



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Ideas irracionales en el trastorno de ansiedad generalizada"

T E S I S I N A  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A (N)

**Aldeir Sampayo Rosas**

Directora: Mtra. **Abril Berenice Macías Torres**

Dictaminadores: Mtro. **Antonio Rosales Arellano**

Lic. **Juana Olvera Méndez**



Facultad de Estudios Superiores  
**IZTACALA**

Los Reyes Iztacala, Edo de México, 11/01/2024



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.

<b>Introducción</b> .....	<b>3</b>
<b>TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)</b> .....	<b>15</b>
1.1. Definición .....	15
1.2. Características .....	18
1.2.1 Ideas irracionales en el TAG .....	19
1.4. Criterios de diagnósticos.....	21
1.5. Síntomas.....	26
1.6. Tratamientos.....	27
<b>LAS IDEAS IRRACIONALES</b> .....	<b>31</b>
2.1 El modelo cognitivo conductual.....	31
2.2 Qué son las ideas irracionales .....	36
2.3 Génesis y morfología.....	40
2.4 Su papel en la conducta .....	41
<b>Las ideas irracionales en el TAG</b> .....	<b>43</b>
3.1 Importancia del pensamiento .....	43
3.2 Las ideas irracionales en el Trastorno de Ansiedad Generalizada .....	44
3.3 Catástrofe y muerte .....	46
3.4 Cómo se tratan las ideas irracionales .....	47
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>49</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>53</b>

## Introducción

De manera general podemos comprender como psicología a la ciencia que estudia, predice y controla la conducta humana. Sin embargo, el objeto de estudio de esta disciplina ha ido evolucionando para responder a las demandas sociales y de salud mental.

Dentro de los trastornos más comunes en la actualidad se encuentran los de ansiedad y sus derivados, debido posiblemente a los cambios de organización social y las demandas que esto exige. Por ello el objetivo del presente trabajo es identificar las implicaciones y representaciones conductuales, cognitivas y fisiológicas de las ideas irracionales en adultos identificados con trastorno de ansiedad generalizada.

En posteriores espacios intentaremos delimitar el concepto de Trastorno de Ansiedad Generalizada, cuáles son sus síntomas, los criterios diagnósticos y los tratamientos farmacológicos y psicológicos que se ha utilizado hasta el momento.

Subsiguientemente desglosaremos las referencias oportunas que nos harán comprender cuáles son los antecedentes y la filosofía de la terapia cognitivo conductual, para posteriormente desglosar en que consiste la Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis.

Y en tercer lugar daremos oportunidad de comprender la relación que se establece entre el trastorno de ansiedad generalizado y las ideas irracionales, para así anotar las posibles estrategias utilizadas en los tratamientos este trastorno desde la Terapia Racional Emotivo Conductual.

Es sin duda alguna, el modelo cognitivo- conductual quien ha obtenido más y mejores resultados en el campo de la psicología. Si bien no se ha establecido una fecha exacta de la fundación de dicha tradición teórica, existen antecedentes de los que fue concebido como la revolución cognitiva, asegura Galicia (2015).

Estas nuevas formas de concebir a la psicología se opusieron a las corrientes de orientaciones psicoanalíticas y dinámicas las cuales tenían gran influencia en toda

Europa. Fue en Norteamérica en donde se comenzó a desarrollar las bases de la psicológica cognitiva, el conductismo.

Gracias a los trabajos de Whatson, Pavlov, Thorndike y Skinner hubo un desplazamiento del estudio de la introspección y a los principios de adquisición y modificación conductuales (Soria y Olvera, 2013) que se preocupaban por tener métodos de estudios más controlados, cuantificables y repetibles.

El conductismo se fundamentó en dos grandes pilares, el primero de ellos el condicionamiento clásico de Pavlov y el operante de Skinner. En el primero, Pavlov estudiando los reflejos de salivación en perros descubrió un mecanismo de aprendizaje por asociación y contingencia, en el cual podía llegar a controlar la presentación de conductas instintivas como la salivación.

De manera general podemos analizar los estudios de Pavlov en varios momentos. En una primera instancia el investigador registra que ante la privación de alimento se presenta un estímulo (denominado como Estimulo Incondicional, EI) que por sí solo es capaz de producir un reflejo innato en el sujeto (salivación).

En un segundo momento experimental se presenta otro estímulo que por sí solo no presenta ningún reflejo (Estimulo Condicional, EC), este es presentado con una estrecha proximidad con respecto al primero de los estímulo. Como resultado Pavlov observo que después de varios ensayos, el EC toma la cualidad de poder reproducir el reflejo innato (Núñez, Sebastián y Muñoz, 2015).

Así, las investigaciones de Pavlov fueron un parteaguas para que se desarrollara en segundo cimiento de las terapias cognitivas, el condicionamiento operante, paradigma desarrollado por Skinner. Este paradigma establece que toda conducta es antecedida por un estímulo y precedida por una consecuencia, la cual asegura la aparición o extinción de la conducta misma.

Este nuevo paradigma consiguió la teorización de elementos antes estudiados como la ley del efecto de Thorndike, la cual afirmaba que las respuestas que eran

seguidas por una consecuencia agradable tendían a repetirse, mientras que las que eran precedidas por consecuencias aversivas, lograban la tendencia de desaparecer.

Skinner, en esta nueva teoría determino como Reforzamiento, al estímulo que aumentaba las posibilidades de aparición de la conducta y Castigo al estímulo que decrementaba las posibilidades de aparición. Con ello consiguió lograr la modificación conductual y la aplicación de sus técnicas a varias problemáticas que aquejaban a la sociedad de la época.

De acuerdo con Papalia (2012), la mayor contribución del conductismo fue el uso del método científico, el cual permitió que se considerara a la psicología como una ciencia, expandiendo las miras de la psicología y sus posibles aplicaciones.

Sin embargo, algunos teóricos no concebían el mecanicismo y simplicidad propuesto por el conductismo como un paradigma que pudiera comprender de la mejor manera el actuar de las personas. Así se inició la búsqueda de otras técnicas y teorías que dieran lugar a elementos esenciales del individuo como los procesos cognitivos, pensamientos y emociones.

La necesidad de comprender estos nuevos elementos a las teorías existentes dio como resultado a la conceptualización de la teoría cognitivo-conductual, de la cual podemos señalar a Albert Ellis y Aarón Beck como sus máximos exponentes.

Las teóricas cognitivo-conductuales mantienen el supuesto básico de que las conductas, emociones y productos de estos son directamente regulados por cogniciones. De manera que las personas reaccionamos ante un hecho por la serie de pensamiento que se desatan después de este y no por el hecho mismo.

Lo anterior es explicado por Ellis (1997) citando a Brewin (1996): “Los psicólogos clínicos cognitivo-conductuales creen que el cambio de los síntomas tiene lugar una vez producido el cambio cognitivo; este último se origina a través de una serie de posibles intervenciones, incluyendo la práctica de nuevas conductas, el análisis de patrones erróneos de pensamientos y la enseñanza de un diálogo con uno mismo más adaptativo...” (p.p. 4).

De la misma manera Beck, Rush, Swan y Emery (1983); Caballo (1991), Caro (2000), Ellis y Grieger (1990); Ellis y Russell (1981); Mahoney (1997) y Kleinke (1998), citados por Soria y Olvera (2011), señalan los principios básicos de las terapias cognitivas-conductuales, de entre ellas destaco las siguientes:

1. Los pacientes perciben los acontecimientos y sus consecuencias de acuerdo a su sistema de creencias.
2. El objetivo de las intervenciones desde estas posturas es la modificación de los patrones de pensamiento y las actitudes subyacentes.
3. La terapia tiene un carácter directivo, educativo y didáctico, en donde se capacita al paciente para hacer frente a futuras situaciones de manera más saludable.
4. A diferencia de otras posturas teóricas la terapia se centra en el presente y en los objetivos que se han planteado desde el principio de la misma.
5. Son procesos reconocidos por su brevedad y por integrar técnicas conductuales y cognitivos en busca de resultados importantes y perdurables.

Es así que la metodología de la atención clínica desde la perspectiva cognitivoconductual se centra en:

- a) Conocer los antecedentes de la problemática señalada.
- b) Indagación de las repercusiones emocionales, conductuales y cognitivas.
- c) Conocimiento de las afectaciones que se tienen en las diferentes esferas personales y sociales del paciente.
- d) Determinación de los errores de procesamiento de información
- e) Reestructuración de los pensamientos y entrenamiento en habilidades y herramientas para la resolución de las problemáticas.

f) Evaluación post. Intervención.

Lo antes mencionado ha logrado que las terapias cognitivo-conductuales sean aplicables a una gran variedad de problemáticas tanto en el ámbito clínico, educativo, laboral, y en la salud física y mental.

En la relación del ámbito de la salud mental y de la psicológica en general, Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), señalan ejemplos de las numerosas aplicaciones y estudios que han demostrado evidencia empírica a cerca de la efectividad de las terapias adscritas a la filosofía cognitivo- conductual. Las autoras mencionan: "... en problemas de alcoholismo y abuso de sustancias (Eriksen, Björnstad, Götestam 1986), Monti, y O'leary (1999), bulling (DeRosier, 2004), depresión (Bellack, Hersen y Himmelhoch, 1981, 1983), esquizofrenia (Benton, Schroeder, 1990; Granholm, McQuaid, McClure, Link, Perivoliotis et. al., 2007; Kurtz y Mueser, 2008), así como problemas de ansiedad, problemas de pareja, dificultad de establecer relaciones íntimas, etc. (Cuevas y Perona, 1994; Fernandez y cols., 1999; González 1990; Grala, 1991; Santacreu, 1991) Ludopia (sharp, 1997) o problemas de integración o reinserción social (Baguena y Belaña, 1993; Ortiz, 1992)" (p.p. 363).

Por otra parte, entre las terapias cognitivas conductuales destaca la Terapia Racional Emotiva Conductual, la cual fue desarrollada por Albert Ellis, quien en 2011 aseguro que la TREC fue la primera terapia cognitivo conductual en desarrollarse, y después de cuarenta años de existencia ha demostrado su efectividad en un sin número de problemáticas.

El doctor Albert Ellis comenzó a desarrollar la TREC en 1955, tras abandonar teorías Rogerianas y psicoanalíticas, pues consideraba que no ofrecían elementos para que los pacientes pudieran superar sus propias perturbaciones (Ellis, 2003). Por lo cual Ellis opto por desarrollar una serie de intervenciones en donde se pusiera en relieve el papel del paciente estableciendo una relación de igualdad con el terapeuta, el cual tendría una participación y directiva.



Otras características de la TREC son, su corta duración, la sencillez con la que explica la conducta, que se sitúa en el aquí y en el ahora, dispone de aproximadamente cuarenta técnicas cognitivas para que las personas abandonen el mal procesamiento de información (asegura Ellis, 2013) y se muestra como un entrenamiento en el cual se busca la independencia del paciente.

De acuerdo con Ellis (1997), el marco filosófico general de la TREC se basa en la premisa estoica de que la “perturbación emocional no es creada por las situaciones sino por las interpretaciones de esas situaciones” (Epicteto, siglo I d. C).

De esta manera Ellis desarrollo el modelo ABC para comprender como las personas interpretan su ambiente y como se generan perturbaciones emocionales gracias a las creencias que han desarrollado sobre el mundo, sobre los otros y sobre sí mismos (Ellis, 1997).

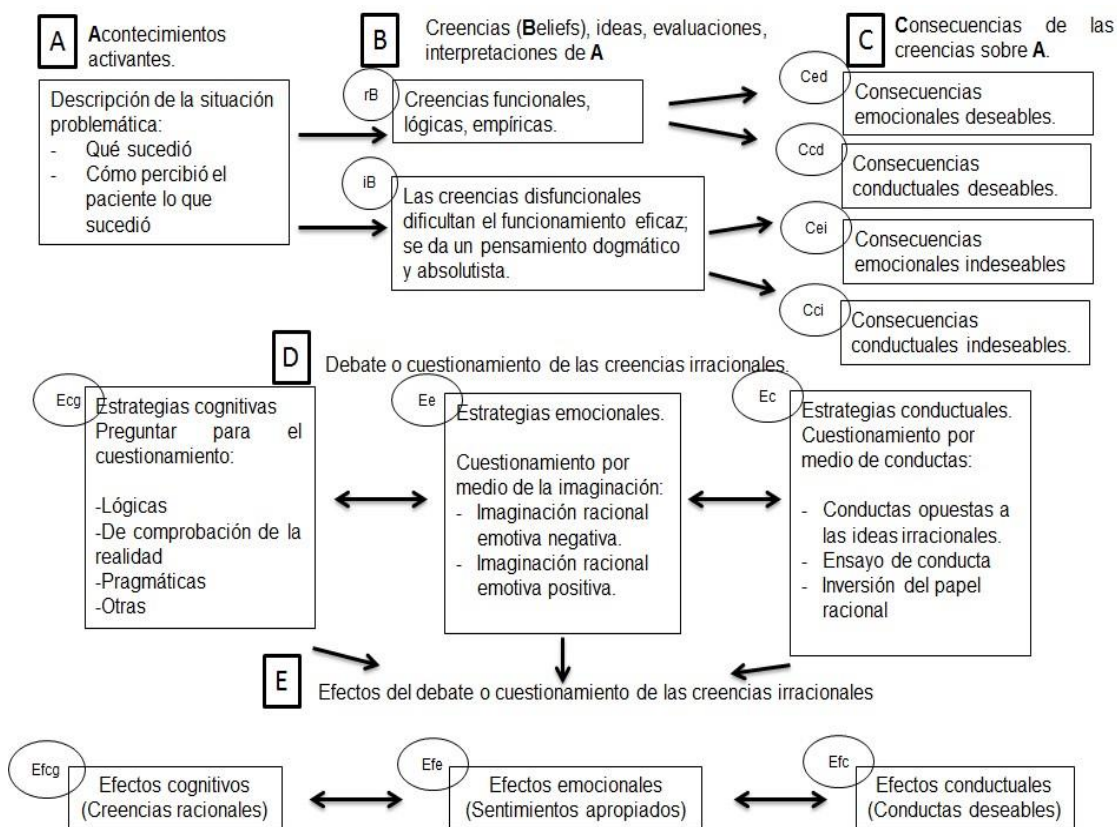
La TREC establece que ante un acontecimiento (A), se tienen una serie de consecuencias (C) de diferentes índoles como fisiológica, conductuales y emocionales, y que este segundo factor esta intermedia por (B) o creencias, que pueden denominarse como racionales o irracionales.

De la misma forma se deberá de identificar las tres condiciones, derivadas del pensamiento absolutista y rígidos de los tengo que y debo que: 1) Tremendismo: “...sí no apruebo el examen profesional sería mapas de horrible, no podría con esa pena...”; 2) Baja tolerancia a la frustración: “No puedo soportar que el trabajo implique tanto tiempo de elaboración...” y 3) Condenación o evaluación global de la valía del ser humano: “Soy un idiota por hacer actuado así...”, “todos los hombres son iguales”.

De manera general, las ideas racionales tienen como característica el concebirse como un deseo, mientras que las ideas irracionales se plantean como una exigencia, mostrando rigidez y no adecuación a la realidad. Son justamente estas segundas las que tienen una relación estrecha con consecuencias aversivas y perturbadoras.

**Figura 1**

*Modelo ABC de la terapia racional emotiva conductual (1997).*



Es así como la TREC se dirige a la modificación de las ideas irracionales, de manera que las personas puedan interpretar su ambiente y sus circunstancias de manera diferente, repercutiendo directamente en las consecuencias que tienen el individuo.

De acuerdo con Ellis y Abrahms (2001) citado por Cabezas y Lega (2006) desde este modelo de intervención se establece la hipótesis que lo que concebimos como nuestras consecuencias o reacciones emocionales (C) se desencadenan principalmente de las creencias que guardamos (B), de nuestra interpretación de

mundo (A), y esto es lo que se ha denominado como el modelo ABC de la Terapia Racional Emotivo Conductual.

Sin duda la TREC es una de las teorías y técnicas que más se aplican en el ámbito clínico de la psicología, pues se han demostrado su efectividad en diversas problemáticas. En una revisión sobre el tema Palomino, Santiago y Zarate (2017), ha puntualizado ante que problemáticas las TREC se ha señalado como efectiva, según diferentes estudios, entre ellas señala los trastornos de conducta, el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno de depresión mayor, trastorno obsesivo compulsivo, control del estrés, ira y ansiedad, trastorno de ansiedad con agorafobia, y trastorno de ansiedad generalizada.

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG por sus siglas) ha sido objeto de análisis y estudios dentro la psicología por sus índices de prevalencia y sus características diagnósticas, así como lo invalidante que pudieran a llegar ser sus síntomas.

El manual diagnóstico y estadísticos de los trastornos mentales (DSM-V) publicado en el 2014, estima que la prevalencia en Estados Unidos es del 0,9% mientras que en otros países varia del 0,4% al 3,6%. Por otro lado, Barlow (2014), asegura que trabajos como los de Kessler et. al. (2005), revelan que la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada (TAG), se mantiene en un 5.7% según los criterios del DSM-IV.

De manera general podemos mencionar que el Trastorno de Ansiedad Generalizada es un trastorno de ansiedad crónica, considerada como el trastorno básico para las demás perturbaciones que incluyen la ansiedad dentro de sus características. El TAG se caracteriza por la presencia de preocupaciones excesivas durante la mayor parte del tiempo en un periodo mínimo de seis meses, así como síntomas fisiológicos asociados como tensión muscular, sudoración, taquicardias, somnolencia (Barlow, 2014).

Al respecto el National Institute of Mental Health, enlista puntualmente los síntomas más característicos del TAG después de señalar que el comienzo de estos

suele suceder durante la adolescencia o en la adultez temprana. Entre los síntomas se encuentra:

- Preocupación extrema por situaciones cotidianas
- Falta de regulación ante preocupaciones o sentimientos de nerviosismo - Tener problemas para lograr relajarse, concentrarse y conciliar el sueño.
- Presentar tics o movimientos nerviosos.
- Presencia de sudoración excesiva, mareos o falta de aire.
- Bajo rendimiento escolar, laboral e inclusive en actividades deportivas.

En concordancia con ello el DSM- V (2014, p. 222) señala como criterios diagnósticos los siguientes puntos:

**Tabla 1**

*Criterios de Diagnostico del trastorno de ansiedad generalizada.*

A.	Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
B.	Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C.	<p>La ansiedad y la preocupación se asocia a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios en punta.</li> <li>2.- Facilidad para fatigarse.</li> <li>3.- Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.</li> <li>4.- Irritabilidad.</li> <li>5.- Tensión muscular.</li> <li>6.- Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).</li> </ol>
D.	<p>La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>
E.	<p>La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).</p>
F.	<p>La alteración no se explica mejor por otros trastornos mentales...</p>

Las opciones farmacológicas que se encuentran para el tratamiento de este padecimiento incluyen benzodicepinas, diferentes antidepresivos y algunos fármacos más novedosos como la pregabalina, asegura Cia (2007).

Con respecto a los tratamientos cognitivos conductuales podemos encontrar varios estudios que dan cuenta de los procesamientos que son comúnmente utilizados. Por un lado, Olivares, Piqueras y Rosa (2006), realizaron un tratamiento cognitivo conductual de un adolescente que presentaba trastorno de ansiedad generalizada. El tratamiento incluyó tres fases, la primera de ellas, la fase educativa

tuvo como finalidad que la paciente comprendiera y reconceptualizará su problema. En la segunda fase, de entrenamiento la paciente desarrollo distintas herramientas cognitivas, entre ellas fue entrenada en auto registro, imaginería, identificación y sustitución de ideas des adaptativas desde la perspectiva de la TREC, auto instrucciones, entrenamiento en respiración y relajación muscular progresiva. En la última fase se incluyeron sesiones de desvanecimiento.

El procedimiento anterior lo podemos comprender con el esquema general de planificación de intervención psicológica que nos ofrece Cano, Dongil, Salguero y Wood (2011). En este apartado propone la estructuración de fases de la siguiente manera: 1) entrevista semiestructurada, 2) elaboración de hipótesis, 3) devolución de información, 4) Facilitación de tareas en casa, 5) posible diagnostico mediante entrevistas estructuradas diagnósticas, 6) empleo de modelos explicativos, 7) devolución de la información, 8) establecimientos de objetivos, 9) asignación de técnicas para el logro de objetivos, 10) Aplicación de técnicas (tratamiento), 11) prevención de recaídas y 12) evaluación pos tratamiento y seguimiento.

De acuerdo con Ellis (1989; 1987), la Terapia Racional Emotiva Conductual, hace una notoria diferenciación entre la ansiedad del ego y la ansiedad situacional. La primera de ella es producto de pensamientos irracionales condenatorios, mientras que la segunda es consecuente a pensamientos producto de baja tolerancia a la frustración. Este tipo de ansiedad afirma el autor, aunque principalmente está relacionada como la baja tolerancia a la frustración y de frustración puede generalizarse a sentimientos de ansiedad, depresión y vergüenza, este tipo de ansiedad es normalmente denominada “ansiedad generalizada” (Cabezas y Lega, 2016).

Dada la relevancia, por el cuadro clínico y la prevalencia actual del trastorno de ansiedad generalizada es que el objetivo de este proyecto pretende: 1) Abundar en cuáles son las características esenciales del trastorno de ansiedad generalizada, como su sintomatología, criterios diagnósticos y los diferentes procedimientos que se han utilizado para su tratamiento, 2) que son las ideas irracionales desde el modelo

cognitivo conductual y 3) la relación existente entre ideas irracionales y el trastorno de ansiedad generalizada.

## **TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)**

Dentro de los mecanismos de defensa innatos del ser humano se encuentra la ansiedad, destinado a la preservación y a la adaptación en los diversos medios en los que el hombre se pudiera desenvolver. Este mecanismo actúa como un medio de alerta que prepara al organismo como respuesta a estímulos alarmantes y que amenazan la vida del sujeto.

Sin embargo y a pesar de las funciones vitales de la ansiedad, cuándo ésta sobrepasa determinados límites se producen una serie de complicaciones médicas y psicológicas detonando una serie de síntomas, generando malestares y repercutiendo en la calidad de vida del sujeto. Es por su importancia, que en este capítulo se desarrollará uno de los trastornos más comunes que aqueja a la población mundial y que se ha convertido en tema de relevancia para las organizaciones de atención del área de salud, el trastorno de ansiedad generalizada.

Es así que en primer punto del escrito se revisará la definición del trastorno de ansiedad generalizada, en donde también se añadirán cifras que habla sobre la prevalencia de esta condición. Posteriormente se señalan las características principales y se puntualizan el tipo de ideas que singularizan al TAG. Seguido encontraremos los criterios diagnósticos del DSM-5 y el CIE- 10, principales manuales que engloban los principios para la detección de los trastornos mentales.

Así mismo se hará mención de los síntomas que se hacen presentes en el TAG, manteniendo como eje central del padecimiento la ansiedad y la preocupación. Por último, se describirán los tratamientos más comunes para el control sintomatológica de este trastorno.

### **1.1. Definición**

De acuerdo con el Gobierno Federal Mexicano y al Consejo de Salubridad General Mexicano (2010) podemos entender como Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG por sus siglas) como al estado de preocupación y tensión permanente sin motivos aparentes y existe un constante estado de alerta anticipatorio de un desastre, acompañado de excesivas preocupaciones.



Para comprender la naturaleza de este trastorno, es necesario puntualizar sobre sus dos componentes esenciales, la ansiedad y las preocupaciones. Con respecto a la ansiedad autores como Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas, Guillamón, (2008), mencionan que el concepto de la ansiedad está estrechamente relacionado con la percepción de amenazas y la disposición de respuesta ante ellas, siendo entonces este un sistema de alertamiento para el organismo ante situaciones consideradas amenazantes. Sin embargo, como se ha señalado al inicio de este escrito es un problema de salud cuando esta respuesta (ansiedad) sobrepasa algunos límites impidiendo notablemente en las actividades laborales, sociales e intelectuales de la persona. Ante este tipo de respuestas el sujeto no está ante un simple problema de nervios, sino ante una alteración, asegura Baeza y cols. (2008).

Sin duda alguna las respuestas de ansiedad están estrechamente ligadas a la percepción y los pensamientos que sostienen las personas. De manera que se pueden desencadenar estados ansiosos de acuerdo a la evaluación negativa de los acontecimientos que está viviendo el sujeto y los pensamientos adversos que se sostienen sobre tales eventualidades.

Lo anterior es congruente con la definición de preocupación que nos ofrecen Dugas y Robichaud (2007) en Bados (2015), de acuerdo a los autores es una serie de pensamientos sobre un peligro o desgracia futuros donde existe cierto grado de incertidumbre sobre las consecuencias (la amenaza futura es vista como impredecible, incontrolable o ambas cosas) y un sentimiento acompañante de ansiedad.

Pero ¿qué relación existe entre la ansiedad como una respuesta fisiológica y el pensamiento? Para aclarar aún más la respuesta a este cuestionamiento, se tiene que hacer referencia a teorías cognitivas- conductuales y que en capítulos posteriores se añadirán más puntualizaciones al respecto.

De acuerdo a ello, los individuos responden ante representaciones cognitivas que prevalecen ante diversas circunstancias o acontecimientos. De manera que los individuos sostienen malestares emocionales y fisiológicos por el mantenimiento de

pensamientos desadaptativos, poco funcionales y que no se fundamentan en la realidad, sino son producto de distorsiones.

Ante esto cabe señalar que podemos comprender que las preocupaciones se tornan patológicas, cuando sostienen predicciones catastróficas con una baja probabilidad de suceder, desencadenando episodios de ansiedad que resultan poco eficientes.

El estudio de los trastornos de ansiedad constituye una parte esencial e importante en el campo de la salud por los altos índices epidemiológicos que se presentan. Según la Organización Mundial de la Salud, citada por Castro (2010), entre el 75% y 90% de la población mundial los ha padecido en algún momento de su vida y se describe como la enfermedad de los siglos XX y XXI.

Así mismo en Estados Unidos se han presentado índices alarmantes al respecto, pues según (Changana, 2010), en este país los trastornos de ansiedad se encuentran entre los diagnósticos psiquiátricos más prevalentes en adultos y niños, afectando aproximadamente entre 14% y 25% de la población general.

De acuerdo con la Escuela Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, en México los trastornos de ansiedad reportaron una prevalencia de 14.3%. En las áreas metropolitanas de nuestro país fue donde se encontró la mayor prevalencia: 3.4%. (Marjan, Mendieta, Muñoz, Anzaldúa y Cortés, 2014).

Agregando a lo anterior, de entre los trastornos de ansiedad, el padecimiento de ansiedad generalizada es la alteración que se presenta más entre la población. De acuerdo a la Academia Nacional de Medicina Mexicana (2012), el TAG es el trastorno de ansiedad más diagnosticado por el médico general, estimando porcentajes de entre el 5% y 7% entre los pacientes que acuden a la consulta de atención primaria.

De la misma manera se encuentran índices, porcentajes de prevalencia comparado con el resto de los trastornos mentales. Esto lo demuestran estudios realizados por Üstün y Satorius, (1995) en Amor, Vega, Villena, Gómez y Hurtado,

(2018), quienes estiman que el TAG es el segundo trastorno mental más frecuente después de la depresión y, dentro de los trastornos ansiosos, el más frecuente en atención primaria.

Al respecto el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición DSM-5 por sus siglas en inglés (2014), reportan que la prevalencia anual del TAG en Estados Unidos es de 0,9% entre los adolescentes y del 2,9% entre la población adulta. Mientras que en otros países los porcentajes oscilan entre 0,4% al 3,6%. De igual manera alarmantemente se reporta el riesgo por vida en un 0,9%.

Sin duda alguna, estos índices de prevalencia y los malestares fisiológicos, conductuales y cognitivos que se asocian con el TAG, obligan a los expertos de la conducta a profundizar en los estudios para este padecimiento, buscando más elementos que permitan el desarrollo de nuevas estrategias de afrontamiento.

## **1.2. Características**

Como se ha mencionado ya, la preocupación es el componente cognitivo más característico del TAG y puede considerarse el rasgo cardinal del trastorno (Huppert y Sanderson, 2004).

De acuerdo a estos mismos autores las esferas de preocupación de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada son la familia, la salud, los asuntos sociales, los asuntos económicos, el trabajo, y los acontecimientos mundiales. Los temas de preocupación pueden variar con la edad y la situación vital (González, Rovella, Barbenza y Rausch, 2012).

Así mismo se ha podido determinar la constante que ante mayor edad en la cual se detona el trastorno, la sintomatología tiende a ser más invalidante para la persona que le padece, afectando a un mayor número de círculos de desarrollo como el social, laboral y familiar.

Con respecto al otro componente esencial del TAG, la ansiedad, Baeza y Cols. (2008) han logrado identificar tres tipos de aspectos o componentes:

-Cognitivos: anticipaciones amenazantes, cálculo de consecuencias, evaluaciones de riesgo, pensamientos automáticos negativos, imágenes importunas, etc.

- Fisiológicos: activación de diversos centros nerviosos, principalmente del sistema nervioso autónomo, que implica cambios vasculares, respiratorios, etc.

- Motores y de conducta: inhibición o sobreactivación motora, comportamiento defensivo, etc.

Es imprescindible aludir que de acuerdo al DSM en su quinta edición (2014), los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o de la ansiedad normal propia del desarrollo por ser excesivos y persistentes, además de ser duraderos a través del tiempo.

Por otro lado, se puede mencionar que no se tienen claro la etiología de este trastorno, en sintonía con varios estudios los autores proponen que son diversas las causas que detonan el TAG. Se entiende que este trastorno, como la mayoría de los trastornos psicológicos son el resultado de una interacción compleja de factores biológicos, ambientales, sociales, familiares y psicológicos.

Uno de los problemas más usuales que se encuentran para el diagnóstico de este padecimiento, es la comorbilidad que presenta con otros trastornos y la poca difusión e información que posee la población general complicando la tarea de realizar tratamiento adecuado. Es por ello que en los puntos siguientes se puntualizan el tipo de ideas y sintomatología que caracterizan al TAG.

### **1.2.1 Ideas irracionales en el TAG**

Como se había mencionado en espacios anteriores, existe una estrecha relación entre los efectos fisiológicos y conductuales con el tipo de ideas que sostienen los individuos que padecen trastorno de ansiedad generalizado. Desde los años 60' autores como Albert Ellis, realizaron la distinción entre ideas racionales e

irracionales, pero para hacer referencia puntual de ellos, es necesario señalar que podemos comprender como cognición e idea.

De acuerdo a Carulla y Aguilera (2010) el término cognición se refiere a las funciones mentales (no intelectuales) relacionadas con el procesamiento de la información. De manera general podemos entender como cognición al procesamiento que tiene una persona a partir de la percepción de un suceso o acontecimiento, este proceso de comprensión del mundo externo genera ideas que a su vez ocasionan consecuencias agradables o aversivas en el sujeto.

De esta manera podemos inferir, por el momento, que son las ideas irracionales las que guardan una gran concordancia con síntomas aversivos. Y aunque en el capítulo siguiente se desarrollará el tema, es importante conocer en este momento cuales son las ideas que caracterizan al trastorno de ansiedad generalizada.

Sobre ello Stein y Hollander (2004), puntualizan que los pacientes que padecen TAG laboran un conjunto de ideas automáticas catastróficas que se autorrefuerzan e impiden a la persona a aproximarse, sin sufrir perturbaciones enormes, a las situaciones novedosas.

De manera más puntual, podemos señalar que Beck, Laude y Bohnert (1974) descubrieron que sus pacientes con TAG mostraban una ideación (imágenes y pensamiento automáticos) que giraban alrededor de al menos uno de los siguientes temores generales: lesión física, enfermedad o muerte; enfermedad mental; trastorno psicológico o pérdida de control; fracaso e incapacidad de afrontamiento; y, finalmente, rechazo, desprecio, dominio.

Por otra parte, estos mismos autores mencionan que uno de los mayores temores de estos pacientes es el verse menospreciados, ridiculizados o rechazados.

Años posteriores Beck, Emery y Greenberg, (2014) añadieron que el miedo al fracaso y a no poder hacer frente a las exigencias y expectativas impuestas por uno mismo y por otros es un tema de suma importancia que enmarca las ideaciones de la mayor parte de los casos de TAG.

En un estudio realizado por Londoño, Alvarez, Bustamante y Posada (2005) con una muestra de 147 personas, se encontró que el estilo cognitivo del TAG en cuanto a procesamiento de la información se caracteriza por el uso de los “deberías”, la falacia de justicia, el tener la razón, la visión catastrófica, la falacia de control, la falacia del cambio y la abstracción selectiva. Esto evidencia rigidez cognitiva frente a la necesidad de control, predicción de acontecimientos y determinadas expectativas sociales.

Álvarez et. al. (2004) identificaron también algunos errores cognitivos en las personas con TAG, tales como filtraje o abstracción selectiva, la sobregeneralización, la interpretación del pensamiento, la visión catastrófica, la falacia de cambio, la falacia de justicia, el razonamiento emocional, la falacia de control, la culpabilidad, el tener razón y la falacia de la recompensa divina. (Londoño, Jiménez, Juárez, y Marín, 2010)

De esta manera podemos observar y enumerar las temáticas que dan génesis a las ideas irracionales que se presentan en este trastorno. A modo de cierre Beck y Emery, (1985), en Londoño, Jiménez, Juárez, y Marín (2010), afirman que de manera general se puede mantener que el trastorno de ansiedad generalizada representa un mal funcionamiento en el sistema cognitivo, el cual activa y desactiva las respuestas defensivas ante amenazas mayormente falsas.

#### **1.4. Criterios de diagnósticos**

El trastorno de ansiedad generalizada fue descrito por primera vez con el nombre de Neurosis de angustia, junto al síndrome pánico por Sigmund Freud, en 1895. Fue hasta 1980 con la publicación del DSM III cuando se realizó la diferenciación entre neurosis de angustia y neurosis ansiosa. Pero hasta 1987 cuando en el DSM-III-R el TAG dejó de ser concebida como una categoría secundaria, para configurar una categoría independiente (Cía, 2007).

En la quinta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2014), el trastorno de ansiedad generalizada está clasificado en las categorías de los trastornos de ansiedad. En esta categoría se encuentran los

trastornos que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas.

El DSM-5 incorpora los siguientes criterios para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada (pág. 222).

**Tabla 2**

*Criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición para el Trastorno de Ansiedad generalizada.*

Criterios Diagnósticos	
A.	Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar)
B.	Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C.	<p>La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):</p> <p>Nota: En los niños solamente se requiere un ítem.</p> <p>Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.</p> <p>Facilidad para fatigarse.</p> <p>Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.</p> <p>Irritabilidad.</p> <p>Tensión muscular.</p> <p>Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).</p>
D.	<p>La ansiedad, preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>
E.	<p>La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).</p>
F.	<p>La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo,</p>



	<p>separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).</p>
--	---

Así como lo indican los criterios antes expuestos, la temporalidad y recurrencia de los síntomas pudiera ser la línea de confirmación del diagnóstico, necesitando por lo menos seis meses de padecimiento de las manifestaciones.

Por otro lado, este mismo manual previene sobre la comorbilidad de este trastorno, pues es común que los individuos que cumplen los criterios diagnósticos del TAG, también lo hagan para los trastornos de ansiedad y de los trastornos depresivos unipolares. Así mismo, aunque menos común, se pueden cumplir los criterios de los trastornos por consumo de sustancias, de los trastornos de conducta, de los trastornos psicóticos, los del neurodesarrollo y los del neurocognitivos.

Por otro lado, se pueden añadir como herramientas algunas otras clasificaciones que nos permitan realizar una mejor evaluación a los psicólogos inmersos en el área de la salud.

Al respecto la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE por sus siglas) de la Organización Mundial de la Salud, en su Décima edición (1992), nos ofrece un sistema de categorías en las que se enlistan entidades y criterios establecidos para su diagnóstico y tratamiento.

En esta clasificación el TAG está ordenado en la categoría de los Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos, en el apartado

“otros trastornos de ansiedad”, es así que en la pág. 321 se añaden los criterios que se deben tener en cuenta para el diagnóstico del TAG.

**Tabla 3.**

*Criterios diagnósticos de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (1992).*

El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte del día por lo menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:	
1.-	Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venidera, sentirse “al límite”, dificultades para concentrarse, etc)
2.-	Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad para relajarse)
3.-	Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración o taquicardia, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).

Es así que, si se trata de comparar, para el diagnóstico del TAG es el DSM- 5 el que nos ofrece más criterios para realizar esta tarea y para comprender el padecimiento. Si bien en los dos manuales se incluyen problemáticas psicológicas y psiquiátricas, el CIE-11 hace referencia a una gran variedad de trastornos y enfermedades médicas que pueden aparecer en el ser humano, mientras que el DSM- 5 se presenta como un manual de referencia centrado en los trastornos mentales.

## 1.5. Síntomas

Como se ha mencionado, la ansiedad y la preocupación excesiva es el síntoma central del TAG, esta característica se enfoca en acontecimientos con poca probabilidad de aparecer. Esta preocupación genera ideas denominadas como irracionales y las cuales interfieren significativamente con las actividades comunes que la persona debe de desarrollar.

Esta particularidad es tan importante que algunos trabajos informan que la presencia de preocupación o ansiedad en la adolescencia es un predictor de un trastorno de ansiedad en la edad adulta (Pine, Cohen, Gurley, Brook y Ma, 2005 en González, Rovella, Barbenza y Rausch, 2012).

Al respecto, autores añaden que El paciente con ansiedad está pendiente en exceso de los estímulos potencialmente amenazadores y esta atención sesgada propaga su sensación de peligro” (Stein y Hollander, 2004), asignando grandes recursos atencionales a estímulos amenazantes.

Como consecuencia de lo anterior se puede dar cuenta de otra característica como lo indica Keegan (2007), la evitación cognitiva. A diferencia de otros trastornos de ansiedad, que reaccionan ante estímulos presentes o con una alta probabilidad de aparición y las personas que lo padecen tienen la opción de realizar evaluaciones conductuales, las personas que padecen TAG, tienden a evitar diarios, periódicos, noticieros en televisión para no sentir angustia, incluso a modificar o cesar tareas diarias para restar las consecuencias inquietantes.

Así mismo el DSM- 5 (2014), añade tres síntomas que acompañan a las preocupaciones y episodios de ansiedad inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse o mantener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño.

Por otro lado, y como señalan Huppert y Sanderson (2004) Además de la preocupación, los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada experimentan

sensaciones somáticas poco agradables, siendo el síntoma somático más común la tensión muscular.

A la preocupación y a tensión muscular se suman a menudo otros síntomas, como irritabilidad, agitación, nerviosismo, dificultades para dormir, problemas de concentración, sudoración, taquicardias y la sensación de estar atrapado.

Sin duda alguna, la sintomatología marca las pautas de acción en los tratamientos que se proponen para la regulación cognitiva, fisiológica y conductual de las personas que sufren TAG. A continuación, se hará referencia a los diversos procedimientos que se han puesto en marcha al respecto.

## **1.6. Tratamientos**

Como primer punto se hablará de los tratamientos farmacológicos para la estabilidad de la personalidad en el trastorno de ansiedad generalizada. La Organización Mundial de la Salud (2009) recalca la importancia de la medicación para el tratamiento de los trastornos mentales, pues se ha observado que muchos fármacos resultan eficaces en las etapas agudas y para prevenir recaídas.

Tradicionalmente el TAG se ha tratado desde la farmacología con el consumo de barbitúricos y metacualona. Así mismo desde los años 60 's -70 's se usaron benzodiazepinas y desde los 80 's la buspirona y antidepresivos (Roy-Byrne y Cowley,1998 en Capafons, 2001)

Al respecto el Consejo de Salubridad General del Gobierno Federal de México en su guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de ansiedad en el adulto (en línea), añade recomendaciones generales para el tratamiento del TAG:

Iniciar el tratamiento lo antes posible

Uso de benzodiazepinas (BZD: alprazolam, lorazepam y diazepam) en el inicio del tratamiento, en las recaídas y en el tratamiento a corto plazo (8-12 semanas).

En el tratamiento a largo plazo, y desde el comienzo se recomienda el uso de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS). Iniciar con paroxetina, sertralina o escitalopram, si no hay mejora cambiar a Venlafaxina o Imipramina.

Para retirar el ISRS debe reducirse en forma lenta y gradual hasta suspenderlo, con la finalidad de evitar un síndrome de abstinencia.

En pacientes con historia de abuso de medicamentos o sustancias tóxicas puede preescribirse Buspiridona en lugar de BZD.

Si no hay mejoría después de 8-12 semanas, considerar la utilización de otro fármaco con diferente mecanismo de acción.

No se recomienda la prescripción de venlafaxina a pacientes con alto riesgo de arritmias cardiacas o infarto al miocardio reciente, y en pacientes hipertensos sólo se utilizará cuando la hipertensión esté controlada.

Los antidepresivos deben ser los únicos medicamentos para el manejo a largo plazo del trastorno de pánico.

Es así que el tratamiento farmacológico para el TAG se basa en dos tipos de medicamentos, antidepresivos y ansiolíticos, que a pesar de su indiscutible utilidad Castro, (2010), nos recuerda que son generadores de efectos colaterales o secundarios como la dependencia al medicamento y un gran costo al paciente. Así mismo siempre es de gran importancia que el tratamiento farmacológico sea complementado con acompañamiento psicológico, para garantizar mejores resultados.

Dentro del campo de la psicología, son varias las teorías que dan cabida a la formulación de tratamientos psicológicos, gracias a ello se puede contar con un gran número de campos de desarrollo, de estrategias terapéuticas y marcos de comprensión del padecimiento y de la sintomatología.

Por ejemplo, desde una la posturas psicoanalíticas, y de acuerdo a Coderch (2003-2004) en Juan, Etchebarne, Gómez y Roussos, (2010), se comprende a la

ansiedad generalizada de la siguiente manera: “A falta del mecanismo de defensa del desplazamiento, característico de las fobias para la teoría psicoanalítica, el autor propone a la proyección de peligros y objetos persecutorios internos al mundo exterior.

Entonces desde esta postura teórica, la tarea del terapeuta es acompañar en el descubrimiento de la fuente de la ansiedad, que de acuerdo a Gabbard (2000), en la mayoría de los casos se dan en las primeras etapas de vida y son el resultado de conflictos relacionales y expectativas inconscientes de fracaso (Juan y cols. 2010).

Pero a pesar de los grandes cimientos históricos y teóricos del psicoanálisis, en la actualidad recibe fuertes críticas por su falta de objetividad en el tratamiento, su larga temporalidad, por la figura pasiva del terapeuta y los pocos resultados de sus estrategias.

Al contrario, y en oposición a ello, la terapia cognitivo conductual es sin duda la perspectiva teórica y práctica que ha demostrado mejores y más duraderos resultados, logrando una gran aceptación entre los expertos de la conducta.

De acuerdo con Beck, Emery y Greenberg (2014) el papel de la terapia cognitiva, como veremos después, es comprobar si una situación particular calificada de peligrosa es realmente alarmante. Así, preguntando el grado de peligro, evaluando pensamientos automáticos “cargados de peligro” y mediante su exposición al peligro, el paciente puede apartar y “extinguir” los temores erróneamente asociados a una situación u objeto dados.

Padilla (2014), presenta la intervención cognitivo conductual realizada con un adolescente de 12 años de edad diagnosticado con trastorno de ansiedad generalizada. El estudio tuvo como objetivo analizar los efectos de la aplicación del tratamiento cognitivoconductual dirigido a la reducción de las preocupaciones, la activación psicofisiológica y reducir las respuestas de escape.

El tratamiento consto de un total de 16 sesiones de una hora de duración cada una. Las dos primeras sesiones se destinaron a la recolección de información, para

que después en la tercera de ella se llevará un programa psicoeducativo para que el paciente comprendiera que era el TAG. Durante el resto de las sesiones se realizó un entrenamiento en reestructuración cognitiva, debate socrático, en relajación, respiración diafragmática de Benson, en autoinstrucciones de Meichenbaum, y en exposición en imaginación y en vivo.

Los resultados de dicho estudio sugieren que la aplicación de las estrategias ya descritas ayudó a la reducción de frecuencia e intensidad en la que se presentaban los síntomas del paciente, aproximándose a medidas normativas.

Como se puede observar en caso expuesto anteriormente, es común encontrar que dentro de esta postura teórica se añadan estrategias conductuales, tales como exposición gradual o inundación, ejercicios de control y modulación de respiración, técnicas de relajación muscular, y reforzamiento de conductas y pensamientos racionales.

Es así como en este apartado se ha realizado una pequeña introducción al tratamiento del TAG, principalmente desde el enfoque cognitivo- conductual, cuyas estrategias se abordarán con mayor detenimiento en el Capítulo siguiente de este escrito.

## LAS IDEAS IRRACIONALES

De acuerdo a la Terapia Racional Emotiva Conductual, descrita por el Doctor Albert Ellis, las ideas tienen una gran incidencia en el comportamiento y reacciones fisiológicas y emocionales que presentan la mayoría de las personas.

Dentro de esta teoría, y por las bases filosóficas en las que se sustenta, son las ideas irracionales, uno de los conceptos en los que se centra el autor para explicar el comportamiento humano. En este capítulo se busca poder aclarar, cuál es el nivel de inferencia que tienen este tipo de ideas y en cuanto a la conducta. Para tal fin es de vital importancia conocer, primero, el modelo teórico que sustenta su función para así pasar a la génesis de estas y su morfología.

### 2.1 El modelo cognitivo conductual

Sin duda alguna, el modelo cognitivo conductual es una de las corrientes psicológicas que ha conseguido, a través de los años, mayor credibilidad. Lo anterior, por su efectividad en la aplicación de diversas áreas de la psicología, como en el ámbito clínico, educativo, industrial, social y de salud.

Aunado a ello, diversos autores han reconocido que, en comparación de otras vertientes teóricas y metodológicas, es esta la que presenta una mejor relación entre costo y beneficio, pues de manera general, sus intervenciones son de corta duración.

Ejemplo de lo anterior, Sánchez (2008) expone que la teoría cognitiva conductual (TCC de ahora en adelante), en comparación con otras aproximaciones clínicas, ha cobrado primicia en la práctica por su avanzado grado de efectividad para el tratamiento de diversas condiciones terapéuticas.

De acuerdo a los textos de Frank (1985) compilados por Mahoney y Freeman un supuesto básico de las psicoterapias, pero de manera más concisa de las psicoterapias cognitivos conductuales es que las personas reaccionan a la interpretación de los hechos, lo que puede diferir a los hechos como tal y como son en realidad.



Basando en el supuesto anterior, es que los exponentes de la TCC recalcan la importancia de las creencias, ideas o resultados cognitivos de las diversas experiencias a la que es expuesto el hombre, es así que en resumen la terapia cognitivo conductual pretende modificar comportamientos y pensamientos de manera sincrónica y sinérgicamente.

Es así que De acuerdo a Sperry (1999) en Caballo (2001), los objetivos generales del tratamiento de los programas diseñados bajo las perspectivas teóricas de la TCC se podrían especificarse en cuatro niveles.

Disminuir los síntomas

Modular la dimensión temperamental de la personalidad

Reducir el deterioro en el funcionamiento social y laboral

Modificar el carácter o los esquemas de la personalidad

Pero para comprender más este concepto, es necesario abarcar una de las teorías que ha servido como pilar de la TCC, y que centra su atención en la modificación de ideas como principal tarea del terapeuta. La Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis.

Albert Ellis, después de haber estudiado y aplicado a los ámbitos clínicos posturas como las psicodinámicas y humanistas, y al ver que estas no presentaban un tratamiento eficaz para los casos observados en la práctica, decide fundamentar un ejercicio profesional con una teoría descrita por él, en donde el terapeuta funge como un agente más directivo y presenta técnicas más efectivas de acuerdo a las características clínicas del paciente.

De acuerdo a Ellis (2006), su objetivo al desarrollar la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) es hacer una psicoterapia más eficaz y profunda y que ataque las raíces básicas del sufrimiento humano, cimentado en un trabajo arduo a nivel racional, emocional y conductual contra sus tendencias destructivas y hacer

emerger las potencialidades constructivas que todos tenemos, así conducir a sus pacientes y lectores a una vida feliz y satisfactoria.

En palabras del mismo autor, en uno de sus primeros ejemplares “Terapia Racional Emotiva. Mejor salud y superación personal afrontado nuestra realidad” (1980), la TREC se consolidó como una psicoterapia científica pues además de que su sistema terapéutico permite la comprobación empírica de las hipótesis establecidas a cerca de las conductas disfuncionales del paciente, esta enseña a sus pacientes a reconstruir su sistema de pensamiento, permitiendo entonces que el usuario se convierta en un experto de los procedimientos utilizados.

A grandes rasgos el planteamiento filosófico de la TREC se basa en un pensamiento que se puede rastrear hasta el primer siglo después de cristo, con el pensador Epíteto, quien afirmaba que no eran las situaciones mismas las que provocan las perturbaciones emocionales, sino estas son resultado de las interpretaciones que la persona hace de la situación.

De esta manera Ellis (desarrolló un modelo explicativo de la conducta humana. En este puntualiza que ante un acontecimiento (A), el individuo genera una interpretación de la misma y en consecuencia una serie de ideas. A partir de ellas se desarrollan consecuencias (C) (directamente relacionadas con las ideas generadas), estas consecuencias pueden ser fisiológicas, emotivas o conductuales.

Si las ideas que mantienen son funcionales se les denomina, ideas racionales (rB), pero si estas se caracterizan por ser ilógicas y no respondientes a la realidad, se les denomina ideas irracionales (iB), a las cuales más adelante se les destinará un segmento para su desglose apropiado.

Como parte del procedimiento terapéutico, el autor propone como tratamiento de las ideas irracionales una serie de técnicas que engloban un debate de estas ideas (D), para la generación de nuevas ideas que se adecuen a los acontecimientos € y por efecto se generan consecuencias deseables (Ver figura 1).

De esta manera y siguiendo la filosofía de la TREC, el paciente puede hacer que una situación sea mejor (o peor) de acuerdo con los pensamientos, sentimientos y conductas que este hace prevalecer (Ellis, 2005).

Para clarificar lo anterior, añadiremos un ejemplo. Luis de 7 años, sufre episodios de ansiedad caracterizados por tensión muscular, llanto, vómito y mareos. Al entrevistar al paciente y sus padres ellos refieren que los síntomas son resultado del miedo que tiene el niño a la lluvia y a las ráfagas de viento. Estos cuadros comenzaron después de que el niño tuvo acceso a videos en los que se documentaron ciclones y catástrofes naturales relacionadas con lluvias y vientos excesivos

Durante el tratamiento se encontró que el paciente sostenía ideas irreales acerca de la lluvia, “se va a inundar todo y me voy a ahogar”, “la lluvia va a arrastrar mi casa”, “el viento me va a llevar”.

Basados en el ejemplo y en la metodología de la TREC decir que Luis, al estar ante evento fluviales, presenta ideas irracionales, desatando así una serie de consecuencias negativas emocionales, conductuales y fisiológicas. Así mismo, y siguiendo esta teoría, el tratamiento del caso sería en realizar diferentes estrategias cognitivas y conductuales para que Luis abandone esas ideas y genere otras que resulten más adecuadas a las situaciones.

Dicho en palabras de Ibáñez, Onofre y Vargas (2012), la Terapia Racional Emotiva Conductual implica hacer explícito los componentes implícitos de las auto verbalizaciones del paciente y que este aprenda una nueva forma de evaluar las situaciones que está viviendo para así actuar de una distinta forma, mucho más razonable.

Por otro lado, y hablando de la TREC como proceso terapéutico, se fundamenta en modelos educativos y humanistas, que al contrario de otras corrientes psicoterapéuticas que siguen un método médico y posicionan las perturbaciones emocionales del paciente como enfermedades y las cuales pueden ser curadas por un agente externo o terapeuta que les indica lo que tienen que hacer para curarse, desde la TREC se sigue un modelo humanista y educativo (Ellis, 2003).

Lo anterior hace referencia a algunos objetivos de esta terapia, pues en principios se busca que el paciente aprenda a determinar el tipo de ideas que presenta ante ciertos acontecimientos y si es necesario puedan llevar a cabo los debates y estrategias necesarias para realizar una reestructuración de sus ideas.

Así mismo, y aunque desde este método de tratamiento, el terapeuta guarda una posición directiva ante el curso de la terapia, es el mismo autor quien sugiere tener presentes actitudes descritas por Rogers, padre del humanismo. Aceptación positiva incondicional, escucha activa y empatía.

De esta misma manera la TREC, para el tratamiento de los malestares psicológicos de sus pacientes, integra técnicas cognitivas, emotivas y conductuales.

Con respecto a las técnicas conductuales, estas se apegan a las teorías desarrolladas con Skinner, la cual asegura que la conducta de cualquier individuo es sostenida por sus consecuencias, de manera que, si después de cierta conducta se presenta un estímulo apetecible o agradable, esta mostrará una tendencia a presentarse nuevamente. Si, por el contrario, después de la conducta se presentan estímulos aversivos, la conducta tenderá a decrementar.

De esta manera y después de que el terapeuta emotivo-conductual ha explicado al paciente, de qué manera se siguen sosteniendo sus conductas, se pueden emplear programas de autocontrol, poniendo en juego técnicas como el control de contingencias, exposición en vivo, exposición gradual a estímulos aversivos, métodos de relajación muscular, etc.

A pesar del sin fin de técnicas que se agregan a la TREC, son las de reestructuración cognitiva, como el debate las que toman gran ímpetu para esta propuesta filosófica, por ello es de gran importancia comprender que son las ideas irracionales.

## 2.2 Qué son las ideas irracionales

La TREC afirma que todos tenemos la capacidad para elegir libremente cómo queremos reaccionar psicológicamente ante las adversidades, lo cual implica que, si queremos, podemos renunciar a las reacciones perturbadoras (Ellis, 2005). De esta manera y como ya se había mencionado con anterioridad, la TREC distingue entre dos tipos de ideas, las racionales y las irracionales.

De manera general, los pensamientos racionales describen los acontecimientos como son realmente, manteniendo un buen grado de objetividad, reduciendo el riesgo de exagerar o disminuir las dificultades. Se muestran como pensamientos proporcionados al acontecimiento que se está viviendo, y por consiguiente la consecuencia que se genera no es desproporcionada.

Las ideas irracionales las podemos comprender como una convicción que bloquea e impide a la persona conseguir determinados objetivos, creando emociones fuertes y extremas que persisten durante un tiempo considerable, angustiando e inmovilizando al individuo, guiándolo frecuentemente hacia comportamientos peligrosos que incluso pueden dañarlo (Giardini, Baiardini, Cacciola, Ranzini, y Sicuro, 2017).

Es así que, a diferencia de las ideas racionales, las irracionales, se muestran como creencias que distorsionan la realidad, proporcionando una interpretación errónea de lo que está pasando, que a menudo no está apoyada por las evidentes pruebas disponibles.

Ellis (1981) en Carbonero, Martín, y Feijó (2010), puntualizó que las creencias pueden ser expresadas en forma de deseos o preferencias, encausando una serie de ideas racionales o como una obligación, exigencias o necesidades imperiosas, generando ideas irracionales. Así mismo agrupó tres peticiones de carácter absolutista que engloba las raíces de las ideas irracionales.

- 1) “tengo que actuar bien y ganar la aprobación de todos”
- 2) “la gente debe de actuar de manera agradable y justa conmigo”
- 3) “mi vida debe de ser lo suficientemente buena y fácil para conseguir lo que quiero sin demasiado esfuerzo”.

De acuerdo a Ellis (2016), en una primera instancia y de manera general podemos identificar a las ideas irracionales porque les antecede componentes como “tengo que” o “debería qué”. Así este mismo autor añade tres conclusiones derivadas de este tipo de pensamiento absolutistas.

Tremendismo: Comprendida como la tendencia a recalcar en exceso lo negativo de una situación o un acontecimiento, dando como resultado una conclusión exagerada, “Esto no debería ser tan malo como es”.

Baja tolerancia a la frustración o “No puedo soportar”: Es la tendencia a exagerar la situación, a pensarla como insoportable y calificarla como insufrible, así mismo el individuo se niega a sentirse feliz experimentado este acontecimiento, “No puedo soportar que me trate así”

Condensación o “evaluación global de la valía del ser humano”: Se muestra como la tendencia a evaluar como “mala” la esencia humana, por la realización u omisión de ciertos comportamientos, emociones o pensamientos. La podemos comprender como una condenación hacia una persona, hacia uno mismo, un grupo, hacia el mundo, o a la vida en general, cuando éstos no proporcionan lo que el individuo espera “todos los hombres son iguales”.

Así la TREC se orienta por medio de varias técnicas a la modificación de este tipo de pensamiento, la forma como el individuo interpreta las situaciones, y las creencias que guarda sobre estas. Las creencias irracionales como ya vimos se muestran como absolutistas y dogmáticas y pueden evitar que los individuos consigan sus objetivos.

Contrariamente a ello las ideas racionales de muestras como gustos y preferencias flexibles, haciendo posible la experimentación de emociones y consecuencias más positivas. Estas ideaciones están basadas en resultados empíricos y en una secuencia lógica.

Algunas de las diferencias más comunes se pueden observar en el siguiente cuadro, rescatado de Lega, Caballo y Ellis (2002) en Soria y Olvera (2013).

**Tabla 4**

Pensamientos racionales e irracionales.

Pensamientos irracionales	Pensamientos racionales
Es horrible, espantoso	Es un contratiempo, una contrariedad
No puedo soportarlo	Puedo tolerar lo que no me gusta
Soy un (a) estúpido (a)	Mi comportamiento fue estúpido
Es un (a) imbécil	No es perfecto (a)
Esto no debería ocurrir	Esto ocurre porque es parte de la vida
No tiene derecho	Tiene derecho a hacer lo que le parezca, aunque preferiría que no hubiese sido así

Debo ser condenado	Fue mi culpa y merece sanción, pero no tengo que ser condenado
Necesito que él (ella) haga eso	Quiero/deseo/preferiría que él (ella) haga eso, pero no necesariamente debo conseguirlo
Todo sale siempre mal	A veces, tal vez frecuentemente, las cosas salen mal
Cada vez que ensayo, fallo	A veces fracaso
Nada funciona	Las cosas fallan con más frecuencia de lo que desearía
Esto es toda mi vida	Esto es una parte muy importante de mi vida
Esto debería de ser más fácil	Desearía que fuese más fácil pero, a menudo, lo que me conviene es difícil de lograr
Debería de haberlo hecho mejor	Preferiría haberlo hecho mejor, pero hice lo que pude en ese momento
Soy un fracaso	Soy una persona que a veces fracasa

Es así como las personas se sienten profundamente afectadas cuando se fijan exigencias absolutistas (Ellis, 2005), sin embargo, afortunadamente el ser humano



está diseñado para pensar más racionalmente, ser consciente de sus elecciones y corresponder sus ideas con la realidad que vive, abriendo la posibilidad de poder empatar estas dos de manera científica y empírica, consiguiendo con esto una mejor salud emocional, fisiológico y conductual (Lega, Sorribes y Calvo, 2017).

### **2.3 Génesis y morfología**

La TREC demuestra que las personas aprenden y crean muchas clases de creencias irracionales, ilógicas, supersticiosas, irrealistas, y pocas prácticas (Ellis, 2003). Pero esta forma de pensamiento no es producto de agentes innatos, es decir, todas las personas en las primeras etapas de la vida tendemos a los componentes racionales y a la búsqueda de la estabilidad emocional positiva. Sin embargo, esto cambia en etapas posteriores.

De acuerdo con Ellis (1995) y Dryden (2009), citados por Álvarez (2014), las creencias irracionales provienen de suposiciones no confirmadas por la persona, y una de sus características consisten en que, a medida que distorsionan la percepción de las personas, persisten e intensifican su malestar emocional.

La génesis y morfología de este tipo de ideas puede aclararse al revisar los textos correspondientes de Beck (1995), quien al ser citado por Madrigal (2018), explican: el ser humano al estar en contacto con diferentes ambientes va generando estratos cognitivos, los cuales van desde lo más profundo hasta lo más superficial, hablando en términos cognitivos.

A los estratos más profundos los podemos denominar creencias centrales, la cual resulta ser una verdad absoluta para las personas, y resultan tan arraigadas por el proceso de su concepción que se comienza a gestar en las primeras etapas de la infancia del individuo.

De esta idea central, se desprenden otras varias que la sustentan y la reafirman, creando sesgos significativos en la evaluación de los acontecimientos y sucesos que vive el individuo. Estas distorsiones o ideas irracionales se adquieren a

lo largo de la vida en interacción del individuo con su medio social, familiar y en relación consigo mismo, y se reproducen a través del lenguaje y actitudes.

Esta abstracción del pensamiento es descrita de forma similar por Ellis, quien al respecto añade que, según la TREC, los seres humanos estamos facultados para pensar, sentir y comportarnos de forma activa para componer y descomponer, problemas emocionales (Ellis, 2005).

En síntesis, podemos decir que todos los seres humanos nacemos con una tendencia hacia la racionalidad, sin embargo, en nuestro desarrollo cognitivo se van creando estructuras de pensamiento que no compaginan con la realidad, ocasionando la aparición de ideas irracionales, lo anterior es el resultado de varios factores sociedad, culturales, familiares y personales.

## **2.4 Su papel en la conducta**

Como se ha mencionado, las repercusiones de los componentes cognitivos logran sus alcances en la presentación u omisión de ciertas conductas. De acuerdo con Hernández y Sánchez (2007), uno de los principios de las terapias cognitivo-conductuales es que la cognición, emoción y conducta humana no constituyen entidades separadas, sino se encuentran estrechamente relacionadas y al modificar alguno de estos componentes se afectan de manera significativa los otros.

La anterior afirmación difiere esencialmente de las teorías conductuales radicales, como el condicionamiento pavloviano y el operante, los cuales no rechazan rotundamente la intervención cognitiva como factor determinante para la modificación de esta, determinando a la actividad cognitiva como otra forma de manifestación conductual resultado de la internalización de los actos del individuo.

Son varios los estudios que demuestran la relación estrecha que existe entre las ideas y la conducta, logrando una modificación de comportamiento a raíz del establecimiento de nuevas ideas. De tal forma que las teorías cognitivo-conductuales (TCC) han mostrado su efectividad para un sin fin de problemas psicológicos

generales y de salud pública, que implican un cambio de comportamiento o de hábitos.

Lo anterior es posible, gracias a la amplitud que ofrece la TCC de adoptar técnicas conductuales como la relación de contingencias, economía de fichas, exposición, desensibilización sistemática, inoculación al estrés, etc., que, apoyado por las técnicas de reestructuración cognitiva y control emocional, dan como resultado una de las terapias más efectivas para el tratamiento de las afecciones psicológicas que vivimos en la actualidad.

## Las ideas irracionales en el TAG

### 3.1 Importancia del pensamiento

Como se ha mencionado en espacios anteriores, hay una relación entre los efectos fisiológicos, cognitivos y conductuales con el tipo de ideas que sostienen los individuos que padecen trastorno de ansiedad generalizada, Ellis realizó la distinción entre ideas racionales e ideas irracionales; por lo que, para adentrarse en ello, es necesario señalar previamente a la cognición y la concepción de idea.

De acuerdo con González y León (2013), la cognición se define como un sistema de construcción y procesamiento de conocimientos e información; por tanto, conlleva el procesamiento que tiene una persona a partir de la percepción de un acontecimiento, este proceso de comprensión del mundo externo genera ideas que a su vez ocasionan consecuencias desagradables o aversivas en el sujeto. De esta manera podemos inferir, por el momento, que son las ideas irracionales las que guardan una gran concordancia con síntomas aversivos.

Asimismo, nuestros pensamientos ejercen una gran influencia en nuestra forma de actuar y sentir, por lo tanto, los pensamientos racionales nos llevan a una vida más saludable, plena, y suelen ser proactivas. Cada persona tiene necesidades diferentes a los demás; esto es por diversos factores como el biológico, psicológico y social, sin embargo, los pensamientos juegan un papel sumamente importante y la mayor parte de los trastornos.

En la cotidianidad, los seres humanos pasamos por procesos de pensamientos de los cuales puede o no, haber conciencia, sin embargo, ello no implica que no existan efectos de dichos procesos. Los procesos cognitivos son fuentes de ideas que sustentan nuestra perspectiva del mundo, por lo que se considera absoluta su veracidad, es decir la percepción que formamos sobre nuestras aristas de vida está sostenida en pensamientos que difícilmente cuestionamos debido a que los asumimos como verdaderos y a su funcionalidad (Arana, et al, 2018).

Vinaroz (2008 citado en Poroj, 2018) establece que los pensamientos y sentimientos se entrelazan, pero a su vez los vemos de forma singular y con el paso

del tiempo estas adquieren una fuerza dominando y controlando la vida del ser humano. La psicología contemporánea comparte la importancia que tiene el pensamiento en la salud mental. La emoción está sostenida por una creencia o idea irracional, de manera que no es estrictamente lineal, puede considerarse que el pensamiento viene de la emoción y luego a la acción.

### **3.2 Las ideas irracionales en el Trastorno de Ansiedad Generalizada**

Albert Ellis fue pionero de la psicología cognitiva y creador de la TREC. (Chaves, 2015). El principio fundamental de su terapia la toma de Epicteto, cuya frase célebre es “Lo que turba a los hombres no son las cosas, sino las opiniones que de ellas se hacen” a lo que nos da a entender que las mismas personas son las que se crean sus propios problemas emocionales, de acuerdo con la interpretación que se hace de lo que les sucede. Ellis considera que son las creencias que subyacen a los trastornos emocionales y que el cambio de creencias irracionales puede producir cambios en la conducta y en las emociones.

Las ideas irracionales son pensamientos que nacen como resultado de la valoración que realiza un individuo frente a situaciones o eventos que suceden alrededor, estas tienden a ser valoraciones absolutistas y dogmáticas, estas ideas demandantes influyen de manera negativa y llevan al individuo a expresar emociones y conductas poco funcionales, las cuales obstaculizan y dificultan su normal desarrollo Lega, Caballo y Ellis (2009 citado en Abad, 2018).

Dichas creencias, son las principales causantes de diversos problemas psicológicos ya que ocasionan un notable desequilibrio emocional Ellis y Dryden (2007, citado en Abad, 2018). Es necesario realizar intervenciones como la terapia cognitivo conductual, un modelo de abordaje terapéutico, que permite cambiar estilos negativos de pensamientos como las creencias irracionales.

Una de las terapias que ha tenido mejores resultados en el abordaje de estos padecimientos es la terapia racional emotiva conductual, su máximo exponente es Albert Ellis, quien considera que las ideas irracionales conducen a emociones

negativas, no saludables, por ejemplo, desencadenando algún trastorno de ansiedad o depresión (Ellis, 2015).

Las ideas irracionales pueden ser infinitas, sin embargo, Ellis y Dryden (2007, citado en Abad, 2018, pp 15-16), los clasifican en tres grupos de naturaleza absoluta: “debo desenvolverme de forma correcta y de esta forma ser aceptado”, “tú tienes que proceder de un modo grato e intachable conmigo” y “en la vida tengo que obtener de manera rápida todo lo que deseo sin que ello demande mucho esmero”. Estos grupos son conocidos como “los deberías”. El primer “debo” absolutista es de la “exigencia de sí mismo” donde las personas suelen atribuirse ideas como; “mi desempeño en todo tiene que ser completamente impecable y por ello debo ganar la aceptación del resto o de lo contrario, seré un inepto”. Esta frase tiene una connotación absolutista, ya que se refiere a que las cosas deben hacerse sin que quepa duda. Una creencia así conduce a experimentar ansiedad, angustia, culpa, vergüenza y agresividad en algunos casos. El segundo “debo” absolutista es de las “exigencias sobre los otros”. Este se hace presente cuando una persona concibe “todos deben ser honestos y atentos conmigo, de lo contrario son despreciables”, Esta creencia se asocia con emociones como enojo e ira además de violencia pasiva y eventos perpetuos de transgresiones.

El tercer debo incuestionable trata de las exigencias sobre las condiciones o lo que una persona tiene que gozar durante su existencia, y es posible expresarlo de esta manera: los acontecimientos que me ocurren tienen que ser placenteros y no deben estar acompañados de angustia y malestar, porque caso contrario el ambiente donde me desenvuelvo es horrendo y funesto y no soy capaz de tolerarlo. Por ello dichas suposiciones están ligadas a sentimientos de agobio y angustia, también, con obstinación o conductas adictivas Dryden, DiGiuseppe y Neenan (2010, citado en Marorie, 2018. p. 16).

La mayoría de las personas conciben pensamientos inconsistentes con la realidad debido a malas experiencias de sí mismas y como de su entorno, sin embargo, el conflicto se genera cuando estas inconsistencias se convierten en factor clave de intranquilidad, lo cual impide alcanzar determinados propósitos.

El Trastorno de ansiedad generalizada puede tener un impacto poderoso en nuestras emociones y conductas, lo que lleva a un ciclo de pensamiento negativo y conductas desadaptativas.

El trastorno de ansiedad generalizada es uno de los trastornos psicológicos más frecuentes en atención primaria, pero a su vez es una afección poco diagnosticada.

Las ideas absolutistas son generadoras de angustia por lo que impactan en los síntomas ansiógenos del tipo como lo son preocupaciones persistentes de una amplia gama de situaciones, inquietud, fatigarse con facilidad, dificultad de concentración, irritabilidad, tensión muscular y perturbaciones del sueño (Cotrino, et al, 2020). características sintomatológicas del TAG ya que de los criterios del diagnóstico del trastorno se identifica la presencia de ideas que no se cuestionan y que consideran veraces (Arana, et al, 2018)

Dryde et al (2009, citado en Abad, 2018, p. 27) considera que los causantes de la ansiedad son dos tipos de ideas irracionales: un pensamiento rígido de exigencia y un pensamiento catastrófico.

Además, se señala que se presentan otras ideas irracionales como lo es la poca apertura a la derrota, autodepreciación, y apreciación total negativa del valor del individuo, estas ideas irracionales son los componentes del Trastorno de ansiedad generalizada (Abad, 2018).

### **3.3 Catástrofe y muerte**

Se sostiene que el pensamiento determina los sentimientos y las reacciones emocionales negativas como producto de un diálogo interno dominado por pensamientos catastróficos. Estas ideas implican la evaluación subjetiva, poco realista y exagerada de los problemas.

El pensamiento catastrófico se define como una respuesta cognitiva y emocional, negativa y persistente a las sensaciones dolorosas, de forma que aquel que lo padece presenta una tendencia a magnificar o exagerar el valor de la amenaza.

Los pacientes que presentan pensamiento catastrófico padecen síntomas de ansiedad más severos (Álvarez, et al. 2018).

Las patologías relacionadas con la ansiedad y depresión cursan casi siempre con un grado importante de pensamientos catastróficos, en otras palabras, los pacientes suelen pensar, imaginar y creer en los peores desenlaces a sus problemas o dudas, fantaseando en muchas ocasiones con escenarios trágicos como la muerte o sucesos que casi nunca suceden (Dahab, et al. 2015).

En este marco hay posturas que consideran que la ansiedad puede ser entendida como un reflejo del miedo que el ser humano presenta ante la muerte. Así Aradilla y Tomas (2006, citado en Molina, 2017), definieron a la ansiedad ante la muerte como “una reacción emocional producida por la percepción de las señales de peligro o de amenaza, ciertas o imaginadas la propia existencia, y que pueden desencadenarse ante estímulos ambientales”

Para Tomas-Sábado (2020) la ansiedad ante la muerte constituye una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenazas, reales o imaginadas a la propia existencia, que pueden desencadenarse ante estímulos ambientales como cadáveres, cementerios etc. y también por estímulos internos de la persona, como pensamientos o evocación de imágenes relacionadas con la muerte propia o ajena.

### **3.4 Cómo se tratan las ideas irracionales**

En la actualidad La Terapia Cognitiva Conductual (TCC) es una de las terapias psicológicas más empleadas en el mundo, puede definirse como una forma de psicoterapia cuyo propósito consiste en resolver problemas actuales, emocionales y conductas disfuncionales, tomando en cuenta el rol que juega el aprendizaje humano, así como los efectos del ambiente, las cogniciones y el lenguaje en los problemas psicológicos (Vernon y Doyle, 2018).



Con relación a las intervenciones en TCC, es ecléctica con respecto a las técnicas pero sólida en sus teorías, cabe resaltar que los modelos de TCC tienen firmes evidencias sobre su efectividad.

La terapia racional emotiva conductual TREC, forma parte de la segunda generación de terapias psicológicas, para Pérez (2014), menciona que uno de los mayores méritos de la terapia cognitiva conductual, es sin duda su eficacia en el tratamiento de diversos trastornos psicológicos.

Lega, Calvo y Sorribes (2017), mencionan que el pionero de este modelo es Albert Ellis. En 1955, desarrolló la terapia racional la cual con los años fue llamada terapia racional emotiva y, finalmente terapia racional emotiva conductual (TREC).

Candea et al. (2018), explican que este es uno de los modelos de la terapia cognitivo conductual, el cual sostiene que las emociones no saludables, conductas disfuncionales y respuestas fisiológicas con relación a una situación, no son originadas directamente por esta, sino por los pensamientos acerca de esta, el término que se distingue en esta terapia es la creencia, la cual se vincula directamente con las consecuencias en la salud mental de las personas.

Colop (2016), menciona que, para Ellis, el pensamiento es el principal definitivo en las emociones, y el pensamiento irracional es el origen del malestar emocional, para lograr un cambio en las emociones se tiene que hacer una exploración en los pensamientos, y encontrar el origen del pensamiento irracional. La TREC se centra en el presente y en la modificación de las creencias irracionales.

Las creencias de tipo irracional están asociadas a las perturbaciones emocionales; las creencias irracionales son denominadas como inflexibles, sin lógica, sin evidencia y sin funcionalidad, de acuerdo a esta teoría, existen cuatro tipos de creencias irracionales, las cuales son las siguientes: demandas o exigencias, catastrofización, intolerancia a la frustración, y evaluación global acerca de uno mismo, los otros o el mundo Colop (2016, citado en Mendoza, 2020).

En cuanto al modelo terapéutico denominado ABC se considera dentro de la TREC un marco de referencia muy amplio dónde se pueden conceptualizar los problemas psicológicos de los pacientes.

Ruiz, et al (2012) explican el esquema del modelo ABC el cual se divide de esta manera:

A: Acontecimiento activador; se trata de la percepción del evento o situación que ha ocurrido y ha sido el detonante de la perturbación emocional.

B: Es la percepción, interpretación, creencias o pensamientos que se tiene sobre el evento A, estas creencias pueden ser racionales o irracionales.

C: Consecuencia emocional y conductual, es la reacción fisiológica, somática, y las tendencias de acción que se producen ante el evento A, estas emociones conducen a comportamientos constructivos (creativos), y destructivos (derrotistas).

El objetivo de esta terapia es, entonces, inducir a la persona que reconozca lo absurdo de sus creencias, a que las abandone y a que adopte otras nuevas y más apropiadas. El estilo terapéutico de Ellis es directo, nada sutil. autoritario y enérgico. El rol del terapeuta es el de ser un reeducador emocional que enseña al paciente como pensar de forma lógica (Pérez, Rodríguez y Vargas, 2008, p.344).

## CONCLUSIONES

La salud mental comprende una amplia serie de actividades directa o indirectamente relacionadas con el bienestar mental de las personas. La literatura señala que los trastornos de ansiedad son el segundo trastorno mental con mayor prevalencia e incapacitante en las regiones de América latina.

El trastorno de ansiedad generalizada se ha descrito como uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes y relevantes debido a su gran prevalencia y comorbilidad. Afecta a millones de personas en el mundo. Se caracteriza por una preocupación excesiva, persistente y una elevada intolerancia a la incertidumbre que genera elevados niveles de ansiedad ante acontecimientos de poca importancia a lo cual estas interfieren en las actividades diarias del ser humano y su calidad de vida.

Funge como una respuesta adaptativa, con el objetivo de permanecer protegidos por lo que eventualmente y a medida que el individuo adquiere estrategias de afrontamiento y herramientas como lo es la seguridad, el trastorno de ansiedad generalizada tiende a disminuir.

Las ideas irracionales establecidas por uno de los exponentes más importantes de la Terapia cognitiva Albert Ellis, han revolucionado como podemos entender nuestros pensamientos y emociones. La postura teórica de Ellis basada en la Terapia racional emotiva plantea la presencia de estas creencias que genera en las personas malestar emocional, como lo es la ansiedad.

Se cree que una buena parte de los problemas psicológicos se deben a patrones de pensamientos irracionales, estas emociones no son causadas directamente por los acontecimientos externos, sino por nuestras interpretaciones y creencias acerca de ellas.

Algunas ideas irracionales más comunes incluyen la demanda de aprobación absoluta de las demás personas, así mismo la exigencia de perfección hacia uno mismo o en los demás, de igual manera la creencia de que es terrible cuando las cosas

no salen bien como uno lo desea y la idea de que se debe ser competente en todos los aspectos de la vida cotidiana.

Ellis propuso que muchas de nuestras ideas irracionales son causa de nuestro malestar emocional y que al desafiar y cambiar estas ideas podemos alcanzar una vida mas plena y satisfactoria.

Así mismo, se menciona que la irracionalidad es cualquier pensamiento, emoción o comportamiento que lleva a consecuencias auto derrotistas, o autodestructivas.

Los pensamientos catastróficos suelen ser negativos y pesimistas, los trastornos como ansiedad y depresión conllevan siempre un importante grado de pensamiento catastrófico. Las personas frecuentemente piensan, imaginan, y creen en los peores desenlaces, estos sucesos casi nunca suceden. Las personas no pueden dejar de pensar y por consiguiente el sufrimiento que ello provoca prevalece de manera significativa en la vida de la persona.

La muerte presenta connotaciones negativas ya que se asocia a, tristeza, miedo, perdida, dolor y el final. Constituye un elemento inseparable de cualquier forma de vida, en el ser humano adquiere una dimensión singular, en la que genera una amplia serie de actitudes y emociones ante ciertos escenarios, detonando ansiedad y depresión en las personas.

La intervención desde el enfoque Cognitivo-Conductual muestra una amplia gama de herramientas que estas pueden ser utilizadas de manera individual. La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), con su extensa literatura respalda su efectividad en diferentes problemáticas psicológicas como lo es el Trastorno de ansiedad generalizada, esta atención hacia la persona se centra en estímulos potencialmente dañinos acompañado de ideas irracionales, que provoca una serie de consecuencias a nivel, cognitivo, fisiológico y conductual.

Con la implementación adecuada de la intervención cognitiva conductual, se pueden obtener beneficios significativos a corto, mediano y largo plazo, como lo es

la disminución importante de los niveles de la ansiedad. Estos cambios tendrán beneficios en la vida cotidiana de la persona retomando sus actividades importantes.

## BIBLIOGRAFIA

- Abad, M. (2018). Diferencias en las creencias irracionales según la condición diagnóstica en un grupo de pacientes que asisten a un servicio de salud de salud mental de Lima metropolitana. (Tesis de licenciatura). Universidad peruana Cayetano Heredia. Recuperado de [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/3921/Diferencias\\_AbadGran\\_da\\_Marjorie.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/3921/Diferencias_AbadGran_da_Marjorie.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Academia Nacional de Medicina. (2012). El trastorno de ansiedad generalizada. Boletín de información clínica terapéutica, 21 (3), 1-3.
- Álvarez, L. (2014). Caracterización de las creencias irracionales del trastorno histriónico de la personalidad. Psicogente, 17 (31) 143-154.
- Álvarez, A. García, D. Hernández, M. De la Red, H. Sotelo, E. Uribe, F. y Guerrero, A. (2018). Pensamiento catastrófico ante el dolor: presencia en una población migrañosa. Revista Neurología, Vol. 36. N°1. pp 24-28.
- Amor, G., Vega, A., Villanueva, A., Gómez, C., Morales, J. y Hurtado, M. (2018). Implicación de usuarios diagnosticados de trastorno de ansiedad generalizada en la elaboración de una guía práctica clínica. Universitas Psychologica, 17 (2), 1-16.
- Arana, I. Hernández, M. y Rodríguez, D. (2018). Manual para el manejo de pensamientos irracionales. Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Recuperado de: <https://www.guiadisc.com/wp-content/pdfs/manejo-pensamientosirracionales.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ta. Ed.). España: Panamericana.
- Bados, A. (2015). Trastorno de ansiedad generalizada. España: Síntesis.

- Baeza, J., Balaguer, G., Belchi, I., Coronas, M. y Guillamón, N. (2008). Higiene y prevención de la ansiedad. España: Díaz de Santos.
- Barlow, D. (2014). Manual clínico de trastornos psicológicos. Tratamiento paso a paso. México: El manual moderno.
- Beck, A., Emery, G. y Greenberg, R. (2014). Trastornos de ansiedad y fobias. España: Desclée de Brouwer.
- Cabezas Pizarro, H., & Lega, L. (2006). Relación empírica entre la Terapia Racional EmotivoConductual (TREC) de Ellis y la Terapia Cognitiva (TC) de Beck en una muestra costarricense. *Revista Educación*, 30 (2), 101-10
- Cabezas, H., y Lega, L. (2006). Relación empírica entre la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) de Ellis y la Terapia Cognitiva (TC) de Beck en una muestra costarricense. *Revista Educación*, 30 (2), 101-109.
- Cândeia, D. Stefan, S. Matu, S. Mogoase, C. Iftene, F. David, D. & Szentagotai, A. (2018). TREC en el tratamiento en la depresión clínica. New York, USA: Springer.
- Cano, A., Dongil, E., Salguero, J. y Wood, C. (2011). Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización. *Información psicológica*, 102, 4-27.
- Capafons, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, 13 (3), 442-446.
- Carbonero, M., Martín, L. y Feijò, M. (2010). Las creencias irracionales en relación con ciertas conductas de consumo en adolescentes. *European journal of education and psychology*, 3 (2), 287-298
- Carulla, L. y Aguilera, F. (2010). El uso del término “cognitivo” en la terminología de salud. Una controversia latente. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 3 (4), 137-144.
- Castro, A. (2010). Referentes teóricos relacionados con el tratamiento de trastornos de ansiedad con técnicas de relajación. *Revista información científica*, 66 (2).

- Changana, A. y Vega, J. (2010). Conocimientos acerca del trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico con y sin agorafobia entre médicos residentes de medicina en entrenamiento durante el año 2009. *Revista Neuro-Psiquiatría*, 73 (1), 2-8.
- Chávez, L. (2015). Albert Ellis (1913-2007): La vida y obra de un terapeuta cognitivo. *Revista de psicología*, 5(1), 135-146. Recuperado de <https://revistas.ucsp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/32/33>
- Cía, A. (2007). Trastorno de Ansiedad Generalizada: Actualización Diagnóstica y Terapéutica, y Comentarios Sobre el artículo "A Review of Basic and Applied Research on Generalized Anxiety Disorder". *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI (1), 29-33.
- Colop, A. (2016). Terapia racional emotiva-conductual y sentimiento de culpa. (Tesis de licenciatura). Universidad Rafael Landívar. Recuperado de <http://186.151.197.48/tesiseortiz/2016/05/42/Colop-Alejandra.pdf>
- Consejo de Salubridad General. (en línea). Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. Guía de práctica clínica. Recuperado de [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392\\_IMSS\\_10\\_Ansiedad/GRR\\_IMSS\\_392\\_10.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMSS_10_Ansiedad/GRR_IMSS_392_10.pdf) el 10 de noviembre de 2019.
- Cotrino, J. Gómez, I. Mendoza-Rincón, B. Arenas-Villaseñor, V. Araque-Castellanos, F. JaimesParada, G. López-Jaimes, R. y Julio-Hoyos, Y. (2020). Psicoterapia basada en la evidencia en caso de trastorno de ansiedad generalizada y trastorno obsesivo compulsivo *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, vol. 39, núm. 8, pp. 1012-1019. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/559/55969796014/html/>
- Debah, J. Minici, A. y Rivadeneira, C. (2015). Los orígenes del pensamiento catastrófico. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*. N° 27. Recuperado de: [/https://cetecic.com.ar/revista/wpcontent/uploads/2022/04/los-origenes-del-pensamiento-catastrofico.pdf](https://cetecic.com.ar/revista/wpcontent/uploads/2022/04/los-origenes-del-pensamiento-catastrofico.pdf)



Ellis, A y Dryden, W. (1989). *Práctica de la terapia racional emotiva*. España: Desclée de Brouwer.

Ellis, A. y Abrahms, E. (1980). *Terapia racional emotiva. Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad*. México: Pax México.

Ellis, A. & Abrahms, E. (2005). *Terapia Racional Emotiva*. México: Pax México.

Ellis, A. (2005). *Pregunte a Albert Ellis. Respuestas directas y consejos fiables del psicólogo más conocido del mundo*. España: Obelisco.

Ellis, A. (2006). *El camino de la tolerancia. La filosofía de la Terapia Racional-EmotivoConductual*. España: Obelisco.

Ellis, A. (2007), *Manual de Terapia Racional Emotiva*, Editorial Desclée de Brouwer.

Ellis, A. (2015). *Cómo controlar la ansiedad antes de que le controle a usted*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Ellis, A. y Harper, R. (1997). *Una nueva guía para una vida racional*. España: Obelisco.

Estrada, E. y Pérez, T. (2016). ¿Puede el entrenamiento en “focusing” mostrar eficacia como tratamiento coadyuvante en pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad generalizada?. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 25 (1), 49-56.

Gobierno Federal. Consejo de Salubridad General (2010). *Guía práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto*. Recuperado de [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392\\_IMSS\\_10\\_Ansieda d/EyR\\_IMSS\\_392\\_10.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMSS_10_Ansieda d/EyR_IMSS_392_10.pdf) el 05 de noviembre del 2019.

González, B. y León, A. (2013). *Procesos cognitivos de la prescripción curricular a la praxis educativa*. *Revista de Teoría y Didáctica de las Ciencias Sociales*. Mérida-Venezuela. ISSN 1316-9505. Enero-Diciembre. N° 19. pp 49-67.

González, M., Rovella, A., Barbenza, C. y Rausch, L. (2012). *Tendencia de la preocupación y trastorno de ansiedad generalizada en adolescentes: contribución diferencial de los*

- procesos cognitivos. *Revista Iberoamericana de diagnóstico y evaluación*, 1 (33), 31-50.
- Hernández, N. y Sánchez, J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. Libros en red.
- Ibáñez, E., Onofre, G. y Vargas, J. (2012). *Terapia Racional Emotiva: Una revisión actualizada de la investigación*. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 15, (4),2012.
- Huppert, J. y Sanderson, W. (2004). *Psicoterapia para el trastorno de ansiedad generalizada*. En Stein, D. y Hollander, E. (Ed.), *Tratado de los trastornos de ansiedad* (173-180). España: Ars médica.
- Juan, S., Etchebarne, I., Gómez, M. y Roussos, A. (2010). *Una perspectiva psicoanalítica sobre el trastorno de ansiedad generalizada. Raíces históricas y tendencias actuales*. *Revista de la sociedad Argentina de Psicoanálisis*, 14, 197-219.
- Keegan, E. (2007). *La ansiedad generalizada como fenómeno: Criterios diagnósticos y concepción psicopatológica*. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 7 (1). 49-55.
- Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. España: Siglo XXI.
- Lega, L., Sorribes, F. y Clavo, M. (2017). *Terapia Racional Emotiva Conductual*. Paidós.
- Londoño, N., Jiménez, E., Juárez, F. y Marín, C. (2010). *Componentes de la vulnerabilidad cognitiva en el trastorno de ansiedad generalizada*. *International Journal of Psychological*, 3 (2), 43-54.
- Madrigal, E. (2018). *Descripción de distorsiones cognitivas relativas a la homosexualidad masculina en una población heterosexual adulta joven costarricense en relación con la homofobia*. *Medicina legal de costa rica*, 35 (2), 4- 19.

- Marjan, M., Mendieta, D., Muñoz, M., Díaz, A. y Cortés, J. (2014). Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. *Salud mental*, 37 (6), 509-516.
- Mendoza, I. (2020). *Terapia cognitivo conductual: actualidad tecnología*. (Tesis de licenciatura), Universidad peruana Cayetano Heredia. Recuperado de [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8907/Terapia\\_MendozaFernandez\\_Ingrid.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8907/Terapia_MendozaFernandez_Ingrid.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Molina, R. (2017). *Análisis del miedo y la ansiedad ante la muerte en estudiantes de grado de enfermería*. (Tesis Doctoral). Universidad de Jaén. Recuperado de <https://ruja.ujaen.es/jspui/bitstream/10953/916/3/9788491591375.pdf>
- National Institute of Mental Health (2019). *Trastorno de ansiedad generalizada: Cuando no se pueden controlar las preocupaciones*. Recuperado de [https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-de-ansiedad-generalizadacuando-no-se-pueden-controlar-las-preocupaciones-new/pdf-sqf-16-4677\\_150382.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-de-ansiedad-generalizadacuando-no-se-pueden-controlar-las-preocupaciones-new/pdf-sqf-16-4677_150382.pdf) el 05 de junio de 2019.
- Núñez, M., Sebastián, A., y Muñoz, D. (2015). Principios de condicionamiento clásico de Pavlov en la estrategia creativa publicitaria. *Opción*, 31 (2), 813-831.
- Olivares, J., Piqueras, J. y Rosa A. (2006). Tratamiento cognitivo- conductual de una adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. *Terapia psicológica*, 24 (1), 87-98.
- Ordóñez, A., Espinosa, L., García, L. y Muela, J. (2013). Inhibición conductual y su relación con los trastornos de ansiedad infantil. *Terapia psicológica*, 31 (3), 355-362.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*: Estados Unidos.

- Organización Mundial de la Salud. (2009). Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de la salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Padilla, C. (2014). Tratamiento cognitivo-conductual de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de Psicología clínica con niños y adolescentes*, 1 (2), 157-163.
- Palomino, J. Santiago, N. y Zarate, P. (2017). Revisión Bibliográfica de la efectividad de la terapia racional emotiva conductual (REBT). *Apuntes científicos estudiantiles de psicología*, 1, 1-15.
- Papalia, D. (2012). *Psicología para bachillerato*. México: Mc Graw Hill.
- Pérez, M. (2014). Las terapias de tercera generación como terapias contextuales. *Síntesis*.
- Pérez, A. Rodríguez, A. y Vargas, M. (2008). Albert Ellis (1913-227): Pionero de los modelos mediacionales de intervención. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, Vol. 16, N° 2, 2008, pp. 341-348. Recuperado de [https://www.behavioralpsycho.com/wpcontent/uploads/2020/04/12.Perez\\_16-2oa.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wpcontent/uploads/2020/04/12.Perez_16-2oa.pdf)
- Poroj, P. (2018) Ideas irracionales y ansiedad. [Tesis de grado, Universidad Rafael Landívar] Facultad de Humanidades. Recuperado de : <https://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2018/05/22/Poroj-Paola.pdf>
- Rovella, A., González, M., Peñate, W. e Ibáñez, I. (2011). Preocupación-rasgo y trastorno de ansiedad generalizada en una muestra de la población general: el papel diferencial de la intolerancia a la incertidumbre, la evitación cognitiva, la orientación negativa al problema y las meta-creencias. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 20 (2), 101-108.

- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer: España.
- Soria, R. y Olvera, J. (2013). Terapia racional emotivo-conductual. En Valladares, P. y Rentería, A. (coord.). Psicoterapia cognitivo-conductual. Técnicas y procedimientos. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Stein, D. y Hollander, E. (2004). Tratado de los trastorno de ansiedad. España: Ars médica.
- Tomas-Sábado, J. (2020). Miedo y ansiedad ante la muerte en el contexto de la pandemia de la Covid-19. Rev. Enferm Salud Mental. N°16. pp.26-30. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7544334.pdf>
- Vernon A., & Doyle, K. (2017). Terapias cognitivo-conductuales: una guía para profesionales. New York, USA: Asociación de consejería Amer.