

UNIVERSIDAD DEL AREA ANDINA
FACULTAD DE PSICOLOGIA
VALLEDUPAR-CESAR

Diciembre, 2019

***MANEJO TERAPÉUTICO DE LA ANSIEDAD EN ADULTOS DESDE EL
ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL***

Therapeutic management of adult ansiy from the cognitive behavioral focus

Esmelyn Cadena*

Psicólogo en formación, Universidad del Área Andina.
Ecadena@estudiantes.areandina.edu.co

Resumen

La ansiedad en la vida del ser humano constituye la piedra angular en el desarrollo de su ciclo vital, ya que permite el impulso de acciones dependiendo el contexto en que este se encuentre, lo patológico de todo lo anterior, es cuando esta se mantiene en el tiempo, se cronifica y se convierte en desadaptativa.

Hoy por hoy, uno de los trastornos más comunes de la era moderna es el trastorno de Ansiedad, el cual se puede volver incapacitante y desadaptativo llevando al individuo a un estado de enajenación mental; e ahí la importancia del diagnóstico y la intervención

temprana. En este campo 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 formación, y termina en lo particular aterrizando la

TCC en el manejo terapéutico y su intervención frente a los trastornos de ansiedad en el adulto, tomando también el tema de la neuroimagen como medida de eficacia en la intervención previamente mencionada.

Palabras clave

Ansiedad, Sintomatología, Terapia Cognitiva Conductual, Técnicas, Neuroimagen, Eficacia.

Abstract

Anxiety in human life is the cornerstone in the development of its life cycle, as it allows the impulse of actions depending on the context in which it is located, the pathological of all the above, is when it is maintained in time, is chronic and becomes disadaptive.

Today, one of the most common disorders of the modern era is anxiety disorder, which can become disabling and disadaptive leading the individual to a state of mental alienation; hence the importance of early diagnosis and intervention. In this field it is important to note the need to choose an effective psychological treatment whose objective is to re-signify the anxious contents in the individual, in order to generate a behavioral activation proportional to the threat or the target danger.

The following article gives a reflection that goes from the general, based on the concept of anxiety, its origins, maintenance factors, symptomatology; it also illustrates the roots of Cognitive Behavioral Therapy (CCT) by taking a brief historical tour of its training, and ends in particular by landing CTE in therapeutic management and its intervention against anxiety disorders in the adult, taking also the issue of neuroimaging as a measure of effectiveness in the above-mentioned intervention.

Keywords

Anxiety, Symptomatology, Cognitive Behavioral Therapy, Techniques, Neuroimaging, Efficacy.

Introducción

Para hablar del manejo terapéutico de la ansiedad en la etapa adulta desde el enfoque cognitivo conductual, primero se hace necesario esclarecer conceptos como lo son: ansiedad, enfoque cognitivo conductual y su aplicabilidad en la clínica muy puntualmente para el manejo de los casos de ansiedad en el individuo adulto. 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 es absolutamente necesario distinguir que es ansiedad y que no es ansiedad, cuando esta se convierte en patológica, sus implicaciones en la vida cotidiana del ser humano, así como también es fundamental 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.

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) 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** y no tratados adecuadamente. Cerca de la mitad de los pacientes del estudio internacional, afectos de un trastorno de ansiedad, no fueron identificados por los médicos de familia.

Con todo lo anterior, resulta absolutamente necesario y de cierta manera preocupante 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 debido a su demostrada eficacia, sobre la cual se reflexionará en las siguientes páginas, en los distintos casos de trastornos de ansiedad en el individuo adulto. 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 mas ligadas a la psicopatología acarreando 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.

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). (Reyes s.f , 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 descripto inicialmente por Ivan Pavlov.

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, las investigaciones señalan que da cuenta como máximo, de un 47 ó 48 % de los casos de fobias específicas; vale decir, más de la mitad de estos cuadros tienen algún otro origen. Por otro lado, no existen datos concluyentes acerca de cuánto la vía traumática podría explicar la aparición de otras formas patológicas de la ansiedad, como las que se presentan en el Trastorno de Ansiedad Generalizada o la Agorafobia.

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, 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.

Por ejemplo, si un niño pequeño observa a su madre reaccionar con miedo cuando se relaciona con extraños, resulta más probable que copie este patrón y que con los años, desarrolle alguna forma de ansiedad social. El rostro tenso, un tono de voz entrecortado, conductas de evitación sutiles, entre otras señales de miedo que inadvertidamente la madre envía a su hijo al relacionarse con personas desconocidas; le van dando al niño la pauta de que los extraños pueden resultar peligrosos. Ello siembra las bases para que, conjuntamente con otros factores, se termine por desarrollar un Trastorno de Ansiedad Social.

La hipótesis más fuerte de esta línea 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 mas 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 T.O.C. se distinguiría porque los sesgos cognitivos se hallan desplegados

hacia el propio pensamiento y cogniciones.

Analizando 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.

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 conducirán 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 desordenes 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), desórdenes del control de impulsos, adicciones, depresiones graves o problemas de aprendizaje. Como por ejemplo lo expone Minici (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

Según Minici (2003) el 80 % de los profesionales declaran poseer una orientación cognitivo conductual, un 10 % sólo cognitiva mientras que el 10 % restante abarca a todas las otras formas de práctica clínica que hoy existen en Psicología. (p.4).

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.

Terapia 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. recaídas, desarrollar habilidades, etc 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. (MiguelTobal & Cano-Vindel, 1986, 1988, 1994) y el Inventario de Actividad Cognitiva en los Trastornos de Ansiedad, IACTA (CanoVindel, 2001). 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 mas 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).

Uno de los elementos cruciales en esta técnica es cambiar el ritmo respiratorio ya que la respiración abdominal activa al sistema nervioso parasimpático a través del “sinus arritmia”, que se define como la cantidad de latidos cardíacos que hay entre la inspiración y la espiración. Tan

pronto se realiza la respiración abdominal, el ritmo cardíaco disminuye.

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. La disminución del tono muscular “se informa” al cerebro a través de vías aferentes que provienen de los músculos estriados y alcanzan la formación reticular con proyecciones sobre la corteza y el sistema límbico. 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:**

Esta técnica tiene como objetivo que el paciente desaprenda

la asociación entre el objeto fóbico y la respuesta de ansiedad, aprendiendo otra nueva en su lugar, una que vincule al objeto fóbico con una respuesta antagónica e incompatible con la ansiedad; típicamente, la relajación muscular profunda descrita en el apartado

anterior. (Minici, Dahab y Rivadeneira, 2004,p. 3).

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 suscitan 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.

Consta de varios pasos que van desde la generación y práctica de conductas elementales tan sencillas como saber mirar a los ojos

o mantener un tono de voz audible, hasta el ensayo conductual que recibe un feedback del terapeuta u otros pacientes en el caso de que se realice una terapia en forma grupal (Minici, et.al. 2004, p. 5)

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.

Complementando a lo anterior y edificando más aún el terreno de la efectividad de esta terapia frente a estos trastornos, tenemos que mediante técnicas de neuroimagen se puede observar que

Kircher et al., 2013; Straube et al., (2014) citado por Moreno (s.f) argumentan que la reducción de la activación en la circunvolución frontal inferior izquierda podría estar vinculada a la corrección de pensamientos negativos (i.e., preocupaciones exageradas) relacionados con las respuestas

emocionales. Por lo general, los modelos neurobiológicos del trastorno de pánico describen una ineficiencia funcional de las regiones prefrontales y patrones de conectividad corticolímbicos alterados.

Moreno, (2016) plantea que el hipocampo jugaría un papel importante en los sobre-aprendizajes contextuales del trastorno. Una explicación tentativa al aumento de su activación tras la TCC podría tener relación con la correcta aplicación de la exposición (impidiendo procesos de evitación) en presencia del terapeuta, quien promovería una mayor codificación contextual. La intervención del hipocampo también ha sido descrita en otros estudios como el de (Lueken, Straube, Konrad, Strohle, Wittmann, Pfeleiderer, & Kircher (2013) la terapia cognitiva conductual actuaría sobre los circuitos neuronales del aprendizaje del miedo, mostrando una atención interoceptiva a los signos de pánico atenuada tras la TCC. Finalmente, estructuras como la amígdala no han evidenciado reducciones significativas en los estudios de esta revisión.

No cabe duda de que después de la TCC gracias a la neuroimagen sabemos que el cerebro manifiesta cambios detectables (funcionales, estructurales) en diversas regiones que han sido

consideradas relevantes en la fisiopatología de los trastornos de ansiedad. Moreno, (2016). argumenta que “al parecer, muchos de estos cambios se producen en una dirección normalizadora, esto es, las diferencias entre pacientes y personas sanas antes de la TCC desaparecen después de aplicar tratamiento”. (p.12).

Entre las regiones habitualmente más sensibles a la TCC se encuentra la corteza prefrontal, cuyo cambio en los niveles de activación se asocia normalmente a un mayor control cognitivo de pensamientos, conductas y emociones negativas sobredimensionadas en los pacientes. También se detectan regularmente cambios en la activación de regiones cerebrales relacionadas con las emociones y su regulación, su conciencia o su procesamiento, como la ínsula, la corteza cingulada o la amígdala, respectivamente.

En definitiva la neuroimagen sí que están aportando información muy útil para comprender mejor las psicopatologías y los cambios cerebrales que subyacen a la mejora sintomatológica. A nivel más práctico, este conocimiento ayudará a mejorar las intervenciones clínicas, posibilitando generar, por ejemplo, indicadores más

objetivos de eficacia y cambio terapéutico. así como de evaluar la eficacia clínica de la intervención psicoterapéutica. Esto marcaría, sin lugar a dudas, un antes y un después en el ámbito de la psicología clínica.

Conclusiones

Luego de confrontar hipótesis, teorías y revisar modelos explicativos sobre la ansiedad patológica, su origen mantenimiento e intervención desde la terapia cognitivo conductual se puede expresar que como lo indica el Instituto Nacional de la Salud Mental (INSM) (S.F) “los trastornos de ansiedad afectan a aproximadamente 40 millones de adultos estadounidenses de 18 años de edad o más (aproximadamente el 18%) cada año, llenando a personas de miedo e incertidumbre. A diferencia de la ansiedad relativamente leve y transitoria causada por un evento estresante (tal como hablar en público o una primera cita amorosa), los trastornos de ansiedad duran por lo menos seis meses y pueden empeorar si no se los trata” (p.1).

Los trastornos de ansiedad ocurren comúnmente junto con otras

enfermedades mentales o físicas, incluyendo abuso del consumo de alcohol o sustancias, lo cual puede enmascarar los síntomas de la ansiedad o empeorarlos. En algunos casos, estas otras enfermedades necesitan ser tratadas antes de que una persona pueda responder a un tratamiento para el trastorno de ansiedad.

Al hablar de las terapias eficaces para los trastornos de ansiedad, se tiene lo siguiente

Se están descubriendo nuevos tratamientos que pueden ayudar a la mayoría de las personas que padecen de trastornos de ansiedad a vivir vidas productivas y plenas. Si usted cree que padece de un trastorno de ansiedad, debe buscar información y tratamiento inmediatamente.(INSM, s.f, p.1)

En la actualidad, dentro de las anteriores terapias eficaces se encuentra la terapia cognitiva conductual, ya que ha demostrado un alto nivel de utilidad en cuanto al tratamiento de los trastornos de ansiedad se refiere. Aquí señalo los dos componentes principales de este enfoque: El primero (la parte cognitiva) ayuda a flexibilizar y cambiar pensamientos que dan lugar a temores y por ende conlleva a comportamientos de evitación, y el segundo (la parte conductual) que mediante sus estrategias y técnicas previamente

descritas, ayuda al individuo a reaccionar de manera adaptativa y proporcional ante los temores objetivos, es decir, dicho componente actúa resignificando el concepto de ansiedad subjetiva.

El INSM en su análisis señala un factor imprescindible a tener en cuenta dentro del proceso de intervención: La familia, pieza clave para la recuperación de una persona que padece de trastorno de ansiedad. El Instituto señala, que este agente debe ofrecer apoyo y no ayudar a perpetuar ni reforzar los síntomas del familiar, es decir, sus miembros no deben exigir mejoría inmediata, ni subestimar el tratamiento del trastorno sin conocer primero sus bondades y beneficios.

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.

La lógica de la propuesta anterior señala entonces, que

si consideramos los trastornos de ansiedad como un desorden emocional aprendido en el que aparecen reacciones intensas y frecuentes, con experiencia ansiosa desagradable (i.e., malestar psicológico), activación fisiológica intensa (i.e., respuestas autonómicas) y expresión o conducta desajustada (i.e., evitaciones), si adoptamos un modelo cognitivo (sesgos cognitivos) y conductual (condicionamiento directo de respuestas fisiológicas) para explicar este aprendizaje, entonces la intervención psicológica debería ir encaminada a la restauración de

la regulación emocional previa al desorden. (Cano et, al. 2011, p. 22)

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.

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.
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2009). Trastornos de Ansiedad. Estados Unidos.
- Londoño, N., Jiménez, E., Juárez, F. y Marín, C. (2010). Componentes de vulnerabilidad cognitiva en el trastorno de ansiedad generalizada. *International Journal of Psychological Research*. 3(2), 43-54.
- 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. (2003). ¿Porqué terapia cognitiva conductual? *Revista de terapia cognitiva conductual*. N. 4, 120-130
- Minici, L., Rivadeneira, C., y Dahab, J. (2004). Técnicas para el manejo de la ansiedad. *Revista de terapia cognitiva conductual*. Recuperado de <http://cetecic.com.ar/revista/tecnicas-para-el-manejo-de-ansiedad/>
- Minici, L., Rivadeneira, C., y Dahab, J. (2009). Sesgos cognitivos en los trastornos de Ansiedad. *Revista de terapia cognitiva conductual* (16). Recuperado de <http://cetecic.com.ar/revista/sesgos-cognitivos-en-los-trastornos-de-ansiedad/>
- 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. (S.F). *Trastornos de ansiedad guía práctica para diagnostico y tratamiento*. Recuperado de <https://docplayer.es/3018058-Trastornos-de-ansiedad-guia-practica-para-diagnostico-y-tratamiento-dr-j-americo-reyes-ticas.html>