



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“Evaluación y tratamiento de los trastornos de ansiedad: una revisión desde el enfoque cognitivo-conductual.”

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N:
Mayra Karen Monroy Sierra
Laura Orea Suárez

Directora: Lic. Juana Olvera Méndez
Dictaminadores: Mtra. Esther María Marisela Ramírez Guerrero
Mtro. Enrique Bernabé Cortés Vázquez



Los Reyes Iztacala, Edo. De México, Abril 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS KAREN

*En primera instancia, agradezco a **Dios** por permitirme llegar hasta este momento tan significativo y conmemorativo en mi vida y compartirlo con los seres que amo, que son familia y amigos, con los cuales he aprendido y compartido la gran experiencia de vivir.*

***A mis Padres** Guillermo y Coni, que sin su esfuerzo y dedicación, esto no hubiese sido posible, por todo el amor, apoyo, comprensión, cariño y esmero con que día a día sembraron en mí, la confianza de lograr mis metas y con la plena seguridad, de que formaron una persona recta y que llevará a cabo su profesión con ética y entrega incondicional. Siendo éste un motivo más de orgullo para ellos, y de donde continuaré creciendo, ya que siempre han sido mi recinto de inspiración al ver cómo han salido adelante a pesar de los obstáculos que se les presentan. Los amo y admiro demasiado.*

***A mis Sobrinos** Carlos, Guillermo y Fernanda; que influyeron de manera significativa en mi proceso, para ser yo un ejemplo a seguir en un futuro, y compartir su triunfo, como ahora lo hago yo con ellos. Los amo.*

***A mis Hermanas** Mireya y Angie, que me brindaron su presencia cuando la requerí y me dieron palabras de aliento cuando veía mis objetivos inalcanzables, impulsando mis deseos de seguir adelante y conseguir lo que ahora tengo.*

***A mis Amigas**, para ser lo que ahora soy, pues me apoyaron de manera incondicional y con afecto, a lo largo de mi desarrollo como profesional, compartiendo buenos y malos momentos a lo largo de la carrera y de los cuales todos aprendimos sin duda algo. También por sus palabras enriquecedoras con las que sigo contando.*

Principalmente **Laura Orea Suárez**, quien me brindó su apoyo en todo momento abriendo su corazón y por ser un pilar firme que formó parte de la base para edificar mi formación, de igual manera por que confió en mí desde el primer instante, formando un cariño inigualable, el cual se muestra al realizar este proyecto juntas. De igual manera, porque me acogió junto a su familia en su hogar.

A mi tutora Juana Olvera Méndez, que con su amistad, apoyo, tolerancia y entrega, hizo de mí una profesionalista preparada y quien me brindó las herramientas necesarias para poder seguir adelante y cumplir mis objetivos. Teniendo siempre como base la ética y responsabilidad que me hace ser una orgullosa licenciada en psicología, al seguir su ejemplo.

A mi familia, especialmente mi tío Julio, que aunque ya no está aquí conmigo para compartir este triunfo en vida, siempre me impulso y aconsejó confiando en mí, para lograr mis objetivos venciendo mis propios miedos y brindándome su cariño incondicional.

A mis pacientes que depositaron siempre su confianza en mí, para poder superar satisfactoriamente sus problemáticas y poder gozar de salud mental, favoreciendo a la vez su vida en general.

AGRADECIMIENTOS LAURA

Agradezco a **DIOS** por darme la oportunidad de existir, porque estoy viva, porque tengo una familia a quien amar y por darme la capacidad de ser útil a mis semejantes, porque me dio fuerza y fe para creer lo que me parecía imposible terminar.

A MIS PADRES IRMA Y ROMAN

Por todo el amor brindado y por aportar a mis enseñanzas y educación, sé que es la mejor herencia que me han dejado. Gracias porque siempre han estado a mi lado.

Mamá, gracias por ser mi mejor amiga, mi aliada, mi ejemplo y por brindarme todo el amor y apoyo incondicional, “Te amo”.

Papá, gracias por todo tu apoyo incondicional.

A MIS HERMANOS SERGIO, OMAR Y JOSÉ LUIS

Porque he recibido su apoyo en el momento que lo necesité y fueron un impulso para lograrlo.

A mi amada y hermosa sobrina ALEXA SOFIA

Porque aunque apenas tienes unos días de nacida y sabiendo que tu único medio para expresarte es el llanto, eres muy importante para mí y así como ahora estás conmigo en la conclusión de esta etapa, quiero ser un ejemplo para ti, y deseo estar a tu lado durante tu vida y en cada uno de tus éxitos, “TE AMO PRINCESITA”.

A Mayra Karen Monroy Sierra, gracias por tu paciencia y comprensión, ya que siempre me apoyaste durante toda la carrera, muchas veces estuve a punto de renunciar y gracias a tu apoyo infinito es que pude lograr llegar aquí, ahora puedo decir que esta tesis lleva mucho de ti, gracias por tu amistad incondicional y por estar siempre a mi lado. Te Quiero Mucho.

A Almavell, gracias por tu amistad incondicional y apoyo infinito, porque fuiste tú quien me motivó a continuar con mis estudios y así fue como decidí entrar a la **UNAM**. Gracias por tu valiosa amistad. Te Quiero Mucho.

A mis compañeros del STC METRO, en especial **línea 6**, por todo el apoyo brindado y motivaciones para continuar con mis estudios y así poder concluir la universidad.

A todos mis profesores de la UNAM, mi gratitud y cariño por su infinita paciencia y profesionalidad en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida, Ya que ha sido muy importante su presencia en mi vida. Tienen todo mi respeto y admiración.

En especial a mi profesora y directora de tesis **Lic. Juana Olvera Méndez**, por su amistad, su atención y apoyo incondicional, brindado durante la carrera, porque siempre ha sido un gran ejemplo para mí, y ha transmitido una combinación de saberes y disposiciones, sin ella no habría logrado ser la profesionista que ahora soy. Así mismo le reitero mi gran admiración y respeto. Gracias por apoyarnos en la realización de ésta tesis.

A la **UNAM** por ser mi casa durante este valioso tiempo ya que en sus aulas recibí las más gratas enseñanzas que nunca olvidare...

A la **FESI** por brindarme todas las facilidades para crecer...

Futura Licenciada en psicología Laura Orea Suárez.



***“No hace falta conocer el peligro para tener
miedo; de hecho los peligros desconocidos
son los que inspiran más temor”.***

Alexandre Dumas.

ÍNDICE.

Introducción	9
1. Antecedentes históricos de los trastornos de ansiedad	11
1.1. Los indicios de la ansiedad a través de la historia.....	11
1.2. Reconocimiento y desarrollo histórico del concepto de ansiedad.....	12
2. Trastornos de ansiedad	21
2.1. Definición del concepto de ansiedad.....	21
2.2. Prevalencia de los trastornos de ansiedad.....	24
2.3. Conceptos generales en los trastornos de ansiedad.....	25
2.4. Clasificación de los trastornos de ansiedad.....	29
2.5. Crisis de angustia.....	31
(Definición, Características y Síntomas)	
2.6. Agorafobia.....	37
(Definición, Características y Síntomas)	
2.7. Trastorno de angustia sin agorafobia.....	46
(Definición, Características y Síntomas)	
2.8. Trastorno de angustia con agorafobia.....	47
(Definición, Características y Síntomas)	
2.9. Agorafobia sin historia de trastorno de angustia.....	49
(Definición, Características y Síntomas)	
2.10. Fobia específica.....	51
(Definición, Características y Síntomas)	
2.11. Fobia social.....	58
(Definición, Características y Síntomas)	
2.12. Trastorno obsesivo-compulsivo.....	67
(Definición, Características y Síntomas)	
2.13. Trastorno por estrés postraumático.....	77
(Definición, Características y Síntomas)	

2.14. Trastorno de ansiedad generalizada.....	86
(Definición, Características y Síntomas)	
3. Diagnóstico y evaluación psicológica de los trastornos de ansiedad.....	95
3.1. Diagnóstico psicológico.....	96
3.2. Observación.....	99
3.3. Entrevista.....	102
3.4. Autorregistros.....	110
3.5. Evaluación psicológica.....	115
3.6. Instrumentos de evaluación para la ansiedad.....	116
4. Tratamiento cognitivo-conductual para los trastornos de ansiedad.....	126
4.1. La ansiedad desde el modelo cognitivo-conductual.....	127
4.2. Principios básicos del modelo cognitivo de la ansiedad.....	132
4.3. Técnicas de relajación.....	134
4.4. Técnicas de respiración.....	141
4.5. Desensibilización sistemática.....	151
4.6. Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC).....	154
4.7. Técnicas de exposición.....	163
4.8. Entrenamiento en asertividad.....	169
4.9. Mindfulness.....	174
4.10. Psicoeducación.....	175
5. Conclusiones.....	178
6. Anexos.	
7. Propuesta.	
8. Referencias.....	206

INTRODUCCIÓN

La ansiedad es una respuesta ante el peligro, que ha estado presente prácticamente desde que existe vida en la tierra; y abarca tres áreas principalmente, que son física, cognitiva y conductual. La relevancia de retomar este problema de salud mental, que afecta a la población en general, radica, en que actualmente las estadísticas de éste padecimiento, han incrementado en los últimos años, dejando consecuencias de leves a graves en aquellas personas que la padecen.

De acuerdo con Fuentes (2013), desde hace 10 años, los datos para el país son alarmantes; según los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, coordinada por la Dra. María Elena Medina Mora en México, y levantada en 2003, los trastornos más frecuentes identificados en nuestro país fueron los de ansiedad (con una prevalencia de 14.3% alguna vez en la vida de las personas).

Por esta razón, la presente tesis, tuvo como objetivo, hacer una revisión teórica, acerca de los trastornos de ansiedad, su clasificación y los métodos de evaluación y tratamiento que se utilizan en psicología clínica, desde el modelo cognitivo conductual. Para cubrir este objetivo, el presente trabajo, se dividió en cuatro capítulos conformados de la siguiente manera.

En el primer capítulo, se abordan los antecedentes históricos de la ansiedad, y su reconocimiento como entidad psicológica en un trastorno, teniendo en cuenta los abordajes teóricos desde la psicología.

Posteriormente, en el segundo capítulo, se habla de la definición de ansiedad, su prevalencia, algunos conceptos generales usados dentro del trastorno de ansiedad, clasificación de los trastornos de ansiedad con mayor incidencia actualmente, sus características y síntomas, en base al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR).

Una vez establecidos los criterios, en el tercer capítulo, se nombran las formas en que el terapeuta cognitivo conductual, puede evaluar los trastornos de ansiedad y la combinación de estrategias que puede utilizar, para obtener mayor información acerca del paciente y poder hacer un diagnóstico preciso del trastorno de ansiedad.

En el cuarto capítulo, se retoman algunas técnicas de intervención, cognitivo-conductual, con las que el terapeuta cognitivo conductual, puede construir un tratamiento eficaz para los trastornos de ansiedad.

Finalmente, en el quinto capítulo, expresamos las conclusiones a las que llegamos tras haber realizado la revisión teórica sobre el trastorno de ansiedad y la forma en que se aborda desde el modelo cognitivo conductual.

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La ansiedad, como cada uno de los trastornos del comportamiento, tiene su umbral desde hace varios siglos, donde se han modificado a través de la historia; los conceptos, el significado, la definición y los síntomas. A continuación revisaremos cada uno de estos conceptos.

1.1. Los indicios de la ansiedad a través de la historia.

Los albores de la ansiedad, se remontan en los síntomas de miedo anormal, que se encontraban ya desde la biblia bajo el término *pachadh*, y fueron claramente diferenciados del reverencial miedo al señor que mostraba el auténtico creyente (Berrios, 2004 en; Vallejo, Sánchez, Díez y Menchón, 2004).

Antiguamente describen, Dan y Stein (2004), los griegos de la época clásica contaban con términos para la manía, la melancolía, la histeria y la paranoia; sin embargo, no disponían de ningún término para la ansiedad.

En la Grecia moderna existía la palabra *anesuchia*, cuyo significado primitivo es “sin tranquilidad” o “sin calma”. Sin embargo, en la época de Cicerón, los romanos utilizaron la palabra *anxietas*, indicadora de un estado duradero de medrosidad. Este vocablo contrasta con *angor*, que revela un estado momentáneo de miedo intenso, análogo al concepto actual de angustia.

El término *angor* también denota estrangulación y deriva del verbo *ango*: oprimir, estrangular. La idea del estrechamiento es otra connotación del término latino angustia (estrechez), el francés *angoisse* (indica un estado más agudo, parecido al de la angustia) y los alemanes *angst* (miedo) y *eng* (estrecho). La raíz *angr* de las lenguas indoeuropeas ha dado también origen a las voces ingleses *anger* (que significa cólera o furia y se parece al noruego antiguo *angra*: aflicción) y

angina (utilizada ya en la época romana para describir la sensación de opresión en el tórax y la angustia asociada).

Pero, fue hasta la segunda mitad del siglo XVII (1601-1700), el término comienza a tener significado psicológico. Igualmente, términos relacionados pueden encontrarse dispersos en los trabajos de Boissier de Sauvages, quien utilizó el término *anxietas* para describir estados paroxísticos de inquietud (Berrios, 2004 en; Vallejo, Sánchez, Díez y Menchón, 2004).

A pesar, de las numerosas referencias sobre estados próximos a la ansiedad en libros antiguos, como la Anatomía de la melancolía de Burton (1621), el léxico psiquiátrico no incorporó la voz ansiedad hasta más tarde (Berrios y Link, 1995 en; Dan y Stein, 2004). A partir de este momento, histórico se reconocen las primeras contribuciones de la medicina para la identificación de la ansiedad como un trastorno que afecta la vida de las personas. En el siguiente apartado se mencionan algunas de estas.

1.2. Reconocimiento y desarrollo histórico del concepto de ansiedad.

Al comienzo del siglo XVIII (1701-1800), el término ansiedad se incorporó al léxico médico de las enfermedades mentales. El uso del término ansiedad significaba que se establecía una distinción entre las reacciones “normales” de la gente tras un fracaso sentimental, problemas económicos, etcétera y el carácter excesivo de la reacción de otras personas que atravesaban situaciones vitales parecidas; como LePois (1618 en; Dan y Stein, 2004) lo había mencionado años atrás.

Del mismo modo, Battie (s/f en; Dan y Stein, 2004), propugnaba la idea de que la ansiedad debía entenderse sobre todo con un sentido corporal, más que mental, pues representaba un “exceso de sensación”. La percepción de Battie de que muchas personas que deliraban (es decir, que padecían “locura”) podían

experimentar “ansiedad” en algún momento, mientras que muchas otras la exhibían sin haber padecido ningún tipo de “locura”.

Mientras tanto, en Francia, los estados de ansiedad intensa se mencionaban en el texto médico de Boissier de Sauvages (1752), pero sin que aparecieran las voces *anxiété* o *angoisse* (Dan y Stein, 2004).

A partir de 1770, ya se comenzaban a nombrar los síntomas con este término y otros como fue el de neurosis. Por lo que, Conti y Stagnaro (2007) y (Fuentes 2012 coinciden en que la neurosis de antaño, es un concepto que introdujo en la medicina un psiquiatra escocés llamado William Cullen en 1769, en su *Synopsis nosología emethodicae*, donde se refería a una afección general del sistema nervioso que cursaba sin fiebre ni afección local de algún órgano, y que comprometía “los sentimientos” y “el movimiento”. La sintomatología polimorfa que Cullen identificó en la afección abarcaba las manifestaciones que se presentaban en una confusa serie de afecciones que iban desde diversas intensidades de desfallecimientos hasta el tétanos y la hidrofobia, pasando por la histeria, la melancolía, la amnesia y la manía (Leónseguí; Serrano; Pous; Ruiz; Fuentes; Rodríguez y Tejedor, 2012).

Fue el mismo Cullen quien en 1803, se refirió a la *inquietude*, lo mismo ocurre con términos como *panophobia*, *vértigo*, *palpitatio*, *suspirium*, *palpitatio melancholica*, y *oscitatio*, que se refieren a estados que recuerdan lo que hoy día se llamaría ansiedad y crisis de pánico (Berrios, 2004 en; Vallejo, Sánchez, Díez y Menchón, 2004).

Este tipo de influencia, no se percibió en Norteamérica hasta algún tiempo después. Benjamín Rush (1812), de Philadelphia, pupilo de Cullen, seguía escribiendo, en su tratado psiquiátrico, con una vena muy “somática” sobre los trastornos de ansiedad y decía que los objetos del miedo son de dos clases: los razonables (la muerte y las operaciones quirúrgicas) y los irracionales (éstos son los truenos, la oscuridad, los fantasmas, hablar en público, navegar, montar a

caballo, y algunos animales, en particular los gatos, las ratas, los insectos y otros) (Dan y Stein, 2004).

A principios del siglo XIX (1801-1900), Landre-Beauvais (1813) definió la *anxiété* como: cierto malestar, inquietud, agitación excesiva, sugiriendo que estos estados podían acompañar a enfermedades agudas y crónicas (Berrios, 2004 en; Vallejo, Sánchez, Díez y Menchón, 2004).

El término ansiedad de la mente, apareció poco después en un libro del médico inglés Charles Thackrah (1831). Al escribir sobre las tribulaciones particulares de cada una de las cinco clases sociales que había esbozado, señaló que “la salud de los médicos se ve particularmente afectada por la ansiedad de la mente”. Thackrah adscribió esta vulnerabilidad a la necesidad especial de los médicos de estudiar e investigar y a las guardias nocturnas (Conti y Stagnaro, 2007).

Aunque la *ansiedad* y la *angustia* se reconocían entonces como manifestaciones de trastornos psiquiátricos de una gravedad intermedia entre las psicosis (“locura” o “insania”) y los estados normales, Prichard (1835) denunció, no obstante, que el cuidado y la ansiedad, el sufrimiento, la pena y los trastornos mentales constituyen las causas más comunes de la demencia (Dan y Stein, 2004).

En esta época, que se prolongó hasta cerca de 1840, se escribieron en la bibliografía médica los primeros esbozos biográficos extensos acerca de las ansiedades, conflictos y problemas psicológicos generales de la vida cotidiana. Entre los primeros de estos esbozos se encuentran los de Christian Spiess (1796), John Haslam (1809) en Inglaterra, y Karl Ideler (1841) (Dan y Stein, 2004).

Sin embargo, Morel (1866), fue quizá el primero en sugerir firmemente que cambios patológicos (una neurosis) en el sistema nervioso podían dar lugar a síntomas a los que llamó *délire emotif*, donde la presentación del trastorno incluía

permutaciones y combinaciones de quejas subjetivas como miedo, ansiedad, fobias y obsesiones (Berrios 2004 en; Vallejo, Sánchez, Díez y Menchón, 2004).

El punto de vista orgánico de algunas de las manifestaciones de la ansiedad, también se desarrolló en otras direcciones. Por ejemplo, Benedikt (1870) relacionó el vértigo de las crisis de pánico con patología del oído interno (Berrios, 2004 en; Vallejo, Sánchez, Díez y Menchón, 2004).

El seguimiento de esta visión, se mantiene en 1871, con Jacob Mendes Da Costa quien describió el síndrome de “corazón irritable”, que lleva su nombre, al observar en el hospital militar de Filadelfia, una serie de casos de soldados que habían participado en la guerra de Secesión, con formas peculiares de alteraciones funcionales cardiacas, viendo que, al no haber pruebas de una lesión estructural, la alteración podía deberse a una disfunción del sistema nervioso simpático, que producía síntomas como palpitaciones, taquicardia, mareos, respiración jadeante y dolor precordial, ante esfuerzos mínimos o en reposo. En el mismo año, Myers, describió un síndrome similar al de Da Costa, al que denominó “corazón de soldado” (Cía, 2002).

Vivencias muy parecidas, eran descritas por Krishaber (1872), quien sugirió que sus 38 pacientes mostraban una alta prevalencia (más del 80%) de ansiedad, mareo, vértigo, palpitaciones, acufenos, temblor, síntomas gastrointestinales como náusea, indigestión y diarrea, intolerancia al ruido, ftofobia e incapacidad para concentrarse (Berrios, 2004 en; Vallejo, Sánchez, Díez y Menchón, 2004).

Por esos mismos años, y enfocado aún a la parte corporal, George Miller Beard (1880), popularizó el cuadro de *neurastenia*, consistente en múltiples síntomas: astenia física y mental, incapacidad para todo esfuerzo, irritabilidad, depresión, cefaleas en forma de “casco” y en la nuca, algias varias, insomnio, mareos, palpitaciones, dispepsia, sudoración, temblores, inapetencia y temores varios (Cía, 2002).

El norteamericano Beard, habló de la neurastenia particularmente en dos artículos de 1881 y 1884 “La nerviosidad americana” y “la neurastenia sexual (agotamiento nervioso)” (Laplanche, 2012).

Por otra parte, el neurólogo francés Eduard Brissaud (1890), admitía que la ansiedad tenía un origen cerebral pero, en su opinión, la *angoisse* (que debe entenderse aquí como angustia) era un fenómeno procedente del tronco encefálico, en esencia, una alteración somática que se expresaba como una sensación de sofoco, a diferencia de la ansiedad, que se manifestaba por una sensación de inseguridad (Dan y Stein, 2004).

Así mismo, en la segunda mitad del siglo XIX se extendió la idea de que la ansiedad, en sus formas más intensas o persistentes, merecía ocupar un lugar propio dentro de la nosología psiquiátrica. Como era habitual en la escuela francesa, la ansiedad se consideraba parte de un “proceso triple”, que comenzaba por la inquietud, progresaba hasta la ansiedad y podía terminar en la angustia. Los sentimientos de “enclaustramiento” y “dificultad respiratoria” eran comunes a la ansiedad y la angustia. (Dan y Stein, 2004).

De una manera más bilateral cuerpo-mente, Freud comienza a hablar de la *neurosis de angustia*, caracterizada por toda una serie de síntomas, una especie de catálogos de *ellos*, cuyo interés está evidentemente en ver cuál es su comunicación interna, hay un exceso de algo. La expectativa angustiada se trata de un estado de ansiedad permanente; ésta y la manera como se concretiza no es sino una circunstancia ocasional, una manera de venir y fijarse, y en el límite podría fijarse sobre cualquier cosa, que se vuelve compulsiva. Los ataques de angustia pueden carecer de contenido representativo inmediato: el sujeto está ansioso sin saber por qué; o bien se liga a una representación, una idea o incluso a una sensación somática (Laplanche, 2012).

La concepción de ansiedad que tenía Freud, según Dan y Stein (2004), compartía así mismo esta noción, sobre la importancia capital de la energía: la libido reprimida por los impulsos no satisfechos determinaba una acumulación excesiva de energía en el sistema nervioso, que se manifestaba en forma de ansiedad. Este modelo mecanicista y encerrado (compatible con la física del último decenio del siglo XIX) dió paso, dos décadas más tarde, tras la modificación por Freud de su teoría, a otro en el que la ansiedad ya no se medía con arreglo a cuantos concretos de energía (mal distribuida) sino que se consideraba más bien como una señal de alarma (de hecho, con muy poca energía real) indicativa de un peligro para el equilibrio y el bienestar.

A forma de complemento, Freud decía que la angustia real, aparece como algo muy racional y comprensible, es una reacción frente a la percepción de un peligro exterior, es decir, de un daño esperado, previsto, va unida al reflejo de la huida, y es lícito ver en ella una manifestación de la pulsión de autoconservación. La angustia real puede ser desglosada en dos aspectos: un *aspecto de preparación para el peligro*, señal útil y tanto más útil si se reduce precisamente a una señal y un *aspecto racional*, que es el desarrollo de angustia, como proceso que desemboca en algo incontrolado, es el ataque de angustia. La angustia real tiene su aspecto patológico, bajo su forma de desarrollo y en este aspecto *pánico* obliga a buscar causas más allá de su función. A esto, Janet, formula que “la angustia es un miedo sin objeto”; es decir ansiedad (Laplanche, 2012).

Después de la propuesta de Freud, Gross (1885), sugirió que podía ser una forma de psicosis. Dagonet (1894) lo contemplaba como un trastorno mental heredado.

Contemplando la complejidad para nombrar a la ansiedad, mencionan Conti y Stagnaro (2007), es que a partir de 1895, dada la imprecisión del concepto, que de hecho englobaba procesos diferentes, fue desmembrada en otros síndromes, cuando Freud aisló de ese cuadro la Neurosis de angustia. La noción de

Neurastenia ha sido evocada en los últimos años en relación con el Síndrome de Fatiga Crónica, al que se le atribuye también una similitud con otros cuadros, descritos antes y después que el de Beard, en los que predomina el cansancio crónico como, por ejemplo, el síndrome de febrícula de Richard Manningham (1750), la neurosis cardíaca o síndrome de Da Costa (1871), la fibrositis de William Gowers (1894), la psicastenia de Pierre Janet (1903), la brucelosis crónica (1947) y la fatiga vital de López Ibor (1966).

De manera indeterminada, a finales del siglo XIX (1801-1900), los síntomas de ansiedad se encontraban dispersos en las secciones de las nosologías médicas dedicadas al corazón, el oído, el intestino y el cerebro. Durante este periodo, los libros de texto de medicina, constituyen una importante fuente de documentación. Hasta este periodo los síntomas de ansiedad se catalogaban en dos apartados: los síntomas subjetivos o psicológicos como (miedo, preocupaciones emocionales, terror, despersonalización) y los síntomas objetivos o somáticos como (dolor abdominal, náuseas, vértigo, mareo, palpitaciones, boca seca, sofocos, hiperventilación, falta de aire, cefalea, piernas inquietas). La forma y combinación en que se presentaban estos síntomas variaban de acuerdo con la biología, la personalidad, la cultura, la clase social (Berrios 2004 en; Vallejo, Sánchez, Díez y Menchón, 2004).

Unos años más tarde, aún persistía una tendencia arraigada, según la cual los principales factores etiológicos de la ansiedad tenían un carácter hereditario o exclusivamente biológico. Maurice De Fleury (1897) dividió, por ejemplo, las emociones en dos grupos: “la duda, la humildad, la indolencia, la medrosidad, la tristeza y la pena son síntomas, en grado variable, de agotamiento cerebral; el orgullo, la necedad, la ira, el egoísmo, la valentía, el heroísmo y la crueldad son manifestaciones de la exaltación del espíritu” (pág. 317) (Dan y Stein, 2004).

En el año de 1917, Sir Thomas Lewis, propuso la denominación alternativa de “Síndrome de esfuerzo” que reflejaba una respuesta desmedida del paciente

frente a los menores esfuerzos. El cuadro sintomático consistía en disnea, precordialgia, mareos, palpitaciones, cefaleas, sudoración, astenia, sacudidas mioclónicas, enrojecimiento en la piel, irritabilidad y extremidades frías.

Por su parte, en 1918 Oppenheimer, prefirió el rótulo “Astenia neurocirculatoria” para efectuar una descripción más exacta de la frecuente combinación de síntomas cardíacos y fatiga, en pacientes que no tenían enfermedad cardíaca orgánica sino trastornos funcionales. Por esa época, Fraser y Wilson inyectaron adrenalina a estos pacientes, comprobando que lograban reproducir el cuadro (Cía, 2002).

Un año más tarde, Janet (1919), propuso que los sentimientos eran estados mentales secundarios que guiaban la expresión y terminación de las conductas. Una energía exagerada o una integración reducida llevaban a un fracaso de los sentimientos y a una liberación de conductas primitivas. Ansiedad y angustia eran las manifestaciones principales del fracaso (Berrios, 2004 en; Vallejo, Sánchez, Díez y Menchón, 2004).

Es importante mencionar que un puente entre la medicina y la psicología para definir y conceptualizar a la ansiedad, es sin duda la participación del psicoanálisis, mediante el cual se identificaron los primeros síntomas propios de la ansiedad, a continuación revisaremos las contribuciones del psicoanálisis al respecto.

Acerca de la ansiedad, Freud (1953), escribió “En la misma obsesión se encuentran dos componentes a) una idea que se fuerza a sí misma sobre el paciente b) un estado emocional asociado” (pág. 11).

De acuerdo a la clasificación de estos componentes, Freud Publicó entonces un artículo clásico argumentando que la *neurosis de ansiedad* debería incluir irritabilidad general, expectación ansiosa, crisis de ansiedad, y equivalentes somáticos tales como síntomas cardiovasculares, y respiratorios, sudoración,

temblor, escalofríos, hambre voraz, diarrea, vértigo, congestión, parestesias, terrores nocturnos, síntomas obsesivos, agorafobia y náuseas (Berrios, 2004 en; Vallejo, Sánchez, Díez y Menchón, 2004).

Conforme a los avances, en el descubrimiento de la ansiedad como manifestación de un trastorno psicológico, se fueron desplegando más hipótesis acerca de ella, como se puede observar en lo planteado por los psicoanalistas.

Otra aportación notable en el campo de los trastornos de ansiedad a comienzos del siglo XX (1901-2000), es la de Frederick Skinner (1938), quien explicó la ansiedad como una manifestación de la respuesta condicionada a una situación temida (Dan y Stein, 2004).

Después del reconocimiento de los síntomas relacionados con la ansiedad y calificarla como un trastorno, el segundo paso y muy importante, fue darle una definición que permitiera a la comunidad científica entender el significado de ansiedad y los síntomas relacionados con este trastorno.

En el siguiente apartado, revisaremos las definiciones, conceptos y clasificaciones, que han surgido para definir y abordar la evaluación y el tratamiento de los trastornos de ansiedad.

CAPÍTULO 2. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Como se revisó en el capítulo anterior, la ansiedad se desarrolló a través de los años, derivando en lo que conocemos como trastorno de ansiedad, por lo que éste trastorno y sus características, se muestran a continuación.

2.1. Definición del concepto de ansiedad.

Es importante destacar, que la influencia del camino hacia la definición de la ansiedad como trastorno, fue indudablemente, en la aparición de la segunda guerra mundial, donde se produjo un reconocimiento más general, de la naturaleza y de las manifestaciones de ésta, fue de ahí, que se comenzaron a efectuarse diagnósticos más precisos a los soldados, teniendo así una “reacción ansiosa”, tratada por el psiquiatra militar (Cía, 2002).

González y Pérez (2007), mencionan que desde la primera edición de 1952 del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-I) de la Asociación Americana de Psiquiatría a la del año 2000 (DSM-IV-TR), las categorías diagnósticas han crecido más del 200% pasando de poco más de 100 en 1952 a casi 400 en 2000; dándose el mayor aumento a partir de las ediciones de la década de 1980.

Actualmente, diferentes autores definen a la ansiedad incluyendo aspectos en común como se muestra en la (tabla 1).

Autor y año	Definición de ansiedad
DSM-IV-TR (2002).	<i>“Anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo” (pág. 477).</i>

Cía (2002).	“La ansiedad es el estado displacentero o aversivo que tiene una significación biológica, la cual es la detención rápida de signos incipientes de peligro, lo que posee un valor considerable de supervivencia. Por lo tanto, la función clave de la ansiedad es facilitar la detección de situaciones amenazantes o peligrosas en los diferentes entornos”. (pág. 51).
CIE-10 (2003).	“Un grupo de trastornos en los cuales la ansiedad es provocada exclusiva o predominantemente por ciertas situaciones bien definidas, que por lo común no son peligrosas. Como resultado, estas situaciones son típicamente evitadas, o son soportadas con pavor. La preocupación del paciente puede centrarse en síntomas particulares, como palpitaciones o sensación de desvanecimiento, y a menudo se asocia con temores secundarios a la muerte, a la pérdida de control y a la locura. La previsión del ingreso a una situación fóbica genera habitualmente ansiedad con anticipación” (pág. 324).
Rodríguez (2008).	“La ansiedad se refiere a una respuesta a un peligro indefinido, confuso o imaginario, mientras que el miedo o el temor son respuestas a un peligro inmediato y real. De manera similar, el estrés es la respuesta fisiológica y psicológica del organismo ante un estímulo (evento, objeto o persona) que interpretamos como amenazante o que pone en peligro, de algún modo, nuestra integridad tanto física, como psicológica o social”. (pág. 23).
Baeza; Balaguer; Belchi; Coronas y Guillamón (2008).	“La ansiedad es un sistema de alerta del organismo ante situaciones consideradas amenazantes, es decir, situaciones que nos afectan y en las que tenemos algo que ganar o que perder... La función de la ansiedad es advertir y activar al organismo, movilizarlo, frente a situaciones de riesgo cierto o probable, quimérico o real, de forma que pueda salir airoso de ellas”. (pág. 1).

Clark & Beck (2010 en; Rodríguez y Vetere, 2011).	“La ansiedad como una respuesta subjetiva más estable frente a la activación del miedo. Implica un complejo patrón de respuestas fisiológicas, afectivas, conductuales y cognitivas que se ponen en marcha cuando algunos hechos son interpretados como amenazantes para nuestros intereses vitales” (pág. 43).
---	---

Tabla 1. Definición de ansiedad de acuerdo a diferentes autores, (2002-2011).

Sin embargo, desde nuestro punto de vista, debe reconocerse que el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-IV-TR), constituye una herramienta para la práctica clínica en el área de la salud, y sirve de guía para el diagnóstico en psicología clínica, al proponer un sistema de clasificación de patrones de comportamiento (formas de pensar, experimentar la emoción, interacción con los demás, etcétera.) identificados como anormales debido a su intensidad y frecuencia que se traducen en malestar, deterioro, riesgo y atipicidad para la persona que los expresa y el entorno de ésta.

Retomaremos para este trabajo, la definición descrita en El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR (2002), que es la última versión revisada y aprobada por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y la Organización Mundial de la salud (OMS), a la vez apoyada en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10).

Cabe mencionar, que aunque actualmente ya se ha presentado la versión del DSM-V, éste manual aún no ha sido aprobado y revisado en su totalidad por la APA y la OMS, dado que hay aún cuestiones que modificar en él y teniendo en cuenta la intención de este trabajo, es que se decidió abordar los criterios contemplados en el DSM-IV-TR.

Una vez definida la ansiedad, podemos dar paso a los tipos de ansiedad que existen y sus componentes.

2.2. Prevalencia de los trastornos de ansiedad.

La prevalencia de los trastornos de ansiedad en la actualidad, justifica su abordaje; a lo largo de este capítulo, revisaremos los conceptos generales de los trastornos de ansiedad y su clasificación con el objetivo de facilitar la comprensión y el manejo en el tratamiento de los mismos.

Las siguientes estadísticas, nos muestran la situación actual de los trastornos de ansiedad y su prevalencia en México.

Las cifras obtenidas por Fuentes (2013), notifican que desde hace 10 años, los datos para el país son alarmantes; según los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, coordinada por la Dra. María Elena Medina Mora en México, y levantada en 2003, los trastornos más frecuentes identificados en nuestro país fueron los de ansiedad (con una prevalencia de 14.3% alguna vez en la vida de las personas).

Desglosa, que en México los más comunes son: las fobias específicas pues el 7.1% de la población manifiesta haber presentado alguna a lo largo de su vida; le siguen los trastornos de la conducta con una prevalencia del 6.1%; la dependencia al alcohol con 5.9%; la fobia social con un 4.7%; así como el episodio depresivo mayor con una presencia de 3.3% entre la población nacional.

De acuerdo con las estadísticas de mortalidad del INEGI, entre los años 2002 y 2011, se han registrado en México 43,700 defunciones por trastornos mentales y del comportamiento.

En el caso específico de la ansiedad, Virgen; Lara; Morales y Villaseñor (2005), señalan que en México existen estudios que muestran una mayor prevalencia entre los 15 y los 45 años de edad, con una proporción mayor para las mujeres que para los hombres, de 2 a 1 respectivamente. El inicio de la ansiedad

frecuentemente se asocia con la presencia de algún evento adverso para el paciente. A pesar de que la mayor parte de los trastornos de ansiedad siguen un curso crónico, éste es fluctuante, es decir hay intervalos asintomáticos.

De acuerdo a las cifras, presentadas, Fuentes (2013), coincide con Heinze y Camacho (2010), y aseguran que los datos más recientes en torno a la salud en México, muestran cómo las enfermedades mentales, por su curso crónico, la insuficiencia de servicios y aunado a una falta de cultura de cuidado de la salud mental por parte de la población, nos ha llevado a ser uno de los países que presentan los niveles más bajos de “búsqueda de ayuda” por parte de quienes padecen algún trastorno mental, que provoca mayor discapacidad incluso, que muchas otras enfermedades crónicas.

Dando como resultado, que la atención de la salud mental es una de las agendas con mayor rezago en el Sector Salud de nuestro país. A pesar de que los datos muestran una creciente morbilidad y mortalidad por trastornos mentales (Fuentes, 2013).

A lo largo de esta exposición, hemos revisado que las cifras de los trastornos de ansiedad en México, son preocupantes; para comprender y abordar la intervención correctamente, tenemos que comprender los primeros conceptos generales con respecto a los trastornos de ansiedad.

2.3. Conceptos generales en los trastornos de ansiedad.

Es importante, mencionar que existen dos tipos de ansiedad en todo ser vivo, la primera es la ansiedad llamada normal y la segunda nombrada patológica; de manera que a continuación se describe la diferencia entre ellas:

De acuerdo con Cía (2002), se percibe la ansiedad en dos tipos:

- A. **Ansiedad Normal** como una emoción psicobiológica básica, adaptativa ante un desafío o peligro presente o futuro. Su función es la de motivar conductas apropiadas para superar dicha situación, y su duración está en relación a la magnitud y a la resolución del problema que la desencadenó.

- B. **Ansiedad Patológica**, a diferencia de la anterior, es una respuesta exagerada, no necesariamente ligada al peligro, situación u objeto externo, que puede llegar a resultar incapacitante, al punto de condicionar la conducta del individuo y cuya aparición o desaparición son aleatorias.

Respecto a esta última, la ansiedad patológica, puede manifestarse de tres formas diferentes: a) de una forma brusca y episódica, en forma de crisis (trastorno de pánico); b) de una forma persistente y continua, sin crisis (trastorno de ansiedad generalizada), y c) tras un estrés identificable (trastorno por estrés postraumático). En otros casos puede ser experimentada cuando el sujeto intenta controlar los síntomas (trastornos fóbicos) o cuando se siente atrapado por ideas recurrentes y/o rituales (trastornos obsesivos-compulsivos) (Galletero y Guimón, 1989 en, Echeburúa 1992).

En base a esto, Cía (2002) considera que la ansiedad puede abarcar desde una respuesta normal frente a una amenaza externa hasta la incomodidad o sufrimiento prolongado y obsesivo, caracterizado por temores inadecuados que perturban el funcionamiento cotidiano.

En relación, los trastornos de ansiedad pueden manifestarse a través de cambios en las cogniciones, en el estado fisiológico, en el comportamiento y en las emociones. Los síntomas más comunes en la esfera cognitiva son, pensamientos persistentes que se imponen, sensaciones de fallar o de vergüenza, entre otros. Los cambios fisiológicos más comunes incluyen palpitations, sudoración, contracturas

musculares, náuseas y diarrea. Los cambios comportamentales incluyen comerse las uñas, morderse los labios, hacer sonar los nudillos, presentar inquietud motora y finalmente, los emocionales pueden incluir entre otros, angustia, miedos, aprensión e irritabilidad (Cía, 2002).

A propósito de los cambios emocionales, éstos engloban también aquellas muestras de los mismos y es por esto, que para comprender mejor la ansiedad, retomamos algunos conceptos utilizados dentro de éste trastorno.

Como podemos ver, los trastornos de ansiedad son diversos cuadros psicopatológicos, cuya principal característica es la presencia de molestias relacionadas y/o similares al miedo, tales como: intranquilidad, desesperación, temor, preocupaciones excesivas y ansiedad, o una combinación entre ellos (Heinze y Camacho, 2010).

De manera tal, los trastornos de ansiedad conllevan distintos términos, que apoyan la descripción del mismo y de los síntomas presentados. Por lo tanto, es importante indica Cía (2002), hacer mención de los conceptos generales utilizados en éste trastorno y, que engloban las características de la ansiedad, esto para que no haya confusiones en la terminología que se utiliza alrededor de dicho trastorno.

Algunos conceptos son:

Angustia: las palabras “angor” y “angustia” provienen de la misma raíz griega y luego latina, que significa estrangulamiento, constricción y sofocación, estrechez y se refieren a la sensación de opresión con desasosiego que domina el cuadro.

Este temor sin objeto de la angustia se contrapone al miedo, que es un temor a algo concreto y conocido, es decir a un objeto o a una situación determinada. Frente a estas situaciones, si la valoración de la amenaza es irreal,

desproporcionada o el estímulo es imaginario, la angustia tiende a persistir y a no extinguirse en el tiempo, transformándose en anormal o patológica.

La angustia normal se basa en preocupaciones presentes o acerca del futuro inmediato y desaparece al resolverse las mismas. La angustia patológica, en cambio, es desmedida, tiende a persistir, hace ver al futuro cargado de malos y desconocidos presagios y restringe de este modo la libertad y el desarrollo personal.

Ansiedad: la palabra proviene del latín “anxietas” que significa congoja o aflicción; consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una turbación, inquietud o zozobra y por una inseguridad o temor ante lo que se vivencia como una amenaza inminente. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica es que esta última se funda en valoraciones irreales de la amenaza y puede transformarse en pánico.

Pánico: una vivencia de miedo muy intenso o terror, con sensación de descontrol, de desvanecimiento o de muerte inminente, que se presenta súbita y espontáneamente en individuos predispuestos.

Miedos y Fobias: la respuesta del miedo, biológicamente heredada, actúa como una reacción defensiva instantánea frente al peligro. Ciertos miedos son comunes en determinados estadios del desarrollo evolutivo y no son considerados fobias, a menos que originen una disfunción o incapacidad funcional significativa. Un miedo común puede ser sobrellevado, aunque con un cierto malestar y causa mínima o ninguna alteración en la vida cotidiana. En cambio una fobia se define, al menos en parte, por la incapacidad que origina. Un fóbico hace todo lo posible para evitar cualquier objeto o situación temida, y si se topa con ellos, huye lo antes posible. Así mismo, un fóbico anticipará tales encuentros manifestando una gran ansiedad anticipatoria o “miedo al miedo”.

Fobia: trastorno caracterizado por un miedo intenso, persistente, excesivo e irracional hacia objetos o situaciones concretas que, por lo general, se acompaña por una pronunciada tendencia a evitarlos.

Agorafobia: su etimología griega se refiere al temor al “agora”, que era la plaza principal de las ciudades griegas y por extensión se le consideró el temor a los espacios abiertos y al desplazarse o viajar solo. La agorafobia es definida tradicionalmente como un temor y evitación a un conjunto de situaciones que varían de paciente a paciente, pero en las que hay temas recurrentes claramente identificables.

Estrés: proviene del latín “strictiare” que significa estrechar o constreñir; el estrés designa a todas las exigencias, tensiones y agresiones a las que es sometido un organismo humano o animal, en forma aguda o crónica. Es una sumatoria de la interacción de diferentes demandas o exigencias a las que es sometido el individuo y la respuesta específica a las mismas.

2.4. Clasificación de los trastornos de ansiedad.

A lo largo de este trabajo, hemos visto que la ansiedad, forma parte de los estados de ánimo más comunes y adaptativos en el ser humano; es fundamental para la supervivencia, pues permite enfrentar o escapar de situaciones que ponen en peligro la vida. Se caracteriza por miedo, inseguridad, temor y preocupación hacia ciertas situaciones; todo lo anterior provoca una respuesta fisiológica y conductual de sobresalto y huida a dichas situaciones (Gómez, 2012).

Sin embargo, a pesar de ser algo normal y necesario, se convierte en patología o trastorno cuando aumenta la intensidad de éstos síntomas y su duración aumenta, incluso en ausencia de una situación peligrosa. Lo anterior conlleva consecuencias graves a nivel psicológico, emocional, y fisiológico.

Existen clasificaciones y criterios universales, para diagnosticar si el comportamiento y los síntomas presentados de una persona cubren con el perfil de un Trastorno de Ansiedad, los criterios aquí utilizados se basan en el DSM-IV-TR (2002). Siendo ésta clasificación aprobada por los organismos correspondientes, tal como lo son la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Psiquiátrica Americana (APA); como se muestra en la (figura 1).

DSM-IV-TR (2002)	Crisis de angustia
	Agorafobia
	Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
	Trastorno de angustia con agorafobia
	Trastorno de angustia sin agorafobia
	Trastorno de ansiedad generalizada
	Trastorno obsesivo-compulsivo
	Trastorno por estrés postraumático
	Trastorno por estrés agudo
	Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
	Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
	Trastorno de ansiedad no especificado
	Fobia específica
	Fobia social

Figura 1. Clasificación de los Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV-TR.

De acuerdo a las clasificaciones anteriormente mencionadas, los Trastornos de Ansiedad que se presentan con mayor frecuencia en la población en estos últimos años son los siguientes:

2.5. Crisis de angustia.

La crisis de angustia, aparece como uno de los primeros trastornos de ansiedad, e implica un cuadro de síntomas, que surgen tras uno o varios eventos desencadenantes, es decir, es como una cadena, donde se entrelazan una serie de síntomas nada agradables para la persona y, donde hay cabida a la carencia de habilidades de respuesta ante ciertos eventos en nuestra vida. Pero, qué es una crisis de angustia:

“Crisis de ansiedad, de angustia o ataque de pánico/ se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante esta crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a volverse loco o perder el control, que se inicia de forma brusca, alcanza rápidamente su máxima expresión habitualmente en 10 minutos o menos y cesa paulatinamente” (DSM-IV-TR, 2002 pág. 478, 482).

El concepto de *angustia*, procede del término alemán *angst* y de la palabra germana *eng*; por lo tanto, dicho concepto hace referencia a algo angosto o estrecho, es decir, a malestar y apuro. Se llegó al término de *angoisse*, como un sentimiento de constricción epigástrica, dificultades respiratorias e inquietud. La reacción del individuo ante la angustia es de paralización, donde predominan los síntomas físicos; además, el grado de nitidez de captación del fenómeno se encuentra atenuado (López-Ibor 1969 en; Sierra; Ortega y Zubeidat, 2003).

Precisamente, la angustia, es la emoción más universalmente experimentada por el ser humano, tiene un efecto de inmovilización y conduce al sobrecogimiento en innumerables ocasiones; se define como una emoción compleja, difusa y desagradable que conlleva serias repercusiones psíquicas y orgánicas en el sujeto;

la angustia es visceral, obstructiva y aparece cuando un individuo se siente amenazado por algo (Ayuso 1988 en; Sierra; Ortega y Zubeidat, 2003).

Dentro de las crisis de angustia, conocidas también como Ataque de pánico se experimentan síntomas caracterizados, como describen Moreno y Martín (2008), por el sufrimiento de una o múltiples crisis de pánico que resultan inesperadas para el paciente, es decir, sufre de forma repentina y sin saber por qué ataques de miedo intenso. Es típico que el paciente, en plena crisis, este convencido de que está sufriendo un infarto al corazón, un derrame cerebral o que crea que está enloqueciendo. Generalmente los síntomas iniciales de la crisis parecen guiar la interpretación que hace el paciente de sus sensaciones corporales (taquicardia=infarto, dolor de pecho=infarto, sensación de ahogo=asfixia desrealización/despersonalización=enloquecer, etc.).

De acuerdo con, Moreno y Martín (2008), el modo de inicio y la presencia o ausencia de determinados desencadenantes ambientales, pueden distinguirse 3 tipos de ansiedad:

1. Inesperadas: el inicio de la crisis no se asocia a desencadenantes ambientales y es percibida por el paciente como espontánea, sin ningún motivo aparente.
2. Determinadas situacionalmente: la crisis aparece de forma casi exclusiva cuando el paciente se expone o anticipa la presencia de un estímulo o desencadenante ambiental específico.
3. Predispuestas situacionalmente: son crisis de ansiedad más o menos relacionadas con una situación determinada, su aparición es más probable cuando el paciente se expone a ciertos estímulos o desencadenantes ambientales, aunque no siempre existe esta asociación con el estímulo ni tampoco siempre el episodio aparece inmediatamente después de exponerse a la situación.

Por lo que, expresan los autores, la crisis de ansiedad surge de la combinación de una vulnerabilidad física para responder con crisis de ansiedad (reactividad biológica) una vulnerabilidad psicológica (historia de aprendizaje) y una situación de estrés desencadenante, breve pero intenso o leve pero mantenido en el tiempo, que el paciente no sabe cómo afrontar.

En base a los testimonios que se han dado para éste trastorno, Moreno y Martín (2008), describen que los mayores temores del paciente con crisis de ansiedad son los siguientes:

Asfixiarse: este miedo surge por la dificultad que se experimenta para respirar. Suele deberse a que los músculos intercostales están tensos, lo que dificulta la expiración y por tanto la inspiración. La interpretación catastrófica de estar ahogándose puede hacer que el paciente comience a respirar con mayor intensidad y frecuencia provocando un estado de hiperventilación. La hiperventilación genera síntomas adicionales como parestesias o mareo, que causan temor y confirman que sucede algo malo. No obstante, la asfixia es imposible porque, aunque la respiración puede controlarse parcialmente de forma voluntaria, la respiración en sí es un proceso involuntario que depende de los centros cerebrales automáticos. En el peor de los casos, si realmente estuviera produciéndose la asfixia, la puesta en marcha del sistema nervioso parasimpático provocaría el desmayo para que los músculos se relajen. La respiración pasaría a ser controlada de forma automática, recobrándose la conciencia una vez reestructurada la forma correcta de respirar.

Tener un infarto cardiaco: al percibir las palpitaciones y la opresión torácica, muchos pacientes creen estar sufriendo un ataque al corazón. Lo cierto es que la vasoconstricción/vasodilatación y la taquicardia no se pueden provocar por sí mismas un infarto, ya que para que se produzca un infarto es necesario que se obstruyan o rompan vasos sanguíneos del corazón. Algunos pacientes además refieren dolor en el brazo izquierdo y parestesias, generalmente esto se debe a la

tensión muscular y a la focalización de la atención en esta zona porque han oído que así es un infarto. En estos casos se puede recordar al paciente que cuando alguien sufre un infarto cardíaco se le inyecta adrenalina para que el corazón se ponga en marcha, y adrenalina es precisamente lo que se libera en el organismo cuando se experimenta una crisis de ansiedad.

Volverse loco o perder el control: suele estar muy asociado con la sensación de irrealidad de los síntomas disociativos de la despersonalización. En estos casos, es conveniente explicarle que lo que tradicionalmente se conoce como locura se denominan esquizofrenia y que consiste en la presencia de alucinaciones, ideas delirantes y alteraciones graves del comportamiento, el habla y las emociones. Algo que nada tiene que ver con sus síntomas.

Desmayarse: el miedo a desmayarse o caerse al suelo surge tras percibir la sensación de mareo, vértigo e inestabilidad. Sin embargo, estas sensaciones indican la activación del sistema nervioso simpático (que aumentan la presión sanguínea), que es fisiológicamente incompatible con el desmayo (provocado por la disminución brusca de la presión sanguínea).

Tras ésta conceptualización, se propicia el nacimiento del trastorno de pánico como entidad diagnóstica (García; Botella; Osma y Baños, 2011). Y se incluye dentro de Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM), en su última versión, presentando los siguientes criterios para su diagnóstico, como se ve en la (tabla 2).

Criterios para el diagnóstico de Crisis de Angustia (panic attack).

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min:

1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblores o sacudidas.
4. Sensación de ahogo o falta de aliento.
5. Sensación de atragantarse.
6. Opresión o malestar torácico.
7. Náuseas o molestias abdominales.
8. Inestabilidad, mareo o desmayo.
9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (Estar separado de uno mismo).
10. Miedo a perder el control o volverse loco.
11. Miedo a morir.
12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
13. Escalofríos o sofocaciones.

Tabla 2. Criterios de crisis de angustia según el DSM-IV-TR (2002).

Con estos síntomas, mencionan Moreno y Martín (2008), para una valoración clínica en primer lugar, debemos descartar que el paciente sufra enfermedades médicas que pueden inducir crisis de ansiedad, tales como: hipertiroidismo, feocromocitoma (tumor en la glándula suprarrenal=liberación excesiva de hormonas de adrenalina y noradrenalina), trastornos del sistema vestibular, crisis epilépticas, enfermedades cardíacas. En segundo lugar sondear la relación del paciente con sustancias psicoactivas en general y de modo específico. En tercer lugar descartar otros trastornos presentes o distintos del trastorno de pánico. En cuarto lugar

realizar valoración de la sintomatología y de los temores que no constituyen un trastorno de pánico. En quinto lugar preguntar por los antecedentes familiares.

Con lo hasta ahora mencionado de las crisis de angustia, debemos tener en consideración, los criterios de la (figura 2).



Figura 2. Mínimo de criterios a cumplir para la crisis de angustia.

Con los síntomas correctamente identificados, podemos dar paso al diagnóstico, y hacer las evaluaciones pertinentes, para poder justificarlo. Así mismo, tendremos en cuenta que este trastorno puede estar relacionado o no, con otros trastornos y aún no se ha identificado. Pues la persona que presenta crisis de angustia, puede acostumbrarse a vivir con ello, aunque esto implique una calidad de vida muy baja.

2.6. Agorafobia.

La agorafobia, abarca una diversidad de síntomas que pueden ir de leves a graves, y de temporales a crónicos, aunque generalmente los síntomas de una persona con agorafobia suelen ser crónicos, debido a la permanencia del padecimiento. Pero qué es éste trastorno:

“Es el miedo a estar en lugares o situaciones de los cuales pueda ser difícil o embarazoso escapar, o en los cuales pueda no disponerse de ayuda en el caso de tener un ataque de pánico o síntomas similares a los del pánico”. Como consecuencia de este miedo, la persona evita las situaciones tímidas, las soporta con gran ansiedad o necesita ser acompañada (DSM-IV-TR, 2002 pág. 481).

Dentro de los síntomas que se presentan, según Bados (2000), pueden distinguirse varios componentes en la agorafobia: evitación de situaciones temidas, temor en las mismas (ansiedad fóbica), ansiedad anticipatoria (preocupación por ansiedad/pánico, expectativas de ansiedad/pánico o peligro), miedo al miedo (miedo a reacciones somáticas, cogniciones catastróficas) y ataques de pánico o síntomas similares a los del pánico (mareo, vómito, molestias cardiacas, pérdida de control de esfínteres, despersonalización, desrealización).

Teniendo en cuenta lo anteriormente escrito, Bados (2000), cita algunos ejemplos de situaciones temidas y evitadas en la agorafobia, como lo son; son cines y teatros, supermercados, clases, grandes almacenes, restaurantes, museos, ascensores, auditorios o estadios, esparcimientos, lugares altos, lugares cerrados (p. ej., túneles), espacios abiertos exteriores (campos, calles anchas, patios) o interiores (grandes habitaciones, vestíbulos), viajar en autobuses, trenes, metros, aviones, barcos, conducir o viajar en coche (en cualquier momento o en autopistas o vías rápidas), hacer colas, cruzar puentes, fiestas, o encuentros sociales, andar por la calle, quedarse en casa solo, estar lejos de casa. Existe una gran idiosincrasia

en el número y tipo de situaciones temidas y evitadas y en la severidad del temor y evitación.

De forma que, las personas con agorafobia, generalmente centran su fuente de seguridad en su casa, temiendo continuamente su pérdida y restringiendo sus actividades al perímetro donde se encuentran seguras y protegidas, arrastrando y limitando en ocasiones a las personas que se encuentran a su alrededor como familiares, amigos o pareja (Buela y Sierra, 2009).

En los casos severos, las personas pueden pasar la mayor parte del tiempo en casa en compañía de familiares y llegar incluso al enclaustramiento total en casa. El miedo o ansiedad no aparece sólo cuando la persona se encuentra en las situaciones temidas, sino también al anticipar estas situaciones, ansiedad intensa/pánico y/o consecuencias temidas. Esta ansiedad anticipatoria puede ser peor que la ansiedad experimentada en la situación temida y puede persistir largo tiempo después de que la persona deja de experimentar ansiedad en la situación real (Bados, 2000).

En relación a los síntomas con la presencia de otros trastornos, dice Bados (2000), la gran mayoría de los agorafóbicos que buscan tratamiento (80-100%) informan tener o haber tenido ataques de pánico. En general, los síntomas más frecuentes son palpitaciones, mareo, dificultad para respirar, sudoración y temblores/sacudidas, mientras que los menos frecuentes son parestesias y miedo a morir.

Respecto a esto, Buela y Sierra (2009), explican la agorafobia con crisis de pánico, describiendo que el cerebro al percibir un peligro, ya sea éste real o imaginario, pone en marcha de manera automática el sistema de alarma, activándose una parte del sistema nervioso, que provocará los cambios fisiológicos necesarios para que el organismo se prepare para afrontar el peligro tal como si fuera real. Todos estos cambios son realizados por el organismo para estar más

preparado para “huir” o “atacar” de forma adaptativa, pero lo que sucede en las crisis de pánico es que el peligro no es real, pasando a ser las alteraciones fisiológicas las verdaderas amenazas para el individuo, introduciéndose éste en una espiral conocida como el círculo vicioso del pánico.

Este círculo vicioso del pánico, se pone en marcha cuando se notan algunas sensaciones internas inofensivas y en seguida se interpretan de manera catastrófica como el aviso de que ocurrirá algo terrible como por ejemplo volverse loco, activándose el sistema de alarma y a su vez, aumentando las sensaciones, que utilizamos como “pruebas” para corroborar que algo no va bien, elevando la ansiedad y las sensaciones derivadas de ella, introduciéndose en esa espiral que parece no tener salida, conocida como crisis de pánico, en la cual la ansiedad se mantendrá hasta que se desactive ella misma o hasta que se haga algo para desactivarla, a través de las conductas defensivas o de búsqueda de seguridad que realmente, lo único que consiguen es la imposibilidad de comprobar que el desastre temido o peligro imaginario no ocurrirá, aunque no se haga nada para evitarlo.

Referente a las sensaciones experimentadas en la agorafobia, Buela y Sierra (2009), puntualizan cada uno de los procesos implicados, en lo que ellos llaman el círculo vicioso:

- A. Sensaciones internas. Estas sensaciones pueden ser las palpitaciones, la sudoración, los temblores o sacudidas, la sensación de ahogo, las náuseas, etc. que en un principio son normales y típicas de la ansiedad pero que al ser interpretadas a través de una visión catastrofista alcanzan una intensidad mucho mayor.
- B. Interpretación catastrofista. Son las creencias del individuo procedentes del proceso de evaluación sobre el peligro que suelen concretarse en que las sensaciones internas experimentadas son peligrosas y perjudiciales, además de creer que al experimentarlas se está a punto de morir, de volverse loco o se

perderá el control. En un número menor de casos estas creencias se limitaran a que estas sensaciones son terribles e insoportables.

C. Reacción de alarma. Es un mecanismo reflejo del organismo que tiene como misión ayudarnos a sobrevivir en el afrontamiento del peligro. La activación de este sistema puede producirse tan solo con la creencia de que estamos en peligro, aunque no exista peligro real, siendo el encargado de producir las emociones, sensaciones y comportamientos típicos del pánico.

A manera de complemento, Bados (2000), integra que hay una activación autonómica incrementada durante los ataques de pánico, aunque los cambios fisiológicos observados son generalmente de magnitud modesta y ocurren igualmente durante diversas actividades tales como el ejercicio. Por otra parte, durante los ataques suele existir un deseo intenso de escapar de la situación y pensamientos de catástrofe inminente: además, es difícil mantener un patrón racional de pensamiento. Los ataques de pánico pueden dejar a la persona agotada y con ansiedad residual moderada o elevada, pero no son peligrosas.

A diferencia de lo que ocurre en las fobias específicas y sociales, menciona Bados (2000), los ataques de pánico *espontáneos* (es decir, percibidos por la persona como *caídos del cielo*, sin una causa aparente) son frecuentes en la agorafobia.

Tal vez, el ejemplo más puro de posible pánico espontáneo, lo constituyan los ataques de pánico nocturnos o mientras se duerme, los cuales tienden a ocurrir fuera de las fases REM. El que los ataques de pánico ocurran no solamente en las situaciones fóbicas, sino también sin causa aparente para los sujetos ha llevado a algunos a pensar que se trata de un trastorno endógeno (enfermedad metabólica con vulnerabilidad genética). En cambio, otros consideran el ataque de pánico como una reacción que ciertas personas están predispuestas a tener bajo condiciones de estrés igual que otras tienen úlceras, hipertensión o dolor de cabeza (Bados, 2000).

Precisamente, según Buela y Sierra (2009), las reacciones de alarma que se ponen en marcha en una crisis de pánico son realmente falsas alarmas del organismo, ya que la amenaza no es real y se producen porque se lleva a cabo una evaluación e interpretación de ciertas sensaciones internas como peligrosas, pero que realmente no pueden hacer daño y que todos en alguna u otra ocasión podemos llegar a experimentar.

Aunque, en un principio, el temor se centra en una situación, paulatinamente puede extenderse a muchas otras hasta el punto de que la actividad cotidiana puede verse seriamente afectada y las conductas de evitación pueden condicionar de modo importante muchos aspectos de la vida de la persona (Botella y Benedito, 1991).

Referente a los síntomas descritos anteriormente, Bados (2000), anexa que los agorafóbicos tienen miedo de aquellas situaciones en las que consideran que pueden tener sensaciones somáticas de ansiedad o ataques de pánico o en las que creen que pueden ocurrir consecuencias dañinas o catastróficas. Por ello, otro elemento fundamental del cuadro agorafóbico es el miedo al miedo, el cual tiene dos componentes o dimensiones:

- a) **Miedo a las reacciones somáticas** o activación fisiológica asociadas con la ansiedad. Este miedo surge normalmente en las situaciones externas temidas, pero puede darse también en otras situaciones como consecuencia del calor, hambre, actividad enérgica, pensamientos perturbadores u otros factores que produzcan activación fisiológica. Ejemplos de reacciones somáticas temidas son las de los ataques de pánico, piernas inseguras o poco firmes, tensión, dolor o malestar en el estómago, nudo en el estómago o en la garganta, debilidad, visión borrosa o deformada, rigidez, tensión o dolor muscular.

- b) **Cogniciones** de que experimentar sensaciones somáticas de ansiedad tendrá consecuencias dañinas o catastróficas de tipo físico (ataque cardiaco, vómito, desmayo) o social/conductual (pérdida de control, gritos, volverse loco). Ejemplos de estas cogniciones son: desmayarse, morir, tener un ataque cardiaco, tener alguna enfermedad, vomitar, ahogarse, quedar incapacitado, tener una hemorragia o tumor cerebral, perder el control, volverse loco, provocar un escena, gritar, balbucear o hablar de un modo raro, quedar paralizado por el miedo, hacer el ridículo, orinarse o ensuciarse, quedarse atrapado e indefenso y ser incapaz de llegar a casa o aun sitio seguro, no encontrar ayuda cuando se experimentan las sensaciones corporales ansiogenas, quedarse ciego, dañar a alguien y tener un ataque de pánico.

Por su parte, Buela y Sierra (2009), precisan que el ataque de pánico por lo tanto, sólo se produce si se realizan interpretaciones catastróficas y si se dejan de hacer, es imposible que se tenga un ataque de pánico. Precisamente al observar esto, se observan dos aspectos muy importantes:

1) Las reacciones experimentadas cuando sufrimos una crisis de pánico son normales, ya que en ese momento estamos convencido de que estamos en peligro.

2) Las crisis son provocadas por nosotros mismos al interpretar como amenaza unas sensaciones normales, que van aumentando en intensidad conforme creemos que estamos en peligro debido a nuestro proceso de autoobservación permanente y la importancia de los pensamientos.

De manera que, el trastorno de pánico puede acompañarse o no de *agorafobia*, que consiste en la aparición de ansiedad elevada (no necesariamente una crisis de pánico) al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o donde puede no disponerse de ayuda, en el caso de aparecer una crisis de pánico o síntomas similares al pánico. El paciente tiende a evitar de forma

persistente varias de estas situaciones o lugares. Aunque por otro lado, con bastante temor, a veces puede exponerse a las situaciones temidas, especialmente si se halla en compañía de un conocido (Moreno y Martín, 2008).

Referente a lo descrito anteriormente, Buela y Sierra (2009), concuerdan que no siempre las situaciones se evitan, sino que pueden enfrentarse con ansiedad o mediante el uso de conductas defensivas manifiestas o cognitivas como el uso de medicación, ir acompañado por una persona de confianza, beber o comer algo, fumar, pensar que hay un hospital o salida cerca, conversar con otros, etc. que las personas utilizan con el fin de reducir su ansiedad y prevenir o manejar la amenaza asociada con la ansiedad o el pánico. Lo peculiar de estas conductas defensivas es que a pesar de que producen un alivio inmediato, contribuyen a largo plazo a mantener el estado de ansiedad impidiendo el cuestionamiento de las interpretaciones de amenaza realizadas, ya que con su ejecución se imposibilita el procesamiento de las amenazas percibidas y por otra lado, la persona cree que ha sido gracias a ellas por lo que ha evitado el desastre.

En base a los síntomas que se describen, Bados (2000), habla de la clasificación que se hace en DSM-IV-TR respecto a la agorafobia, donde se distinguen dos tipos de agorafobia en función de la existencia o no de una historia de trastorno de pánico: el trastorno de angustia con agorafobia y la agorafobia sin historia de trastorno de angustia. En este último, a diferencia del primero, no hay una historia de ataques de pánico inesperados recurrentes (dos o más) y la evitación agorafóbica se basa no en el miedo a tener un ataque de pánico, sino en el miedo a la incapacitación o vergüenzas producidas por síntomas repentinos similares a los del pánico. Existe además la categoría de trastorno de angustia sin agorafobia.

Por lo tanto, los agorafóbicos, se diferencian de las personas normales, en una serie de características que pueden contribuir al trastorno: susceptibilidad a la ansiedad, poca asertividad, poca confianza en sí mismos, elevada ansiedad y retraimiento social, miedo a la evaluación negativa, alta búsqueda de aprobación,

estrategias ineficaces para afrontar el estrés, tendencia a evitar en vez de afrontar los problemas interpersonales, rasgo de ansiedad elevado, neuroticismo elevado e introversión alta, como dice Pena (2012). Esto se ve en la (tabla 3).

Criterios para el diagnóstico de Agorafobia.
<p>A. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.</p> <p>Nota: Considerar el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita a una o pocas situaciones específicas, o de fobia social si tan sólo se relaciona con acontecimientos de carácter social.</p> <p>B. Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.</p> <p>C. Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia).</p>

Tabla 3. Criterios de agorafobia según el DSM-IV-TR (2002).

Una vez establecidos los criterios para este trastorno, es importante tener en cuenta lo que se plantea en la (figura 3).

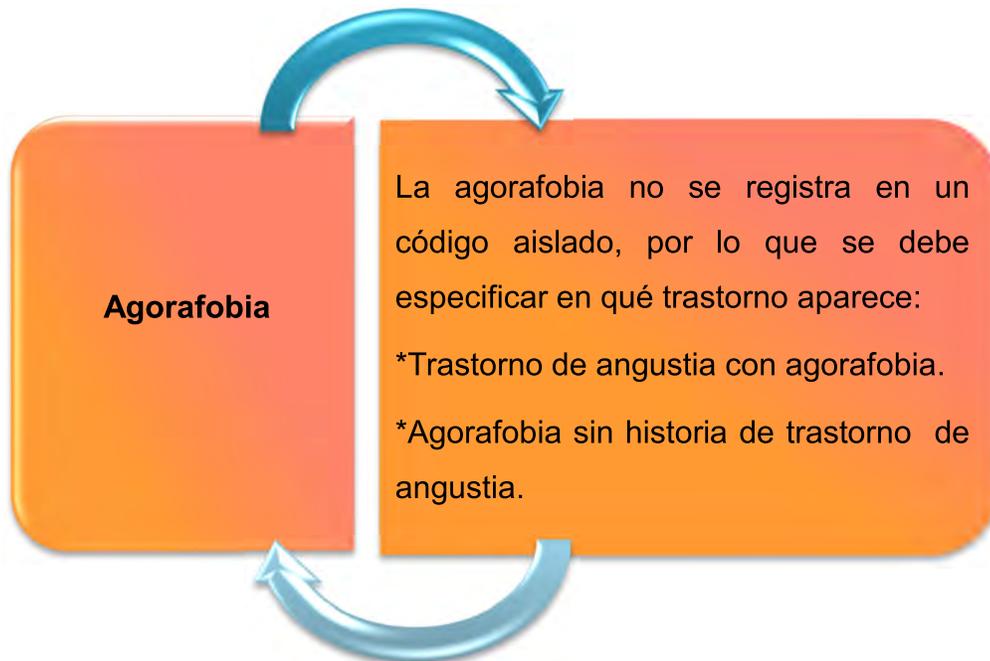


Figura 3. Mínimo de criterios a cumplir para la agorafobia.

La persona con agorafobia, puede llevar su fobia a límites muy altos, debido a que se inicia por escapar o huir de la situación que resulta difícil de soportar, y que posteriormente se enfrasca en una situación que se soporta con sensación desagradable, sin embargo, el organismo como todo ser vivo, tiene un máximo soporte y termina por detonar en una crisis, si no se atiende oportunamente.

De una manera más clara, tanto ataques de pánico como agorafobia, son conceptos que se pueden entrelazar a la hora de analizar la sintomatología del paciente, por lo cual se separa cada uno de ellos teniendo la descripción siguiente:

2.7. Trastorno de angustia sin agorafobia.

El trastorno de angustia sin agorafobia, deriva de la separación de síntomas que presenta cada persona, debido a que el temor experimentado se centra en otro aspecto. Pero, qué caracteriza a éste trastorno:

“Se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente” (DSM-IV-TR, 2002 pág. 477).

Existe la presencia de fobia pero sin pánico, es decir, no se teme en sí a la presentación de un ataque de pánico, sino que, se teme a la aparición de algún o algunos síntomas que suelen aparecer durante un ataque de pánico y que puede perjudicar de alguna manera su integridad. Los criterios diagnósticos para éste trastorno, se muestran en la (tabla 4).

Criterios para el diagnóstico de Trastorno de angustia sin agorafobia.

A. Se cumplen 1 y 2:

1. Crisis de angustia inesperadas recidivantes.
2. Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
 - (a) Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis.
 - (b) Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco").
 - (c) Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

B. Ausencia de agorafobia.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., al exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

Tabla 4. Criterios del trastorno de angustia sin agorafobia según el DSM-IV-TR (2002).

A diferencia de lo que comúnmente se teme, en este trastorno el temor se enfoca a los síntomas que conlleva el tener una crisis, pues el experimentar sensaciones de pérdida de la conciencia y funciones vitales de cuerpo, para las personas es algo catastrófico que singularmente lleva a pensamientos intrusivos de muerte segura. Por lo que, este se vuelve un factor amenazante en cada momento de su vida.

2.8. Trastorno de angustia con agorafobia.

La presencia de un trastorno de angustia con agorafobia, se enfoca al miedo constante, tener una vida llena de incertidumbre de no saber cuándo se presentará la crisis. Pero qué caracteriza éste trastorno:

“Se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivantes e inesperado” (DSM-IV-TR, 2002 pág. 477).

En este trastorno, se habla de ansiedad anticipatoria, es decir, el paciente teme a sufrir un nuevo episodio o ataque de pánico y donde generalmente se asocia esto a estímulos externos, en donde se evitan ciertos lugares o situaciones que representen alguna amenaza y de donde sea difícil escapar o recibir ayuda si se

presenta un ataque de pánico de manera inesperada y repetida. Los criterios diagnósticos para éste trastorno, se muestran en la (tabla 5).

Criterios para el diagnóstico de Trastorno de angustia con agorafobia.
<p>A. Se cumplen 1 y 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Crisis de angustia inesperadas recidivantes. 2. Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas: <ol style="list-style-type: none"> (a) Inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis. (b) Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco"). (c) Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis. <p>B. Presencia de agorafobia.</p> <p>C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).</p> <p>D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad por separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).</p>

Tabla 5. Criterios del trastorno de angustia con agorafobia según el DSM-IV-TR (2002).

Conforme a los criterios establecidos para estos trastornos, es importante considerar lo que se muestra en la (figura 4).



Figura 4. Mínimo de criterios a cumplir para el trastorno de angustia con y sin agorafobia.

Como podemos ver, es importante diferenciar si el trastorno que se presenta es con o sin agorafobia, ya que en base a ello, podemos realizar un diagnóstico certero y trabajar sobre este de manera adecuada.

2.9. Agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

La presencia de la agorafobia sin historia de trastorno de angustia, implica el miedo a lo desconocido, es decir, a los síntomas que jamás se han experimentado, pero que tan sólo con oír hablar de ello se teme experimentarlo alguna vez. Pero, qué caracteriza éste trastorno:

“Se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas” (DSM-IV-TR, 2002 pág. 477).

Aparece la agorafobia sin que exista el miedo al pánico o a un ataque de pánico, y donde se teme a la aparición de algún síntoma que ocurre durante el ataque de pánico, teniendo en cuenta que jamás se ha presentado ninguno. Es decir, se teme a lo desconocido y que puede ser catastrófico para la persona. Los criterios para este trastorno se muestran en la (tabla 6).

Criterios para el diagnóstico de Agorafobia sin historia de trastorno de angustia.
<p>A. Aparición de agorafobia en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la angustia (p. ej., mareos o diarrea).</p> <p>B. Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos del trastorno de angustia.</p> <p>C. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.</p> <p>D. Si el individuo presenta una enfermedad médica, el temor descrito en el Criterio A es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica.</p>

Tabla 6. Criterios para la agorafobia sin historia de trastorno de angustia, según el DSM-IV-TR (2002).

Para este trastorno debemos tener en consideración los criterios para crisis de angustia, como se observa en la (figura 5).

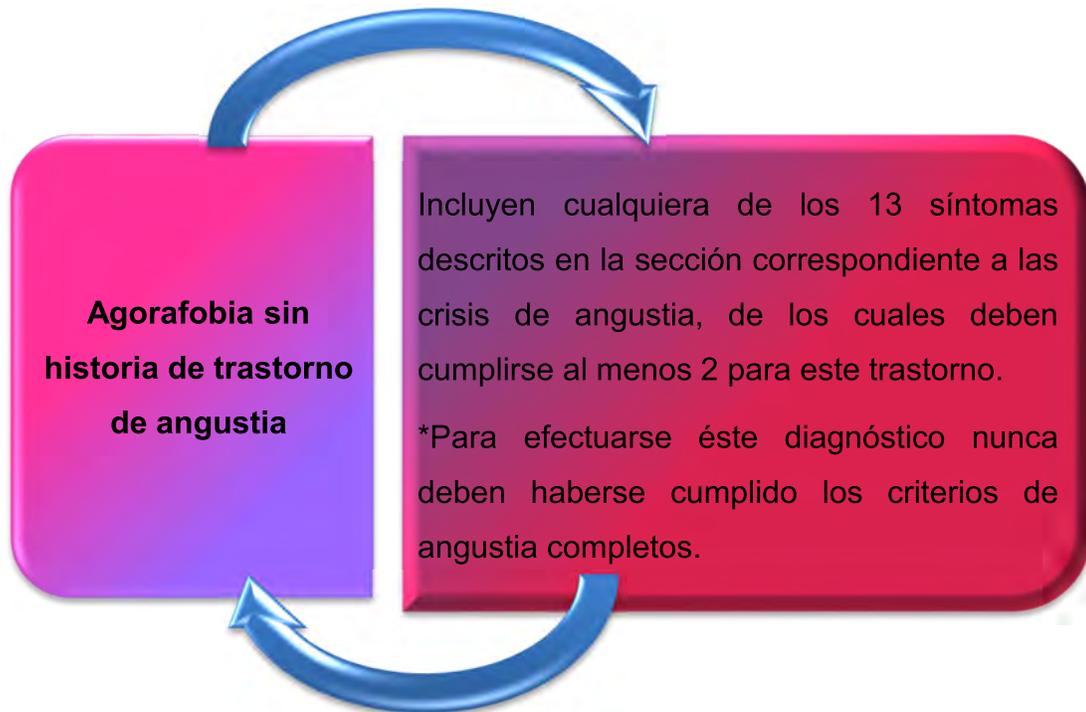


Figura 5. Mínimo de criterios a cumplir para la agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Las personas con este trastorno, enfrentan un reto, pues dentro de sí mismos, saben que es poco probable que aparezca una crisis y sus síntomas; sin embargo, el miedo domina la parte racional y esto hace que se bloquee la realidad, teniendo como consecuencia el desarrollo del trastorno.

2.10. Fobia específica.

La fobia específica, es uno de los trastornos más frecuentes, ya que el temor se centra en un objeto, animal o situación específicos. Siendo éste a nuestro parecer, un miedo aprendido principalmente en la infancia o en cualquier etapa posterior. Pero qué es la fobia específica:

“Miedo intenso y persistente a objetos o situaciones claramente discernibles y circunscritos. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una

respuesta inmediata de ansiedad. Se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación” (DSM-IV-TR, 2002 pág. 477, 494).

Hablando de la fobia específica, Sosa y Capafóns (2011), sugieren que la experiencia de miedo es muy común para los seres humanos y se trata, además, de una experiencia que tiene un importante valor adaptativo para la supervivencia de la especie. Por ello esta emoción puede prevalecer cuando se activa sobre otras muchas funciones neurofisiológicas, emocionales, cognitivas o conductuales.

Cuando hablamos de miedo adaptativo, nos referimos a un conjunto de sensaciones ante peligros reales (Marks, 1987 en; Sosa y Capafóns, 2011). Sin embargo, cuando estas sensaciones se experimentan en situaciones que no suponen una amenaza real, nos encontramos ante un miedo que ya no es adaptativo.

La detección de cambios repentinos e inesperados en el ambiente, así como centrar la atención y reaccionar ante ellos, son respuestas críticas para la supervivencia. Además, resulta fundamental ignorar los estímulos irrelevantes para enfrentarse a otros más importantes. En función de la naturaleza y la relevancia del estímulo, el organismo puede reaccionar con una respuesta de orientación o con una respuesta de defensa (Sokolov, 1963 en; Sánchez y Martínez, 2009).

En relación a lo anterior, Seligman (1971 en; Sosa y Capafóns, 2011), señaló dos aspectos fundamentales, uno de ellos es que los miedos fóbicos no están normalmente distribuidos sino que tienden a restringirse a un número limitado de estímulos. El otro, que los distintos miedos fóbicos tienen una característica en común: pueden considerarse una amenaza biológica para la evolución de los ancestros de la especie.

Por su parte, Barlow (2002 en; Sosa y Capafóns, 2011), asume que el miedo fóbico es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Y que existen las *verdaderas alarmas* que son reacciones que se producen ante situaciones reales y las *alarmas aprendidas* que resultan de la asociación entre falsas alarmas y señales internas o externas. Así, una fobia específica una vez adquirida, se perpetúa porque se crea un círculo cerrado entre los síntomas de la alarma y las reacciones frente a los síntomas.

El miedo, por tanto, tiene la función de proteger al organismo de peligros potenciales para su supervivencia. Como en cualquier emoción, en el miedo se puede distinguir una actividad músculo-esquelética observable (conducta) relacionada con la evitación, huida o enfrentamiento con objeto de miedo y una fuerte percepción subjetiva de temor. Debido a su función adaptativa, estos componentes del miedo se han mantenido a lo largo de la evolución de los mamíferos. Sin embargo, en la actualidad, el ser humano puede mostrar reacciones defensivas intensas que no se ajustan a la presencia de una amenaza real para la supervivencia (Sánchez y Martínez, 2009).

La característica esencial de la fobia específica dice Gómez (2012), es un miedo intenso y persistente a objetos o situaciones claramente discernibles y circunscritos. En este trastorno, la exposición al estímulo temido o fóbico, provoca, casi invariablemente, una respuesta inmediata de ansiedad.

El término fobia se utiliza entonces, explican Sosa y Capafóns (2011), para describir este tipo de reacciones de miedo no deseables. Las fobias pueden clasificarse de muy diversas maneras. No obstante, una de las clasificaciones más ampliamente aceptadas es la que distingue entre tres grupos: fobias simples o específicas, fobias sociales y agorafobia.

De aquí, Sosa y Capafóns (2011), resaltan que en cuanto a la reacción, en la fobia específica, al igual que en el miedo, podemos distinguir tres planos: fisiológico,

cognitivo y comportamental. En el plano fisiológico, se pone en marcha todo un conjunto de respuestas fisiológicas características de un incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo como aumento en la tasa cardiaca y respiratoria, sudoración, inhibición de la salivación, contracciones estomacales, náuseas, diarrea, elevación de la tensión arterial. En el plano cognitivo o subjetivo, el individuo puede desplegar toda una serie de creencias sobre la situación temida y sobre su capacidad para afrontarla. Finalmente a nivel motor, la reacción más frecuente puede ser abandonar la situación temida lo más rápidamente posible y tratar de evitarla en el futuro.

Es importante determinar el estímulo que provoca los síntomas, pues se puede confundir con una crisis de angustia situacional al presentarse las mismas características. Por lo tanto, el diagnóstico es correcto sólo si éste comportamiento de evitación, miedo o ansiedad de anticipación en relación con el estímulo fóbico interfiere significativamente con las actividades cotidianas del individuo, con sus relaciones laborales o sociales, o si la existencia de la fobia puede provocar un malestar evidente (Gómez, 2012).

Teniendo en cuenta que, una fobia es una forma especial de miedo, una de las dificultades diagnósticas más evidentes con la que nos encontramos tiene que ver con el establecimiento de los límites entre el miedo adaptativo y el miedo fóbico. Una serie de características indicativas de una reacción de miedo fóbico indican Sosa y Capafóns (2011), son:

1. Es desproporcionado con respecto a las exigencias de la situación. La reacción no se corresponde con la existencia de una situación amenazante.
2. No puede ser explicado o razonado por parte del individuo.
3. Está más allá del control voluntario.
4. Lleva a la evitación de la situación temida.
5. Persiste a lo largo del tiempo.
6. Es desadaptativo.

7. No es específico de una fase o edad determinada.

Además de estos puntos, las fobias específicas también pueden hacer referencia a la posibilidad de perder el control, angustiarse, sufrir manifestaciones somáticas de ansiedad y miedo, y desmayarse ante la exposición del objeto temido. El nivel de ansiedad o temor suele variar en función del nivel de proximidad al estímulo fóbico y del grado en que la huida se ve limitada (Gómez, 2012).

No obstante, algunos autores han encontrado que las imágenes, como fotografías, son capaces de provocar emociones similares debido a que poseen un significado representativo o simbólico para el sujeto equivalente a las propiedades del estímulo real. De este modo, pueden activar las representaciones cognitivas relacionadas con las respuestas emocionales y dar lugar a reacciones fisiológicas y conductuales similares a las provocadas por el estímulo real (Lang, 1995; Lang et al., 1997; Lang, Greenwald, Bradley y Hamm, 1993 en; Sánchez y Martínez, 2009).

Contemplando los síntomas anteriores, Sánchez y Martínez (2009), agregan que la respuesta de sobresalto es una reacción de todo el organismo que se produce por la aparición repentina de un estímulo de alta intensidad. En el ser humano, una de las primeras manifestaciones de esta respuesta defensiva es el parpadeo reflejo.

En relación, insinúa Moreno (2002), evitar o escapar de estas situaciones es el elemento que mantiene el miedo, y a veces incluso lo incrementa. La lógica del asunto es relativamente sencilla: si temo mucho una situación y no la afronto, siento alivio quedándome tranquilo en casa; pero no compruebo que realmente no voy a sufrir tanto como me imagino, ni va a ser tan doloroso, ni tan desagradable, ni tan peligroso. Por lo tanto, se establecen los criterios de la (tabla 7), para este trastorno.

Criterios para el diagnóstico de Fobia Específica.

- A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).
- B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.
- C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.
- D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.
- F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.
- G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Tabla 7. Criterios para la fobia específica, según el DSM-IV-TR (2002).

Teniendo en cuenta la diversidad de temores, la distinta configuración que éstos pueden adoptar en un individuo y la ausencia de un denominador común para todas ellas, puntualizan Sosa y Capafóns (2011), el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, establece la existencia de distintos subtipos de fobias específicas. Estos subtipos se han establecido en un intento por tratar de establecer las comunalidades, como se muestra en la (tabla 8).

Especificar tipo:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tipo animal. Se incluye el miedo a los animales o insectos tales como perros, gatos, arañas, ratas, pájaros, peces o serpientes. 2. Tipo ambiental o entorno natural. Este tiene que ver con el miedo vinculado a fenómenos atmosféricos y relacionados con la naturaleza e incluye miedos a las alturas y precipicios, a las tormentas o a estar cerca del agua. 3. Tipo sangre-inyecciones-heridas. Se incluyen los miedos a ver sangre, a hacer un análisis de sangre o ponerse una inyección, a ver por televisión intervenciones médicas y para algunos incluso hablar de ciertas intervenciones médicas o de heridas. 4. Tipo situacional. Incluye miedo a situaciones tales como conducir, viajar en avión, estar en un ascensor, y a los espacios cerrados, los túneles o los puentes. 5. Otros tipos. Aquí se incluyen otros tipos de miedos específicos, como el miedo a atragantarse, o vomitar después de comer ciertos alimentos, el miedo a la explosión de globos a otros sonidos fuertes, el miedo a la adquisición de una enfermedad, el miedo a los espacios es decir, el miedo a caerse si no hay paredes u otros medios de sugestión.

Tabla 8. Tipos de fobias específicas, según el DSM-IV-TR (2002).

Para la presencia de fobia específica debemos considerar, la (figura 6).



Figura 6. Mínimo de criterios a cumplir para la fobia específica.

Como podemos notar, la fobia específica se desarrolla generalmente de un miedo irracional aprendido y del cual, la persona es consciente de esa irracionalidad. Sin embargo la sensación de perder el control o no poder tolerarlo, hace que la persona lo perciba como peligro exagerado y por lo tanto responde con ansiedad. Es importante considerar que las fobias específicas pueden ir, desde una cosa muy pequeña, hasta verdaderas situaciones que desencadenen el trastorno.

2.11. Fobia social.

El hablar en público, es una de las situaciones que se presentan a diario en cualquier ambiente, ya sea familiar, laboral, escolar u otro, sin embargo para algunas personas, esto representa un reto muy difícil, pues no saben cómo actuar ante tal situación, dando como resultado incomodidad, que si persiste se torna en fobia social; pero qué es la fobia social:

“La fobia social (también conocida como trastorno de ansiedad social) consiste en un temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público, en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás; temiendo actuar de una manera humillante o vergonzosa y/o mostrar síntomas de ansiedad, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación”. (DSM-IV-TR, 2002 pág. 502).

El ser humano, es un animal esencialmente social, y su interacción con otros seres humanos es constante. Tanto si trabaja como si se divierte o se reproduce, la relación con otros miembros de su especie está omnipresente. Pero para muchas personas, esas relaciones no son siempre reforzantes o placenteras. Temen actuar de alguna manera que sea humillante o embarazosa. Pueden anticipar lo que según ellos, sucederá en dicha situación y comportarse como si realmente aconteciera. En los casos más graves se puede observar que toda la vida de la persona con fobia social gira alrededor del trastorno (Caballo; Salazar; García; Iruña y Arias, 2011).

A veces, expresa Moreno (2002), simplemente se cataloga a las personas como tímidas y se piensa que “como siempre han sido así es que deben ser así”. Sin embargo, la fobia social no es lo mismo que la timidez. La persona tímida puede sentir ansiedad en algunas o muchas situaciones sociales, pero dicha ansiedad no llega a convertirse en incapacitante, invalidante o insufrible. La persona tímida no sufre en exceso por su timidez. Se reconoce menos abierta que los demás pero eso no le supone un problema, ni le impide desarrollar su trabajo.

Barlow (2002 en; Caballo; Salazar; García; Iruña y Arias, 2011), subraya que las personas con este trastorno, no tienen dificultades cuando realizan las mismas tareas en privado; la conducta se deteriora sólo cuando los demás les están observando.

Las personas con fobia social, de acuerdo con Clark y Wells (2001 en; Bravo y Padrós, 2013), desarrollan una serie de supuestos (creencias) acerca de sí mismos y de su mundo social, los cuales pueden ser divididos en tres categorías:

a) Normas excesivamente altas de actuación social: “debo de ser muy hábil socialmente en cualquier situación”, “siempre debería de tener algo interesante que decir”, “no debo de mostrar nunca algún signo de ansiedad”.

b) Creencias condicionales acerca de las consecuencias de determinada actuación: “sí me equivoco pensarán que soy un estúpido”, “sí no platico mucho, van a pensar que soy un aburrido”, “sí me pongo nervioso van a pensar mal de mí y me van a rechazar”.

c) Creencias negativas incondicionales acerca de sí mismo: “no soy suficientemente hábil”, “soy un idiota”, “soy alguien aburrido”.

Quienes sufren de fobia social, reconocen que su temor es excesivo e irracional en la medida en que sus preocupaciones, por lo que pueda suceder en las situaciones sociales o las consecuencias que anticipan, no representan un peligro real para su vida ni su integridad personal. No obstante, experimentan casi invariablemente un alto nivel de ansiedad o malestar emocional y con frecuencia pueden esperarse que lleven a cabo conductas de escape o evitación para reducir el malestar (Caballo y cols., 2011).

La fobia social, en base a lo descrito por Wittchen y Fehm (2003), constituye un trastorno mental frecuente, que comienza a principios de la adolescencia y suele presentarse comórbido con otros trastornos como la depresión y el abuso de sustancias; además el trastorno de fobia y ansiedad social es considerado como crónico cuando se compara con otros trastornos mentales y cuando se toman en cuenta niveles sintomáticos subclínicos (Zubeidat, 2005).

Específicamente, en la adolescencia dicen Olivares; Rosa y García (2004) las relaciones con los compañeros adquieren una gran importancia porque el grupo

evalúa el comportamiento de sus miembros y de los resultados de tal proceso dependerá el rol social que se le asigne dentro de este sistema social jerarquizado.

En la fobia social en niños y adolescentes, dice Zubeidat (2005), es posible identificar el patrón en el que ocurren comportamientos de evitación durante el tiempo de exposición a los estímulos sociales fóbicos. Suelen tener distintos problemas de ansiedad en el entorno escolar, tales como hablar en público delante de los alumnos de la clase, comer en la cafetería o cambiarse de ropa en la clase de deporte, etc. Para muchos adolescentes, la aceptación por parte del grupo de iguales se incrementa con la edad, alcanzando su pico en la fase tardía de la adolescencia. Aquí se presenta una frecuencia basal más alta que se incrementa únicamente al principio de la tarea y disminuye con el transcurso de la ejecución.

De manera que, evolutivamente, el miedo y la evitación de situaciones sociales suelen ser frecuentes en la adolescencia, desapareciendo en la edad adulta, donde se reduce la timidez, disfrutando de las relaciones sociales. En definitiva, asegura Zubeidat (2005), el miedo social de las personas se puede localizar a lo largo de un continuo, en el que los niveles de ansiedad dan lugar a conductas que oscilan desde la inhibición en algunas situaciones específicas, hasta la evitación de cualquier relación nueva.

Sin embargo, las situaciones novedosas de interacción con las personas de nuestro entorno exigen un nivel determinado de ansiedad que nos permite funcionar adecuadamente, y que va disminuyendo significativamente tras los primeros momentos de interacción social y tras exposiciones repetidas a situaciones parecidas. Las personas normales experimentan niveles de ansiedad concordantes con el peligro real de las situaciones en las que interactúan, mientras que los individuos que padecen fobia social manifiestan una ansiedad excesiva de difícil eliminación, y que no corresponde a la realidad amenazante de la situación (Zubeidat, 2005).

Para aclarar más el panorama acerca de este trastorno, Bados (2001), ejemplifica que cuando las personas desencadenan en nosotros las mismas respuestas relativas a los pensamientos, sentimientos y hechos que podrían desencadenar la presencia de un león, un perro con rabia o cualquier otra fiera descontrolada, entonces es que la cosa no marcha bien. Estamos ante un patrón de respuestas desadaptativo, que ya no cumple las funciones de la ansiedad social positiva.

Precisamente, cuando las personas con fobia social creen que están en peligro de una evaluación negativa de los demás, enfocan su atención hacia una observación y monitoreo detallado de ellos mismos. Se ponen nerviosos debido a que sus pensamientos tienden a estar dominados por una serie de fracasos pasados, por imágenes negativas de sí mismos durante la situación, y por otras predicciones acerca de una pobre actuación y del rechazo de los demás (Bravo y Padrós, 2013).

La exposición a estos estímulos, por lo general, produce una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. Observando que se presenta con mayor frecuencia en jóvenes y adultos; y la frecuencia es menor en niños (Gómez, 2012).

Los pensamientos negativos, reflejan también una serie de errores cognitivos típicos de los fóbicos sociales tales como describe Bados (2001), a continuación:

- a. Valoración no realista de lo que se espera de uno
- b. Sobrestimación del grado en que los otros observan la conducta de uno
- c. Subestimación de las propias capacidades
- d. Sobrestimación de la probabilidad de rechazo
- e. Expectativas no realistas sobre las respuestas de ansiedad de los otros
- f. Creencia de que los demás perciben que se está mal

- g. Atención selectiva a los mensajes o reacciones de los otros
- h. Interpretaciones sesgadas o negativas del comportamiento de los demás
- i. Atribución del fracaso a defectos personales y fallos propios
- j. Evaluación excesivamente negativa de sí mismo
- k. Sobrevaloración de la importancia de la crítica de los demás
- l. Exageración de la importancia de los errores cometidos
- m. Mayor recuerdo de la información negativa relacionada consigo mismo

Así, los errores cognitivos, los pensamientos negativos y la forma de comportarse de los fóbicos sociales, ponen de manifiesto una serie de creencias básicas relativamente generales y estables acerca del mundo y de sí mismo, que determinan la forma de ver las cosas.

En base a estos síntomas, agrega Bados (2001), se ponen en marcha conductas defensivas dirigidas a prevenir las supuestas consecuencias temidas. Si no se puede evitar una situación o escapar de ella, aparecen reacciones como silencios largos, tartamudeos, incoherencias, volumen bajo o susurro, voz monótona, muecas faciales, gestos de inquietud, retorcimiento de manos, postura rígida o cerrada, encogimiento postural, expresión facial pobre, sonrisa o risa inapropiada y contenido poco interesante.

En cuanto a las reacciones físicas más comunes, son taquicardia, palpitaciones, temblor de voz y manos, sudoración, sonrojo, tensión muscular, malestar gastrointestinal ya sea vacío en el estómago o diarrea, boca seca, escalofríos, sensación de opresión en la cabeza o cefalea, dificultad para tragar, náuseas, y urgencia urinaria. En cuanto a la parte cognitiva, aparecen dificultades para pensar tales como imposibilidad de recordar cosas importantes, confusión, dificultad para concentrarse, y dificultad para encontrar las palabras. Por otra parte, existe una tendencia a centrar la atención en sí mismo, concretamente en los síntomas somáticos y autonómicos de ansiedad, en las cogniciones y en emociones negativas y en los propios errores. Estos temores se ponen de

manifiesto en una serie de pensamientos negativos frecuentes que impiden concentrarse en la interacción Bados (2001).

Referente a los síntomas que se presentan en la fobia social, se han considerado subtipos según Zubeidat (2005), tales como:

- I. *Fobia social generalizada versus específica*: Las fobias específicas se refieren a una serie de estímulos concretos productores de ansiedad, tales como hablar, comer, escribir o asearse en público, mientras que la fobia generalizada está asociada a una variedad de situaciones sociales, en las que el trastorno se presenta de manera multifóbica (interacción social). Tienen un comienzo más temprano, acompañado de bajos niveles de escolarización.
- II. *Fobia social generalizada en niños y adolescentes*: caracterizada por el miedo a la mayoría de las situaciones sociales. Es el miedo a situaciones que requieren la interacción con los otros. Infravaloran su capacidad cognoscitiva y experimentan malestar que repercute negativamente en su funcionamiento cotidiano, además presentan rasgos de ansiedad llamativos, manifestados en una ansiedad intensa durante la realización de pruebas. Los problemas de deterioro académico, personal y social se asocian a síntomas psicopatológicos de rasgos anómalos de personalidad tales como la timidez, la baja autoestima, el miedo a la evaluación negativa, etc. El niño que padece fobia social, no se aíslan totalmente de los demás, sino que a menudo busca grupos de juego de fácil interacción, tales como personas del otro sexo o de la misma edad. Los niños considerados más inteligentes emplean su tiempo en lectura.
- III. *Fobia social específica en niños y adolescentes*: es concebida como el miedo a una situación concreta de rendimiento. Se caracterizan por ser más miedosos, sufrir más aislamiento social, experimentar más sentimientos de depresión y tener más edad.

Por su parte, Bados (2001), dice que es común la ansiedad anticipatoria incluso días y semanas antes de afrontar la situación social o actuación en público temidas. Siendo que los *fóbicos sociales generalizados* suelen presentar más ansiedad y evitación social, más déficit de habilidades sociales y un serio deterioro de sus relaciones sociales y laborales. Además se caracteriza por una edad de comienzo más temprana y por un nivel educativo más bajo. Por otra parte, los *fóbicos sociales circunscritos* presentan una menor ansiedad subjetiva, pero una mayor respuesta cardíaca, esto sugiere que podría ser una reacción emocional condicionada, una auténtica fobia. De aquí, se plantea el diagnóstico para éste trastorno, en base a los criterios de la (tabla 9).

Criterios para el diagnóstico de Fobia social.

- A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.
- B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.
- C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.
- D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si:

Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación).

Tabla 9. Criterios para la fobia social, según el DSM-IV-TR (2002).

En general, Gómez (2012), considera que para establecer un diagnóstico de fobia social, los temores o los comportamientos de evitación han de interferir marcadamente en la actividad laboral o académica del individuo, en sus relaciones sociales, o generar un malestar clínicamente significativo. En los individuos menores de 18 años sólo los síntomas que persisten por lo menos durante seis meses permiten realizar dicho diagnóstico.

También hay que tener en cuenta, lo planteado en la (figura 7).

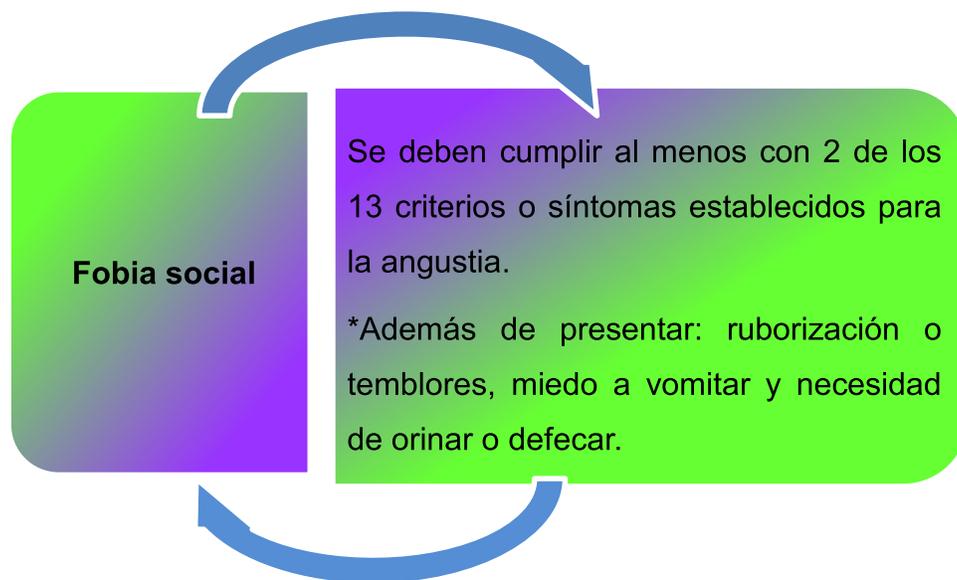


Figura 7. Mínimo de criterios a cumplir para la fobia social.

Como se vio en la información anterior, es importante considerar, si la persona es tímida, o si realmente presenta el trastorno, ya que la timidez aunque en menor grado, se puede confundir con la fobia social. Por otra parte, debemos observar, si la fobia se presenta en todas las situaciones sociales o en alguna en específico, por ejemplo en el área laboral.

2.12. Trastorno obsesivo-compulsivo.

Las conductas para mantener el orden en cualquier ámbito de la vida, es fundamental para el bienestar, sin embargo, la exageración de estas conductas, lleva a desarrollar un trastorno obsesivo-compulsivo, pero que es éste trastorno:

“La presencia de obsesiones y compulsiones de carácter recurrente lo suficientemente graves como para provocar pérdidas de tiempo significativas o un acusado deterioro de la actividad general o un malestar clínicamente significativo. En algún momento del curso del trastorno el individuo reconoce que estas

obsesiones o compulsiones son exageradas o irracionales” (DSM-IV TR, 2002 pág. 510).

El DSM-IV TR en la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2002) de manera más específica define las obsesiones como:

“Ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistente que el individuo considera intrusas e inapropiadas y que provocan una ansiedad o malestar significativos. Esta cualidad intrusa e inapropiada que caracteriza las obsesiones se ha venido a denominar “egodistónica”. Este concepto hace referencia a la sensación que tiene el individuo de que el contenido de la obsesión es ajeno, fuera de su control y no encaja en el tipo de pensamientos que él espera tener. Sin embargo el individuo es capaz de reconocer que estas obsesiones son el producto de su mente y no vienen impuestas desde fuera” (pág. 510).

Por otra parte define las compulsiones como:

“Comportamientos o actos mentales de carácter recurrente cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar, pero no proporcionar placer o gratificación. En la mayoría de los casos, las personas se sienten impulsadas a realizar la compulsión para reducir el malestar que lleva consigo una obsesión determinada o bien para prevenir algún acontecimiento o situación negativos” (pág. 511).

La mejor manera de definir el Trastorno Obsesivo Compulsivo TOC, de modo comprensible para el público, según Cía y Sacerdoti (2010), es como una enfermedad caracterizada por la presencia de un conjunto de pensamientos intrusivos y no deseados, acompañados de sentimientos y de patrones conductuales que son muy ansiógenos, improductivos, estresantes y casi imposibles de controlar sin ayuda.

Agregan que el (TOC) es una enfermedad potencialmente incapacitante, por lo cual una persona sufre pensamientos, impulsos e imágenes no deseados y perturbadores (obsesiones) y/o siente la necesidad de completar actos o pensamientos repetitivos (compulsiones). Afecta a millones de personas alrededor del mundo y se manifiesta a través de una amplia variedad de síntomas que interfieren de manera acentuada en la vida de quien lo sufre, como en la de sus familiares y allegados.

Los patrones de pensamiento del TOC explican Cía y Sacerdoti (2010), comprenden pensamientos, imágenes e impulsos sin sentido y no deseados, frecuentemente muy desagradables o contrarios a la forma habitual de pensar, llamados obsesiones, que invaden su mente aunque usted no lo desee, le provocan sentimientos de incomodidad, ansiedad, miedo y duda de que algo malo o dañino pueda ocurrir en forma más o menos inmediata.

Además dicen, que a su vez, estos patrones y sentimientos ansiosos desencadenan la urgencia para hacer algo que reduzca esta ansiedad y disminuya los pensamientos o imágenes obsesivas; son los denominados *rituales o compulsiones*, con los cuales una persona con TOC intenta calmar sus pensamientos obsesivos, recuperar el sentido de seguridad y reducir la ansiedad.

Para mostrar algunos ejemplos de obsesiones y compulsiones frecuentes e infrecuentes en las personas con este trastorno Abramowitz (2007), las menciona en las (Tablas 10 y 11).

Obsesiones frecuentes.

1. Pensamientos de contaminación por gérmenes, suciedad, hongos, animales, desechos corporales o sustancias químicas domésticas.
2. Temores y dudas persistentes de que uno es (o podría ser) responsable por daños o infortunios, como incendios, robos, errores graves, lesiones.
3. Ideas sexuales inaceptables (p.ej., acoso).
4. Impulsos violentos no deseados (p. ej., atacar a una persona indefensa).
5. Pensamientos sacrílegos no deseados (p.ej., profanar una iglesia).
6. Necesidad de orden, simetría, totalidad.
7. Temores a ciertos números (p. ej., 13, 666), colores (p. ej., rojo) o palabras (p. ej., asesinato).

Obsesiones infrecuentes.

1. Temor de tener una aventura extramarital con un extraño por error.
2. Temor de convertirse en alguien más.
3. Temor de absorber calorías al tocar alimentos.
4. Temor a la contaminación de una región geográfica.

Tabla 10. Ejemplos de obsesiones frecuentes e infrecuentes, Abramowitz (2007).

Rituales frecuentes.

1. Lavarse las manos 50 veces al día o darse múltiples baños (prolongados).
2. Limpiar objetos o aspirar el piso en forma repetida.
3. Regresar varias veces a revisar si la puerta está cerrada.
4. Colocar objetos en el orden “correcto” para alcanzar el “equilibrio”.
5. Seguir los propios pasos.
6. Leer o escribir varias veces algo para prevenir errores.
7. Llamar a familiares o “expertos” para solicitar una confirmación.
8. Pensar en la palabra “vida” para contrarrestar el haber escuchado la palabra “muerte”.
9. Confesión repetida y excesiva de los propios “pecados”.
10. Repetir una plegaria hasta decirla perfectamente.

Rituales infrecuentes.

1. Repetirse algo a sí mismo para asegurar que los otros comprendan lo que se dijo.
2. Tener que mirar a ciertos puntos en el espacio de manera específica.
3. Tener que reordenar mentalmente las letras de las frases para formar palabras tranquilizadoras.

Tabla 11. Ejemplos de rituales compulsivos frecuentes e infrecuentes, Abramowitz (2007).

Las personas con TOC, tienen un rango de *insight* acerca de la falta de sentido de sus obsesiones y compulsiones, algunos reconocen la irracionalidad de sus síntomas, mientras que otros están firmemente convencidos (casi hasta la intensidad delirante) de que los síntomas son racionales. Los rituales son muy específicos para cada paciente. Los ejemplos de rituales de comportamiento (evidentes) incluyen lavado repetido de manos, revisiones (por ejemplo cerraduras,

estufa), cuentas y repetición de actividades rutinarias (por ejemplo pasar por puertas). Los ejemplos de rituales mentales incluyen rezos excesivos y el uso de frases o números especiales para neutralizar el temor obsesivo (Abramowitz, 2007).

En base a las obsesiones y compulsiones que hay, Casado (2008), describe los subtipos más comunes de TOC:

- A. Contaminación: Los pacientes con este tipo de TOC presentan un temor obsesivo a la contaminación por determinados objetos o situaciones (secreciones corporales, gérmenes, enfermedad, productos químicos, radiaciones, metales pesados, etc.). Aunque el lavado de manos es la compulsión más observada, primero intentan evitar los objetos contaminados.
- B. Comprobación: Estas personas se caracterizan por estar constantemente preocupadas por la posibilidad de que pueda ocurrir una “catástrofe”, o de que algo malo pasará porque no lo han comprobado de forma completa o minuciosa. Aunque generalmente estos pacientes reconocen que la posibilidad de que ocurra eso que temen es remota, se sienten obligados a realizar todo tipo de comprobaciones, ya que si algo terrible sucede, ellos serían los responsables.
- C. Rituales Mentales: Los rituales mentales siempre se realizan para reducir la ansiedad asociada a las obsesiones. Los más habituales son rezar, repetir determinadas palabras o números o recrear alguna imagen positiva. Estos pacientes también evitan aquellas situaciones que provocan sus obsesiones y, en consecuencia, todo el ritual mental.
- D. Obsesiones sexuales y agresivas: En este caso, las personas tienen pensamientos negativos recurrentes de que han cometido, o pueden haberlo hecho, un acto agresivo o sexual inaceptable.

- E. Necesidad de simetría y precisión: En este subtipo, el cuadro clínico está dominado por la obsesión de tener objetos o sucesos en un determinado orden o posición, de hacer y deshacer ciertos actos motores de una forma exacta, o de tener las cosas exactamente simétricas.

- F. Obsesiones somáticas: Estas personas presentan un temor irracional y persistente a tener o desarrollar una enfermedad grave. Los temores más comunes son el cáncer, los ataques al corazón y las enfermedades venéreas. Estos temores también se dan en sujetos con hipocondría, depresión mayor o trastorno de pánico. Sin embargo, los pacientes obsesivo-compulsivos suelen presentar obsesiones somáticas acompañadas de compulsiones de comprobación.

- G. Almacenamiento: Las personas con conductas de almacenamiento coleccionan objetos insignificantes y tienen dificultades para deshacerse de ellos por temor a necesitarlos algún día. Se ven impulsados a comprobar sus posesiones una y otra vez para asegurarse de que no se ha perdido nada, o a comprobar la basura para asegurarse de que no han arrojado de forma inadvertida algo valioso.

- H. Obsesiones religiosas: En este caso, los sujetos con obsesiones religiosas temen haber cometido un pecado mortal, no haber seguido los mandatos de su religión, o no haberse confesado adecuadamente.

El desarrollo del Trastorno Obsesivo Compulsivo, según Kodysz (s/f), suele iniciarse en los primeros años de la vida adulta, pero también puede tener inicio en la infancia. La mitad de los pacientes tiene síntomas a los 25 años y las tres cuartas partes a los 30.

Por su parte, Abramowitz (2007), detalla que los síntomas del TOC suelen desarrollarse en forma gradual, por lo que la edad modal de inicio es de 6 a 15 años en los varones y de 20 a 29 entre las mujeres. Si este trastorno no se trata, tiene

una evolución crónica y progresiva, aunque es posible que la gravedad de los síntomas aumente y disminuya con el tiempo; a menudo según el nivel de estrés psicosocial. En la práctica clínica, el TOC puede ser difícil de diferenciar de varios trastornos con patrones sintomáticos engañosamente similares.

A diferencia de otros trastornos del pensamiento, el paciente reconoce que las ideas parten de su interior y se mueve en una lucha angustiada frente a sí mismo, incapacitándole en mayor o menor medida para mantener una vida normal. Siguiendo a Kaplan, el enfermo obsesivo suele sentir un gran deseo de resistirse a las obsesiones y compulsiones. Sin embargo, aunque alrededor de un 80% de ellos cree que la compulsión es irracional, aproximadamente la mitad de los pacientes ofrecen una resistencia mínima a ejecutarla (Pena y Ruipérez, 2012). Por lo tanto, se establecen los criterios en la (tabla 12) para su diagnóstico:

Criterios para el diagnóstico del Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por 1, 2, 3 y 4:

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.
2. Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
3. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.
4. La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento).

Las compulsiones se definen por 1 y 2:

1. Comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en

silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.

2. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. Nota: Este punto no es aplicable en los niños.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar sí:

Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

Tabla 12. Criterios para el TOC, según el DSM-IV-TR (2002).

En base a las obsesiones y compulsiones que se presentan frecuentemente, es importante considerar (la figura 8).

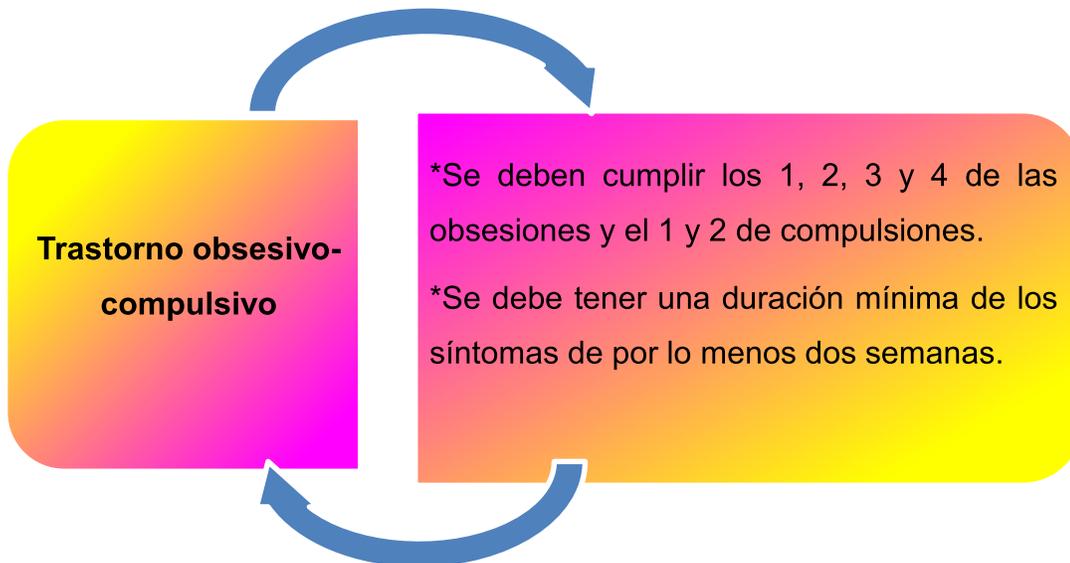


Figura 8. Mínimo de criterios a cumplir para el TOC.

Aun así, a pesar de su prevalencia relativamente alta (el TOC es el cuarto trastorno psicológico más frecuente después de la depresión, abuso de sustancias y fobias), la mayoría de las personas con TOC sufren varios años antes de recibir el diagnóstico y tratamiento adecuado (Abramowitz, 2007).

Con la información citada, podemos notar que las personas con este trastorno a diferencia de los otros, no siempre son capaces de notar que sus conductas son irracionales, y que eso afecta de manera directa su vida y el contacto con las demás personas, pues se centran tanto en su obsesión y compulsión que se olvidan de lo demás.

2.13. Trastorno por estrés postraumático.

Cuando una persona experimenta algún evento desagradable, frecuentemente existe un estado de shock, que es natural y que va disminuyendo con el paso del tiempo, sin embargo, cuando el evento vivenciado, es percibido con una alta intensidad amenazante, el cuerpo sale del equilibrio de supervivencia y experimenta estados de ansiedad por encima de lo normal, desarrollando estrés postraumático. Pero qué es esto:

“Es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto de hechos que representan un peligro real para su vida y cualquier otra amenaza para su integridad física; el individuo es testigo de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves. Se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (arousal) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma” (DSM-IV-TR, 2002 pág. 477-478, 518).

Para conocer más de este trastorno, Hughlings Jackson, establece seis niveles de miedo, considera que ante la vivencia traumática las defensas del organismo se van descomponiendo hasta llegar a la última, estos niveles son: prudencia y retraimiento; concentración y cautela; aprensión y alarma; ansiedad y angustia; pánico y terror (Citado en: Bobes, Bousoño, Portilla y Sáiz, 2002).

También sugieren, que la aparición de este trastorno se debe al fracaso de los mecanismos de cicatrización del propio organismo. Una vez que aparece el trastorno de estrés postraumático, las personas comienzan a sentirse acosadas por los recuerdos del acontecimiento. Surgen pesadillas en las que se vuelve a revivir

los hechos, sufren flashbacks en los que estando despiertos visualizan reiteradamente el suceso o vuelven a sentir las mismas sensaciones corporales.

El estrés postraumático, como trastorno, consideran Bruce y Perry (2014), tiene su origen en la persistencia desadaptativa de respuestas apropiadas y adaptativas presentes durante el estrés traumático. El órgano de mediación de las respuestas de adaptación y de la mala adaptación, relacionadas con el estrés traumático es el cerebro humano.

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) por lo tanto, dicen Córdoba; Galindo; Hernández; Platas y Verduco (2011), se caracteriza por estar desencadenado por la exposición a una o más experiencias traumáticas y el paciente presentan un deterioro significativo del funcionamiento social, escolar o laboral y personal. Se desarrolla después de la exposición a un estresor amenazante, es una intensa respuesta física y emocional en la que se recuerda el evento, puede durar muchas semanas o meses después del trauma.

De manera que, según Aguado; Manrique y Silberman (2004), cuando una persona experimenta un evento traumático, hay muchas reacciones que podría tener. Inicialmente puede sentir conmoción, terror o una sensación de que lo sucedido es irreal o extraño. Puede sentirse aturdida, como si estuviera separada de su cuerpo (disociación). Incluso puede no recordar todos los detalles o algunos de ellos, de lo que sucedió exactamente.

De igual forma, agregan, que hay tres principales clases de síntomas en el TEPT: reexperiencia, evitación y activación. Los síntomas de reexperiencia pueden incluir recuerdos perturbadores, pesadillas, flashbacks, y una intensa perturbación o reactividad fisiológica con respecto a la exposición a señales internas o externas vinculadas con el evento. Los síntomas de evitación pueden incluir pensamientos de evitación, sentimientos, situaciones o personas asociadas con el evento, problemas con los recuerdos del evento, anhedonia, y un rango restringido de

afecto. Finalmente, los síntomas de excesiva activación pueden consistir en problemas para conciliar el sueño o para concentrarse, irritabilidad o cólera, hipervigilancia, y una exagerada respuesta de alarma.

De acuerdo a los síntomas que se han documentado, Dalgleish y Power (1995 en; Pérez 2008) presentan un modelo multirepresentacional con cuatro niveles de representación en los que se especifican dos rutas de generación de emociones:

a) El sistema de representación analógico almacena la información de manera analógica. Esta información incluye imágenes visuales, olfativas, auditivas, gustativas y propioceptivas, que pueden ser episódicas o semánticas.

b) El sistema de representación proposicional codifica información verbal que representa creencias, ideas, objetos y conceptos y las relaciones entre ellos, en una forma no específica de ningún lenguaje, pero que es susceptible de hacerse explícita a través de cualquier lenguaje. Ambos tipos de representaciones, según los autores, son explícitas, abstractas y discretas, y no juegan un papel fundamental a la hora de elicitar emociones.

c) El sistema de representación de modelos esquemáticos corresponde a una representación de orden superior que contiene información acerca del self y el mundo, abstraída a partir de la información derivada de otros niveles representacionales, y que no puede ser fácilmente expresada verbalmente. Además de guardar relación con la jerarquía de metas del individuo que se utilizan para planificar las acciones, ayudan a mantener el sentido del self y el contacto con la realidad.

d) Finalmente, el cuarto sistema de representación corresponde al sistema asociativo, que es el responsable de la generación de las emociones automáticas,

fruto de las asociaciones entre determinadas situaciones y el significado adscrito a tales situaciones que han sido activadas frecuentemente.

Otras de las experimentaciones, explican Guzmán; Padrós; García y Laca (2014), es el procesamiento emocional, que implica la activación de reacciones emocionales condicionadas en el momento del trauma como el miedo y el enojo. Normalmente, estas son las primeras en experimentarse dentro del procesamiento y son desarrolladas a través de la memoria situacional accesible. Conforme pasa el tiempo pueden experimentarse otras emociones como la culpa y el remordimiento como resultado de atribuirse responsabilidad por el evento traumático. A este tipo de emociones Resick, Monson y Chard (2008) les llaman “manufacturadas”.

Los signos y síntomas de trastorno de estrés postraumático típicos en la infancia, señalan Bruce y Perry (2014), incluyen impulsividad, distracción y problemas de atención (debido a la hipervigilancia), disforia, insensibilidad emocional, evitación social, la disociación, trastornos del sueño, juego agresivo (a menudo re-actuación), el fracaso escolar y el desarrollo retrocedido o retrasado.

Por otra parte, Palacios (2002 en; Córdoba; Galindo; Hernández; Platas y Verduco, 2011) dice que los eventos traumáticos más frecuentes en adultos son:

- I. Amenaza, acoso sexual por vía telefónica.
- II. Violación.
- III. Presenciar actos violentos.
- IV. Ataque físico.
- V. Accidentes.
- VI. Combate bélico.

Según, el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (2005), quienes sufren TEPT, reviven involuntariamente aspectos del suceso traumático de un modo muy vívido y perturbador. Los disparadores del suceso traumático, surgen con un intenso estrés y/o reacciones fisiológicas. La evitación de cuanto recuerda al trauma es otro

síntoma central del TEPT. Esto incluye personas, situaciones o circunstancias semejantes o asociadas con el trauma. Las personas con TEPT intentan a menudo expulsar los recuerdos del suceso fuera de su mente, y evitan pensar o hablar con detalle acerca de ello, especialmente de los peores momentos.

Y agrega que los pacientes con TEPT también experimentan síntomas de hiperactivación, incluyendo hipervigilancia hacia la amenaza, respuestas exageradas de sobresalto, irritabilidad problemas de concentración y de sueño. Otras personas con TEPT también describen síntomas de insensibilidad emocional. Éstos incluyen falta de capacidad para vivir sentimientos, sentirse separados de los otros, rendirse ante actividades antes significativas, y amnesia para partes importantes del suceso.

Así mismo, Ehlers y Clarck (2000 en; Guzmán; Padrós; García y Laca (2014), proponen que los pacientes con TEPT desarrollan lo que se conoce como primado o *priming* perceptual, que es una memoria implícita que se asoció con el evento traumático y que se activa incluso con un umbral perceptivo muy bajo, donde no requiere presentarse el estímulo completo sino sólo una parte de él para activar la sensación de peligro. Así, mientras mayor sea la duración y menor sea la posibilidad de predicción, mayor será el efecto traumático, pues dificultará un procesamiento saludable.

En general, Pérez (2008), considera que entre los acontecimientos traumáticos que pueden originar TEPT se incluyen los ataques personales violentos, el combate militar, ser secuestrado, internado o encarcelado, ser víctima de un desastre natural o provocado por el ser humano, de un accidente de tráfico, recibir un diagnóstico de enfermedad potencialmente grave, ser testigo de accidentes graves o muerte no natural de otras personas, ser informado de actos terroristas, accidentes graves o heridas en un familiar o amigo cercano, o conocer que el hijo padece una enfermedad grave.

Con ello, Aguado; Manrique y Silberman (2004), expresan que son muchos los factores que tienen una contribución importante en cómo reacciona una persona frente a un evento traumático. La edad (con frecuencia las personas más jóvenes reaccionan más significativamente que las personas mayores); la cantidad de tiempo de preparación que ha tenido de manera previa al evento; la cantidad de perjuicio que produce a la persona (física, emocional y espiritualmente) o a su propiedad; la cantidad de muerte y devastación que la persona atestigua; el grado de responsabilidad que la persona siente que tiene para causar o no prevenir el evento. Así, existen tres tipos principales de factores que tienen la influencia en el desarrollo del TEPT: factores previos al evento, factores del evento y factores posteriores al evento.

En base a lo anterior, según Nice (2005 en; Córdoba; Galindo; Hernández; Platas y Verduco (2011), los factores de riesgo que se han considerado pueden desencadenar un TEPT son:

- a. Sexo.
- b. Edad en la que se presenta el trauma.
- c. Escolaridad.
- d. Coeficiente intelectual.
- e. Etnicidad.
- f. Antecedentes personales de historia psiquiátrica.
- g. Reporte de abuso en la niñez o de otros eventos adversos.
- h. Historia familiar de enfermedad psiquiátrica.
- i. Severidad del trauma.
- j. Estrés postraumático.
- k. Apoyo social post-trauma.

De modo que, finalmente, las respuestas adaptativas individuales al estrés durante un trauma varían. Sea cual sea la respuesta individual, sin embargo, la naturaleza extrema de la amenaza externa es a menudo acompañada de una

activación interna extrema y persistente de los sistemas neurofisiológicos que median en el estrés (Bruce y Perry, 2014).

Justamente, para llegar a la identificación de los síntomas presentados en este trastorno, se realizó la clasificación de los criterios diagnósticos del DSM, como se muestra en la (tabla 13).

Criterios para el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático.

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.
2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.

4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.

2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.

3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.

5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.

6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).

7. Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño.

2. Irritabilidad o ataques de ira.

3. Dificultades para concentrarse.

4. Hipervigilancia.

5. Respuestas exageradas de sobresalto.

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

<p>Especificar sí:</p> <p>Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses.</p> <p>Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.</p>
<p>Especificar sí:</p> <p>De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.</p>

Tabla 13. Criterios a cumplir para el trastorno de estrés postraumático según el DSM-IV-TR (2002).

Para éste trastorno hay que considerar la (figura 9)



Figura 9. Mínimo de criterios a cumplir para el trastorno de estrés postraumático.

Las personas que padecen estrés postraumático, sufren de manera constante, ya que los recuerdos del evento hacen que se reviva mentalmente, la experiencia una y otra vez, esto a la misma vez, deteriora también su salud física y la convivencia con el mundo en general.

2.14. Trastorno de ansiedad generalizada.

En base a la vida actual, es común que vivamos en constante estrés y las demandas de la sociedad nos lleven a experimentar ansiedad. El hecho de experimentar ansiedad es algo normal y adaptativo para los seres humanos, sin embargo hay personas que no encuentran la manera de equilibrar tantas demandas y se rompe el equilibrio llevando al trastorno de ansiedad generalizada. Pero qué es la ansiedad generalizada:

“Presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo que se observan durante un periodo superior a menos 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación” (DSM-IV-TR, 2002 pág. 529-530).

La característica principal del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) dice Bados (2005), es tener una preocupación y ansiedad excesivas (expectativa aprensiva o aprensión ansiosa), persistentes (más de la mitad de los días durante al menos 6 meses) y difíciles de controlar sobre un número de acontecimientos o actividades tales como el rendimiento laboral o escolar. Que la preocupación y ansiedad son excesivas significa que su intensidad, duración o frecuencia son desproporcionadas con relación a la probabilidad o impacto real del evento temido.

Por su parte, (Rapee, 1985 en; Rovella y González, 2008), indica que debido a que el inicio del TAG es gradual, en un estudio que realizó, describió como personas con TAG, no pudieron recordar específicamente el inicio de sus problemas de ansiedad.

De acuerdo a ello, (Barlow, 1988 en; Halgin y Krauss (2004), menciona que la gente con un trastorno de ansiedad generalizada también se perturba y preocupa con facilidad por la menor molestia y alteración de la vida. Si algo sale mal en su vida diaria, como tener problemas con el automóvil, una discusión con un

compañero de trabajo o un problema de reparación en el hogar, magnifican el problema y muestran una exagerada aprehensión acerca del resultado. Su atención cambia del problema en sí hacia sus propias preocupaciones; como resultado, su inquietud se magnifica. Debido a su preocupación constante, son menos eficientes en sus tareas diarias y, en consecuencia, se mortifican más conforme las cosas continúan saliéndoles mal. Por alguna razón, una vez que la ansiedad se inicia, ésta se sale de control y nuevas preocupaciones se suman a las anteriores. Además de la naturaleza de la respuesta de amenaza, el TAG se caracteriza por la percepción de la falta de control sobre los eventos amenazadores.

Así, Rapee (1991 en; Rovella y González, 2008), puntualiza que desde una perspectiva psicológica raramente se ha estudiado la tendencia general a ser ansioso. Este autor distingue entre la ansiedad generalizada y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG). La primera puede ser identificada en todas las personas en mayor o menor grado y el segundo puede ser un trastorno relativamente puro.

De manera que, preocuparse, puede tener una función adaptativa al ayudar a prepararnos para situaciones problemáticas y resolverlas. Pero también puede convertirse en algo excesivo o desadaptativo. Cinco preguntas útiles para decidir si preocuparse es desadaptativo según Craske, Barlow y O'Leary (1992 en; Bados, 2005), son: a) ¿Se preocupa por cosas sobre las que, según usted reconoce, la mayoría de la gente no se preocupa (p.ej., pequeñas cosas sobre el manejo de la casa)? b) ¿Encuentra muy difícil dejar de preocuparse y, en consecuencia, no puede relajarse? c) ¿Su preocupación raramente da lugar a alcanzar una posible solución para un problema particular? d) ¿Cree que si no se preocupa, sucederá realmente un acontecimiento terrible? e) ¿Se preocupa por no preocuparse o se preocupa cuando las cosas le van bien en la vida?.

La persona que padece TAG Borkovec y Costello (1993 en; Rovella y González, 2008), responde a señales internas cognitivas y/o somáticas, y a señales

externas de amenaza muy sutiles y de amplio rango de contenidos. De hecho, se ha evidenciado en el trabajo clínico que algunos sujetos con TAG inician y mantienen intencionalmente la preocupación con el supuesto de que así pueden evitar la amenaza. La preocupación patológica está asociada con la percepción de que el mundo es amenazante y que no es posible afrontarlo o controlar esos eventos negativos futuros.

El TAG, requiere que la preocupación, la ansiedad o los síntomas físicos produzcan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento de la persona. Tal como indican los datos de Wittchen y cols. (1994 en; Bados, 2005), el TAG interfiere mucho en la vida de los pacientes, les empuja a buscar ayuda profesional, especialmente médica, y/o les lleva a tomar medicación.

Como ha afirmado Deffenbacher (1997 en; Bados 2005), “El individuo tiende a darle vueltas en su cabeza a estas cuestiones, siendo incapaz de alcanzar una solución, de tomar decisiones, de llevar a cabo una actuación decisiva y de vivir con relativa tranquilidad con las consecuencias. Por el contrario, suelen darle vueltas y más vueltas a, y preocuparse con, las posibilidades negativas, los errores y equivocaciones potenciales, y los fracasos y dificultades reales e imaginarios. Es como si estuvieran petrificados en las primeras etapas de una solución de problemas” pág. 242. Así mismo, es muy posible que las preocupaciones estén muy relacionadas con la intolerancia a la incertidumbre (Dugas y Ladouceur, 1997; Dugas y cols., 1998 en Bados, 2005).

A forma de complemento dice Bados (2005), que no hay que confundir preocupaciones y obsesiones. Estas no son simplemente preocupaciones excesivas sobre problemas cotidianos o de la vida real, sino cogniciones experimentadas como intrusas e inaceptables que adoptan frecuentemente la forma de impulsos e imágenes añadidos a los pensamientos. Finalmente, la mayoría de

las obsesiones van acompañadas de compulsiones que reducen la ansiedad asociada con aquellas (American Psychiatric Association, 1994/1995).

Y señala que las personas con TAG se preocupan por cosas que es improbable que sucedan o que si ocurren son mucho más manejables y menos dramáticas de lo que aquellas piensan. Los pacientes con TAG presentan preocupaciones relativamente constantes y, por lo general, únicamente suelen ser capaces de dejar de lado un tema de preocupación ante la aparición de un nuevo tema de preocupación.

Por su parte, Dugas y Ladouceur (1997 en; Bados, 2005), distinguieron tres tipos de preocupaciones en el TAG que se refieren a: a) Problemas inmediatos anclados en la realidad y modificables; por ejemplo, conflictos interpersonales, reparaciones, puntualidad, forma de vestirse para una ocasión. b) Problemas inmediatos anclados en la realidad e inmodificables; así, enfermedad crónica de un ser querido, economía del país, pobreza y violencia en el mundo, situaciones injustas no controlables. c) Acontecimientos muy improbables no basados en la realidad y, por tanto, inmodificables; ejemplos serían la posibilidad de arruinarse o de caer gravemente enfermo en ausencia de dificultades económicas o de salud. Aunque, posteriormente, los tipos de preocupaciones se han reducido a dos.

Con ello, Ladouceur y cols. (2000 en; Bados, 2005), han distinguido dos tipos de preocupaciones: a) sobre situaciones modificables (tratables mediante resolución de problemas) y b) sobre situaciones no modificables (y que frecuentemente no existen todavía). Por lo que, cada tipo de preocupación requiere una intervención diferente.

En base a lo experimentado en este trastorno, González, Ibáñez y Cubas (2006 en; Pagés, 2007), llegaron a las siguientes conclusiones: 1º) Los tres procesos cognitivos (intolerancia a la incertidumbre, creencias sobre la preocupación y evitación cognitiva) participan en el TAG y en las variables

relacionadas (pánico, fobia social, pensamiento obsesivo y depresión) pero de desigual manera. 2º) Los tres procesos parecen más asociados a la predicción del TAG que a las otras variables. 3º) Las diferencias parecen ser de tres tipos: cuantitativas, cualitativas y de la dinámica estructural. 4º) Las diferencias cuantitativas se observan en la fobia social y depresión, donde casi no aparece el factor de preocupación. 5º) Las diferencias cualitativas aparecen en la variable pánico donde los tres procesos participan pero con pesos diferentes a los que tienen en el TAG. 6º) Las diferencias en la dinámica estructural se observan en el pensamiento obsesivo.

Considerando lo anterior, Newman y Anderson (2007 en; Rovella y González, 2008), consideran que la causa principal del desarrollo del TAG en una persona no está basado en un solo elemento, sino que en la etiología del trastorno confluyen factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos.

Otra característica del trastorno según Borkovec (2006 en; Rovella y González, 2008), es que las personas que los poseen son muy lógicas, y constantemente tratan de encontrar la perspectiva negativa a la realidad que observan.

Aun así, las personas con un trastorno de ansiedad generalizada, señalan Halgin y Krauss (2004), luchan en contra de una ansiedad incontrolable la mayor parte del tiempo. Por lo general sus esfuerzos por controlar su preocupación son inútiles, y se ven afligidos por varios síntomas, tanto físicos como psicológicos, que interfieren con su funcionamiento social, laboral y de la vida en general. Estos individuos son propensos a sentirse inquietos y excitados la mayor parte del tiempo, tienen dificultad para concentrarse y, en ocasiones, se sienten tan tensos que su mente se queda en blanco. En las noches se les dificulta dormir o mantenerse dormidos; durante el día tienden a sentirse fatigados, irritables y tensos.

Y añaden, que en ocasiones la ansiedad no está asociada con un objeto, situación o evento en particular, sino que parece ser un rasgo constante de la existencia diaria de una persona. Por lo que, las reacciones corporales, los sentimientos y los pensamientos asociados con el trastorno de ansiedad generalizada, con frecuencia no tienen una conexión directa con un aspecto discernible en la vida de las personas. Si el individuo verbaliza miedos o preocupaciones específicas, estas suelen ser poco realistas y se extienden a diversos temas.

Teniendo que, las preocupaciones experimentadas por la gente con un trastorno de ansiedad generalizada pueden perdurar por años. De hecho, estos individuos suelen afirmar que en ningún momento de su vida han dejado de sentirse tensos o ansiosos, las demás personas tienden a verlos “siempre preocupados”.

La falta de confianza del individuo en su capacidad para controlar y manejar sus sentimientos y reacciones de ansiedad, así como la falta de confianza para manejar sus tareas diarias con efectividad, les resulta sumamente dañino. Por todo esto es importante reconocer el papel de los factores socioculturales en el trastorno de ansiedad generalizada. Los estresores de la vida pueden incrementar las bases de la tendencia de una persona para experimentar ansiedad crónica (Halgin y Krauss, 2004).

Finalmente indican Rovella y González (2008), que poco se conoce acerca de los factores psicológicos implicados en el inicio del TAG, a pesar de ello, se dispone de algunos datos. En cuanto a los factores cognitivos que favorecen su mantenimiento, se señala prioritariamente a las preocupaciones como las máximas responsables, que se caracterizan por ser excesivas y no realistas.

De acuerdo a lo planteado aquí, es que se establecen los criterios para el diagnóstico del TAG, como se muestra en la (tabla 14).

Criterios para el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada.

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. inquietud o impaciencia

2. fatigabilidad fácil

3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco

4. irritabilidad

5. tensión muscular

6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej.,

hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Tabla 14. Criterios a cumplir para el trastorno de ansiedad generalizada según el DSM-IV-TR (2002).

Con estos criterios, mencionan Rovella y González (2008), tal como lo indica el DSM-IV-TR lo sustancial del TAG es la preocupación excesiva e incontrolable, preocupaciones que no siempre son irracionales, donde lo patológico está dado por el indicador temporal (el futuro), en donde concentran toda su atención para evitar potenciales hechos aversivos, y por lo cual, no atienden el presente.

Para identificar este trastorno, hay que considerar la (figura 10).



Figura 10. Mínimo de criterios a cumplir para el trastorno de ansiedad generalizada.

Aunque todavía no se termina de conocer a detalle lo que implica este trastorno, debemos considerar que el hecho de vivir con constante ansiedad no es sano para nadie, el desarrollo de la ansiedad generalizada puede deberse a

cualquier evento, pero no debe dejarse de lado, ya que puede involucrar consecuencias cada vez más graves, si no se hace algo por tratarla.

De acuerdo a la información revisada en este capítulo, concluimos que gracias a los esfuerzos realizados, en las investigaciones empíricas, es como se ha logrado realizar la clasificación de los trastornos de ansiedad publicada en el DSM-IV-TR (2002), y establecer los criterios apropiados para poder dar seguimiento a un diagnóstico, en base a la demanda presentada en el área clínica y a las características que presentan cada uno de los pacientes.

Son en definitiva, varios factores, los que detonan un trastorno de ansiedad, entre los más frecuentes se encuentran, las relaciones sociales, de pareja, entre padres e hijos, y las laborales; es decir cualquier tipo de interacción en general. De aquí, pueden derivar otros factores como lo son la infidelidad, la poca tolerancia, la falta de comunicación y la pérdida de eventos y/o personas importantes.

Por otra parte, observamos que no sólo la interacción con las personas puede provocar un trastorno de ansiedad, sino también el contacto físico, pensamiento, o imagen de ciertos objetos específicos como lo son algunos animales y objetos de los cuales se tiene la percepción, de que pueden ser dañinos o perjudiciales al bienestar.

De igual forma, es importante resaltar, que el correcto conocimiento de cada uno de los trastornos de ansiedad es fundamental para reconocer los síntomas diferenciadamente y dar un adecuado diagnóstico a los pacientes, esto debido a que hay síntomas que pueden confundirse entre un trastorno y otro. Así mismo, el adecuado conocimiento de los criterios establecidos, nos ayudará a identificar si pudiese haber o no relación con otros trastornos, aparte de la ansiedad.

3. DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Una vez revisada detalladamente la clasificación de DSM-IV-TR, podemos dar el siguiente paso, con base a las características y síntomas del paciente que acude a consulta, esto es el diagnóstico realizado de acuerdo a los criterios ya establecidos.

Por lo cual, en este capítulo se hablará del diagnóstico que es la parte fundamental para saber que tratamiento debemos adecuar al paciente. Éste, nos sirve para conocer y comprender más a fondo la queja o problema del paciente y a la vez, definir cuál es el tratamiento adecuado para superar el trastorno de ansiedad y/o cualquier otro padecimiento que se aqueja.

Es importante resaltar, que el diagnóstico se efectúa, de acuerdo a síntomas descritos por el paciente, conductas observables, y pensamientos que expresa la persona; así, como testimonios de aquellas personas que han contemplado de cerca los resultados de la ansiedad. Por lo que, hay que tener presente también, que los síntomas descritos, pueden coincidir con los de otros trastornos y saber diferenciar cada uno.

Siendo así, sin duda, las herramientas que debe utilizar el psicólogo para un buen diagnóstico son en primera instancia la entrevista, junto a una correcta observación de cada uno de los detalles del paciente, la realización de autorregistros para revisar la frecuencia de ocurrencia de una conducta identificada y finalmente cerciorarnos del diagnóstico efectuado con una evaluación utilizando algunos instrumentos psicológicos.

Por lo tanto, se debe intentar descubrir cuál es la estructura de personalidad del paciente, para comprender de manera completa lo que sucede en su ambiente. A continuación, revisaremos el diagnóstico psicológico.

3.1. Diagnóstico psicológico.

Etimológicamente diagnóstico proviene del griego *dia-gignosko*, que a su vez procede del latín *gnoscere*, y significa aprender a conocer, tener conocimiento, entender algo, conocer a fondo o en profundidad (Aragón, 2011).

El diagnóstico psicológico consiste en agrupar un cierto número de síntomas, lo que se llama un síndrome, en función de la frecuencia, duración y etiología de su aparición, y darle un nombre para que pueda ser fácilmente reconocido (Martínez; Fernández; Navarro y Martínez, 2009).

Flores (2010), indica que el planteamiento de un diagnóstico psicológico, implica organizar la información obtenida a través de la interacción especial que se da en la sesión terapéutica entre una persona y el profesional. Para ello el clínico se vale de varias herramientas entre las cuales están la entrevista (estructurada o semiestructurada), observación y baterías de pruebas psicológicas.

Una vez reunida la información se procede a determinar la categoría diagnóstica, conforme a la lógica del DSM-IV-TR esto implica juzgar si los signos y síntomas alcanzan o no el umbral diagnóstico definido, es decir, el límite en tiempo, número e intensidad que marca la frontera entre la manifestación total de un trastorno y el tipo de éste (Flores, 2010).

En base a la categoría diagnóstica que se presenta en el DSM-IV-TR, una persona con ansiedad, debe presentar síntomas bien definidos acerca del trastorno, como lo son, síntomas físicos y cognitivos; así como mantener una duración mínima del padecimiento, para detectar adecuadamente la ansiedad y dentro de qué subtipo encajan los síntomas; es decir (crisis de angustia o pánico, agorafobia, trastorno de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo

compulsivo, trastorno por estrés postraumático o trastorno de ansiedad generalizada).

También Córdova; De Santillana; García; González; Hernández y Ramírez (2010), subrayan que, dentro de las causas o factores que pueden favorecer la presentación de un trastorno de ansiedad se encuentra y deben tomarse en cuenta, los siguientes:

- 1) Biológicos: alteraciones en sistemas neurobiológicos, así como anomalías estructurales en el sistema límbico.
- 2) Ambientales: estresores ambientales, una mayor hipersensibilidad y una respuesta aprendida.
- 3) Psicosociales: situaciones de estrés, ambiente familiar, experiencias amenazadoras de vida y las preocupaciones excesivas por temas cotidianos.

Y que, los factores de riesgo más importantes para presencia de ansiedad son:

- a. Historia familiar de ansiedad (u otros trastornos mentales).
- b. Antecedente personal de ansiedad durante la niñez o adolescencia, incluyendo timidez marcada.
- c. Eventos de vida estresantes y/o traumáticos, incluyendo el abuso.
- d. Ser mujer.
- e. Comorbilidad con trastornos psiquiátricos (principalmente depresión).
- f. Existencia de una enfermedad médica o el consumo de sustancias.

Por su parte, Martínez; Fernández; Navarro y Martínez (2009), consideran que los diagnósticos deben ser siempre definidos operativamente con información suficiente para que sean fiables, basándose en la historia clínica, de forma que como criterios diagnósticos operativos pueden usarse:

- I. Los datos psicopatológicos
- II. Antecedentes, personalidad, marcadores biológicos

Así mismo, existen medicamentos y otras sustancias productoras de ansiedad como: agentes simpaticomiméticos, anfetaminas, anticonceptivos, consumo excesivo y abstinencia de alcohol y/o cafeína, corticoides, insulina, inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, penicilinas, teofilina, así como abstinencia de sustancias psicoactivas.

Por lo que, se debe considerar solicitar estudios de laboratorio y gabinete sólo en aquellos pacientes que se sospeche la presencia de otra patología que se acompañe de síntomas de ansiedad. Los estudios iniciales de laboratorio en un paciente con trastorno de ansiedad deben incluir: biimetría hemática completa, glucosa en ayunas, perfil de lípidos (colesterol, triglicéridos), electrolitos, enzimas hepáticas, creatinina sérica, EGO, hormonas tiroideas y ECG. En caso necesario prueba de embarazo (Secretaría de Salud, 2010).

Sin embargo, Ruiz y Lago (2005), consideran que hoy por hoy, el diagnóstico de los trastornos de ansiedad es clínico pues, aunque se han desarrollado instrumentos de medida en forma de escalas y entrevistas diagnósticas, que podrían apoyar al psicólogo clínico en su trabajo diario, éstas tienen poco valor en la práctica. Las escalas autoaplicadas y entrevistas no diferencian entre los diversos trastornos de ansiedad y entre síntomas de ansiedad y depresión. Aunque, pueden tener utilidad a la hora de valorar cambios que se han producido en el tratamiento con un paciente dado.

Por lo que, es importante aclarar, en el área de evaluación de los trastornos de ansiedad, se requiere un modelo de evaluación multimodal compuesto por entrevistas estructuradas, autorregistros y/o autoinformes, observaciones sistemáticas y registros psicofisiológicos, modelo que aparenta ser el mejor camino para lograr un buen diagnóstico, la planificación de tratamiento y para una completa evaluación de los resultados terapéuticos (Acuña, 2010).

Desde nuestro punto de vista, se considera que este modelo de evaluación multimodal, nos ofrece una visión más completa y con grandes ventajas para ofrecer un tratamiento psicológico más completo a los problemas de trastornos de ansiedad. En el siguiente apartado revisaremos los elementos que componen este modelo de evaluación.

3. 2. Observación.

De acuerdo con Carmín (2009), la *observación psicológica*, es el estudio de la conducta humana, donde se registran todos los hechos con exactitud a fin de evitar la interpretación y prejuicios del observador. La observación puede ser directa e indirecta. Este estudio de la conducta humana se da a través de los gestos, rasgos fisonómicos, reacciones, cambios fisiológicos como la palidez, la transpiración, palpitación. También se observa el lenguaje, el énfasis en la voz, la mímica del rostro: risa, sonrisa, llanto; ausencia de movimiento corporal, la expresión de la mirada.

Además, dice que ésta observación es empírica, porque se producen fenómenos psíquicos inesperados. También nos permite observar la personalidad en su totalidad y de manera espontánea, es una observación activa, objetiva y la observación es fundamental en el psicólogo. Todo psicólogo debe aprender a observar de una manera detallada.

Con base a ello, Merk (1986 en; Gómez, 2012), apunta que el estado mental puede observarse, bajo las siguientes condiciones:

a) Aspecto y conducta: vestimenta, postura, expresión facial, actividad motora, como agitación, impulsividad, retraso, relación con quien entrevista.

b) Fluidez en el habla: proceso de pensamiento, pobreza o rigidez de pensamiento, ritmo o progresión del habla, si el lenguaje es lógico y atinado o confuso y sin importancia, presencia de trastornos del pensamiento, fuga de ideas, calificación obsesiva o distracción.

c) Contenido del pensamiento: preocupaciones especiales, ideas obsesivas, interpretaciones erróneas, ideas de referencia o influencia, delirios, ideas de menosprecio de sí mismo, o grandiosidad.

d) Anormalidades perceptuales: alucinaciones auditivas, visuales o táctiles, despersonalización; desrealización.

e) Afecto: felicidad, júbilo, tristeza, depresión, irritabilidad, enojo, suspicacia, perplejidad, temor o ansiedad, apagamiento o incongruencia del afecto, adecuación al contexto.

Y señala, que la experiencia en el contacto con diversos individuos que tienen algún padecimiento psicológico y/o psiquiátrico, crea mayor sensibilidad al observar de manera directa un paciente.

Por su parte, Carmín (2009), expone que existen varios tipos de observación, entre ellas:

a. Observación Extensiva: Aquí se observa la estructura social y el tipo grupal al cual pertenece el sujeto observado. Su centro de acción se basa en la integración

del sujeto frente al medio que lo rodea y cómo éste va a influenciar en sus diferentes conductas o respuestas.

b. Observación Intensiva: Es cuando se observa a uno o dos sujetos, todas las características físicas y comportamentales de manera objetiva.

Según la Teoría Tridimensional de la Ansiedad de Lang (1968 en; Álvarez, Aguilar y Lorenzo (2012), la reacción emocional de la ansiedad puede observarse a un triple nivel: cognitivo subjetivo, haciendo referencia a la experiencia; fisiológico, haciendo referencia a los cambios corporales; y motor, haciendo referencia a las conductas claramente observables.

A nivel cognitivo, la ansiedad se manifiesta en sentimientos de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, miedo, inseguridad, sensación de pérdida de control, dificultad para decidir, presencia de pensamientos negativos sobre uno mismo, pensamientos negativos sobre la actuación ante los otros, temor a que se den cuenta de nuestras debilidades, dificultades para pensar, estudiar, concentrarse, percepción de fuertes cambios fisiológicos, entre otros.

A nivel fisiológico, la ansiedad se manifiesta a través de la activación de diferentes sistemas, principalmente el Sistema Nervioso Autónomo y el Sistema Nervioso Motor, aunque también se activan otros como el Sistema Nervioso Central, el Sistema Endocrino y el Sistema Inmune. De estos cambios o alteraciones los sujetos sólo perciben algunos como son el aumento en la frecuencia cardíaca (palpitaciones), el aumento en la frecuencia respiratoria, presencia de sudoración, tensión muscular, temblores musculares, dificultad respiratoria, sequedad de la boca, dificultad para tragar, sensaciones gástricas, entre otros. A su vez, estos cambios fisiológicos, pueden acarrear una serie de desórdenes psicofisiológicos transitorios, tales como dolores de cabeza, insomnio, náuseas, mareos, disfunción eréctil, contracturas musculares, disfunciones gástricas, etc.

A *nivel motor*, la ansiedad se manifiesta como: hiperactividad, movimientos repetitivos, dificultades para la comunicación (tartamudez), evitación de situaciones temidas, elevado consumo de alimentos o sustancias (como café y/o tabaco), llanto, tensión en la expresión facial, quedarse en blanco, presencia de respuestas de evitación de la situación que produce la ansiedad.

No obstante, la observación es uno de los métodos más eficaces para registrar las conductas motoras de la ansiedad. Pero también, la medida indirecta del componente motor en la respuesta de ansiedad, se ha dirigido a las conductas de evitación y escape, utilizando para ello gran cantidad de estímulos fóbicos específicos (Navlet, 2012).

Por lo cual, la observación de una conducta es requisito indispensable, para poder registrar una conducta primero se debe observar, luego definir operacionalmente y delimitarla para saber lo que se va a registrar. Es decir, definir una conducta de la forma más objetiva posible, delimitándola y especificándola, de tal forma que la definición pueda ser entendida por cualquier observador que lea la definición sin temor a interpretarla de otra forma (Carmín, 2009).

3.3. Entrevista.

La entrevista según Carmín (2009), es un instrumento al cual se le da múltiples usos, siendo su objetivo la recolección de información para una determinada situación.

Así mismo, dice que la *Entrevista Psicológica*: es una conversación estructurada que tiene orden, método, propósito y responsabilidad profesional por parte del entrevistador. Es una relación particular de índole profesional que se establece entre dos o más personas. Es una situación estructurada donde interactúan dos personas con propósitos definidos. Esta interacción es personal porque cada uno de los participantes ejerce influencia sobre el otro.

La entrevista se considera una técnica, porque tiene sus propios procedimientos, sus reglas empíricas, con las cuales verifican el conocimiento científico. Esta técnica es el punto de interacción entre la ciencia y las necesidades prácticas (Carmín, 2009).

La Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (2008), considera que para llegar a una comprensión global del paciente y poder establecer un diagnóstico de los trastornos de ansiedad, el instrumento por excelencia es la entrevista clínica. En ella se establecen o reactualizan las bases de la relación y se recoge o se pierde la información necesaria para orientar el diagnóstico y la decisión de estrategias por seguir.

Clark y Beck (2012), apuntan que la entrevista diagnóstica siempre ha desempeñado un papel importante en la terapia cognitiva. Beck et al. (1979) defendían que una evaluación diagnóstica completa es esencial para establecer los síntomas y el plan de tratamiento. La entrevista diagnóstica es importante para la conceptualización del caso y para la planificación del tratamiento porque:

- a. Aporta información detallada sobre la tipología, frecuencia y gravedad de los síntomas presentados.
- b. A menudo se evalúan procesos cognitivos claves de los trastornos de ansiedad.
- c. Se diagnostican los estímulos situacionales provocadores y las estrategias de afrontamiento, especialmente las respuestas de evitación.
- d. Se determina el nivel de angustia y el impacto sobre el funcionamiento diario.
- e. Se delinear los factores precipitantes, el desarrollo de síntomas y el curso.

- f. Se identifican los síntomas competidores y otros procesos psicológicos que pudieran complicar el tratamiento.

Ligado a ello, Carmín (2009), resalta que la entrevista debe constar de las siguientes características:

1. Es un medio de interacción entre dos o más personas.
2. Toda entrevista representa una relación humana de influencia recíproca y dinámica.
3. En esta relación es importante la escucha, la empatía, y el rapport.

Respecto a la entrevista, la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (2008), menciona que al intentar sistematizar la técnica, entre una entrevista dirigida y una libre, la entrevista semiestructurada combina ambos tipos, adaptándose a las características del encuentro psicólogo-paciente. Esta empieza con preguntas más abiertas, apoya la narración del paciente y posteriormente, dirige el encuentro con preguntas más específicas o cerradas que consiguen no dejar interrogantes imprescindibles en la identificación y manejo del problema. Las diferentes partes de la entrevista semiestructurada se describen en la (tabla 15).

Fase preliminar	Fase exploratoria	Fase resolutive	Fase final
<p>*Recepción empática</p> <p>*Motivo de consulta</p> <p>*Evitar “ya que estoy aquí” delimitando los motivos de consulta</p>	<p>*Obtener información específica básica:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cómo son los síntomas -Localización -Intensidad -Cronología y evolución <p>*Recoger información específica complementaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Presencia de patología orgánica o psicológica -Factores desencadenes -Entorno sociofamiliar -Antecedentes personales -Situaciones que mejoran o empeoran <p>*Exploración de la esfera psicosocial:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Creencias y expectativas -Contenido del pensamiento -Afectividad -Personalidad 	<p>*Síntesis y enumeración de los problemas</p> <p>*Información al paciente de la naturaleza del problema</p> <p>*Comprobación de que ha entendido las explicaciones</p> <p>*Implicación del paciente en la elaboración de un plan diagnóstico-terapéutico:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Acuerdos -Negociación -Pactos 	<p>*Toma de precauciones</p> <p>*Acuerdo final</p> <p>*Despedida</p>

Tabla 15. Partes de la entrevista semiestructurada, Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (2008).

En la fase exploratoria, de forma habitual el psicólogo tiene ya recogida previamente mucha de la información complementaria y de la esfera psicosocial de un paciente. En la fase final de la entrevista debe recalcar el acuerdo final como reconversión de ideas y pactos alcanzados (Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2008).

Por su parte, Beck y Clark (2012), consideran que, aunque el terapeuta tiene a su disposición una amplia gama de entrevistas, el Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS-IV) (Brown, Di Nardo & Barlow, 1994) y el SCID-IV (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1997) han llegado a ser, por mucho, las entrevistas más empleadas. Ambas son entrevistas semiestructuradas, administradas por el terapeuta y diseñadas para hacer un diagnóstico diferencial basado en los criterios del DSM-IV (APA, 2000). El Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) para el Eje I dispone de una versión publicada (SCID_CV) que cubre los diagnósticos DSM-IV-TR más comúnmente observados en la práctica clínica, mientras que la versión no publicada de investigación (SCID-RV) es mucho más extensa e incluye numerosos subtipos diagnósticos y especificadores del curso (First et al., 1997 en, Clark y Beck, 2012).

Justamente, Clark y Beck (2012), indican que la mejor entrevista diagnóstica para los trastornos de ansiedad es el ADIS-IV. Aunque el ADIS-IV se presenta en dos versiones: actual y la historia vital para los adultos. La versión actual será de suma relevancia en la práctica clínica porque incluye apartados sobre cada uno de los trastornos de ansiedad así como de las condiciones altamente comórbidas. En cada uno de los apartados de trastornos de ansiedad, se obtienen valoraciones de gravedad y angustia sobre los síntomas específicos y también se incluyen la Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton (HRSA, *Hamilton Rating Scale of Anxiety*; Hamilton, 1959) y la Escala de Valoración de la Depresión de Hamilton (HRSD, *Hamilton Rating Scale of Depression*; Hamilton, 1960), de forma que las escalas puedan administrarse durante la entrevista. Aunque el ADIS-IV cubra todos los criterios claves de los trastornos de ansiedad, va mucho más allá del DSM-IV-TR

ofreciendo información adicional sobre los fenómenos psicopatológicos que se analizan en las entrevistas para la ansiedad (p. ej., expresión parcial de síntomas, evitación, estímulos situacionales provocadores y aprensión).

Clark y Beck (2012, coinciden con Bados 2005), en que un modelo de entrevista diagnóstica siguiendo los criterios del DSM-IV es la *Entrevista para los Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV (ADIS-IV)* de Brown, DiNardo y Barlow (1994). Esta entrevista dura de una a dos horas y evalúa los diferentes trastornos de ansiedad a un nivel no solamente diagnóstico, además, contiene secciones para evaluar los trastornos del estado de ánimo, la hipocondría, el trastorno por somatización, el trastorno mixto de ansiedad-depresión y los trastornos de abuso/dependencia de sustancias psicoactivas. En todos estos casos, la evaluación puede hacerse sólo en el presente o también en el pasado, según el modelo de entrevista que se emplee de los dos existentes.

También se incluyen unas pocas preguntas de filtrado sobre síntomas psicóticos y de conversión, y sobre la historia familiar de trastornos psicológicos. La última sección aborda la historia de tratamiento psicológico y psiquiátrico y la historia médica del paciente. Finalmente se incluyen las escalas de Hamilton para la ansiedad y la depresión.

Algunas preguntas útiles según Bados (2005), son:

1. ¿Diría usted que es una persona que se preocupa con facilidad?
2. ¿Qué cosas le preocupan?
3. ¿Qué cree que puede suceder respecto a...?
4. En promedio ¿Qué porcentaje del día diría usted que se siente ansioso o preocupado?
5. Cuando las cosas van bien ¿Todavía encuentra cosas que le preocupen?
6. ¿Se preocupa por no preocuparse?
7. ¿Encuentra muy difícil dejar de preocuparse?

8. ¿Es capaz de quitarse la preocupación de la cabeza y se dificulta concentrarse en sus tareas?
9. ¿Cuáles son las reocupaciones que le resultan más difíciles de controlar?
10. En los últimos 6 meses ¿Cuántos días de cada 100 se ha encontrado excesivamente preocupado o ansioso?
11. ¿Cuánto tiempo hace que dura este periodo actual de preocupaciones y ansiedad excesivas y difíciles de controlar?
12. ¿Qué síntomas nota usted habitualmente en las épocas en que se encuentra agobiado?
13. ¿Ha experimentado (síntoma) la mayoría de los días, durante los últimos 6 meses?
14. ¿Le llevan sus preocupaciones a hacer algo para tranquilizarse o para reducir la ansiedad que le producen? ¿Qué hace o deja de hacer?
15. ¿Qué cree que pasaría si no llevara a cabo estas conductas dirigidas a controlar su ansiedad?
16. ¿En qué medida cree que pasaría lo que teme?
17. ¿Cree que sus preocupaciones cumplen alguna función útil? ¿Cuál?
18. ¿Cree que puede pasar algo malo si deja de preocuparse?
19. ¿Cree que sus preocupaciones tienen o pueden tener consecuencias negativas? ¿Cuáles? ¿Qué hace para controlar sus preocupaciones?
20. Describame detalladamente qué sucedió y en qué estuvo pensando la última vez que se preocupó en exceso. ¿Fue similar a otras veces? Si no es así ¿En que fue diferente?

Por su parte, Acuña (2010), dice que más allá de las entrevistas que evalúan la psicopatología general de los pacientes, también existen entrevistas estructuradas específicas de trastornos de ansiedad, como lo es (*SADSLA*) *Escala de esquizofrenia y trastornos afectivos – versión ansiedad durante toda la vida* (Schedule for affective disorders and schizophrenia-lifetime anxiety version, SADSLA) (Mannuzza, Fyer y Klein, 1985). Esta es una entrevista semiestructurada administrada por el terapeuta, su tiempo de aplicación ronda entre una hora y media,

y tres horas aproximadamente. Se diseñó para utilizar en las situaciones que requieren una descripción detallada de los síntomas de ansiedad y de otros síntomas psicopatológicos a lo largo de la vida del paciente.

Y agrega, que SADS-LA ofrece una evaluación general y completa, pero se puede utilizar la sección sobre ansiedad independientemente como complementaria de la entrevista clínica o junto con otros cuestionarios diagnósticos semiestructurados. Incluye un cuestionario extenso sobre las fobias, una sección que evalúa la desmoralización secundaria a los trastornos de ansiedad y una gráfica de vida que ofrece una presentación longitudinal y visual de los síntomas psicopatológicos del paciente, los diagnósticos recibidos y los acontecimientos vitales más significativos (Echeburúa, 1996 en; Acuña, 2010).

Otra forma en que el terapeuta cognitivo puede obtener información inicial sobre los estímulos provocadores ambientales mencionan Clark y Beck (2012), es a partir de la entrevista clínica formulando preguntas específicas sobre los tipos de situaciones que eliciten ansiedad, se muestra en la tabla **(Anexo 1)**.

A menudo subrayan Clark y Beck (2012), los individuos que solicitan terapia cognitiva para la ansiedad han recibido previamente tratamiento o han leído libros de auto-ayuda orientados en la teoría cognitiva. Por consiguiente, es probable que ya esté presente alguna respuesta constructiva en su ansiedad. En la tabla **(Anexo 2)**, se presentan varios tipos de respuestas constructivas ante la ansiedad y una muestra de cuestiones clínicas que podrían usarse para evaluar la activación del modo constructivo en situación de ansiedad.

La evaluación del uso “espontáneo” que hace el cliente de varios enfoques constructivos ante la ansiedad es importante por dos razones. La primera, porque ofrece algunas indicaciones con respecto a los puntos fuertes del cliente a cuya sombra podrá formularse el plan de tratamiento. Y la segunda, porque es posible que algún enfoque constructivo particular no haya sido empleado con efectividad y,

consecuentemente, el cliente tenga expectativas negativas sobre su éxito (Clark y Beck, 2012).

Principalmente el terapeuta debería recoger información referida a la facilidad para preocuparse del paciente, a los temas de preocupación, al porcentaje de tiempo que ocupan las preocupaciones, y a la preocupación sobre la preocupación (Acuña, 2010).

Por último, es aconsejable recoger una breve historia médica para comprobar si ciertas condiciones médicas o farmacológicas pueden ser responsables de los síntomas o estar contribuyendo a los mismos. Si han pasado dos o más años desde la última revisión médica, conviene pedir al paciente que se haga una (Bados y López, 2005 en; Acuña, 2010).

3.4. Autorregistros.

Un autorregistro según Benguría; Martín; Valdés; Pastellides y Gómez (2010), es conducir la atención intencionadamente a la conducta observada y registrar las observaciones mediante un procedimiento establecido previamente. (Ejemplo: número de veces que levanto la mano en clase). Esta técnica, tiene un carácter semiestructurado, la conducta se anota en el mismo instante de realizarla y es una técnica que se lleva a cabo en situaciones naturales.

En el Cuaderno de prácticas (2004), se subraya que la autoobservación y su autorregistro es una de las técnicas por excelencia a la hora de realizar un análisis funcional. Ello es así porque, a diferencia de la entrevista, permite un registro en el momento en el que ocurre de la conducta y demás eventos que son objeto de evaluación. Así mismo, contra la dificultad de establecer frecuencias y tasas concretas que se da en la entrevista, una técnica observacional, como es el caso, permite obtener información precisa sobre tal objeto de evaluación. En otras palabras, el dato que proporciona el autorregistro no tiene por qué estar sesgado

por el recuerdo y la reconstrucción del pasado que se hiciese en el momento en el que se formula la pregunta.

También señalan que para informaciones que requieren un elevado grado de precisión, como puede ser la tasa de una conducta (cuantos cigarrillos se fuma al día, cuántas veces se arranca cabellos de la cabeza), la observación de tales eventos resulta imprescindible. Ahora bien, la observación por otros es una técnica muy costosa, en tiempo y esfuerzo, además de estar sujeta a limitaciones que tienen que ver con las posibilidades de producir cambios en la conducta de quienes observan (lo que se conoce como reactividad de la observación).

Y remarcan, que la autoobservación y su autorregistro permite obtener información sobre una conducta cuando ésta acontece y puede ser recogida aunque remita a conductas íntimas o contextos privados. No obstante, la autoobservación y su autorregistro no están exentos de dificultades que deben ser tenidas en cuenta cuando se diseña su aplicación. Por una parte, como ocurría con la observación por otros, la conducta a observar también es susceptible de reactividad. En este caso la reactividad viene provocada por el mismo individuo quien puede, realizar una conducta menos de lo que lo haría, por el hecho de que se está registrando el número de veces que lo hace. En otros, por el contrario, la reactividad puede inducir un incremento de la conducta, en el sentido contrario al deseado, como puede pasar en un caso de rascado compulsivo.

Como menciona Bados (2005), en el caso de la ansiedad, en un diario conductual de actividades: el sujeto puede apuntar aspectos como fecha, hora en que ha salido y ha regresado a casa, descripción de la actividad y destino de la salida, distancia aproximada recorrida desde casa, tiempo pasado en el lugar de destino, si va solo o acompañado, tiempo pasado solo, ansiedad media y/o máxima experimentada, ocurrencia o no de ataque de pánico, uso de medicación y de otras estrategias defensivas y si la salida es una sesión de práctica o sólo una parte de la rutina normal.

En un caso más específico; en un diario conductual de ansiedad y ataques de pánico; la persona puede apuntar fecha, hora, duración, lugar, circunstancias y pensamientos asociados con el ataque, si la situación era estresante, si el ataque fue espontáneo o no, la intensidad de la ansiedad máxima experimentada, y si tuvo o no cada uno de los síntomas somáticos y cognitivos de los ataques de pánico según el DSM-IV. Además, al final del día apunta la ansiedad promedio tenida, el miedo o preocupación acerca de la posibilidad de tener un ataque de pánico y el tipo y dosis de todas las medicaciones tomadas (Bados, 2005).

Un autoinforme, por lo tanto, supone un mensaje verbal que una persona emite sobre cualquier tipo de manifestación propia”. De esta manera es como Fernández Ballesteros (1992 en; Acuña, 2010), define a los autoinformes, de alguna manera, como el resultado de una autoobservación o introspección que hace el sujeto sobre su propia conducta.

Así, los autoinformes se efectúan bajo diversas circunstancias tales como el momento de ocurrencia de la conducta que se evalúe; la calidad de situación; las preguntas o instrucciones que presenten a los sujetos; el modo de respuesta; y el tratamiento de los resultados obtenidos (Acuña, 2010).

Por otra parte, en el Cuaderno de prácticas (2004), escriben que para aprovechar la ventaja que la técnica proporciona, es conveniente que el registro de la conducta o conductas, se realice en el momento de acontecer. Ello, sin embargo, requiere que el diseño del registro no interfiera con la propia ejecución de la conducta o que se convierta en un fastidio resultando en un inadecuado registro o, incluso, en su abandono.

Así mismo, afirman que, de acorde con la conducta a evaluar, el autorregistro deberá constar, en cualquier caso, de lo siguiente:

- I. Definición de la conducta a registrar
- II. Parámetros de la conducta a registrar
- III. Otras unidades de información funcionalmente relacionadas con la conducta a registrar
- IV. Modelo de registro
- V. Instrucciones

Ligado a ello, Benguría; Martín; Valdés; Pastellides y Gómez (2010), consideran que existen cuatro procedimientos para realizar autorregistro y son:

- a. Técnicas de lápiz y papel: Es muy sencillo y aplicable a muchos diferentes ámbitos. El sujeto debe marcar, por ejemplo con una cruz, si en un definido momento se ha producido la conducta.
- b. Contadores de repuesta: El sujeto debe pulsar un botón cada vez que realice la conducta. Es un aparato mecánico que en la mayoría de las veces se lleva en la muñeca, en el bolso o en el bolsillo.
- c. Dispositivos de tiempo: Anotar la duración de la conducta objeto de estudio, no su número de veces que aparece. Normalmente se mide con un cronómetro.
- d. Dispositivos electrónicos: Grabar en video o en audio la conducta.

En general, Acuña (2010), considera que las variables y condiciones a las que están sujetos los autoinformes se muestran en la (tabla 16).

Variables a las que se pueden referir los autoinformes	Condiciones bajo las cuales tienen lugar los autoinformes
<p>Rasgos, Dimensiones o Factores de Personalidad</p> <p>Estados</p> <p>Repertorios Clínicos Conductuales</p> <p>Repertorios Procesos y Estructuras Cognitivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Percepción de su Ambiente</i> - <i>Automensajes</i> - <i>Expectativas, motivaciones</i> 	<p>El tiempo (según momento de ocurrencia del hecho que se quiera evaluar):</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Retrospectivos</i> - <i>Concurrentes</i> - <i>Futuros</i> <p>La situación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Artificial</i> - <i>Natural</i> <p>Las preguntas, según grado de estructuración:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Estructuradas</i> - <i>No estructuradas</i> - <i>Semi-estructuradas</i> <p>Las respuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Abiertas</i> - <i>Dicotómicas</i> (Si/No; Verdadero/Falso; etc.) - <i>Escalares</i>: el objetivo es determinar hasta qué punto determinada sentencia es aplicable o no. Esto se puede expresar a través de escalas numéricas (p.ej. de 0 a 5), escalas gráficas, escalas de adjetivos o adverbios. - <i>Alternativas Ipsativas</i>: se responde según el grado de preferencia de distintos elementos que se presentan. <p>- El tratamiento de los resultados</p>

Tabla 16. Variables y condiciones de los autoinformes, Acuña (2010).

Por su parte, Clark y Beck (2012), muestran el formato de dos autorregistros, que puede ser de utilidad para que el terapeuta aplique la perspectiva cognitiva en la evaluación y formulación del caso durante la práctica clínica, como se muestra en **(Anexo 3)**.

Siendo que, los autoinformes son aplicables a un amplio rango de población y a múltiples problemas de conducta, lo que los convierte en herramientas fundamentales para la clínica y sobre todo para la investigación (Acuña, 2010).

3.5. Evaluación psicológica.

La meta de la psicología, afirma Aragón (2011), es la descripción, explicación y predicción del comportamiento de las personas. La ventaja principal de la medición, es que erradica conjeturas sobre lo que observamos o escuchamos. Por lo que, lo primero es establecer un diagnóstico y lo segundo, hacer una clasificación. Lo que se mide en psicología es la conducta, el comportamiento; más que conductas, lo que se mide son *atributos de la conducta*, atributos psicológicos. El objetivo de la medición es determinar cuánto está presente de un atributo en determinada persona.

Por lo que, López (2010), dice que poco más de un siglo, tienen de fundados los tests y se utilizan de forma muy extensa y con fines muy diversos actualmente.

Siendo así, Aragón (2011), refiere que *test* es una palabra inglesa que significa prueba, reactivo, ensayar, probar o comprobar, este término tiene su origen a la vez en la raíz latina *testis*, que es testigo o testimonio.

De acuerdo al desarrollo de los test, es como de inicia la psicometría, la cual según López (2010), estudia la teoría y la práctica de la medición de las cualidades de conductas, de las cuales la cualidad psíquica debe inferirse. Este término está relacionado con la medición de distintas características psíquicas del hombre.

Y agrega, que la psicometría ofrece una valoración particular tanto de las posibilidades de un sujeto como de sus cualidades personales en un momento determinado y en condiciones específicas. Se han utilizados con múltiples propósitos, para medición de estímulos, de eventos, acontecimientos, procesos cognitivos, habilidades, destrezas, desarrollo intelectual, procesos afectivos y conativos, actitudes, estados psíquicos, cualidades o rasgos de la personalidad, etc.

3.6. Instrumentos de evaluación para la ansiedad.

De acuerdo a la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (2008), la constatación ya comentada del diagnóstico de la ansiedad, ha dado lugar a un gran número de instrumentos o escalas estructuradas que tratan de detectar “posibles casos” de enfermedad. Muchas de las escalas pretenden ser instrumentos de filtro, y como con ellos, una vez detectado el posible caso se emprenderá el procedimiento diagnóstico oportuno.

Y aclara que las escalas por sí mismas no generan diagnósticos, sino que permiten seleccionar personas con puntuación alta de las que se sospecha la presencia de patología mental, lo que justifica la realización posterior de un estudio más profundo.

Además, estos instrumentos de medida sirven para completar una adecuada valoración, ya que refuerzan el juicio diagnóstico elaborado tras la entrevista clínica y la exploración psicopatológica.

Aunque, todos estos instrumentos presentan las limitaciones de detectar falsos positivos y negativos, dado que todos tienen una sensibilidad y especificidad inferior al 100%. No es pues, factible ni recomendable utilizar las escalas de rutina de atención primaria con fines clínicos, y en ningún caso sustituyen a la entrevista clínica, aunque son útiles como guía de entrevista y para apoyar el juicio clínico, así como también se han convertido en herramientas esenciales en el ámbito de la

investigación clínica, además de servir para comprobar el efecto que las distintas intervenciones terapéuticas tienen en la evolución de la enfermedad (Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2008).

Teniendo que, la evaluación es útil en el área clínica para realizar un diagnóstico acorde a cada caso, a continuación se presentan en las (tablas 17 a la 17.5) de algunos instrumentos que evalúan y distinguen los rasgos de ansiedad.

Como lo muestran, Fernández; Álvarez y Maristany (2008) quienes han reunido los diferentes cuestionarios, inventarios y escalas de medición utilizados específicamente para distintos trastornos de ansiedad. Gracias a este listado se puede visualizar la gran cantidad de instrumentos existentes destinados a complementar la evaluación de los diversos cuadros, en este caso, de los que tienen en común la presencia de sintomatología ansiosa.

<u>FOBIA ESPECÍFICA</u>		
<p><i>Fear Survey Schedule</i> (FSS III) Inventario de temores.</p>	<p>Wolpe y Lang (1964). Carboles, Costa, del Ser y Bartolomé (1986).</p>	<p>Evalúa temores específicos.</p>
<p><i>Fear Questionnaire</i> (FQ) Cuestionario de temores.</p>	<p>Mark y Matthews (1979).</p>	<p>Evalúa temores específicos (fobia a la sangre y operaciones, ansiedad social, agorafobia).</p>

Tabla 17. Retomada y modificada, de Fernández Álvarez y Maristany (2008).

<u>TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO</u>		
<i>Leyton Obsessional Inventory</i> (LOI) Inventario de obsesiones de Leyton.	Cooper (1970).	Evalúa rasgos de personalidad obsesiva-compulsiva y sintomatología de TOC.
Cuestionario de Lynfield	Alley y Tune (1975).	Evalúa rasgos de personalidad obsesiva-compulsiva y sintomatología de TOC.
<i>The compulsive activity checklist</i> (CAC) Listado de actividad compulsiva.	Freund, Steketee y Foa (1975).	Evalúa diferentes tipos de obsesiones y compulsiones.
<i>Maudsley O-C Inventory</i> (MOCI) Inventario de obsesiones y compulsiones de Maudsley	Hodgson y Rachman (1977).	Evalúa diferentes tipos de obsesiones y compulsiones asociadas a rituales observables.
<i>Padua Inventory</i> Inventario de Padua	Sanavio (1988).	Evalúa signos de un TOC teniendo en cuenta conductas de chequeo, control sobre actividad mental, contaminación, preocupación por perder el control de la conducta.

Tabla 17.1. Retomada y modificada, de Fernández Álvarez y Maristany (2008).

<u>PÁNICO Y AGORAFOBIA</u>		
<i>Self-Concept Scale</i> (SCS) Escala de autoconcepto privada y pública.	Feningstein, Séller y Buss (1975).	Evalúa autoconciencia corporal.
<i>Body-Concept Scale</i> (BCS) Escala de conciencia corporal privada y pública.	Miller, Murphy y Buss (1981).	Evalúa autoconciencia corporal.
Cuestionario de Autocontrol	Rehm, Kaslow, Rabin y Willand (1981).	Evalúa actitudes y creencias acerca del proceso de autocontrol.
<i>Agoraphobic Cognitions Questionnaire</i> (ACQ) Cuestionario de cogniciones agorafóbicas.	Chambless, Caputo, Bright y Gallagher (1984).	Evalúa al miedo a tener miedo, a los ataques de pánico y pensamientos catastróficos.

Tabla 17.2. Retomada y modificada, de Fernández Álvarez y Maristany (2008).

<u>PÁNICO Y AGORAFOBIA</u>		
<i>Body Sensations Questionnaire</i> (BSQ) Cuestionario de sensaciones corporales.	Chambless, Caputo, Bright y Gallagher (1984).	Evalúa el grado de temor de manifestaciones somáticas asociadas al pánico.
<i>Mobility Inventory for Agoraphobia</i> (MIA) Inventario de movilidad para Agorafobia.	Chambless, Caputo, Josin, Williams y Gracely (1985).	Evalúa grado de agorafobia de un sujeto considerando el grado de discrepancia que tiene para realizar determinada tarea solo o acompañado.
<i>Anxiety Sensivity Index</i> (ASI) Índice de sensibilidad a la ansiedad.	Reiss, Peterson, Gursky y McNally (1986).	Evalúa la tendencia a responder con ansiedad a los síntomas de ansiedad.
Inventario de Agorafobia (IA)	Echeburúa, Corral, Paez y Borda (1987).	Evalúa respuestas de la agorafobia, estando solo y acompañado.

Tabla 17.3. Retomada y modificada, de Fernández Álvarez y Maristany (2008).

<u>FOBIA SOCIAL</u>		
<i>Social Avoidance and Distress Scale</i> (FNE) Escala de ansiedad y evitación social.	Watson y Friend (1969).	Evalúa el grado subjetivo de malestar ante la evaluación de los demás.
<i>Social interaction self-statement test</i> (SISST) Escala de ansiedad en interacciones sociales.	Glass, Merluzzi, Bierer y Larsen (1982).	Evalúa los pensamientos frente a una situación social.
Escala de Liebowitz de Ansiedad Social	Liebowitz (1987).	Evalúa el grado de ansiedad que generan algunas situaciones.
<i>Social Phobia and Anxiety Inventory</i> (SPAI) Inventario de ansiedad y fobia social.	Turner, Blidel, Dancu y Stanley (1989).	Evalúa el grado en que ciertas situaciones generan ansiedad en el paciente.
<i>Social Phobia Scale</i> (SPS) Escala de Fobia Social.	Marttick y Clark (1998).	Evalúa el temor a ser juzgado mientras se realiza alguna actividad.

Tabla 17.4. Retomada y modificada, de Fernández Álvarez y Maristany (2008).

<u>TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA</u>		
Taylor Manifest Anxiety Scale, TMAS. Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor	Taylor (1953).	Evalúa rasgo de ansiedad.
Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS. Escala de Hamilton para la Valoración de la Ansiedad	Hamilton (1959).	Evalúa estado de ansiedad.
Self-Rating Anxiety Scale, SRAS. Escala de Autovaloración de la Ansiedad	Zung (1971).	Evalúa estado de ansiedad.
State-Trait Anxiety Inventory, STAI. Inventario de Estado-Rasgo de Ansiedad	Spielberger y cols. (1983).	Evalúa el estado y el rasgo de ansiedad.
Questionnaire sur le Inquiétude et l'Anxiété Worry and Anxiety Questionnaire, WAQ. Cuestionario de Preocupación y Ansiedad	Dugas y cols. (2001).	Evalúa los criterios diagnósticos del TAG según el DSM-IV.

Tabla 17.5. Retomada y modificada, de Fernández Álvarez y Maristany (2008).

De manera que, para precisar un diagnóstico de ansiedad, de ser necesario se aplicará un instrumento, para asegurar la presencia de ésta y saber hacia dónde se inclinará el tratamiento, como veremos en el siguiente apartado.

Conforme a la información de este capítulo, podemos decir que para el psicólogo, es fundamental realizar un diagnóstico adecuado, pues conociendo los criterios establecidos, es como podemos acercarnos a una valoración justificada para explicar al paciente su padecimiento y cómo debe tratarse para eliminar o controlar la ansiedad.

Para ello, se deben tener varias sesiones, donde se recabará la información necesaria que detalle los síntomas y/o molestias físicas y mentales que están presentes en un trastorno. Por lo cual, hay que tomar en cuenta las herramientas antes mencionadas para lograr el bienestar de la persona.

Así, el uso de la entrevista para los psicólogos, en particular los clínicos, es fundamental, pues en base a las preguntas realizadas al paciente, es como se obtiene la mayor información requerida y donde el paciente puede expresar de manera libre todo lo que acontece a su alrededor.

Esto, aunado a la observación, que es crucial para la detección de aquellos síntomas imperceptibles, en ese momento para el paciente, ésta nos ayuda a conocer más a la persona y detectar cambios antes y después de poner en marcha el tratamiento elegido.

Otro punto a favor del diagnóstico, son los autorregistros que son de utilidad para que el paciente se observe a sí mismo y vea la frecuencia con que realiza conductas deseadas o no deseadas según sea el caso. De manera que, esta técnica beneficia el autoconocimiento y la modificación de conductas que se espera tener.

Finamente, es importante corroborar que nuestro diagnóstico es el correcto, por lo cual los instrumentos de evaluación son de gran utilidad para ello, dado que una detección apropiada, propicia el tratamiento adecuado y por consiguiente, el beneficio biopsicosocial para el paciente.

El uso de cada una de las técnicas de diagnóstico y evaluación, es responsabilidad del psicólogo, pues al diagnosticar una patología como lo es la ansiedad, el profesional es responsable de proporcionar al paciente las herramientas adecuadas para adquirir nuevas habilidades y aprenda a manejar la o las situaciones, como se verá en el siguiente capítulo.

4. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Una vez que se ha definido el diagnóstico del paciente, lo que sigue es el tratamiento que se elegirá en pie, a lo que se pretende cambiar y/o eliminar en la personalidad de la persona que presenta el problema de ansiedad.

Si bien, existen en general dos tipos de tratamiento que son los psicológicos con la psicoterapia y los farmacológicos; sin embargo, aquí sólo se hablará de la psicoterapia como principal propuesta de tratamiento en los trastornos de ansiedad. Para poder hablar de tratamiento, debemos tomar en consideración las causas de la ansiedad del paciente, pues esto determina el desarrollo y mantenimiento de ésta. Una vez revisada la historia clínica del paciente decidiremos que técnicas son las que más se adecuan a su necesidad.

Como lo plantean Pastor y Sevillá, (2003 en; Pérez, 2009), en vistas a reducir los efectos negativos de la ansiedad en el tratamiento cognitivo-conductual, se proponen algunas estrategias. Una es el uso de técnicas de control físico (relajación y respiración profunda) y técnicas de control cognitivo para posteriormente afrontar el pánico mediante técnicas de exposición interoceptiva (EI) y exposición en vivo (EV), con el objetivo de familiarizarse primero con los pensamientos y sensaciones antes de exponerse. Además de éstas técnicas mencionadas, existe también la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) creada por Ellis, y otras, como lo es la asertividad y la desensibilización sistemática; de las cuales se hablará aquí.

Es importante resaltar, que en la práctica, es frecuente que estos trastornos queden sin diagnosticar y que no se tenga suficientemente en cuenta el gran sufrimiento que generan y la incapacidad que provocan en diferentes áreas de la vida (Ibáñez, 2006 en; Pérez, 2009).

4.1. La ansiedad desde el modelo cognitivo-conductual.

En base al modelo cognitivo de ansiedad; mencionan Clark y Beck (2012), en la terapia cognitiva para la ansiedad y la depresión, a los pacientes se les enseña una máxima: “El modo en que pienso afecta sobre el modo en que siento”. Esta sencilla afirmación es el fundamento de la teoría cognitiva y la terapia de los trastornos emocionales y, sin embargo, los individuos muchas veces no logran reconocer el modo en que sus pensamientos afectan sobre su estado anímico. Dada la experiencia de activación fisiológica intensa e incontrolable que suele ocurrir durante la ansiedad aguda, es comprensible por qué quienes la padecen no reconocen sus bases cognitivas. A pesar de esta falta de reconocimiento, la cognición desempeña una función mediadora importante entre la situación y el afecto, tal y como se indica en la (figura 11).

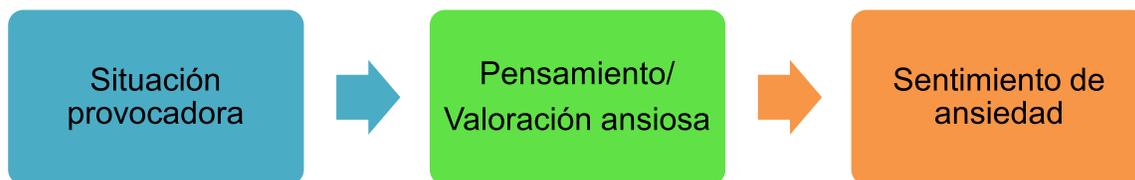


Figura 11. Cogniciones en la ansiedad retomada de Clark y Beck (2012).

Los individuos suelen asumir que las situaciones y no las cogniciones (es decir, las valoraciones) son responsables de su ansiedad.

Nuestro modo de pensar ejerce una poderosa influencia sobre cómo nos sentimos, si ansiosos o tranquilos. La perspectiva cognitiva puede ayudarnos a entender algunas contradicciones visibles en los trastornos de ansiedad (Clark y Beck, 2012).

Esto se demuestra en la (figura 12).

Modelo cognitivo de la ansiedad

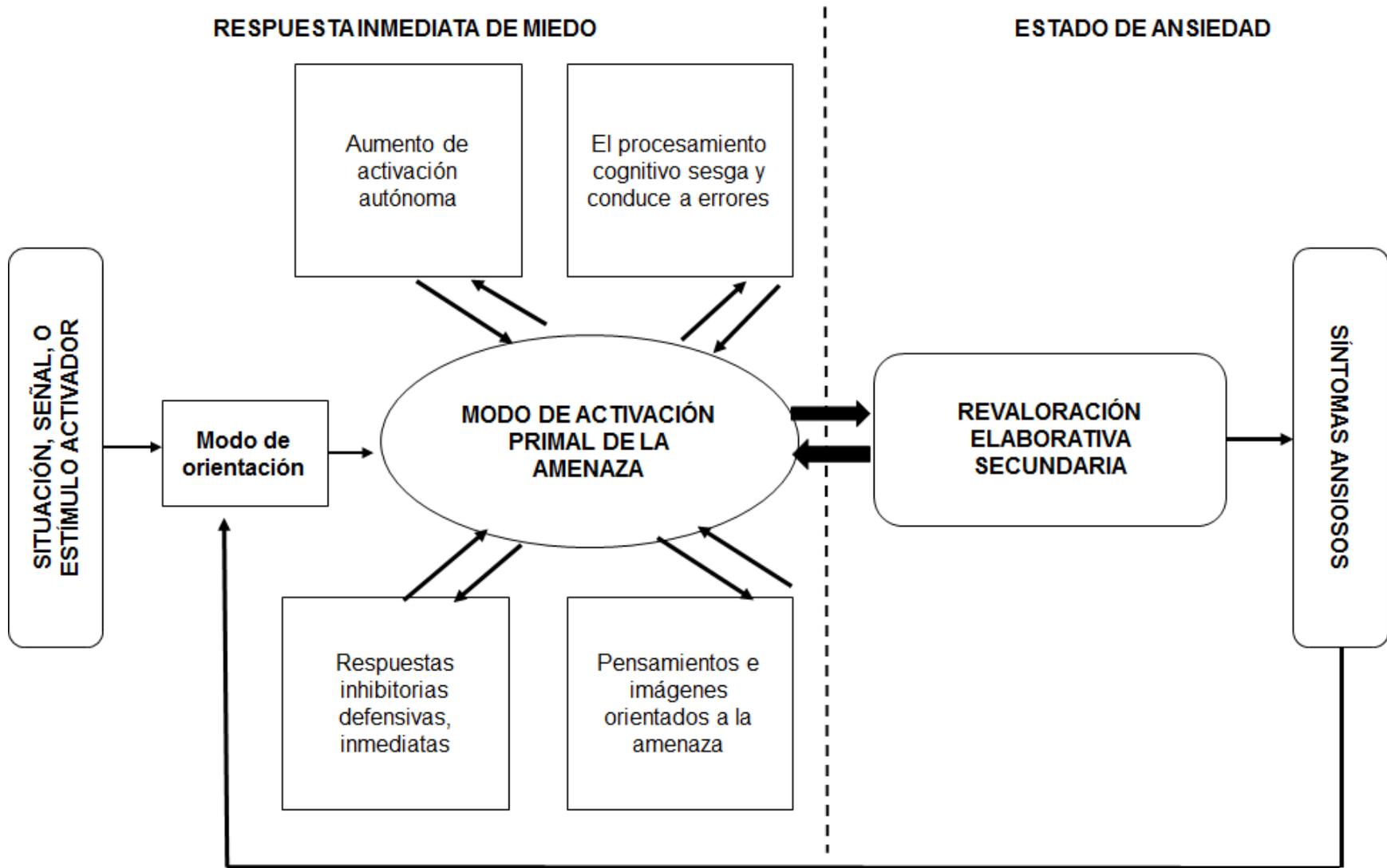


Figura 12. Modelo cognitivo de la ansiedad de Clark y Beck (2012).

La perspectiva de la ansiedad expresan Clark y Beck (2012), se centra en el concepto de vulnerabilidad. Beck, Emery y Greenberg (1985) definían vulnerabilidad “como la percepción que tiene una persona de sí misma como objeto de peligros internos y externos sobre los que carece de control o éste es insuficiente para proporcionarle una sensación de seguridad” (pp. 67-68). En los síndromes clínicos, la sensación de vulnerabilidad se magnifica por efecto de ciertos procesos cognitivos disfuncionales.

En la ansiedad, este aumento de la sensación de vulnerabilidad es evidente en las valoraciones sesgadas y exageradas que hacen los individuos del posible daño personal en respuesta a señales que son neutrales o inocuas. Esta valoración primaria de la amenaza conlleva una perspectiva errónea que sobrestima enormemente la probabilidad de que se produzca el daño y la gravedad percibida del mismo (Clark y Beck, 2012).

Rachman (2004 en; Clark y Beck, 2012), señalaba que los individuos asustadizos son mucho más propensos a sobrestimar la intensidad de la amenaza, lo que consecuentemente les conduce a la conducta de evitación. Al mismo tiempo los individuos ansiosos no logran percibir las señales de seguridad de las situaciones de amenaza evaluada y tienden a subestimar su capacidad para afrontar el daño o peligro anticipado (Beck et al., 1985, 2005). Esta revaloración elaborativa secundaria, sin embargo, se produce inmediatamente como resultado de la valoración primaria de la amenaza, y en estados de ansiedad amplifica la percepción inicial de la amenaza. En consecuencia, la intensidad de un estado de ansiedad depende del equilibrio entre la propia valoración inicial de la amenaza y la valoración secundaria de la capacidad de afrontamiento y de la seguridad. El nivel o intensidad de la ansiedad puede expresarse de acuerdo en la (tabla 13).

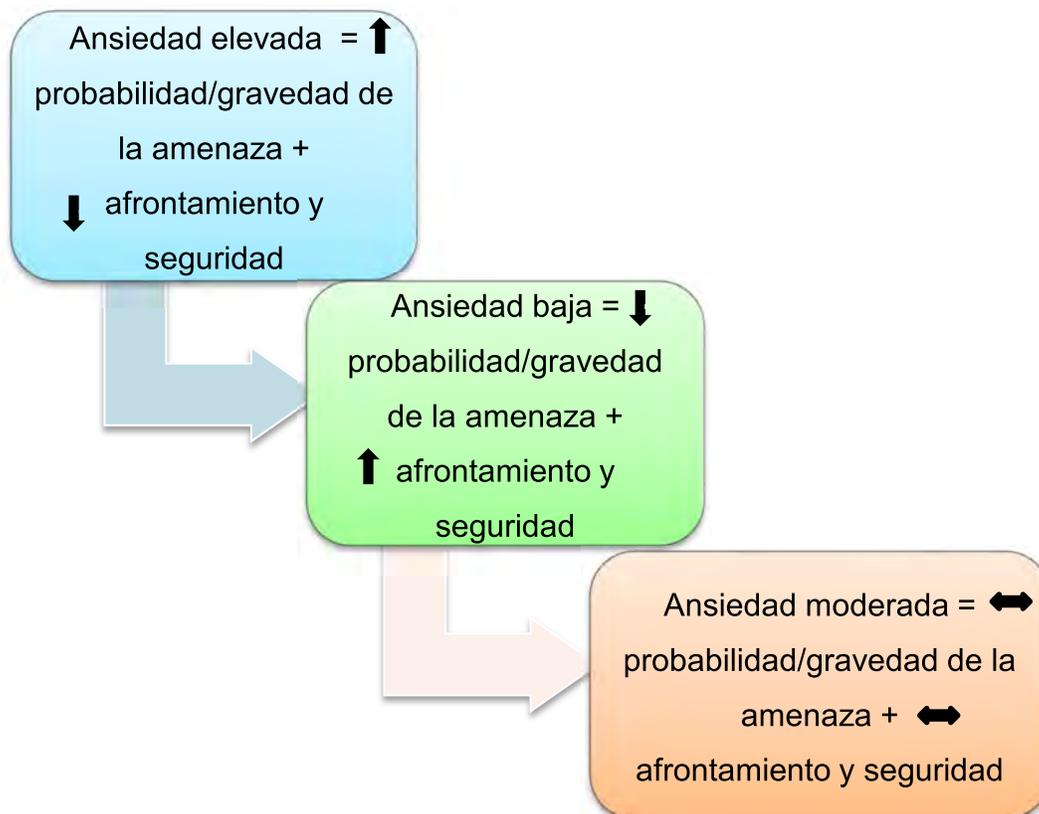


Figura 13. Nivel de ansiedad de acuerdo con Clark y Beck (2012).

Beck y Greenberg (1988 en; Clark y Beck, 2012), señalaban que la percepción de peligro acciona un “sistema de alarma” que conlleva procesos conductuales, fisiológicos y cognitivos primales que evolucionaron a fin de proteger nuestra especie de los daños y peligros físicos. La movilización conductual para manejar el peligro puede conllevar la respuesta de lucha o huida (alejamiento o evitación), pero también puede consistir en otras conductas instrumentales como la de solicitar ayuda, adoptar una postura defensiva o negociar para minimizar el peligro.

La activación autónoma y otras respuestas fisiológicas que se producen durante la vulnerabilidad a la amenaza son aspectos importantes de este sistema de defensa reflejo primario. La presencia de la ansiedad activa la movilización conductual para manejar la amenaza percibida. Aunque esta movilización conductual primal se generó como respuesta rápida y eficiente ante el peligro físico,

puede dificultar la actuación real cuando se activa en situaciones benignas o en las complejas, difusas y estresantes circunstancias de la sociedad contemporánea. La movilización del sistema de defensa primal puede tener, además, efectos adversos si se interpreta como señal de un trastorno grave, como cuando la persona con trastorno de angustia malinterpreta un elevado ritmo cardíaco y lo considera señal de un posible infarto miocárdio (Beck et al., 1985; D.M. Clark & Beck, 1988 en; Clark y Beck, 2012).

Un segundo tipo de respuesta conductual frecuente en los estados de ansiedad como resultado de la percepción de la amenaza es la de inmovilización en situaciones en las que el afrontamiento activo podría aumentar el peligro real o imaginario (Beck et al., 1985). Las señales de dicha respuesta de inmovilización se hacen evidentes cuando el individuo se queda “helado”, siente que se desmaya o se muestra ligeramente aturdido. Se asocia con la perspectiva cognitiva de estar completamente indefenso. La respuesta de inmovilización se observa en la ansiedad social, como cuando una persona muy ansiosa cree que se desmaya mientras trata de dar un discurso público.

A pesar de la importancia de la movilización conductual y la activación fisiológica, la responsable de instigar la ansiedad es la valoración primaria inicial de la amenaza combinada con la valoración secundaria de inadecuación personal y de escasa seguridad. En este sentido, la cognición falsa es necesaria pero no suficiente para generar un estado de ansiedad. El modelo cognitivo de la ansiedad se enraíza en una perspectiva de procesamiento de información, según la cual la perturbación emocional se produce a consecuencia de un funcionamiento excesivo o deficitario del aparato cognitivo. La ansiedad, por lo tanto, es el producto de un sistema de procesamiento de información que interpreta una situación como amenazadora para los intereses vitales y para el bienestar del individuo (Clark y Beck, 2012).

4.2. Principios básicos del modelo cognitivo de la ansiedad.

Dentro del modelo cognitivo conductual, señalan Clark y Beck (2012), se utilizan los siguientes principios básicos para conocer de manera aún más clara la ansiedad:

Valoraciones exageradas de la amenaza

La ansiedad se caracteriza por una atención aumentada y altamente selectiva hacia el riesgo, amenaza o peligro personal que se percibe como si fuera a tener un grave impacto negativo sobre los intereses vitales o el bienestar.

Mayor indefensión

La ansiedad conlleva una evaluación imprecisa de los propios recursos de afrontamiento, generando una subestimación de la propia capacidad para afrontar la amenaza percibida.

Procesamiento inhibido de la información relativa a la seguridad

Los estados de ansiedad se caracterizan por un procesamiento inhibido o altamente restrictivo de las señales de seguridad y de la información que transmite la reducción de probabilidad o gravedad de la amenaza o daño percibido.

Deterioro del pensamiento constructivo o reflexivo

En los estados de ansiedad el acceso al pensamiento y razonamiento más constructivo, lógico y elaborativo es difícil y, por ello, se emplea de manera ineficaz para la reducción de la ansiedad.

Procesamiento automático y estratégico

La ansiedad conlleva una mezcla de procesos cognitivos automáticos y estratégicos que son responsables de la cualidad incontrolable e involuntaria de la ansiedad.

Procesos auto-perpetuantes

La ansiedad conlleva un ciclo vicioso en el que el aumento de atención centrada en uno mismo sobre las señales y síntomas de ansiedad contribuirá a la intensificación de la angustia subjetiva.

Primacía cognitiva

La valoración cognitiva primaria de la amenaza y la valoración secundaria de la vulnerabilidad personal pueden generalizarse de tal manera que una amplia serie de situaciones o estímulos adicionales sea malinterpretada como amenazante y varias respuestas defensivas fisiológicas y conductuales sean inapropiadamente movilizadas para manejar la amenaza.

Vulnerabilidad cognitiva hacia la ansiedad

El aumento de susceptibilidad a la ansiedad es el resultado de creencias nucleares sostenidas (esquemas) sobre la vulnerabilidad o indefensión personal y la salida de la amenaza.

Una vez teniendo éstas bases, podemos conocer más detalladamente qué son los trastornos de ansiedad y cuáles son cada uno de ellos.

Con la información antes mencionada, podemos decir que los trastornos de ansiedad son considerados como el trastorno mental de mayor incidencia a nivel mundial. Dado que, los estudios epidemiológicos, han mostrado tasas de ansiedad más elevadas sin importar los diferentes países y clases sociales. Teniendo que la presencia de ansiedad ha sido, no sólo en la población adulta, sino que se ha extendido a la infancia y la adolescencia.

En los primeros años, no se tenía claro qué era la ansiedad, pues los síntomas se adjudicaban más a padecimientos físicos, y no se concebía una relación con la psicología, sino hasta tiempo después, cuando se dieron a conocer

los síntomas de los pacientes en el área clínica y se fueron relacionando a la ansiedad y posteriormente al trastorno.

Debido al estudio de diferentes personalidades, las personas con ansiedad se han visto beneficiadas, pues al identificar éste trastorno y sus alcances en la disfunción de las personas, es como se ha podido conocer más acerca de ello y se tienen más herramientas para el futuro.

Por lo cual, abordaremos las técnicas más utilizadas y que han mostrado avances significativos desde este modelo psicológico.

4.3. Técnicas de relajación.

Bajo el epígrafe de técnicas de relajación describe Vázquez (2001), se engloban aquellos procedimientos cuyo objetivo, es enseñar a las personas a controlar sus propios niveles de activación. Cuando estas reacciones de activación se presentan ante estímulos nada o débilmente amenazantes, pueden propiciar la aparición de trastornos psicofisiológicos y psicológicos.

Y expresa, que cualquier procedimiento de entrenamiento en relajación y respiración, se establece como un método de autocontrol, es una habilidad que se debe aprender. Así, las personas que experimentan fundamentalmente síntomas somáticos de ansiedad, se beneficiarán en mayor medida de la aplicación de técnicas de relajación física, mientras que aquellos con síntomas cognitivos mostrarán mayores beneficios con la relajación cognitiva como por ejemplo: la meditación.

Gómez (2013), coincide con Vázquez (2001), en que la relajación implica disminuir la tensión muscular, lo que constituye a su vez un medio para disminuir las tensiones psíquicas.

Respecto a esto, Conde y Viciano (2001 en; Gómez, 2013), indican que la relajación comprende tanto el conocimiento del propio individuo y su cuerpo, como la distensión física y psicológica.

Por lo que Medina; Sevillano y Medina (2009), argumentan que las técnicas de relajación son medidas que, en el ámbito clínico, se utilizan para mitigar y/o eliminar las respuestas de estrés y ansiedad que se encuentran presentes en diversos cuadros clínicos, debido al alto nivel de activación; gracias a ellas la percepción del individuo sobre su realidad, se torna más objetiva y le permite encontrar nuevas estrategias de afrontamiento más adecuadas.

Cuando se realizan ejercicios de relajación dicen Medina Sevillano y Medina (2009), se producen en nuestro organismo una gran cantidad de cambios en la fisiología corporal. La frecuencia respiratoria, es uno de los factores que se ven alterados al realizar un ejercicio de relajación. Existen diversos estudios que han demostrado que la frecuencia respiratoria durante la relajación se va haciendo cada vez más lenta, llegando a disminuir el turno al 33%.

En cuanto al intercambio gaseoso, éste se ve alterado ya que se produce un menor gasto de oxígeno. Si ante una situación de reposo este consumo disminuye, al realizar ejercicios de relajación se ve más reducido como consecuencia de la disminución de los procesos metabólicos.

El pH arterial también se ve alterado. Se produce una leve disminución provocada por un incremento de la presión parcial de dióxido de carbono, unida a una leve disminución de la de oxígeno. A nivel sanguíneo se producen, por lo tanto, una serie de variaciones que vienen determinadas por esta disminución del metabolismo. El ritmo cardiaco se ve también disminuido al realizar estas técnicas (Medina; Sevillano y Medina, 2009).

Por lo que, (Barlow, 2002 en; Moreno y Martín, 2008), dice que la tensión de los músculos es una reacción fisiológica frecuente en los estados de ansiedad o miedo. En situaciones potencialmente peligrosas o ante peligros concretos, es adaptativo para el organismo tensar los músculos con el propósito de prepararse para la acción y garantizar así la supervivencia, que sería difícil si los músculos estuviesen relajados y la respuesta de huida o lucha no pudiese realizarse de forma efectiva con rapidez. Además de estas formas agudas de tensión muscular frente a peligros presentes, también puede producirse formas más crónicas y permanentes de tensión muscular como respuesta a estados de ansiedad generalizada, donde existe una preocupación o expectativa ansiosa frente a la aparición de un peligro potencial futuro no presente o inespecífico.

Debido a que la relajación es una técnica de autocontrol, resaltaremos que en general dentro de éstos métodos utilizados en la ansiedad, existen básicamente dos tipos: la relajación muscular y la relajación en imaginación.

De acuerdo a estos dos tipos de relajación, expresan Conde y Viciano (2001, Gómez, 2013), se pueden afirmar dos grandes grupos taxonómicos. En la relajación segmentaria (muscular) se busca la distensión progresiva de los diferentes segmentos corporales, región corporal por región corporal. Por el contrario, la relajación global (imaginación) intenta lograr la distensión mental y una desconstrucción general de los músculos del cuerpo basándose en métodos de concentración. Se trata de enviar consignas verbales al cerebro para conseguir una respuesta corporal global.

Pérez (2009), coincide con Moreno y Martín (2008), en que se conocen varios tipos de relajación; entre las más conocidas se encuentran la Relajación Progresiva de Jacobson (1938), el Entrenamiento Autógeno de Shultz (1972), la relajación de Bernstein y Borkoveck (1973) y la Relajación Aplicada de Öst (1987,1988). Sin embargo la más utilizada es la de Jacobson. Para poder reducir este estado de tensión muscular, se pueden utilizar también, el entrenamiento autógeno, el uso de

imágenes mentales, de yoga o de distintas formas de meditación. Las más utilizadas se describen a continuación.

El comienzo de las técnicas de relajación puede decirse, que se da con las prácticas de **Meditación** como señala Vázquez (2001), la cual tienen sus orígenes ligados a las tradiciones religiosas orientales del hinduismo y el budismo; puesto que la meditación parece actuar predominantemente a nivel cognitivo modificando la percepción de amenaza, su aplicación es particularmente adecuada para reducir los síntomas cognitivos en trastornos de ansiedad.

La meditación se considera una forma de relajación, que no sólo crea una respuesta de relajación, sino que también produce una modificación en el estado de conciencia, facilitando la modalidad meta-cognitiva del pensamiento, lo que permite esperar beneficios cognitivo-conductuales (Pérez, 2009).

En esta práctica, agregan Medina; Sevillano y Medina (2009), hay que intentar ver las cosas tal y como son, de manera objetiva, sin dejarse llevar por las cosas malas, pero tampoco por las buenas. Se trata de buscar la naturaleza en estado puro. Se consigue viendo todas las cosas de manera objetiva sin influencia de nuestras emociones, miedos, alegrías, en general el ambiente.

Dentro de las técnicas de relajación, también encontramos, la **Relajación progresiva; (o muscular)** esta técnica propuesta por Wolpe, se basa en la desensibilización sistemática, y se utiliza frecuentemente para el tratamiento de fobias y problemas de ansiedad. Al realizar esta técnica es necesario realizar varias entrevistas, descubriendo los factores que causan la ansiedad, tras enseñar al individuo a como relajarse, se le va presentando algún fenómeno que pueda generarle una ansiedad mínima, pidiéndole que recuerde el estado de relajación. Posteriormente y de un modo jerárquico se van presentando situaciones cada vez más comprometidas para el paciente, logrando de esta forma superar el problema (Medina; Sevillano y Medina, 2009).

La mayoría de los tratamientos para la ansiedad, mencionan Moreno y Martín (2008), utilizan la relajación muscular progresiva, en alguna de sus formas abreviadas, ya que la propuesta inicial de Jacobson era muy intensiva y se realizaba durante 50 sesiones de una hora cada una.

Frente a este abordaje, Bernstein y Borkovek, (1996 en; Moreno y Martín (2008), han desarrollado formas breves para la relajación muscular progresiva. Éstas formas más abreviadas, guardan la esencia del planteamiento original de Jacobson, teniendo en cuenta que dicha técnica terapéutica busca reducir la tensión muscular, ayudando al paciente a ser consciente de la misma para poder liberarse de ella rápidamente. Para ello, hay que tensar y relajar diversos grupos musculares hasta alcanzar un estado de relajación profunda, que más tarde se intentará provocar mediante la evocación de las sensaciones de relajación muscular.

La relajación propuesta por Bernstein y Borkovek (1983 en; Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012), pretende que el paciente aprenda a tensar solamente aquellos músculos relacionados con la ejecución de una tarea. Supone un entrenamiento en conciencia corporal muscular para reconocer como a veces se tensan muchos músculos que no están implicados en las acciones que se llevan a cabo con el consiguiente precio de desgaste y cansancio.

En general para su aplicación se requiere que la persona haya sido entrenada en el procedimiento básico con el fin de que pueda identificar la tensión durante las actividades diarias y relajar la musculatura que está tensa de una manera innecesaria. Esta forma de relajación está especialmente indicada para aquellas personas que tienden a realizar las acciones cotidianas tensando la musculatura que está cercana a los músculos requeridos para cada acción y también para aquellas que han desarrollado patrones tensionales crónicos (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Otra variante en relajación fue desarrollada por Schwartz y Haynes (1974 en; Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012), en ella no se utilizan los ejercicios para tensar grupos musculares. Para ello la voz del terapeuta dirige la atención del cliente a todos los grupos musculares dando instrucciones de relajación e introduciendo referencias a sensaciones de peso y calor. Está especialmente indicada para aquellas personas de edad avanzada o con problemas físicos que desaconsejan los ejercicios de tensión.

En este sentido, Moreno y Martín (2008), realizan una adaptación breve de la relajación muscular progresiva, en la que incluyen también leves sugerencias para inducir la relajación, como se expone a continuación:

Para saber cómo entrenar en relajación muscular antipánico, hay que tener en cuenta los siguientes pasos:

- 1) Preparar el ambiente y explicar al paciente el procedimiento.
- 2) Enseñar la relajación muscular progresiva con 15 grupos musculares.
- 3) Reducir la relajación a 7 grupos musculares.
- 4) Provocar la relajación por evocación o recuerdo.
- 5) Generalizar la relajación a ambientes naturales con distracciones.

(Ver anexo 4).

En pacientes con trastorno de pánico y con agorafobia, describen Moreno y Martín (2008), es común la presencia de tensión muscular. Ésta puede surgir de forma puntual o aguda durante la aparición de la crisis de ansiedad, como un síntoma más de la crisis, o como respuesta de miedo a las sensaciones corporales desagradables temidas por el paciente en el momento de la crisis. Cuando la tensión muscular es crónica en estos trastornos, puede ser el resultado de la preocupación continuada del paciente por volver a experimentar de forma espontánea las sensaciones corporales desagradables y/o por sus posibles consecuencias (enfermedad, muerte, invalidez...).

También puede ser el resultado de la ansiedad anticipatoria que experimenta el paciente ante determinadas situaciones o lugares, en los que anticipa la aparición de otra crisis de ansiedad (o lo que para él represente ésta: un infarto, la pérdida de control...) o de sensaciones corporales desagradables que pueden ponerle en un aprieto o comprometerle de alguna manera (por ejemplo, humillación o vergüenza al ser visto por otros) (Moreno y Martín, 2008).

El entrenamiento en **Relajación Autógena (o en imaginación)** fue desarrollado por el neurólogo Johannes Heinrich Schultz (1931), y se basa en el descubrimiento de que la mayoría de las personas son capaces de alcanzar un estado de relajación profunda a través de representaciones mentales de las sensaciones físicas, especialmente de las sensaciones de peso y calor. Este procedimiento parece actuar a través del sistema nervioso autónomo, restableciendo el equilibrio entre las ramas simpática y parasimpática y tiene mayores efectos que otras técnicas de relajación en los trastornos asociados con la disfunción autónoma como la hipertensión o las migrañas (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

El procedimiento de aprendizaje que Schultz diseñó, mencionan Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), se basaba en tres principios básicos:

1. La repetición mental durante breves periodos de tiempo de fórmulas verbales que describiesen las distintas respuestas psicofisiológicas.
2. La concentración pasiva del paciente.
3. La reducción de la estimulación exteroceptiva y propioceptiva. **(Ver anexo 5).**

El entrenamiento autógeno presenta diferencias en función de las características de cada paciente siendo determinantes a la hora de evaluar su adecuación y utilidad: el grado de motivación y la capacidad de autosugestión de

cada sujeto, los niveles autonómicos basales y las variables de personalidad (Medina; Sevillano y Medina, 2009).

A pesar de que en la actualidad existen varias técnicas de relajación, la más utilizada en el área clínica, sigue siendo la relajación propuesta por Jacobson, en versiones cortas.

4.4. Técnicas de respiración.

La respiración es un proceso esencial en la regulación de la actividad metabólica del organismo, de acuerdo con Ruiz; Díaz y Villalobos (2012), mediante el intercambio de gases durante la respiración se produce tanto el aporte de oxígeno necesario para las funciones celulares, como la expulsión de los que se generan en dicha combustión. Se trata de un proceso que se desarrolla en las siguientes fases:

- a) Inspiración: El aire penetra por las fosas nasales y llega a los pulmones a través de los bronquios hasta llegar a los alveolos donde se difunde al torrente sanguíneo.
- b) Pausa inspiratoria: Tras la inspiración se produce una pequeña pausa durante la cual los pulmones se mantienen en un estado de inflación que facilita el intercambio gaseoso (entra O₂ y sale CO₂).
- c) Espiración: El CO₂ penetra en los alveolos y es expulsado al exterior.
- d) Pausa espiratoria: A la espiración le sigue una pausa durante la cual los pulmones permanecen en reposo.

La frecuencia de los movimientos respiratorios de inspiración y espiración constituye el ritmo respiratorio. El ritmo en la actividad respiratoria y el volumen de la misma dependen de la actividad del organismo y hay numerosos factores que pueden modificarlo pues se trata de un mecanismo auto-regulatorio que, por tanto, varía en función de las necesidades fisiológicas del individuo y del propio estado emocional (Ruiz; Díaz y Villalobos, 2012).

Como mencionan García; Fusté y Bados (2008), la respiración es una de las funciones principales de los organismos vivos. Gracias a ella obtenemos el oxígeno, el cual es un elemento fundamental para poder fabricar la energía que necesitamos. Respirar de forma correcta ayuda a mejorar el funcionamiento de nuestro cuerpo. El funcionamiento de la respiración sucede cuando inspiramos, es decir el aire entra por las ventanas de la nariz. Estas ventanas están tapizadas por una membrana mucosa que calienta el aire, lo humedece y retiene las pequeñas partículas perjudiciales que puede llevar, las cuales se eliminan en la siguiente espiración.

Por consiguiente el organismo utiliza el oxígeno para poder fabricar la energía que necesitamos para vivir. Para obtener energía, nuestro organismo “quema”, utilizando el oxígeno y a través de complicados mecanismos bioquímicos, las sustancias nutritivas (hidratos de carbono, grasas o proteínas) que obtenemos de los alimentos. Al quemar estas sustancias se produce CO_2 .

Cuando la sangre sale de los pulmones tiene un alto contenido de oxígeno. Esta sangre llega al corazón que la “bombea” a los diferentes órganos de nuestro cuerpo. La sangre va dejando el oxígeno para que nuestros órganos puedan generar energía y se lleva los productos de desecho (CO_2). Luego, llega de nuevo al corazón que la bombea otra vez a los pulmones. Cuando el oxígeno que cogemos del aire se pone en contacto con esta sangre “sucia” las células toman el oxígeno y liberan el CO_2 . Una vez que la sangre se ha purificado vuelve a distribuirse por todo el organismo (García; Fusté y Bados, 2008).

Como señala Speads (1988 en; Ruiz; Díaz y Villalobos, 2012), existen una serie de mecanismos auto-regulatorios de la respiración, es decir, medidas de emergencia de carácter reflejo que permiten suministrar al organismo el aporte de oxígeno necesario cuando hay un incremento de la demanda, y el patrón respiratorio anterior se hace deficiente para esas necesidades.

A partir de estos signos describen (Chóliz, 1998; Lodes, 1990 en; Ruiz; Díaz y Villalobos, 2012), se puede intencionalmente favorecer la recuperación de un patrón adecuado mediante las técnicas concretas diseñadas para este fin. Los mecanismos auto-regulatorios más comunes son los siguientes:

- a) Bostezos: se producen por una contracción profunda del diafragma que da lugar a un intercambio masivo de aire. Suelen aparecer después de un periodo de respiración superficial o bien en los casos en los que se aporta menos oxígeno del que se necesita, por ejemplo, cuando se está cansado. Con la inhalación masiva de aire, el bostezo equilibra la eficiencia respiratoria.
- b) Elevación involuntaria de hombros y omóplato. Permite el ensanchamiento de la caja torácica, facilitando cualquier ejercicio de inspiración.
- c) Suspiros. Se trata de una inhalación lenta y silenciosa seguida de una exhalación repentina y ruidosa. También va procedido de un patrón deficiente de respiración.
- d) Estiramientos. Facilitan los movimientos de ensanchamiento necesarios para una profunda ventilación y evitan la disminución del tono muscular que induce una respiración cada vez más superficial.

De acuerdo a ello, Rodríguez (2008), clasifica la respiración en 4 grandes grupos:

1. **Respiración diafragmática:** correspondería al llenado de la parte inferior de los pulmones (aproximadamente 3 litros de aire). Este tipo de respiración es regulado por el diafragma. Al tomar aire, se debe desplazar el diafragma hacia abajo, hasta 4 centímetros, pasando de su forma inicial de cúpula a una forma plana u horizontal. Con este movimiento, el aire puede descender hasta la zona baja de los pulmones, siendo los órganos del abdomen presionados suavemente hacia abajo, hinchándose ligeramente el vientre.

- 2. Respiración torácica o pectoral:** esta clase de respiración es regulada por los músculos intercostales, situados entre las costillas. Al tomar aire, estos músculos se expanden, empujando las costillas hacia afuera y ensanchando la caja torácica, con una capacidad aproximada de 1 litro de aire. Al llevar el aire hacia esta zona, se observa cómo se hincha el pecho. Esta es la forma más habitual de respirar, pero no es la más adecuada.

- 3. Respiración clavicular:** esta es la respiración que utiliza la zona superior de los pulmones, la de menor capacidad (alrededor de 0,5 litros). En este tipo de respiración, las clavículas se alzan para abrir la angosta porción lobular superior. Ello se puede observar cuando al respirar, se suben los hombros. Este tipo de respiración está asociado a estados de ansiedad puesto que automáticamente se tiende a respirar con esta zona ante situaciones amenazantes. Al tener los lóbulos superiores poca capacidad, se necesitara tomar aire muchas veces, volviéndose la respiración entrecortada y jadeante. Si se respira de este modo durante un tiempo, se puede dar la hiperventilación.

- 4. Respiración profunda o completa:** este tipo de respiración es la más eficaz y beneficiosa. Utiliza toda la capacidad de los pulmones (un máximo de 4,5 litros de aire), pudiendo absorber mayor cantidad de oxígeno en cada inspiración. Se realiza cuando se llena, sucesivamente y en una misma inspiración en primer lugar la zona baja, después la zona media y por último, la zona alta.

El entrenamiento en respiración es una estrategia de autocontrol utilizada para regular la conducta respiratoria, ya que ésta se ve alterada en los estados de ansiedad (Moreno y Martín, 2008).

Los métodos psicológicos de control de respiración agrega Rodríguez (2008), se pueden dividir en dos grandes categorías: métodos activos y pasivos. Los métodos pasivos se limitan a aceptar u observar la respiración sin una intervención consciente sobre ella, produciendo de forma secundaria un aumento en el estado

de relajación. Por el contrario, los procedimientos activos intervienen directamente sobre el proceso respiratorio, no limitándose a observar cómo éste se produce. Se parte de un principio de la conciencia u observación del proceso, pero se plantea dar un paso más, se trata de modificar voluntariamente alguno de los parámetros respiratorios mediante el aprendizaje de una serie de habilidades que modificarían el proceso a voluntad del individuo.

En relación a ello, Moreno (s/f), señala que la respiración tiene un papel muy importante en el desarrollo y mantenimiento de las crisis de ansiedad inesperadas. La respiración está muy relacionada con las emociones, por eso se acelera o se calma en función de nuestro estado emocional. Cuando estamos nerviosos la respiración tiende a aumentar su ritmo, cuando estamos tranquilos la respiración se hace tranquila y relajada, casi imperceptible. Cuando dormimos la respiración se hace profunda y abdominal. En los estados de estrés y ansiedad es típico que la respiración se haga rápida, superficial y torácica (con la parte superior del pecho).

Señalan García; Fusté y Bados (2008), que cuando el ser humano respira demasiado rápido y de forma superficial, o demasiado profundo, tomando grandes bocanadas de aire, aparece una de las consecuencias de la sobreactivación que es la Hiperventilación o sobrerrespiración. El hecho de respirar por encima de nuestras necesidades pone en marcha una serie de cambios en nuestro organismo, algunos de los cuales permiten ajustar de nuevo el “sistema”, provocando una serie de sensaciones que pueden percibirse como desagradables. Por ejemplo, calambres, mareo, sensación de calor/frío, flojera de piernas, palpitaciones, temblor, sensación de ahogo.

De esta manera, se define la hiperventilación como el aumento en la tasa de respiración por encima de las necesidades de oxígeno del organismo en un momento dado. Esto provoca un descenso proporcional del anhídrido carbónico en la sangre que, a su vez, genera cambios funcionales en el organismo. La bajada de anhídrido carbónico produce, paradójicamente, una disminución de oxígeno en

determinadas zonas del cerebro para favorecer el aumento de la capacidad del organismo para responder ante una amenaza real (García; Fusté y Bados, 2008).

A menudo describen Moreno y Martín (2008), la hiperventilación se confunde con la *taquipnea*, que es la aceleración del ritmo respiratorio o respiración rápida, en la que hay ciclos rápidos de inspiración y espiración, o con la *hipernea*, que consiste en una ventilación luminosa con volúmenes grandes de aire inspirado y espirado en cada ciclo de respiración. Ambos tipos de respiración pueden producir hiperventilación, pero no son hiperventilación en sí mismos, ya que ésta sólo se entiende en términos de la magnitud de ventilación respecto a la necesidad metabólica de oxígeno. Por ejemplo, subir escaleras o correr pueden producir taquipnea y/o hipernea, pero no se producirá hiperventilación si la respiración no excede la cantidad de oxígeno requerido por los músculos para realizar dichas tareas. Al contrario, una persona sentada viendo una película o un evento deportivo que le active emocionalmente puede experimentar hiperventilación aunque no existen indicios aparentes de taquipnea o hipernea.

En el caso del trastorno de pánico y de la agorafobia, señalan Moreno y Martín (2008), la percepción de una sensación corporal o la anticipación de la misma al estar en una determinada situación o lugar temidos, puede provocar una taquipnea o hipernea como parte de los cambios fisiológicos de la respuesta ansiosa de huida o lucha frente al peligro, prepara al organismo para la acción. No obstante, cuando se produce un aumento de las contracciones rápidas e intensas del diafragma y de los músculos intercostales, siendo baja la demanda metabólica de oxígeno (ej. estando en reposo o paseando) puede producirse una *hipocapnia por hiperventilación*, es decir, una disminución del dióxido de carbono en sangre debido al aumento innecesario del oxígeno.

Esto a su vez agregan, aumenta el pH de la sangre (alcalosis sanguínea) que conlleva una vasoconstricción en determinadas zonas del cuerpo, lo que da lugar al aumento casi inmediato de la tasa cardíaca, una reducción de la activación

parasimpática, aumento de la conductividad electrotérmica y reducción del flujo sanguíneo cerebral, combinado con un aumento en el pH y la consecuente mayor fijación del oxígeno a la hemoglobina en los tejidos cerebrales. La inmediata consecuencia de estas reacciones es la hipoxia cerebral aguda (falta del oxígeno necesario), que conduce a los síntomas típicos de las crisis de ansiedad: sensación de mareo y asfixia, confusión, desrealización, parestesias, opresión pectoral, etc.

La hiperventilación, considera Moreno (s/f), es un elemento clave en el control de las crisis; la idea clave, es evita gritar, comer rápido, bostezar y suspirar. Se debe hablar de forma pausada, en voz baja y con un ritmo regular. De este modo se comenzará a controlar la hiperventilación, que es la causa principal de los mareos, los sofocos, los dolores y pinchazos en el pecho de naturaleza ansiosa. La hiperventilación también puede provocar sensaciones de hormigueo en piernas o brazos y sensaciones de inestabilidad o vértigo.

Todos los síntomas asociados a la hiperventilación indica Moreno (s/f), pueden agruparse del siguiente modo:

1. Síntomas centrales: Mareo, confusión, sensación de ahogo, visión borrosa y sensación de irrealidad.
2. Síntomas periféricos: Aumento del número de latidos del corazón, hormigueos y pinchazos en las extremidades, escalofríos, rigidez muscular, manos frías y húmedas.
3. Síntomas generales: Sensación de calor, sofoco, sudor, cansancio y opresión o dolor en el pecho.

Para que se produzcan los síntomas de la hiperventilación es necesario que la persona esté tomando más oxígeno del que necesita en ese momento.

El primer paso para establecer una respiración adecuada, de acuerdo con Moreno, consiste en prestar atención a nuestra forma de hablar, comer, respirar y

si tendemos o no a suspirar o bostezar. Para controlar la respiración cuando no hablamos, comemos, bostezamos o suspiramos, el primer paso es comenzar centrando la atención en cómo respiramos. Con cada expiración, se dice mentalmente una palabra que tranquilice, por ejemplo “tranquilo” o “calmado”. Si vienen otros pensamientos, se trata de no prestar atención y concentrarse en cómo se respira.

Cuando ya resulte sencillo concentrar la atención en la respiración se puede dar un paso más. Con una mano en el pecho y otra un poco más abajo (sin tapar el ombligo), se trata de realizar el ejercicio de contar las inspiraciones, pero esta vez procurando que sólo se mueva la mano inferior. Llega ahora el momento de controlar el ritmo de respiración. Esto significa inspirar durante aproximadamente 3 segundos y expirar durante otros 3 segundos. La reeducación de la respiración debe realizarse de forma gradual y permisiva para no sentir molestias (Moreno, s/f).

Otro tipo de respiración expresan García; Fusté y Bados (2008), es la Hipoventilación; en la hipoventilación, muchas personas respiran habitualmente de forma poco correcta, aunque no estén especialmente nerviosos: cogen poco aire y respiran de forma superficial. Cuando la cantidad de oxígeno que llega a los pulmones es insuficiente, pasan dos cosas:

- a) La sangre no puede purificarse adecuadamente y los productos de desecho “intoxicar” lentamente nuestro organismo.
- b) La sangre no puede oxigenarse correctamente y nuestros órganos no obtienen la energía necesaria para funcionar correctamente: “están desnutridos”.

Esto puede favorecer los estados de ansiedad, promover la fatiga y hacer que una situación estresante sea más difícil de superar. Cuando se respira de una forma muy superficial, la sangre no se oxigena adecuadamente, por consiguiente los órganos no obtienen la energía necesaria para funcionar correctamente. Si se

suspira o bosteza varias veces al día, puede ser debido a que no toma el oxígeno que necesita y, por tanto, el organismo intenta remediar esta situación. El bostezo y el suspiro le hacen coger más aire.

Dado que la respiración varía de persona a persona, en cuanto incremento o decremento de inhalaciones y expiraciones, García; Fusté y Bados (2008), proponen que, si la respiración es controlada este procedimiento ayuda a reducir la activación fisiológica y, por tanto, a afrontar la ansiedad. La técnica consiste en aprender a respirar de un modo lento: 8 o 12 respiraciones por minuto (normalmente respiramos entre 12 y 16 veces por minuto), no demasiado profundo y empleando el diafragma en vez de respirar sólo con el pecho.

García; Fusté y Bados (2008), describen que la respiración debe ser de forma lenta, regular, diafragmática y no demasiado profunda.

a) Lenta y regular: Todos hemos observado que cuando una persona duerme o está a punto de hacerlo respira de forma más lenta y regular de lo normal. Esto facilita que descendan las constantes vitales: el ritmo cardiaco, la tensión sanguínea, la tensión muscular, etc. Por tanto, cuando estamos nerviosos, conviene respirar más lentamente.

b) Diafragmática: Muchas veces, cuando respiramos llevamos el aire sólo hasta la zona media de los pulmones y la sangre se oxigena poco. Cuando respiramos de forma superficial, el aire presiona las costillas y el pecho se mueve. Es más aconsejable, intentar llevar el aire hasta la parte inferior de los pulmones para oxigenar la sangre de forma adecuada. Cuando hacemos esto, el diafragma se contrae, presiona el abdomen y este se eleva.

c) No demasiado profunda: Es importante coger una cantidad de oxígeno suficiente para que nuestro cuerpo tenga la energía necesaria, pero tampoco conviene hiperventilar.

Para conocer más a detalle este tipo de respiración y la respiración profunda con retención de aire **(Ver anexo 6)**.

Para entrenar la respiración antipánico según Craske (1999 en; Moreno y Martín, 2008), hay que resaltar los siguientes puntos:

- a. Es natural respirar en exceso cuando se está ansioso o con pánico, ya que el cuerpo busca más energía y para ello necesita oxígeno.
- b. Si el oxígeno no se consume conforme se va introduciendo, puede producirse un estado de hiperventilación.
- c. La hiperventilación se refiere a la disminución en sangre de la proporción de dióxido de carbono respecto a la de oxígeno, lo que aumenta la alcalinidad de la sangre, la adhesión del oxígeno a la hemoglobina, y la constricción de los vasos sanguíneos.
- d. Estos cambios conducen a que los tejidos reciban una cantidad de oxígeno ligeramente menor, provocando las sensaciones de mareo, vértigo, despersonalización, parestesias, etc.
- e. Estas sensaciones son desagradables pero no son peligrosas.

La propuesta que hacen Moreno y Martín (2008), para la respiración antipánico implica los siguientes pasos:

- 1) Psicoeducación de la respiración y su fisiología.
- 2) Ejercicio de hiperventilación.
- 3) Entrenamiento en respiración abdominal o diafragmática.
- 4) Hacer la respiración cada vez más lenta, hasta realizar una media de 10 respiraciones por minuto.
- 5) Practicar y generalizar los resultados. **(Ver anexo 7)**.

De acuerdo con los tipos de respiración propuestas anteriormente, García; Fusté y Bados (2008), describen cuándo es conveniente utilizar la respiración controlada y cuándo la respiración profunda:

Respiración controlada:

- a. Es aconsejable empezarla a aplicar antes de afrontar la situación conflictiva.
- b. Practicarla al notar los primeros síntomas de ansiedad.
- c. Practicarla al menos durante dos minutos.
- d. Mientras se aplica la respiración controlada puede ser beneficioso que repase el nivel de tensión de los diferentes grupos musculares (especialmente de los que usted tiene habitualmente más tensos) y que se intente reducir la tensión de los mismos.

Respiración profunda:

- a. Utilizarla en situaciones de especial tensión (bien por las características de la situación o bien porque no se ha aplicado la respiración controlada y el nivel de tensión ha aumentado).
- b. Hacer entre 2 y 5 ciclos de respiración profunda.
- c. Pasar a la respiración controlada.
- d. No utilizarla durante un periodo de tiempo demasiado largo. Podría provocar hiperventilación.
- e. Si se practica dos técnicas de respiración en el mismo periodo, debe empezar por la respiración profunda con retención del aire.

4.5. Desensibilización sistemática.

Con la técnica de desensibilización sistemática desarrollada por Wolpe (1958, 1973) y basada en su teoría de la “inhibición recíproca”, describen Wolitzky; Horowitz; Powers y Telch (2010), una persona puede aprender a enfrentarse a objetos y a situaciones que le son particularmente amenazadoras, exponiéndose de forma real o imaginaria a los estímulos que producen una respuesta ansiógena. La repetida presentación del estímulo hace que éste pierda progresivamente su capacidad de evocar ansiedad y en consecuencia malestar físico, emocional o cognitivo.

La Desensibilización Sistemática está especialmente dirigida al tratamiento de los miedos fóbicos, en aquellos casos en los que existe un estímulo condicionado de ansiedad, por esta razón mencionan (Ward, Brinkman, Slifer y Paranjape, 2010 en; Ruiz; Díaz y Villalobos, 2012), se ha mostrado tan eficaz en el abordaje de las fobias específicas y aquellos problemas de ansiedad que se refieren a situaciones muy concretas.

La elección de la Desensibilización Sistemática como técnica de tratamiento deberá tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- I. La Desensibilización Sistemática es más eficaz en problemas fóbicos que en problemas de ansiedad generalizada, fobia social agorafobia o trastorno obsesivo-compulsivo. En estos casos, la excesiva cantidad de miedos o preocupaciones, la falta de predictibilidad de la situación, la ausencia de recursos o habilidades personales, o la variabilidad del estímulo temido, hacen que este procedimiento no sea una opción adecuada.

- II. Los resultados de la Desensibilización Sistemática serán más exitosos cuando el problema al que se aplique no se deba a un déficit de habilidades que esté siendo la causa del problema de ansiedad. Por ejemplo, no tendría mucho sentido poner en marcha una Desensibilización Sistemática para abordar la ansiedad ante los exámenes en el caso de un alumno que no ha estudiado lo suficiente.

La desensibilización sistemática consiste en enseñar al paciente a relajar los músculos voluntarios durante una confrontación imaginaria con el estímulo del miedo. El tratamiento consta de tres componentes distintos: (a) entrenamiento en la relajación progresiva de la musculatura; (b) construcción de una jerarquía de miedos; y (c) desensibilización propiamente dicha, consistente en repetidas presentaciones imaginarias del estímulo del miedo de modo gradual mientras el

paciente se halla en relajación muscular progresiva (Wolitzky; Horowitz; Powers y Telch, 2010).

Sin embargo, con el paso de los años, expresa Torrejano (2011), se ha ido modificando esta técnica y tomado como base, resultando:

1. La Desensibilización y Reprocesamiento por medio de movimiento ocular (EMDR).

Propuesta En 1987 por la doctora Francine Shapiro y desde entonces se ha venido estudiando una nueva terapia basada en métodos fisiológicos de reprocesamiento de las experiencias, llamado EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento a través de Movimientos Oculares) que ha demostrado ser muy útil en el tratamiento de experiencias traumáticas. Dicha técnica se orienta en la desensibilización a la ansiedad y da lugar a un nuevo paradigma que considera el procesamiento de la información y las redes asociativas, así mismo plantea la existencia de un sistema inherente en toda persona, sistema que está fisiológicamente preparado para procesar información hasta que esta lleve a una resolución adaptativa, que no es más que un estado de salud mental que implica que las emociones negativas se eliminan y hace que la información se encuentre en un futuro de forma integrada.

La terapia de EMDR, es una técnica innovadora, un modelo de psicoterapia complejo que integra elementos y componentes exitosos de diferentes enfoques basado en los movimientos oculares rápidos que se llevan a cabo en la fase del sueño REM durante la cual se realiza precisamente la integración de las experiencias diarias en las redes neuronales desde la información proveniente de los sentidos y su significado emocional por activación de los cuerpos amigdalinos hasta su modulación por la corteza prefrontal izquierda y la contextualización de la misma en el hipocampo.

Es hasta ahora la terapia más fisiológica ya que incorpora una simulación de lo que ocurre durante el sueño REM pero de manera consciente y orientada, con estimulación bilateral que puede ser además de la ocular (con la cual se ha tenido la mejor respuesta), sonora o táctil en conjunto con terapia cognitivo-conductual, entre otras, de manera que se pueda revivir las partes más perturbadoras del trauma y modificar las actitudes hacia el mismo sin el riesgo de ser interrumpidas, como sucede con las pesadillas; modulando la información, integrándola y proporcionando un equilibrio integral en la persona afectada.

Cada sesión consta de seis fases dentro de las cuales se da un periodo de preparación, evaluación, desensibilización, instalación, escáner y cierre con una reevaluación posterior, trabajando con las experiencias traumáticas pasadas, las situaciones presentes que despiertan dichos recuerdos y los patrones futuros de acciones apropiadas. El procedimiento se repite hasta llevar a la memoria por todas las ramificaciones y generalizaciones que se han dado a raíz del incidente por un sendero adaptativo, logrando así balancear nuevamente el sistema ya que de lo contrario en el futuro pueden convertirse en el agente disparador elucidando toda la sintomatología antes presente (Torrejano, 2011).

4.6. Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC).

La Terapia Racional Emotiva es una de las terapias que más relevancia e importancia han tenido dentro del campo de la psicoterapia. Creada por Albert Ellis a finales de los 50's e inicio de los 60's, se convirtió, a la larga, en una técnica muy popular y sin mucho temor a equivocarse, en una de las más importantes dentro del campo. Su popularidad dentro de los psicólogos clínicos se inició a mediados de los 70's y alcanzó su mayor fama a inicios de los 80's. A pesar del tiempo transcurrido, sigue siendo, para los psicólogos con una orientación cognitivo-conductual, una de las técnicas a las que más se recurre (Ibáñez; Onofre y Vargas, 2012).

En relación a la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC), Palafox (2011), cita a Ellis, creador de esta técnica, quien dice que “es un sistema de psicoterapia diseñado para ayudar a las personas a vivir más, minimizar sus trastornos emocionales y conductas autoderrotistas, y realizarse a sí mismos para que puedan vivir una existencia más feliz y gratificante” (Ellis, 1994 pág. 22-23).

Dado que los pensamientos parten de las emociones, Palafox (2011), añade que la emoción es un proceso multicomponente, formado por los niveles neurofisiológicos (taquicardia, rubor, sudoración, respiración, presión sanguínea), conductual (expresiones faciales, tono, volumen y ritmo de voz, movimientos corporales) y cognitivo (vivencia subjetiva).

Las emociones negativas son aquellas que obstaculizan alguna meta y producen cierto malestar o sensación desagradable. En cambio, las emociones positivas son las que producen una sensación agradable y cumplen una meta. Entre las emociones negativas o desagradables se encuentran la ira, el miedo, la ansiedad, la tristeza, la vergüenza y el enojo. En las emociones positivas o agradables se encuentran la alegría, el amor y la felicidad.

Para explicar el pensamiento humano, esta corriente lo aborda desde el lenguaje, explican Ibáñez; Onofre y Vargas (2012), es decir, el niño va aprendiendo a hablar y a seguir las instrucciones que se le van dando para resolver un problema. De esta misma manera, se aprenden las actitudes, valores y puntos de vista que el sujeto tiene a lo largo de su vida.

Ese es el punto de la Terapia Racional Emotiva Conductual: enseñar y mostrar al sujeto las consecuencias de sus actos, las causas de sus emociones y el aprendizaje de una forma diferente de pensar y por lo tanto de manejar sus emociones y actos. La Terapia Racional Emotiva implica hacer explícito lo implícito de las autoverbalizaciones del sujeto y aprender una nueva forma de evaluar las situaciones de la vida cotidiana para actuar de una forma mucho más razonable; es

encontrar una forma de pensar mucho más funcional. Si lo que modifica nuestras emociones es la evaluación de las situaciones que el sujeto hace de su entorno, entonces hay que modificar dichas evaluaciones para obtener emociones más funcionales y que le permitan al sujeto vivir de una forma más confortable (Ibáñez; Onofre y Vargas, 2012).

Incorporado a esta postura, Palafox (2011), señala que las principales metas o propósitos de la TREC son ayudar a las personas a pensar más racionalmente y a disminuir las perturbaciones emocionales que son ocasionadas por evaluaciones que hace el sujeto de sí mismo, de los demás y del mundo que lo rodean.

Para Ellis las ideas irracionales son puntos de vista o creencias rígidas que tenemos las personas acerca del mundo. Estas ideas tienen como primera característica que; son absolutistas, demandantes y condenatorias, dando la idea de que las cosas tienen que ser de una forma establecida y concreta. Por lo general incluyen palabras tales como: siempre o nunca, tendría, debería, etc. Una segunda característica es que provocan emociones negativas que interfieren en la persecución y obtención de metas.

Dentro de la TREC, describe Palafox (2011), Ellis hace una división de las denominadas ideas irracionales “tengo que” o “debo” en tres áreas:

Área 1: “Tengo que actuar/ funcionar muy bien / perfectamente, lo que causa frecuentemente sentimientos de depresión, ansiedad y culpa.

Área 2: “Usted debe de tratarme / comportarse conmigo muy bien / perfectamente, lo que genera sentimientos de ira y conductas pasivo agresivas o violentas.

Área 3: “Las condiciones generales de mi vida tienen que ser muy buenas / cómodas / fáciles”, lo que produce como resultado sentimientos de lástima por uno mismo y problemas de autodisciplina.

El modelo **ABCDE** de la **TREC** funciona de la siguiente manera:

A: significa que es el acontecimiento activante, que sería la situación por la que está pasando el sujeto. Por ejemplo, ¡Nunca podré aprobar la experiencia educativa de inglés!

B: Son las creencias que se llegan a generar sobre el acontecimiento activante, que en este caso y siguiendo el ejemplo de arriba sería: “Reprobé inglés porque soy una inútil y no valgo nada” o “No puedo soportar que me hayan reprobado en inglés”.

C: Son las consecuencias de las creencias irracionales que se produjeron en el acontecimiento activante. Dichas consecuencias pueden ser emocionales o conductuales. Por ejemplo: La consecuencia emocional del primer ejemplo de B sería la depresión, y del segundo ejemplo sería la ira.

D: Es el cuestionamiento de la idea irracional, que se produjo en el acontecimiento activante; refleja las creencias racionales fruto del debate. Por ejemplo: ¿realmente soy inútil al no aprobar la experiencia educativa de inglés?

E: Es la creencia racional alternativa, donde se nota que las consecuencias del temor, no son tan graves como se creía; reflejas las consecuencias emocionales y conductuales de las ideas racionales. Por ejemplo: “No es tan catastrófico, puedo intentarlo el próximo curso” (Ellis, 2000 en; Palafox, 2011).

Básicamente la propuesta de la TREC, escribe Blanco (s/f), es que los pensamientos, sentimientos y conductas actúan como de forma integrada en el individuo, y que la perturbación emocional proviene, no de los hechos en sí, sino de la evaluación que hacemos de esos hechos, según los estamos percibiendo. Por lo que, si ocurre algo que no nos gusta y por lo tanto lo evaluamos como malo

(cognición), nos sentiremos mal al respecto, ya sea enojadas/dos, o tristes (sentimientos) y haremos algo al respecto, llorar o evitar la situación (conducta).

De manera que Blanco, hace una descripción del ABC de la TREC.

Los acontecimientos activantes o las **A**:

Cuando una persona que asiste a psicoterapia describe un acontecimiento que les perturba, el terapeuta debe pensar en tres elementos:

1. ¿Qué sucedió?
2. ¿Cómo percibió la persona lo que sucedió?
3. ¿Cómo evaluó la persona lo que sucedió?

Los primeros dos elementos se relacionan con A o el acontecimiento, el último elemento se refiere al sistema de creencias de la persona.

Las consecuencias o las **C**:

Por lo general, las personas acuden a terapia debido a que se sienten mal, porque hay conflictos o problemas a nivel emocional, es decir, en lenguaje de la TREC, acuden a terapia debido a C.

Hay personas que pueden hablar sin problemas de sus emociones y conductas, debido a ciertos hechos o acontecimientos activantes, porque de acuerdo a su forma de pensar, su malestar emocional se debe a esos hechos o situaciones.

Las creencias o las **B**:

Algunas características de las creencias irracionales, que pueden ayudar a su detección son:

1. No tienen una lógica consistente.
2. No se pueden probar a través de la realidad empírica.
3. Son absolutistas y dogmáticas.
4. Como consecuencia provocan emociones que perturban a la persona.
5. No ayudan a conseguir los objetivos trazados.

En base a lo planteado por Ellis en la TRE, puntualiza Palafox (2011), se utilizan diferentes técnicas de re-educación para reemplazar ideas irracionales por racionales, dichas técnicas son:

1. El debate: Existen diferentes estilos de debate como son: Socrático/ Didáctico/ Chistoso o juguetón/ Revelador de sí mismo.

2. Tareas para casa: Formulario de autoayuda, Diarios, Biblioterapia (libros de desarrollo emocional o manejo de las emociones) y Audios y ejercicios emotivos.

1.- El Debate

El debate consiste en hacer que el cliente o individuo cuestione sus ideas irracionales y las revise para que él pueda ver si de verdad le son útiles o no.

2.- Tareas para casa

Las tareas para casa tiene el propósito de fortalecer lo que se vio dentro de la terapia a través de ejercicios que el terapeuta le asigna al cliente.

Las tareas en casa consiste en enviar a casa algunos ejercicios como:

- a) El Formulario de autoayuda.
- b) Diarios.
- c) Biblioterapia y audio.

En general, plantean Ibáñez; Onofre y Vargas (2012), es necesario que el sujeto sea verbal; es decir, que tenga un manejo verbal mínimo y que pueda entender lo que se le dice, por lo tanto, no es posible aplicar esta técnica con niños muy pequeños que no tengan un manejo verbal adecuado.

Todo esto, ha hecho que la Terapia Racional Emotiva se haya vuelto una de las técnicas más populares y con más prestigio en el campo conocido como psicología clínica.

Para lograr que el paciente modifique sus pensamientos Tejero (2010), habla de la **reestructuración cognitiva**, que es una técnica que, en el caso de tener que situarla en algún punto del tratamiento, sería la parte intermedia de éste. No obstante, muchos psicólogos afirman utilizarla en cualquier momento del tratamiento en que surja la posibilidad de desarrollarla, puesto que en muchas ocasiones se puede realizar de forma muy sigilosa sin que el paciente se dé cuenta de que se está utilizando.

En la técnica de la reestructuración cognitiva, el objetivo básico es modificar los esquemas distorsionados del paciente, tanto los pensamientos automáticos como las distorsiones cognitivas puesto que ambos tienen un rol importante como desencadenantes y de mantenimiento en el trastorno de ansiedad en cuestión (Buelo- Casal, Caballo y Sierra, 1996 en; Tejero, 2010).

Hay diferentes técnicas que se pueden utilizar para llevar a cabo una reestructuración cognitiva en los pensamientos del paciente y todas ellas tienen como objetivo que el paciente identifique las distorsiones y las consecuencias de éstas para poder modificarlas, por lo tanto, explica Tejero (2010), los pasos básicos para ellos son:

1. Instruir al paciente en el modelo cognitivo y subrayar el papel que tienen los pensamientos en nuestras emociones y nuestras conductas.

2. Que el paciente aprenda a distinguir entre los pensamientos negativos irracionales y preocupaciones racionales.

3. Entrenar al paciente en la observación, la identificación y el registro de los pensamientos negativos irracionales.

El objetivo de estos tres pasos de forma general, es que el paciente identifique y modifique los pensamientos distorsionados, que afectan su estado emocional y conducta y los modifique por otros más adaptativos y favorables, al mismo tiempo, que entienda este proceso de forma general, para posibles pensamientos automáticos negativos que puedan aparecer en un futuro.

El objetivo general de la terapia cognitiva para la ansiedad, describen Clark y Beck (2012), es la reducción de la frecuencia, intensidad y duración de los episodios de preocupación que generarán una reducción asociada de los pensamientos intrusos ansiosos automáticos y de la ansiedad generalizada. Esto se logrará mediante la modificación de las valoraciones y creencias generalizadas así como de las estrategias mal adaptativas de control que son responsables de la preocupación crónica.

Una prueba de terapia cognitiva satisfactoria transformaría la preocupación de ser una estrategia patológica de evitación a convertirse en un proceso constructivo más controlado, orientado al problema en el que la persona ansiosa sea más tolerante y esté más dispuesta a aceptar el riesgo y la incertidumbre. La perspectiva cognitiva se expresa mediante una serie de objetivos específicos de tratamiento como se presenta en la (tabla 18) de acuerdo con Clark y Beck (2012):

Objetivos de tratamiento de la terapia cognitiva para el trastorno de ansiedad generalizada

- a) Normalizar la preocupación
- b) Corregir las creencias e interpretaciones sesgadas de amenaza sobre las áreas de preocupación
- c) Modificar las creencias meta-cognitivas positivas y negativas sobre la preocupación
- d) Eliminar la meta-preocupación
- e) Reducir la confianza en las estrategias disfuncionales de control de la preocupación y promover respuestas de control de la preocupación que sean más adaptativas
- f) Mejorar la confianza en la capacidad para resolver problemas
- g) Aumentar el control percibido sobre la preocupación
- h) Fortalecer la sensación de seguridad y auto-confianza para manejar los retos futuros
- i) Aceptar el riesgo y la tolerancia a los resultados inciertos de situaciones y eventos futuros
- j) Aumentar la tolerancia a la emoción negativa

Tabla 18. Objetivos del tratamiento para el TAG, Clark y Beck (2012).

De manera que, para alcanzar los objetivos especificados de la terapia cognitiva para la ansiedad generalizada, aseguran Clark y Beck (2012), un curso típico de terapia incluirá diferentes estrategias de intervención que serán utilizadas de diferente forma dependiendo del caso individual. En la (tabla 19), se sintetizan los componentes de tratamiento de la terapia cognitiva.

Componentes de tratamiento de la terapia cognitiva para el trastorno de ansiedad generalizada

- a) Formación sobre la perspectiva cognitiva de la preocupación.
- b) Distinguir entre preocupación productiva e improductiva.
- c) Reestructuración cognitiva y puesta a prueba de hipótesis empíricas de las valoraciones y creencias sesgadas de la preocupación.
- d) Inducción de la preocupación y decatastrofización (Craske & Barlow, 2006).
- e) Expresión repetida de la preocupación con prevención de respuesta de las estrategias de control inefectivo de la preocupación (Borkovec et al., 2004).
- f) Procesamiento intencionado auto-dirigido de las señales de seguridad.
- g) Inoculación al riesgo y a la incertidumbre.
- h) Entrenamiento en resolución constructiva de problemas.

Tabla 19. Terapia cognitiva para el TAG, Clark y Beck (2012).

4.7. Técnicas de exposición.

Las técnicas de exposición consisten en afrontar, de forma sistemática y deliberada, situaciones (p.ej., coger el metro, hablar en público, recibir críticas, comer alimentos “prohibidos”, ver, tocar y oler la bebida alcohólica preferida) o estímulos internos (p.ej., sensación de desmayarse, miedo a tener una enfermedad, preocupaciones, obsesiones) que generan ansiedad u otras emociones negativas (asco, ira) y/o provocan el impulso de realizar una acción determinada (p.ej., lavarse las manos compulsivamente, vomitar, beber). La persona debe mantenerse en la situación o bien afrontar el estímulo interno hasta que la emoción o el impulso se

reduzcan significativamente y/o hasta que compruebe que las consecuencias anticipadas no ocurren (García y Bados, 2011).

Como se ha demostrado, menciona Pérez (2009), desde la terapia de conducta se propone que la exposición a los estímulos fóbicos lleva a la extinción de las conductas de evitación.

En el trastorno de pánico con agorafobia la experiencia de pánico (sensaciones internas) puede conceptualizarse como estímulo primario mientras que las situaciones agorafóbicas como estímulo de segundo orden, en las que el grado de temor viene condicionado por asociación con el estímulo primario (Craske, DeCola, Sachs y Pontillo, 2003 en; Pérez, 2009).

Tomando en cuenta la eficacia que han mostrado las técnicas de exposición en el área clínica, Wolitzky; Horowitz; Powers y Telch (2010), proponen que las estrategias más utilizadas son:

- a. Exposición en vivo. La exposición en vivo implica que los pacientes tengan contacto directo con los estímulos del temor, como una araña viva. La exposición en vivo se ha investigado extensamente para el tratamiento de las fobias.
- b. Exposición imaginaria. La exposición imaginaria consiste en hacer que el paciente imagine una confrontación con el estímulo del miedo. Contrariamente a la desensibilización sistemática, la cual dedica diversas sesiones al entrenamiento de la relajación, las estrategias de exposición imaginaria moderna tienden a omitir el componente relajación.

Contemplando esto como base, García y Bados (2011), explican que existen varios tipos de exposición, y despliegan de manera más extensa las técnicas que se utilizan en terapia, como se ve a continuación:

a) Exposición en vivo (EV). Implica exponerse sistemática y deliberadamente a situaciones temidas reales en la vida diaria; por ejemplo, sitios altos, transportes públicos, hablar con figuras de autoridad, extraerse sangre, etc.

Los clientes se exponen a las situaciones temidas durante periodos prolongados de tiempo que pueden durar 1 hora o más. Los clientes tienen instrucciones de permanecer en la situación, incluso si su ansiedad alcanza valores máximos, hasta que la ansiedad desaparezca o se reduzca; esto último puede operacionalizarse como una disminución hasta la mitad por lo menos o hasta 2 o menos en una escala de 0 a 8. En el caso de experimentar un ataque de pánico durante la exposición, el cliente debe sentarse lo más cerca posible de donde ocurrió el pánico, esperar a que pase, sin prestar demasiada atención a las sensaciones corporales, y afrontar de nuevo la situación fóbica. Si el terapeuta o alguna otra persona acompañan al cliente, es conveniente que se siente a su lado, pero que no hable con él sobre las sensaciones que está experimentando, ya que esto tiende a empeorar las cosas.

El terapeuta se retira gradualmente de los periodos de exposición para hacer la práctica en vivo más difícil y para favorecer la independencia del cliente. Por tanto, siempre hay una cierta gradación en la exposición prolongada en vivo: en la presencia del terapeuta que se va atenuando y/o en la dificultad de las situaciones intentadas. Además, no debe cambiarse de una situación a otra antes de que la ansiedad en la primera haya declinado. Los clientes tienen que realizar actividades de autoexposición prolongada en vivo entre las sesiones formales de tratamiento.

b) Exposición en imaginación. Implica imaginar que se están afrontando las situaciones problemáticas y/o que se experimentan los estímulos internos que generan ansiedad o disparan ciertos impulsos. Esto supone, recordar el entorno físico, las respuestas somáticas, las emociones, los pensamientos y las consecuencias temidas. La exposición en imaginación puede consistir, por ejemplo,

en recordar con detalle una experiencia traumática, revivir una pesadilla o reproducir preocupaciones o pensamientos obsesivos.

Existen diferentes tipos de exposición en imaginación que, de acuerdo con García y Bados (2011), a nivel didáctico, podrían clasificarse en tres grandes grupos:

- A. Exposición muy breve.** Cada escena se imagina alrededor de 60 segundos si la persona no experimenta ansiedad. En caso contrario, se le pide que ponga fin a la escena y practique una respuesta inhibitoria de ansiedad (normalmente la relajación); una vez que la persona se ha tranquilizado, vuelve a presentarse la escena. Se emplea una jerarquía en la que se va procediendo muy gradualmente.

- B. Exposición breve.** Cada escena se imagina hasta que la persona consigue reducir significativamente su ansiedad mediante la aplicación de estrategias de afrontamiento o hasta que transcurren 10 minutos como máximo. Se emplea una jerarquía bastante graduada.

- C. Exposición prolongada.** Cada escena se imagina hasta que la ansiedad se reduce significativamente, lo cual puede llevar entre 25 y 120 minutos según se emplee o no una jerarquía y de la graduación de esta. Pueden emplearse o no estrategias de afrontamiento.

Es recomendable agregar, no terminar una sesión si la ansiedad del cliente al imaginar la escena es elevada, ya que esto puede facilitar la sensibilización y, por tanto, tener consecuencias negativas de cara al tratamiento. Normalmente se termina la sesión discutiendo la experiencia de la exposición, lo cual puede favorecer el procesamiento adaptativo de la situación afrontada. Con frecuencia, las sesiones de exposición aportan nueva información sobre los miedos del cliente y esta información debe incorporarse a las escenas posteriores.

d) Exposición interoceptiva. Consiste en exponerse a las sensaciones corporales que se temen (p.ej., mareo, taquicardia) y que son inducidas a través de diversos medios; por ejemplo, hiperventilar, retener la respiración, correr sin desplazarse del sitio, tensar los músculos de todo el cuerpo y/o mirar fijamente una luz.

e) Exposición mediante ayudas audiovisuales. Estos recursos se utilizan habitualmente para complementar las otras modalidades de exposición. Pueden utilizarse diapositivas, sonido, vídeos o presentaciones mediante ordenador. Por ejemplo, una persona con fobia a la sangre podría ver un vídeo sobre una extracción o una persona con fobia a los petardos escuchar un CD con sonidos grabados y, a la vez, imaginarse que está en la situación real. Asimismo, un paciente puede grabar sus obsesiones en un CD y escuchar la pista repetidamente a través de auriculares.

f) Exposición utilizando la escritura o los juegos. Consiste en escribir sobre los sucesos que generan ansiedad (p.ej., acontecimientos traumáticos como una violación, pesadillas, obsesiones) y leerlo para sí mismo y/o delante del terapeuta. En el caso de los niños, pueden utilizarse los dibujos o los juegos.

g) Exposición mediante realidad virtual. Esta permite, por medio de ordenadores y un casco o gafas especiales o un ambiente virtual automático computarizado, crear estímulos y situaciones que simulan una amplia variedad de experiencias reales de un modo vívido y presencial, al tiempo que se logra que lo que el cliente ve y oye (entorno virtual) sea influido por lo que hace; en ocasiones se añaden también estímulos táctiles. De este modo, suscita emociones similares a las experimentadas en las situaciones reales. Krijn et al. (2004) describen las dos principales técnicas para sumergir a los pacientes en el entorno virtual: casco montado en la cabeza (un solo usuario) y ambiente virtual automático computarizado (multiusuario). Por otra parte, en la exposición mediante realidad aumentada se superponen imágenes virtuales (p.ej., de arañas) a imágenes reales

obtenidas mediante una cámara que permite ver el entorno a través del visor del casco.

h) Exposición simulada. También conocida como ensayo conductual o role playing, consiste en la exposición a situaciones sociales problemáticas que son simuladas o reproducidas en la sesión terapéutica. Un ejemplo sería solicitar la devolución del dinero de un artículo al dependiente de una tienda representado por el terapeuta o un colaborador de este. Las situaciones sociales simuladas pueden ser situaciones temidas, pero también situaciones desencadenantes de ira.

Por su parte, Wolitzky; Horowitz; Powers y Telch (2010), proponen que también se utilizan otros dos tipos de exposición que son:

- 1) Realidad virtual y exposición simulada con ordenador. Estas estrategias permiten al paciente enfrentarse a representaciones del objeto fóbico generadas en un ordenador. Las dos variantes de esta estrategia general incluyen la realidad virtual (RV; Rothbaum y col., 1995; Rothbaum, Hodges, Smith, Lee & Price, 2000) y la exposición indirecta asistida por ordenador (EIAO; Dewis y col., 2001). En la RV, el paciente interactúa con una representación virtual del estímulo fóbico mientras lleva unos auriculares y un dispositivo de seguimiento con la cabeza. El espacio virtual está pensado para crear un “sentido de presencia” suficiente (Rothbaum y col., 2000, p. 1021) para permitir que el paciente procese emocionalmente la exposición a los estímulos. La EIAO usa menos avances tecnológicos que la RV; el cliente interactúa con un ordenador guiando a una persona virtual a través de interacciones con el objeto fóbico.
- 2) Tensión aplicada (TA). La TA se ha usado inicialmente en el tratamiento de las fobias a la sangre e inyecciones. Los pacientes son expuestos a estímulos de sangre/daño de manera gradual mientras se les enseña a tensar sus músculos para aumentar su presión arterial, previniendo de este modo el desvanecimiento

en presencia de sangre o inyecciones (Öst y col., 1991; Öst, Sterner & Fellenius, 1989).

Basados en la primera técnica, sugieren que cuando el tratamiento de exposición se realiza in vivo puede conducir a una mejoría más rápida en comparación con formas menos directas de tratamiento de exposición (Wolitzky; Horowitz; Powers y Telch, 2010).

4.8. Entrenamiento en asertividad.

En el enfoque cognitivo, el comportamiento asertivo consiste en expresar lo que se cree, se siente y se desea de forma directa y honesta, haciendo valer los propios derechos y respetando los derechos de los demás. Existen cuatro procedimientos básicos en el adiestramiento asertivo: enseñar la diferencia entre asertividad y agresividad, ayudar a identificar y aceptar los propios derechos y los derechos de los demás, reducir los obstáculos cognoscitivos y afectivos para actuar de manera asertiva, disminuyendo ideas irracionales, ansiedades y culpas, y desarrollar destrezas asertivas a través de la práctica de dichos métodos. Es así como la asertividad se fundamenta en la ausencia de ansiedad ante situaciones sociales, de manera que se hace viable manifestar sentimientos, pensamientos y acciones (Flores, 1994 en; Gaeta y Galvanovskis, 2009).

Por lo que, Caballo (2002), describe que la conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la posibilidad de futuros problemas.

Para poseer conductas asertivas, ante el mundo que nos rodea, Vallés (2003), resalta, que las habilidades sociales pueden entrenarse y es posible vivir sin

ansiedad. Una primera forma es la identificación y caracterización correcta de la conducta distinguiéndola de otras, que pueden emplearse habitualmente en las relaciones y que no son adecuadas. Éstas son: la conducta asertiva, la insegura o pasiva y la conducta agresiva.

1. Conducta pasiva: La conducta no asertiva o pasiva se caracteriza por no defender los propios derechos al no expresar correctamente las opiniones porque no se conocen, por no saber el modo de hacerlo o por creer que no son importantes para los demás. La conducta pasiva está provocada a menudo por una falta de confianza en uno mismo y por atribuir superioridad al otro.

De forma observable, esta conducta puede caracterizarse, entre otras cosas, por:

- a) Evitar la mirada, ojos hacia abajo.
- b) Habla poco fluida, con vacilaciones, con silencios.
- c) Expresión abatida o preocupada.
- d) Volumen bajo de voz.
- e) Postura cerrada, tensa, encogida, brazos cerrados.
- f) Empleo de muletillas.
- g) Movimientos corporales nerviosos o inadecuados.
- h) Gestos de huida, alejamiento.

Como consecuencia de haber actuado así, la persona no se enfrenta al problema (el otro lo hace por él), evita o escapa de los conflictos y se alivia momentáneamente de toda ansiedad.

2. Conducta agresiva: Este comportamiento se caracteriza por la expresión agresiva de las opiniones sin respetar las ajenas despreciándolas o atacándolas en un intento de dominar al otro, someterlo a los intereses propios e intentando conseguir las propias metas al precio que sea.

- a) De forma observable puede expresarse por:
- b) Volumen alto de voz.
- c) Hablar sin escuchar.
- d) Empleo de ofensas verbales, insultos, amenazas, humillaciones, murmuraciones.
- e) Mirada retadora, ceño fruncido, cara tensa.
- f) Gestos amenazadores con las manos, puños cerrados.
- g) En ocasiones extremas puede haber ataque físico.

Esta conducta produce sentimientos de resentimiento y alejamiento en los demás, y se establecen relaciones poco duraderas o insatisfactorias. En el sujeto agresivo surgen sentimientos de culpa y tensiones en las relaciones interpersonales, para acabar evitando futuros contactos.

3. Conducta asertiva: Existe un tercer tipo de conducta que es considerada positiva y funcional. El comportamiento asertivo, es aquel que implica la expresión directa de los propios sentimientos, necesidades, derechos legítimos u opiniones que no amenazan, castigan ni violan los derechos de los demás. Se debe atender a las habilidades que conlleva este tipo de conducta, interiorizarlas y utilizarlas en nuestra vida diaria.

De acuerdo con Vallés (2003), de forma observable, la conducta asertiva se caracteriza por:

- 1) Contacto ocular directo, gestos firmes.
- 2) Postura erecta.
- 3) Mensajes en primera persona.
- 4) Respuestas directas.

La persona con conducta asertiva suele obtener beneficios, ya que recibe una comunicación clara y no manipuladora. Se produce también una mayor

satisfacción en la vida social, mayor confianza en uno mismo y unas relaciones más íntimas y significativas.

Respecto a la asertividad, menciona Vallés (2003), que existen cuatro componentes básicos verbales de una posición asertiva:

1. Decir “no” o tomar una posición:
 - a. Posición: manifestación, normalmente a favor o en contra, de la postura de uno sobre un tema o de la respuesta a una petición o demanda.
 - b. Razón: argumento ofrecido como justificación de la posición, petición o los sentimientos del individuo.
 - c. Comprensión: expresión que reconoce y acepta la petición o sentimientos del otro.
2. Petición de favor o defensa de los propios derechos:
 - a. Problema: es la expresión que describe una situación insatisfactoria que necesita ser modificada.
 - b. Petición: es la expresión que solicita algo necesario para la resolución de un problema.
3. Clasificación: expresión diseñada para provocar información adicional y específica con respecto al problema.
4. Expresión de sentimientos: manifestación que comunica las emociones, sentimientos u otras expresiones apropiadas de una persona.

Algunas técnicas para mejorar las habilidades sociales, y evitar la ansiedad en situaciones sociales, describe Caballo (2002), son:

1. Disco rayado: consiste en decir que no de forma clara, firme y sin excusas. Se debe repetir el argumento las veces que sea necesario, sin enfados ni gritos, acabando las frases siempre con el propio objetivo.
2. Banco de niebla: esta técnica se utiliza para el manejo de las críticas manipuladoras. A veces, cuando se manifiesta una negativa se puede ser objeto

de presiones o chantaje emocional. Se soluciona dando la razón al interlocutor y continuando con el disco rayado.

3. Aplazar la respuesta: consiste en dar largas al interlocutor. Es una forma de demorar la petición a la que no se va a acceder, sin herir los sentimientos de la otra persona.
4. Cortar: consiste en comunicar al interlocutor que se quiere acabar con un tema.
5. Pero se reconoce una parte de verdad: en lo que dice el otro, que supuestamente trata de manipular y, a pesar de ello, se mantiene la propia postura.
6. Información mutua: se presta atención a lo que se dice (se escucha mirando a los ojos, haciendo señales de estar entendiendo, etc.) y después, se da una información distinta (turno).
7. Aserción negativa: es una forma de reacción ante una crítica justa sin dar demasiadas excusas o justificaciones. Ejemplo: Has hecho la tarea demasiado lento. -La verdad es que podría haberla hecho más rápido, es cierto, lo siento-.
8. Interrogación negativa: es útil para conocer algo de los sentimientos o ideas de los demás, facilitando la comunicación cuando la otra persona critica.
9. Repetir lo que siente la otra persona: se repite lo dicho por la otra persona, sin mostrar acuerdo alguno en lo que dice.
10. Parafrasear: se comenta expresivamente lo que dice el otro en un tono similar comunicando nuestra opinión verdadera. También se llaman afirmaciones paradójicas, porque en lugar de provocar un sentimiento de culpa, se hace gala de ello como algo natural.
11. Rehusar peticiones: no se han de dar excusas aunque sí razones, respuestas concisas y en el caso apropiado, alternativas. Ante la negativa se suelen producir las siguientes manipulaciones:
 - a) Halago.
 - b) Crítica.
 - c) Provocar pena.
 - d) Excepción.
 - e) Última vez.
 - f) Inducción de culpa.

4.9. Mindfulness.

¿Qué se entiende por mindfulness? Ruiz; Díaz y Villalobos (2012), la definen como atención plena, o conciencia plena, son los términos en castellano para hacer referencia al término inglés mindfulness, a su vez, mindfulness es la traducción de una antigua palabra india, *sati*, que significa conciencia, atención y recuerdo.

La experiencia de mindfulness guarda relación con el hecho de estar en contacto, de examinar quiénes somos, de cuestionar nuestra visión del mundo y de cultivar la capacidad de apreciar plenamente cada momento de la vida (Kabat-Zinn, 1994 en; Ruiz; Díaz y Villalobos, 2012).

Se trata de una estrategia de meditación que pretende la conexión con el aquí y ahora, o simplemente de prestar atención cotidianamente, haciéndonos conscientes de lo que estamos sintiendo, pensando y haciendo en el momento presente, pues la divagación de la mente por los derroteros inciertos del futuro e irre recuperables del pasado suele llevar al abandono de lo único que es real para el ser humano: su capacidad de actuar en el momento y sobre el contexto presente.

Alcanzar el estado de mindfulness requiere una práctica diligente. El hábito diario de meditación, va facilitando la suspensión del juicio, la observación y la aceptación, sin pretender nada más que observar, sin querer cambiar los procesos cognitivos y emocionales que resultan en las distintas esferas de nuestra experiencia. En definitiva, el objetivo del mindfulness es cambiar las relaciones que las personas establecen con los pensamientos, sentimientos y sensaciones físicas que activan y mantienen los estados del trastorno mental, en este caso la ansiedad (Ruiz; Díaz y Villalobos, 2012).

4.10. Psicoeducación.

Moreno y Martín (2008), mencionan que la *psicoeducación*, se conoce como el proceso por el cual el terapeuta aporta información al paciente con la intención de que éste entienda determinados fenómenos psicológicos. Esta información permite al paciente comprender sus problemas, dando una explicación sobre el origen de los mismos y sobre todo, qué hace que se mantenga en la actualidad.

De lo cual, Tejero (2010), menciona que la psicoeducación es el primer paso del tratamiento y uno de los más importantes puesto que, con la información que reciba el paciente en éste, es la idea que se hará de su propio trastorno y tratamiento correspondiente.

Basado en estas concepciones Caseras (2009 en; Tejero 2010), define la psicoeducación de una forma muy completa; es el proceso a través del cual se corrigen los errores o sesgos de información que la persona afectada por un trastorno puede presentar, así como el proceso de proporcionar la información justa y necesaria que puede ser útil en el proceso de curación. Se trata de aumentar el conocimiento y la comprensión de la persona sobre su problema y sobre el tratamiento que recibirá para combatirlo.

El hecho de que la persona conozca el trastorno disminuye la ansiedad o malestar provocado por la incertidumbre o desconocimiento de la causa de sus síntomas, sobretodo en un trastorno de ansiedad. Debido a que los síntomas fisiológicos de la ansiedad son en algunos momentos alarmantes para la persona, el hecho de que la persona entienda estos síntomas, los reconozca y entienda sus orígenes es un factor que puede ayudar a disminuirlos y no agravar sus sensaciones por el desconocimiento (Tejero, 2010).

Así, Moreno y Martín (2008), describen que la psicoeducación se lleva a cabo de la siguiente manera:

1. Qué es la ansiedad y cómo se convierte en problema
2. Es muy poco probable que se cumplan los mayores temores del paciente
3. La crisis actúa como una falsa alarma de la respuesta de huida que se asocia a determinadas sensaciones, actividades, situaciones o lugares.
4. El modelo de vulnerabilidad-estrés y el modelo interactivo de estrés.
5. Diferencia entre la ansiedad generalizada y la crisis de ansiedad
6. Los tres componentes de la respuesta de ansiedad (fisiológico, cognitivo y conductual).
7. La necesidad de la autoobservación de los propios síntomas y utilidad de autorregistros.

Tras reconocer qué síntomas son los que experimenta con mayor frecuencia, podemos preguntarle cómo reacciona ante los mismos o qué repercusiones ha tenido en él, comprobando de este modo las formas de evitación/escape que ha desarrollado hasta ahora y el deterioro funcional actual (Moreno y Martín, 2008).

A través de la revisión que se realizó durante el desarrollo de este capítulo el cual tuvo por objetivo identificar los diferentes tipos de tratamiento para la reducción de los síntomas en los distintos tipos de trastornos de ansiedad, podemos concluir que los de mayor eficacia durante el tratamiento son el entrenamiento en relajación y respiración, la TRE, la exposición en sus diferentes versiones, la desensibilización sistemática y por movimientos oculares, el entrenamiento asertivo y la psicoeducación. Los cuales se utilizan dentro de la terapia Cognitivo-Conductual (TCC) ya que de acuerdo a la información citada, presentan un mayor índice de efectividad en el área clínica.

Ya que los trastornos de ansiedad han ido aumentando de manera significativa en los últimos años, y es de suma importancia que los terapeutas estén al tanto de qué técnicas son las más adecuadas para intervenir en los trastornos de ansiedad.

Es importante recalcar, que a pesar de que algunas de las técnicas ya tienen varios años de existir, siguen siendo eficaces en la actualidad, pues la aplicación variada de estas técnicas favorece los hallazgos encontrados para estos trastornos.

Nos enfocamos en proponer diversas técnicas de intervención, dado que cada sintomatología que se presenta en el área clínica, es diferente en cada persona. Para tener una idea más clara de que técnicas aplicar específicamente para cada trastorno de ansiedad se puede acudir al artículo de Caballo, V. y Mateos, P. (2000). El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del siglo XXI. *Psicología Conductual*. 8 (2), 173-215.

Nuestra propuesta de intervención, es con la finalidad de que los terapeutas reconozcan las técnicas como posible tratamiento y que de ahí, se creen otras formas de eliminar, controlar y/o disminuir los síntomas de la ansiedad, para mejorar de manera considerable la calidad de vida de los pacientes.

CONCLUSIONES

Al elaborar ésta revisión teórica, podemos concluir que la ansiedad no es algo nuevo como mencionaron Clark y Beck (2011), ya que se ha mantenido inherente a la humanidad; consecutivamente tras años de estudios, se logró definirla y conocerla como actualmente lo hacemos. Con base a ello, podemos señalar, que los eventos experimentados en nuestra vida, por muy insignificantes que parezcan, pueden tener una repercusión significativa en nuestra manera de pensar, actuar y sentir, como lo señala Gómez (2012). Esto aunado a la intensidad y frecuencia de la sintomatología, pasando de la ansiedad normal a la patológica, como argumenta Cía (2002), se genera en algún momento de nuestras vidas el desarrollo de un trastorno de ansiedad.

Por esta razón, consideramos que los trastornos de ansiedad son de gran relevancia, ya que este padecimiento ha ido en incremento en la población con el paso de los años hasta la actualidad, y en cantidades significativas principalmente en México, como describe Fuentes (2013), siendo un factor, que las personas desconocen la presencia de éste trastorno, tolerando los síntomas que esto implica y sobrellevándolos a manera personal, familiar y social.

Debido a que los trastornos de ansiedad son diversos cuadros psicopatológicos, cuya principal característica es la presencia de molestias relacionadas y/o similares al miedo, tales como: intranquilidad, desesperación, temor, preocupaciones excesivas y ansiedad, o una combinación entre ellos como lo argumentan Heinze y Camacho (2010), es que se debe hacer la clasificación concreta de ellos.

Estos factores psicológicos caracterizados por miedo, inseguridad, temor y preocupación hacia ciertas situaciones; como lo menciona Gómez (2012), llevan a una respuesta fisiológica y conductual de sobresalto y huida a situaciones que incluso no representan un peligro.

Por ende, es de suma importancia, sustentarnos en base sólidas que determinen el tipo de trastorno que es y sus características, cuestión que ha sido revisada y analizada por el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (desde su primera versión, hasta la actual), como lo mencionan González y Pérez (2007), contemplando que las categorías diagnósticas han crecido más del 200% pasando de poco más de 100 en 1952 a casi 400 en 2000; dándose el mayor aumento a partir de la década de 1980.

De manera que, al proponer un sistema de clasificación de patrones de comportamiento (formas de pensar, experimentar la emoción, interacción con los demás, etcétera.), identificados como anormales debido a su intensidad y frecuencia que se traducen en malestar, deterioro, riesgo y atipicidad para la persona que los expresa y el entorno de ésta; es posible determinar la categoría diagnóstica sobre la que se debe trabajar.

Conforme a la sintomatología expresada, existen clasificaciones y criterios universales, para diagnosticar si el comportamiento y los síntomas presentados de una persona cubren con el perfil de un trastorno de ansiedad, siendo aquí, donde el psicólogo se hace valer, de su principal herramienta que es el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales; sustento de su diagnóstico eficaz para un posterior tratamiento.

Debido al incremento de los trastornos de ansiedad, es necesario que el psicólogo conozca las definiciones precisas, con el afán de proponer el tratamiento psicológico a cada paciente como establecen Clark y Beck (2012), en base a sus demandas.

Desde nuestro punto de vista, el modelo cognitivo-conductual puede brindar al psicólogo, las herramientas necesarias para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, haciendo una conjunción de técnicas, como lo refiere Palafox (2011), al

retomar la técnica del ABCDE de la TREC de Ellis, la cual ha sido muy provechosa al tratar los trastornos de ansiedad.

Es importante mencionar, que a pesar de que la prevalencia de los trastornos de ansiedad, es muy alta en la población, no se le da la importancia requerida, puesto que se desconoce el tema y sus implicaciones, no sólo en México, sino a nivel mundial.

Queda claro entonces, que la mayoría de la población en algún momento de su vida, ha experimentado episodios de ansiedad, miedo, estrés o nerviosismo. Sin embargo, no son atendidos por otros factores, principalmente el económico y la falta de información.

Una vez que el psicólogo logra conjuntar una adecuada evaluación y tratamiento, (en este caso cognitivo-conductual), se obtiene la intervención requerida, para eliminar y/o controlar un trastorno de ansiedad, y alcanzar el bienestar psicológico y físico, adaptándolo de manera satisfactoria a su vida personal y social.

Anexos

Anexo 1.

Preguntas para la Entrevista de Evaluación de los Diferentes Tipos de Estímulos Provocadores de la Ansiedad

Tipo de estímulos
situacionales

Preguntas clínicas

Situaciones,
contextos,
objetos
externos

- 1) ¿Ha advertido si existen ciertas situaciones o experiencias en las que sea más probable que usted se sienta ansioso?
- 2) ¿Hay algunas situaciones que le ocasionen sólo una ansiedad leve o que sienta ansiedad sólo algunas veces y otras situaciones que le ocasionen niveles más extremos de ansiedad?
- 3) ¿Podría contarme cómo fue la última vez que vivió cada una de estas situaciones y si sintió ansiedad? [El terapeuta busca una explicación detallada de las situaciones que provocan ansiedad mediante la obtención de ejemplos del pasado inmediato del cliente].
- 4) ¿Ha advertido si existe algo en la situación que podría empeorar su ansiedad?
- 5) ¿Hay algo sobre la situación que podría aliviar su ansiedad?
- 6) ¿Con qué frecuencia experimenta estas situaciones en su vida diaria?
- 7) ¿Trata de evitar las situaciones? ¿En qué medida interfiere esto con su vida cotidiana?

Claves
interoceptivas
(físicas)

- 8) Cuando se encuentra en una situación ansiosa, ¿ha advertido cambios en sus sensaciones físicas? [El terapeuta podría mencionar la mayoría de las señales de hiperactivación si el cliente necesita ayuda].
- 9) ¿Ha advertido si estas sensaciones físicas ocurren antes de que usted comience a sentirse ansioso?
- 10) ¿Con qué frecuencia percibe estas sensaciones físicas cuando está ansioso? ¿Algunas están siempre presentes mientras que otras sólo se presentan ocasionalmente?
- 11) ¿Cuál de las sensaciones físicas percibe más intensamente cuando está ansioso?
¿Cuál de las sensaciones advierte en primer lugar cuando está ansioso?
- 12) ¿Ha advertido si usted se siente más ansioso una vez que es consciente de las sensaciones físicas? [p. ej., el cliente puede sentir más ansiedad porque el ritmo cardíaco aumente repentinamente].
- 13) ¿Le ha ocurrido alguna vez que la sensación física (p. ej., dolor en el pecho) le ocurra inesperadamente sin que se sintiera ansioso? ¿Puede recordar algún caso de este tipo? ¿Cómo se sintió tras percibir esta sensación?
- 14) ¿Adopta precauciones especiales para asegurarse de que no experimentará alguna sensación física particular? [p. ej., el cliente podría evitar las presiones de tiempo porque quiere mantener un estado de calma y evitar sentirse tenso].

Claves
cognitivas

- 15) ¿Ha tenido alguna vez un pensamiento, imagen o impulso sobre algo bastante extraño, inesperado, incluso molesto, que irrumpa repentinamente en su mente? [El terapeuta podría ofrecer ejemplos o presentar al cliente un listado de intrusiones indeseadas comunes para facilitar el auto-informe de las intrusiones]
- 16) Cuando se aproxima a una situación ansiosa [el terapeuta especifica las situaciones], ¿recuerda algún pensamiento o imagen que haya irrumpido en su mente?
- 17) ¿Conlleva alguno de estos pensamientos o imágenes inesperados cosas que son ajenas a su carácter o que serían fuente de vergüenza considerable o de consecuencias temidas?
- 18) ¿Qué grado de molestia le hacen sentir estos pensamientos?
- 19) ¿Se ha sentido alguna vez preocupado porque haya en usted algo que no funcione bien o que algo malo pueda ocurrirle a consecuencia de un pensamiento, imagen o

Anexo 2.

Ejemplos de Respuestas Constructivas ante la Ansiedad que deberían ser evaluadas como parte de la Conceptualización de Caso

Respuesta constructiva	Preguntas clínicas
Exposición espontánea	<ol style="list-style-type: none">1) ¿Con qué frecuencia se expone el cliente intencionadamente a situaciones provocadoras de ansiedad?2) ¿Qué intensidad y durante cuánto tiempo tolera la ansiedad antes de que inicie la huida?3) ¿Se produce la exposición de forma regular? ¿Están presentes o ausentes las claves de seguridad?4) ¿Qué evaluación hace el cliente de la experiencia de exposición? ¿Percibe que así reduce o exacerba la ansiedad?
Prevención auto-iniciada de respuesta	<ol style="list-style-type: none">5) ¿Con qué frecuencia inhibe el cliente las respuestas que tratan de reducir la ansiedad (p. ej., ritual compulsivo en TOC)?6) ¿Cuánto le cuesta resistirse a la urgencia de iniciar la actividad de reducción de la ansiedad?7) ¿Se produce la resistencia de forma regular?8) ¿Cómo evalúa el intento de resistirse a la actividad reductora de ansiedad? ¿Considera que la resistencia mejora o empeora la ansiedad?

Respuesta de
relajación

- 9) ¿Con qué frecuencia inicia el cliente la relajación muscular, la respiración controlada o la meditación en respuesta a la ansiedad?
- 10) ¿Cómo evalúa el cliente la efectividad de estas estrategias para manejar la ansiedad?
- 11) ¿Existe alguna prueba de que el cliente esté usando la relajación como estrategia de escape por miedo a sentir ansiedad? ¿En qué medida es la relajación una estrategia de respuesta adaptativa o mal adaptativa para la ansiedad?

Capacidad de
resolución de
problemas

- 12) ¿Aplica el cliente un enfoque de solución de problemas para la fuente de la ansiedad? (p. ej., un estudiante preocupado por suspender un examen trabaja mejorando sus estrategias de aprendizaje)
- 13) ¿Cuál es el efecto percibido de estos esfuerzos de resolución de problemas sobre el nivel de ansiedad?
- 14) ¿Existe algún punto débil en la estrategia de resolución de problemas que pudiera minar su efecto positivo sobre la ansiedad?

Revaloración realista
de la amenaza

- 15) ¿Cuestiona o revalora el cliente de alguna manera su valoración inicial de amenaza, y en caso afirmativo, qué grado de efectividad tiene este cuestionamiento?
- 16) ¿Puede poner en práctica la recogida de pruebas, actividad mediante la cual busca información que desmienta el pensamiento inicial relativo a la gravedad de la amenaza?
- 17) ¿Recurre alguna vez a alguna forma de puesta en prueba de hipótesis empíricas mediante la cual localice experiencias para determinar si sus miedos son realistas o exagerados?

Revaloración de la
vulnerabilidad personal

- 18) ¿Inicia el cliente alguna forma de recogida de información relativa a su capacidad para afrontar la amenaza?
- 19) ¿Puede recordar experiencias pasadas de afrontamiento satisfactorio como medio para reajustar su sensación inicial de vulnerabilidad personal?
- 20) ¿Practica intencionadamente actividades provocadoras de ansiedad para poner a prueba su vulnerabilidad?

Anexo 3.

Valoraciones diarias de ansiedad y registro de situación.

Formato I.

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Utilice la escala de valoración que se presenta a continuación para registrar una cifra de 0 a 100 que indique el nivel medio de ansiedad que haya experimentado durante el día. En la columna de la derecha describa brevemente cualquier situación que le haya parecido particularmente provocadora de ansiedad durante ese día.

0

50

100

“Sin ansiedad alguna,
totalmente relajado

“Nivel moderado o
habitual de la
ansiedad sentida en
estado ansioso”

“Estado extremo,
golpe de pánico,
que es insoportable
y parece mortal”

Día de la semana/ fecha	Valoración del nivel medio de ansiedad (0-100)	Situaciones provocadoras (Señale cualquier situación que haya aumentado su ansiedad durante el día de hoy”
1. Lunes		
2. Martes		
3. Miércoles		
4. Jueves		
5. Viernes		
6. Sábado		
7. Domingo		

De Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright (2010) de Guilford Press.

Formato II.

Formulario de Análisis Situacional

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Por favor anote cualquier situación que haya provocado una respuesta de ansiedad. Describa brevemente la situación en la segunda columna y en la tercera valore la intensidad de la ansiedad (0-100) y su duración (cantidad de minutos). En la cuarta columna señale los síntomas de ansiedad más prominentes que ha experimentado y en la quinta registre cualquier pensamiento inmediato de la situación. En la última columna comente, por favor, su respuesta inmediata ante la ansiedad.

Fecha/Hora	Situación	Intensidad (0-100) y duración de la ansiedad	Síntomas ansiosos primarios	Pensamientos ansiosos inmediatos	Respuesta inmediata al sentir ansiedad
1.					
2.					
3.					
4.					

De Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice de David A. Clark y Aaron T. Beck. Copyright 2010 de Guilford Press.

Anexo 4.

La relajación antipánico propuesta por Moreno y Martín (2008) dice que:

En la medida de lo posible, la relajación muscular progresiva debe comenzar a realizarse en un lugar tranquilo, con luz tenue y sin interrupciones. El paciente debe sentarse en una silla sobre la que pueda apoyar todo su cuerpo, de forma que pueda tensar y relajar sin dificultad los distintos grupos musculares que se le proponen. Se le indica que vista ropa cómoda, se quite las gafas o lentillas, apague el teléfono móvil, se afloje la correa y en general se deshaga de todo aquello que pueda causar distracción o incomodidad durante la práctica de la relajación como reloj, anillos, pulseras, etc.

Explicamos al paciente que la relajación muscular consiste en tensar y relajar diversos grupos musculares, manteniendo la atención concentrada en la experiencia muscular, para discriminar sensorialmente entre el estado de tensión y de relajación. Tras explicarle cuáles son los grupos musculares que tiene que tensar y relajar, le pedimos que concentre toda su atención en el primer grupo muscular y tense sólo esos músculos durante 5 segundos. Después le indicamos que relaje ese grupo muscular durante 20 o 30 segundos, experimentando la relajación. Durante la tensión y la relajación, podemos ayudarle a tener la atención concentrada en la experiencia muscular, haciendo comentarios sobre la tensión (“nota como tus músculos están rígidos y tensos”), la relajación (“sientes una sensación agradable, tus músculos se sueltan”) o el contraste de ambas (“ahora notas una sensación de alivio, antes había tensión, ahora relajación”.) La secuencia de tensar y relajar vuelve a repetirse con el mismo grupo muscular, con un aumento de la relajación de 30 a 40 segundos. Se requiere que el paciente logre la relajación muscular completa con cada grupo muscular antes de progresar con otro grupo muscular distinto. Si el paciente refiere no estar totalmente relajado en un grupo muscular específico, se repite de nuevo la secuencia de tensar y

relajar, aunque teniendo en cuenta que no se debe repetir más de 4 o 5 veces, pues se podría producir fatiga muscular o dolor.

En primer lugar, señalan Moreno y Martín (2008), enseñamos el procedimiento con 15 grupos musculares. A continuación se presentan los grupos musculares a relajar con la instrucción que se podría dar para producir la tensión:

- a) *Mano dominante y antebrazo*: cerrar el puño y apretarlo con fuerza como si se fuese a dar un puñetazo.
- b) *Bíceps dominante*: dejando la mano relajada, se intenta tocar el hombro con la muñeca, o bien se aprieta el bíceps como si se quisiera sacar el musculo.
- c) *Mano y antebrazo no dominante*: igual que el dominante.
- d) *Bíceps no dominante*: igual que el dominante.
- e) *Frente*: se levantan las cejas, arrugando la frente.
- f) *Parpados*: se cierran los ojos, apretándolos.
- g) *Nariz y mejillas superiores*: se arruga la nariz como poniendo cara de asco.
- h) *Mandíbula, mejillas inferiores y lengua*: se aprietan los dientes, tensando toda la boca y se presiona la lengua contra el paladar.
- i) *Cuello y garganta*: se intenta tocar el pecho con la barbilla o se aprieta la parte trasera de la cabeza contra el respaldo de la silla o la cama si se está acostado.
- j) *Hombros y parte superior de la espalda*: estirar los hombros como si se quisiesen tocar por detrás y luego por delante.
- k) *Pecho*: se realiza una inspiración profunda y se contiene el aire unos segundos, dejándolo salir con fuerza.
- l) *Abdomen*: se encoge el estómago como si se fuese a recibir un puñetazo.
- m) *Espalda inferior*: se arquea la espalda como si se quisiese sacar el abdomen.
- n) *Pierna dominante*: se pisa con fuerza como si se estuviera pisando un pedal. Si se está acostado, se puede estirar la pierna inclinando los pies hacia afuera.

o) *Pierna no dominante*: igual que la dominante.

Mientras se están llevando a cabo las secuencias de tensión y relajación, se puede introducir sugerencias referentes a la respiración (“notas como tu respiración se va haciendo cada vez más lenta y regular”) y/o sensaciones musculares durante la relajación (“tus músculos pesan y sientes un ligero calor agradable”). Con estas sugerencias, se pretende facilitar la inducción del estado de relajación. Además, se le puede indicar al paciente que realice una respiración profunda y la mantenga durante la tensión para soltar el aire durante la relajación de cada grupo muscular.

Después de completar la secuencia completa, el terapeuta revisa los grupos musculares uno a uno y anima al paciente a que continúe relajándolos. Se valora entonces el grado general de relajación de todo el cuerpo y se enumeran los distintos grupos musculares para que el paciente compruebe si están relajados, tensando y relajando el grupo muscular que no lo esté. Antes de acabar, se deja al paciente un momento para que disfrute de la relajación profunda mientras hacemos comentarios relajantes que permitan al paciente estar concentrado en las sensaciones de relajación (“tu cuerpo está relajado, tranquilo, con una sensación de calma...”). Después de unos minutos, guiamos al paciente para que se vaya saliendo del estado de relajación. Para ello, se puede contar hacia atrás de 5 a 1, indicando al paciente que vaya moviendo las piernas y los pies al oír 5, los brazos y las manos al oír 4, el tronco al oír el 3, la cabeza y el cuello al oír 2, y que abra los ojos al oír 1. Animamos al paciente a que continúe relajado y lo preparamos ante la posibilidad de que pueda sentirse un poco mareado o desorientado tras haberse relajado profundamente.

La relajación requiere de práctica como todo aprendizaje de habilidades, enfatizan Moreno y Martín (2008), así que animamos al paciente a que practique la relajación durante unos 30 minutos dos veces al día, indicándole que para conseguir el resultado deseado debe practicarlo con continuidad durante unos 20

días. Al principio es conveniente que la realice en una silla cómoda y en un momento y lugar del día en que no tenga interrupciones.

Una vez que el paciente es capaz de relajarse con los 15 grupos musculares, el terapeuta condensa los grupos musculares para reducir la cantidad de tiempo necesario para relajarse profundamente. Los 15 grupos musculares iniciales pueden reducirse a 7:

- i. Brazo dominante.
- ii. Brazo no dominante.
- iii. Cara.
- iv. Cuello.
- v. Pecho, hombros, espalda y abdomen.
- vi. Pierna dominante.
- vii. Pierna no dominante.

Tras aprender la relajación muscular mediante la tensión y relajación, se introduce la relajación por evocación o recuerdo, en la que el paciente logra la relajación muscular mediante el recuerdo de las sensaciones provocadas anteriormente por el estado de relajación, pero sin tensar antes esta vez. Animamos al paciente para que se concentre en un grupo muscular concreto y entonces lo relaje mediante recuerdo de cómo se sueltan esos músculos y de las sensaciones de relajación asociadas. Después de concentrarse en los músculos relajados durante unos 30 segundos, el terapeuta pide al paciente que le indique si el grupo muscular está relajado, y, si no es así, vuelve a repetir el mismo proceso antes de pasar al siguiente grupo muscular. Una vez que el paciente haya aprendido a relajarse mediante evocación, puede introducirse también la relajación mediante la cuenta de 0 a 10, en la que, después de relajar cada grupo muscular mediante el recuerdo, el terapeuta instruye al paciente para que note cómo todos sus músculos están relajados mientras él cuenta hasta 10.

Para practicar la relajación muscular en casa, el paciente debe comenzar por lugares tranquilos, sin ruidos ni distracciones. Posteriormente, conforme va adquiriendo destreza al relajarse, debe intentar relajarse en lugares más ruidosos y con más distracciones, ya que distintos contextos cada vez que se note tenso o ansioso (Moreno y Martín, 2008).

Anexo 5.

De acuerdo con Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), las principales características que se deben reunir acorde a Schultz son: un sitio tranquilo, con clima templado, iluminación tenue, ropa cómoda. Así, como norma básica para cualquier postura, una vez alcanzada una situación corporal de comodidad, la persona debe cerrar sus párpados como si fuese a dormir. Y se siguen estos pasos:

1. Postura adecuada con ojos cerrados.
2. Comienza a repetir *estoy muy tranquilo*, varias veces.
3. Imaginar que el brazo dominante (derecho-izquierdo) pesa demasiado 5 o 6 veces. (Dos semanas).
4. Imaginar que se eleva la temperatura 5 o 6 veces. (Dos semanas).
5. Sentir el latir del corazón y poner especial atención.
6. Sentir que la respiración sea lenta y pausada.
7. Sentir sensación de frescor en frente.
8. Vuelta a la normalidad con movimientos circulares de las extremidades y apertura de ojos.

La práctica del entrenamiento en relajación autógena consta de varios ejercicios de concentración pasiva en las sensaciones de:

Peso en brazos y piernas,

Calor en brazos y piernas,

Movimiento del corazón,

La autonomía del proceso respiratorio,

El calor abdominal interno (plexo solar),

La diferencia de temperatura entre la frente y el aire circundante.

Los ejercicios consisten en centrar la mente en fórmulas cortas y repetitivas y, al mismo tiempo, intentar imaginar de forma intensa lo que sugieren. Es importante cuidar la forma de acabar los ejercicios. La terminación estándar para regresar al realiza en estado habitual se realiza en tres etapas: 1) inspiración profunda, 2) fuerte flexión y 3) estiramiento de brazos y piernas y abrir los ojos.

Se trata de un procedimiento muy estructurado que gira en torno a dos Grados o Ciclos: un Grado Inferior o ejercicios propiamente de relajación y un Grado Superior o ejercicios de imaginación.

Grado Inferior

El Grado Inferior del entrenamiento autógeno sirve sobre todo para la relajación. Por lo general, se compone de siete ejercicios que mediante autosugestión dan lugar a sucesivas sensaciones de reposo, pesadez y calor en brazos y piernas, descenso del ritmo cardíaco y respiratorio, calor en el plexo solar y frescor en la frente. La duración recomendada de estas sesiones es de 3 a 5 minutos, nunca se deberá exceder de ese tiempo ya que podría ser contraproducente.

Grado Superior

En el Grado Superior se tratan los problemas mediante la sugestión hasta lograr solucionarlos o, al menos, mitigarlos. Algunos ejercicios que suelen emplearse son los siguientes:

Experiencia con colores: dirigir la vista al centro de la frente y hacer surgir un color en la imaginación.

Imaginar objetos concretos: una vela encendida, una rosa, etc.

Dar forma a valores abstractos: esperanza, amor, coraje, etc.

Imaginar que se va por el fondo del mar.

Imaginar que se sube a la cima de una montaña.

Imaginarse uno mismo con determinados propósitos, por ejemplo: “Voy a afrontar con éxito esa situación”.

El requisito para realizar los ejercicios del Grado Superior es dominar los del Grado Inferior. En esta fase es frecuente vivir sueños lúcidos con posteriores recuerdos claros y permanentes. Tras los habituales ejercicios introductorios de reposo, pesadez, calor, respiración, corazón y abdomen, se mantiene la fase de meditación profunda del abdomen y se sigue trabajando con la siguiente fórmula: “En mi imaginación veo un color” y a partir de este color se desarrolla una visión.

Indicaciones generales para la práctica del entrenamiento autógeno:

Como en cualquier otro procedimiento de relajación, la práctica correcta de este tipo de entrenamiento requiere seguir una serie de indicaciones generales en la forma de proceder:

El cliente debe de mantener una imagen representativa de la autosugestión que se está indicando y mantener una actitud de observación pasiva de los cambios.

Cada uno de los ejercicios es practicado diariamente y no se ha de introducir un nuevo ejercicio hasta que no se domine el anterior.

Cada vez que se avanza con un nuevo ejercicio se deben repasar y practicar los anteriores.

Nunca se han de entrenar los ejercicios del Grado Superior hasta que no se hayan dominado los del Grado Inferior.

Al iniciar el Grado Superior del entrenamiento el cliente debe girar los globos oculares hacia arriba y hacia adentro como si intentase mirar el centro de la frente.

Durante el desarrollo del programa si se presentan sensaciones físicas como hormigueo, excesiva sensación de calor etc. que resultan molestas, éstas pueden ser debilitadas cambiando las fórmulas utilizadas, por ejemplo, en lugar de muy caliente se puede emplear caliente.

Si se presentan pensamientos intrusivos se le indica al paciente que debe de completar el pensamiento y volverse a concentrar en la fórmula.

Anexo 6.

La propuesta de respiración realizada por García; Fusté y Bados (2008), es la siguiente:

Para empezar a practicar el tipo de respiración adecuada recomiendan que se debe:

a) Sentar cómodamente, cerrar suavemente los ojos y colocar una mano sobre el abdomen, con el dedo meñique justo encima del ombligo. El abdomen debe elevarse con cada inspiración, al espirar el abdomen vuelve a su posición original. Para que sea más fácil realizar la respiración abdominal, se debe intentar llevar el aire hasta la parte más baja de los pulmones. También puede ser de ayuda intentar presionar el “cinturón” con el abdomen al inspirar. Hay que recordar que se trata de llevar el aire hasta la zona final de los pulmones, no de coger mucha cantidad de aire. Si no se puede respirar diafragmáticamente en posición sentado, se puede comenzar por una posición reclinada o recostado boca arriba. Si es necesario, se puede colocar un pequeño libro sobre su abdomen y comprobar cómo aquél sube y baja.

b) Inspirar por la nariz y espirar por la nariz o por la boca. Si existe algún problema que impida inhalar bien por la nariz, puede hacerse por la boca, pero sin abrirla demasiado.

c) Inspirar por la nariz durante 3 segundos utilizando el diafragma, espirar por la nariz o por la boca durante 3 segundos y hacer una breve pausa ante de volver a inspirar. Puede ser aconsejable que se repita mentalmente y de forma lenta la palabra "calma", "relax" o "tranquilo" cada vez que se espira o bien imaginar que la tensión se escapa con el aire espirado. Para mantener el ritmo, puede ser útil contar de 1 a 3 (inspiración), volver a contar de 1 a 3 (espiración), contar 1 para la pausa y volver a empezar. Hay algunas personas a las que les

resulta más cómodo hacer la pausa después de inspirar. Es decir, inspiración-pausa-espирación. Si se respira más despacio, no hay problema.

Si, por el contrario, el ritmo de 8 por minuto fuera demasiado lento para quien lo practica, se tendría que empezar por uno más rápido de 12 por minuto (la inspiración y la espiración durarían 2 segundos cada una) o más; luego, habría que aproximarse más o menos gradualmente al ritmo de 8 por minuto. Las inspiraciones no deben ser demasiado profundas.

Otra propuesta desarrollada por García; Fusté y Bados (2008), es la Respiración profunda con retención del aire, es una técnica que puede ser útil en situaciones en las que uno está muy activado. Es una respiración muy lenta (se respira tres veces por minuto), regular y diafragmática, pero implica retener el aire durante unos segundos y es más profunda que la controlada.

En este tipo de respiración se tiene que retener el aire y respirar más profundamente:

a) Retención del aire: El hecho de retener el aire estimula el nervio vago, la rama principal del sistema nervioso parasimpático, que es el encargado de reducir la activación cuando esta es demasiado intensa o prolongada. Por tanto, permite controlar la activación de forma más rápida que la respiración controlada.

b) Profunda: este tipo de respiración es bastante más lenta que la respiración controlada, es decir respiramos menos veces cada minuto y, por tanto, es necesario coger más aire en cada inspiración (retener el aire durante 5-7 segundos y espirar lentamente por la nariz o por la boca durante unos 10 segundos) para disponer del oxígeno que necesitamos. Para mantener el ritmo puede serle útil contar de 1 a 5 (inspiración), de 1 a 5 o 7 (retención) y de 1 a 10 (espiración).

Anexo 7.

La propuesta que hacen Moreno y Martín (2008), para la respiración antipánico implica los siguientes pasos:

- 6) Psicoeducación de la respiración y su fisiología.
- 7) Ejercicio de hiperventilación.
- 8) Entrenamiento en respiración abdominal o diafragmática.
- 9) Hacer la respiración cada vez más lenta, hasta realizar una media de 10 respiraciones por minuto.
- 10) Practicar y generalizar los resultados.

A continuación, se le puede pedir al paciente que hiperventile voluntariamente. Para ello, ha de respirar rápida y profundamente, como si quisiese hinchar un gran globo durante un minuto. Este ejercicio provoca normalmente sensaciones corporales intensas y desagradables (taquicardia, mareo, hormigueo en manos y pies...) que a menudo se parecen a las sensaciones que experimenta el paciente durante las crisis de ansiedad. Si no se produjese este efecto, podría seguir respirando así un par de minutos más. Una vez que los síntomas se reducen, explicamos al paciente que la hiperventilación a menudo está asociada con las crisis de ansiedad, y que la hiperventilación crónica, puede estar causada por respirar de forma rápida y superficial desde el pecho, para experimentar crisis de ansiedad.

En el siguiente paso, introducimos la técnica de control de la respiración, modelando al paciente para que respire con el diafragma (“con la abdomen o barriga”) en vez de con el pecho. El diafragma es un músculo en forma de cúpula que separa la cavidad torácica (pulmones y corazón) de la cavidad abdominal (intestinos, estomago, hígado, etc.). Éste interviene en la respiración, descendiendo el volumen de la cavidad torácica al inspirar y aumentándolo al

espirar. Enseñamos al paciente a controlar la respiración relajando los músculos abdominales, contrayendo el diafragma y relajando los músculos intercostales.

El objetivo explican Moreno y Martín (2008), es que deje de respirar con el tórax (respiración pectoral superficial) para respirar de forma diafragmática, rítmica y lenta, reduciendo su intensidad. Además, se instruye al paciente para que se concentre en su respiración contando las inspiraciones y pensando en una palabra relajante (ej. “tranquilidad”, “paz”, “sosiego”) en las espiraciones, enfatizando la relajación y animando a tomar conciencia de las señales interoceptivas de todos los músculos implicados en la respiración.

El terapeuta modela la forma de respirar y aporta feedback correctivo. Más adelante, se le enseña a reducir la tasa de la respiración con el objetivo de abarcar un ciclo de inspiración y espiración completas durante 6 segundos (3 inspirar, 3 espirar). Como tarea para casa se pauta practicar la respiración diafragmática durante 10 minutos, al menos 2 veces al día, sin intentar reducir la respiración o aplicar el ejercicio cuando la ansiedad sea muy elevada.

Después de practicar la respiración lenta una semana, se realiza la respiración diafragmática lenta en ambientes con distracciones como en el trabajo o en el coche. Por último se introduce este tipo de respiración como técnica para controlar el pánico y la ansiedad, tomando ciertas precauciones.

El objetivo a corto plazo es ayudar a que el paciente aprenda a controlar la respiración voluntariamente, y a largo plazo establecer un patrón habitual de respiración saludable. Así, se reduce la ventilación para que sea consonante con las demandas metabólicas del oxígeno, facilitando la relajación (Moreno y Martín, 2008).

inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego.



Lo anterior conlleva consecuencias a nivel psicológico, emocional y físico, induciendo la presencia de otros padecimientos, lo que afecta de manera notoria la calidad de vida.



Contacto:

Lic. en psicología Karen Monroy

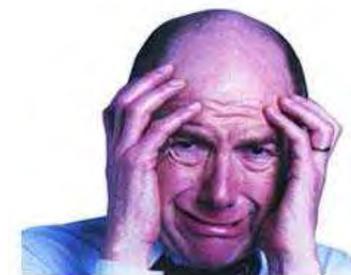
55-45878484

Lic. en psicología Laura Orea

55-22950710



Trastornos De Ansiedad



Sabes... ¿Qué son y qué hacer al respecto?

La **ansiedad**, es definida por el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-IV-TR) como:



Anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión (pág. 477).



Se caracteriza por miedo, inseguridad, temor y preocupación hacia ciertas situaciones.



La ansiedad permite enfrentar o escapar de situaciones que ponen en peligro la vida.

A pesar de ser algo normal y necesario, se convierte en patología o trastorno cuando aumenta la intensidad de éstos síntomas y su duración aumenta, incluso en ausencia de una situación peligrosa.



De manera que, Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-V) define un trastorno de ansiedad como el miedo o ansiedad excesiva e

REFERENCIAS

1. Abramowitz, J. (2007). *Trastorno Obsesivo-Compulsivo*. México: Editorial Manual Moderno.
2. Acuña, D. (2010). *Evaluación de Ansiedad. Datos normativos del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo en Buenos Aires*. (Las tesinas de Belgrano, Universidad de Belgrano). Recuperado de:
http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/406_Acuna.pdf
3. Álvarez, J.; Aguilar, J. y Lorenzo, J. (2012). La Ansiedad ante los Exámenes en Estudiantes Universitarios: Relaciones con variables personales y académicas. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology I+D+i*. Vol. 10, núm. 26, pp. 333-354. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/2931/293123551017.pdf>
4. Aragón, L. (2011). *Evaluación psicológica. Historia, fundamentos teórico-conceptuales y psicometría*. México: Manual Moderno.
5. Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
6. Aguado, H.; Manrique, E. y Silberman, R. (2004). Evaluación cognitivo-conductual del trastorno por estrés postraumático. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*. Vol. V No. 1, 69-82.
Recuperado de:
<http://www.hhv.gob.pe/revista/2004/6%20EVALUACION%20COGNITIVO-CONDUCTUAL%20DEL.pdf>
7. Bados, A. (2000). *Agorafobia y ataques de pánico*. Madrid: Ediciones Pirámide.

8. Bados, A. (2001). *Fobia social. Guías de intervención, psicología clínica*. España: Editorial Síntesis, S. A.
9. Bados, A. (2005). *Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
10. Bados, A. (2005). Trastorno de ansiedad generalizada. *Revista Universidad de Barcelona: Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico*. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/357/1/116.pdf>
11. Bados, A. (2006). *Tratando... pánico y agorafobia: recursos terapéuticos*. Madrid: Pirámide.
12. Baeza, J.; Balaguer, G.; Belchi, I.; Coronas, M. y Guillamón N. (2008). *Higiene y prevención de la ansiedad*. España: Ediciones Díaz de Santos.
13. Benguría, S.; Martín, B.; Valdés, M.; Pastellides, P. y Gómez, L. (2010). Observación. Métodos de investigación en educación especial. Recuperado de: https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/Observacion_trabajo.pdf
14. Berrios, G. (2004). Trastornos de ansiedad: la historia de su construcción. En Vallejo, J.; Sánchez, L.; Díez, C. y Menchón, J. (Ed). *La neurosis de angustia en el siglo XXI*. (1-24). Barcelona, España: Psiquiatría Editores Ars Médica.
15. Blanco, H. (s/f). *Terapia Racional Emotivo - Conductual (TREC)*. Recuperado de: [http://www.centrolezahbi.org/docs/Terapia-Racional-Emotivo-Conductual-\(TREC\).pdf](http://www.centrolezahbi.org/docs/Terapia-Racional-Emotivo-Conductual-(TREC).pdf)
16. Bobes, G.; Bousoño, M.; Calcedo, A. y González, M. (2000). *Trastorno de estrés postraumático*. Barcelona: Masson.

17. Bobes, J.; Bousoño, M.; Portilla, M. y Sáiz, P. (2002). *Trastorno de ansiedad generalizada*. Barcelona, España: Editorial Ars Médica.
18. Botella, C. y Benedito, C. (1991). Aplicación del tratamiento de exposición en vivo en un caso de agorafobia con crisis de angustia. *Anales de psicología*. Universidad de Valencia, España. 7 (1) 75-83. ISSN: 0212-9728.
Recuperado de: http://www.um.es/analesps/v07/v07_1/06-07_1.pdf
19. Bravo, M. y Padrós, F. (2013). Modelos explicativos de la fobia social: Una aproximación cognitivo-conductual. *Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Uaricha*, 11(24), 134-147. México.
Recuperado de:
http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/uaricha_1124_134-147.pdf
20. Bruce D. y Perry, M. (2014). *Estrés, Trauma y Trastornos de Estrés Post-traumático en los niños, Una Introducción*. Houston Texas: Child Trauma.
21. Buela, G. y Sierra, J. (2009). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
22. Caballo, V. (2002). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. México: Editorial S.XXI.
23. Caballo, V.; Salazar, I.; García, L.; Iruña, M. y Arias, B. (2011). Fobia social: características clínicas y diagnósticas. En Caballo, V.; Salazar, I. y Carroble, J. (2011). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
24. Carmín, M. (2009). *Técnicas de entrevista y registro*. Perú: Soluciones Gráficas S.A.C.

25. Casado, Y. (2008). *Procesamiento emocional en personas con sintomatología obsesiva-compulsiva TOC*. (Tesis doctoral, Universidad de Málaga).
Recuperado de: <http://www.biblioteca.uma.es/bbldoc/tesisuma/17679011.pdf>
26. Centro IMA - Centro de Investigaciones Médicas en Ansiedad. (2003). *Estadísticas de interés*. Buenos Aires, Argentina.
Recuperado de: http://www.centroima.com.ar/informacion_estadisticas.php
27. Cía, A. (2002). *La ansiedad y sus trastornos*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Polémos.
28. Cía, A. (2002). *La ansiedad y sus trastornos*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Polémos.
29. Cía, A y Sacerdoti, F. (2010). *Cómo enfrentar el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Manual de autoayuda*. Buenos Aires: Editorial Polémos.
30. (CIE-10) *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. (2003). OMS 1992. Washington, E. U.: Editorial, Programa de Publicaciones de la OPS.
31. Clark & Beck (2010). El modelo cognitivo de la ansiedad: reformulación e implicaciones para el tratamiento. En Rodríguez, B. y Vetere, G. (2011). *Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Polémos.
32. Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. España: Desclée de Brouwer.
33. Conti, N. y Stagnaro, J. (2007). *Historia de la Ansiedad: Textos Escogidos*. Buenos Aires: Polémos.

34. Córdoba, A.; Galindo, P.; Hernández, M.; Platas, E. y Verduco, W. (2011). *Diagnóstico y manejo del estrés postraumático*. México: Secretaria de Salud. Editor General, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC).
35. Córdoba, C.; De Santillana, H.; García, D.; González, L.; Hernández, C. y Ramírez, P. (2010). *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto*. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud CENETEC (2010) México: Secretaria de Salud, 2010. Recuperada de: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html
36. Cuaderno de prácticas. (2004). *Técnicas de intervención psicológica*. Prácticas 1 a 6. Curso académico. Recuperado de: https://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/victor/TECNICAS/PRACTICAS/practicas1_6.PDF
37. Dan J. y Stein, M. (2004). *Tratado de los Trastornos de Ansiedad*. Barcelona España: Ediciones Ars Médica.
38. Echeburúa, E. (1992). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Ediciones Pirámide.
39. Flores, J. (2010). Guía introductoria para el uso del DSM IV TR en la práctica de la psicología clínica. *Revista Psicología Científica* ISSN: 2322-8644/ Volumen 17 Año 2015. Recuperado de: <http://www.psicologiacientifica.com/guia-uso-dsm-iv-psicologia-clinica/>
40. Fuentes, M. (2013). Salud mental: una agenda invisible. *Revista México Social en Excelsior*. México.

Recuperado de:

<http://www.mexicosocial.org/index.php/mexico-social-en-excelsior/item/309-salud-mental-una-agenda-invisible.html>

41. Gaeta, L. y Galvanovskis, A. (2009). Asertividad: un análisis teórico-empírico. *Redalyc Enseñanza e Investigación en Psicología*. 14 (2), 403-425. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29211992013>
42. García, A.; Botella, C.; Osma, J. y Baños, R. (2011). Trastorno de pánico. En Caballo, V.; Salazar, I. y Carrobles, J. (2011). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (207-232). Madrid: Ediciones Pirámide.
43. García, E. y Bados, A. (2011). Técnicas de exposición. *Revista Universitat de Barcelona*. 1-83. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18403/1/T%C3%A9cnicas%20de%20Exposici%C3%B3n%202011.pdf>
44. García, E.; Fusté, A. y Bados, A. (2008). Manual de entrenamiento en respiración. *Revista Universitat de Barcelona*. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/3941/1/MANUAL%20DE%20ENTRENAMIENTO%20EN%20RESPIRACI%C3%93N.pdf>
45. Gómez, A. (2013). La relajación en niños: principales métodos de aplicación. *Revista Digital de Educación Física*, 4 (24). Recuperado de: http://emasf.webcindario.com/La_relajacion_en_los_ni%C3%B1os.pdf
46. Gómez, M. (2011). Desarrollo y validación de un instrumento autoaplicado para la evaluación del trastorno de estrés postraumático (EGEP). *Universidad Complutense de Madrid Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos*. ISBN: 978-84-694-2079-9. Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/12130/1/T32667.pdf>

47. Gómez, S. (2012). *Psicopatología I*. México: Red Tercer Milenio.
48. González, H. y Pérez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza Editorial.
49. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria. Madrid: *Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias*. Agencia Laín Entralgo (2008) UETS No. 2006 vol. 10.
50. Gutiérrez, M.; Peña, L.; Santiuste, M.; García, D.; Ochotorena, M.; Eustaquio, F. y Cánovas, M. (s/f). *Comparación de los sistemas de clasificación de los trastornos mentales: CIE-10 y DSM-IV*. Murcia: Atlas VPM. Sección Documentación Clínica Hospital Universitario Morales Meseguer de Murcia. (Internet).
Recuperado de:
<http://www.atlasvpm.org/documents/10157/22354/Comparaci%C3%B3n+de+los+sistemas+de+clasificaci%C3%B3n+de+los+trastornos+mentales+CIE-10+y+DSM-IV.pdf>
51. Guzmán, M.; Padrós, F.; García, T. y Laca, F. (2014). Modelos cognitivo conductuales del trastorno por estrés postraumático. *Uaricha*, 11(25), 35-54. México. Recuperado de:
http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/uaricha_1125_035-054.pdf
52. Halgin, R. y Krauss, S. (2004). *Psicología de la anormalidad. Perspectivas clínicas sobre desordenes psicológicos*. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.

53. Heinze, G. y Camacho, P. (2010). *Guía clínica para el manejo de la ansiedad*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México: Secretaría de Salud.
54. Hollander, E. y Simeon, D. (2006). Trastornos de ansiedad. En Hales, R. y Yudofsky, S. (2006). *Fundamentos de psiquiatría clínica*. Barcelona, España: Masson.
55. Ibáñez, E.; Onofre, G. y Vargas, J. (2012). Terapia Racional Emotiva: Una revisión actualizada de la investigación. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15 (4), 1454-1475. Recuperado de:
https://www.google.com.mx/?gfe_rd=cr&ei=FZ93Vb2sCoeO8QfD9oGADQ#q=lb%C3%A1%C3%B1ez%2C+E.%3B+Onofre%2C+G.%3B+Vargas%2C+J.+%282012%29.+Terapia+Racional+Emotiva:+Una+revisi%C3%B3n+actualizada+de+la+investigaci%C3%B3n.
56. Informe del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud OMS en colaboración con la Fundación Victorian para la Promoción de la Salud y la Universidad de Melbourne. (2004). *Promoción de la salud mental; conceptos, evidencia emergente, práctica: informe compendiado*. Ginebra, Panamá: Organización Mundial de la Salud.
57. Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (2005). *Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Gestión del TEPT en niños y adultos en atención primaria y secundaria*. Guía Clínica 26. Centro Nacional Colaborador en Salud Mental: Publicado por el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica.
Recuperado de: http://www.emdr-es.org/articulos/Guia_TEPT.pdf
58. Kodysz, S. (s/f). Trastorno Obsesivo-Compulsivo (T.O.C.) Breve Revisión Bibliográfica. *Revista Hojas Clínicas de Salud Mental*. Buenos Aires.
Recuperado de:

http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/el_ectivas/616_psicofarmacologia/material/trastorno_obsesivo.pdf

59. Laplanche, J. (2012). *La angustia: problemáticas I*. 2ª ed. Buenos Aires: Editores Amorrortu. 1ª francés 1980 1ª castellano 1988.
60. Leónseguí, R.; Serrano, A.; Pous, M.; Ruiz, J.; Fuentes, J.; Rodríguez, E. y Tejedor, L. (2012). *Introducción a la enfermería en salud mental*. España: Díaz de Santos.
61. López, I., Valdés, M. (2004). DMS-IV-TR-AP. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Atención Primaria. Barcelona: Masson.
62. López, L. (2010). *Instrumentos de evaluación psicológica*. La Habana, Cuba: Ciencias Médicas.
63. Manfredi, C. y Linetzky, L. (2000). Algunas observaciones acerca del trastorno por pánico y su relación con la historia infantil del sujeto. *Psicoanálisis APdeBA* Vol. XXII-No. 3.
Recuperado de: <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/Manfredi.pdf>
64. Martínez, A.; Fernández, C.; Navarro, I. y Martínez, M. (2009). *Guía Clínica, Diagnóstico y manejo de los trastornos de ansiedad*. Guías clínicas del hospital psiquiátrico infantil Dr. Juan N. Navarro. México: Secretaria de Salud.
65. Medina, J.; Sevillano, J. y Medina, M. (2009). *Técnicas de relajación para profesionales sanitarios*. Sevilla: Formación Alcalá.
66. Moreno, P. (2002). *Guía de la ansiedad*. España: Desclée de Brower.

67. Moreno, P. (s/f). Primeros auxilios para las crisis de ansiedad y el trastorno de pánico. *Ansedo*. Recuperado de: <http://www.freewebs.com/psicolrg/crisis.pdf>
68. Esta guía es una versión modificada del capítulo 1 del libro Moreno, P. y Martín, J. (2004). *Dominar las crisis de ansiedad. Una guía para pacientes*. España: Editorial Desclée de Brouwer.
69. Moreno, P. y Martín, J. (2008). *Tratamiento psicológico del trastorno de pánico y la agorafobia: Manual para terapeutas*. España: Desclée de Brouwer, S.A.
70. Navlet, S. (2012). *Ansiedad, estrés y estrategias de afrontamiento en el ámbito deportivo: un estudio centrado en la diferencia entre deportes*. (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid). Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/15771/1/T33813.pdf>
71. Olivares, J.; Rosa, A. y García, L. (2004). *Fobia social en la adolescencia. El miedo a relacionarse y a actuar ante los demás*. Madrid: Pirámide.
72. Pagés, S. (2007). Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. Vol. XVI, núm. 1, abril, pp. 89-94.
Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281921832011.pdf>
73. Palafox, M. (2011). *La educación emocional desde los modelos terapia racional emotiva conductual y centrado en la persona*. (Tesina, Universidad Veracruzana). Recuperado de: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/29596/1/PalafoxMovis.pdf>
74. Pena, F. (2012). El trastorno de pánico con o sin agorafobia: qué son y en qué se diferencian. *Blog de Fernando Pena Rivero*
Recuperado de:

<http://www.portalesmedicos.com/blogs/psicologovalencia/note/3364/agorafobia-y-panico.html>

75. Pena, J. y Ruipérez, M. (2012). Actualización en Trastorno Obsesivo Compulsivo: de las propuestas categoriales a las dimensiones sintomáticas. *Revista Psiquiatría.com*. Vol. 16. ISSN: 1137-3148.
Recuperado de: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/5382>
76. Pérez, N. (2009). *Tratamiento de los trastornos de ansiedad: Diseño y evaluación de una intervención grupal basada en la Inteligencia Emocional*. (Tesis doctoral, Universidad Ramon Llull). Recuperado de:
http://tdx.cat/bitstream/handle/10803/9269/Tesis_Nathalie_P_Lizeretti.pdf?sequence=1
77. Pérez, S. (2008). *Sintomatología de estrés postraumático en pacientes con cáncer de mama e identificación de posibles factores de riesgo*. (Tesis doctoral, Universidad de Valencia). Recuperado de:
<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10163/PEREZ.pdf?sequence=1>
78. Resnik, P. y Cascardo, E. (2001). ¿De qué hablamos cuando hablamos de TAG? Trastorno de Ansiedad Generalizada: Diagnóstico Diferencial Conceptual. *Revista Científica Anxia*. N° 4:23-28. Argentina.
Recuperado de:
http://centroima.com.ar/download/Editoriales/Cuando_hablamos_de_TAG.pdf
79. Rodríguez, P. (2008). *Ansiedad y sobreactivación. Guía práctica de entrenamiento en control respiratorio*. España: Editorial Descleé de Brouwer.
80. Rovella, A. y González, M. (2008). Trastorno de ansiedad generalizada: aportes de la investigación al diagnóstico. *Revista Fundamentos en Humanidades*. Vol. IX, núm. 17, pp. 179-194.

Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/184/18417109.pdf>

81. Ruiz, A. y Lago, B. (2005). Trastorno de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. En: AEPap ed. *Curso de actualización pediátrica*. Madrid: Exlibris Ediciones.

82. Ruiz, M.; Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. España: Desclée de Brouwer.

83. Sánchez, J. y Martínez, J. (2009). Reactividad fisiológica periférica y actividad cerebral en las fobias específicas. *Escritos de Psicología. Redalyc.org* vol. 3, núm. 1, pp. 43-54, Universidad de Málaga, España.

Recuperado de:

http://www.esritosdepsicologia.es/descargas/revistas/vol3_1/escritospsicologia_v3_1_6jpsanchez.pdf

84. Sandoval, J. y Richard, M. (2005). La salud mental en México. *Servicio de Investigación y Análisis. División de Política Social. DPS-ISS 03 05*

Recuperado de:

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>

85. Sierra, J.; Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: Tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-Estar e Subjetividade/ Fortaleza* V. III/ N. 1. España: Artigos.

Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v3n1/02.pdf>

86. Sosa, C. y Capafóns, J. (2011). Fobia específica. En Caballo, V.; Salazar, I. y Carrobles, J. (2011). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.

87. Tejero, E. (2010). *Trastorno de ansiedad generalizada*. (Tesina, Instituto Superior de Estudios Psicológicos, ISEP). Recuperado de:
<http://www.isep.es/wp-content/uploads/2014/03/Trastorno-De-Ansiedad-Generalizada.pdf>
88. Torrejano, D. (2011). Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular (EMDR): una terapéutica para el estrés postraumático. *Revista Ciencias Biomédicas*. 2 (1): 158-162. Recuperado de:
http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAAahUKEwisstn3tpPGAhUTf5IKHd-FAO8&url=http%3A%2F%2Frevistacienciasbiomedicas.com%2Findex.php%2Frevciencbiomed%2Farticle%2Fdownload%2F76%2F71&ei=GK1_VazGC5P-yQTfi4L4Dg&usq=AFQjCNHsQ2Daq4J9J9U1paqHcxc76Ak4ZQ&sig2=ZG-IWvp_Q6X6nsWW8JWxdw&bvm=bv.96041959,d.aWw
89. Vallés, A. (2003). *Programas de Refuerzo de las Habilidades Sociales III*. Madrid: Editorial EOS.
90. Vázquez, M. (2001). *Técnicas de relajación y respiración*. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
91. Virgen, R.; Lara, A.; Morales, G. y Villaseñor, S. (2005). Los trastornos de ansiedad. *Revista Digital Universitaria*. Vol. 6 Número 11 ISSN: 1067-6079. México.
Recuperado de: <http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art109/art109.htm>
92. Wolitzky, K.; Horowitz, J.; Powers, M. y Telch, M. (2010). Estrategias psicológicas en el tratamiento de fobias específicas: Un metanálisis. *Revista de Toxicomanías RET*. N°. 61. 1-18. Recuperado de:
http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret61_1.pdf

93. Zubeidat, I. (2005). *Evaluación de las características de la ansiedad social específica y generalizada en jóvenes*. (Tesis inédita doctoral) Universidad de Granada, España.