

UNIVERSIDAD DEL AREA ANDINA
FACULTAD DE PSICOLOGIA
VALLEDUPAR-CESAR

04 de Diciembre, 2019

***ABORDAJE DE LA ANSIEDAD PATOLÓGICA EN EL ADULTO: PRINCIPIOS
COGNITIVOS CONDUCTUALES***

Address of the pathological anxiety in the adult: Cognitive conductual principles

Liz LeidyDaza Bermúdez

Psicólogo en formación, Universidad del Área Andina.

Ldaza18@estudiantes.areandina.edu.co

Resumen

La ansiedad constituye la piedra angular en la vida del ser humano, por lo que ejerce gran influencia sobre la constitución y desarrollo de su ciclo vital, ya que permite el impulso de acciones dependiendo el contexto en que este se encuentre; lo patológico ocurre cuando la ansiedad llega a mantenerse en el tiempo y se convierte en crónica muchas veces por los sesgos cognitivos desadaptativos.

En la actualidad se puede determinar que uno de los trastornos más frecuentes objeto de motivo de consulta lo

constituye el trastorno de ansiedad, el cual si no se logra identificar de manera temprana y eficaz puede limitar las diferentes áreas del individuo, el cual incluso se puede volver incapacitante y desadaptativo llevando al individuo a un estado de enajenación mental. Por ende, es importante señalar la necesidad de escoger un tratamiento psicológico eficaz cuyo objetivo sea el de resignificar los contenidos ansiosos en el individuo, con el fin de generar una activación conductual proporcional a la amenaza o el peligro objetivo.

El siguiente artículo hace una reflexión que va desde lo general, partiendo del concepto de ansiedad, sus orígenes, factores de mantenimiento, sintomatología; también se ilustran las raíces de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) haciendo un breve recorrido histórico de su origen, y termina en lo particular aterrizando en la TCC y su abordaje frente a los trastornos de ansiedad en el adulto, recopilando una serie de pasos y principios sobre su aplicabilidad,

Palabras clave

Ansiedad, Trastornos de Ansiedad, Enfoque Cognitivo Conductual, Eficacia.

Abstract

Anxiety constitutes the cornerstone in the life of the human being, so it exerts great influence on the constitution and development of its life cycle, since it allows the impulse of actions depending on the context in which it is found, the pathological of everything Previously, it is when it is maintained over time, it becomes chronic and becomes maladaptive.

además se plasma el tema de la neuroimagen, la cual constituye una medida actual de gran eficacia a la hora de comprobar la efectividad de este enfoque en el tópico objeto de reflexión.

At present it can be determined that one of the most frequent disorders subject to consultation is anxiety disorder, which if it is not possible to identify early and effectively can limit the different areas of the individual, which can even become incapacitating and maladaptive leading the individual to a state of mental alienation; and there the importance of diagnosis and early intervention. In this field it is important to point out the need to choose an effective psychological treatment whose objective is to resignify the anxious contents in the individual, in order to generate a behavioral activation proportional to the threat or objective danger.

The following article makes a reflection that goes from the general, based on the concept of anxiety, its origins, maintenance factors, symptomatology; The roots of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) are also illustrated by making a brief historical tour of its origin, and it ends up in particular landing on CBT and its approach to anxiety disorders in adults, compiling a series of steps and principles on its applicability, in addition the issue of neuroimaging, which is a current measure of great effectiveness when it comes to checking the effectiveness of this approach in the topic under reflection.

Keywords

Anxiety, Anxiety Disorders, Cognitive Behavioral Approach, Efficacy.

Introducción

La ansiedad dentro del ser humano independiente de la etapa en la que se encuentre es un fenómeno completamente normal, que incluso podría llevar al conocimiento de las fortalezas y debilidades, moviliza

numerosos mecanismos de defensa, mantiene activos e incluso conduce muchas veces al logro de metas en el individuo.

A la hora de hablar del abordaje cognitivo conductual en casos específicos de ansiedad patológica en el individuo adulto, primero es necesario esclarecer conceptos como lo son: Ansiedad, Enfoque Cognitivo Conductual, beneficios, limitaciones, y su aplicabilidad en el campo de los trastornos de ansiedad en la etapa adulta.

A modo de reflexión se esbozarán los diferentes conceptos que permiten identificar las señales de alarma frente a la aparición de la ansiedad patológica desadaptativa y las técnicas y estrategias usadas por el terapeuta del enfoque objeto de estudio para reducir y resignificar la ansiedad dentro de la vida del consultante.

Por esto resulta absolutamente necesario distinguir que es ansiedad y que no, así como también revisar las señales de alarma que conducen a que la ansiedad se convierta en patológica, sus factores de mantenimiento.

Conocer los orígenes del modelo cognitivo- conductual, su eficacia específicamente en el tratamiento

específico de la ansiedad en el adulto, y las bondades a largo plazo que este genera dentro de la relación terapeuta-paciente para disminuir o reducir los efectos fisiológicos, psicológicos y conductuales de la ansiedad en su vida cotidiana, es primordial para el terapeuta cognitivo conductual a la hora de intervenir en casos de ansiedad.

Cada vez que se escucha la palabra ansiedad, miedo o preocupación, se asocia generalmente a una catástrofe o desastre ocurrido en nuestro medio más cercano, pero como lo indica Clark y Beck (2012) en la mayoría de los casos la ansiedad se desarrolla en el contexto de presiones, demandas y estreses fluctuantes de la vida cotidiana. Anseau et al., 2004; Olfson et al., 1997) citados por Beck (2012) señala que entre el 12 y el 19% de los pacientes de atención primaria satisfacen los criterios de un trastorno de ansiedad.

Beck (2012) cita al Instituto Mundial de la salud (IMS) (2004), el cual plantea que “los antidepresivos y los estabilizantes del estado anímico son el tercer tipo de farmacoterapia más prescrita, con ventas globales durante el año 2003 de 19.5 billones de dólares”. (p.22).

Sumado a esto la Organización Mundial de la Salud (OMS) (S.F) manifiesta que realizando un estudio sobre los problemas psicológicos de atención primaria, centros de 14 países, se constató una prevalencia puntual del trastorno de ansiedad generalizada del 12 % de las primeras consultas. No obstante, a pesar de esta tremenda morbilidad, los trastornos de ansiedad son infradiagnosticados, es decir, son subestimados dentro de las estadísticas mundiales ya que muchas veces se obvia su nivel de afectación si llegase a ser crónico en la vida del individuo, y por lo tanto no tratados adecuadamente.

Con todo lo anterior, resulta absolutamente necesario reflexionar en la práctica clínica la importancia de reconocer y manejar adecuadamente los crecientes casos de ansiedad desadaptativa o patológica que se está presentando en la población mundial, las cifras hablan por sí mismas, reflejando solo una parte de los casos reportados y que han recibido tratamiento farmacológico o psicoterapéutico.

Se escogió el enfoque cognitivo-conductual, por su abordaje integral a nivel de pensamientos automáticos y conductas desadaptativas y además por contar con un abanico diverso de

estrategias y técnicas para intervenir específicamente los trastornos de la ansiedad en la vida adulta.

Por ende, realizar una reflexión sobre el manejo terapéutico de la ansiedad abordada por el enfoque cognitivo conductual es el principal objetivo de este artículo, así como también dar a conocer las diferentes concepciones sociales o teóricas que existen en torno al tópico objeto de reflexión.

Reflexión

La ansiedad no siempre es patológica, es importante aclarar que el origen de esta es preservar nuestra integridad ya que tanto a nivel físico, cognitivo y conductual el cuerpo se prepara para dar una respuesta, e incluso esta nos motiva a alcanzar muchas veces metas, ideales, entre otros, por ejemplo a veces nos sentimos ansiosos frente a una exposición en clase y de esta manera podemos rendir mejor gracias a la respuesta excitatoria y de alerta que nos brinda el Sistema Nervioso Central (SNC) . Ahora bien, como lo afirman Minici y Rivadeneira (2014) “La ansiedad es una de las emociones más ligadas a la psicopatología acarreado mucho sufrimiento y malestar” (p.1). Este último tipo de ansiedad es la que

nos atañe y en la que nos centraremos en el análisis a continuación descrito.

¿Qué es la ansiedad patológica

Como primera medida a la hora de definir el concepto de ansiedad se tiene que

En su uso cotidiano el término ansiedad puede significar un ánimo transitorio de tensión (sentimiento), un reflejo de la toma de conciencia de un peligro (miedo), un deseo intenso (anhelo), una respuesta fisiológica ante una demanda (estrés) y un estado de sufrimiento mórbido (trastorno de ansiedad). (Reyes2015, p. 10)

La vía más difundida por la cual la ansiedad se vuelve patológica es la genéricamente denominada traumática. En pocas palabras, una persona adquiere una reacción de miedo patológico porque se establece una asociación entre un evento neutral con otro que representa una amenaza real. El proceso es uno de los casos particulares de condicionamiento clásico descrito inicialmente por IvanPavlov.

Por ejemplo, una persona que viaja en automóvil por la ruta tiene un accidente con una seria amenaza a la vida. A partir de ese momento, desarrolla una fobia específica; viajar en autos por la ruta le provocará miedo, tanto así que ya no podrá hacerlo. Si bien la vía traumática de adquisición de miedos irracionales es válida.

(Minici, Rivadenerira y Dahab, 2014)

Según estos autores, alrededor de un 48% de las fobias específicas tienen alguna otra etiología, pero determinan que por otro lado no hay datos certeros sobre cómo podría adquirirse la aparición de otras formas patológicas de la ansiedad, como las que se presentan en el Trastorno de Ansiedad Generalizada o la Agorafobia.

Como lo explica Minici (2014): Un segundo camino por el cual las personas adquirimos miedos patológicos consiste en el aprendizaje por observación de modelos o Modelado, estudiado minuciosamente por el prominente psicólogo Albert Bandura. En los humanos, este proceso transcurre de dos maneras diferentes.

Por un lado, Rivadenerira (2014) expresa que: “La observación directa de alguna persona que padece alguna forma de ansiedad patológica puede conducir a que el observador adquiera el mismo miedo o alguno relacionado, particularmente si este último se encuentra en la infancia. Los casos más simples son aquellos en los cuales los hijos acaban padeciendo las mismas fobias que sus padres”.

La hipótesis más fuerte de Minici, Dahab y Rivadeneira (2014) sostiene que nacemos con una reacción innata de temor ante estos estímulos preparados evolutivamente y que a través del proceso de socialización, mediante la exposición natural a los mismos en nuestra cultura, vamos perdiendo el miedo inicial.

Por ejemplo, nuestra reacción instintiva de miedo a las alturas va desapareciendo a medida que nos vamos aproximando a espacios altos protegidos, como balcones y ventanales, mientras somos contenidos por nuestros cuidadores. Cuando este proceso natural de extinción del miedo biológicamente preparado falla, según Minici, Rivadeneira (2014) “entonces se darían las condiciones para la aparición la ansiedad patológica”. (p.6).

Ahora bien, existen numerosos factores que pueden modular y mantener la reacción de ansiedad patológica a largo plazo. Inevitablemente, la ansiedad con el paso del tiempo según las variables de personalidad, carácter y temperamento del individuo genera dos vías: evitación y escape, factores que tratados a tiempo mediante la terapéutica pueden ser atenuados y extinguidos en el transcurso del tratamiento.

Las conductas de evitación pueden ser indetectables para los observadores naturales pues adoptan la forma de los actos más comunes; no obstante ello, interfieren con el natural proceso de extinción y perpetúan así la ansiedad patológica. En estos casos, los comportamientos de evitación y escape suelen llamarse “de reaseguro” Minici, Rivadeneira (2014) “una expresión que busca enfatizar el hecho de que, al ejecutarse, estas acciones brindan a la persona una seguridad momentánea extra que en verdad no necesita” (p.8).

Lo más alarmante de todo esto, es que en algún momento, el control de la ansiedad y la “prevención” suele tomarse el epicentro de la vida de ese sujeto, es decir cuando viene a reaccionar todo el tiempo está pendiente y extremadamente preocupado por “no sentirse mal” “que no se note en los demás” pero sin saberlo todos estos cuestionamientos vienen a generar el efecto contrario, acentúan mucho más sus respuesta fisiológicas, pensamientos automáticos reforzando indirectamente la sintomatología del trastorno.

Si bien las causas originarias de los desórdenes de ansiedad resultan importantes a la hora de entenderlos, en la labor clínica concreta de la Terapia Cognitivo Conductual, los mecanismos

de mantenimiento se revelan como factores más importantes pues hacia ellos ha de dirigirse la intervención.

Independientemente de cómo un problema se generó, si hoy existe es porque hay causas actuales y presentes que lo mantienen. Identificar estas últimas permite una acción eficaz que alivie el malestar y sufrimiento del paciente.

Sesgos cognitivos en la ansiedad

En este aparte, cobra gran importancia la teoría de Michael Eysenck, hijo del prominente psicólogo Hans Eysenck, quien propone una forma de entender cómo la ansiedad patológica, es decir, exagerada; surge de distintas fuentes de acuerdo al trastorno que se trate

Sus trabajos se conocen como “la teoría de los cuatro factores” pues, como su nombre lo indica, propone cuatro direcciones hacia las que inconscientemente los sesgos cognitivos se dirigirían, dando lugar a los diferentes desórdenes por ansiedad, concretamente: la fobia específica, el trastorno de angustia, la fobia social, el trastorno obsesivo compulsivo (T.O.C.) y el trastorno de ansiedad generalizada (T.A.G.). (Darab , 2009, p.2)

La fobia específica se caracterizaría por un sesgo orientado predominantemente hacia ciertos estímulos ambientales.

El trastorno de angustia se definiría por una orientación del sesgo hacia la propia actividad fisiológica y sensaciones corporales.

La fobia social se correspondería con el sesgo puesto en la propia conducta.

El aspecto distintivo del TOC sería que los sesgos cognitivos anteriormente mencionados se desplaza hacia el pensamiento y cognición.

A partir de lo anterior se asume que los individuos con ansiedad patológica se caracterizan por un elevado sesgo interpretativo amenazante, en otras palabras, tenderán a asignar significados amenazantes a la información proveniente del entorno o de sí mismos; por ello muchas veces se afirma que sobrevaloran la amenaza, y hasta en ocasiones a hacer generalizaciones de estos “peligros”.

Más puntualmente, se entiende que la ansiedad patológica dependerá de que la persona interprete a los mismos síntomas de ansiedad catastróficamente y como señales de una inminente pérdida total de control. Tal interpretación conducirá a un nuevo incremento de la ansiedad contribuyendo más aún al círculo vicioso de autoactivación tan característico del pánico en particular,

pero presente en casi todas las formas de ansiedad patológica.

Se puede afirmar entonces, que el trastorno de ansiedad representa un mal funcionamiento en el sistema cognitivo, el cual activa y desactiva las respuestas defensivas a la amenaza (Beck y Emery, 1985). El modelo de diátesis–estrés, postulado por estos autores, ha sido el que más se ha estudiado. Como factores de explicación etiológica del trastorno, se han considerado la vulnerabilidad biológica y cognitiva, junto con un estresores significativo (Barlow y Duran, 2001). La vulnerabilidad o sesgo cognitivo consiste en una manera estable de percibir y valorar el mundo. Beck y Emery (1985) la definen como la percepción que tiene la persona de carecer o ser insuficiente el control interno o externo sobre los peligros, para sentirse a salvo. Los individuos con vulnerabilidad para los trastornos de ansiedad, dispone de esquemas cognitivos, relativos a la amenaza o peligro, en torno a la aceptación, la competencia y el control.

Un estudio que corrobora lo anterior es el de Londoño, Jiménez, Juárez y Marín (2010) en el cual se evidenció que las personas con ansiedad se caracterizan por poseer los esquemas de abandono, desconfianza/ abuso, estándares

inflexibles (autoexigencia) e insuficiente autocontrol /autodisciplina. Estos esquemas generan desconfianza e inseguridad con relación a los demás, así como ambivalencia entre la necesidad de ser autoexigentes pero con dificultades para aplazar la satisfacción y alcanzar logros a largo plazo. Aquí una vez más se aprecia la fuerte influencia del procesamiento de información desadaptativo y el sesgo cognitivo que se hallan presentes en el estilo de atribución de estos individuos.

Es de resaltar también que a partir de la anterior investigación, se puede afirmar que las personas con trastornos de ansiedad reaccionan ante las situaciones percibidas como amenazantes, expresando la ira y la hostilidad de forma abierta, por lo que es frecuente observar, en este tipo de personas, agresividad hacia los otros, hacia sí mismo o hacia los objetos, cuando se sienten frustradas.

Diferencia entre miedo, angustia y ansiedad

Resulta muy común que se relacione la ansiedad con el miedo y la angustia, usualmente son usados de manera indistinta por eso es importante que a continuación se aclaren sus diferencias y la importancia de cada una de ellas.

El miedo es una emoción que aparece como respuesta ante una situación real (que está sucediendo), que la persona interpreta como peligrosa. Tiene como objetivo alertar y ayudar a tomar precauciones para evitar el peligro; pidiendo ayuda, huyendo o luchando. (Echeverría, 2017, p.9)

La ansiedad es la respuesta ante una situación previamente imaginada, que aunque no está sucediendo y tampoco está cerca de ocurrir en el futuro, pero el sujeto debido a su repertorio cognitivo lo interpreta como una amenaza ya sea física o de tipo psicológica. De modo que lo que el individuo termina interpretando de la situación es la manera en cómo se siente respecto a esta.

Rodríguez (2016) citado por Echeverría (2017) manifiesta que: La angustia es considerada ser una sensación más física, caracterizada porque los individuos sienten una aprehensión en el pecho o en el estómago, acompañada de un temor a morir o volverse loco.

Terapia Cognitiva Conductual

Para ilustrar los orígenes de esta disciplina se dice que

Podríamos diagramar el desarrollo de la Terapia Cognitivo Conductual en tres etapas. La primera de ellas se desarrolla entre los años 1950 y 1970 de manera paralela pero independiente en Inglaterra y Estados Unidos. Este período se halla signado por un fuerte auge de la teoría del aprendizaje fruto de la investigación básica en laboratorio. (Minici, Dahab y Rivadeneira, 2003, p. 1)

El artículo de Minici (2003) hace una ilustración donde señala que este enfoque otorgaba escasa importancia a los fenómenos mentales o cognitivos y representa históricamente la arista conductual de la actual Terapia Cognitivo Conductual. Definitivamente, la Terapia Cognitiva de Beck selló su éxito en la historia de la Psicología con el tratamiento de la depresión.

(Minici, Dahab y Rivadeneira (2003) proponen que “el nuevo enfoque enriqueció sustancialmente a las estrategias terapéuticas derivadas de las teorías del condicionamiento que no habían logrado respuestas totalmente satisfactorias para el desorden mencionado”. (p.3).

Hacia finales de la década del 80, el desarrollo exitoso del tratamiento para el desorden por pánico establece el vínculo de las dos corrientes mencionadas en un sistema de trabajo más amplio, inaugurando así la tercera etapa del desarrollo de la Terapia

Cognitivo Conductual, que continúa hasta nuestros días.

De este modo, el enfoque de la Terapia Cognitiva, el enfoque cognitivo puro, se refiere a un sistema de trabajo terapéutico basado fundamentalmente en el rol que las cogniciones y los procesos cognitivos juegan en generación de las emociones. Se sostiene que el cambio en los pensamientos y en los sistemas de procesamiento conducirá a cambios emocionales y comportamentales. En esta línea se ubican las técnicas terapéuticas: identificación, discusión y puesta a prueba de pensamientos automáticos; identificación, análisis y cambio de creencias y supuestos básicos; modificación de esquemas disfuncionales de procesamiento.

Todos estos procedimientos se hallan orientados al proceso de reestructuración cognitiva, su fin consiste en rediseñar, remodelar, cambiar el sistema de pensamientos, ideas, creencias que presenta el paciente a fin de transformarlas en más racionales, más realistas, más funcionales.

En comparación con lo anterior, el enfoque conductual se fundamenta en la concepción de que el comportamiento

en general y los trastornos emocionales en particular, responden a contingencias ambientales de acuerdo con las leyes del condicionamiento. Así, las técnicas derivadas proponen un cambio comportamental basado en la creación de nuevas conexiones de estímulos y respuestas que reemplacen a las viejas y menos funcionales asociaciones.

Esto se logra a través de una manipulación sistemática y cuidadosamente planificada de las contingencias ambientales, tal como cuando para ayudar a una persona a superar sus miedos, ordenamos los estímulos provocadores de ansiedad y los presentamos gradualmente mientras ella se relaja. Buscamos así crear una nueva asociación entre el evento disparador de ansiedad y la respuesta de relajación.

Hoy por hoy se puede decir que hay condiciones de la psique humana para las cuales no se puede prescindir de las técnicas conductuales tal es el caso de los hábitos nerviosos (tricotilomanía, tartamudez), trastornos del control de impulsos, adicciones, depresiones graves o problemas de aprendizaje. Como por ejemplo lo expone Minichi (2003) “en el tratamiento de la agorafobia la terapia de exposición con

prevención de la respuesta, una técnica eminentemente comportamental, constituye la opción más efectiva”. (p.4).

No obstante los orígenes relativamente independientes de ambas líneas de trabajo, en la actualidad la mayoría de los psicólogos dedicados a la práctica clínica aceptan que la integración de ambos paradigmas conduce a la mayor eficiencia terapéutica. De hecho, encuestas realizadas a psicólogos clínicos en distintas ciudades europeas y norteamericanas, revelan que

A partir de lo anterior se podría decir entonces que la TCC le puede ayudar al paciente a entender problemas complejos desglosándolos en unidades pequeñas, lo cual le ayudará a ver la conexión entre dichas partes y la manera cómo afectan las esferas de su vida.

La TCC tiene como objeto romper el círculo vicioso pensamientos-sentimientos-comportamientos negativos. Cuando el terapeuta logra hacerle ver al individuo con claridad las partes de la secuencia estas se pueden cambiar y resignificar la manera en como este se siente en las diferentes situaciones, otro de sus objetivos radica en la independencia del consultante

donde llegue un momento en que este pueda “hacerlo por el mismo” y elaborar nuevos estilos de afrontamiento tendientes hacia la autonomía y asertividad.

En la revisión realizada se encuentra que resulta ser uno de los tratamientos más eficaces para trastornos donde la ansiedad o depresión es el principal problema, al igual que es el más eficaz para casos graves de depresión, e incluso se ha llegado a comparar con la efectividad de los antidepresivos para la depresión.

La intervención Cognitiva Conductual aplicada a los trastornos de ansiedad

La planificación del tratamiento se podría definir como un conjunto de actividades organizadas y estructuradas secuencialmente en fases o etapas, que nos van a ayudar a alcanzar objetivos específicos distribuidos en momentos diferentes del proceso terapéutico.

Abarca distintos niveles de organización y nos permite diseñar un protocolo que incluya las diferentes actividades que se llevan a cabo en una intervención terapéutica.

Cano, Dongil, Salguero, y Wood (2011) las clasifican en “evaluar,

medir, describir, predecir, diagnosticar, seleccionar las herramientas o técnicas más eficaces entre una gama de opciones, aplicar técnicas de tratamiento, reevaluar, prevenir recaídas, desarrollar habilidades, etc”.

(p.6).

El diseño o planificación de un tratamiento determinado debe elaborarse con el propósito de que nos ayude a estructurar y organizar la intervención que queremos llevar a cabo. Por lo cual se dice que debe ser una especie de esquema y tener un formato estandarizado aplicable a cualquier tipo de casos pero a la vez adaptable a casos concretos.

Cano et al. (2011) proponen un plan de trabajo incluye las siguientes fases o apartados **(1)** evaluación mediante entrevista semiestructurada; **(2)** elaboración de hipótesis o modelos explicativos; **(3)** devolución inicial de información; **(4)** facilitar cuestionarios que profundicen en el problema (rellenar en casa, analizar en segunda sesión); **(5)** explorar posible diagnóstico mediante cuestionarios de cribado y entrevista estructurada diagnóstica; **(6)** selección de modelos explicativos; **(7)** consensuar objetivos terapéuticos; **(8)** selección de técnicas de tratamiento para cada objetivo; **(9)** devolución de

información más completa; **(10)** aplicación de las técnicas y entrenamiento; **(11)** valoración de logros y objetivos; **(12)** prevención de recaídas; y **(13)** evaluación postratamiento y seguimiento.

(Fernández-Ballesteros et al., 2001) citado por Cano et al. (2011) manifiestan en su modelo explicativo que la primera fase es la evaluación, que debe ser realizada de la forma más exhaustiva posible. Toda evaluación empieza por una primera entrevista en la que vamos a conocer, entre otras cosas, el motivo de consulta y las quejas principales, mentales y físicas (con o sin base médica), así como una serie de cuestiones relativas a dichas quejas, como la topografía de respuestas cognitivas, fisiológicas y conductuales (normales y desajustadas), situaciones en las que se producen, sesgos cognitivos asociados a dichas respuestas, etc.

Con la información anteriormente obtenida, el profesional genera hipótesis que guían el proceso de evaluación y diagnóstico, tanto en la propia entrevista como en la elección de nuevos instrumentos de evaluación que serán aplicados.

El siguiente paso sería buscar información sobre posibles trastornos mentales (DSMIV), como trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, somatomorfos, consumo de sustancias, alimentación, sexualidad, etc., situaciones en las que se produce el problema, actividad cognitiva relacionada con el problema, especialmente posibles sesgos cognitivos (atención, interpretación, memoria, atribución). (First et al., 1996) citado por Cano et al. (2011) señala que para ello podemos utilizar diferentes instrumentos de medida, como autoinformes (autorregistros, inventarios, cuestionarios, escalas, etc.), entrevista semiestructurada y entrevista estructurada diagnóstica clínica con criterios DSM-V.

Si se trata de un problema de ansiedad o un posible trastorno de ansiedad son especialmente útiles el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, I.S.R.A. y el Inventario de Actividad Cognitiva en los Trastornos de Ansiedad, IACTA. Cano et al. (2011) expresa que “El instrumento anteriormente descrito, permite la evaluación de los tres sistemas de respuesta de ansiedad por separado (Cognitivo, Fisiológico y Motor), el Nivel General de Ansiedad y cuatro

áreas situacionales que con frecuencia producen ansiedad". (p.8).

Así mismo, el ISRA puede ser de utilidad en la valoración de la eficacia del tratamiento, ya que se ha mostrado altamente sensible en la detección de los cambios entre evaluación pre y post-tratamiento.

Al finalizar la segunda sesión, debemos llevar a cabo una devolución de información más completa, que debe incluir, como mínimo, los siguientes aspectos: **(1)** siempre que sea posible, debemos informar sobre el problema mediante algún modelo explicativo, resaltando las variables que debe aprender a controlar, por ejemplo, sus sesgos cognitivos; **(2)** explicar el tipo de técnicas que vamos a utilizar para alcanzar los distintos objetivos, por ejemplo, le informaremos de que las técnicas cognitivas se trabajarán a lo largo de las sesiones, las técnicas de relajación mediante una grabación en CD que después practicará en casa, las técnicas conductuales (exposición progresiva, entrenamiento de habilidades, tareas para casa, etc.) se aplicarán cuando haya adquirido habilidades cognitivas y de autocontrol, etc.; **(3)** establecer unos límites claros relacionados con aspectos formales del tratamiento, tales como duración del

tratamiento, frecuencia de las sesiones, etc.

Estas y otras cuestiones que podemos ir añadiendo, ayudan a reducir significativamente la probabilidad de abandonos espontáneos o prematuros, y la aparición de comportamientos ambulantes por parte de los pacientes.

Se ha encontrado que en numerosas ocasiones los abandonos durante la terapia se producen por la mejoría rápida que puede producir la psicoeducación basada en la veracidad científica, pero también tiene su origen en un estilo laxo o desestructurado del plan de trabajo, de ahí la importancia de armar un esquema desde el principio hasta el final de la metodología a trabajar y los avances logrados hasta el momento; esto no significa que sea una camisa de fuerza el esquema planteado, ni que debemos tener rigidez en el cumplimiento de logros u objetivos durante el proceso, sino más bien con el diseño del plan, le estamos dando un orden, una consistencia y estamos dotando desde el principio los lineamientos bajo los cuales vamos a trabajar pero sobretodo le estamos dando la información al paciente que estamos preparados y nuestro bagaje está respaldado por la comunidad científica.

Como norma general, la relajación conviene practicarla diariamente en casa, la reestructuración cognitiva se aplica en cada consulta y se refuerza con ejercicios para casa, y las técnicas conductuales (exposición, entrenamiento en habilidades) se practican en consulta y en casa, pero siempre después de haber adquirido un cierto control emocional mediante la reestructuración cognitiva. A lo largo de las sesiones, preguntaremos por posibles problemas o cambios desde la última sesión, intentando interpretarlo desde el modelo que estemos utilizando o, si fuera necesario, haciendo uso de otros modelos que se ajusten al problema que estamos trabajando o a cualquier otra dificultad que tenga el paciente o que surja durante el tratamiento. También intentaremos enseñarle a analizar objetivamente la realidad, a reforzarse por los éxitos, resaltando los progresos (a veces el paciente no los ve). Continuando con Cano et al. (2011) “Le instruiremos para que no se castigue por los fracasos, sino que aprenda a corregirlos para el futuro. Si hay algo que le preocupa especialmente, se trata, no se pospone (porque tengamos un plan preestablecido)”. (p. 11).

Tras haber alcanzado los objetivos terapéuticos, es recomendable plantear la planificación de las recaídas. Aunque en principio puede generar desánimo o expectativas negativas en cuanto al resultado final del tratamiento, lo principal es tranquilizar al paciente psicoeducándolo frente a la noción del concepto recaída logrando que este lo asocie como una oportunidad para aprender más (reinterpretar amenaza como desafío) y no el tedioso proceso de comenzar desde cero lo cual hace parte de la creencia popular, en conclusión el proceso de prevención de recaídas tiene como objetivo principal matizar y reforzar lo que se ha aprendido. Por tanto la meta de esta fase es enseñar al paciente a reinterpretar correctamente la recaída, reaccionar adaptativamente si sucede, repasar errores y corregirlos (haber abandonado ejercicios,...), volver a utilizar las herramientas terapéuticas aprendidas durante las sesiones: libros, relajación, sesiones en consulta, tareas para casa, etc.

Siguiendo con el autor se precisa que cuando se considera que se han cumplido los objetivos terapéuticos, podemos realizar una evaluación postratamiento, que consiste en volver a hacer una evaluación similar a la inicial,

con los mismos instrumentos. Esta última fase nos sirve para comprobar los logros alcanzados, analizar conjuntamente los resultados y el proceso terapéutico seguido, reforzar y promover atribuciones internas en el paciente, animar a continuar practicando las técnicas manteniendo un estilo activo y de aprendizaje continuo, programar las tareas que deben seguir haciéndose para reforzar el mantenimiento y generalizar los logros. Finalizada la evaluación postratamiento, se puede establecer un seguimiento que debe durar como mínimo entre 3 y 6 meses.

Y llegamos al punto para mí más importante ya que significa el hecho de replantearse la planificación del tratamiento que hemos realizado, debido a que es aquí en donde se procede a analizar todo los objetivos logrados y analizar si son congruentes con los resultados obtenidos, dándonos así la oportunidad de aprender de los errores, premiarnos por los aciertos y afrontar más hábilmente futuros retos. he aquí donde poco a poco se va adquiriendo la afamada pericia del psicólogo clínico.

Ilustrado todo lo anterior me parece pertinente exponer las técnicas principales que soportan la TCC las

cuales apuntan a disminuir la activación de la rama simpática del sistema nervioso autónomo entrenando a la rama parasimpática para que reestablezca la homeostasis en las respuestas del organismo.

1. **Respiración abdominal:**

Cuando se está en estado de ansiedad elevada o de pánico, los sujetos suelen hiperventilar, es decir, respirar en forma rápida y entrecortada.

La respiración abdominal consiste en enseñar al paciente a respirar en forma pausada y profunda, llevando el aire al abdomen, de manera de aumentar la capacidad pulmonar y por ende la cantidad de oxígeno; luego se sostiene el aire durante unos 5 segundos y se lo deja salir de forma suave.(Minici, Dahab y Rivadeneira, 2004, p.2).

2. **Relajación muscular profunda:**

Consiste en entrenar al paciente a distender los músculos al tiempo que se realiza la respiración abdominal y se orienta la atención a cada uno de los grupos musculares que se van aflojando. De este modo, la relajación pone en funcionamiento a la rama

parasimpática del sistema nervioso autónomo contrarrestando los efectos de la rama simpática.

3. **Desensibilización sistemática:**

Como lo manifiesta el autor, esto conduce naturalmente a que el paciente deje hacer comportamientos de evitación y escape.

El procedimiento se inicia entonces con el entrenamiento en relajación. Luego se confecciona una jerarquía, esto es una lista de estímulos que provocan ansiedad, temáticamente relacionada y ordenada de acuerdo al grado de ansiedad que esos estímulos provocan.

Finalmente, guiamos al paciente a que se exponga a los elementos de la jerarquía, ya sea de manera imaginada o en vivo, comenzando por los que menos malestar suscita y avanzando progresivamente hacia los que generan un malestar mayor. De este modo, el paciente va enfrentando la situación provocadora de ansiedad de forma gradual, vencéndola de a

pequeños pasos pues en cada una de las presentaciones procuramos mantener el monto de ansiedad lo suficientemente bajo como para que sea inhibida por el estado de relajación.

4. **Visualizaciones:**

Consiste en que el paciente imagine una escena que le produzca relajación; generalmente se recomienda que sea una situación vivida realmente por la persona, por ejemplo, un paisaje visto o un momento particular tranquilizador y placentero. Lo más interesante de esto es que una vez generada y practicada la escena relajante, la persona puede autoaplicársela para el manejo de su ansiedad.

5. **Entrenamiento asertivo:**

Cuando la ansiedad aparece en situaciones interpersonales, se hace necesario evaluar si ella se debe a un déficit en comportamientos asertivos. La aserción o asertividad es la capacidad de expresar lo que se siente y se piensa de manera socialmente adecuada, sin experimentar ansiedad o agresión.

El entrenamiento asertivo es un capítulo obligado en los programas de habilidades sociales.

En la pericia del psicólogo y su experiencia radica el éxito de conjugar estas técnicas lo mejor posible de acuerdo a la personalidad del individuo y por supuesto de sus estilos atribucionales frente a la ansiedad que este maneja.

Antes de concluir este apartado se ilustrarán los pasos o principios que establece la TCC en el abordaje de casos de ansiedad como lo establece Reyes (2015):

PASO 1 - Establecer una buena relación médico-paciente

Antes de iniciar una relación terapeuta-paciente se debe tener en cuenta asuntos como el saludo y la presentación: “Buenos días, soy la Dra. Alicia Paz”. “¿Tiene la amabilidad de decirme su nombre?” En seguida le pregunta: “¿En qué puedo servirle?”.

Seguido a esto se debe Escuchar las quejas con atención y sin interrupción, como también permitir expresar sus emociones (llanto, enojo). Recordar que el paciente además de sus dolencias lleva a la consulta sus temores y los sinsabores de trámites administrativos y

de largas horas de espera. c. Considerar la finalización de la consulta como un acto muy importante ya que es el momento en que vuelve a acrecentarse los temores en el paciente y en la familia.

PASO 2 - Establecer una alianza terapéutica

Los principios básicos de la alianza terapéutica son la confianza y la comprensión, para ello se propone usar los siguientes interrogantes:

Antecedentes: ¿Que está pasando en su vida? □ Afecto: ¿Cómo se siente acerca de esto?, ¿Cómo está su estado de ánimo? □ Problemas: ¿Qué es lo que más le aflige de ésta situación? □ Afrontamiento: ¿Cómo está afrontando su situación? □ Comprensión: Esto debe ser muy difícil para usted. (Reyes, 2015, p. 44)

PASO 3 - Proporcionar psicoeducación

Es fundamental brindar explicaciones sencillas de las afectaciones del paciente, junto a ello dar información sobre los componentes biológicos y psicosociales que aquejan su trastorno, también es necesario dar a conocer las expectativas del tratamiento incluso los

posibles efectos secundarios. Hay que evitar siempre decirle “No tiene nada”.

PASO 4 - Técnicas de relajación

Una forma sencilla de relajarse es a través de la respiración. Enséñele a inspirar lentamente por la nariz, contando mentalmente 1, 2, 3, 4, 5. La inspiración debe provocar que el abdomen se infle como un globo. Luego se expira el aire lentamente por la boca contando mentalmente 1, 2, 3, 4, 5.

PASO 5 - Realizar psicoterapia

Todo terapeuta debe establecer una buena relación médico-paciente y una exitosa alianza terapéutica ya que de ello depende el éxito del tratamiento a convenir, por ello es necesario escuchar, explicar y atender en todo momento las preocupaciones y sentimientos de los pacientes, ya que estos son los componentes esenciales de cualquier psicoterapia.

El médico puede realizar una psicoterapia de apoyo fortaleciendo la

capacidad de afrontar la situación difícil que presentan los pacientes, ayudarlos a entender sus reacciones emocionales ante los problemas y a que obtenga conocimientos prácticos para la resolución de los mismos. Otra técnica al alcance del médico es el entrenamiento en la resolución de problemas, la cual consta de los siguientes pasos:

- a.** Identificación de los factores desencadenantes de la preocupación excesiva.
- b.** Conocer las acciones que está realizando el paciente para enfrentarlos.
- c.** Reforzar las cosas que está haciendo con éxito.
- d.** Planificar tareas que el paciente puede hacer en el transcurso de las próximas semanas para resolver las situaciones estresantes. (Reyes, 2015, p. 44)

Antes de finalizar es necesario nombrar técnicas como: Intervención en crisis, primeros auxilios psicológicos, técnica conductual de desensibilización que el terapeuta puede emplearlas en casos especiales.

Conclusiones

Es evidente entonces que para que un individuo pueda sobrellevar un trastorno de ansiedad es necesario que modifique sus pensamientos irracionales. El terapeuta debe priorizar su intervención hacia la intolerancia a lo desconocido, actuar sobre la preocupación, la evitación y sesgos cognitivos, y en sus recursos de afrontamiento, ya que estas son las principales áreas de afectación del paciente.

Bahamon (2010) citado por Reyes (2015) manifiesta que: La eficacia de la terapia cognitivo conductual radica en que es la única que tiene una serie de combinaciones que ayudan al paciente a progresar. Dentro de unas 10 sesiones, las cuales equivalen a unos 6 meses como media, ya que no se consiguen mejores resultados por el hecho que dure más tiempo, se debe incluir la reestructuración cognitiva, exposición, relajación y desensibilización sistemática.

De modo que, la única terapia completa y que ha presentado resultados positivos es la terapia cognitivo conductual, cabe recalcar que esta terapia también funciona con otros trastornos.

En cuanto a las técnicas de neuroimagen se puede concluir que al conocer la forma como el cerebro genera miedo y

ansiedad, los científicos podrán diseñar mejores tratamientos para los trastornos de ansiedad. Por ejemplo, si se encuentra que neurotransmisores específicos juegan un papel importante en el miedo, se podrían desarrollar medicamentos que los bloqueen y disminuyan las respuestas de miedo; si se adquieren suficientes conocimientos acerca de cómo el cerebro genera nuevas células a través del ciclo de vida, podría ser posible estimular el crecimiento de neuronas nuevas en el hipocampo de las personas que padecen de TEPT, es decir el futuro de la neurociencia está construyéndose fuertemente y de continuar así, aportaría grandes herramientas para el avance del tratamiento de estas patologías.

Con lo anterior se estarían corrigiendo los sesgos cognitivos de atención e interpretación, disminuyendo la activación fisiológica mediante técnicas de relajación (muscular, respiración, imaginación y sugestión) y reajustando las conductas desadaptadas mediante un entrenamiento por aproximaciones sucesivas y práctica conductual reforzada.

En definitiva se puede concluir que los avances investigativos han logrado tejer el vasto camino que aún queda por recorrer en materia de trastornos de

ansiedad y los tratamientos eficaces aplicados a él, y que la anterior revisión permite seguir ahondando en este amplio camino de la terapia cognitiva conductual aplicada al trastorno de ansiedad.

Finalmente, hay que recalcar que existen diferentes terapias las cuales han sido puestas a prueba para tratar los trastornos de ansiedad, sin embargo, no han sido eficaces ya que el paciente retoma los síntomas a largo plazo. Si se utiliza únicamente la terapia cognitiva,

el paciente reestructurará sus pensamientos, sin embargo, seguiría teniendo el mismo comportamiento ya que no hubo modificación de conducta; el mismo caso se presenta si se utiliza de modo aislado la terapia puramente conductual se observó que el paciente modifica conducta pero siguen activos sus pensamientos irracionales a la hora de enfrentarse a una posible situación de amenaza, es decir que muy probablemente a largo plazo presentará los mismos síntomas con los cuales llegó a consulta.

Referencias bibliográficas

- Cano, A., Salguero, J., Dongil, E. y Wood, C. (2011). Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización. *Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS)*. N. 102, 4-27.
- Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad ciencia y práctica*. España: Desclée de brouwer, s.a.
- Echeverría, S. (2017). *Trabajo de titulación que se presenta como requisito previo a optar el grado de: psicóloga clínica*. Universidad de especialidades espíritu santo: Sambordón.
- Lueken, U., Straube, B., Konrad, C., Strohle, A., Wittmann, A., Pfleiderer, B., Kircher, T. (2013). Neural substrates of treatment response to cognitive-behavioral therapy in panic disorder with agoraphobia. *American Journal of Psychiatry*. 170(11), 1345–1355.
doi:<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12111484>.
- Minici, L., Rivadeneira, C., y Dahab, J. (2014). ¿Por qué la ansiedad se vuelve patológica? *Revista de terapia cognitiva conductual*. 24(2), 120-132
- Moreno de la Torre, V. (2016) *Evidencia de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual, mediante neuroimagen, en trastornos de ansiedad*. (Tesis de Psicología). Universidad de Barcelona, España.
- Reyes. J. (2015). *Trastornos de ansiedad guía práctica para diagnóstico y tratamiento*. Recuperado de <https://docplayer.es/3018058-Trastornos-de-ansiedad-guia-practica-para-diagnostico-y-tratamiento-dr-j-americo-reyes-ticas.html>