

UNIVERSIDAD DEL AZUAY
FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGIA CLINICA

CONVENIO DE COMPLEMENTACION DE ESTUDIOS
ENTRE LA FACULTAD DE FILOSOFIA DE LA
UNIVERSIDAD DEL AZUAY Y LA FACULTAD DE
PSICOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN EL ADULTO DESDE UN
ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

ALUMNA: MAYRA SIGUENCIA

DIRECTOR:

Dr. PATRICIO CABRERA

CUENCA - ECUADOR

DEDICATORIA

Quiero dedicar esta monografía en primer lugar a Dios por acompañarme, a mis padres y a mis hermanos que confiaron en mí, haciendo ver lo importante que es el estudio para mi vida, y a mi esposo por apoyarme siempre.

Les quiero dar las gracias por estar a mi lado, compartiendo conmigo este momento tan especial e importante como es el finalizar esta etapa de mi vida.

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar al Decano de la facultad de Filosofía Ms. Jorge Quintuña y demás profesores que hicieron posible el convenio con la Universidad de Buenos Aires, al Dr. Patricio Cabrera por ser mi director en la monografía, a mis padres y a mi esposo pues sin su apoyo no hubiese sido posible el cumplir mi sueño....salir a estudiar fuera del país.

RESUMEN

Se define al trastorno de ansiedad, como una sensación de miedo o angustia intenso el cuál se presenta en situaciones inapropiadas, haciendo que la persona que lo padezca se sienta incapaz de desenvolverse en su vida diaria.

Existen varios factores a los cuáles se les atribuye su causa estos son:

Factores genéticos, neurobiológicos, psicológicos. Los cuáles dan una posible explicación para el apareamiento de esta enfermedad.

Existen diversos tipos de trastornos de ansiedad:

El trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de angustia, el trastorno obsesivo-compulsivo, las fobias, el trastorno por estrés postraumático, crisis de angustia, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, debido al consumo de sustancias, y no especificado.

El enfoque cognitivo subraya la importancia de la afectividad negativa y de las interpretaciones erróneas de la realidad que se relacionan con ella. El sujeto confrontado a experiencias repetidas de impotencia (real o imaginaria) tendrá tendencia a manifestar síntomas ansiosos si cree que tiene sólo un control limitado e inadecuado sobre esta situación.

Cuando estos síntomas de ansiedad son tan intensos que la persona no los puede controlar se necesita la ayuda de un tratamiento en donde se incluyen los medicamentos y las psicoterapias, en este caso se expondrán técnicas utilizadas en la terapia cognitivo-conductual.

Según las investigaciones realizadas es importante su estudio ya que es una enfermedad muy frecuente y de la que poco sabemos.

INDICE

INTRODUCCION.....	1
-------------------	---

CAPITULO 1

Que es un trastorno de Ansiedad.....	3
Etiología.....	3
Tipos de trastornos.....	4
Signos de los trastornos de ansiedad.....	8
Síntomas y autodescripciones.....	9

CAPITULO 2

Posibles causas.....	11
Factores que fomentan la ansiedad.....	14
Factores que ayudan a su mantenimiento.....	16
Perspectiva cognitiva.....	19
Medición del grado de ansiedad.....	20

Tets de ansiedad de Hamilton.....	21
-----------------------------------	----

CAPITULO 3

Establecimiento de metas terapéuticas.....	25
--	----

Técnicas utilizadas durante el tratamiento.....	26
---	----

CONCLUSIONES.....	37
-------------------	----

BIBLIOGRAFIA.....	38
-------------------	----

INTRODUCCION

La presente monografía tiene como objetivo principal detallar que es un trastorno de ansiedad, su clasificación, los modelos teóricos especialmente la teoría desde un enfoque cognitivo-conductual el cuál puede ser muy efectivo para ayudar a las personas a superar sus temores e inhibiciones y aumentar sus habilidades de afrontamiento. El tratamiento bajo este enfoque, etc.

Los trastornos de ansiedad son muy comunes, se cree que afectan al 13% de la población mundial, aunque no es muy preciso esta cifra por que muchas personas no buscan ayuda, o la sufren de forma intermitente.

El enfoque cognitivo sostiene que las personas que padecen ansiedad creen estar expuestos a una amenaza física o social independientemente de que esta sea real o imaginaria, siendo lo mas importante la interpretación personal que se da a la situación.

La teoría cognitiva afirma que las personas mas vulnerables a la ansiedad debían haber atravesado ciertas experiencias infantiles que las condujesen a tener ciertas creencias o postulados que los llevasen luego a exagerar la peligrosidad de ciertas situaciones; pero ponen mayor énfasis a los pensamientos y estrategias actuales para resolver problemas.

En este trabajo se incluye también las intervenciones cognitivo-conductuales, que se utilizan en la terapia para reducir el nivel de ansiedad, cuya finalidad es corregir las malas interpretaciones de las personas, reforzar sus habilidades de afrontamiento y los sentimientos de control sobre su propia vida

CAPITULO I

La ansiedad es una sensación de miedo o angustia intenso y generalizado es una emoción que todo el mundo experimenta cuando afronta una situación amenazante o difícil, siendo ésta real o imaginaria; lo cual es normal, incluso ayuda a mejorar el rendimiento personal en circunstancias exigentes. Sin embargo, las personas que padecen problemas psicológicos conocidos como trastornos de Ansiedad se sienten ansiosas en situaciones inapropiadas y son incapaces de desenvolverse en la vida con normalidad.

El miedo y la angustia están ligados en forma estrecha y es difícil diferenciarlos, puesto que se manifiestan a través de reacciones de comportamiento cognitivas, afectivas, fisiológicas similares.

Desde el comienzo de la vida el ser humano está experimentando momentos de angustia los cuales son normales y se deben a los cambios internos durante el proceso de construcción de su personalidad y de su autonomía.

INCIDENCIA DE LA ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad son relativamente comunes. Se creen que afectan al 13 o 15% de la población mundial, aunque es imposible precisar esta cifra, debido a que muchas personas no buscan ayuda profesional o sufren ansiedad de forma intermitente.

1.2 ETIOLOGIA

- Factores Genéticos.- Los estudios genéticos solo permiten afirmar una suerte de vulnerabilidad, según la cual los factores genéticos hacen que ciertas personas sean más susceptibles que otras a los trastornos de ansiedad, es así que en un estudio

realizado en 46 niños encontraron que el 30% de ellos tenían un pariente de primer grado, a menudo el padre, o, mas, que también sufría del mismo problema, a pesar

de ello es preciso señalar que los familiares afectados no sufrían exactamente de los mismos síntomas (es decir, de las mismas obsesiones o las mismas compulsiones).

- Factores Neurobiológicos.- El nivel de ansiedad y/o depresión de las madres durante la gestación parece influenciar de manera muy importante en la aparición de síntomas y trastornos de ansiedad y depresivos en los niños. La hipótesis que se plantea actualmente es el impacto directo del estrés de la madre sobre el desarrollo del eje Hipotálamo-hipofisario del feto. Otros estudios encontraron una fuerte correlación entre el nivel de cortisol materno y el nivel de cortisol del feto y que la ansiedad materna estaba asociada con un aumento de la resistencia de la arteria uterina. Además diferentes estudios de familia muestran con claridad la existencia de un lazo entre la inhibición en el comportamiento y los trastornos de ansiedad; cuando se estudia a los hijos de padres que tienen un trastorno psicopatológico (metodología descendente) o los padres de niños que sufren del trastorno (metodología ascendente). Diversas investigaciones muestran que los trastornos de ansiedad y la inhibición constituyen factores de riesgo sólo si el niño tiene un pariente que presenta un trastorno psicopatológico o lo ha presentado durante su desarrollo.
- Factores Psicológicos.- Entre los cuales tenemos el punto de vista psicoanalítico, cognitivo, conductual, del vínculo interpersonal, diferencias socioculturales; de los cuales hablaremos más adelante.

1.3 TIPOS DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Algunas personas padecen de ansiedad sin causa aparente, que pueden manifestarse en cualquier momento y situación, mientras otras experimentan ansiedad aguda en relación con un estímulo específico, caso que se conoce como fobia. Existen diferentes trastornos de ansiedad.

Los más habituales son el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de angustia, el trastorno obsesivo-compulsivo, las fobias, el trastorno por estrés postraumático, crisis de angustia, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, debido al consumo de sustancias, y no especificado. Todas estas categorías se superponen considerablemente y el límite entre una y otra es algo difuso. Por ejemplo el 80% de las personas que sufren un trastorno de ansiedad ocasionalmente experimentan crisis de angustia. La ansiedad constituye por si misma un síntoma de otros problemas psicológicos, como la depresión.

Crisis de Angustia (panic attack)

Se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragamiento o asfixia y miedo a “volverse loco” o perder el control.

Trastorno de Ansiedad Generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) supone la permanencia de los síntomas de ansiedad durante un periodo mínimo de 6 meses.

El individuo experimenta una ansiedad y una preocupación exageradas ante acontecimientos y situaciones muy diversas. Puede, por ejemplo, mostrarse constantemente preocupado por su salud o la de su familia sentirse deprimido o creer en la inminencia de una desgracia. A las personas que sufren TAG les resulta difícil controlar su estado de constante preocupación y, además, pueden sentir que se cansan con excesiva facilidad, les cuesta concentrarse, duermen mal o están más irritables de lo normal.

Trastorno de Ansiedad debido a Enfermedad médica

Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.

Trastorno de Ansiedad inducido por sustancias

Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.

El trastorno de Ansiedad no especificado

Se ha incluido en esta sección con el objetivo de poder acoger aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados (síntomas de ansiedad sobre los que se dispone de una información inadecuada o contradictoria)

Trastorno de Angustia

La característica principal de éste trastorno es la presencia de crisis de angustia recurrentes e inesperadas. Al individuo que las sufre lo asusta la posibilidad de padecer más crisis y teme consecuencias como perder el control, sufrir un infarto o volverse loco. Se creen que más del 10% de las personas experimentan al menos una crisis de angustia en su vida, generalmente entre los 15 y 25 años por primera vez. No obstante sólo el 1-3% de la población desarrolla un trastorno de angustia que provoca crisis recurrentes con una frecuencia de dos o más veces por semana. Este trastorno es muy habitual en personas que sufren agorafobia.

Fobias

Una fobia es un miedo excesivo, irracional y persistente, ante un objeto, actividad o situación. Aunque la persona reconoce que el miedo es irracional, siente un impulso incontenible de evitar aquello que tanto teme. las mas conocidas son las **agorafobia** (miedo a las aglomeraciones y espacio públicos, miedo a quedarse sólo en casa, a alejarse del hogar, etc.), **fobia especifica** (miedo a algo concreto, a viajar en avión, a las alturas, a las serpientes u otros animales, a los truenos, viento etc.), y la **fobia social** (se teme situaciones sociales o las actuaciones en público).

Trastorno Obsesivo-Compulsivo

Las personas que sufren de este trastorno experimentan ideas no deseadas que las asaltan y angustian a pesar de sus esfuerzos para combatir las y evitarlas. En algunas ocasiones el individuo se ve forzado a realizar determinados actos o comportamientos repetitivos en

forma de rituales para reducir la ansiedad generada por las obsesiones. Estos rituales pueden consistir por ejemplo, en lavarse las manos con frecuencia, ordenar objetos, rezar o repetir palabras en silencio, etc.

Trastorno por estrés Postraumático

Los síntomas del trastorno por estrés Postraumático, pueden aparecer después de sufrir un estrés extremo o vivir un acontecimiento traumático, como una violación, asalto, accidente grave o una catástrofe natural. El individuo revive la experiencia mentalmente y ello le ocasiona problemas de sueño y merma su capacidad de concentración.

1.4 SIGNOS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Las personas con trastornos de ansiedad manifiestan signos físicos como resultado de la sobreestimulación de su sistema nervioso autónomo, pero también pueden experimentar signos emocionales. Quienes sufren crisis de angustia muestran signos similares pero con una mayor intensidad.

✓ Signos físicos de la ansiedad

Cuando una persona se enfrenta a un reto o amenaza, su cerebro desencadena una serie de reacciones fisiológicas con el objeto de preparar al cuerpo para la acción: luchar o huir. Esta reacción es conocida como la respuesta de “lucha o huida”. Una de sus principales características es el flujo repentino de adrenalina, que proporciona la capacidad para reaccionar frente a la fuente de estrés. Durante esta reacción, aumenta el estado de alerta, el pensamiento se hace mas rápido, la respiración y el ritmo cardiaco se aceleran, la

digestión y los procesos de eliminación disminuyen o se detienen o se incrementan la tensión muscular y la sudoración.

Hay ocasiones, sin embargo, en las que luchar ni huir es adecuado; en otras palabras, la ansiedad no es el producto de una amenaza real sino de preocupaciones o de pensamientos negativos o catastróficos o simplemente, de que nos hemos vistos sobrepasados por la situación. En estos casos la energía, desencadenada por la respuesta de lucha o huida no encuentra vías de resolución y se convierte en algo poco saludable, he incluso, contraproducente. Como resultado de ello, podemos sufrir síntomas que inicialmente son leves pero que, eventualmente, pueden derivar en trastornos graves.

✓ Signos mentales y emocionales de la ansiedad

Las personas que padecen trastornos de ansiedad también experimentan signos mentales y emocionales, que pueden manifestarse en forma de agitación, inquietud, predisposición al sobresalto, dificultad de concentración y olvidos frecuentes. Los individuos ansiosos viven constantemente a la expectativa de problemas o desastres o se sienten abrumados por dificultades menores. En general, les cuesta tomar decisiones y a menudo se muestran indecisos, hipersensibles a las críticas e irritables. Algunos se sienten constantemente aprensivos y afligidos por la posibilidad de ser víctimas de una fatalidad.

1.5 SINTOMAS COMUNES DE LA ANSIEDAD Y AUTODESCRIPCIONES QUE INDICAN ANSIEDAD ELEVADA

Síntomas

❖ Nerviosismo, agitación

- ❖ Tensión
- ❖ Sensación de cansancio
- ❖ Vértigo
- ❖ Frecuencia de micción
- ❖ Palpitaciones cardiacas
- ❖ Sensación de desmayo
- ❖ Dificultad para respirar
- ❖ Sudoración
- ❖ Temblor
- ❖ Preocupación y aprensión
- ❖ Insomnio
- ❖ Dificultad para concentrarse
- ❖ Vigilancia

Auto descripciones

- Regularmente me inquietan los latidos de mi corazón.
- Los pequeños disgustos me ponen nervioso y me irritan.
- Frecuentemente siento miedo repentino sin ninguna razón.
- Me preocupo en forma continua y me siento deprimido.
- Con frecuencia tengo síntomas de cansancio y fatiga totales.
- Siempre es difícil para mí el tomar desiciones.
- Parece que siempre le temo a algo.
- Todo el tiempo me siento nervioso y tenso
- En varias ocasiones siento que no podré sobreponerme a mis problemas.

CAPITULO II

2.1 POSIBLES CAUSAS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Existen cuatro teorías acerca del desarrollo de los trastornos de ansiedad: la conductual, la cognitiva, la psicoanalítica, la psicobiológica, y la teoría del vínculo interpersonal.

Teoría conductual

La explicación conductual al desarrollo de los trastornos de ansiedad se fundamenta en la idea de la sensación adquirida de desamparo. Los teóricos conductuales creen que el sentimiento de estar fuera de control es un factor esencial en este tipo de trastornos. La sensación de desamparo e impotencia y la ansiedad pueden arraigar en el individuo y manifestarse frente a cualquier estímulo.

Teoría Psicoanalítica

La teoría psicoanalítica asume que los trastornos de ansiedad derivan de conflictos internos, especialmente un conflicto entre el yo y el ego.

El ego busca una válvula de escape para ciertos impulsos, generalmente de naturaleza sexual o agresiva, pero es bloqueado por el yo que impide la expresión de esos impulsos, como consecuencia de esta lucha, el individuo siente ansiedad. Las teorías psicoanalíticas sugieren también que un vínculo deficiente entre los padres y los hijos pueden generar en estos un temor a perder a las personas o los objetos queridos y, por consiguiente, una ansiedad crónica.

Factores Psicobiológicos

Los estudios efectuados acerca de las causas de los trastornos de ansiedad han demostrado que algunas personas presentan una mayor excitación del sistema nervioso central, por lo que reacciona de un modo más acalorado frente a estímulos o factores estresantes externos. Estos pueden producirse como resultado de un desequilibrio de ciertos neurotransmisores como la serotonina o de una reacción anómala de la parte del cerebro que controla la respuesta de lucha o huida, la cuál estimula la liberación y el flujo de adrenalina por todo el cuerpo.

Teoría del Vínculo interpersonal

Postula que los trastornos de ansiedad tienen su origen en una alteración precoz de la madre –niño, ya sea por que los padres no son capaces la base segura de la cual tiene necesidad, o por que el niño mismo representa un desafío para el padre (temperamento difícil, enfermedad, prematuridad, etc.) o, con mayor probabilidad, por que en función de procesos de interrelación complejos, padre y niño no llegan a establecer lazos.

Teoría cognitiva

La idea central del modelo Beckiano de la emoción radica en afirmar que las emociones son experimentadas como resultado del modo en que una situación es interpretada o valorada. Es la significación de los hechos lo que gatilla las emociones más que los hechos mismos. La apreciación de los hechos dependerá tanto del contexto en el que tiene lugar el hecho como de las experiencias pasadas de la persona y el estado de ánimo de esa persona al momento de enfrentar esa situación.

Es importante resaltar la implicación terapéutica de ésta hipótesis: la terapia cognitiva no apunta necesariamente a desarrollar interpretaciones más racionales de las situaciones (lo cual será bastante complejo y controvertido) sino a que el paciente reconozca que hay múltiples interpretaciones posibles de un mismo hecho. Una vez alcanzado ese objetivo, el tratamiento apunta a que el paciente pueda valorar los méritos e incongruencias de cada interpretación posible.

La teoría cognitiva sostiene que la gente que padece ansiedad cree estar expuesta a una amenaza física o social. El que la amenaza esté objetivamente presente o no, es irrelevante para la experiencia de la ansiedad. Lo esencial de la experiencia de esta emoción es la interpretación de la situación o del estímulo como signo de amenaza personal. En este sentido, la experiencia de una persona presa del pánico, que cree erróneamente sufrir un ataque cardíaco, es muy similar a la de la persona que realmente es presa de un ataque cardíaco.

Uno de los aspectos importantes de la teoría reside en el hecho de sostener que cualquier persona que sostuviese tales creencias no podría sino sentirse ansioso.

Desde este enfoque, es posible limitar los efectos de desvalimiento que genera la sensación de sufrir una enfermedad incontrolable y la disminución del auto concepto que normalmente la acompaña.

De todos modos es obvio que si bien todos estamos expuestos a padecer ansiedad – y esto es crucial para nuestra supervivencia- no todos quedamos atrapados en interpretaciones que conducen a la reiteración de niveles invalidantes de ansiedad.

2.2 FACTORES QUE FOMENTAN LA ANSIEDAD

Hay dos clases de factores que intervienen para dar lugar a Interpretaciones ansiógenas idiosincráticas: los que llevan a que determinadas personas experimenten niveles mayores de ansiedad, y aquellos que determinan el mantenimiento de niveles elevados de ansiedad.

Nos referimos en primer lugar a los factores que hacen al incremento de la ansiedad.

La teoría cognitiva de la depresión postuló oportunamente que debían existir experiencias infantiles que determinasen la constitución de esquemas que hicieran que una persona fuese posteriormente más vulnerable a interpretaciones depresogénicas de ciertas situaciones.

En esa línea Beck afirmó posteriormente que las personas más vulnerables a la ansiedad debían haber atravesado ciertas experiencias infantiles que las condujesen a tener ciertas creencias o postulados que los llevasen luego a exagerar la peligrosidad de ciertas situaciones. Beck da ejemplo de algunos de estos postulados: “es importante estar siempre perfectamente calmado”, “si no soy precavido corro el riesgo de descontrolarme”, “no debo mostrar mis emociones”, “si no me preocupo por todas las cosas me van a ir mal”.

Estas son creencias generales; las diferencias entre las distintas formas de trastornos de ansiedad estarían determinadas por las existencias de creencias específicas en las personas afectadas por: pánico, fobia social, etc.

Del mismo modo en que fue postulado para la teoría cognitiva de la depresión, se afirma que ciertos eventos vitales o situaciones críticas activan éstas creencias. Esto comienza a generar pensamientos automáticos que van ocupando paulatinamente el pensamiento del paciente, determinando que en forma más o menos continua la persona distorsione el grado de amenaza que entrañan ciertas situaciones.

Otro factor que interviene en la producción de excesiva ansiedad es la particular apreciación de la amenaza en sí. Se tiende a pensar que el modelo cognitivo sostiene que la gente que sufre de ansiedad tiende a sobreestimar la probabilidad de que una amenaza se materialice. No es que esto sea falso, sino que sólo es un aspecto del problema. La probabilidad de amenaza percibida por la persona que sufre de ansiedad interactúa con la significación que esa persona asigna al peligro en cuestión. Por ejemplo una persona puede creer que es probable que se desmaye pero no se va a sentir excesivamente ansioso a menos que crea que eso va a generar rechazo en los otros (peligro social), o que puede causar su muerte (peligro físico). Estos dos factores: Percepción de la probabilidad y significación atribuida, actúan en forma sinérgica.

Esta idea ha sido representada algebraicamente, mediante la siguiente ecuación:

$$\text{Ansiedad: } \frac{\text{Probabilidad percibida de amenaza X costo percibido o Grado de espanto}}{\text{Capacidad percibida de lidiar con el peligro X factores de "rescate" percibidos}}$$

Esto también permite explicar la situación en la que la persona siente que está expuesta a una situación cuya probabilidad de ocurrencia es mínima, pero cuyos resultados son tan temidos que debe ser evitada a toda costa.

Este modelo sería aplicable a ciertas obsesiones o a las hipocondrías.

La ansiedad, también varía, según lo muestra la ecuación, en función de la capacidad que la persona cree tener para afrontar y sobrellevar el peligro si éste llegara a materializarse. La ansiedad también variará en función de factores ajenos a la persona que podrían cumplir

funciones de “rescate”, por ejemplo la presencia de personas dispuestas a ayudar al sufriente.

2.3 FACTORES QUE AYUDAN AL MANTENIMIENTO DE LA ANSIEDAD.

De acuerdo con la teoría cognitiva, el mantenimiento del pensamiento negativo y la ansiedad responde a tres factores: la atención selectiva, el cambio fisiológico y las conductas evitativas o de búsqueda de seguridad. Los tres factores constituyen otros tantos círculos viciosos que colaboran en el mantenimiento de la ansiedad.

La atención Selectiva alude al conocido hecho de que quienes se creen en peligro tienen una mayor sensibilidad a estímulos congruentes con el peligro percibido. Esta hipervigilancia hace que una persona afectada por una fobia a las arañas, por ejemplo busque en los rincones más recónditos de una habitación en busca de algún movimiento rápido. Los hipocondríacos tienden a leer libros médicos y a ilustrarse en la identificación de signos y síntomas patológicos. Al notar una mayor cantidad de signos de peligro, concluyen erróneamente que el peligro ha aumentado, por lo que se incrementa su preocupación, reforzando esta interpretación negativa de los hechos.

El cambio fisiológico es evidente en la ansiedad, con la que mantiene vínculos directos e indirectos. El considerar que uno se encuentra en peligro lleva a una carga de adrenalina, la cual genera una serie de sensaciones. De acuerdo con la teoría de Clark si la fuente de peligro es asociada con ciertas sensaciones corporales, esto da lugar a una elevación de la percepción del peligro, lo que lleva a una espiral que lleva a un ataque de pánico. La persona que sufre ansiedad ante la interacción social suele temer que los otros perciban esta ansiedad y los tomen por idiotas, y por efecto de ésta idea pueden comenzar a sonrojarse,

transpirar y temblar. Pueden darse ejemplos similares para otras formas clínicas de la ansiedad, pero el patrón común es el incremento de la percepción de peligro.

Los cambios en el comportamiento se manifiestan fundamentalmente en la aparición de conductas evitativas del peligro percibido, las que constituyen el tercer círculo vicioso que determina el mantenimiento de la ansiedad de acuerdo a este modelo teórico. Este último factor a ha sido tradicionalmente interpretado desde una perspectiva comportamental como un problema de extinción ante la falta de reforzamiento. En consecuencia, la estrategia terapéutica ha sido la exposición gradual y sistemática al estímulo, a los efectos de lograr una desensibilización progresiva.

En años recientes, sin embargo, el llamado “Grupo de Oxford” de investigadores en terapia cognitiva, ha puesto énfasis en las conductas evitativas. De acuerdo con esta conceptualización, la persona que sufre de ansiedad cree que ha evitado el resultado temido (ser víctima de un ataque cardíaco, perder el control, etc.) por que ha puesto en práctica “justo a tiempo” una conducta evitativa o de refugio ante el peligro. Esto es perfectamente razonable y esencial ante un peligro real que no podemos combatir, ejemplo una catástrofe natural. El problema es que cuando la percepción de peligro de una interpretación distorsionada de la situación, la conducta evitativa tiene, como efecto secundario adverso, la propinada de impedir que la persona ansiosa aprenda que su preocupación no tiene fundamento material.

Podemos identificar tres tipos de conducta evitativa: las que procuran evitar situaciones en las que el paciente cree que podría sufrir un ataque de pánico, el escapar de una situación cuando comienza a tener lugar un ataque de pánico y, finalmente, las que llevan a prevenir la ocurrencia de la catástrofe tan temida.

De este modo la persona ansiosa concluye que “se ha salvado por un pelo” y, por ello no aprende a desconformar la percepción de peligro errónea.

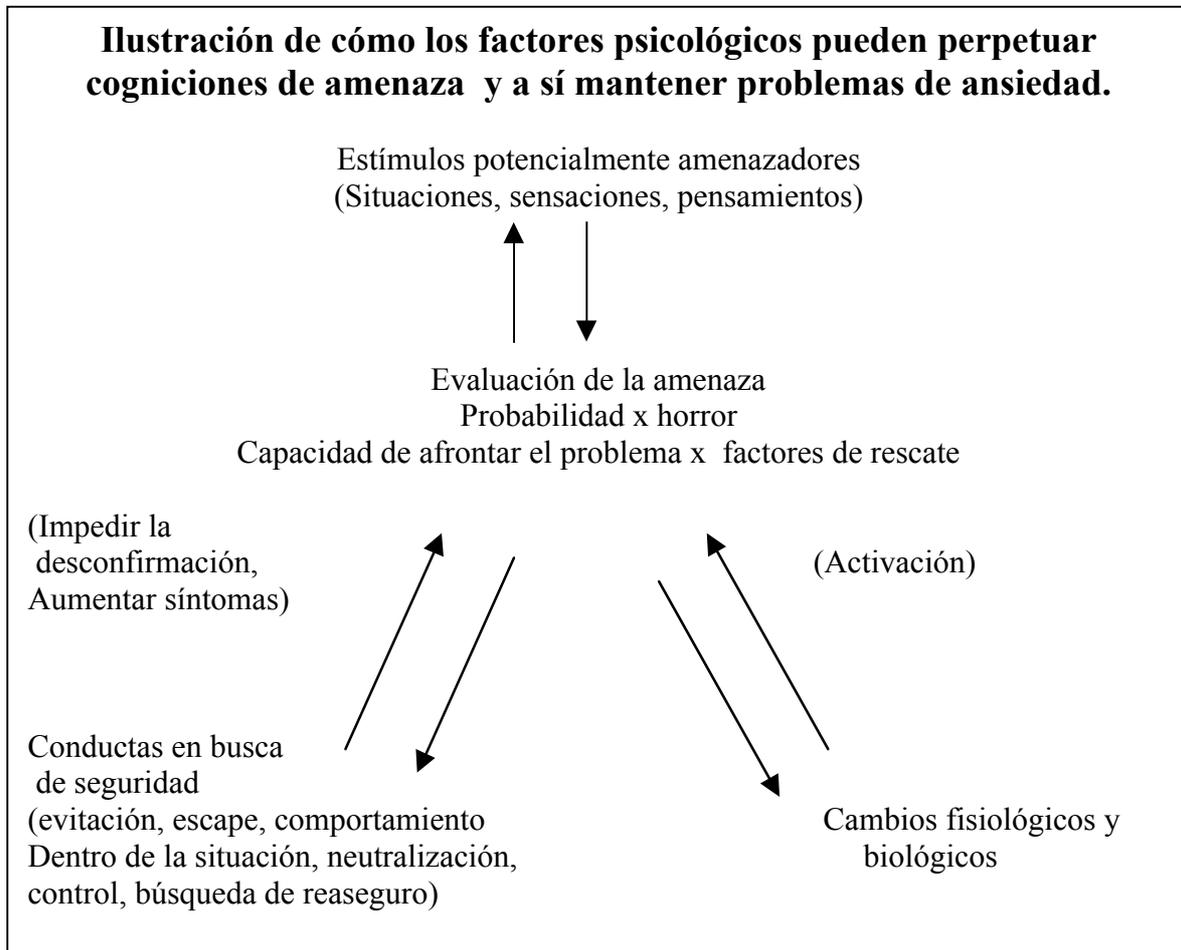
Una implicación importante de esta teoría es la preferencia por métodos que tienen por objetivo la reestructuración cognitiva antes que la desensibilización sistemática por medios comportamentales, ya que suele observarse que los pacientes desarrollan sutiles conductas evitativas durante la realización de estrategias de reducción de ansiedad por exposición gradual y sistemática.

Beck a señalado que terapia comportamental y terapia cognitiva se diferencian en que la primera apunta al cambio de la conducta per se, mientras que la segunda puede apelar a técnicas de modificación de la conducta, pero sólo como medio para la modificación de la cognición.

En otras palabras, la terapia cognitiva apunta a desarrollar un pensamiento alternativo, centrado en las evidencias que la situación produce, para que el paciente pueda eventualmente desconformar la percepción errónea de peligro. Esto implica que en el tratamiento se busca trabajar con la ansiedad o bien inocultarla, ya que el objetivo no es tanto lograr el control de la emoción, sino el poner a prueba las creencias que determinan esa emoción, a los fines de poder desconformarlas si se han originado en interpretaciones idiosincráticas. Esto puede ser particularmente dificultoso en aquellos cuadros en los cuales la situación temida esta muy alejada en el tiempo, ejemplo en la ansiedad por problemas de salud, por la dificultad en desconfirmar la ocurrencia del peligro temido.

Las conductas evitativas pueden, a veces, aumentar los síntomas. Cualquier persona que quiera evitar pensar en hipopótamos verá que las imágenes o ideas relativas a esos animales

se hacen mas frecuentes durante el tiempo en que nos proponemos evitarlas. Esto es bastante característico en las personas que sufren trastornos obsesivos compulsivos.



Se ocupa de los procesos internos poniendo énfasis en la forma en que las personas adquieren e interpretan la información y como la utilizan para resolver los problemas, dan gran importancia a los procesos mentales de los que estamos concientes o que se pueden llevar al conciente con facilidad. Su enfoque se ha comparado con el énfasis que da la perspectiva del aprendizaje al ambiente externo, como la causa principal de la conducta. Por lo regular, la perspectiva cognitiva presta mayor atención a nuestros pensamiento y

estrategias actuales para resolver los problemas que a nuestros antecedentes personales, pero sin dejar de lado las cogniciones antecedentes.

Se considera al individuo como un procesador de información (almacenan, modifican, interpretan, la información que se originan tanto en su interior como exterior).

Se piensa que la vida mental consiste en esquemas que contienen información sobre áreas particulares como los padres, el trabajo, las mascotas. Mediante su influencia en los procesos cognitivos, los esquemas permiten a las personas identificar los estímulos con rapidez, reunirlos en unidades que se puedan manejar, cubrir la información que falta y seleccionar una estrategia para obtener mas información, resolver un problema o lograr un objetivo.

Los esquemas de sí mismo son en especial importantes; organizan y guían no sólo nuestras experiencias sociales, sino cualquier experiencia que tenga una importancia personal. Con frecuencia estas experiencias están llenas de emociones y es probable que reflejen la historia previa del aprendizaje del individuo. Los esquemas de sí mismo, pueden distorsionar la percepción que tiene una persona de la realidad.

2.5 MEDICION DEL GRADO DE ANSIEDAD

Una vez identificadas las metas a largo plazo, la jerarquización de la severidad de los síntomas ansiosos concomitantes puede lograrse mediante el uso de una escala de unidades imaginarias llamadas “Unidades Subjetivas de Malestar” o USM.

En esta escala, los pensamientos o acciones más perturbadoras tendrán un puntaje máximo de 100, el cuál decrecerá en función de la intensidad percibida por el paciente. Es el mismo

paciente quien va a delinear los puntajes con base en su propia experiencia y percepción de quietud o paz, o de agitación o ansiedad extremas. Sin embargo, al asignar puntajes, el paciente debe saber que no tiene que ser ni exacto ni muy preciso, sino más bien arribar a valores aproximados en números absolutos, ejemplo:

0	25	50	75	100
Sin	poco	miedo	mucho	miedo
Miedo	miedo	regular	miedo	extremo

En suma el primer procedimiento consistiría en listar cuando menos cuatro obsesiones y cuatro compulsiones. El tipo de obsesiones y compulsiones se precisa mediante el uso de la escala Yale-Brown. En segundo lugar deben establecerse las metas a largo plazo, eligiéndose el síntoma y el cortejo de conductas que este genera, así como aquellas que el síntoma impide. Estas acciones (patología) deben entonces transformarse en frases que sean metas a largo plazo, con asignación de puntajes de malestar subjetivo medido en USM el tratamiento en sí se inicia con el manejo del síntoma más “fácil”.

2.6 TEST DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Indique la intensidad con que se cumplieron o no durante el último mes los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems que conforman este test.

0. Ausente

1. Intensidad ligera

2.Intensidad media

3.Intensidad elevada

4. Intensidad máxima (invalidante)

1- Humor ansioso: Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad.

2- Tensión: Sensaciones de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.

3- Miedos: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.

4- Insomnio: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.

5- Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración. Mala memoria.

6- Humor depresivo: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.

7- Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.

8- Síntomas somáticos generales: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).

9- Síntomas cardiovasculares: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).

10- Síntomas respiratorios: Opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).

11- Síntomas gastrointestinales: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Borborigmos. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.

12- Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.

13- Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.

14- Conducta en el transcurso del test: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestaño.

CAPITULO III

En años recientes, se han reconocido cada vez más las influencias simultáneas de las manipulaciones del entorno, como las que se emplean en los programas de modificación de la conducta y los procesos cognitivos. Las intervenciones cognitivo-conductuales resultantes se concentran en corregir las malas interpretaciones de las personas, reforzar sus habilidades de afrontamiento y los sentimientos de control de su propia vida y facilitar una conversación constructiva consigo mismo, o las cosas que por lo regular se dicen las personas al enfrentar distintas clases de situaciones. Por ejemplo, en lugar de decir “nunca podré hacer todo esto”, podrían decir, “lo voy a hacer poco a poco”.

Existen cada vez más evidencias de que el entrenamiento cognitivo conductual puede ser muy efectivo para ayudar a las personas a superar sus temores e inhibiciones y aumentar sus habilidades de afrontamiento. Si bien el mecanismo mediante el cual esta capacitación lleva a un mejoramiento del comportamiento no se ha descrito por completo, un factor importante parece ser la sensación de autoeficacia por parte del paciente; es decir, la creencia del paciente de que es capaz de realizar las tareas. Las sensaciones de autoeficacia aumentan cuando los individuos adquieren nuevas habilidades, que a su vez los alientan a reforzar las propias aún más.

Las expectativas de autoeficacia se refieren a la creencia de que uno es capaz de realizar con éxito el comportamiento que se requiere para producir un resultado en particular. Si las personas poseen las habilidades necesarias y existen incentivos adecuados, las expectativas de eficacia pueden ser determinantes principales, ya sea para iniciar un comportamiento de afrontamiento, la cantidad de esfuerzo que se va a invertir y durante cuánto tiempo se mantendrá ese comportamiento frente a circunstancias que provocan estrés. Las expectativas de autoeficacia se pueden alternar por medio de logros en el desempeño, experiencias vicarias, persuasión verbal, o activación emocional. De éstos, los

logros en el desempeño tienen el efecto en las sensaciones de autoeficacia. Parece posible que las expectativas de autoeficacia se encuentren entre los contribuyentes al cambio conductual.

3.1 ESTABLECIMIENTO DE METAS TERAPÉUTICAS

Uno de los puntos cruciales en el inicio de la terapia cognitiva es el establecimiento de metas. Es fundamental identificar con claridad el mal hábito o el objetivo concreto del tratamiento para posteriormente idear un plan para atacarlo. Por otro lado, las metas a plantearse deben responder a las capacidades y los medios terapéuticos con que el paciente cuenta para llevarlas a cabo. Es necesario, recalcar, sin embargo, que la mayoría de las personas no tiene claro el plan de tratamiento; por ejemplo, un paciente cuyo síntoma primario es el temor a contaminarse, por lo cual se lava las manos de manera repetitiva, cuando acude al médico le solicita tan sólo que le ayude a “sentirse mejor”; para lo cual se necesita un alto grado de especificidad en la delineación de sus objetivos para cada paciente. En el ejemplo propuesto, una meta más específica sería “quiero reducir el tiempo que me toma bañarme, de 4h a 15 min. al día”, este planteamiento es mucho más objetivo y, por tanto, los logros pueden ser más sencillos de obtener.

No debe pensarse que estas metas se van a materializar en un lapso breve. La primera fase está dada por una serie de ejercicios en los que se realizan tareas llamadas de “exposición” a todo aquello que es temido, a la fuente que genera obsesiones o al tema de las mismas. Por otro lado, también hay que realizar otras tareas que se agrupan bajo el rubro “prevención de la respuesta”, y que particularmente se dirigen a todo aquello concerniente a las conductas compulsivas.

Estas dos clases de tareas tanto de exposición como de prevención de respuesta, pueden llevarse a cabo fundamentalmente en la casa del paciente, por lo general después de entrenamientos iniciales en sesiones individuales con el terapeuta.

3.2 TÉCNICAS QUE SE UTILIZAN DURANTE LA FASE DE TRATAMIENTO

Manejo de la Ansiedad

Durante la exposición a la situación desencadenante del cuadro y de la prevención de la respuesta patológica, el paciente va a experimentar ansiedad, la cual debe considerarse como evidencia de que la terapia está trabajando. En estas circunstancias, se insta al paciente a repetirse que estas manifestaciones son temporales y que más tarde la mejoría alcanzada reflejará el valor de éste esfuerzo. Por otro lado, aunque los síntomas ansiosos son muy molestos, se debe recordar al paciente que no son peligrosos ni amenazan su vida. Otra forma de lidiar con la ansiedad se da mediante el uso de técnicas de relajación, las cuales hablaremos más adelante.

“Premios” o recompensas después de las tareas

El saber que después de todo este esfuerzo el paciente puede obtener una “recompensa” inmediata es un estímulo positivo importante. Los premios varían en cantidad y naturaleza; van desde comer algo que la paciente le gusta, ir al cine, etc. El paciente tiene libertad de elegir el premio que genere más motivación e interés y refuerce la convicción de mejoría, de desaparición de los síntomas o ambas opciones.

Técnica de “detención del pensamiento” (though stopping)

Esta estrategia es fácil de aprender y muy útil en el manejo de problemas obsesivos y eventos clínicos relacionados. Un punto importante al tratar de detener los pensamientos obsesivos es no hacerlo con argumentos “lógicos”, ya que esto funciona mas bien como arrojar leña al fuego. La estrategia mas simple y la mas utilizada consiste en gritarse a si mismo “alto” cuando el pensamiento obsesivo o el deseo de efectuar un acto compulsivo irrumpen en la conciencia. El inducir un ruido de fuerte intensidad es un factor de distracción importante en presencia de cualquier pensamiento.

Más aún, esto puede ser reemplazado con un aplauso, o bien, con cualquier otro ruido de alta intensidad. Una práctica continua de esta técnica permite llegar a la transición saludable, de manera más rápida y efectiva.

Entrenamiento para la relajación

El entrenamiento para la relajación con frecuencia ayuda a las personas que padecen tensión y ansiedad general. En una aproximación, se hace especial énfasis en aprender a contrastar la tensión muscular con la relajación muscular. En otros se utiliza procedimientos de meditación. Las terapias de relajación parecen ser útiles para una variedad de trastornos psicosomáticos, en especial dolores de cabeza por lesión y migrañas. Sin embargo, por lo regular no son suficientes. Los estilos de vida, los entornos sociales y perspectivas del mundo pueden crear o formar los problemas de las personas en la vida. Se debe prestar atención a factores como la calidad y naturaleza del apoyo social disponible y los objetivos

La siguiente tabla menciona varios factores que hace que se aconseje el uso de las técnicas de relajación en un caso determinado.

Factores que contribuyen al éxito
del entrenamiento en relajación.

- ❖ Los problemas del individuo no tienen una base orgánica.
- ❖ El individuo no es psicótico, no está deprimido ni sufre ataques de pánico.
- ❖ El individuo es capaz de asumir la responsabilidad de la participación activa en el tratamiento, con especial énfasis en la práctica en el hogar.
- ❖ Los miembros de la familia son cooperativos y apoyan al tratamiento del individuo.
- ❖ El individuo tiene expectativas razonables con respecto de la efectividad del entrenamiento.

La investigación sobre las habilidades de relajación requiere de dar respuesta a dos preguntas: ¿el individuo aprendió la habilidad para la relajación? ¿El uso de esta habilidad lleva a resultados clínicos benéficos? Como es obvio si las habilidades nunca se aprendieron, hay pocas razones para esperar resultados positivos del entrenamiento para la relajación. Son necesarios grupos de control apropiados para proporcionar una base adecuada para juzgar la efectividad del entrenamiento. También existe una necesidad de estudios que exploren la efectividad de la capacitación para la relajación sola y en combinación con otros tipos de terapia.

Terapia de Exposición

Las terapias de exposición se basan en el principio de que la exposición continua a los estímulos que provocan ansiedad la reducen a niveles controlables, a la vez que disminuye

las respuestas fóbicas. La exposición consiste en un acercamiento gradual hacia una situación que provoca ansiedad. En esas condiciones, la ansiedad que se experimenta en la situación se mantiene en un nivel relativamente bajo.

La exposición a situaciones que provocan temor es una de las formas más efectivas de superar el miedo. Sin embargo, se obtienen resultados positivos solo si los pacientes están dispuestos a exponerse a situaciones que les causan temor. A pesar que la exposición in vivo (estar en realidad en la situación) por lo regular funciona mejor, la exposición fantaseada (creer que esta en la situación) también es efectiva. El tratamiento de exposición es apropiado para muchas respuestas emocionales desagradables o que no ofrecen ninguna ventaja. Si el tratamiento es efectivo, por lo general se puede observar una mejoría en cinco o seis sesiones.

La abrumación es una forma de terapia de exposición en la cual se expone al paciente a una abrumación de estímulos que provocan ansiedad y no se termina solo por que el paciente experimente un nivel elevado de tensión. En la abrumación, la sesión clínica esta saturada con pensamientos e imágenes atemorizantes con la esperanza a que las respuestas emocionales a éstos desaparezcan al “quemarse”. Si esto sucede, se dice que ocurrió la extinción.

En **la terapia implosiva**, el paciente experimenta niveles de ansiedad cada vez más altos a través de la presentación de escenas con comportamientos y situaciones que había evitado en el pasado. La imaginería que se utiliza en el tratamiento pretende representar las áreas de conflicto que se cree que son la fuente de la conducta de evitación. El material que se emplea en la terapia de implosión tiende a ser mucho mas intenso que el que se emplea en la abrumación.

La **desensibilización sistemática** combina el entrenamiento conductual (relajación muscular) con la actividad cognoscitiva. Empieza con la inducción del estado de relajación. Mientras el paciente está relajado, imagina escenas que se relacionan con su temor específico. La desensibilización empieza con escenas o imágenes que sólo crean un temor leve. Se motiva al cliente para que se concentre en la conservación del estado de relajación mientras imagina esas situaciones. Una vez que el cliente es capaz de conservarse relajado, se presentan escenas cada vez más atemorizantes en forma progresiva.

La teoría que se encuentra detrás de la desensibilización sistemática es que la respuesta de relajación compite con las respuestas de ansiedad que se aprendieron antes, como, los temores y fobias. La investigación ha demostrado que practicar la relajación cuando en realidad están presentes los estímulos que provocan temor (desensibilización in vivo) produce resultados superiores que si solo se imaginan los estímulos. La desensibilización funciona mejor con las personas que por lo regular muestran incrementos notorios en la activación fisiológica (por ejemplo ritmo cardíaco acelerado, palmas húmedas) cuando se exponen a los estímulos que provocan temor.

La **intención paradójica** es una técnica en la cual el terapeuta pide al paciente que presenta comportamientos que parecen opuestos a su objetivo terapéutico. Por ejemplo, es probable que a un individuo que se queja de incapacidad de conciliar el sueño en un intervalo satisfactorio, se le pide que permanezca despierto tanto tiempo como le sea posible. A un agorafóbico que no puede asistir a lugares donde haya mucha gente por temor a sufrir palpitaciones cardíacas severas se le pueda indicar que vaya a lugares públicos y trate de sentirse ansioso. La intención paradójica es una técnica relativamente nueva que requiere

de más investigaciones. Todavía no está claro cuando es apropiado o por qué parece ser efectiva en casos especiales.

Tal vez sea efectiva por que requiere que el paciente presente el mismo comportamiento que busca cambiar en condiciones que no pueden apoyar su continuación. La exposición a situaciones que provocan ansiedad es un elemento de la intención paradójica y pueden contribuir a su efectividad.

Modelamiento

Con frecuencia, las personas no se dan cuenta de que el hábito controla gran parte de su comportamiento. A través del modelamiento se les puede demostrar que existen otras formas de hacer las cosas. A pesar que el modelamiento puede tener lugar cuando un individuo observa a alguien que demuestra las habilidades sociales específicas, también ocurre de manera informal; por ejemplo, cuando los niños imitan a los héroes de los programas de televisión. En las aplicaciones clínicas del modelamiento, las demostraciones por parte de los modelos se combinan con los ensayos guiados, en los cuales se anima al individuo para que imite el comportamiento del modelo con la ayuda de éste cada vez que sea necesario. Cuando las personas imitan los comportamientos adaptados de los modelos, sus respuestas nuevas se fortalecen por medio del reforzamiento positivo. El éxito de un programa de modelamiento depende de varios factores.

- El detenimiento con el que el observador presta atención al comportamiento modelado.
- El grado de retención de lo que se observa.
- La habilidad del observador para producir el comportamiento modelado.
- La motivación del observador para adoptar el comportamiento modelado.

El modelamiento in vivo comprende la observación directa de un modelo. El modelo Participativo o, ensayo conductual es mas avanzado y requiere que el paciente practique el comportamiento, con frecuencia en una interacción con el modelo. Modelamiento Simbólico se refiere a la observación de un modelo que se presenta en forma indirecta en forma de una película, video, cinta de audio, o material impreso. El modelamiento encubierto es una extensión lógica del modelamiento simbólico, en el cual se pide al individuo que imagine que observa a un modelo y una consecuencia particular. Por ejemplo, a un hombre que se vestía de mujer se le pidió que participara en el modelamiento encubierto al imaginar la escena siguiente:

Se encuentra detrás de un espejo de una sola vista. Puede ver una habitación vacía excepto por dos camas individuales con ropa sobre éstas. En una de ellas hay ropa de hombre y en la otra ropa de mujer. En línea recta, en el otro extremo de la habitación, ve una puerta abierta y un hombre desnudo más o mesón de su edad que entra en la habitación. Se dirige a las camas que están una cerca de la otra. Empieza a caminar hacia la cama con ropa de mujer. Observa la ropa y de repente puede ver una expresión de dolor en su rostro. Se sienta sobre la cama. Ahora, empieza a sudar y parece enfermo. Alcanza un sostén empieza a vomitar sobre toda la ropa y él mismo.

Emite un sonido de agonía mientras se dobla y cae al piso. Está acostado con el sostén puesto y ahogándose en su vomito.

Se presentó luego una escena de modelamiento encubierto en la cual el modelo se pone la ropa de hombre y parece feliz.

En general, el modelamiento encubierto comprende la creación de escenas o situaciones en las cuales el paciente pueda imaginar el comportamiento que debe cambiar.

Al igual que otras terapias cognitivo-conductuales, el modelamiento con frecuencia se combina con otras estrategias.

Por ejemplo, mientras refuerza el comportamiento abierto adaptado, el terapeuta debe ayudar a que el paciente adquiera ideas más realistas acerca de las áreas problemáticas.

Al dar tratamiento a un problema complejo como el enojo intenso en un niño, el terapeuta es probable que: a- enseñe a los padres a ser más efectivos al reaccionar ante los berrinches (se puede emplear el modelamiento para lograr esto), b- ayude al niño a identificar las situaciones y pensamientos que provocan los berrinches; c- modele respuestas cognitivas y conductuales ante el estrés y la frustración que sean más efectivas que el enojo; d- utilice el ensayo guiado y alabanzas para reforzar el comportamiento adaptado del niño.

Adiestramiento de Auto afirmación

La falta de conducta asertiva se relaciona con el déficit en las habilidades sociales o con reacciones emocionales y pensamientos que interfieren. Si está disponible comportamientos apropiados pero no se presentan debido a la ansiedad, una estrategia útil sería aumentar las habilidades del paciente para manejar la ansiedad. El adiestramiento de autoafirmación está diseñado en especial para aumentar las habilidades personales necesarias para exigir los derechos propios, como negarse ante peticiones indeseables, expresar las opiniones y hacer peticiones. El adiestramiento de autoafirmación va precedido de una evaluación detallada de las respuestas del cliente en ciertos tipos de situaciones: ¿Qué situaciones le preocupan al cliente? ¿Qué hace el cliente por lo regular en esas situaciones? ¿Cuáles son los obstáculos personales y ambientales para una mayor asertividad en esas situaciones?

El modelamiento y el ensayo conductual desempeñan un papel importante en los programas de adiestramiento de autoafirmación. Se ofrece retroalimentación positiva

después de cada ensayo y se dan sugerencias cuando son necesarias. Se utilizan tareas si el paciente está de acuerdo con realizar aquellas que requieren asertividad fuera de las sesiones de entrenamiento. Si el déficit en asertividad se extiende en una amplia variedad de comportamientos sociales, quizá sean necesarias varias sesiones de capacitación. Sin embargo, si el problema es específico pueden ser suficientes unas cuantas sesiones.

La terapia racional-emotiva, que desarrollo Albert Ellis, se basa en la creencia de que la conducta depende mas en los sistemas de creencia del individuo y la manera de interpretar las situaciones, que de las condiciones objetivas. Ellis da a todos los psicoterapeutas efectivos, ya sea que se den cuenta de ello o no, la función de maestros de sus pacientes. Ayudan a sus pacientes a revisar, volver a percibir, y volver a pensar en su vida; a cuestionar sus creencias irracionales; y a modificar sus pensamientos, emociones y comportamientos irreales e ilógicos. Ellis considera que tanto las emociones intensas como la conducta desadaptada son consecuencia del pensamiento, y que se pueden modificar. Admite que es probable que las creencias equivocadas se formen durante la niñez. Sin embargo, cree que saber como las personas llegaron a ser lo que son es menos importante que ayudarles a responder de manera más constructiva a su situación actual.

En la terapia racional-emotiva el clínico explica y demuestra el pensamiento productivo, convence al paciente para que piense y se comporte de manera mas efectiva y discute sobre las tares para realizar en casa. Por medio de esas tareas, el paciente puede practicar formas de conducta más asertivas con los compañeros de trabajo y familia sin alejarlos.

George Nelly empleó una variedad de tácticas para ayudar a sus pacientes a explorar y modificar sus constructos personales. Con frecuencia, utilizó un formato de entrevista tradicional en el cuál su paciente y él platicaban sobre constructos personales específicos y, de los papeles que éstos llevaron al paciente a representar en las relaciones sociales.

Además utilizaba una terapia de roles determinados, en la cuál los pacientes experimentaban (y representaban) nuevos roles que podrían resultar de revisiones particulares en sus sistemas de constructos personales. Nelly creía que las personas tenían dificultades al poner a prueba nuevas formas de conducta; de modo que apoyaba estos experimentos.

Medicamentos

La decisión de utilizar medicamentos como los ansiolíticos y antidepresivos debe tomarse con mucha prudencia. Es así como debe considerarse varios aspectos, como el diagnóstico y la severidad de los síntomas, la intensidad del sufrimiento y el impacto de los síntomas sobre su vida social.

Dentro de los efectos colaterales en lo que se refiere a los ansiolíticos están: la somnolencia, ataxia transitoria, el síntoma de abstinencia que se manifiesta como un fenómeno de rebote de la ansiedad después de la suspensión brusca, la dependencia física y psicológica.

- Los Ansiolíticos:
 - Benzodiacepina
 - Antihistamínicos
 - Fenotiazinas neurolépticas
 - Fenotiazinas antihistamínicas

- Los Antidepresivos:
 - Tricíclicos
 - Inhibidores específicos de la recaptación de serotonina

- Otros medicamentos ansiolíticos:

- B-bloqueadores: propanol

CONCLUSIONES

El trastorno de ansiedad es una enfermedad que imposibilita la vida de quien la sufre y también de las personas que lo rodean, por esta razón es muy importante su tratamiento.

Según el enfoque cognitivo – conductual es muy eficaz su utilización ya que no sólo ayuda al paciente a superar su enfermedad sino también le enseña estrategias para utilizarlas a lo largo de su vida.

Existe una variedad de tratamientos para utilizarlos que van desde las psicoterapias (Conductual, psicoanalítica, cognitiva,etc), hasta los medicamentos los cuales se utilizan según sea la gravedad del estado del paciente.

BIBLIOGRAFIA

- ALARCON, D, Renato, MAZZOTI Guido, NICOLINI Humberto, Psiquiatría, 1ra Edición, Editorial el Manual Moderno S. A de C. U, México DF 2005.
- SARAZON, G, Irwin, SARAZON, R, Bárbara, Psicología Anormal, 7ma Edición, editorial Prentice Hall, México 1996.
- TARRIDA Joan, Salud y la Mente, 2da Gran Colección de la Salud, 3ra Edición, Plaza & Janès Editores S. A, Lima 2004.
- BARLOW, H, David, Psicología Anormal, 2da Edición, Editorial Thomson.
- Criterios Diagnósticos del DSM IV – TR, 2003 MASSON, S,A, Barcelona (España).
- www.google.com Test de Ansiedad de Hamilton.