ante un acontecimiento traumático o estresante que implica una gran pérdida o riesgo para la vida de la persona, existiendo una clara relación temporal entre el agente estresante y la aparición de los síntomas. Puede padecerlo cualquier persona pero algunas son más vulnerables que otras, aquéllas que se encuentran previamente en situaciones de agotamiento físico y los ancianos (Gandara y Rocañin, 1999). Este tipo de ansiedad ha sido precipitada por un acontecimiento altamente traumático, que haya amenazado de modo grave y evidente la vida o la integridad física de quien lo ha experimentado (Benassini, 2006).

Es un trastorno de características similares al trastorno por estrés postraumático que aparece inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático, pero de menor gravedad. A su vez se diferencia del estrés postraumático ya que su duración es menor y luego suele decrecer (Rodríguez, 1998; Gandara y Fuente, 1999; Sassaroli y Lorenzini, 2000). Sus dos principales características son que los síntomas aparecen de manera más o menos inmediata y no persisten más allá de las cuatro semanas (Benassini, 2006).

#### **1.3.2.5. Trastorno por Estrés Postraumático**

El trastorno aparece cuando una persona ha estado sometida a una experiencia sumamente angustiante que supera la capacidad de adaptación normal del ser humano y que supone una grave amenaza para la propia vida o integridad física.

Habitualmente se describen en dos subtipos: el primero, que inicia inmediatamente posterior al acontecimiento, teniendo un mejor pronóstico ya que sus síntomas tienden a disminuir con un tratamiento intenso y rápido; el otro, es de inicio demorado (más de seis meses después del suceso traumatizante) y los síntomas surgen después de un tiempo de calma aparente que incitaba a pensar que lo sucedido se había superado. Este segundo tipo, tiene un pronóstico peor, ya que las medidas preventivas y terapéuticas no se han puesto en marcha a tiempo y cuando surgen los síntomas graves ya suele ser tarde (Gandara y Fuente, 1999).

Después del acontecimiento traumático, como un asalto, una violación o una catástrofe natural, la persona afectada presenta síntomas como los siguientes:

- Embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional.
- Reducción de la advertencia del entorno.
- Experiencias de desrealización, es decir que el mundo parece ajeno o irreal.
- Despersonalización, esto es que la persona afectada se siente como en un sueño, distanciada de la realidad, como si fuera un observador externo.
- Amnesia disociativa, es decir, olvido selectivo de acontecimientos que puedan recordar o representar la experiencia traumática.
- Reexperimentación constante de lo sucedido, aún si el recuerdo se trata de apartar de la conciencia; describiéndola como una “película en la mente” que contiene escenas de lo sucedido.
- Ansiedad constante o frecuente, sobretodo ante estímulos que recuerdan el trauma.

(Benassini, 2006).

La frecuencia de este trastorno puede que sea mayor de lo que se cree, aunque muchas de las personas que lo sufren no lo digan ni pidan ayuda debido a sus características; los síntomas de este trastorno, persisten más allá de un mes, existiendo muchas probabilidades de que evolucione hacia la cronicidad y afecte la calidad de vida, la adaptación, la productividad y la satisfacción personal (Gandara y Fuente, 1999; Benassini, 2006).

Pero el verdadero problema empieza una vez pasado el acontecimiento traumático, pues éste es reexperimentado por el sujeto mediante alguno de los siguientes síntomas: recuerdos recurrentes, desagradables, intrusivos e involuntarios; sueños desagradables sobre el acontecimiento, pesadillas muy angustiantes; conductas y sentimientos de ansiedad súbitos, como si el acontecimiento estuviera sucediendo de nuevo, a veces mediante ilusiones, alucinaciones, o estados de tipo disociativo (como una especie de locura); malestar psicológico intenso al exponerse a situaciones que simbolizan el acontecimiento traumático.

Estos síntomas se presentan debido al aumento de la activación y

comportamientos de evitación de los estímulos relacionados con el trauma (Rodríguez, 1998; Gandara y Fuente, 1999; Sassaroli y Lorenzini, 2000). Todo esto da lugar a una evitación de los estímulos asociados con el trauma mediante el alejamiento de las actividades, pensamientos o sensaciones relacionadas con él. También genera una incapacidad general de respuesta, manifestada en forma de imposibilidad de recordar aspectos del acontecimiento, disminución del interés por todas o muchas de las actividades significativas de la vida que se relacionan con lo sucedido, sensación de distanciamiento o extrañamiento de los demás, afectividad restringida y sensación de acortamiento del futuro. Se observan también síntomas de hiperactivación del sistema nervioso: insomnio, irritabilidad, dificultades de concentración, hipervigilancia, alarma exagerada, hiperactividad vegetativa ante situaciones que simbolizan el acontecimiento. (Gandara y Fuente, 1999).

#### **1.3.2.6. Ansiedad Generalizada.**

El trastorno por ansiedad generalizada, probablemente es el más común de los trastornos de ansiedad, se estima que es cuatro veces más prevalente que el trastorno de pánico y tres veces más prevalente que la fobia simple (Colón, 1996 en: Raya 2000).

Es la ansiedad donde los síntomas se relacionan con la preocupación exagerada o excesiva por una variedad de acontecimientos o situaciones que tiendan a una evolución crónica, por lo menos de seis meses (Rodríguez y Contreras, 1998; Sassaroli y Lorenzini, 2000; Benassini, 2006).

Este trastorno es como un resumen de todos los aspectos tratados hasta ahora. Es una forma de expresión de la ansiedad pura, libre, flotante, continua. Unas veces se presenta en forma de miedos (fobias), otras como impulsos mentales (obsesiones), otras en forma de ataques (crisis de pánico), etc. (Gandara y Fuente, 1999).

La ansiedad no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular, es decir, se trata de una “angustia libre flotante”, se padecen de una manera más o menos permanente síntomas de ansiedad (Saiz, Ibáñez y Montes, 2000).

Las personas que presentan este trastorno están siempre ansiosas porque son ansiosas. Están sometidas a una ansiedad persistente y a preocupaciones constantes y excesivas, que atribuye a cuestiones de menor relevancia, presentes en la vida de cualquiera y no tan importantes como para generar una reacción de estrés como las descritas anteriormente. Este tipo de ansiedad sucede en situaciones habituales de la vida de las personas: problemas sociales, relacionales, familiares, económicos, laborales, etc., es decir, se preocupan en exceso sin justificación suficiente (Gandara y Fuente, 1999).

Más que un estado ansioso, para algunos este problema es más bien un rasgo o conjunto de rasgos, lo que hace difícil distinguirlo de alguno de los patrones de personalidad patológica. Este tipo de ansiedad suele asociarse a tres series o modalidades de síntomas:

- Tensión motora, como temblores, tensión muscular, dolores musculares, por contractura sostenida y fatiga.
- Hipersensibilidad autonómica, como boca seca, palpitaciones, disnea suspirosa.
- Hiperactivación psíquica, respuestas exageradas a estímulos, sobresaltos, insomnio.

El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas (Saiz, Ibáñez y Montes, 2000; Benassini, 2006).

Lógicamente esta situación forma parte de un modo de estar y de sentirse y es prolongada, estable, habitualmente crónica, fluctuante en intensidad pero siempre presente, permanente.

El abordaje de este trastorno es por definición más por un problema de modificación del carácter que de resolución de situaciones concretas (Gandara y Fuente, 1999).

Éste tipo de ansiedad puede coexistir con otros síndromes ansiosos, lo que complica aún más sus límites semiológicos, además que los síntomas son de carácter insidioso, a diferencia del carácter agudo que tienen las crisis de angustia o el estrés agudo. Esta condición parece corresponder a una forma peculiar de reaccionar ante acontecimientos difíciles, que se organiza en un patrón presente a largo plazo, de este modo, la persona encuentra difícil evitar que sus preocupaciones interfieran en su capacidad de atención y funcionamiento (Vallejo

y Gastó, 2000; Benassini, 2006). Los motivos de preocupación más habituales se refieren a circunstancias cotidianas rutinarias, como responsabilidades laborales, llegar tarde, situación económica, salud o peligros que puedan afectar a la familia, labores de la casa o cualquier actividad que salga de la rutina diaria.

En la ansiedad generalizada, son menos frecuentes que en el pánico los síntomas cardiocirculatorios, respiratorios y de catástrofe inminente (Cameron, 1985; Hoehn-Saric y McLeod, 1985; en Vallejo y Gastó, 2000). Una buena parte de estos enfermos tienen trastornos de personalidad en los que la ansiedad es un patrón constante en sus vidas. Cuando el cuadro se cronifica aparecen como consecuencia una serie de elementos propios de los trastornos depresivos: tristeza, apatía, astenia, desinterés, pérdida del impulso vital (Montserrat y cols., 1978; en Vallejo y Gastó, 2000).

#### **1.4. Métodos de Evaluación y Tratamiento de la Ansiedad.**

Partiendo de que la mayor parte de las veces la ansiedad es un sentimiento humano habitual, perfectamente comprensible, lógico y que no requiere tratamiento, pero que si la persona afectada no la soporta, si afecta significativamente su vida o si le hace comportarse de manera anómala, es preciso entonces dar tratamiento a este problema.

Dada la naturaleza de la ansiedad patológica y sus relaciones con la adaptación a la vida, el tratamiento debe buscar como objetivo nuclear su origen, paso esencial para abordar otros objetivos más complejos como la modificación de conductas patológicas, la reestructuración de la personalidad o la promoción de hábitos de vida más higiénicos y saludables (Gandara y Fuente, 1999).

Un medio mundialmente aceptado, para evadir las confusiones que puedan existir entre los conceptos y empleos del vocablo ansiedad, consiste en la comprensión y el manejo de un conjunto de síndromes clínicos bien definidos, cuyos síntomas ejes son de naturaleza ansiosa, por lo que se han consensuado como categorías diagnósticas específicas que pueden abordarse a partir de los criterios diagnósticos del DSM IV.

Éste consta de diez pasos, cada uno de ellos con una pregunta clave para

evidenciar o descartar alguna de las variedades sindromáticas de ansiedad.

Los síntomas que se podrían considerar primarios incluyen:

- Ansiedad.
- Temor.
- Preocupación.
- Pensamientos o impulsos repetitivos, intrusivos.
- Algún síntoma médico inespecífico.

A partir de estos síntomas, la exploración clínica puede seguir la siguiente secuencia:

1. Existencia de una enfermedad médica o síntomas asociados al consumo de alguna sustancia. El diagnóstico puede ser: trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica, trastorno de ansiedad debido al consumo de alcohol o trastorno de ansiedad inducido por otras sustancias, incluyendo medicamentos .

2. La ansiedad aparece en forma de crisis recurrentes. El diagnóstico puede ser: trastorno de angustia con agorafobia, o sin agorafobia, o crisis de angustia aunada a otro trastorno de ansiedad.

3. Si el síntoma es temor, evitación y anticipación a una o mas situaciones específicas, los diagnósticos pueden ser: fobia social, fobias específicas, agorafobia.

4. Si el síntoma incluye temor a la separación, el diagnóstico puede ser: trastorno por ansiedad de separación (privativo de la infancia).

5. Si la ansiedad se relaciona con pensamientos recurrentes, con rituales o actos mentales repetidos, o ambos, se trata de: trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

6. Si la ansiedad tiene que ver con la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, puede considerarse: trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo.

7. Si los síntomas de ansiedad y preocupación intensas se asocian a una variedad de acontecimientos y situaciones con duración de al menos seis meses, se considera: trastorno de ansiedad generalizada.

8. Si los síntomas ocurren en respuesta a un estresante psicosocial específico, se considera: trastorno adaptativo con ansiedad, trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo.

9. Si la ansiedad es clínicamente significativa y no se cumplen criterios para ninguno de los trastornos específicos descritos: trastorno de ansiedad no especificado.

10. Si el clínico ha determinado que no existe un trastorno, pero necesita indicar la presencia de síntomas, considerar: ansiedad.

(Benassini, 2006).

La clasificación del DSM IV se diferencia de la del CIE-10 fundamentalmente en que no incluye el trastorno mixto de ansiedad y depresión, en que cataloga los trastornos obsesivos como una forma más de trastorno de ansiedad y en que el trastorno de pánico ocupa un papel preeminente (Echeburúa, 1996).

Así el primer paso para un correcto abordaje de la ansiedad patológica es una valoración de su intensidad, sus características, su grado de interferencia y la personalidad del individuo que la padece. Manteniendo estos principios básicos claros y presentes, el tratamiento debe perseguir los siguientes propósitos:

- Recuperar el nivel habitual de funcionamiento adaptativo.
- Mejorar la autoimagen y las relaciones.
- Favorecer la utilización correcta de los mecanismos de adaptación o de defensa propios del individuo, para desbloquear aquellos que estén interferidos y aprender otros nuevos más útiles.
- Posibilitar que el sujeto se enfrente a las fuentes de ansiedad, conflicto o estrés con seguridad y dominio.
- Limitar o anular la sintomatología de ansiedad incapacitante, tanto psíquica como somática, aclarando el origen y las características de esta última.

(Gandara y Fuente, 1999)

Así pues, para lograr los objetivos anteriores, se precisa de la utilización de todos los recursos disponibles que son esencialmente de tres tipos:

- Tratamiento con psicofármacos, ansiolíticos.
  - Psicoterapias y técnicas de modificación de conducta y,
- Otras medidas de abordaje de las causas concretas de la ansiedad, como tratamientos somáticos y cambios psicosociales (Gandara y Fuente, 1999).

### **1.4.1. Tratamiento farmacológico de la ansiedad.**

Para el tratamiento farmacológico de los trastornos por ansiedad se utilizan medicamentos de diversos grupos, los cuales se han empleado en ensayos controlados. Estos medicamentos se emplean solos o en forma combinada. Los más difundidos pertenecen a tres familias: Benzodiacepínicos, inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) y los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y noradrenalina (ISRSN).

Los medicamentos modulan la actividad de la noradrenalina cerebral, ya que estos trastornos tienen como vía final común una desregulación de las zonas del cerebro que funcionan con este neurotransmisor, que en condiciones normales se encarga de disparar reacciones de alerta.

Se supone que en el enfermo ansioso se activa el mecanismo de alertamiento en ausencia de alguna situación que lo desencadene, siendo estos medicamentos importantes moduladores capaces de disminuir o inhibir del todo este mecanismo anormal de alertamiento.

Más allá de la alternativa farmacológica, se han desarrollado diversas modalidades de intervención profesional, a las que de manera genérica se les conoce como psicoterapias (Benassini, 2006).

### **1.4.2. Tratamiento psicológico de la ansiedad.**

Las intervenciones psicosociales, como la psicoterapia, han sido tradicionalmente el tratamiento predominante para los pacientes con trastornos de angustia. Sin embargo, a diferencia de los tratamientos psicofarmacológicos, ha resultado más difícil de definir claramente ciertos aspectos como los elementos que lo forman y las dosis a utilizar, tan solo recientemente se han aplicado y evaluado de manera más formal estos tratamientos (Mc Intyre y cols., 2000).

Las psicoterapias son todas las actuaciones médico-psicológicas dirigidas a un fin específico y no cualquier intervención en la que se manejen variables psicológicas o personales. Los tratamientos psicológicos para reducir la ansiedad,

se pueden dividir en dos categorías: los tratamientos destinados a reducir directamente el estado de ansiedad y los tratamientos que intentan modificar la evaluación de las situaciones que provocan la ansiedad para que parezcan menos amenazadoras, de esta manera, los tipos más importantes de psicoterapia aplicables a los problemas de ansiedad son:

1. Psicoterapias de introspección: dirigida al autoconocimiento del individuo y al análisis de los mecanismos de actuación, defensa y adaptación que utiliza. Son técnicas derivadas del psicoanálisis.

2. Psicoterapias comportamentales: dirigidas a lograr cambios en comportamientos anormales o no adaptativos y el control en determinadas situaciones, para enfrentarse a los problemas y resolverlos con más eficacia y menos sufrimiento, realizándose aproximaciones paulatinas a las situaciones ansiogénicas, primero imaginativamente y después de forma real, en las que se basan las “técnicas de desensibilización”, útiles en las fobias.

3. En otras ocasiones se somete al sujeto a un enfrenamiento directo con estímulos y situaciones temidas (inundación, flooding, exposición y prevención de respuestas); el elemento esencial en este tipo de psicoterapia es la aproximación del individuo a las situaciones o estímulos desencadenantes de la ansiedad, oponerse a la evitación como mecanismo desadaptativo, que no resuelve y si complica los problemas (Spielberger, 1980; Gandara y Fuente, 1999).

La terapia comportamental en este tipo de problemas es muy variada y flexible, puesto que los acontecimientos potencialmente estresantes, son muchos, y las reacciones de los individuos muy distintas (Buceta, en Macia y Méndez, 1997).

El papel de la terapia psicológica consiste en enfrentar al paciente a las situaciones fóbicas y ayudarle a controlar su ansiedad. Cuando el sujeto comprueba que la crisis de angustia no aparece, la fobia irá disminuyendo hasta extinguirse, sin embargo, toda forma de psicoterapia que evite al paciente a enfrentarse a las situaciones fóbicas está contraindicada (Vallejo y Gastó, 2000).

A continuación se describirán las distintas terapias psicológicas que han demostrado ser útiles en los tratamientos de ansiedad.

### **1.4.2.1. Terapias de Conducta.**

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, no provocando sustitución de síntomas, sino extendiendo sus efectos hasta llegar a ciertos rasgos de personalidad, considerando como estables e inmodificables, guiando al paciente a ser más asertivo y a tratar sus miedos directamente.

El paradigma conductual se fundamenta en la conceptualización del problema, relacionado con los principios y niveles del funcionamiento humano mediante un modo organizado de acuerdos (biológicos, sobre el condicionamiento, el lenguaje-cognición y la personalidad (Eifert, 1990, en Vallejo y Gastó, 2000).

Según el modelo de los dos factores, propuesto por Mowrer en 1947, la ansiedad se condiciona de forma clásica, mientras que la conducta de huida o evitación fóbica sigue el paradigma instrumental u operante (Vallejo y Gastó, 2000).

Una vez adquirido el miedo mediante el condicionamiento clásico pavloviano, el sujeto tenderá a la búsqueda de la eliminación del terror mediante conductas de escape de las situaciones que lo provocan, evitando entrar en ellas, éstas conductas de huida y evitación se condicionarán de forma instrumental ya que se verá reforzada por su efectividad en la reducción o eliminación del miedo.

Diversas investigaciones demuestran que la combinación de la terapia farmacológica para bloquear los ataques de pánico y de la terapia de conducta para eliminar la ansiedad anticipatorio y la evitación fóbica es más efectiva que cualquier tratamiento aplicado independientemente (Solyom, 1981; Mavissakalian y cols., 1983; Kiosko y cols., 1995, en Vallejo y Gastó, 2000).

Barlow (1989), describe que los programas conductuales pueden tener un efecto directo sobre la crisis de angustia y ayudan a la deshabitación de fármacos así como en aquellos pacientes que no toleran la medicación (Vallejo y Gastó, 2000).

Algunos de los métodos más utilizados en las psicoterapias conductuales para tratar la ansiedad son la desensibilización sistemática, la implosión, la exposición in vivo y entrenamientos asertivos y en habilidades sociales, los cuales se revisarán a continuación.

### Desensibilización sistemática (DS)

La desensibilización sistemática (DS) fue utilizada en la eliminación de la conducta fóbica, desde 1958 por Wolpe, partiendo de los principios de la inhibición recíproca y contracondicionamiento: ésta terapia se fundamenta en sugerir al paciente que imagine claramente un objeto o situaciones que le producen ansiedad, mientras permanece en un estado de relajación inducido por el terapeuta, controlando así su reacción frente a la situación perturbadora, dando paso a la generalización y aplicación a situaciones reales, es decir, la relajación en situaciones en situaciones ansiógenas inhibe la respuesta de ansiedad. La base del tratamiento es que la relajación es incompatible con la tensión y la preocupación que se experimenta en los estados de ansiedad intensa (Spielberger, 1980; Vallejo y Gastó, 2000).

Conforme la desensibilización progresa, el paciente deberá de ser capaz de imaginar situaciones que anteriormente provocaban reacciones de ansiedad, sin experimentar ninguna tensión o desagrado, incluso las más amenazantes; cuando se logre esto, el paciente se habrá desensibilizado de sus miedos irracionales y deberá de estar libre de la ansiedad cuando enfrente a los objetivos y las situaciones de la vida real (Spielberger, 1980).

La desensibilización sistemática para trastornos de pánico, estrés postraumático, fobias, y trastorno obsesivo-compulsivo, consta de la exposición y prevención de respuestas, técnicas basadas en los principios ya descritos, utilizados comúnmente en el ámbito del manejo especializado, sin embargo, esta tarea debería difundirse también en el ámbito de la atención primaria (Benassini, 2006).

Para iniciar el tratamiento con la DS existen cinco pasos básicos a seguir:

1) Análisis funcional de la conducta: se centra en las relaciones entre la respuesta fóbica y el contexto, los antecedentes o estímulos que preceden a la conducta ansiosa y sus manifestaciones somáticas (síntomas vegetativos, musculares, etc.), motoras (conductas de evitación y huida), y cognitivas (pensamientos, sentimientos e imágenes), por medio de entrevistas, observación directa, auto registros e instrumentos de auto evaluación.

2) Identificación de las fobias: donde el paciente clasifica la intensidad de la ansiedad ante diferentes estímulos y situaciones (Cuestionarios de Wolpe y Marks).

3) Gradación de la fobia: se consigue estableciendo jerarquías de acuerdo al nivel de ansiedad que presenta cada estímulo. En el tratamiento de sujetos polifónicos se establece una jerarquía específica para cada fobia.

4) Entrenamiento en relajación profunda.

5) Presentación imaginada de los ítems

(Gelder y Marks, 1968; Yorkson y cols., 1968, en Vallejo y Gastó, 2000).

### Implosión.

Al igual que Wolpe, Stampfl y Levis (1967), utilizaron la investigación de condicionamiento animal como base de su tratamiento, pero a diferencia de éste, concluyeron que la máxima exposición a los estímulos atemorizantes es la mejor manera de extinguirlos, llamándole a esta técnica: *Implosión* (Vallejo y Gastó, 2000). De esta forma, los pacientes son expuestos a imágenes mentales de situaciones o estímulos provocadores de altos niveles de ansiedad; la sesión no finaliza hasta que la ansiedad no se reduce por sí misma. Autores como Marks (1971) y Chambles (1982), han demostrado una mayor eficacia de la implosión sobre la desensibilización sistemática (Vallejo y Gastó, 2000).

### Exposición o desensibilización sistemática in vivo.

La exposición consiste en enfrentar de manera directa al paciente con las situaciones, pensamientos u objetos atemorizantes, en condiciones de asistencia terapéutica para el control de la reacción de angustia. La secuencia de entrenamiento respiratorio-relajación-visualización-exposición, podría construir un ciclo completo de encuadre terapéutico (Benassini, 2006).

A pesar de que Wolpe (1979) menciona que la generalización del estímulo imaginado es directa e inmediata, Barlow y otros autores en 1969, observaron que esta transferencia sólo se producía en el 50% de los casos, observándose mayor efectividad en la exposición in vivo, reservándose así la exposición imaginada a aquellos reacios o incapaces de soportar la exposición en la vida real. Este tipo de exposición permite al sujeto reducir la ansiedad en la situación ya que facilita los mecanismos de habituación y extinción, sin necesidad de minimizar la ansiedad como Wolpe o maximizarla como Stampfl y Levis.

Existe consenso entre algunos autores en señalar la exposición in vivo como elemento esencial del tratamiento efectivo de la agorafobia (Barlow y Wolpe,

1981; Mathews y cols., 1981; Emmelkamp, 1982; Fava y cols., 1991). Los agorafóbicos, cuyo miedo central es la separación, se benefician del tratamiento de exposición, ya que éste les ayuda a aventurarse fuera de la “zona de seguridad” (Eifert y cols., 1990 en Vallejo y Gastó, 2000).

### Entrenamiento asertivo y en habilidades sociales.

La terapia asertiva y el entrenamiento en habilidades sociales fueron desarrollados para eliminar las conductas fóbicas sociables. Consisten en dotar al sujeto de un conjunto de medios simples para hacer frente de manera adecuada. El modelo de aprendizaje social propuesto por Bandura en 1969, determina las posibles formas de adquisición de las respuestas fóbicas basándose en la influencia de otras personas. No sólo la experiencia directa del sujeto con el estímulo aversivo tendrá poder de condicionar la fobia, sino también la observación del comportamiento de otra persona en la situación temida (modelamiento) o la información recibida sobre reacciones de miedo de los demás (Vallejo y Gastó, 2000).

El aprendizaje de la comunicación y la autoafirmación o asertividad, revisa los principales tipos de comportamiento que el sujeto puede encontrar en la vida cotidiana como conversiones, preguntas críticas etc.

El entrenamiento asertivo se inicia con una evaluación utilizando pruebas psicométricas, como escalas de asertividad, de habilidades sociales y auto registros.

Posteriormente el sujeto será expuesto a las situaciones problemáticas empezando por las menos ansiógenas utilizando la técnica de “juego de roles” o ensayo de conducta, para llevar a cabo el modelamiento de la conducta. El terapeuta describirá la situación y servirá de modelo conductual, dando instrucciones sobre la conducta que debe adoptar.

Salter propuso seis modelos de conducta para el entrenamiento asertivo:

- 1) exteriorizar los sentimientos, verbalizando deliberadamente las emociones sentidas de forma espontánea.
- 2) mostrar la emoción en la cara y con los movimientos.
- 3) contradecir en lugar de fingir estar de acuerdo.
- 4) emplear la palabra “yo” tanto como sea posible, de modo que el sujeto se implique en sus afirmaciones.

5) expresar acuerdo cuando se es elogiado y auto elogiarse cuando sea razonable; y,

6) improvisar y dar respuestas espontáneas ante estímulos inmediatos (Vallejo y Gastó, 2000).

#### **1.4.2.2. Terapia cognitiva.**

La terapia cognitiva está fundamentada en la idea del papel causal de los pensamientos y creencias sobre las emociones y las conductas (Foa, 1985). Las terapias cognitivas reducen la ansiedad exógena mediante la modificación de hábitos de pensamiento (Vallejo y Gastó, 2000).

La terapia cognitiva, intenta modificar los pensamientos automáticos, sistemas de creencias e ideas irracionales. Ya que a veces las personas interfieren relaciones donde no las hay y en otras ocasiones no las advierten cuando efectivamente existen.

El enfoque cognitivo descansa en la idea de que este tipo de problemas aparece cuando el paciente enfrenta cualquier suceso al que interpreta como amenazante. Tal interpretación, con frecuencia desproporcionada, depende de la peculiar manera de concebir al mundo por parte del paciente. Estas concepciones, que suelen ser erróneas y con escaso fundamento, se organizan en creencias firmes, a las que se llama distorsiones cognitivas.

De esta manera, la distorsión de la realidad caracteriza los estados de ansiedad, por lo que es necesaria una evaluación cognitiva mediante auto registros, con objeto de obtener información sobre los pensamientos que preceden, acompañan y siguen a la conducta ansiosa.

La identificación y comprensión de tales distorsiones pueden hacer que las circunstancias dejen de interpretarse como amenazantes (Raya, 2000; Benassini, 2006).

Rosenbaum (1991), considera que la mejor forma de tratar la ansiedad es por medio de la teoría cognoscitiva de la motivación, ya que ésta sostiene que la forma en que una persona concibe lo que le va a suceder es un factor importante en su conducta futura como la realidad objetiva de lo que realmente ocurre, explicando la motivación de diferentes maneras: como concepto de necesidad,

afiliación, incentivos, hábito, disonancia, o curiosidad innata.

Sin embargo, la ansiedad en el campo de la motivación se estudia desde el enfoque de las necesidades. De acuerdo a esta teoría cognoscitiva, la ansiedad puede distinguirse por cuatro criterios:

- 1) Autonomía, se refiere al sufrimiento que tiene “vida propia”.
- 2) Intensidad, se refiere al nivel de malestar, a la severidad de los síntomas.
- 3) Duración, los síntomas que son persistentes más que transitorios.
- 4) Conducta, si la función normal se altera, o si resultan conductas particulares como la evitación o aislamiento, la ansiedad es de naturaleza patológica

(Raya, 2000).

Clark (1988), intenta demostrar la relación entre pensamiento y sensaciones, así como reflexiones sobre los pensamientos registrados en las situaciones ansiógenas, utilizando también la distracción como mecanismo de control de la ansiedad.

Las aproximaciones cognitivas más utilizadas son: entrenamiento auto-instruccional (Meichenbaum, 1987), terapia racional emotiva (Ellis, 1958), terapia cognitiva de Beck (1976), e intención paradójica (Ascher, 1981) y se describen a continuación:

#### Entrenamiento Auto instruccional de Meichenbaum.

El entrenamiento Auto instruccional consta de tres fases:

1. Fase de conceptualización. En la que se persiguen dos objetivos, recoger e integrar datos que permitan una comprensión del problema y entrenar al paciente a observar, evaluar, analizar e interpretar sus problemas de manera autónoma, dándole un marco conceptual.
2. Fase de adquisición y práctica de habilidades. Consiste de un entrenamiento de las habilidades instrumentales y paliativas y su práctica mediante el juego de roles, imaginación e interiorización de frases que regulen las respuestas de afrontamiento.
3. Fase de aplicación y seguimiento. Ya que se ha adquirido la capacidad de responder con eficacia ante las situaciones se ponen en

práctica las respuestas de afrontamiento, mediante una exposición in vivo, procurando la generalización y el mantenimiento mediante estrategias de recuperación ante los fracasos y recaídas así como revisiones de seguimiento.

(Vallejo y Gastó, 2000).

### Terapia Racional emotiva de Ellis. (TRE)

La terapia racional emotiva (TRE), se basa en la premisa de que la evaluación de la amenaza es el vínculo crítico en la cadena tensión-amenaza-ansiedad. Ésta forma de tratamiento psicológico fue desarrollada por el psicólogo norteamericano Albert Ellis, enseñándoles a los pacientes a modificar las evaluaciones de amenaza basadas en creencias irracionales (Spielberger, 1980). Para Ellis la ansiedad la provoca una estructura cognitiva que incluye valoraciones negativas o erróneas sobre sí mismo y los demás, así como de las condiciones de vida en general.

Esta terapia racional emotiva (TRE) define una filosofía de vida donde, predomina el humanismo ateo, pensamiento científico, aceptación de riesgos e incertidumbre, auto dirección y tolerancia hacia uno mismo y hacia los demás (Vallejo y Gastó, 2000).

La meta de la TRE es convencer al paciente de que su ansiedad neurótica se debe a su percepción equivocada o a sus propios pensamientos, de modo que pueda identificar, analizar y desafiar las creencias irracionales que contribuyen a sus problemas emocionales (Spielberger, 1980).

En la TRE se ha empleado: inoculación de estrés, auto instrucciones, modelado encubierto, además de técnicas para reducir la ansiedad como: práctica en imaginación positiva, ejercicios de respiración, desensibilización sistemática, biofeedback, etc., también métodos de autocontrol como: auto observación y auto registro, control de estímulos, auto refuerzo, detención del pensamiento, etc., así como procedimientos operantes: contratos de contingencias, aproximaciones sucesivas, etc., y entrenamientos en habilidades sociales (Buceta, en Macia y Méndez, 1997).

### Terapia Cognitiva de Beck

Se desarrolla en las siguientes etapas: identificación de situaciones exageradas, toma de conciencia de la dimensión realista de sus percepciones así como la corrección de los pensamientos negativos, y el desarrollo de las percepciones apropiadas verificando su correcto funcionamiento. Igualmente, se incluyen tareas de autoexposición a las situaciones ansiógenas en las que se aplican las tareas aprendidas (Vallejo y Gastó, 2000).

### 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. En esta estrategia se busca terminar con el ciclo del miedo al miedo, así como un alejamiento de sus síntomas, utilizando el sentido del humor, el ridículo, el sarcasmo y lo absurdo (Ascher, 1988, en Vallejo y Gastó, 2000).

### **1.4.2.3. Terapia Cognitivo Conductual (TCC).**

Son pocos los autores que utilizan técnicas puramente cognitivas, y la mayoría incorporan en el programa de tratamiento estrategias conductuales, por lo que también se denomina terapia cognitivo-conductual a esta forma de tratamiento. Se centran en el papel que desempeñan las sensaciones corporales experimentadas por el paciente, que conllevan un aumento de la ansiedad y, como consecuencia, un aumento de las sensaciones somáticas derivadas de ésta en una especie de círculo vicioso de retroalimentación.

Su objetivo se centra en eliminar las interpretaciones erróneas de las sensaciones corporales, los temores condicionados asociados y las conductas de evitación que se desarrollan. Para conseguir estos resultados, se incluyen los siguientes elementos en el tratamiento:

1. Información sobre la naturaleza del trastorno.
2. Identificación de pensamientos erróneos.
3. Reestructuración cognitiva.
4. Técnicas conductuales de exposición interoceptiva y exposición en vivo.

5. Entrenamiento en manejo de ansiedad: técnicas de respiración, relajación y auto instrucciones.
6. Prevención de recaídas.

(Vallejo y Gastó, 2000).

Chambless y Gillis (1993) en su investigación de la ansiedad, deducen que la combinación de las terapias cognitiva y conductual es efectiva para los trastornos de pánico, la agorafobia y la fobia social, pues ésta incluye exposición a los síntomas del pánico y a las situaciones temidas, mientras que la exposición prolongada in vivo, puede explicarse en términos de reestructuración cognitiva, ya que la ansiedad disminuye al comprobar que no ocurre lo que ellos temen, haciendo esto que cambien sus pensamientos negativos (Vallejo y Gastó, 2000).

En la actualidad, los tratamientos cognitivos conductuales para el trastorno de angustia son los mejores estudiados, sin embargo, el principal inconveniente de la terapia cognitivo-conductual es que requiere bastante tiempo y disciplina por parte del paciente, ya que los ejercicios de exposición deben practicarse diariamente durante no menos de 30 minutos (Saiz, Ibáñez y Montes, 2000; McIntyre y cols., 2000).

Una diferencia importante es que muchas formas de psicoterapia se orientan de manera amplia a la vida actual y los antecedentes del paciente en vez de centrarse de manera más específica en los síntomas relacionados con la angustia

(McIntyre y cols., 2000).

La TCC es un enfoque orientado a los síntomas para tratar el trastorno de angustia, e incluye los siguientes elementos clave: Psicoeducación, vigilancia continua de la angustia, reentrenamiento de la respiración, reestructuración cognitiva centrada en la corrección de las mal interpretaciones catastróficas de sensaciones corporales y la exposición a indicadores de temor, descritas brevemente a continuación:

- Psicoeducación: para identificar y dar nombre a los síntomas del paciente, proporcionar una explicación directa del fundamento de éstos síntomas y establecer un plan de tratamiento.

- Vigilancia continúa de la angustia: para mantener una vigilancia de sus crisis y registrar sus cogniciones ansiosas, para evaluar la frecuencia y naturaleza de la crisis y la relación entre los síntomas y los estímulos internos y externos.

- Reentrenamiento de la respiración: se introduce una técnica de control de la ansiedad, para controlar la reactividad fisiológica.

- Reestructuración cognitiva: sirve para identificar y contrarrestar el temor de las sensaciones corporales, los pensamientos implican una sobreestimación de la probabilidad de una consecuencia negativa y una idea catastrófica del significado de estas sensaciones. Al pedirle al paciente un análisis de los datos reales y de otras posibles evoluciones, ayuda a la identificación del origen probable de las sensaciones de temor.

- Exposición: El elemento final y central del tratamiento consiste en la exposición real a los indicadores de temor, adiestrando al paciente de acuerdo a las siguientes tres bases:

- 1° Identificar una jerarquía de situaciones que evocan temor. El grado de ansiedad provocado se evalúa en una escala de 0 a 10,

- 2° Documentar varias situaciones para cada nivel,

- 3° Introducir al paciente en situaciones de acuerdo a la jerarquía hasta que el temor se haya atenuado. Se ha empleado también lo que se denomina "inundación", utilizando exposiciones iniciales más intensas y sin proceder de una forma graduada.

(McIntyre y cols., 2000).

Un tratamiento con un programa cognitivo-conductual, comprende: entrenamiento en relajación progresiva, reforzamiento positivo de la conducta activa, técnicas para la administración del tiempo, resolución de problemas, diseño de experimentos conductuales para poner a prueba las cogniciones inadecuadas. Buceta, en Macia y Méndez, 1997)

Los avances que ha alcanzado la psicoterapia cognitivo-conductual en el manejo de las diversas condiciones ansiosas la hace sin duda la más popular y la que debe elegirse de primera intención. Las técnicas de este tipo han sido objeto de ensayos controlados que han sido eficientes, en problemas como trastornos obsesivos-compulsivos, fobias y estrés postraumático. (Benassini, 2006).

#### 1.4.2.4. Terapia Psicodinámica.

Al igual que la TRE, el psicoanálisis y la terapia psicoanalítica se interesan en alterar las evaluaciones de amenaza que producen reacciones de ansiedad neurótica.

El psicoanálisis investiga las causas fundamentales de los problemas emocionales del paciente. Usando el método de libre asociación se ayuda al paciente a probar su inconsciente, con el fin de descubrir las experiencias infantiles traumáticas reprimidas que siguen influyendo en sus pensamientos, sentimientos y comportamiento, dándole una idea de cómo los sentimientos reprimidos contribuyen a sus problemas actuales (Spielberg, 1980).

Como ya se mencionó, la primera escuela de esta naturaleza fue el psicoanálisis y durante decenios se consideró el tratamiento de elección para la ansiedad, a partir de que este problema era resultado de conflictos intrapsíquicos inconscientes no resueltos, de cuya mejoría dependía el control de los síntomas, basándose en que el sujeto presenta una predisposición biológica a la hiperexcitabilidad neurofisiológica que, junto con la actitud crítica e hipercontroladora de los padres le induce una actitud temerosa, creándole un conflicto entre la dependencia e independencia que genera un Yo débil y con inadecuado desarrollo de las relaciones con los objetos, y así, se activan con facilidad sentimientos de abandono o de ser inadecuadamente tratado en un plano consciente o inconsciente que inducen afectos negativos que son causa a su vez de mayor ansiedad y activación neurofisiológica, que implican una mayor sensación de pérdida de control y de seguridad (Saiz, Ibáñez y Montes, 2000).

Sin embargo, éste enfoque ha cambiado y, trata ahora aspectos como:

- Psicoeducación, que incluye tanto al paciente como a sus familiares.
- Psicoterapia individual: que puede ser de tipo analítico, interpersonal o cognitivo-conductual.
- Psicoterapia familiar.
- Psicoterapia de grupo.
- Terapias de relajación.
- Fortalecimiento de redes de apoyo.

(Benassini, 2006).

En la terapia psicodinámica, el conocimiento emocional y cognitivo satisfactorios de los diversos elementos del conflicto psíquico (impulsos, conciencia y normas internas, patrones psicológicos defensivos y preocupaciones) y la reintegración de estos elementos de una forma más realista y adaptada puede hacer que se resuelvan los síntomas. El terapeuta sitúa los síntomas en el contexto de la historia de vida y las realidades actuales del paciente y utiliza ampliamente la relación terapéutica para centrarse en los determinantes sintomáticos inconscientes. Generalmente el enfoque clínico es menos directivo que el de los terapeutas conductuales (McIntyre y cols., 2000).

La psicoterapia de orientación dinámica trata las fobias y las crisis de angustia haciendo conscientes las fuentes del temor y analizando la aprensión que provoca la misma ansiedad, centrándose en las alteraciones del carácter, la dificultad en el afrontamiento de la ansiedad de separación o la dependencia excesiva de las personas de su entorno.

Durante el tratamiento el terapeuta debe indagar no sólo lo que hay de temible en la situación fóbica, sino también la tolerancia del paciente con respecto a la ansiedad. Las ganancias secundarias ayudan a comprender la psicodinámica del paciente y proporcionan la mayor resistencia al cambio. Es conveniente que el paciente establezca una relación de dependencia y utilizar ésta para recompensarle por enfrentarse a la situación temida.

Los principios de tratamiento son:

1. Tranquilización: los sujetos tratan de provocar ansiedad en otros. La forma en que éste trate su propia ansiedad servirá de modelo para sus pacientes y como interpretación de la conducta del paciente.
2. Comprensión: el terapeuta deberá explotar los condicionantes inconscientes del miedo y ayudar al paciente a reconocer sus emociones hacia los demás, como fuentes de ansiedad.
3. Interpretación: después de analizar la ansiedad y la evitación se analizan la simbolización y el desplazamiento.

Una vez examinados los síntomas fóbicos, el terapeuta anima al paciente a exponerse a la situación temida. El paciente teme los sentimientos de adulto maduro que implican el decidir un cambio tan importante en su conducta. El terapeuta deberá entonces estimular y apoyar al paciente, ya que no le pedirá

protección ante un peligro imaginado sino para resolver los problemas reales de su vida (Vallejo y Gastó, 2000).

La utilización de la psicoterapia de orientación dinámica deriva de la conceptualización de los síntomas del trastorno de angustia como procesos mentales que pueden no ser conscientes para quien lo experimenta y que la revelación de estos procesos puede conducir a una tolerancia de los síntomas. Para reducir la vulnerabilidad a la angustia, se considera necesario identificar y modificar los conflictos nucleares (McIntyre y cols., 2000; Saiz, Ibáñez y Montes, 2000).

Actualmente Las interpretaciones psicoanalíticas clásicas se han sustituido por otras teorías psicodinámicas. El método ortodoxo es un tratamiento muy prolongado y poco accesible, por ello se han promovido diversas técnicas de tratamiento más breve, utilizando técnicas como la sugestión, la catarsis, la manipulación, la confrontación, la clarificación y la interpretación (Saiz, Ibáñez y Montes, 2000).

A continuación se describirán dos de los modelos utilizados para tratar la ansiedad conforme a la terapia psicodinámica.

#### Modelo de freíd y Bowlby.

El modelo de Freud explica la fobia como un conflicto inconsciente desplazado simbólicamente, mientras Bowlby cree que se trata de miedos naturales, siendo tan patológico tener tanta sensibilidad a ellos como el no tenerlos en lo absoluto.

El objetivo del tratamiento debe ser desarrollar un sentido de control interno y externo, ayudar al paciente a desarrollar expectativas y metas personales realistas, así como reforzar las conductas asertivas, conocer y mejorar la sensibilidad psicológica a ser abandonado o controlado mejora las relaciones personales y disminuye la vulnerabilidad a la angustia, el miedo y la culpabilidad.

Shear y cols. (1993) consideran que la sensibilidad al abandono y el exceso de control pueden afectar la relación terapéutica. El paciente adquirirá mejor la sensación de seguridad si la actitud del terapeuta combina confianza, y tranquilidad (Vallejo y Gastó, 2000).

Algunas de las etapas como el control de la respiración, entrenamiento en relajación y visualización, son comunes en cada uno de los enfoques o tratamientos psicológicos revisados, por lo que ameritan que a continuación se expliquen algunos de las técnicas más empleadas.

#### **1.4.2.4.1. Técnicas de control de la respiración.**

El entrenamiento respiratorio pretende prevenir los episodios de respiración superficial frecuente conocidos como *hiperventilación*, sustituyéndolos por respiraciones lentas y profundas para prevenir síntomas como los mareos, las parestesias, la disnea y el temblor que desencadenan la hiperventilación (Benassini, 2006).

Griez (1990), al observar que los procedimientos panicogénicos inducen a trastornos en la ventilación dio origen a la hipótesis de vinculación de estos trastornos con una activación noradrenergética central.

Por esto, se deduce que es conveniente enseñar al paciente a controlar su respiración mediante el entrenamiento en la respiración abdominal, evitando de este modo la hiperventilación y la excesiva oxigenación sanguínea, que provocaría sintomatología asociada a la crisis de angustia como mareos, parestesias, y hormigueos musculares (Vallejo y Gastó, 2000).

Otras técnicas psicológicas basadas en la disminución del arousal autónomo, como la relajación y el biofeedback (biorreacción-retroalimentación), proporcionan al sujeto ansioso una mejor predisposición física y mental para el afrontamiento a los estímulos asiógenos.

#### **1.4.2.4.2. Técnicas de relajación.**

La relajación puede considerarse como un estado de seguridad y plenitud carente de expectativa. La inducción periódica de este estado rompe el círculo vicioso que mantiene a la angustia, permitiendo una reorganización psíquica y una mejor adaptación al medio (Galletero, 1989 en Vallejo y Gastó, 2000).

Para lograr una disminución de la ansiedad psíquica y de la tensión

muscular asociada, se puede utilizar tanto sola como asociada a las técnicas de modificación de conducta, apoyando y reforzando los progresos de la terapia y permitiendo al sujeto a enfrentarse a ellos con mas seguridad, es decir, el objetivo es reducir la tensión fisiológica y muscular para crear una incompatibilidad con la sensación de ansiedad.

El entrenamiento en relajación pretende que el individuo identifique la contractura muscular contenida y aprenda a relajar su musculatura somática para disminuir la tensión.

Su objetivo es el de proporcionar al sujeto un mejor conocimiento de su organismo y un mayor control voluntario sobre su estado fisiológico.

Esta ayuda a concienciar percepciones agradables y reconfortantes, sin embargo, en algunas personas que sufren crisis de angustia, la relajación puede ser ambigua, ya que el descenso del nivel de conciencia puede acentuar al temor a perder el control (Gandara y Fuente, 1999; Vallejo y Gastó, 2000).

De los muchos métodos de relajación, los más empleados son: la relajación progresiva de Jackobson, el entrenamiento autógeno de Shultz, la meditación trascendental y el yoga.

#### Relajación progresiva de Jackobson

Se basa en la percepción mental del estado de contracción y distensión muscular y en el control mental de la actividad muscular para percibir la ausencia de tensión. Cada ejercicio consiste en varios movimientos voluntario de contracción de grupos musculares diferentes, hasta llegar a un elevado nivel de tensión. Una vez percibida esa tensión, el paciente relaja lentamente sus músculos (Gandara y Fuente, 1999; Vallejo y Gastó, 2000).

#### Entrenamiento autógeno de Shultz

Fue inspirado por técnicas de hipnosis. Consiste en obtener progresivamente una relajación de los músculos así como un estado de desconexión a partir de la autogestión, es un programa sistemático que enseña al cuerpo y a la mente a reaccionar de una forma rápida y efectiva a las órdenes de relajación. Se inicia sugiriendo calor y pesadez en los miembros, posteriormente se realizan ejercicios de control de ritmo cardiaco, la respiración la sensación de calor abdominal y la reducción del flujo de sangre en la cabeza (Gandara y Fuente, 1999; Vallejo y Gastó, 2000).

### Meditación trascendental

La meditación consciente es otro tratamiento que se ha propuesto para el trastorno de angustia, éste se aplica en un formato de grupo e incluye un componente de centrado de la atención y estrategias de relajación; consiste en hacer dos veces al día durante quince minutos, una meditación de orden espiritual en la que hay que descubrir un “mantra” que ayuda a desconectar al individuo de las cosas materiales y de la ansiedad (McIntyre y cols., 2000; Vallejo y Gastó, 2000).

### Yoga.

Es un método de inspiración hindú, y el más popular, trata de un conjunto de posturas combinadas con ejercicios de respiración abdominal (Vallejo y Gastó, 2000).

### Feed back

El procedimiento consiste en recoger una actividad concreta del organismo por medio de electrodos colocados en la piel, la señal se convierte en luminosa o sonora y el paciente debe aprender a relajarse para eliminarla. Se utiliza un aparato llamado electromiograma, adaptado al control de ansiedad, éste permite realizar una relajación medible y visualizada de las funciones fisiológicas y de actividades automáticas, tales como tensión muscular, transpiración, temperatura cutánea, presión sanguínea y ritmo cardíaco; el músculo habitualmente sometido a la prueba es el frontal, ya que es un buen indicador de la tensión muscular global. Diversos autores como Raskin y cols. (1973), Townsend y cols. (1975), Lavallée y cols. (1977), Kapper y Michaud (1988), por medio de sus estudios han comprobado la eficacia de este método en el tratamiento de ansiedad (en Vallejo y Gastó, 2000).

### Hipnosis y sugestión

Otras técnicas como la hipnosis y la sugestión, han sido consideradas útiles para relajarse, producir sugestiónes que modifiquen algún aspecto de la conducta o para descubrir hechos traumáticos pasados que, a pesar de estar olvidados de modo consciente, continúan ejerciendo influencia en el presente (Gandara y Fuente, 1999; Vallejo y Gastó, 2000).

#### **1.4.2.4.3. Visualización.**

Por otra parte, la visualización consiste en enseñar al paciente a evocar con la imaginación eventos u objetos que le provocan ansiedad asistiéndolo para el control paulatino de ésta. Se inicia cuando el paciente está relajado y se le describe la situación menos ansiógena de la jerarquía. La posible aparición de ansiedad se contrarresta con nuevas instrucciones de relajación. Cuando el paciente puede imaginar dicha situación sin ninguna tensión, se le presenta el siguiente ítem. El tratamiento con la DS imaginada finalizará cuando el paciente pueda visualizar mentalmente el ítem más ansiógeno de la jerarquía sin que aparezca ninguna reacción de ansiedad, sin embargo, ésta técnica presenta limitaciones cuando el paciente no consigue relajarse o imaginar escenas de la situación ansiógena claramente, así mismo se ha encontrado que las personas que sufren de agorafobia no se ven favorecidos con ésta técnica (Vallejo y Gastó, 2000; Benassini, 2006).

Tanto la psicoterapia, específicamente la terapia conductual cognitiva (TCC) centrada en la angustia, como las medicaciones han resultado eficaces como tratamiento para el trastorno de angustia, sin embargo, el tipo de tratamiento psicológico más efectivo dependerá de la naturaleza y severidad del problema, la capacidad intelectual del individuo y de su voluntad para invertir el tiempo y la energía necesarios para producir un cambio beneficioso (Spielberger, 1980).

Como hemos visto a lo largo de este apartado la ansiedad que pueden sentir los seres humanos puede repercutir en su vida cotidiana de por vida si no es reconocida para obtener un tratamiento adecuado, por esto la importancia de comprobar si existe correlación en las pruebas STAIC y CMAS-R en cuanto evaluar ansiedad, de realizar evaluaciones adecuadas a la población mexicana, baremando estas pruebas (STAIC y CMAS-R) y sobre todo identificarla a tiempo como es en la adolescencia que es una etapa crítica del desarrollo de los seres humanos, por lo que la muestra fue en adolescentes de 12 a 13 años de edad. Tomando en cuenta estos aspectos se realizó la presente investigación, teniendo el siguiente objetivo: Obtener normas de puntuación para la población mexicana de 12 a 13 años de edad de los instrumentos STAIC Y CMAS-R.

## **CAPÍTULO 2**

### **Método**

De acuerdo a la finalidad del área de investigación de la UNAM y de la UEPI de confiabilizar, validar y estandarizar instrumentos de evaluación psicológica, se deriva el siguiente objetivo específico: obtener valores de puntuación para la población mexicana de 12 a 13 años de edad de los Instrumentos STAIC Y CMAS-R

Debido a que estos Instrumentos son de origen estadounidense con versión española no existen normas para México, es decir, al utilizar estas pruebas no se obtienen calificaciones acorde a las características específicas de nuestra población.

Otro aspecto importante para realizar esta investigación es el comparar normas de evaluación de una población a otra, en cuanto a edades y género.

Asimismo, es importante el valorar los resultados obtenidos al presentarse en adolescentes ya que este es el grupo más vulnerable al problema debido a sus cambios biopsicosociales y prevenir de esta manera el abatirse más frecuentemente en algún trastorno de ansiedad o síndrome clínico.

#### **2.1. Sujetos**

##### ***Población.***

Se eligió una escuela de la zona metropolitana de la Cd. de México, seleccionando a 100 adolescentes de entre 12 y 13 años de edad que cursaban (en el momento de la aplicación de las pruebas), el primer grado de educación secundaria, para aplicarles las pruebas psicológicas sobre ansiedad STAIC y CMAS-R. La muestra de alumnos se eligió aleatoriamente de ambos turnos.

##### **Escenario.**

La aplicación de los instrumentos STAIC y CMAS-R se realizó dentro de la escuela asignada, en el salón de clases de los adolescentes de 1° de Secundaria.

##### **Materiales.**

Manuales de aplicación de los Instrumentos STAIC y CMAS-R  
Hojas de respuestas de los Instrumentos STAIC y CMAS-R

## Plantillas de Corrección de los Instrumentos STAIC y CMAS-R Lápices

### **2.2. Instrumentación.**

La teoría psicométrica tiene como finalidad llevar a cabo la medición de la conducta de los seres humanos constituyendo uno de los pilares fundamentales de la ciencia psicológica, ya que el hombre se interesa cada día más por comprender su propia naturaleza y la de los demás (Morales, 1991 en Fierros, 1999).

Dentro del desarrollo de la psicología como ciencia se han realizado estudios a fin de poder determinar si los seres humanos difieren entre sí y en qué grados se presentan estas diferencias y esto a su vez, ha originado el desarrollo de instrumentos para evaluar de forma cuantitativa las diferencias y las semejanzas existentes en los individuos.

Todos aquellos procedimientos u operaciones que permiten obtener objetivamente y con mayor certeza información acerca de los fenómenos biológicos, sociales y psicológicos de la conducta humana, son los instrumentos de medición, conocidos como pruebas psicológicas.

En la actualidad existe una gran variedad de pruebas psicológicas que se emplean en diferentes áreas de la psicología, y todas éstas requieren tomar en consideración conceptos tales como la confiabilidad y validez del instrumento o prueba aludiendo que el instrumento mida el aspecto que queremos medir y a la consistencia de las puntuaciones obtenidas por los individuos (Fierros, 1999; Vallejo y Gastó, 2000).

La mayor parte de las críticas a los test psicométricos se refiere a la dificultad de éstos para predecir adecuadamente conductas específicas; además la poca precisión con que llegan al diagnóstico, suponiendo que exista buena sintonía teórico conceptual entre el criterio con que se quiere validar el instrumento y las predicciones que se deberán realizar con él.

El problema estriba en referir la validez a los resultados de un test psicométrico que ha sido validado independientemente del diagnóstico y

constituyendo el criterio del test que se va a validar. La progresiva demanda de objetivación de los trastornos, la utilización cada vez con mayor frecuencia de clasificaciones objetivas son factores que contribuyen a hacer más factibles la acumulación científica indispensable para el enriquecimiento del colectivo de profesionales (Vallejo y Gastó, 2000).

Para esta investigación se utilizaron el Cuestionario de Auto evaluación STAIC y la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R.

### ***Cuestionario de Auto evaluación STAIC***

Por Charles D. Spielberger y cols. (California, 1973).

El Cuestionario de Auto evaluación STAIC se diseñó como una herramienta de Investigación en el estudio de ansiedad de escolares de primaria, sin embargo, actualmente su aplicación puede realizarse a niños entre 9 y 15 años.

Está formado por dos escalas independientes de auto evaluación, para medir dos aspectos diferenciados: La Ansiedad-Estado (A-E) y la Ansiedad-Rasgo (A-R).

La escala Ansiedad Estado (A-E) contiene 20 elementos con los que el niño o adolescente puede expresar como se siente en un momento determinado y la Escala de Ansiedad Rasgo (A-R) comprende también 20 elementos con los que el sujeto puede indicar cómo se siente en general.

### ***Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R***

Por Reynolds y Richmond (Estados Unidos, 1978)

La prueba CMAS-R es un instrumento de auto informe que consta de 37 reactivos, diseñado para valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad.

La Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R, además de la puntuación de ansiedad total, brinda puntuaciones en 4 subescalas:

- I. Ansiedad fisiológica (10 reactivos). Indica dificultades de sueño, náusea y fatiga.
- II. Inquietud/Hipersensibilidad (11 reactivos). Revela la preocupación obsesiva acerca de una variedad de cosas, junto con miedos de ser lastimado

o aislado en forma emocional.

III. Preocupaciones Sociales/Concentración (7 reactivos). Se refiere a pensamientos distractores, miedos de naturaleza social o interpersonal que conducen a dificultades con la concentración y la atención, relacionadas con problemas escolares.

IV. Mentira (9 reactivos). Detecta conformidad, conveniencia social, o la alteración deliberada de respuestas.

### 2.3. Aplicación

Se formaron dos grupos, cada uno de diferente turno, a los cuales se les aplicará colectivamente ambas pruebas.

Se les repartió la prueba STAIC Auto evaluación E/R, original de Charles D. Spielberger y cols. (California, 1973) utilizando entre 15 y 20 minutos aproximadamente en su aplicación.

Primeramente se les pidió anotar sus datos de identificación en el encabezado de la Hoja de respuestas.

Las instrucciones, impresas en las Hoja de Respuesta, las leyó el aplicador en voz alta mientras el grupo las fue siguiendo y leyendo en voz baja, una vez resueltas las dudas hacia éstas, el aplicador ejemplificó la forma de responder: encerrando en un círculo la opción elegida y realizando la tarea en la primera opción como ejemplo.

La hoja de respuestas, en la parte posterior se encuentra dividida en dos secciones, cada una de las cuales corresponde a la evaluación de **A-E** (Ansiedad Estado) y **A-R** (ansiedad Rasgo) respectivamente.

Fue necesario dejar en claro que debían contestar “Cómo se sienten AHORA” en la escala **A-E** (Primera parte); y “Cómo se sienten en GENERAL” para la escala **A-R** (segunda parte).

Por último, hay que revisar que no se hubieran hecho anotaciones dobles en ningún reactivo.

Entregada la hoja de respuestas de éste cuestionario, se les repartió la hoja de respuestas de la CMAS-R elaborada por Reynolds y Richmond (Estados Unidos, 1978).

Las instrucciones, impresas en la Hoja de Respuesta, nuevamente las leyó el aplicador en voz alta mientras el grupo las iba siguiendo y leyendo en voz baja,

una vez resueltas las dudas hacia éstas, el aplicador ejemplificó la forma de responder:

El adolescente debió responder a cada afirmación encerrando en un círculo la respuesta "SI" o "NO". La respuesta "SI" indica que el reactivo describe los sentimientos o acciones del niño, mientras que la respuesta "NO" indica que el reactivo por lo general no lo describe.

Por último, se revisó que no se hubieran hecho anotaciones dobles en ningún reactivo.

Después de la entrega de hojas de respuestas se procedió a calificarlas.

## **CAPÍTULO 3**

### **Análisis de Resultados**

El tipo de análisis de Resultados que se utilizó fue cuantitativo, empleando el programa estadístico SPSS para realizar la baremación de las escalas.

La población total que conformó esta muestra para la baremación de las pruebas STAIC y CMAS-R fueron 100 adolescentes mexicanos que cursaban el primer grado de educación secundaria, 50 mujeres y 50 hombres.

A continuación se hará un análisis de la prueba STAIC en cada una de sus subpruebas.

De acuerdo a la **tabla 1**, los baremos de la prueba STAIC, subprueba de Ansiedad Rasgo en la población mexicana de niños de 12 a 13 años, del género femenino, queda de la siguiente manera:

La puntuación directa más alta que obtuvo esta muestra fue de 56 puntos, equivalente a un percentil de 99, mientras que la puntuación directa menor de esta muestra fue de 25 puntos equivalente al percentil 2. Los Percentiles 25 a 75 que conforman la Norma pertenecen a puntuaciones directas de 31 a 42 puntos.

Mientras que para la población española las puntuaciones obtenidas en 1989, dentro de ésta subprueba (Ansiedad Rasgo) en adolescentes de 12 a 15 años del género femenino varían de 53 a 60 la más alta, equivalente a 99 percentiles y el más bajo de 20 a 24 puntos igualado al percentil 1. los percentiles que recaen dentro de la norma (25 a 75) en esta población (española), pertenecen a puntuaciones que oscilan de 32 a 42 en el caso de las mujeres.

Esto podría considerar que en ambas muestras la norma recae en puntajes similares, sin embargo el centil 50 de la muestra mexicana es 2 puntos menor que la española lo que no es muy significativo pero que sí modificaría un resultado dentro de la ansiedad media alta, esto es que las niñas de la muestra mexicana presentan ansiedad dentro de un puntaje natural de 43 mientras que las niñas españolas serían consideradas con ansiedad rasgo a partir del puntaje 42, es decir una respuesta menos, por lo que aunque sea solo por una respuesta la muestra mexicana se considera más ansiosa en sus rasgos que la española, sin embargo esto no es muy significativo.

**Tabla 1. Percentiles de la Prueba STAIC. Subprueba Ansiedad Rasgo.**

Población Mexicana: Adolescentes de 12 a 13 años, género femenino.

Género	Población Mexicana		Población Española
	Punt. Nat.	Percentil	Percentil
fem	25	2,0	2,0
	26	4,0	3,0
	28	12,0	10,0
	29	18,0	10,0
	30	22,0	15,0
	31	32,0	20,0
	32	38,0	25,0
	33	48,0	30,0
	35	50,0	40,0
	36	52,0	45,0
	37	58,0	50,0
	38	60,0	55,0
	39	62,0	60,0
	40	64,0	65,0
	41	66,0	70,0
	42	72,0	75,0
	43	78,0	80,0
	45	82,0	85,0
	47	84,0	90,0
	48	86,0	90,0
	49	88,0	95,0
	50	92,0	96,0
	51	94,0	97,0
	54	96,0	99,0
	55	98,0	99,0
	56	99,0	99,0

**Tabla 1a. Percentiles de la Prueba STAIC. Subprueba Ansiedad Rasgo.**

Población Mexicana: Adolescentes de 12 a 13 años, género masculino.

Género	Población Mexicana		Población Española
	Punt. Nat.	Percentil	Percentil
masc	21	2,0	1,0
	25	4,0	5,0
	27	10,0	10,0
	28	12,0	15,0
	29	14,0	20,0
	30	22,0	25,0
	31	28,0	30,0
	32	34,0	35,0
	33	40,0	40,0
	34	44,0	45,0
	35	56,0	50,0
	36	60,0	55,0
	37	66,0	60,0
	39	72,0	70,0
	40	76,0	75,0
	41	82,0	80,0
	42	84,0	85,0
	44	88,0	90,0
	45	90,0	95,0
	46	94,0	96,0
	47	98,0	97,0
	48	99,0	98,0

Para el género masculino los baremos de la prueba STAIC, subprueba de Ansiedad Rasgo en la población mexicana de niños de 12 a 13 años, **en la tabla 1a.** la puntuación directa más alta que obtuvo esta muestra fue de 48 puntos, equivalente a un percentil de 99, mientras que la puntuación directa menor de esta muestra fue de 21 puntos equivalente al percentil 2. Los Percentiles 25 a 75 que

conforman la Norma dentro de este género, pertenecen a puntuaciones directas de 31 a 39 puntos. Para la población española las puntuaciones obtenidas en estas subprueba varían de 49 a 60 la más alta, equivalente a 99 percentiles y el más bajo de 20 a 21 puntos el percentil 1. Los Percentiles que recaen dentro de la norma (25 a 75) en esta población, pertenecen a puntuaciones que oscilan de 30 a 40 puntos en los hombres.

En esta subprueba, la norma de ambas muestras recaen en puntajes similares, solo difieren aunque no muy significativamente en tres percentiles más en la muestra española. Es decir que tanto para la población española como para la mexicana, se necesita igualmente un puntaje de 40 conductas de ansiedad rasgo para considerar a los adolescentes como ansiosos.

De acuerdo a la **tabla 2**, los baremos de la prueba STAIC, se refieren a la subprueba de Ansiedad Estado en la población mexicana de niños de 12 a 13 años, del género femenino, quedando de la siguiente manera:

La puntuación directa más alta que obtuvo esta muestra fue de 53 puntos, equivalente a un percentil de 99, mientras que la puntuación directa menor de esta muestra fue de 22 puntos equivalente al percentil 2. Las puntuaciones de la población española para el percentil 99 fue de 49-60 para esta subprueba mientras que para el percentil 1 fue de 20 puntos.

Los Percentiles 25 a 75 que conforman la Norma pertenecen a puntuaciones directas de 28 a 37 puntos en la población mexicana de adolescentes de 12 a 13 años, sin embargo, en la población española las puntuaciones que conforman la norma van de 28 a 34 puntos naturales.

Esto podría considerar que en ambas muestras la norma recae en puntajes similares, el centil 50 de la muestra mexicana es dos puntos menor que la española lo que no es muy significativo, sin embargo, si marca una diferencia notable entre una muestra y otra al observar los puntajes necesarios para considerar un problema de ansiedad, esto es que las niñas españolas con treinta y cinco puntos ya es considerado ansioso, mientras que una mexicana con esta puntuación estaría dentro de la norma, presentando tres conductas ansiosas más que la muestra española (38 puntos naturales), para considerarse ansiosas; esto conlleva al análisis de que las niñas mexicanas de 12 a 13 años presentan una

mayor cantidad de conductas ansiosas, por lo tanto son más ansiosas que las niñas de la población española.

**Tabla 2. Percentiles de la Prueba STAIC. Subprueba Ansiedad Estado.**

Población Mexicana: Adolescentes de 12 a 13 años, género femenino.

Género	Población Mexicana		Población Española
	Punt. Nat.	Percentil	Percentil
fem	22	2,0	3,0
	24	6,0	5,0
	25	10,0	10,0
	26	14,0	15,0
	27	18,0	20,0
	28	28,0	25,0
	29	32,0	30,0
	31	44,0	50,0
	32	48,0	60,0
	33	52,0	65,0
	34	56,0	70,0
	35	58,0	75,0
	36	62,0	75,0
	37	70,0	80,0
	38	76,0	85,0
	39	86,0	85,0
	40	88,0	90,0
	41	90,0	90,0
	42	94,0	90,0
	44	96,0	95,0
	45	98,0	96,0
	53	99,0	99,0

Para el género masculino los baremos de la prueba STAIC, subprueba de Ansiedad Estado en la población mexicana de niños de 12 a 13 años, de acuerdo a la **tabla 2a** se encontró lo siguiente:

**Tabla 2a. Percentiles de la Prueba STAIC. Subprueba Ansiedad Estado.**

Población Mexicana: Adolescentes de 12 a 13 años, género masculino.

Género	Población Mexicana		Población Española
	Punt. Nat.	Percentil	Percentil
masc	21	2,0	2,0
	24	6,0	5,0
	25	10,0	10,0
	26	16,0	15,0
	27	18,0	20,0
	28	22,0	25,0
	29	30,0	29,0
	30	36,0	45,0
	31	40,0	50,0
	33	52,0	65,0
	34	54,0	75,0
	35	60,0	80,0
	36	62,0	85,0
	37	66,0	85,0
	38	78,0	90,0
	39	82,0	90,0
	40	86,0	90,0
	41	90,0	90,0
	42	92,0	95,0
	44	96,0	97,0
45	98,0		
46	99,0		

La puntuación directa más alta que obtuvo esta muestra fue de 46 puntos, equivalente a un percentil de 99, mientras que la puntuación directa menor de esta muestra fue de 21 puntos equivalente a 2 percentiles, en cuanto a la población española en éste género las puntuaciones fueron de 48-60 para el percentil 99 y 20 para el percentil 1. Los Percentiles 25 a 75 que conforman la Norma dentro de este género, pertenecen a puntuaciones directas de 29 a 37 puntos en la población mexicana y para la población española fue de 28 a 33 puntos.

Esta diferencia de la norma entre ambas muestras, permite la observación de que los adolescentes españoles del género masculino con menos conductas de ansiedad (34 puntos) ya es considerado ansioso, mientras que a los adolescentes mexicanos se le permiten cuatro conductas más para ser considerado ansioso (38 puntos).

En seguida se analizarán los resultados obtenidos en la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños (CMAS-R).

Actualmente la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños, revisada por Reynolds y Richmond (CMAS-R), tiene por objetivo general el valorar el nivel y la naturaleza de la ansiedad de niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad, además esta escala se divide en cuatro subescalas:

- I. Ansiedad fisiológica.
- II. Inquietud/hipersensibilidad.
- III. Preocupaciones sociales/Concentración.
- IV. Mentira.

Las cuales se analizarán una a una los resultados obtenidos en esta muestra de adolescentes mexicanos de 12 a 13 años de edad, contenidos de la tabla 3 a la tabla 7a, como se muestra a continuación:

**Tabla 3. Percentiles de la Prueba CIMAS-R. Valores de la Ansiedad Total.**

Población Mexicana: Adolescentes de 12 a 13 años, género femenino.

Género	Población Mexicana		Población Uruguaya
	Puntuación Natural	Percentil	Percentil
fem	5	2,0	19,0
	7	4,0	34,0
	8	8,0	42,0
	9	14,0	53,0
	10	26,0	68,0
	11	42,0	77,0
	12	52,0	81,0
	14	58,0	89,0
	15	60,0	97,0
	17	72,0	99,0
	18	78,0	
	19	80,0	
	20	84,0	
	21	86,0	
	22	94,0	
	23	96,0	
	25	98,0	
	27	99,0	

De acuerdo a la **tabla 3**, los baremos de la prueba CMASR, valores de la Ansiedad Total en la muestra de la población mexicana de niños de 12 a 13 años, del género femenino, se observa que:

La puntuación directa más alta que obtuvo esta muestra fue de 27 puntos, equivalente a un percentil de 99, mientras que la puntuación directa menor de esta muestra fue de 5 puntos equivalente al percentil 2. Los Percentiles 25 a 75 que

conforman la Norma pertenecen a puntuaciones directas de 10 a 17 puntos.

En esta prueba, es evidente que las niñas uruguayas son menos ansiosas que las mexicanas puesto que para que éstas sean consideradas ansiosas solo necesitan presentar 11 conductas ansiosas mientras que las mexicanas debían presentar 18, es decir 7 respuestas más.

Así mismo, se observa que mientras dentro de la muestra mexicana la norma inicia en un puntaje de 10, en este mismo puntaje termina para la muestra uruguaya, y donde termina la norma mexicana, en la muestra uruguaya ya se llegó al percentil 99, es decir, mientras en México se está dentro de la norma, en Uruguay se llega a la ansiedad total máxima.

Para el género masculino, **tabla 3a**, los baremos de la prueba CMASR, valores de la Ansiedad Total en la población mexicana de niños de 12 a 13 años, la puntuación directa más alta que obtuvo esta muestra fue de 24 puntos, equivalente a un percentil de 99, mientras que la puntuación directa menor de esta muestra fue de 0 puntos equivalente al percentil 2. Los Percentiles 25 a 75 que conforman la Norma dentro de este género, pertenecen a puntuaciones directas de 8 a 16 puntos.

La población uruguaya en ésta subprueba en 1997 obtuvo las siguientes puntuaciones en adolescentes de 12 años: 0 puntos para el percentil 1 y 21-28 puntos para el percentil 99.

En este género masculino, igualmente se presenta en esta subprueba el que son más ansiosos los niños mexicanos que los de la muestra uruguaya pues difieren en tres puntos; en el puntaje 13 donde la muestra mexicana todavía pertenecería a la norma, en la muestra uruguaya ya sería considerado como ansiedad, es decir, la muestra mexicana necesita presentar tres conductas ansiosas más, por lo que es más ansiosa esta muestra.

**Tabla 3a. Percentiles de la Prueba CIMAS-R. Valores de la Ansiedad Total.**

Población Mexicana: Adolescentes de 12 a 13 años, género masculino.

Género	Población Mexicana		Población Uruguaya
	Puntuación Natural	Percentil	Percentil
masc	0	2,0	1,0
	4	6,0	8,0
	5	14,0	20,0
	6	18,0	28,0
	7	20,0	37,0
	8	26,0	46,0
	9	36,0	50,0
	10	38,0	61,0
	11	42,0	64,0
	12	48,0	68,0
	13	58,0	79,0
	14	64,0	85,0
	15	70,0	88,0
	16	78,0	94,0
	17	84,0	94,0
	18	88,0	98,0
	20	94,0	98,0
	21	96,0	99,0
	22	98,0	99,0
	24	99,0	99,0

De acuerdo a la **tabla 4**, los baremos de la prueba CMASR, valores de la subprueba I. Ansiedad Fisiológica en la población mexicana de niños de 12 a 13 años, del género femenino, se observa que:

**Tabla 4. Percentiles de la Prueba CIMAS-R. Subprueba:  
I. Ansiedad Fisiológica.**

Población Mexicana: Adolescentes de 12 a 13 años, género femenino.

Género	Población Mexicana		Población Uruguaya
	Puntuación Natural	Percentil	Percentil
fem	0	2,0	12,0
	1	4,0	37,0
	2	14,0	62,0
	3	30,0	83,0
	4	50,0	91,0
	5	64,0	99,0
	6	80,0	99,0
	7	94,0	99,0
	8	96,0	99,0
	9	99,0	99,0

La puntuación directa más alta que obtuvo esta muestra fue de 9 puntos, equivalente a un percentil de 99, mientras que la puntuación directa menor de esta muestra fue de 0 puntos equivalente al percentil 2. Los Percentiles 25 a 75 que conforman la Norma pertenecen a puntuaciones directas de 3 a 5 puntos.

Haciendo la comparación con la muestra uruguaya, la norma de esta muestra recae en los puntajes 1 y 2, donde comienza a considerarse ansiedad en la población uruguaya, en la muestra mexicana comienza la norma, además que en el puntaje donde termina la norma para México, en Uruguay ya pertenece a la ansiedad del mayor percentil, es decir, se observa que la ansiedad fisiológica, es mayor en la muestra mexicana, mostrando nuevamente que se necesitan tres conductas ansiosas más que la muestra uruguaya, las niñas mexicanas entonces son más ansiosas fisiológicamente que las niñas uruguayas.

**Tabla 4a. Percentiles de la Prueba CIMAS-R. Subprueba I. Ansiedad Fisiológica.**

Población Mexicana: Adolescentes de 12 a 13 años, género masculino.

Género	Población Mexicana		Población Uruguaya
	Puntuación Natural	Percentil	Percentil
masc	0	4,0	14,0
	1	12,0	32,0
	2	32,0	53,0
	3	46,0	73,0
	4	54,0	86,0
	5	74,0	95,0
	6	82,0	97,0
	7	92,0	99,0
	8	98,0	99,0
	9	99,0	99,0

Para el género masculino los baremos de la prueba CMASR, indicados en la **tabla 4a.**, muestra valores de la subprueba I. Ansiedad Fisiológica en la población mexicana de niños de 12 a 13 años, la puntuación directa más alta que obtuvo esta muestra fue de 9 puntos, equivalente a un percentil de 99, mientras que la puntuación directa menor de esta muestra fue de 0 puntos equivalente al percentil 4. Los Percentiles 25 a 75 que conforman la Norma dentro de este género, pertenecen a puntuaciones directas de 2 a 5 puntos.

En esta subprueba, la población uruguaya obtuvo como mínimo cero puntos, equivalente a 14 percentiles y la puntuación máxima fue de 10 puntos equivalente al percentil 99.

Al igual que en el género femenino, los niños de la muestra mexicana son más ansiosos fisiológicamente que los de la población uruguaya, ya que se les permite dos conductas fisiológicas más consideradas como ansiosas.

De acuerdo a la **tabla 5**, los baremos de la prueba CMASR, valores de la subprueba II. Inquietud /Hipersensibilidad en la población mexicana de niños de 12 a 13 años, del género femenino, se identifica que:

**Tabla 5. Percentiles de la Prueba CIMAS-R. Subprueba II. Inquietud/Hipersensibilidad.**

Población Mexicana: Adolescentes de 12 a 13 años, género femenino.

Género	Población Mexicana		Población Uruguaya
	Puntuación Natural	Percentil	Percentil
fem	2	6,0	11,0
	3	10,0	20,0
	4	18,0	32,0
	5	32,0	51,0
	6	42,0	62,0
	7	62,0	79,0
	8	72,0	90,0
	9	90,0	98,0
	10	96,0	99,0
	11	99,0	99,0

La puntuación directa más alta que obtuvo esta muestra fue de 11 puntos, equivalente a un percentil de 99, mientras que la puntuación directa menor de esta muestra fue de 2 puntos equivalente a 6 percentiles. Los Percentiles 25 a 75 que conforman la Norma pertenecen a puntuaciones directas de 5 a 9 puntos.

En este género, la diferencia en puntajes entre la muestra mexicana y uruguaya en cuanto a la norma es que en las niñas uruguayas va del puntaje 4 al 6, y en las mexicanas del 5 al 8, es decir que mientras la muestra mexicana en un puntaje de 7 sigue dentro de la norma, la muestra uruguaya ya es considerada ansiosa en esta subprueba, sin embargo son dos más las respuestas que se le permiten a la muestra mexicana, por lo que son consideradas más inquietas e hipersensibles las niñas mexicanas que las niñas uruguayas.

**Tabla 5a. Percentiles de la Prueba CIMAS-R. Subprueba****II. Inquietud/Hipersensibilidad.**

Población Mexicana: Adolescentes de 12 a 13 años, género masculino.

Género	Población Mexicana		Población Uruguaya
	Puntuación Natural	Percentil	Percentil
masc	0	4,0	3,0
	1	6,0	5,0
	2	12,0	10,0
	3	20,0	19,0
	4	28,0	29,0
	5	44,0	50,0
	6	60,0	64,0
	7	70,0	74,0
	8	88,0	88,0
	9	96,0	95,0
	10	99,0	98

Para el género masculino los baremos de la prueba CMASR, valores de la subprueba II. Inquietud /Hipersensibilidad en la población mexicana de niños de 12 a 13 años, que muestra la **tabla 5a**, la puntuación directa más alta que obtuvo esta muestra fue de 10 puntos, equivalente a un percentil de 99, mientras que la puntuación directa menor de esta muestra fue de 0 puntos equivalente a 4 percentiles. Los Percentiles 25 a 75 que conforman la Norma dentro de este género, pertenecen a puntuaciones directas de 4 a 8 puntos.

En la muestra uruguaya de 12 años en esta subprueba la puntuación mínima fue de 0 puntos equivalente al percentil 1 y la mayor fue de 11 puntos igual al percentil 99. Comparando ambas muestras en este género, se observa que son similares, ambas tienen los mismos puntajes para la norma en México y Uruguay, así como los puntajes para considerarlos inquietos e hipersensibles.

**Tabla 6. Percentiles de la Prueba CIMAS-R. Subprueba III. Problemas Sociales/Concentración.**

Población Mexicana: Adolescentes de 12 a 13 años, género femenino.

Género	Población Mexicana		Población Uruguaya
	Puntuación Natural	Percentil	Percentil
Fem	0	6,0	35,0
	1	24,0	58,0
	2	48,0	77,0
	3	66,0	93,0
	4	80,0	98,0
	5	86,0	98,0
	6	92,0	98,0
	7	99,0	99,0

De acuerdo a la **tabla 6**, los baremos de la prueba CMASR, valores de la subprueba III. Problemas Sociales/Concentración en la población mexicana de niños de 12 a 13 años, del género femenino, deja ver que:

La puntuación directa más alta que obtuvo esta muestra fue de 7 puntos, equivalente a un percentil de 99, mientras que la puntuación directa menor de esta muestra fue de 0 puntos equivalente al percentil 6. Los Percentiles 25 a 75 que conforman la Norma pertenecen a puntuaciones directas de 1 a 3 puntos.

Prestando atención a ambas muestras, se ve que nuevamente son las niñas mexicanas las que presentan mayor ansiedad en problemas sociales y concentración que las uruguayas, ya que las adolescentes mexicanas se consideran ansiosas en esta subprueba con dos respuestas más (4 puntos naturales, equivalentes al percentil 80) que la muestra uruguaya (2 puntos naturales equivalentes al percentil 77).

**Tabla 6a. Percentiles de la Prueba CIMASR. Subprueba****III. Problemas Sociales/Concentración.**

Población Mexicana: Adolescentes de 12 a 13 años, género masculino.

Género	Población Mexicana		Población Uruguaya
	Puntuación Natural	Percentil	Percentil
masc	0	12,0	32,0
	1	32,0	52,0
	2	54,0	73,0
	3	76,0	89,0
	4	84,0	95,0
	5	94,0	98,0
	6	96,0	99,0
	7	99,0	99,0

Para el género masculino, **tabla 6a**, los baremos de la prueba CMASR, valores de la subprueba III. Problemas Sociales/Concentración en la población mexicana de niños de 12 a 13 años, la puntuación directa más alta que obtuvo esta muestra fue de 7 puntos, equivalente a un percentil de 99, mientras que la puntuación directa menor de esta muestra fue de 0 puntos equivalente al percentil 12. Los Percentiles 25 a 75 que conforman la Norma dentro de este género, pertenecen a puntuaciones directas de 1 a 2 puntos.

En esta subprueba pero en la muestra uruguaya de 12 años de edad, el percentil 32 equivale a una puntuación de 0, y el puntaje 2 al percentil 52, conformando estos la norma, y el percentil 99 a los puntajes 6-7.

En ambas muestras son similares los puntajes que pertenecen a la norma, así como los percentiles altos, esto es que, tanto los niños mexicanos de 12 a 13 años tienen igualmente problemas sociales y de concentración, como los niños uruguayos de esta edad.

**Tabla 7. Percentiles de la Prueba CIMASR.****Subprueba M. Mentira**

Población Mexicana: Adolescentes de 12 a 13 años, género femenino.

Género	Población Mexicana		Población Uruguaya
	Puntuación Natural	Percentil	Percentil
Fem	0	2,0	1,0
	1	14,0	9,0
	2	28,0	14,0
	3	38,0	27,0
	4	50,0	48,0
	5	70,0	61,0
	6	86,0	77,0
	7	96,0	88,0
	8	99,0	96,0

De acuerdo a la **tabla 7**, los baremos de la prueba CMASR, valores de la subprueba M: Mentira en la población mexicana de niños de 12 a 13 años, del género femenino, deja notar que:

La puntuación directa más alta que obtuvo esta muestra fue de 8 puntos, equivalente a un percentil de 100, mientras que la puntuación directa menor de esta muestra fue de 0 puntos equivalente al percentil 2. Los Percentiles 25 a 75 que conforman la Norma pertenecen a puntuaciones directas de 2 a 5 puntos.

En cuanto a la subprueba de mentira en el género femenino, ambas muestras tienen un rango similar para la norma, así como para los percentiles altos, esto es que tanto las niñas mexicanas de 12 a 13 años como las niñas uruguayas, al presentar seis respuestas afirmativas en la escala de mentira se consideran arriba de lo aceptable.

**Tabla 7a. Percentiles de la Prueba CIMASR.****Subprueba M. Mentira**

Población Mexicana: Adolescentes de 12 a 13 años, género masculino.

Género	Población Mexicana		Población Uruguaya
	Puntuación Natural	Percentil	Percentil
masc	0	10,0	4,0
	1	18,0	10,0
	2	32,0	19,0
	3	48,0	37,0
	4	58,0	62,0
	5	66,0	76,0
	6	80,0	86,0
	7	88,0	97,0
	8	96,0	98,0
	9	99,0	99,0

Para el género masculino, en la **tabla 7a**, los baremos de la prueba CMASR, valores de la subprueba M: Mentira en la población mexicana de niños de 12 a 13 años, la puntuación directa más alta que obtuvo esta muestra fue de 9 puntos, equivalente a un percentil de 99, mientras que la puntuación directa menor de esta muestra fue de 0 puntos equivalente a 10 percentiles. Los Percentiles 25 a 75 que conforman la Norma dentro de este género, pertenecen a puntuaciones directas de 2 a 5 puntos. La muestra uruguaya por su parte, tiene una puntuación de 0 para el percentil 4 y de 9 puntos para el percentil 99 para el género masculino.

En cuanto el rango para la norma dentro de la muestra mexicana, se encuentra del puntaje 2 al 5, mientras que para la uruguaya se conforma por los puntajes 3 y 4, es decir que los niños mexicanos de 12 a 13 años presentan una

respuesta más en esta subprueba que los uruguayos, sin embargo, ambas muestras, al presentar este número de respuestas afirmativas en la escala de mentira, se consideran arriba de lo aceptable.

A continuación se muestra un análisis de correlación de las pruebas CMAS-R y STAIC por subpruebas:

### Correlación entre Ansiedad Total CMAS-R y Ansiedad Rasgo STAIC.

Población Mexicana: Adolescentes de 12 a 13 años.

		Ansiedad Total	Ansiedad Rasgo
Ansiedad Total	Correlación Pearson	1,000	,786
	Sig. (2-colas)	,	,000
	N	100	100
Ansiedad Rasgo	Correlación Pearson	,786	1,000
	Sig. (2-colas)	,000	,
	N	100	100

\*\* La Correlación es significativa a el nivel 0.01 (2-colas).

Al realizar la correlación entre Ansiedad total de la prueba CMAS-R y Ansiedad Rasgo de la prueba STAIC en la población mexicana de adolescentes de 12 a 13 años de edad, se encontró una correlación significativa de **.786** de acuerdo a la prueba **r de Pearson** en una distribución de doble cola. Al especificar la prueba por género, se observó lo siguiente:

### Correlación por género de Ansiedad Total CMAS-R y Ansiedad Rasgo STAIC.

Población Mexicana: Adolescentes de 12 a 13 años.

Género			Ansiedad Total	Ansiedad Rasgo
fem	Ansiedad Total	Correlación Pearson	1,000	,796
		Sig. (2-colas)	,	,000
		N	50	50
	Ansiedad Rasgo	Correlación Pearson	,796	1,000
		Sig. (2-colas)	,000	,
		N	50	50
masc	Ansiedad Total	Correlación Pearson	1,000	,789
		Sig. (2-colas)	,	,000
		N	50	50
	Ansiedad Rasgo	Correlación Pearson	,789	1,000
		Sig. (2-colas)	,000	,
		N	50	50

\*\* La Correlación es significativa a el nivel 0.01 (2-colas).

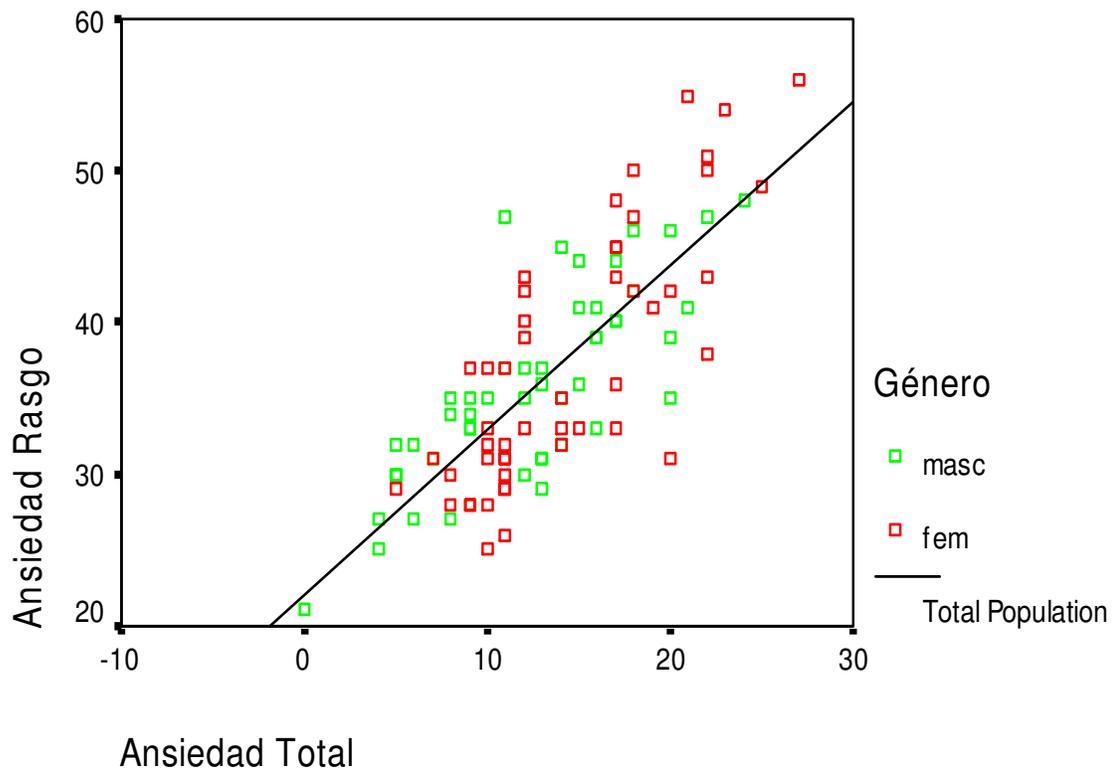
El género femenino obtuvo una correlación de **.796** mientras que el género masculino obtuvo una puntuación de **.789**, ambas significativas.

Así mismo, a continuación se presenta la información con el ajuste de resultados:

De acuerdo a la gráfica siguiente, se concluye que tanto en hombres como en mujeres se presenta la correlación entre Ansiedad Total de la prueba CMAS-R y Ansiedad Rasgo de la prueba STAIC, en la población mexicana de adolescentes de 12 a 13 años de edad, sin embargo, al constatarlo en la tabla por género acerca de esta correlación, es mas significativa en mujeres que en hombres.

## CORRELACION DE LAS PRUEBAS STAIC Y CMASR

Correlación de Ansiedad Rasgo (STAIC) y Ansiedad Total (CMASR)



Adolescentes Mexicanos de 12 a 13 años

### Correlación entre Ansiedad Total CMAS-R y Ansiedad Estado STAIC.

Población Mexicana: Adolescentes de 12 a 13 años.

		Ansiedad Total	Ansiedad Estado
Ansiedad Total	Correlación	1,000	,288
	Pearson		
	Sig. (2-colas)	,	,004
	N	100	100
Ansiedad Estado	Correlación	,288	1,000
	Pearson		
	Sig. (2-colas)	,004	,
	N	100	100

\*\* La Correlación es significativa a el nivel 0.01 (2-colas).

Al realizar la correlación entre Ansiedad total de la prueba CMAS-R y Ansiedad Estado de la prueba STAIC en la población mexicana de adolescentes de 12 a 13 años de edad, se encontró una correlación significativa de **.288** de acuerdo a la prueba **r de Pearson** en una distribución de doble cola. Al especificar la correlación entre las pruebas por género, se observó lo siguiente:

El género femenino obtuvo una correlación significativa de **.486**, mientras que el género masculino obtuvo una correlación de **.104**, ésta no significativa.

### Correlación por género de Ansiedad Total CMAS-R y Ansiedad Estado STAIC.

Población Mexicana: Adolescentes de 12 a 13 años.

Género			Ansiedad Total	Ansiedad Estado
fem	Ansiedad Total	Correlación Pearson	1,000	,486
		Sig. (2-colas)	,	,000
		N	50	50
	Ansiedad Estado	Correlación Pearson	,486	1,000
		Sig. (2-colas)	,000	,
		N	50	50
masc	Ansiedad Total	Correlación Pearson	1,000	,104
		Sig. (2-colas)	,	,470
		N	50	50
	Ansiedad Estado	Correlación Pearson	,104	1,000
		Sig. (2-colas)	,470	,
		N	50	50

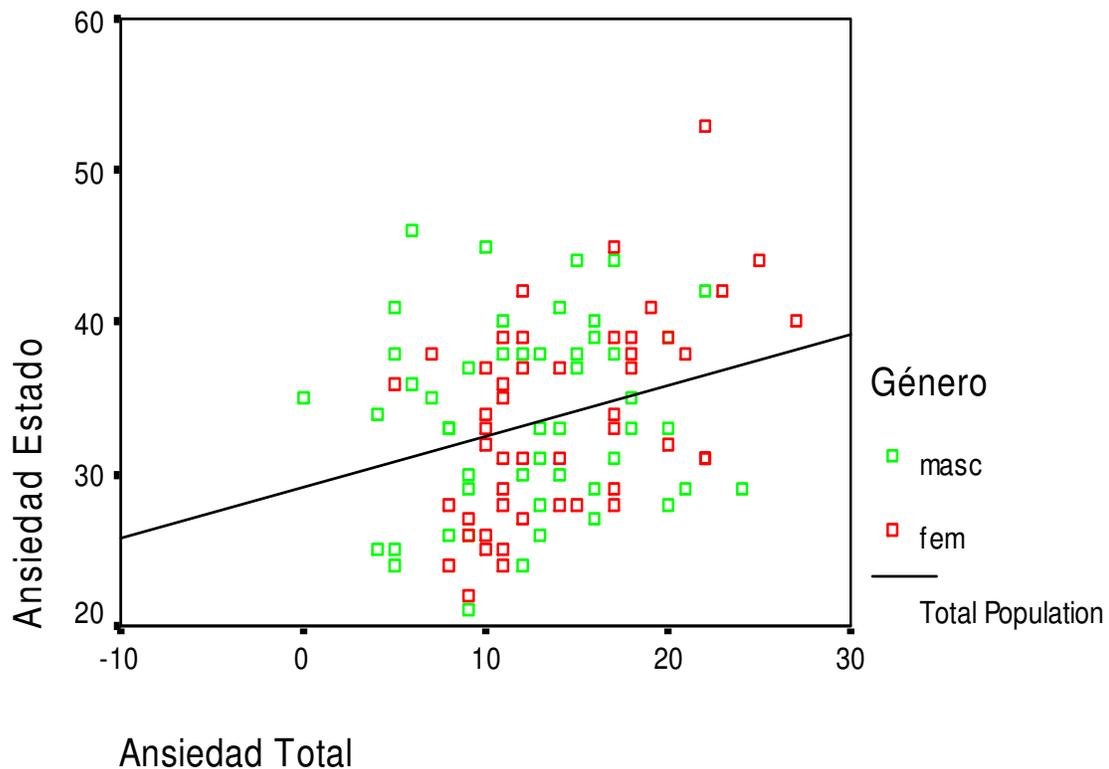
\*\* La Correlación es significativa a el nivel 0.01 (2-colas).

A continuación se presenta la información con el ajuste de resultados:

De acuerdo a la gráfica siguiente, se concluye que tanto en hombres como en mujeres se presenta la correlación entre Ansiedad Total de la prueba CMAS-R y Ansiedad Estado de la prueba STAIC, en la población mexicana de adolescentes de 12 a 13 años de edad, sin embargo, al constatarlo en la tabla por género acerca de esta correlación, es mas fuerte en mujeres que en hombres.

## CORRELACION DE LAS PRUEBAS STAIC Y CMASR

Correlación de Ansiedad Estado (STAIC) y Ansiedad Total (CMASR)



Adolescentes Mexicanos de 12 a 13 años

A nivel general, el mayor valor de correlación (**.786**) fue entre Ansiedad Total de la prueba CMAS-R y Ansiedad Rasgo de la prueba STAIC, que la correlación (**.288**) entre Ansiedad Total de la prueba CMAS-R y Ansiedad Estado de la prueba STAIC.

Así mismo, la correlación fue más significativa para el género femenino en ambas subpruebas de la prueba STAIC (**.796** para la Ansiedad Rasgo y **.486** para la Ansiedad Estado) y la entre Ansiedad Total de la prueba CMAS-R, sin embargo, hay que destacar que para el género masculino en la subprueba Ansiedad Estado de la prueba STAIC no fue significativa la correlación con la Ansiedad Total de la prueba CMAS-R.

## CAPÍTULO 4

### Conclusiones

Los percentiles de la prueba **STAIC** en la subprueba **Ansiedad Rasgo** para la muestra mexicana y la muestra española, son similares dentro del género masculino, ya que en ambas poblaciones a partir del punto 40 se comienzan a considerar con rasgos ansiosos, mientras que en el género femenino se denota que es más ansioso que el masculino ya que presentan dos respuestas más en caso de las españolas, y tres en caso de las mexicanas que los hombres de las dos muestras, sin embargo, las españolas por una respuesta son menos ansiosas que las mexicanas, esto es que las niñas mexicanas de 12 a 13 años de edad presentan más rasgos ansiosos que las niñas españolas, y aun más que el género masculino de ambas muestras al permitirseles tres respuestas más de rasgos ansiosos.

En la subprueba de **Ansiedad Estado**, dentro de la población española, el género femenino es más ansiosos que el masculino solo por una respuesta, dentro de la muestra mexicana, tanto los niños como las niñas presentan estados de ansiedad similares, sin embargo al compararlos con la población española, se revela que la muestra mexicana es más ansiosa que la española, esto es: las niñas mexicanas presentan tres respuestas más de ansiedad estado que las españolas, y en los niños mexicanos son cuatro las respuestas por arriba de la muestra española, lo que denota la ansiedad estado en la muestra del género masculino por una respuesta permitida más que en el género femenino.

En cuanto a la prueba **CMAS-R** los percentiles de la **Ansiedad Total** en la población mexicana y uruguaya varían en cuanto a los puntajes donde se considera que presentan ansiedad, tanto entre muestras como entre géneros. Las niñas mexicanas son más ansiosas que los niños mexicanos ya que éstas presentan dos respuestas más de ansiedad que los niños, sin embargo en la población uruguaya los niños para esta subprueba son más ansiosos que las niñas, igualmente por dos respuestas; comparando ambas poblaciones, mexicana y uruguaya, los niños uruguayos son menos ansiosos que los mexicanos puesto que presentan tres conductas menos que la población mexicana, las niñas por su parte aunque son más ansiosas en ambas poblaciones que las muestras de niños

uruguayos y mexicanos, entre una población y otra en este género (femenino), existe la diferencia más notoria ya que se trata del parámetro total de esta prueba (STAIC), es decir la cuantificación general en comparación con las demás subpruebas, donde se muestra que las niñas mexicanas son más ansiosas puesto que se le permiten cinco respuestas más para considerarlas ansiosas, además de que donde iniciaría a considerarse ansiedad en las niñas de la muestra mexicana, las niñas uruguayas ya presentarían el nivel máximo de ansiedad, es decir el percentil 99.

En la subprueba **Ansiedad Fisiológica**, los niños y niñas de la población mexicana presentan igualmente conductas fisiológicas de ansiedad, pero en comparación con la población uruguaya ésta es menos ansiosa que la mexicana por dos respuestas en caso del género masculino, y por tres en el femenino, sin embargo, los niños uruguayos son más ansiosos que el género femenino de esta misma población pues éstos presentan una respuesta más de ansiedad fisiológica que las niñas.

En la subprueba **Inquietud / Hipersensibilidad**, en la muestra mexicana las niñas son más inquietas e hipersensibles que los niños por una respuesta, al contrario de la población uruguaya donde es el género masculino más inquieto que el femenino igualmente por una respuesta, sin embargo, al contrastarlo entre poblaciones, es el género femenino mexicano más inquieto e hipersensible que el de la población uruguaya por dos respuestas, mientras que el género masculino de ambas poblaciones son igualmente inquietos e hipersensibles.

En la tercer subprueba **Problemas sociales / Concentración**, dentro de la muestra mexicana, las niñas son más ansiosas que los niños, pues éstas presentan una respuesta más en problemas de concentración y sociales, contradictoriamente a la población uruguaya en la cual son los niños quienes presentan más problemas sociales y de concentración, sin embargo, tanto el género masculino de la población uruguaya como la mexicana presentan puntuaciones iguales en esta subescala, no así comparando el género femenino de ambas poblaciones, ya que son las adolescentes de la población mexicana quienes presentan más problemas sociales y de concentración puesto que presentan dos respuestas más que las niñas de la población uruguaya, y una más que el género masculino de ambas poblaciones.

La subescala **Mentira**, muestra una igualdad en cuanto a puntajes en la población mexicana en ambos géneros y la población uruguaya en el género femenino, sin embargo, el género masculino de ésta población presenta un punto menos que los ya mencionados, es decir, tanto el género femenino de ambas poblaciones como el género masculino de la población mexicana, presentan más respuestas afirmativas por arriba de lo aceptable, que el género masculino de la población uruguaya.

Por otra parte, al hacer una correlación entre las pruebas **CMAS-R** y **STAIC**, se buscaba constatar si ambas pruebas coincidían en sus puntajes al evaluar aspectos similares en cada una. Mientras la prueba CMAS-R evalúa en tres subpruebas manifestaciones fisiológicas como dificultades de sueño, náusea y fatiga, la preocupación de no ser lastimado o aislado emocionalmente, y las dificultades con la concentración y la atención, por otra parte la prueba STAIC evalúa dos aspectos que conforman la ansiedad, la Ansiedad Rasgo y la Ansiedad Estado, mientras que la primera evalúa la propensión a la ansiedad, es decir, la diferencia entre los niños en su tendencia a mostrar estados de ansiedad, la segunda: Ansiedad Estado, intenta apreciar estados transitorios, sentimientos de aprehensión, tensión y preocupación.

De acuerdo a los resultados ya mostrados se concluye lo siguiente:

Al existir una correlación significativa entre las **Ansiedad Total** de la prueba **CMAS-R** y la **subescala Ansiedad Rasgo** de la prueba **STAIC** (0.786), se comprueba que ambas pruebas pueden ser utilizadas para medir la ansiedad. Y que de acuerdo a lo esperado, a menor puntaje en la prueba STAIC, menor puntaje en la prueba CMAS-R y a mayor puntaje en la prueba STAIC, mayor puntaje en la prueba CMAS-R. Esto es que, tanto una prueba como otra pueden ser utilizadas indistintamente para medir la ansiedad, puesto que se obtendrán resultados similares en cualquiera de éstas dos pruebas que se utilice, midiendo ambas el mismo constructo y de forma similar.

Además se encontró que en la **Ansiedad Total** de la prueba **CMAS-R** y la **subescala Ansiedad Rasgo** de la prueba **STAIC**, el género femenino aún en esta edad (de 12 a 13 años), es más propenso a manifestar rasgos de ansiedad

(0.796), no obstante, solo existe sólo una diferencia de 7 puntos entre los dos géneros, esto es que también en los varones se presentan estos rasgos pero en menor proporción (0.789), por supuesto ambas significativas.

Mientras que entre las subescalas **Ansiedad Total** de la prueba **CMAS-R** y la **subescala Ansiedad Estado** de la prueba **STAIC**, a pesar de tener una correlación significativa entre pruebas ésta es menor (0.288); y al diferenciarla por géneros, las niñas de la población mexicana de 12 a 13 años son más compulsivas (0.486), manifiestan mayor ansiedad aún cuando sea transitoria variando su intensidad con el tiempo (ya que éste género obtuvo 82 pts. de diferencia en cuanto a su correlación), más que el género masculino (0.104), el cual su correlación significativa es menos fuerte.

De esta manera se puede dar por certera la observación de Spielberger 1972, quien menciona que ante situaciones percibidas como amenazantes, los niños con elevada Ansiedad Rasgo (como en el caso del género femenino de 12 a 13 años de edad en esta muestra mexicana), serán más propensos que los niños con bajo nivel de Ansiedad Rasgo a responder con elevaciones de Ansiedad Estado, de una manera más frecuente y con mayor intensidad.

Esto sucede porque perciben una gama más amplia de situaciones peligrosas o amenazadoras, además las elevaciones del índice de Ansiedad Estado se manifiestan en niños expuestos a situaciones de tensión o frustración, como los aspectos que evalúa la prueba CMAS-R.

En conclusión, ambas pruebas la **CMAS-R** y el **STAIC** sí evalúan la Ansiedad en niños de edad escolar, en este caso específicamente con edad de 12 a 13 años, dentro de una muestra mexicana.

Así mismo, **se cumplió con el objetivo** que se planteó en este proyecto: De acuerdo a la finalidad del área de investigación de la UNAM y de la UEPI de confiabilizar, validar y estandarizar instrumentos de evaluación psicológica, se corroboró la importancia de **obtener normas de puntuación para la población mexicana de 12 a 13 años de edad de los Instrumentos STAIC Y CMAS-R** al compararse las puntuaciones de las poblaciones México-España y México-Uruguay respectivamente y encontrar diferencias significativas entre éstas, es

decir, típicas de cada una, obteniendo que al utilizar normas de puntuación Españolas o Uruguayas los adolescentes mexicanos de esta edad podrían catalogarse como no ansiosos cuando en realidad si lo son, debido a que no se obtienen calificaciones acorde a las características específicas de nuestra población.

## Bibliografía

Benassini Félix, Oscar (2006), *Psiquiatría para el médico de atención primaria*. Intersistemas editores. México.

Beck, A. (1976), *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press. Nueva York.

Branden, Nathaniel (1993), *El respeto hacia uno mismo*. Ed. Paidós. México.

Buceta, José María (1997), *Tratamiento comportamental de un caso de estrés*. En: Macia Antón, D.; Méndez Carrillo F. X. *Aplicaciones clínicas de la evaluación y la modificación de conducta*. Ed. Pirámide. Madrid.

Cía, H. Alfredo (1995), *Trastorno Obsesivo compulsivo y síndromes relacionados*. Ed. El Ateneo. Buenos Aires.

Echeburúa, Enrique (1996), *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Ed Pirámide. Madrid.

Ellis A. (2001) "Cómo controlar la ansiedad antes de que le controle a Usted" Ed. Paidós. 1ª edición en México.

Fernández Ballesteros (1987), *Evaluación Conductual: Metodología y aplicaciones*. 3ª Edición Ed. Pirámide, Madrid.

Fierros Dávila, Luis Enrique (1999), *Perfil del adolescente mexicano*. Tesis de Maestro en modificación de conducta.

Gandara Martín, Jesús de la; Fuente Rocañin, José Carlos (1999), *Angustia y ansiedad: Causas, síntomas y tratamiento*. Ed. Pirámide, Madrid.

McIntyre, J.S. y cols. (2000), Guía práctica para el tratamiento de los pacientes con trastornos de angustia. Ed. Masson, Barcelona.

Moreno Pedro (2002) "Superar la ansiedad y el Miedo" Ed. Desclée de Broker Col. Serendipity.

Pichot P. (1994), Diagnostic and Statistical manual of mental disorders. American psychiatric association 4a. Ed, Washington.

Raya Hernandez Araceli (2000), Ansiedad y rendimiento académico: Un enfoque biopsicosocial. Tesina de psicología. Fes Iztacala.

Reynolds, Cecil; Richmond, Bert, (1997) "Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada" Ed. Manual Moderno.

Saiz Ruiz, J; Ibáñez Cuadrado, A; Montes Rodríguez, J. M. (2000), Trastorno de angustia: Crisis de pánico y agorafobia en atención primaria. Ed. Masson, Barcelona.

Sassaroli, Sandra; Lorenzini, Roberto (2000). Miedos y fobias: Causas, características y terapias. Ed. Paidós. Barcelona.

Spielberger, Charles (1980) "Tensión y Ansiedad Ed. Harla, México.

Spielberger, Charles (1990) "Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en niños" Ed. Manual Moderno.

Vallejo, R; Gastó, C. (2000) "Trastornos afectivos: Ansiedad y Depresión" Ed. Masson.