



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE
HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

COMPONENTES DE PREOCUPACIÓN COMO PRECURSORES
DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN SUJETOS
DE 24 A 36 AÑOS, RESIDENTES EN PACHUCA HIDALGO,
MÉXICO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
HERNÁNDEZ ENRÍQUEZ MINERVA
NAVARRETE HERNÁNDEZ JUAN CARLOS

DIRECTOR:
MTRO. SERGIO SANTAMARÍA SUÁREZ

PACHUCA, HGO.

2009

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, al Instituto de Ciencias de la Salud y al Área Académica de Psicología; Gracias por brindarnos un espacio de aprendizaje.

RECONOCIMIENTO

A cada persona que contribuyó con experiencias, palabras e ideas en la realización de este trabajo.

DEDICATORIAS

A:

Liam Israel Navarrete Hernández;

Kia Andrea Navarrete Hernández;

Nosotros mismos por permanecer de pie, entrelazados por la paciencia y el deseo de éxito.

ÍNDICE

RESÚMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN.....	9
JUSTIFICACIÓN	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
OBJETIVOS	17
MARCO TEÓRICO	18
CAPÍTULO 1. PREOCUPACIÓN.....	20
1.1 Antecedentes del Término Preocupación.....	20
1.2 Preocupación	22
1.3 Preocupación Patológica.....	25
1.3.1 La Incertidumbre	27
1.3.2 La Preocupación como Paliativo de la Ansiedad	28
1.3.4 Preocuparse por estar Preocupado	29
1.3.5 Tratamiento.....	32
1.4 Estrategias para Moderación de Preocupación	33
CAPÍTULO 2. ANSIEDAD	36
2.1 Definición Ansiedad.....	39
2.2 Sintomatología.	41
2.3 Clasificación.	45
2.4. Prevalencia	46
2.5 Etiología	50
2.6 Fisiología de la Ansiedad	52
2.7 Química de la Ansiedad	57
2.8 Tratamiento	62
CAPÍTULO 3. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	64
3.1 Definición y Sintomatología.....	65
3.2 Evolución y Prevalencia.	70
3.3 Ansiedad, Depresión, Trastorno de Pánico y Personalidad.	72
3.4 Instrumentos de Medición	73

3.5 Tratamiento	77
3.6 Algunos Estudios Sobre Ansiedad	82
CAPÍTULO 4. ETAPAS DE DESARROLLO	88
4.1 Teorías Sobre el Desarrollo	88
4.1.2 El Desarrollo como Sucesión de Fases	88
4.1.3 El Desarrollo como Crecimiento.....	89
4.2 Edad Adulta.....	89
4.2.1 Características Biopsicosociales y Necesidades del Adulto	91
4.3 Precusores de la Crisis Adulta	93
MÉTODO.....	96
5.1 Definiciones Conceptuales.....	96
5.2Definición Operacional	96
5.3 Tipo de Estudio	96
5.4 Diseño de Investigación	97
5.5 Variables	97
5.6 Instrumento	98
5.7 Muestra	98
5.8 Procedimiento	98
RESULTADOS PARA EL GAD-Q-IV.....	99
CONCLUSIONES.....	107
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
ANEXOS.....	115
Anexo 1 GAD-Q-IV.....	115
Anexo 2.....	116

RESÚMEN

La ansiedad es un trastorno que en la actualidad ha alcanzado niveles alarmantes tanto en niños, adolescentes y adultos. Desafortunadamente en México no se encuentran estudios que midan y diagnostiquen a pacientes con ansiedad generalizada, es por ello que este estudio pretende verificar instrumentos que sean útiles, que ayuden a identificar las situaciones en las que los sujetos se sienten con una preocupación excesiva, siendo esta por sí misma un impedimento para que una persona pueda realizar sus actividades cotidianas. Esta investigación es de tipo exploratorio - descriptivo. Se trata de un estudio cuantitativo de una sola muestra, el muestreo es no probabilística e intencional. Su diseño es transversal, con una sola medición psicométrica. El instrumento utilizado fue el *Generalized Anxiety Disorder (GAD-Q-IV)*, en este trabajo se presentan los resultados correspondientes a una población con sujetos residentes de Pachuca, Hidalgo, en un rango de edad de edad de 24 a 36 años, donde participaron 238 mujeres y 186 hombres obteniendo una población total de 424 sujetos, estos a su vez son una muestra del estudio integral donde se registraron 1345 instrumentos aplicados. Los resultados del GAD-Q-IV fueron examinados por un análisis de frecuencias de cada reactivo ya que este es un instrumento que evalúa algunos temas de preocupación, sintomatología que lo acompaña, así como la cantidad de incomodidad e interferencia que causa en la vida cotidiana encontrándose que los entrevistados se preocupan más por la familia, la economía, trabajo y la salud. Los síntomas tienen aproximadamente la misma cantidad de menciones y se hallan en un nivel moderado de interferencia en la vida y molestias que originan. Se concluye que el cuestionario es útil para medir la preocupación en la muestra estudiada de residentes de Pachuca, Hidalgo, México.

ABSTRACT

Anxiety is a disorder that nowadays has reached high levels in children, adolescents and adults. Unfortunately, in Mexico there is no research that measures or help diagnose patients with generalized anxiety. Therefore, this paper pretends to verify useful instruments that help to identify situations in which subjects feel excessive worried, and also when does this worry become an obstacle that interferes with everyday activities. This is an exploratory-descriptive research. It is a single-sample quantitative study and the sampling is no probabilistic and no intentional. It has a transversal design with a single psychometric measurement. The instrument used was the Generalized Anxiety Disorder (GAD-Q-IV). This paper shows the results of a group of subjects between 24 and 36 years old living in the city of Pachuca, in the state of Hidalgo. The group was formed by 238 women and 186 men, with a total population of 424 subjects. These subjects form the sample of the integral study in which 1345 instruments were applied. The results obtained by the GAD-Q-IV were examined using a frequency analysis of each item, since this instrument evaluates some delicate issues, as well as the symptoms and how much interference cause these in everyday life. It was found that the subjects show more concern for their family, their economic situation, their job and health. The symptoms are mentioned approximately the same number of times and interfere with everyday activities in a moderate level. It is concluded that the instrument is useful to measure the level of anxiety in the sample formed by subjects living in Pachuca, Hidalgo, México.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad es un mecanismo que las personas necesitan para poder adaptarse a las exigencias del ambiente en el que viven y así tener un mejor desenvolvimiento a lo largo de la vida. Pero por diversos motivos las personas pueden desarrollar una psicopatología al excederse en cubrir a la perfección dichas demandas y llegar al extremo, de tal manera, que la expectativa que cada uno se hace sobre su propia persona se considere insuficiente llevándola a un estado de preocupación que se puede salir de control en tiempo e intensidad y terminar en un trastorno psicológico.

Actualmente no se ha encontrado una única definición de ansiedad, pero una forma de describirla es la que plantea Heinze (2003), en la que asegura que la ansiedad debe entenderse como una reacción que puede ser adaptativa o de defensa ante una situación nueva o inesperada y que se caracteriza por un estado de mayor alerta y activación biológica, psicológica y social.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) por sus siglas en Inglés DSM-IV, hace una clasificación de los diferentes trastornos que se derivan de la ansiedad encontrándose en está el objeto principal de este estudio que es la ansiedad generalizada que en los últimos tiempos ha alcanzado un diagnostico único y diferencial con respecto a otros trastornos de ansiedad esto debido a que cada vez va en aumento el número de personas que presentan los síntomas característicos de este padecimiento. Lamentablemente no existe un instrumento en México que permita identificar a estos pacientes, es por eso que está investigación está enfocada a un instrumento GAD-Q-IV basado en el DSM-IV para poder evaluar a una gran cantidad de población con esta problemática y así poder darle el tratamiento adecuado.

El Marco Teórico de este trabajo está dividido en cuatro partes, donde se habla de los antecedentes, sintomatología común hasta un posible diagnóstico y tratamiento.

En el Capítulo 1. PREOCUPACIÓN: Donde se abordan los antecedentes históricos, se muestran algunas definiciones, al igual que los términos científicos que en un inicio dieron como resultado las primeras ideas acerca de la preocupación y como afectaba este al sujeto. Se trata también de sus componentes cognitivos y en general como es que la preocupación se transforma en patológica por las exigencias en las que vive el sujeto actual. Para concluir algunas recomendaciones para sobrellevar la preocupación y un posible tratamiento.

En el Capítulo 2. ANSIEDAD: Se trata sobre la definición de la ansiedad, vista desde un punto fisiológico así como desde el lado emocional. Además la sintomatología y un tratamiento visto desde el punto psicológico como una suma de estrés y cargas emocionales.

En el Capítulo 3. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA: El desarrollo y sintomatología de dicho trastorno, la evolución de éste además de las diferencias principales en otros padecimientos, como la depresión, trastorno de pánico, entre otros, así como los instrumentos que existen para medirlo y los tratamientos tanto médico como psicológicos, trabajos que se han realizado con anterioridad en los últimos años, algunos que tratan propiamente de la ansiedad y otros de preocupación, además de los que tienen relación al Trastorno de Ansiedad Generalizada.

En el Capítulo 4. ETAPAS DE DESARROLLO: Se muestran las características principales que hacen al sujeto sensible ante demandas que son correspondientes a la etapa de edad en la que se encuentra. También se abordan las necesidades y

fases que tiene el sujeto en ese rango de edad para determinar las crisis que puede presentar ante las demandas sometidas en ese tipo de población.

El método es de tipo cuantitativo, se describe el tipo de estudio, el diseño de investigación, la descripción de variables, el instrumento, procedimiento, el tratamiento de datos, se incluye en anexo 2, la descripción de la relación de este trabajo con otros, sobre la misma temática.

Los resultados están integrados en la parte final donde se abordan las 9 preguntas utilizadas en el GAD-Q-IV, se presentan tablas de resultado y gráficas de barra y pay, finalmente las conclusiones dan cuenta de los hallazgos en relación a la literatura revisada, se discuten los datos obtenidos, se hacen sugerencias para trabajos posteriores, a partir a este primer acercamiento de investigación.

JUSTIFICACIÓN

En México el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) carece de instrumentos psicológicos validados que pueden ayudar en el diagnóstico eficiente del mismo trastorno, y que permita medir la capacidad de los tratamientos que se empleen para controlar la sintomatología, así como la realización de investigación para recabar información objetiva sobre este padecimiento que se ha incrementado en los últimos años. Por medio de este trabajo se pretende explorar y describir los componentes de preocupación evaluados mediante el GAD-Q-IV en una población mexicana con una muestra de 24 a 36 años, dichos resultados nos permiten facilitar la tarea de terapeutas e investigadores sobre el trastorno de ansiedad generalizada y así contribuir con la comprensión de la naturaleza de estos para apoyar al mejoramiento de métodos de tratamiento.

Este trabajo forma parte de un proyecto denominado “Construcción Psicométrica de Instrumentos de Medición del Trastorno de Ansiedad Generalizada”, que se realiza en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y que pretende culminar con la estandarización de los dos instrumentos de ansiedad, que puedan utilizarse para el diagnóstico y la intervención adecuada del Trastorno de Ansiedad Generalizada en población mexicana. Como sabemos la preocupación es un factor precursor para este trastorno, es por ello que en la sede Pachuca se inició un estudio exploratorio y descriptivo de la preocupación como factor precursor del Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Este estudio se realiza en seis sedes que corresponden a seis Estados de la República: Aguascalientes, Distrito Federal, Cd. Juárez, Estado de México, Hidalgo, Mazatlán, la muestra en Pachuca, Hidalgo está integrada por tres grupos de población, 12 a 17 años, de 18 a 23 años, y de 24 a 36 años, de las cuales en este trabajo se presenta el rango de edad de 24 a 36 años.

Posteriormente este trabajo se integrará con otras dos muestras, que conforman los tres grupos de Hidalgo, los resultados de Hidalgo se integran a los resultados de las otras seis sedes, para conformar la muestra de población en mexicanos.

Este trabajo pretende contribuir al estudio de la ansiedad generalizada permitiendo ampliar la construcción de la plataforma psicométrica que facilite diagnosticar y evaluar la eficacia de los instrumentos de medición que permitirá contar con instrumentos de medición homologados, validados y confiabilizados que permitirán recolectar datos objetivos que sean comparables con las otras mediciones de los mismos instrumentos que se obtienen en otros países.

La preocupación es hoy en día la causa principal por la que se desarrollan la mayoría de los trastornos. Una suma de preocupación nos da como resultado una ansiedad constante que engloba causas insignificantes hasta problemas a nivel estatal y global.

La ansiedad está, asociada frecuentemente a preocupaciones excesivas o a un estrés causado por las tareas llevadas a cabo diariamente. Debido al tiempo para trasladarnos, la excesiva adaptabilidad a la que estamos sometidos y a los cambios constantes sociales e individuales a los que nos enfrentamos constantemente; el sujeto queda expuesto a una sobrecarga de estrés que desemboca después de un tiempo expuesto al mismo a un trastorno que va relacionado a la ansiedad que estamos desarrollando.

Muchos individuos con Trastornos de Ansiedad Generalizada se consideran ansiosos o nerviosos de toda la vida. Aunque más de la mitad de los que acuden a la consulta manifiestan que el trastorno de ansiedad generalizada empezó en la segunda infancia o en la adolescencia, no es raro que el trastorno se inicie a partir de los 20 años de edad. El curso es de carácter crónico, pero fluctuante, con frecuentes agravamientos coincidiendo con períodos de estrés.

La ansiedad como rasgo muestra una evidente incidencia familiar. Se han descrito hallazgos todavía inconsistentes que muestran un patrón familiar para el Trastorno de Ansiedad Generalizada, aunque la mayoría de ellos no han sido capaces de demostrar un patrón concreto de agregación familiar.

Estudios cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de problemas de salud mental (Caraveo-Anduaga, Medina-Mora, Rascón, Villatoro, Martínez-Vélez y Gómez, 1996) encontraron que la prevalencia global de trastornos mentales es del 16.7 por ciento. En el caso de los trastornos de ansiedad, los porcentajes encontrados fueron para el rango de 18 a 24 años, 1.1 hombres y 1.8 mujeres. Para el rango de 24-44 años 0.3 hombres y 0.9 mujeres.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la época actual la ansiedad se ha vuelto un problema de salud mental debido a cambios sociales, ambientales y de inseguridad que se viven cotidianamente. Para poder desenvolverse adecuadamente en lo social, se debe adquirir un nuevo y mejorado sistema adaptativo donde el sujeto actúe de forma inmediata ante las demandas diarias, de no ser así se pone en riesgo su dinámica emocional creándole una preocupación constante sobre actividades cotidianas.

La ansiedad es una respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, aunque en realidad no se pueden valorar como tal, esta manera de reaccionar de forma no adaptativa, hace que la ansiedad sea nociva porque es excesiva y frecuente.

Es por esto que la ansiedad es considerada como un trastorno mental prevalente en la actualidad, ya que engloba toda una serie de cuadros clínicos que comparten como rasgo común la preocupación extrema de carácter patológico, que se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico. Estos factores son expresados en diferentes ámbitos como el familiar, escolar, social o laboral.

Cuando la ansiedad se presenta en momentos inadecuados o es tan intensa y duradera que interfiere con las actividades normales de la persona, entonces se le considera como un trastorno. Los trastornos por ansiedad son, en conjunto, la enfermedad mental de más incidencia y constituyen una problemática frecuente entre los adolescentes, jóvenes y adultos que se ha incrementado en las últimas décadas.

El DSM – IV, crea un apartado de clasificación para los Trastornos de Ansiedad, este Manual los define como aquellos síntomas psicológicos, de conducta o autonómicos, debidos primeramente a manifestaciones de ansiedad, no debiendo

ser secundarios a otros síntomas, como trastornos perceptivos o síntomas obsesivos. Los síntomas que ayudan a detectar los trastornos de ansiedad se asocian a 3 o más síntomas de los siguientes: Nerviosismo, inquietud o impaciencia, fatigabilidad, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones de sueño, entre otros.

La población de sujetos con Trastorno de Ansiedad Generalizada está creciendo en los últimos tiempos, por lo que la realización de estudios acerca del trastorno de ansiedad, es fundamental para conocer más acerca de los mecanismos cognitivos y conductuales involucrados en este trastorno. En nuestro país la investigación psicológica acerca de los trastornos de ansiedad es mínima. Lo anterior no significa que dicho trastorno no esté presente en nuestra comunidad, sin embargo, la prevalencia de ansiedad excesiva y ansiedad generalizada en jóvenes de 18 a 24 años es de 1.1 por ciento en hombres y 1.8 por ciento en mujeres. En base a lo anterior se hace necesaria la adecuada atención, pero sin datos estadísticos específicos de población mexicana y en su caso población hidalguense, el trabajo preventivo se hace más complejo.

Por lo anterior, una forma adecuada para poder estar preparados ante tan común trastorno es elaborar un diagnóstico de poblaciones específicas, conjuntar datos para un futuro tratamiento.

Finalmente se aclara que el Planteamiento del Problema en este trabajo es: ¿Cuáles son los principales componentes de preocupación que actúan como precursores del Trastorno de Ansiedad Generalizada, en personas de 24 a 36 años de edad en Pachuca, Hidalgo?

OBJETIVOS

Objetivo General.

Identificar cuáles son los principales componentes de preocupación que actúan como precursores del Trastorno de Ansiedad Generalizada en sujetos de 24 a 36 años de edad en Pachuca, Hidalgo.

Objetivos Específicos

- Detectar los principales componentes de la preocupación en los sujetos de 24 a 36 años
- Describir los principales síntomas de la preocupación.
- Especificar la presencia o no, de componentes de preocupación en sujetos de los 24 a 36 años.

MARCO TEÓRICO

Este estudio pretende revisar los componentes de la preocupación que desencadenan el Trastorno de Ansiedad Generalizada en la población Hidalguense y las cuestiones principales que definen el estado actual de la población a estudiar. Su objetivo es ser una herramienta psicológica útil, tanto para los estudiantes de psicología como a la población en general, permitiendo una recopilación de los estudios de los diferentes autores de dicho trastorno así como una investigación realizada en la Ciudad de Pachuca que se acerca por vez primera a un conocimiento especializado sobre este tema; que busca ser un estudio actualizado y que disponga instrumentos para trabajar los temas tratados en el campo psicológico. Por otra parte, los profesionales que trabajan con personas que presentan este trastorno, también pueden encontrar en su lectura algunas claves para comprender a las personas con Trastorno de Ansiedad Generalizada y optimizar el diseño de sus intervenciones.

En el Capítulo uno, abordamos el punto principal del estudio; la preocupación, conceptos que se tienen de este estado, permitiendo tener la definición, características y factores de riesgo.

En el Capítulo 2, se encuentra la información medular del estudio, se plantea una recopilación sobre el trastorno de ansiedad, haciendo la separación de este término empezando por una definición que diversos autores tienen de este padecimiento, así como consecuencias de la falta de tratamiento oportuno. La mejor forma de entender este trastorno es a través de su sintomatología, misma que podemos encontrar en el subtema 2.2, pero aún así se necesita tener una clasificación para poder separar el grado de dicho padecimiento, así como los alcances de éste, a través de la fisiología podremos entender cómo funciona el trastorno en el cuerpo de la persona que lo padece, sin poder dejar de lado la parte química que podremos encontrar en el subtema 2.7, en el apartado 2.8 se refiere a un estudio más profundo de dicho trastorno abriendo un panorama que pudiera facilitar la

medicación y posible tratamiento para diagnosticar la ansiedad y posteriormente optimizar el seguimiento.

Dentro del Capítulo 3, nos permite entender el Trastorno de la Ansiedad Generalizada, empezando por su definición específica, la evolución que presenta y que además se pueden observar trastornos paralelos como la depresión etc., en el apartado 3.3, todo estudio realizado se debe basar en un instrumento de medición mismo que es analizado y mostrado en el subtema 3.4 dándonos como partes finales el tratamiento idóneo y adecuado a las personas que padecen del TAG, además de señalar los estudios previos que se han realizado teniendo como temas centrales; la ansiedad y la preocupación.

Dentro de la investigación se retomaron tres rangos de población que comprende la ciudad de Pachuca, es por tal motivo que se debe situar en qué etapa del desarrollo se localiza dicha muestra, cual sea el caso, permitiendo tener un estudio que facilite el diagnóstico al tener los componentes de la preocupación que pudieran ser determinantes en sujetos que presentan los síntomas del Trastorno de Ansiedad Generalizada, esto se menciona en el Capítulo 5, denominado Etapas del Desarrollo.

CAPÍTULO 1. PREOCUPACIÓN

1.1 Antecedentes del Término Preocupación

La distinción entre los términos preocupación y ansiedad era evidente en la literatura científica de principios del siglo XX. De hecho, parecía seguir la tradición etimológica. Según indagó Corominas (1976), el vocablo preocupación proviene de la forma latina *praeoccupatio* y se utilizaba para designar la ocupación del pensamiento con algo indeseable, mientras que el término ansiedad procede de la palabra *anxietas*, y se empleaba para designar una sensación molesta de "estrechez" o "estrangulamiento". De esta forma, tanto las primeras observaciones clínicas sobre el tema (Saleeby, 1907), como las primeras investigaciones (Lunger & Page, 1939), concebían la preocupación como un estado cognitivo y la ansiedad como un estado emocional perturbador, posible consecuencia del primero.

Pero, con la traducción al inglés de las primeras obras de Freud y sus discípulos se produjo un cambio significativo. El concepto central de angustia (*angst*), de larga tradición filosófica Luteriana, y referido a un tipo de sentimiento causado instintiva e inconscientemente (Freud, 1905), se traduce inicialmente como "ansiedad". Con ello, este último vocablo adquiere nuevos usos semánticos y también cierta unidimensionalidad. Por ansiedad empieza a entenderse no sólo diferentes tipos de reacciones, sino también una variable central de la personalidad, e incluso un trastorno. Esto acabó generando un círculo vicioso. Por ejemplo, para Spielberger, (1985) la preocupación es un estado de ansiedad, pero por estado de ansiedad se entendía, entre otras cosas, "un estado de preocupación".

Aunque se cuestiona el estatus científico del término ansiedad, debido a la multiplicidad de significados que éste empezaba a tener, una solución provisional que se adoptó fue considerarlo de forma multidimensional, en función del tipo de reacciones que se experimentan ante determinadas situaciones.

En primer lugar, se habían observado que, por ejemplo ante un examen, algunas personas sienten únicamente molestias físicas (p.ej., aceleración cardíaca, malestar estomacal, etc.), mientras que en otras aparecen pensamientos anticipatorios relacionados con un posible suspenso, etc. Sin negar que la mayoría de las personas podemos experimentar tanto síntomas físicos como ciertas anticipaciones, lo que interesó a los especialistas fue si tan diversas manifestaciones influían por igual en el rendimiento (Liebert & Morris, 1967).

Bajo esta perspectiva, se postula que el constructo ansiedad hace referencia a dos componentes: uno fisiológico - emocional, y otro cognitivo, que se identificaría con el concepto de preocupación.

De modo independiente, otros autores como Peter Lang (1985) propusieron que el constructo ansiedad debía desglosarse, al menos, en tres factores: el fisiológico, el motor, y el verbal, dentro del cual habría que ubicar las "quejas de preocupación" (Lang, 1985, p. 133). Aunque el factor "verbal" inicial se ha ampliado a un factor cognitivo general. En esta concepción, la preocupación se considera una respuesta más dentro de dicho componente cognitivo.

El constructo preocupación puede considerarse un posible antecedente de estados afectivos negativos, en general (Gana, Martin & Canouet, 2001). La investigación neurofisiológica señala que el fenómeno de la preocupación parece relacionarse menos con la activación del sistema nervioso autónomo que con la del sistema nervioso central (Thayer et al. 2000); en concreto, parece que genera una mayor activación del hemisferio frontal izquierdo (Carter, Johnson & Borkovec, 1986).

Una primera hipótesis ha consistido en describir el fenómeno de la preocupación como un proceso de solución de problemas en el que utilizamos de forma acusada nuestra capacidad lingüística (Borkovec, Ray & Stöber, 1998). Aunque dicha descripción no agota la realidad del fenómeno, sí ha sido utilizada por varios autores como argumento adicional en contra de la identificación con el constructo

ansiedad, entendido de forma unidimensional (Davey et al. 1992). Además, también supone que el fenómeno de la preocupación es, inicialmente, un proceso constructivo.

De hecho, algunos sujetos valoran la preocupación como algo positivo y útil (Freeston, et al. 1994), y actualmente se está investigando la relación entre dicha valoración y ciertas patologías (Dugas et al. 1998; Harvey, 2003; Wells & Carter, 2001).

De igual forma, también parece interesante considerar dos tipos de creencias más: las referidas a las consecuencias negativas que puede tener preocuparse, y las referidas a la falta de control sobre el proceso (Wells, 2005). "Parece demostrado experimentalmente que el intento de controlar el pensamiento indeseado, intentando suprimirlo, puede generar un indeseable y paradójico efecto rebote (Wenzlaff & Wegner, 2000). Por tanto, cabe suponer que es posible que este tipo de creencias se forme a partir de tentativas infructuosas de supresión" (Prados, 2005). La investigación reciente ha relacionado esta clase de creencias con ciertos desórdenes psicológicos, como el trastorno por ansiedad generalizada, el trastorno depresivo y el trastorno obsesivo-compulsivo, entre otros (Gwilliam, Wells & Cartwright-Hatton, 2004; Wells & Carter, 2001).

1.2. Preocupación

La preocupación es un componente cognitivo de la ansiedad, las pruebas de ansiedad revelan por lo general dos factores: uno con respecto a los síntomas somáticos, y otro con más aspectos cognitivos, como pensamientos intrusivos o pensamientos no deseados; así mismo, se ha encontrado en estudios que los preocupados tienen una dificultad para excluir los pensamientos negativos y son menos hábiles para enfocar la atención en su propia respiración, y sienten emociones negativas con más frecuencia que aquellos que no se preocupan. El hecho de que no se puedan enfocar en su respiración sugiere que los

pensamientos intrusivos puedan interrumpir su atención y alterar dicha tarea (Borkovec, 1985; Gross, 1990; Mathews, 1990 & Wells, 1999).

Según el desarrollo psicológico la edad madura comienza a partir de los 40 años y se alarga hasta los 65, esta etapa se caracteriza por ser un periodo de una nueva realización o de crisis dependiendo de las experiencias de vida, y de las decisiones que se hayan tomado anteriormente; este tipo de personas se encuentran más conscientes sobre su mortalidad y el tiempo que les puede quedar de vida motivo de preocupación, así como las aportaciones que puedan hacer a la siguiente generación, cuestiones de creatividad, temen estancarse o perder oportunidades; desean conservar las relaciones íntimas con su familia y amigos. Ante cada evento trascendente como la muerte, el nacimiento, cambio de empleo, divorcio y otros consideran en significado de su propia vida tanto de cosas que les suceden a ellos como a los que los rodean (Craig, 2001).

Wells (1999), en un estudio encontró que las preocupaciones más frecuentes en los pacientes pueden ser por: la familia, la casa, las relaciones interpersonales, las finanzas, trabajo, escuela, enfermedades, salud o lesiones.

A continuación se enlistan algunas problemáticas que Rice (1997), cree importantes en la edad madura y la vejez.

Edad Madura

- 1.- Ajustarse a los cambios físicos y a la mediana edad.
- 2.- Encontrar satisfacción y éxito en la vida profesional.
- 3.- Asumir la responsabilidad cívica y social de los adultos.
- 4.- Llevar a los hijos a una vida adulta feliz y responsable.
- 5.- Revitalizar el matrimonio.
- 6.- Reorientarse hacia los padres que envejecen.
- 7.- Reorientar los roles sexuales.
- 8.- Desarrollar redes sociales y actividades para disfrutar el tiempo libre.
- 9.- Encontrar un nuevo significado a la vida.

Vejez

- 1.- Permanecer físicamente saludable y ajustarse a las limitaciones.
- 2.- Mantener un ingreso adecuado y medios de sostenimiento.
- 3.- Ajustarse a nuevos roles de trabajo.
- 4.- Establecer condiciones adecuadas de vivienda y vida.
- 5.- Mantener la identidad y el estatus social.
- 6.- Encontrar compañía y amistad.
- 7.- Aprender a usar el tiempo libre de manera placentera.
- 8.- Establecer nuevos roles en la familia.
- 9.- Lograr la integridad mediante la aceptación de la propia vida.

La ansiedad se ha conceptualizado de manera global considerando aspectos de sensaciones somáticas, elementos cognitivos, componentes conductuales y emocionales, que incluyen las sensaciones corporales de las que las personas son conscientes. La preocupación se ha conceptualizado cognitivamente por la naturaleza, enfocándose en excesiva o irreal importancia por eventos futuros y parece asociarse con estilos de afrontamiento centrados en el problema como un interés mental sobre la ejecución de la tarea y se considera adaptativa. El rasgo de ansiedad tiende a ser asociado con un estilo de afrontamiento de evitación y una falta de confianza para resolver el problema (Borkovec, 1985; Zebb, Beck, 1998).

En opinión de Heimberg, Turk & Mennin (2004) la preocupación es un intento cognitivo para resolver el problema de un posible daño futuro, funciona para evitar la ocurrencia de eventos negativos distantes. La preocupación, de hecho, reduce ciertos aspectos de la amenaza o es percibida como algo que previene eventos negativos, por lo que es reforzada negativamente como cualquier conducta de evitación. Por lo tanto, sugieren que la preocupación funciona como una respuesta de evitación cognitiva y que las condiciones necesarias para el reforzamiento negativo están frecuentemente presentes.

También se ha encontrado que la preocupación está muy relacionada con el miedo, incluyendo imágenes y pensamientos emocionalmente negativos que

impiden a la persona conciliar el sueño por su carácter intrusivo e incontrolable (Borkovec, 1985 & Gross, 1990). Parece ser un estado especial del sistema cognitivo, adaptado para anticipar posibles peligros futuros en contraste con otras especies, los humanos pueden representar dentro del sistema cognitivo posibles eventos futuros y así la preocupación puede ser únicamente un fenómeno humano de esta manera podemos pensar en como evitar la amenaza. Este proceso tiene obvias ventajas, pues podemos estar preparados para el resultado. La preocupación se asemeja en algunos aspectos a la resolución de problemas, pero en lugar de llevar a un resultado satisfactorio, es como si el peligro estuviera repitiéndose constantemente sin ninguna solución (Mathews, 1990).

De acuerdo con Eysenck (1985), los individuos con altos rasgos de ansiedad, tienen organizada la información sobre sus preocupaciones en la memoria a largo plazo lo cual responde a las intrusiones, lo repetitivo y la naturaleza incontrolable de la preocupación excesiva.

En un estudio de Meyer (1990), se encontró que la preocupación inducida produce un gran incremento de intrusiones de pensamientos negativos antes de realizar una tarea, además, de que produce una mezcla de experiencias emocionales ansiosas y depresivas así como también puede inhibir el procesamiento de información fóbica y así contribuir a mantener los desordenes de ansiedad e interferir con los cambios que implica el tratamiento a exposición.

1.3. Preocupación Patológica

La preocupación ha sido considerada durante mucho tiempo como un componente más de la ansiedad e incluso inseparable de ella (O'Neill, 1985). El hecho de que se haya identificado como el elemento característico para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada ha disparado los estudios sobre ella, sobre todo en los últimos 20 años. Ello ha permitido entender algunas de sus características y plantear alternativas que abren nuevas perspectivas en el tratamiento cognitivo conductual de ese trastorno.

La preocupación aparece, en general y sin que se pueda considerar patológica, como un intento de resolver un problema que amenaza fijando un curso de acción adecuado y se convertirá en problemática cuando no llegue a buen término su función. Cuando detectamos la presencia de un problema, comenzamos de inmediato su afrontamiento. Si las circunstancias lo permiten, nos ayudamos del lenguaje interno (pensamiento) para resolverlo. Nuestro lenguaje nos sirve para simular nuestro comportamiento futuro y prever sus consecuencias sin necesidad de actuar. Comenzamos a planificar nuestra reacción y la preocupación surge dentro del proceso cognitivo que tiene como función determinar el curso de acción más conveniente para nosotros. Por tanto, la preocupación aparece asociada a la planificación de nuestras acciones y como se encuentra dentro de la normalidad más absoluta y se puede estudiar junto a otras conductas de planificación en el contexto de la toma de decisiones y la resolución de problemas.

La ansiedad también surge junto a una activación de nuestro cuerpo para hacer frente a una situación demandante, luchando, bloqueándose o huyendo, por ello, el análisis de los procesos que aparecen unidos a ella, se ha de hacer considerando que son parte del afrontamiento de lo que se teme. La preocupación se incluye en la actividad cognitiva que prepara la reacción al peligro; por tanto, la preocupación asociada a la ansiedad es un factor que interviene en el enfrentamiento de cualquier amenaza y por eso se puede detectar frecuentemente en cualquier persona y como un elemento relevante en todos los sujetos que presentan un trastorno de ansiedad.

La preocupación como afrontamiento ante los problemas dentro de la normalidad está asociada a creencias de que es positivo preocuparse, puesto que colabora en la solución. Así en un estudio con sujetos normales encontraron las siguientes creencias positivas acerca de la preocupación: Motivarse para hacer las cosas; definir como prevenir o evitar sucesos negativos; prepararse para lo peor; resolver problemas; reducir la probabilidad de sucesos negativos, que es una creencia supersticiosa (Dugas, Buhr, y Ladouceur, 2004). Sin embargo, la preocupación

patológica no reduce la probabilidad de resultados negativos ni aumenta la probabilidad de un afrontamiento exitoso ni es efectiva para resolver problemas concretos (Roemer & Orsillo, 2002, Wells, 2004). Pero las personas con trastorno de ansiedad generalizada se preocupan de sucesos con baja probabilidad y lo hacen de forma continuada. Como cuando se preocupan no ocurren los sucesos temidos, debido en realidad a su baja probabilidad, se refuerza la preocupación y la creencia en su eficacia. Es una confirmación supersticiosa, porque la no ocurrencia del suceso no está relacionada con preocuparse o no. Por ejemplo, cuando se preocupan con el objetivo de conseguir reducir la probabilidad de un accidente, como el accidente no ocurre, se refuerza la conducta de preocuparse.

1.3.1 La incertidumbre

Para los individuos que desarrollan un trastorno de ansiedad generalizada la amenaza mayor es la incertidumbre (Dugas, Gagnon, Ladouceur & Freeston, 1998). Para ellos es más problemático no saber cuando se van a morir, que el hecho mismo de morir. Pueden llegar a decir que preferirían que les asegurase que no van a fallecer hasta los 50 años que no saberlo y poder vivir con la duda hasta los 80. Otro ejemplo es la incertidumbre que surge ante la muerte y la existencia de vida después. Para los sujetos con baja tolerancia a la incertidumbre el problema no es si va a existir la vida después de la muerte, sino la incertidumbre de no saber si va a existir o no. Dugas & Col. (1999), consideran que existen disparadores de la preocupación, que pueden ser situaciones, estados de ánimo o sucesos de la vida cuando generan amenazas, o pueden ser vistos como tales. Aparecen en esas circunstancias pensamientos de la forma “¿Y si...?” que generan incertidumbre y para evitarla se pone en marcha la preocupación. El proceso ocurre con mayor probabilidad cuando se tienen las creencias de que la preocupación es buena porque nos prepara para afrontar la amenaza, o que evita decepciones, o que nos ayuda a proteger a los que queremos.

1.3.2 La Preocupación como Paliativo de la Ansiedad

Al ser la preocupación una parte de la resolución de problemas que causan ansiedad, solamente el hecho de empezar a pensar en solucionar un problema significa que se ha comenzado su afrontamiento y, así, aumentamos la probabilidad de librarnos del peligro previsto y ya nos comenzamos a calmar, porque hemos iniciado la resolución del problema.

Se ha demostrado que la preocupación tiene un impacto directo sobre la ansiedad, en concreto sobre el tono vagal que incluye los latidos del corazón y la respiración. Es una reducción de determinadas formas de activación que, sin embargo, genera otras también desagradables como la tensión muscular y la inquietud. Al pensar, generamos imágenes o palabras; pero en la preocupación patológica se hace solamente de forma verbal, (Borkovec e Inz, 1990) alcanzando de esta forma un alto nivel de abstracción que aleja de la realidad de la amenaza más que las imágenes y nos permite, además, aplicar la lógica, lo que facilita llegar a soluciones más coherentes. Roemer & Orsillo (2002), dan gran importancia a este hecho y afirman que la forma más llamativa de evitación en el trastorno de ansiedad generalizada es la evitación de estímulos o experiencias internos, aunque irónicamente la preocupación se convierte en una experiencia interna no deseada. Así se explica como pueden darse simultáneamente dos procesos aparentemente contradictorios, la disminución de la ansiedad y el aumento de la tensión muscular.

Pero no es ese el único camino por el que la preocupación se convierte en una conducta de evitación, que rebaja la ansiedad: Muchas veces los sujetos con trastorno de ansiedad generalizada, al preocuparse de sucesos muy poco probables, rehúyen hacerlo de problemas acuciantes a los que no quieren o no pueden enfrentarse (Borkovec, Alcaine, & Behar, 2004). Si se preocupan porque es posible que caigan enfermos, no les quedará tiempo para pensar que las relaciones con su pareja no son agradables y que no ven posibilidades de mejorarlas. Se evita así la experiencia de la ansiedad al preocuparse de problemas menores para no afrontar aquellos que causarían mayor ansiedad y que no son

solucionables. Al ocupar los recursos mentales en los temas que causan menor sufrimiento se impiden los pensamientos más amenazantes. Preocupándose de problemas terribles, aunque poco probables, se cree que se está haciendo todo lo posible para solucionar problemas; aunque en realidad los estén evitando. La quinta esencia de este proceso consiste en que los humanos puede crear estrés para excluir un dolor posterior mayor (Borkovec, Alcaine, & Behar, 2004).

1.3.4 Preocuparse por Estar Preocupado

Wells, 1999, 2002, 2004, Wells & Matthews, 1994, considera que tanto las creencias positivas acerca de la preocupación como las negativas pueden llevar a convertirla a ella misma en una amenaza. Este autor explica que cuando se piensa de forma rígida que la preocupación es buena y que hay que implementarla en todo momento, porque es imprescindible para resolver problemas o para evitar amenazas, aparece la preocupación de tipo 1, en la cual la persona inicia el desarrollo de planes de acción hasta que encuentra uno que le satisface. La forma de saber que le satisface es cuando siente o bien que es capaz de afrontar el problema o bien que ha contemplado todas las alternativas posibles; pero estos criterios suelen ser arbitrarios o supersticiosos. La persistencia y repetición de este proceso es la causa de que se implante una preocupación patológica. Finalmente se llegan a activar las creencias negativas, como considerarla incontrolable o dañina para el cuerpo o la mente de las personas, con lo que se dispara la preocupación tipo 2, en la cual se establece la meta preocupación, ya que se llega a estar preocupado por el hecho de estar preocupado, se cree que la preocupación puede volver loco o llevar a hacer locuras, o a causar un estrés tan grande que produzca finalmente una enfermedad física.

La creencia en que la preocupación es dañina se confirma a sí misma. En efecto, el análisis de la situación confirma las previsiones, porque uno comprueba que cuando se preocupa, su cabeza da vueltas y su nivel de ansiedad es muy grande lo que le hace temer por su salud; pero la primera alternativa que toma es preocuparse para encontrar la solución a su malestar, para asegurarse de que no

le va a pasar nada, se establece así un círculo vicioso que incrementa la ansiedad y la creencia en la malignidad de la preocupación que se siente como incontrolable.

Cuando se puede avanzar en la resolución del problema y pensar en otras alternativas, lo que se le ocurre es intentar dejar de pensar en lo que le preocupa, es decir, en los problemas que él cree que le producen sus pensamientos, no quiere pensar, pero sabemos que eso es muy difícil, cuanto más se esfuerza, más presentes están sus pensamientos (Wegner, 1994; Wenzlaff, 2000). Aunque en el caso del trastorno de ansiedad generalizada Purdon (1999) encuentra que algunas veces es posible suprimirlos, seguramente ocurrirá cuando la preocupación es una conducta de evitación, pero no cuando ella misma es la fuente de la ansiedad. Por lo tanto, lo más normal es que fracase en su intento. Cuando en sus intentos de control analiza los resultados obtenidos con su esfuerzo, le surge un sentimiento de falta de capacidad de resolver el problema, que le lleva a esforzarse más y más (Sugiura, 2003), incrementando notablemente su problema. Así puede surgir otra creencia negativa de que la preocupación es incontrolable, además de potencialmente dañina lo que incrementa tremendamente la ansiedad.

Solucionar los problemas causados por la preocupación patológica se tiene que hacer saliendo del marco de procesamiento de la información en el que se está, pasando al nivel metacognitivo, en el que se tiene control de la preocupación. Si no se hiciese así, se trataría de solucionar el problema comenzando por preocuparse por él, elaborando planes que ayuden a eliminar la preocupación, por lo que se entra en un camino que no lleva más que a empeorar la situación. Para conseguir este distanciamiento Wells propone la regulación de la atención (Wells & Mathews, 1994) por medio de la cual los sujetos se fijan en sonidos externos en presencia de los estímulos que llevan a la preocupación y cuando se distraen vuelven a ellos.

Wells (2002), plantea que el elemento fundamental en la preocupación patológica es que el procesamiento de los pensamientos no se hace en un nivel metacognitivo, en el que hay control de los pensamientos. Así, quien se preocupa

patológicamente ve los pensamientos como sucesos reales en lugar de considerarlos como sucesos internos que no tienen necesariamente que reflejar una realidad objetiva. De esta forma, una amenaza pensada se convierte en real en lugar de ser solamente un pensamiento, y en consecuencia se establece el objetivo de eliminarla, evaluándola e intentando establecer estrategias y conductas para reducirla, acabar con ella o vigilarla, como si fuera totalmente real. Se ha dejado a un lado el funcionamiento metacognitivo que permite que se vean a los pensamientos como procesos que se tienen que evaluar y contrastar. Funcionar en modo metacognitivo supone que la persona toma una cierta distancia de sus pensamientos y creencias, que no se consideran obligatoriamente como una representación verdadera de la realidad. Con este modelo Wells propone demostrar que la preocupación es controlable, el objetivo para solucionar el problema sería potenciar el modo metacognitivo de pensar de forma que se pudieran evaluar los pensamientos, contrastar su realidad, suspender la preocupación o redirigir la atención a sucesos más probables. Funcionando en un nivel metacognitivo se conseguiría tener un conocimiento más estructurado y desarrollar planes nuevos y efectivos y sería menos probable caer en una preocupación patológica.

Wells (2004), propone que se vaya comprobando que la preocupación es controlable, por ejemplo, sugiere que se intente aplazar indicando al paciente que solamente se preocupe durante un periodo corto y determinado al día. Se le enseña al paciente a estar aquí y ahora para poder ocupar su mente en las cosas que son importantes y que son a los que le conviene dedicarse en ese momento. La experiencia clínica nos dice que cuando la ansiedad es muy alta, lograr dejar la lucha contra lo que tememos es muy difícil, por eso la exposición a sus miedos le ayudará a rebajar la ansiedad y a poder estar en el presente.

Una vez que el paciente ha debilitado sus creencias negativas sobre la preocupación (incontrolabilidad, dañina para la salud, etc.) se atacan sus creencias positivas por las que piensa que la preocupación es una buena estrategia para

controlar los resultados. En este paso, es un buen tratamiento la exposición a la imposibilidad o la falta de habilidad para predecir o controlar algunos resultados, lo que implica la aceptación del problema (Dugas, et al, 1998). Lo que además ayuda a debilitar la creencia en la propia incapacidad de resolver problemas; ya que la salida del círculo vicioso en el que se ha entrado rompe la creencia en la propia incompetencia y es la forma de aumentar la creencia en la auto eficacia.

1.3.5 Tratamiento

Se han señalado una serie de complicaciones que hacen que la preocupación se convierta en patológica, y se han apuntado soluciones que residen fundamentalmente en aceptar la incertidumbre (Dugas, et al, 1998), en controlar los pensamientos empleando un método de entrenamiento en atención que nos ayude a tomar distancia de ellos (Wells, 1990), desarrollar una conciencia plena para no rumiar (Segal, et al, 2002), incrementar la conciencia plena para aumentar la creatividad (Langer, 2000), no evitar experiencialmente para lo que Roemer & Orsillo (2002), proponen la meditación para conseguir la conciencia plena. En todas estas soluciones juega un papel fundamental la conciencia plena (mindfulness) (Borkovec, 2002; Roemer & Orsillo, 2002).

La conciencia plena no es sencilla de conseguir, por eso desde la antigüedad se han desarrollado técnicas dirigidas a tal fin, tales como la meditación Zen y otras prácticas similares. En la actualidad se han adaptado esas técnicas a nuestra mentalidad occidental, despojándolas del contexto religioso en la que se crearon (Kabat-Zinn, 1990), con resultados muy prometedores (Baer, 2003). La profundización en el desarme del pensamiento ha encontrado una sintonía muy importante con estas técnicas, lo que ha planteado su incorporación a la terapia de aceptación y compromiso, dado el pragmatismo técnico que constituye una de las bases filosóficas de esta terapia (Hayes, et al, 1999). Es plenamente factible utilizar estas técnicas en la terapia, de forma totalmente compatible con la teoría básica (García Higuera, 2004). Es evidente que se pueden emplear para potenciar la aceptación de nuestras experiencias internas, ya que con ellas se pretende un

distanciamiento de los pensamientos, sensaciones, sentimientos y emociones aprendiendo a observarlos sin actuar obligatoria o automáticamente, lo que coincide plenamente con los que se plantea la terapia de aceptación y compromiso.

García Higuera (2004), plantea una serie de técnicas para alcanzar la conciencia plena entre las que juega un papel preponderante la aceptación de las sensaciones propias. Cuando se utiliza la preocupación para reducir alguna de ellas que es desagradable, en concreto las respuestas vágales, se está entrando en la preocupación patológica. Si se utilizan las sensaciones como elementos de evaluación de los resultados futuros, que se van a obtener con las acciones planeadas, se corre el peligro de potenciar la preocupación patológica. Si se consideran como evaluaciones de los resultados reales de las acciones, se puede caer en un proceso obsesivo. Si se intenta explicar el por qué se sienten y extrapolan las consecuencias de sentir las, se entra en un proceso de rumiación que predispone a la recaída en la depresión. Las sensaciones corporales son un elemento importante de nuestra experiencia y juegan un papel fundamental en la evitación experiencial. En consecuencia, la aceptación de las sensaciones en el camino a la conciencia plena, es un camino adecuado para conseguir resolver todos estos problemas.

1.4 Estrategias para Moderación de Preocupación

Fijarse en Sonidos Externos en Presencia de Estímulos de Preocupación: Solucionar los problemas causados por la preocupación patológica se tiene que hacer saliendo del marco de procesamiento de la información en el que se está, pasando al nivel metacognitivo, en el que se tiene control de la preocupación (Wells & Mathews, 1994).

Si no se hiciese así, se trataría de solucionar el problema comenzando por preocuparse por él, elaborando planes que ayuden a eliminar la preocupación, por lo que se entra en un camino que no lleva más que a empeorar la situación. Para conseguir este distanciamiento Wells propone la regulación de la atención (Wells &

Mathews, 1994), por medio de la cual los sujetos se fijan en sonidos externos en presencia de los estímulos que llevan a la preocupación y cuando se distraen vuelven a ellos.

Permitirse la Preocupación durante Periodos Cortos y Determinados del Día:

Wells (2004), propone que se vaya comprobando que la preocupación es controlable, por ejemplo, sugiere que se intente aplazar indicando al paciente que solamente se preocupe durante un periodo corto y determinado al día.

Eliminar las Creencias que Sustentan que la Preocupación va a ayudar a Resolver los Problemas:

El paciente llega a comprender que la preocupación patológica no reduce la probabilidad de resultados negativos ni aumenta la probabilidad de un afrontamiento exitoso ni es efectiva para resolver problemas concretos (Roemer & Orsillo 2002; Wells, 2004).

Eliminar Primero las Creencias Negativas y luego las Positivas:

Una vez que el paciente ha debilitado sus creencias negativas sobre la preocupación (incontrolabilidad, dañina para la salud, etc.) se atacan sus creencias positivas por las que piensa que la preocupación es una buena estrategia para controlar los resultados. (Roemer & Orsillo 2002; Wells, 2004).

Aceptación de la Incertidumbre: Se han apuntado soluciones que residen fundamentalmente en aceptar la incertidumbre (Dugas, et al, 1998).

Poniendo Atención en Estímulos Externos en el Momento en que nos Estamos Preocupando:

La idea es controlar los pensamientos empleando un método de entrenamiento en atención que nos ayude a tomar distancia de ellos (Wells, 1990).

Desarrollar la Conciencia Plena (ó Atención Plena):

Desarrollar una conciencia plena, mediante diversas técnicas, cuyo origen es de índole espiritual (meditación

zen, etc.), pero que en la actualidad se han adaptado a nuestra mentalidad occidental, despojándolas del contexto religioso en la que se crearon (Kabat-Zinn, 1990) con resultados muy prometedores (Baer, 2003).

La preocupación es entonces un tema precursor del trastorno de ansiedad y como claro precedente del trastorno de ansiedad generalizada, entonces, para realizar una labor preventiva de la ansiedad resulta elemental iniciar el estudio en sujetos que presentan una preocupación común donde comienza debido a una saturación de demandas y preocupaciones un trastorno de ansiedad generalizada.

En el siguiente capítulo, se tratará de la ansiedad como una de las consecuencias de la preocupación, para luego de entender su sintomatología, causas y tratamiento pasar al estudio del Trastorno de Ansiedad Generalizada.

CAPÍTULO 2. ANSIEDAD

La ansiedad es un mecanismo que las personas necesitan para poder adaptarse a las exigencias del ambiente en el que viven y así tener un mejor desenvolvimiento a lo largo de la vida. Pero, no siempre es así; por diversos motivos las personas pueden desarrollar una psicopatología al excederse en cubrir a la perfección dichas demandas y llegar al extremo, de tal manera, que la expectativa que cada uno se hace sobre su propia persona se considere insuficiente llevándola a un estado que se puede salir de control en tiempo e intensidad y terminar en un trastorno psicológico.

Por más de un siglo, los trastornos de la ansiedad han sido motivo de interés clínico y teórico, Freud (1894), describió la neurosis de ansiedad y la consideró como el eje central de su teoría psicoanalítica. Esta alteración podría presentarse en forma episódica o continua. La reacción individual de cada persona es variable y puede desarrollarse, entre otras, una entidad fóbica, una conversiva o bien un tipo de crisis de angustia con elementos obsesivos o compulsivos. Un tiempo después se consideró que la angustia, sólo se refería a la experiencia subjetiva del suceso. Hoy, la fenomenología se aplica comúnmente a la conducta, signos, síntomas, los hechos observables que están asociados con un trastorno o una enfermedad, debe considerarse tanto el pasado como el presente así como los factores externos e internos en correspondencia con el modelo biopsicosocial.

De cualquier forma, existe consenso en aceptar que la angustia surge como una vivencia de amenaza a la integridad psicofísica del individuo. Por tal motivo hay que admitir que es un estado emocional, oblicuo, susceptible de surgir en múltiples situaciones normales o patológicas (Vallejo, 1990).

En la época actual se está en la posibilidad de afirmar que los trastornos de angustia o ansiedad son una entidad universal que se presenta en forma inicial o aislada, aunque muy frecuentemente se asocian con otros trastornos de la esfera

mental y somática a la ansiedad se debe entender como una reacción que puede ser adaptativa o de defensa ante una situación nueva o inesperada y que se caracteriza por un estado de mayor alerta y activación biológica, psicológica y social. A la ansiedad se le ha considerado como un mecanismo adaptativo, resultado de conductas defensivas ante cualquier circunstancia que represente una amenaza a la integridad de la persona desde todos los aspectos del funcionamiento vital (Heinze, 2003; Silverman, 2003; Vallejo, 1990).

La respuesta ansiosa se encuentra presente en la totalidad de los animales superiores, relacionándose ésta con la percepción de peligro y la necesidad de llevar a cabo conductas urgentes de entidad protectora así el trastorno de ansiedad limita de forma importante la calidad de vida de quien lo padece. Aunque la ansiedad es una respuesta que se presenta normalmente frente a la percepción de una amenaza o peligro, y tiene como propósito de protección del organismo, es también señal de que algo ha provocado un desequilibrio (Campos, 2005; Luengo, 2005).

Todos los seres humanos padecen, de una u otra forma, distintos niveles de ansiedad de acuerdo con Pérez (2003), y Luengo (2005), cuando es moderada y guarda la relación con el estímulo que la provoca o una relación de intensidad con la situación de intensidad con la que aparece, es en todo caso, algo tan normal como la sed, el hambre o el deseo sexual, es en si misma un estado adaptativo que nos prepara a contender con riesgos potenciales, es decir, puede ser benéfica para el individuo al permitirle un mayor estado de alerta e impulsarlo a acciones que bajo otras circunstancias no realizaría.

Cuando la ansiedad es normal, nos alerta y protege, y en un grado moderado desempeña una función de gran utilidad pues estimula los esfuerzos, la vivacidad, y contribuye a que las personas se mantengan en un elevado nivel de trabajo, la ansiedad es una experiencia ordinaria que se presenta cuando nos esforzamos en alcanzar determinadas metas, atenernos a ciertos plazos de tiempo, al mantener

relaciones interpersonales, se preparan por ejemplo exámenes o presentaciones, una cita importante, una solicitud de empleo, entre otros el afrontar la mayor parte de las actividades que desarrollamos durante el día conllevan un cierto grado de ansiedad y en muchas de las actividades que realizamos diariamente (Linfort, 1974; Rojas, 2002; Contreras, 2003).

Pero que, como también sucede, se torna enfermiza cuando su intensidad no guarda relación con la causa que la provoca, o cuando surge de manera inesperada (Pérez, 2003).

Heinze (2003), considera patológica a la ansiedad cuando su intensidad es tan alta que interfiere negativamente con el rendimiento y funcionamiento tanto psíquico como social. La ansiedad se define como enfermedad cuando el individuo no es capaz de lidiar con sus síntomas ansiosos, que difieren notablemente de la ansiedad cotidiana o normal, cuando la ansiedad se vuelve negativa se necesitan los siguientes requisitos: tener una gran intensidad, que su duración sea excesiva y que sea paralizante, que vaya produciendo bloqueos intermitentes que cada vez van a más (Rojas, 2002).

La ansiedad patológicamente hablando, debiera obedecer, como reacción a una equivocación trascendente: la lectura de un peligro máximo o la posibilidad de perder la vida, sin una presencia real desencadenante fuera de los parámetros biológicos. Es una patología en tanto se trata de una distorsión de la realidad basada en la ruptura de una lógica situacional, ya no de carácter ecológico, si no, incluso real, la ansiedad patológica aparece como reacción ante estímulos erróneos, ante una equivocada interpretación de los mismos, o ante su simple percepción anómala, interna o externa, lo que confiere al final un valor adaptativo, si no además totalmente contraproducente (Luengo, 2005).

Se trata de un fenómeno que únicamente debe clasificarse como una anomalía cuando compromete o atenta contra el bienestar general o la eficiencia personal (Linfort, 1974). Cuando es así, nos causa sufrimiento, y en algunos casos extremos nos recluye e invalida socialmente (Pérez, 2003).

2.1 Definición de Ansiedad

Las emociones en general, el miedo y la ansiedad en particular, a pesar de ser una experiencia universal, no han alcanzado debido a su complejidad, una definición científica única. Como emoción la ansiedad presenta biológicamente un sentido positivo por cuanto facilita la supervivencia personal y de especie ayudando al individuo en el afrontamiento de situaciones difíciles y comprometedoras, desencadenando cambios corporales que tienen lugar durante la reacción emocional o el estado de ansiedad que sirve de preparación para llevar a cabo con más posibilidades de éxito un comportamiento de huida o ataque ante lo que supone una amenaza (Corsi, 2003; Vallejo, 1990). Para poder investigar las emociones experimental y objetivamente, se han distinguido por lo menos tres componentes: uno relacionado con la respuesta emocional o conducta, que incluye manifestaciones motoras y cambios en los sistemas fisiológicos, especialmente en el sistema nervioso autónomo y el endocrino (hormonal). En este aspecto la estructura que posibilita el control emocional es el sistema límbico, al principio el cerebro procesa la información desprovista de emociones pero una vez que esta información accede al mencionado sistema límbico es cuando tiene lugar la interpretación emocional alcanzando una conciencia de la misma manera que las funciones cognitivas superiores afectan a la conducta emocional (Luengo, 2005).

Otro componente visible se ha relacionado con la comunicación de las emociones, que incluye desde el lenguaje, las vocalizaciones y la entonación o prosodia, hasta las expresiones faciales y posturales o lenguaje corporal. La información verbal es la expresión lingüística de la vivencia de la ansiedad, los síntomas psicológicos que necesitan de la palabra para ponerse al descubierto: temor a perder el control,

temor a la muerte, a la locura, ganas de huir, de marcharse, sensación de vacío interior por mencionar algunas (Rojas, 2002).

Finalmente, está el componente más complejo y difícil de investigar: la experiencia subjetiva o “sentimiento”, Las emociones se acompañan de un sentimiento de agrado o desagrado de intensidad variable que motiva al individuo a evitar o alejarse de los objetos o situaciones que le proporcionan emociones negativas, y a acercarse a buscar situaciones placenteras que le proporcionan sentimientos agradables o emociones positivas. Las emociones son, por lo tanto, uno de los principales motores de la conducta (Corsi, 2003).

A continuación se presentan cinco definiciones que destacan a grandes rasgos las diferencias entre los distintos enfoques que estudian a la ansiedad:

Linfort (1974), define a la ansiedad como: un estado de ánimo transitorio, reflejo de la conciencia y de la amenaza de un suceso desagradable, o puede acompañar a un deseo intenso. Este término comprende dos elementos: una experiencia subjetiva y un módulo de comportamiento observado tanto en los demás como en nosotros mismos.

Otra definición de ansiedad es la que elabora Howard (2001), con la que concuerda Aguado (2006), en la que aseguran que la ansiedad es un estado emocional subjetivo que se caracteriza por aprehensión y síntomas objetivos de hiperactividad del Sistema Nervioso Autónomo, debido a una actividad excesiva de la función noradrénergica, relacionada con una amenaza potencial, real o imaginada de peligro de la integridad física o psíquica; como una reacción de adaptación y de hiper-alerta que se va a manifestar en forma de síntomas físicos o psíquicos.

Según Heinze (2003), la ansiedad se debe entender como una reacción que puede ser adaptativa o de defensa ante una situación nueva o inesperada y que se

caracteriza por un estado de mayor alerta y activación biológica, psicológica y social.

Vallejo en 1990, describió a los pacientes ansiosos en el plano psíquico como personas que se encuentran nerviosas, inquietas, con un sentimiento penoso de malestar moral que anuncia la fragilidad de un yo que se siente amenazado, todo le preocupa y progresivamente se va deteriorando su rendimiento, lo que le hace sentir incapaz, se sobresalta con facilidad, el futuro le agobia y poco a poco entra en una restricción de sus relaciones sociales.

Biológicamente, podríamos definir a la ansiedad como la respuesta adaptativa de un sistema de alarma que prepara a un organismo a contender contra un peligro potencial (Pérez, 2003).

2.2 Sintomatología

Pérez (2003), sugiere que en una situación de apremio, el individuo experimenta una sensación de inquietud y aprehensión que se acompaña de un aumento en la vigilancia del entorno, de dificultad para concentrarse, de un aumento en la tensión muscular y de numerosos síntomas autonómicos entre los que destacan las palpitaciones, la sudoración, la falta de aliento y la presencia de molestias digestivas, así como también se puede manifestar mediante síntomas cognitivos, conductuales o somáticos como: angustia, temores, preocupación, inseguridad, inquietud, tensión motora, hiperactividad autonómica, digestiva, cardiovascular, y respiratoria, cambios motores, irritabilidad, actitudes agresivas o de desaprobación, sensación de vulnerabilidad, vigilancia exacerbada y reacciones emocionales exageradas ante el peligro (Aguado, 2006; Contreras, 2003).

En opinión de Rojas (2002), la sintomatología de la ansiedad debe dividirse en seis esferas diferentes que son:

a) Sintomatología general del Trastorno por Ansiedad:

Inquietud interior (desasosiego, inseguridad, presentimiento de la nada, temores difusos, anticipación de lo peor), tensión motora (temblores, dolores musculares, espasmos, incapacidad para relajarse, tics), estado de alerta (hipervigilancia), expectación negativa (preocupaciones, miedos, anticipaciones de desgracia para uno mismo o para los demás), irritabilidad, impaciencia, irascibilidad, estado de alteración, temor a la muerte, a la locura, a perder el control, a suicidarse y quejas somáticas como palpitaciones, opresión precordial, sequedad de boca, hiper-sudoración, dificultad respiratoria, molestias gástricas, escalofríos, oleadas de calor y frío, manos sudorosas, sensación de vértigo o mareo, colitis, micciones frecuentes.

b) Síntomas Físicos de la Ansiedad:

Taquicardia, palpitaciones, dilatación pupilar, constricción de casi todos los vasos sanguíneos, manos, pies y cuerpo temblorosos; hiper-sudoración, boca seca, tics localizados, inquietud psicomotora, dificultad respiratoria, tensión abdominal, náuseas, vómitos, opresión precordial, moverse continuamente de acá para allá (caminatas sin rumbo), tocar algo con las manos continuamente, hiperactividad global. Además, cuando la activación neurofisiológica es excesiva, se añade insomnio en la primera parte de la noche, pesadillas, ensueños angustiosos (peligros, contenidos ilógicos), sueño durante el día perder el apetito o comer continuamente y disminución de la tendencia sexual o aumento de la misma.

c) Síntomas Psicológicos:

Inquietud (estar nervioso) desasosiego, agobio, vivencias de amenaza, experiencias de lucha o huida, temores difusos inseguridad, miedos diversos, sensación de vacío interior, presentimiento de la nada, temor a perder el control, temor a agredir, disminución de la atención, melancolía, aflicción, sospechas e incertidumbres negativas vagas, temor a la muerte, temor a la locura, estado subjetivo emocional, displacentero (repulsivo, hostil) relación con el presentimiento

de un peligro más o menos inmediato y difuso, que se vive como anticipación de lo peor.

d) Síntomas de Conducta:

Comportamiento de alerta/estar en guardia o al acecho, hipervigilancia, estado de atención expectante, dificultad para la acción, inadecuación estímulo-respuesta, disminución o ausencia de la eficacia operativa, bloqueo afectivo, sorpresa, no saber que hacer, interrupción del normal funcionamiento psicológico, dificultad para llevar a cabo tareas simples, inquietud motora, trastornos de lenguaje no verbal, (gestos, mímica), expresión facial congelada (asombro, extrañeza, estupor, duda), contracción del ángulo externo de los ojos, expresión facial displacentera (rechazo-desagrado), cara con rasgos de excitación, descontrol, preocupación; frente fruncida, cejas descendidas, mejilla, boca y mentón rígidos, tensos, contraídos, bloqueos de los movimientos de las manos, movimientos torpes e incordinados de las manos y brazos, tensión mandibular, posturas corporales cambiantes, alternativas, voz cambiante y con altibajos en sus tonos.

e) Síntomas Intelectuales (Cognitivos):

En un nivel intelectual (cognitivo) la ansiedad se experimenta esencialmente en elaborar las ideas y los recuerdos. De ahí, que podamos definirla como aquel estado subjetivo de tensión que se produce como consecuencia de errores o deficiencias en la acumulación y procesamiento de la información.

Los errores o deficiencias más comunes son: Adelantar conclusiones negativas, esta tendencia es habitual en sujetos con ansiedad y están acostumbrados a obrar de este modo, condicionando una actitud pesimista permanente, tener un pensamiento radical, lo que implica tender a planear opuestos, provocando una incapacidad para adoptar posturas moderadas, es decir, pensamientos absolutistas (siempre, nunca), expectativas negativas generalizadas, falsas interpretaciones de la realidad personal, pensamientos preocupantes, falsos esquemas en la fabricación de ideas, juicios y razonamientos, pensamientos distorsionados sin

lógica, patrones automáticos y estereotipados en la forma de responder (pensamiento irreflexivo-impulsivo), tendencia a sentirse afectado negativamente, centrarse en detalles pequeños desfavorables y sacarlos del contexto, ignorando lo que tuvieran de positivo, dificultad para concentrarse, tendencia a la duda, problemas de memoria, continuos juicios de valor (inútil, odioso, imposible).

Además errores o insuficiencias en el procesamiento de la información, sentirse perdido, falta de recursos psicológicos, interpretaciones inadecuadas, estar siempre pensando en lo peor, en lo más difícil, ideas sin base y hasta irracionales que se han ido aceptando sin ningún tipo de crítica.

f) Esta esfera está compuesta por:

Síntomas Asertivos: La asertividad reúne tres características:

1.- Se trata de algo muy relacionado con la personalidad y con la forma en que ésta se muestra y funciona.

2.- Conjunto de técnicas de comportamiento orientadas a una mejoría de las propias relaciones sociales. En una palabra, asertividad es: habilidad social. Dicho esto en términos más explícitos:

- Expresión de emociones positivas y negativas según la circunstancia.
- Defensa de los derechos más legítimos.
- Saber pedir favores.
- Negativa a acceder a peticiones no razonables.
- Aprender a decir no.
- Comportamiento personal y social adecuado a cada momento.

3.- Poder expresar ideas, juicios y sentimientos tanto de signo positivo como negativo frente a cualquier persona, situación o circunstancia.

Dicho lo anterior, los síntomas asertivos que presentan en las personas que padecen ansiedad son: No saber que decir ante ciertas personas, no saber iniciar una conversación, dificultad para presentarse a sí mismo, dificultad o imposibilidad para decir que no o mostrar desacuerdo en algo, graves dificultades para hablar de temas generales e intrascendentes, hablar siempre en lenguaje siempre categórico

o extremista, dar una respuesta por otra al hablar en público, bloquearse al hablar, al responder o preguntar, adoptar en demasiadas ocasiones una postura pasiva, no saber llevar una conversación de forma correcta.

Vallejo (1990), opina que la gran ubicuidad de la sintomatología ansiosa de todo tipo de trastornos psiquiátricos, como depresivos, fóbicos, obsesivos, conversivos y orgánicos, como reacción normal o fisiológica en determinados periodos de la vida, son casi universales en la infancia, desapareciendo progresivamente con la edad y reapareciendo habitualmente en la adolescencia, en la que predomina la ansiedad de tipo social, en el climaterio de la mujer y el periodo involutivo del varón.

2.3 Clasificación

De acuerdo a Linfort, (1974), la ansiedad puede ser clasificada como:

Ansiedad normal: aquella que no atenta contra la integridad personal y que desempeña una función adaptativa.

Ansiedad patológica: es aquella de tal frecuencia, gravedad o duración que puede llegar a comprometer el bienestar o la eficiencia de la persona.

Ansiedad situacional: es aquella que se experimenta en una situación o momento determinado. Diversos estudios en el último tiempo como los de Vera & Buela (2000), indican que los trastornos de ansiedad (junto con la depresión), son las perturbaciones psicológicas que en mayor medida se presentan en la población.

En cuanto a la biología de acuerdo con Rojas (2002), actúa desencadenando ansiedad de dos maneras fundamentales:

1.- La ansiedad aparece como un síntoma más de esa enfermedad. Es más frecuente en las de marcada gravedad como: cánceres de distinto tipo.

2.- La ansiedad como crisis añadida, que aflora de modo súbito, inesperado, sin previo aviso. Suele ser la elaboración psicológica que se produce tras ese padecimiento.

2.4 Prevalencia

Linfors (1974), asegura que la ansiedad como una patología tiene una prevalencia de aproximadamente el 2.5 por ciento en la población total y del 7.16 por ciento en los pacientes psiquiátricos, teniendo mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres y siendo superior en los grupos socioeconómicos más bajos coincidiendo en esto con Vallejo (1990), quien encontró una tasa de entre 4 y 8 por ciento para los trastornos de ansiedad frecuentes y heterogéneos, por otro lado la naturaleza familiar involucra factores genéticos incluyendo un solapamiento con la depresión, desafortunadamente solo una de cada 4 personas recibe tratamiento.

La incidencia de los trastornos de ansiedad es más elevada en la adolescencia y la juventud que en la madurez. Las patologías más usuales encuentran su tasa más elevada entre los 20 y 30 años (Contreras, 2003; Luengo, 2005).

Aunque los trastornos de ansiedad, como la mayoría de las condiciones psicológicas, son menos comunes entre adultos mayores que entre la gente joven, la evidencia epidemiológica sugiere que la ansiedad es un problema mayor en la vida adulta (Loebach, et al. 2003).

La mayor prevalencia en los niños está entre los 6 y 16 años, es mayor en niñas y en hijos de padres con trastorno de ansiedad (Vallejo, 1990).

La respuesta al miedo y la ansiedad, así como los estímulos desencadenantes son diferentes en los hombres que en las mujeres. Estudios recientes sobre la prevalencia de trastornos del estado de ánimo realizados por Corsi (2003), han demostrado que el abuso de drogas y la conducta hostil son más frecuentes en los hombres, mientras que los trastornos de ansiedad o depresión son más comunes en las mujeres. La probabilidad de padecer depresión y ansiedad es dos veces más alta en la mujer, aunque el suicidio es dos o tres veces más frecuente en los hombres. Naturalmente los factores culturales y ambientales también juegan un papel fundamental en el desarrollo de estas alteraciones. A pesar de no estar claro

si las diferencias biológicas se deben al efecto activador de los esteroides sexuales en los individuos adultos, o al efecto organizador de los mismos durante el periodo crítico de diferenciación sexual, las evidencias muestran claramente una relación de los esteroides sexuales con el estado de ánimo (Corsi, 2003).

Esta enfermedad se encuentra determinada en su mayor parte por contingencias provenientes del medio ambiente; es decir, que su origen es externo, un primer mecanismo generador de angustia en este tipo de presiones, en otras palabras, los estímulos reales amenazantes pueden generar en una persona normal reacciones ansiosas cuya respuesta conductual puede ser variada como el caso de la huida, la inhibición, algún enfrentamiento o cualquier otra cosa (Vallejo, 1990). Los eventos displacenteros cotidianos pueden provocar o exacerbar la ansiedad dependiendo del caso y los escasos diagnósticos con episodios de depresión y ansiedad durante la infancia aumentan de dos a tres veces el riesgo de que los individuos padezcan trastornos afectivos en la edad adulta. Por otra parte cerca del 14 por ciento de los individuos que alcanzan la etapa adulta (25-30 años) desarrollan trastornos del estado de ánimo, pudiendo llegar incluso al suicidio (Contreras, 2003).

Heinze (2003), encontró que la prevalencia durante la vida de cualquier trastorno de ansiedad es de alrededor del 25 por ciento y en doce meses es del 17 por ciento, cabe señalar que los estudios epidemiológicos demuestran que un gran número de pacientes con algún trastorno de ansiedad desarrollarán otro durante el curso de su vida.

La ansiedad es algo particular de cada sujeto en cuanto a su desarrollo, aparición, duración, intensidad pero también es contextual en tanto que refiere una serie de situaciones de carácter general que se encuentran en juego con la predisposición personal, en tiempo e interpretación subjetiva y básicamente inconsciente del entorno, en el que de manera global o en alguno de sus elementos se percibe algo atentatorio, lo que equivale a contemplar a una persona claramente dispuesta a la distorsión cognitiva que reconoce indicios de amenaza en donde no existe, sea

del medio exterior o del propio organismo en alguna de sus estructuras o funciones (Luengo, 2005).

Los desordenes de ansiedad se caracterizan según los pacientes, por el peligro que significa algo en particular tienden a malinterpretar sus experiencias, percibiéndolas como una amenaza física o psicosocial y subestiman la probabilidad de la intensidad del daño anticipado en las situaciones futuras, también se ha encontrado en una serie de experimentos en pacientes con desordenes de ansiedad que las personas se encuentran predispuestas a interpretar las situaciones ambiguas como amenazantes (Beck, 1987).

De hecho según Luengo (2005), en realidad la ansiedad parte de una percepción distorsionada de una situación-problema virtual, formada, magnificada y sesgada de su configuración en el diálogo interno de la propia persona por la tendencia básica a la distorsión de la realidad e incluso a la confusión o la radicalización emocional.

La ansiedad tiene lugar habitualmente a partir de la interpretación errónea de un estímulo neutro que, por si solo, no debería sobresalir más allá de lo indispensable; pero también conviene observar que la existencia de tal reacción supone la aparición de una conducta exagerada que adquiere una entidad aberrante propia de situaciones excepcionales y vitales quedando claro que la ansiedad supone la constatación de nuestra propia, particular e incompleta manera de ajustarnos a la realidad, cuando tal ajuste alcanza los límites de lo tolerable o los sobrepasa, o revela al mismo tiempo nuestro temor a no lograr sobrevivir a una situación, sin embargo, esta realidad se encuentra personalizada para algunos sujetos el desajuste se plantea respecto a lo novedoso; para otros se halla siempre presente, dudando y sufriendo de manera continua; finalmente, para otros el desajuste y la aparición ansiosa solo tiene lugar ante la presencia de determinados elementos de la realidad que, de forma simbólica parecen sintetizar esa amenaza de la que deben defenderse de alguna manera. Entre estímulo externo/interno y

manifestación reactiva se halla también una serie de procesos intermediarios de tipo psíquico que incurren en una funcionalidad errónea. Entendemos el plano psíquico como núcleo básico generador de un determinado proceso ansioso, puesto que es realmente este plano mental interno donde tiene lugar la percepción de un hecho al que se le asocia la sensación de peligro, la interpretación sintomática respecto a la selección de la reacción que, ciertamente, va a hacer falta a la reinterpretación del estado que se adquiriera; finalmente la selección de un tipo de respuestas específicas en lugar de otras, no más acordes con lo que se supone que está sucediendo, sino simplemente diferentes de las habituales por cuanto pueden proteger a la persona mas eficiente, modificándose a la vez la intensidad y duración de tales respuestas. La pérdida del sentido ecológico estímulo-respuesta remite a entender en que se suscita, alejado de su función adaptativa, deberían ser interpretados dentro de las posibilidades es que permite todo lo que se aprende (Muris, 2000 y Luengo, 2005); Si eso es así, ¿Cómo, dónde y cuándo se adquirió esa distorsionada interpretación de la realidad? y ¿cómo, dónde y cuándo se formaron esas mal adaptadas respuestas? En la realidad estaríamos situándonos en un hecho tan trascendental como al parecer verdadero: la posibilidad de llegar a modular, canalizar e incluso transformar las diferentes emociones básicas mediante el aprendizaje, entendiéndose la naturaleza de este proceso una de las características principales del hombre es la capacidad de aprender; las personas están acostumbradas a aprender de hechos pasados y es por eso que también tienen la capacidad de prever eventuales peligros. Así pueden analizar sus reacciones, lo que le está ocurriendo en un momento determinado ante esos peligros exteriores o esas amenazas internas mal construidas, lo que lleva de algún modo a controlar su respuesta general recibéndola entonces disminuida en intensidad. El aumento o disminución de la ansiedad tienen mucho que ver con la elaboración individual de la información que a ese sujeto le llega (Rojas, 2002).

La realidad indica que no todo es reflexivo, ni mucho menos programado en el caso de la ansiedad, como emoción puede provenir de la valoración efectuada en el cerebro sobre la información que se recibe y, posiblemente, tener origen en

determinados procesos neuronales; también puede derivarse de asociaciones de tipo afectivo o quizá desprenderse de los procesos cognitivos de pensamiento, en definitiva, parece existir una producción interna, no perceptible, generadora de intranquilidad o de activación nerviosa que crece y se convierte en algo incontrolable. Es cada vez más constatable la gran influencia que presenta el aprendizaje en la génesis y el desarrollo de las crisis de ansiedad, así como su instauración por condicionamiento o copia, aun cuando no sean obvias las críticas, la credibilidad, basada en la imposibilidad de localizar los hechos condicionantes o la influencia familiar. Si entendemos que determinados acontecimientos percibidos como intensos, estresantes, temibles, o desestabilizadores en un niño, podría desarrollar desbordamientos en las respuestas conductuales y biológicas referidas al miedo y hacer reaccionar a la persona de una manera protectora. El impacto emocional que provoca determinadas situaciones puede llegar a ser tan fuerte que la descripción en la memoria emocional del niño permanecerá inalterada o escasamente modificable en el tiempo y, por lo tanto, su acción potencial y efectiva estará dispuesta a lo largo de los años. Sin embargo, el hecho exterior desencadenante debe conjugarse en el propio temperamento del niño para poder reflejar realmente la predisposición hereditaria de la ansiedad se considera, por tanto, que la intervención debe centrarse en la comprensión mental de uno mismo y en el reaprendizaje de los propios sistemas emocionales, no tanto en la neutralización bioquímica de los procesos alterados (Luengo, 2005).

2.5 Etiología

Vera & Buela (2000), mostraron avances al incluir las variables de controlabilidad en la etiología y mantenimiento de la ansiedad realizando una revisión acerca de las relaciones entre control y desarrollo de la ansiedad. En este sentido, se planteó un modelo acerca de la etiología de la ansiedad. Estos autores argumentan que las experiencias tempranas en estímulos incontrolables generarían un bajo control percibido, esto a su vez desarrollaría una serie de procesos que finalmente crearían una vulnerabilidad emocional. De esta forma, las percepciones de bajo

control se mantendrían en la etapa adulta, interactuando con las experiencias medioambientales activando estados emocionales ansiosos en la adultez.

La hipervigilancia es otro elemento diagnóstico para los estudios clínicos de la ansiedad. Los individuos hipervigilantes, más que evitar, buscan o atienden información relativa a una amenaza potencial (Mathews, 1990). Las ansiedades se mantienen a menudo porque un individuo escapa o evita las situaciones de ansiedad que producen (Cautela, 1994).

Mathews (1990), dentro de su investigación encontró que los episodios de ansiedad se asocian con pensamientos desagradables sobre peligros sociales o físicos en mayor medida por cuestiones personales, amenazas personales y emociones contra si mismos no por otros problemas del mundo en general.

La desnaturalización que tiene lugar ante la interpretación consciente o inconsciente de determinados estímulos considerados trascendentes, máximos o atentarios, indica una evidente transformación de la realidad subjetiva como algo supremo: el sujeto ansioso opta por la construcción de una jerarquía de valores nueva y personal libre de errores, pasando a ser verdad absoluta su propia versión de los hechos, tal cuestión; sin embargo, tiene mayor complejidad por cuanto una parte de los procesos ansiosos, este es el caso de las crisis de angustia o pánico no suele corresponder operantemente con un estímulo o elemento situacional alguno, hecho que, dejando aparecer el aspecto hereditario, nos remite a la hipótesis de la existencia de procesos internos completamente inconscientes, capaces de manifestarse de forma ansiosa o por medio de diálogos internos muy fáciles de influir por la presencia de algún factor desencadenante, la existencia de determinados mensajes capaces de reducir y/o de neutralizar una determinada situación agitativa, lo que indica a su vez la posibilidad de bloquear la volitividad que se ejerce a nivel parasimpático (Luengo, 2005).

2.6 Fisiología de la Ansiedad

La definición de ansiedad más utilizada por neurofisiólogos, psicofisiólogos y psicobiólogos es: la ansiedad es una emoción desagradable característica, inducida por la anticipación de un peligro o frustración y que amenaza la seguridad, homeostasis o vida del individuo o del grupo biosocial al que pertenece la persona (Cautela, 1994).

La ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva, es decir, se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que se puede calificar de emoción, con las características apuntadas para la misma. A esto se añade un estado de activación neurofisiológica que consiste en una puesta en marcha de los mecanismos que controlan la vigilancia fundamentalmente córtico-subcorticales, pero mediatizados por la formación reticular. La consecuencia es el estado de alteración antes mencionado hipervigilancia; la psicofisiología seguida es similar a la del miedo y no es otra cosa que la defensa organizada frente a estímulos que rompen el equilibrio fisiológico (Rojas, 2002).

Aunque conocemos lo que es ansiedad e intuimos que es producto de nuestra mente, y en consecuencia de la actividad de nuestro cerebro, no se sabe a ciencia cierta en donde se produce, ni cuáles son los mecanismos que la desencadenan (Pérez, 2003). La presencia de un depredador por ejemplo suscita en la posible víctima una serie de manifestaciones compatibles con la indefensión, que provoca en último término episodios activos de lucha por la supervivencia; Así es como se manifiestan entre otros, importantes estados agitativos de la atención hiperventilación, acompañados curiosamente de fracturas en la capacidad de concentración, de un apreciable descenso en los índices de cicatrización, de una gran predisposición a la movilidad, un rápido despliegue de las reacciones de huida de forma intuitiva, lo que se traduce, en términos fisiológicos como un aumento paralelo de la frecuencia cardiaca, una mayor velocidad e inconsistencia del pensamiento, un notable incremento de la tasa respiratoria y en muchos casos hiperventilación de mayor intensidad muscular (Luengo, 2005).

En humanos, se ha demostrado mediante el uso de la resonancia magnética funcional y de la tomografía por emisión de positrones que algunas áreas del cerebro como la amígdala o diversas porciones de la corteza límbica se activan cuando los sujetos bajo estudio son sometidos a distintas situaciones que les provocan ansiedad, como la exposición a estímulos fóbicos, la administración de ácido láctico en individuos sensibles a esta sustancia, o la presentación de caras de individuos que muestran miedo o enojo (Pérez, 2003). En consecuencia, no existe una región única encargada de la integración de la ansiedad. Existen, por el contrario, numerosos centros nerviosos que participan en su producción y modulación. Mediante los enfoques señalados han sido implicadas varias regiones cerebrales que corresponden en su mayor parte al llamado sistema límbico y el haz dorsal que es un conjunto de fibras que enlazan el cerebro intermedio con la corteza cerebral, es el lugar donde actúan los medicamentos que frenan, controlan y disuelven la ansiedad (Rojas, 2002). Destacan entre ellas diversas porciones de la corteza cerebral, el área septo lateral, localizado en la parte medial de los hemisferios cerebrales y la amígdala (Gray, 1982; Pérez, 2003).

Algunos de los mecanismos cerebrales que participan en la respuesta emocional y en la adquisición de respuestas condicionadas de miedo, colocando en un papel central a un pequeño núcleo localizado en el lóbulo temporal: la amígdala (Corsi, 2003). Quizá uno de los hallazgos más sorprendentes en la investigación se ejecuta en las asociaciones entre los estímulos procedentes del medio y las consecuencias experienciales, en especial las relacionadas con el miedo y la ansiedad, que los sujetos hayan contemplado, la corteza prefrontal asegura la desconexión de las experiencias emocionales fijadas, con lo cual participa directamente en la adaptación del individuo a nuevas experiencias emocionales; Al controlar las respuestas fisiológicas a los estímulos ambientales; una dependiente de los núcleos basales, que se encarga de la activación tónica; y en torno al hipocampo tiene la misión de coordinar todos los procesos de activación que se producen en el organismo (Luengo, 2005; Rojas, 2002).

La amígdala recibe un importante cúmulo de información sensorial que le permitiría recibir e interpretar el sentido de la eventual amenaza, además de que emite eferencias, este múltiple juego de aferencias y eferencias, permite desde una perspectiva anatómica concebir a la amígdala como una estructura central para coordinar los componentes cognitivos, neuroendocrinos, cardiovasculares respiratorios y músculo esquelético de la respuesta al miedo a la ansiedad (Aguado, 2006).

En el plano fisiológico, Horacio (2003), ubicó a los núcleos estructurales de la amígdala del sujeto donde se activa la lectura consciente y vitalmente amenazante del verse encerrado, sin posible escape y rodeado de lo que considera extraño; la activación amigdalina tiene lugar de acuerdo con la percepción de algo atentador y no es más que la puesta en marcha de un sistema defensivo de lo biológico, de carácter urgente, contundente y amplio. La amígdala recibe aferencias de los sistemas enteroceptivos corticales y talámicos y proyecta circuitos que tienen que ver con el sistema nervioso autónomo, la regulación neurohormonal y el sistema músculo-esquelético, así como a la estructura conocida como stria terminalis del núcleo amigdalino del sistema nervioso central y sus proyecciones hacia el hipocampo y el hipotálamo.

Esta hipótesis neuroanatómica reciente nos proporciona un nuevo hallazgo de la investigación neurofisiológica que permite entender mejor los posibles mecanismos básicos y clínicos de los diferentes cuadros de ansiedad. El modelo del área amigdalina postula que una memoria emocional condicionada puede establecerse antes de formarse la memoria consciente. Esto es posible porque la amígdala madura antes que el hipocampo y el miedo irracional podría establecerse y conectarse hacia un objetivo o situación durante la llamada fase infantil de amnesia (Heinze, 2003).

Las investigaciones de Corsi (2003), sobre las lesiones en la amígdala, dejaron claro que se produce pacificación y aplanamiento afectivo, y a su vez señalan

también que la amígdala como el sitio donde se integran las respuestas condicionadas de miedo y ansiedad. La amigdalectomía produce una falta de respuesta a estímulos amenazantes en los monos, una respuesta aumentada al castigo y un bloqueo del miedo condicionado en las ratas (Horacio, 2003).

Se ha señalado también a la amígdala como el sitio donde se integran las respuestas condicionadas o aprendidas de miedo y ansiedad (Corsi, 2003). La amígdala, y particularmente una región de ella, el núcleo basolateral y posiblemente el lateral, que reciben información del sistema septo-hipocampal de varias proporciones de la corteza cerebral, pudieran procesar esta información e integrar una respuesta que incluye la formación y expresión de una memoria emocional.

Así, mediante una interfase que conecta al núcleo basolateral con el núcleo central de la amígdala se prepararía una respuesta autonómica, que ordenaría a distintos núcleos localizados en el tallo cerebral y en el hipotálamo a hacer que funciones adaptativas tan importantes como la cardiovascular y la respiratoria fueran congruentes con las necesidades que imponen al organismo los indicios de peligro que se percibe. Más aún, consideramos también, que a través de conexiones del núcleo basolateral con la corteza cerebral se establecería una conversación tendiente a evaluar la posibilidad de un desenlace adverso y posiblemente a producir la sensación psíquica de la ansiedad que conocemos hasta ahora (Pérez, 2003).

Hipocampo, Hipotálamo y Tálamo.

El hipocampo, es una estructura que está involucrada en la memoria, así como algunas porciones del hipotálamo, porción neural cerca a la amígdala y que constituye el “cerebro” del sistema nervioso autónomo, pues modula muchas de nuestras actividades viscerales y hormonales, así como la sustancia gris periacueductal, que circunda a una estructura hueca en forma de tubo llamado

acueducto de Silvio, el núcleo del rafé dorsal y el locus coeruleus, localizados ambos en el tallo cerebral (Pérez, 2003).

Se ha demostrado el papel mediador de dos estructuras cerebrales, el tálamo y el hipotálamo, en la respuesta emocional, que por un lado integran las respuestas motoras y las autónomas, y al mismo tiempo informan a la corteza cerebral sobre el estado emocional (Corsi,2003). Heinze (2003) por su parte descubrió que el hipocampo es una pieza clave para integrar la respuesta cognoscitiva, neurohormonal y neuroquímica a la emoción y al estrés.

Por otra parte, Horacio (2003), y Corsi (2003), encontraron que el hipotálamo es una estación de procesamiento de señales sensoriales las que, basadas en el miedo condicionado clásico, se dirigen al sistema límbico y a su vez controla también al sistema endocrino, mediante la secreción de compuestos neuroendocrinos directamente vertidos al torrente sanguíneo, e indirectamente mediante la secreción de compuestos que viajan hacia la hipófisis anterior. El área septal lateral del hipotálamo y un camino serotoninérgico originado en los núcleos de Raphe envía proyecciones excitatorias a la Sepia (Zinbarg, Barlow, Brown & Hertz, 1992). El hipocampo y sobre todo el sistema septohipocámpico tiene conexiones con estructuras límbicas y áreas sensoriales corticales (Horacio, 2003).

Si bien estos circuitos subcorticales dan cuenta de las respuestas autónomas y endócrinas, no son suficientes para explicar la experiencia cognitiva del miedo, la experiencia cognitiva de la emoción depende del procesamiento de los estímulos tanto externos como internos por la corteza cerebral, de una manera muy similar al procesamiento de otros estímulos sensoriales.

Las evidencias clínicas integradas han demostrado que la experiencia emocional surge de la interacción de las repuestas periféricas y centrales, es decir, de los circuitos mencionados, responsables de coordinar la respuesta autónoma y

endocrina, y de la integración de la información de la corteza cerebral (Corsi, 2003).

2.7 Química de la Ansiedad

No parece existir un único sistema de neurotransmisión encargado de generar o modular la ansiedad. Parece existir toda una química de la ansiedad, pues en ella participan no sólo neurotransmisores, sino un buen número de moléculas que modulan su trabajo a nivel de las sinapsis en las que se liberan, y que originan verdaderos sistemas de neurotransmisión química (Pérez, 2003).

Los neurotransmisores son sólo mensajeros químicos que permiten que el mensaje de una neurona sea transmitido a otra. La ansiedad y su modulación es una consecuencia de la actividad conjunta de las neuronas presentes en todos los sitios que participan en la ansiedad y que, a través de su disparo codificado y por su puesto de la liberación de sus neurotransmisores, permiten al sujeto prepararse a responder adaptativamente a las amenazas de su entorno (Pérez, 2003).

En opinión de Horacio, (2003), en el cerebro existen distintos sistemas de neuromodulación difusos y cada uno de ellos emplea un sistema de neurotransmisión, el que tiene a su cargo una detallada información sensorial. Estos centros cumplen funciones regulatorias modulando importantes redes de neuronas post sinápticas, tanto en la corteza cerebral, como en el tálamo o la médula espinal.

El estímulo tiene que ser detectado por el sistema nervioso central, que pone en marcha mecanismos centrales de alertamiento y atención, algunos de tipo motor y otros controlados de forma autónoma. Si se reconoce al estímulo como un peligro potencial, se interrumpe lo que se está haciendo (como lo muestran expresiones populares como “quedarse paralizado de miedo” o, más literalmente, “quedarse helado”) y los sistemas sensoriales se orienten hacia la fuente de estimulación, a esta etapa se le denomina reacción de orientación. Inmediatamente después

aumenta la tensión muscular, se adoptan posturas de ataque o de huida y se desencadenan mecanismos reflejos autónomos que estimulan al sistema nervioso simpático, que forma parte del sistema nervioso autónomo, la estimulación del sistema simpático provoca que la medula suprarrenal libere hacia el torrente sanguíneo las hormonas epinefrina (adrenalina) y norepinefrina (noradrenalina), que provocan un aumento de la frecuencia cardíaca, cambios en la respiración, aumento de la presión sanguínea, vasoconstricción periférica, sequedad de boca, que se suspenda la digestión, y se presente defecación, micción, erección de los vellos, aumento de la sudoración, midriasis o dilatación de la pupila y tensión de los músculos del oído medio.

Estos cambios, controlados por el Sistema Nervioso Simpático, tienden a perdurar más que los cambios motores, hasta que vuelven a disminuir el nivel circulante de estas hormonas. Simultáneamente se estimula también el eje Hipotálamo-apófisis-corticosuprarrenal, provocando la liberación de hormonas cortico-esteroides, producidas en la corteza suprarrenal, que se promueven de la disponibilidad de energía, disminuyen la sensibilidad al dolor y preparan al organismo para soportar lo que venga. El tercer ingrediente es la respuesta consciente a la emoción, o componente cognitivo (Howard, 2001; Corsi, 2003).

Es posible que la ansiedad se module primariamente por la intermediación del sistema GABAérgico, que disminuiría globalmente la ansiedad, y el sistema glutamaérgico, que utiliza el ácido glutámico como neurotransmisor y tiene acciones ansiogénicas (Howard, 2001; Pérez, 2003).

Carrasco (1990), y Ontiveros (1993), observaron que el sistema de inhibición GABAérgico al ser bloqueado dejaría que actuara libremente otros sistemas el noradrenérgico, el serotoninérgico y el dopaminérgico, lo que explica los efectos ansiógenos de los fármacos que disminuyen la acción del GABA.

La intensidad y el patrón eléctrico con el que responde el cerebro a las experiencias agradables, a la ansiedad y a los ansiolíticos son distintos en cada sexo, y depende de los niveles circulantes de hormonas sexuales, como muchas otras características tanto anatómicas como funcionales del cerebro, por ejemplo Ontiveros (1993) & Howard, (2001), encontraron que la inhalación de CO₂ al 5 por ciento provoca reacciones de ansiedad en aproximadamente el 70 por ciento de los pacientes que sufren de crisis de angustia recurrentes principalmente en los pacientes del sexo masculino que presentan crisis de angustia.

Los niveles de ansiedad fluctúan a lo largo del ciclo menstrual de la mujer y pueden alcanzar estados patológicos, como en el caso del síndrome premenstrual, estas fluctuaciones en la ansiedad se relacionan directamente con la potencia de las frecuencias entre 8 y 12 hertz; a mayor ansiedad, mayor potencia de éstas frecuencias.

Los esteroides sexuales (estrógeno, progestinas y andrógenos), producidos primordialmente por las gónadas (ovarios y testículos), actúan como mensajeros no solamente en el cuerpo, sino también en el cerebro, algunos derivados de la progesterona; actúan potenciando el efecto del ácido gammaaminobutírico sobre su receptor (el ácido gammaaminobutírico es el neurotransmisor inhibitorio más abundante en el sistema nervioso).

En el caso de las benzodiazepinas (uno de los grupos de compuestos ansiolíticos, o que contrarrestan la ansiedad más empleados) y los barbitúricos actúan también de forma similar a la progesterona que se genera junto con sus derivados metabólicos se fabrican en el cerebro en situaciones de estrés y ansiedad incluso en animales a los que se les han extirpado las gónadas y las glándulas adrenales.

Los esteroides sexuales ejercen también influencias indirectas sobre el estado de ánimo y la ansiedad a través de su acción sobre el metabolismo de los sistemas de neurotransmisión. Incluso incrementa el recambio de serotonina en ciertas áreas

cerebrales, en ratas a las que se les han extirpado los ovarios y en términos generales los neurotransmisores están estrechamente relacionados al estado de ánimo y a la capacidad de experimentar placer o emociones positivas, la presencia de receptores para esteroides sexuales en áreas cerebrales que participan directamente en la regulación del estado de ánimo, como la ansiedad y la emoción, (como el sistema límbico), y los efectos que éstos esteroides tienen sobre la excitabilidad neuronal y el metabolismo de neurotransmisores involucrados en el estado de ánimo (como la serotonina, la norepinefrina y la dopamina), permiten comprender las diferencias sexuales en la emoción y la ansiedad, así como también pueden comprenderse así sus efectos sobre la cognición y la libido, al igual que los cambios en el estado de ánimo de la mujer asociados a fluctuaciones en niveles hormonales, como el ciclo menstrual, el post-parto y la menopausia (Corsi, 2003).

Los neurotransmisores son sólo mensajeros químicos que permiten que el mensaje de una neurona sea transmitido a otra. La ansiedad y su modulación es una consecuencia de la actividad conjunta de las neuronas presentes en todos los sitios que participan en la ansiedad y que, a través de su disparo codificado y por su puesto de la liberación de sus neurotransmisores, permiten al sujeto prepararse a responder adaptativamente a las amenazas de su entorno una de las proyecciones aferentes mas importantes es el sistema septo-hipocampal un camino noradrenergico que origina un locus, también envía una proyección excitatoria al hipotálamo que Gray (1982) identifica como un sustrato fisiológico en la respuesta de lucha/huida. Es importante que se note la existencia de una proyección eferente inhibitoria en el área Septal del hipocampo (Zinbarg, Barlow, Brown & Hertz, 1992).

Los sistemas neuromodulatorios más importantes a estudiar de acuerdo con Carrasco (1990), y Horacio (2003), son los relacionados con la noradrenalina, serotonina, dopamina y acetilcolina que se describen a continuación:

- a) Sistema Noradrenérgico: la noradrenalina además de ser un neurotransmisor del sistema nervioso vegetativo periférico, es producida en el sistema nervioso central por un núcleo denominado Locus Coeruleus, ubicado en el puente o protuberancia. El ser humano cuenta con dos de estas estructuras una a cada lado del cerebro y cada uno cuenta con aproximadamente once mil neuronas.
- b) Las células del Locus Coeruleus son las productoras de noradrenalina, están relacionadas con la regulación de la tensión, la vigilancia, los ciclos de la vigilia y el sueño, el aprendizaje y la memoria, la ansiedad, el humor y el metabolismo cerebral. Dado que la noradrenalina puede hacer que las neuronas de la corteza cerebral se vuelvan más sensibles a los estímulos sensoriales, el locus Coeruleus puede funcionar incrementando la respuesta cerebral, acelerando el procesamiento de la información y aumentando así la eficacia de los sistemas sensoriales.

Existe una probabilidad de que el sistema serotoninérgico desempeñe un papel fundamental en el desencadenamiento y en el control de las reacciones de ansiedad, así como la hiperactividad serotoninérgica se relaciona con las respuestas de ansiedad que acompañan a la abstinencia de las benzodiazepinas (Ontiveros, 1993). Las neuronas que contienen serotonina se encuentran dentro del nivel de los Núcleos de Rafe, ubicados a cada lado de la línea media del tronco cerebral.

Las células de los núcleos de Rafe están involucradas en el control de los ciclos de sueño y vigilia, en el control del humor y de la agresividad. La presencia de receptores de serotonina específicos en diversas regiones cerebrales como la amígdala, el tálamo, el hipocampo, el locus coeruleus y la neocorteza sugiere que existen sitios específicos destinados a la regulación de la ansiedad (Horacio, 2003).

Por tal motivo, se ha relacionado los trastornos de ansiedad con una hipersensibilidad de los receptores serotoninérgicos post-sinápticos como mecanismo compensatorio a la disminución de serotonina habitual, los síntomas de

ansiedad son la expresión final de una hiperactividad basal del locus coeruleus este núcleo recibe información aferente interna y externa (vegetativa y sensorial), envía eferencias a la amígdala, hipocampo, tálamo, cerebelo y al neocortex prefrontal, de acuerdo a los estudios que han realizado de tipo neurobiológico de la ansiedad se ha encontrado que la amígdala y el locus coeruleus, son estructuras que se encuentran alteradas en los trastornos de ansiedad así como la noradrenalina, la serotonina y el GABA.

El locus Coeruleus, es el principal noradrenergico del sistema nervioso central con respuesta al estrés y con ellos estímulos que generan miedo. La cualidad de sus aferencias y eferencias permite establecer que el locus coeruleus tiene cierto grado de vinculación con los trastornos de pánico (Aguado, 2006).

2.8 Tratamiento

Luengo (2005), propone que en cuestiones como la ansiedad nos encontramos sujetos a la discusión tradicional que ha enmarcado durante muchos años la interpretación de la producción mental que ha propuesto básicamente dos líneas paradigmáticas de intervención: la medicalista y la Psicologísta.

Para la medicalista la existencia del trastorno ansioso debe entenderse como una alteración orgánica, es decir, una anomalía estructural del cerebro, que es explicada mediante la presencia de parámetros estadísticos de significativas concentraciones de ciertos neurotransmisores, de algunos flujos sanguíneos específicos cerebrales o de alteraciones en los registros de la actividad encefalografica. El segundo extremo paradigmático entiende que la ansiedad corresponde básicamente a las malas interpretaciones de la realidad que desencadenan una secuencia de la alteración como reacción adaptativa.

Calle (1990), encontró que los procedimientos de control de la respiración, métodos de relajación, técnicas de concentración, meditación, auto observación, y auto conocimiento, superación de miedos, resolución de problemas, acoplamiento

basado en el presente e incluso el arte, así como actitudes positivas sobre sí mismo y los acontecimientos que sucedan tienen una influencia positiva hacia la recuperación del paciente mejorando la relación con los otros y en general su calidad de vida.

Se considera, por tanto, que la intervención debe enfocarse en la comprensión mental de uno mismo y en el re-aprendizaje de los propios sistemas emocionales, con ayuda de técnicas de relajación, de cambio cognitivo y no tanto en la bioquímica de los procesos alterados.

Al respecto, Butler, Cullington, Hibbert, Klimes & Gelder (1987), sugirieron que los trastornos de ansiedad no deben ser tratados por periodos largos con fármacos ansiolíticos, por la dependencia que se puede desarrollar con algunos de ellos. Y que deben ser tratados además por otros métodos que combinan relajación, imaginería y reestructuración cognitiva que también son efectivos para tratar los trastornos de ansiedad. Cabe mencionar que la orientación del tratamiento dependerá en gran medida del trastorno de ansiedad específico que se someterá a tratamiento y de las características del paciente.

Una vez descrita la preocupación y la ansiedad como consecuencia de la primera, es adecuado hablar del trastorno de ansiedad generalizada como la suma de preocupaciones cotidianas hacia temas no concretos.

CAPITULO 3: TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

La ansiedad generalizada en los últimos tiempos ha alcanzado un diagnóstico único y diferencial con respecto a otros trastornos de ansiedad, esto debido a que cada vez va en aumento el número de personas que presentan los síntomas característicos de este padecimiento. Lamentablemente no encontramos un instrumento en México que permita identificar a estos pacientes. La entidad que en la actualidad aceptamos como trastorno de ansiedad generalizada conceptualmente es una parte del síndrome, descrito por Freud en 1895, con el nombre de neurosis de ansiedad.

Freud describió diez características en la neurosis de ansiedad que permitían su separación del concepto tradicional de neurastenia. De las diez características nueve eran signos y síntomas y la décima se refería al curso evolutivo del cuadro.

Signos y síntomas.

- 1.- Irritabilidad general.
- 2.- Expectación aprensiva.
- 3.- Angustia flotante.
- 4.- Ataques de ansiedad.
- 5.- Terror nocturno.
- 6.- Vértigo.
- 7.- Desarrollo de fobias.
- 8.- Trastornos gastrointestinales.
- 9.- Parestesia.
- 10.- Tendencia a la cronicidad.

Dentro de la descripción de la neurosis de ansiedad, Freud introdujo los elementos que sientan las bases del ahora trastorno de pánico.

Antes de 1987, año en que fue presentado el DSM-III-R, el TAG se mantenía como una categoría diagnóstica residual, de hecho, cuando regían los antiguos criterios

del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) (1980), y la vigente Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (1992), el diagnóstico no podía ser efectuado si otro trastorno fóbico, de pánico u obsesivo-compulsivo, estaban presentes (Horacio, 2003).

3.1 Definición y Sintomatología

El DSM-III definió por primera vez el Trastorno de Ansiedad Generalizada, sacándolo de la categoría previa más amplia de neurosis de ansiedad del DSM-II, en el DSM-III se introdujo la distinción entre crisis de angustia y trastorno de ansiedad generalizada confiriendo a ambas entidades el carácter de trastornos mentales específicos e independientes por lo que se han organizado en cinco criterios:

- 1.- Criterio Erario: se incluye en el DSM – IV, requiriendo una edad mínima de 18 años para establecer el diagnóstico.
- 2.- Criterio temporal: se aumenta el tiempo mínimo de un mes a seis meses de presencia de los síntomas para poder establecer el diagnóstico.
- 3.- Criterio fenomenológico.
 - a) el síntoma de “expectación aprensiva”
 - b) disminución del número de síntomas presentes y mayor especificidad de estos.
- 4.- Criterio de impacto personal (discapacidad): se incluye por primera vez como criterio exigible para el diagnóstico en el DSM-IV.
- 5.- Criterio jerárquico: en el DSM-III el Trastorno de Ansiedad Generalizada era considerado una categoría residual que solo podía ser formulada por exclusión, es decir, que no se cumpliera con ningún otro criterio para ningún otro trastorno de ansiedad ni afectivo.

A partir del DSM-III-R (1987), el TAG dejó de considerarse una categoría diagnóstica residual y constituyó una entidad independiente que puede coexistir con el trastorno de pánico o con preocupaciones fóbicas u obsesivas.

Puede realizarse el diagnóstico de TAG si una persona con trastorno de pánico manifiesta padecer preocupaciones no relacionadas con la ansiedad anticipatorio de tener otro ataque de pánico.

También puede establecerse un diagnóstico adicional de TAG si la ansiedad o fobia social no sólo esta relacionada a temores sobre la evaluación negativa por parte de los demás, sino también que se detecten preocupaciones excesivas respecto a temas cotidianos (Horacio, 2003).

Howard (2001), define la ansiedad en la que asegura que la preocupación excesiva e incontrolable durante, al menos, 6 meses y perdurables por muchos años, acompañados de síntomas somáticos como inquietud, fatiga, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño y dificultades para la concentración suelen ser de gran relevancia. Generalmente los síntomas se reducen pero suelen resurgir cuando se interrumpe el tratamiento.

El síntoma principal de la ansiedad generalizada es la preocupación crónica seguida por el miedo como resultado de la anticipación de un peligro, acompañado de tensión muscular, signos vegetativos e hipervigilancia (Martínez, 2000 & Meyer, 1990).

De acuerdo con la Harvard Mental Health Letter (2003), algunos síntomas físicos del General Anxiety Disorder (GAD) son: tasa cardiaca alta, boca seca, dolor de estomago, tensión muscular, sudoración, temblores, agitación y en algunas personas si la preocupación dura mucho tiempo lo que puede desencadenar son desordenes del sueño.

Según Rojas (2002), las crisis de ansiedad o los ataques de pánico, así como la ansiedad generalizada, conducen a un cierto cansancio psicológico que se plantea sobre un peculiar estado de ánimo, sentimiento de vacío e indiferencia frente a cuanto rodea a la persona. En un estudio realizado por Street et al. (1997)

encontraron que los pacientes con Trastornos de Ansiedad Generalizada tendieron a hacer énfasis en los síntomas somáticos y reportaron preocuparse por temas relacionados con la familia, economía, el futuro actividades de la rutina diaria y en menor grado por el trabajo, escuela, relaciones sociales, salud propia y salud de otros; en contraste con la Harvard Mental Health Letter (2003), las preocupaciones más comunes son: citas médicas, perder el trabajo, sufrir algún accidente, que algún miembro de la familia llegue a enfermarse, en su mayor parte son preocupaciones de la vida cotidiana.

Martínez (2000), define a la ansiedad generalizada como un trastorno crónico, frecuente e incapacitante, se caracteriza por preocupaciones permanentes y generalizadas, se presenta en numerosas ocasiones con síntomas somáticos como: dolor muscular, cefaleas, insomnio y fatiga.

Es frecuente su comorbilidad tanto con otros trastornos emocionales (depresión o ansiedad) como enfermedades somáticas, por otro lado, los pacientes con TAG desarrollan un tipo de pensamiento mágico donde creen que sus preocupaciones evitarán que suceda algo temido.

El Trastorno de Ansiedad Generalizada constituye el principal grupo de diagnóstico para la ansiedad prominente y crónica en ausencia de un trastorno de angustia siendo el rasgo fundamental de este síndrome según el DSM-IV-TR es una ansiedad persistente que dura al menos seis meses, los síntomas de este tipo de ansiedad se pueden incluir en dos grandes categorías: 1) expectativas y preocupación aprensiva y 2) síntomas físicos; los pacientes con TAG se preocupan por cosas triviales, se muestran temerosos, anticipan lo peor, se presenta tensión muscular, intranquilidad, sensación de agarrotamiento, dificultad para concentrarse, insomnio, irritabilidad y astenia.

De acuerdo al DSM-IV-TR, los criterios para el diagnóstico del Trastorno de Ansiedad Generalizada son:

- a) Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento escolar), que se prolongan más de 6 meses.
- b) Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación
- c) La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:
 - 1. Inquietud o impaciencia.
 - 2. Fatigabilidad fácil.
 - 3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
 - 4. Irritabilidad.
 - 5. Tensión Muscular.
 - 6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)
- d) El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como la fobia social), contraer una enfermedad (como el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
- e) La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- f) Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p.ej., hipertiriodismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Estos pacientes solo reconocen que su tensión crónica, hiperactividad, preocupación y ansiedad son excesivas con el transcurso del tiempo cuando suelen afirmar que no recuerdan un solo momento de su vida, en el que no se hayan sentido ansiosos ni existe un acontecimiento que lleve al paciente a solicitar ayuda (Hollander & Simeon, 2004). En opinión de Horacio (2003), el TAG presenta, desde el punto de vista de la sintomatología, diferentes componentes:

Cognitivos: De acuerdo a la memoria y pensamientos creados a partir de la experiencia.

Comportamentales: De acuerdo a como el sujeto se desenvuelve socialmente con el mismo y con los otros.

Fisiológicos: A nivel orgánico como un padecimiento de nacimiento o como consecuencia de una patología desarrollada o heredada.

El componente cognitivo de la enfermedad, consiste en la presencia de preocupaciones irreales y excesivas durante la mayor parte del tiempo.

El componente conductual refiere a la incapacidad de control de la ansiedad, lo cual le provoca a las personas afectadas, un distrés y una disfunción significativa en sus actividades familiares, ocupaciones y sociales.

En concordancia con los pensamientos preocupantes y restricciones de la conducta, los enfermos de TAG presentan un componente fisiológico de ansiedad expresado por síntomas que incluyen, un aumento de la vigilancia o estado de hiperalerta, dificultad o imposibilidad para descansar, tensiones motoras caracterizadas por inquietud, temblores o contracturas, hiperactividad autonómica,

que se manifiesta como cefalea tensional o sensación de cabeza liviana, palpitaciones o disnea y sentirse irritable, al límite “estar con los pelos de punta”. La preocupación y la ansiedad prolongadas pueden llevar a un estado de cansancio crónico, dificultades para lograr una adecuada concentración e insomnio.

3.2 Evolución y Prevalencia

La evolución del Trastorno de Ansiedad Generalizada es crónico y recurrente y suele ser más insidioso que un trastorno de pánico, repercutiendo en el funcionamiento social del paciente, con fluctuaciones en su intensidad y de los patrones sintomáticos, generalmente comienza entre los 20 y 30 años, pero existen reportados en personas menores de 10 años y mayores de 30 (Horacio, 2003; Papp, 2004 & Vollrath, 1991).

El inicio y exacerbaciones del TAG pueden estar relacionados a periodos de la vida de intenso estrés o sobre carga emocional; se trata de una patología muy frecuente con una prevalencia de por vida poblacional del 5 al 6 por ciento y una actual o corriente del 2 al 3 por ciento; alrededor del 5 por ciento de la gente con TAG reporta haberla padecido durante la mayor parte de su vida y dos de tres pacientes son mujeres, se estima que a lo largo de la vida de la población general, de acuerdo a los criterios de clasificación del DSM-IV, es del 5 por ciento, y si se siguen los criterios del CIE-10, es del 6.5 por ciento. Según el DSM-IV, la prevalencia es del 2 al 3 por ciento en la población general, y del 7 al 9 por ciento en la población que acude a los centros de cuidados primarios de salud (Harvard Mental Health Letter ,2003 & Horacio, 2003).

En muestras de población general la prevalencia anual del trastorno de ansiedad generalizada se sitúa en el 3 por ciento aproximadamente, mientras que la prevalencia global llega hasta el 5 por ciento. En los centros médicos para trastornos de ansiedad aproximadamente el 12 por ciento de los individuos presenta un trastorno de ansiedad generalizada (DSM-IV-TR).

Todavía no se dispone de datos obtenidos de estudios longitudinales de TAG en niños; los niños y adolescentes con TAG tienden a preocuparse excesivamente por su rendimiento y competencia, en el caso de los niños puede considerárseles perfeccionistas, cautelosos, buscan a menudo ser tranquilizados, dado que estos niños no pueden dejar de preocuparse, se muestran poco atentos, inquietos, tensos, irritables, pueden padecer dolores de estomago o cefaleas; cuando existe una discrepancia entre las expectativas elevadas y los logros alcanzados pueden producirse una depresión especialmente en adolescentes, a cerca de los orígenes de TAG se ha propuesto que las relaciones de vinculación inseguras, la ambivalencia hacia los cuidadores y la sobreprotección de los padres falto de calidez emocional pueden contribuir a la aparición del TAG (Laszlo, 2004).

Algunos de los factores que se han detectado para el TAG son los siguientes: ser mujer, tener más de 30 años, poseer antecedentes de un trastorno depresivo mayor, tener familiares con trastorno del humor o de ansiedad la mayoría de las personas que padecen TAG en la edad adulta, reportan haber padecido los primeros síntomas desde niños o adolescentes; se ha comprobado que las tasas de prevalencia son bajas en los adolescentes (2 por ciento) pero particularmente altas después de los 35 años de edad, siendo, a partir de entonces, de un 4 por ciento en varones y de un 10 por ciento en mujeres debiendo considerar que el TAG puede presentar una sintomatología múltiple, preocupaciones excesivas e insomnio (Horacio, 2003).

En los ancianos con ansiedad resulta especialmente importante distinguir el TAG de otros estados de ansiedad que podrían guardar relación con estados confusionales, demencia, psicosis o depresión o ser una manifestación de una enfermedad orgánica de base; los afectados por un Trastorno de Ansiedad Generalizada muestran más pensamientos en el ámbito del enfrentamiento interpersonal, la competencia, la aceptación, la preocupación por los demás, otros mecanismos adicionales contribuyen a mantener el TAG. En primer lugar, el miedo se utiliza como una estrategia para evitar los efectos negativos intensos, en

segundo lugar, la preocupación acerca de amenazas futuras poco probables, evita al paciente la necesidad de afrontar amenazas más realistas y próximas, al tiempo que limita la capacidad de encontrar soluciones para conflictos más inmediatos (Hollander & Simeon 2004).

Un grupo de investigación del estado de Pensilvania define a la preocupación como una cadena de pensamientos e imágenes negativas, relativamente incontrolables. Han definido a los preocupados crónicos como personas que reportan preocuparse más de 8 hrs al día, durante los últimos seis meses encontrándose el 15 por ciento de la población como preocupados, en contraste se considera a los no preocupados como personas que se preocupan menos de una hora y media al día y que no la perciben como un problema, ellos ocupan usualmente el 30 por ciento de la población (Borkovec, 1985).

3.3 Ansiedad, Depresión, Trastorno de pánico y Trastorno de Personalidad

La ansiedad y depresión tienen una sintomatología que se superpone en alto grado, la expresión genotípica de la depresión y la ansiedad se encuentran ligadas entre los sistemas noradrenérgicos y serotoninérgicos. Las relaciones de la ansiedad con la depresión y el miedo, convergen en acentuar el papel de las tendencias de la acción en definir ansiedad, es decir, un elemento de la ansiedad es la preparación del mecanismo de lucha/huída al igual que en el caso del miedo (Barlow, Brown, Hertz & Zinbarg 1992).

Los trastornos de ansiedad y los de personalidad, también se encuentran asociados junto con los de pánico, en estudios sobre trastornos de pánico los pacientes recibieron un diagnóstico de problemas de personalidad, las características de los rasgos de personalidad eran dependencia, evitación ansiedad social y bajo auto concepto, y para los de ansiedad fueron falta de habilidades sociales, extremadamente sensibles a la crítica y sumisos (Vollrath, 1991).

Los pacientes con Trastornos de Ansiedad predicen la ansiedad que presentan ante los estímulos específicos, incluso las reacciones fisiológicas que se manifiestan en un estudio dividido en dos fases se pretendió demostrar la predicción de ansiedad en pacientes con síntomas de ansiedad en el que se recolectó información de datos emocionales positivos y negativos de ejercicios de exposición y experimentos conductuales.

En la primera fase de estudio anteriormente mencionado, se tomaron 37 pacientes de una unidad académica de terapia conductual (presentaron trastorno de pánico con o sin agorafobia, fobia simple, fobia social, trastorno obsesivo – compulsivo y trastorno de ansiedad atípico), usando como instrumento de medición el VAS y obteniendo como resultado que los pacientes tienden a predecir mayor ansiedad que la experimentada ante confrontaciones temidas, la evaluación desagradable de la situación se relacionó con el cambio en el miedo ante el ejercicio, por lo que la predicción de la ansiedad cambió, pues entre más desagradable se calificó el ejercicio menos se redujo el miedo y la ansiedad ante el mismo.

En un segundo estudio, se emplearon 11 pacientes con (desordenes de pánico, agorafobia, ansiedad generalizada y fobia social), y se pretendió encontrar la relación entre creencias funcionales y disfuncionales, miedo a la evaluación y sobre predicción a la ansiedad. En los resultados se encontró suficiente evidencia de que experiencias emocionales influenciaron cambios en la predicción de ansiedad y el miedo pero las creencias funcionales y disfuncionales no fueron claramente influenciadas por variables emocionales (Arntz, 1994).

3.4 Instrumentos de Medición

Para la evaluación del TAG deben considerarse los síntomas como elementos fundamentales para crear un instrumento de medición, siendo necesario emplear entrevistas estructuradas para diagnosticar y evaluar los resultados del tratamiento que se implemente, mediciones de los síntomas y variables asociadas al TAG,

como medidas generales de la ansiedad y la depresión; incluso las pruebas de ansiedad revelan por lo general dos factores: uno con respecto a los síntomas somáticos y otro enfocado a aspectos cognitivos, como pensamientos intrusivos no deseados (Caballo, 2002 & Mathews, 1990).

Generalized Anxiety Disorder (GAD-Q-IV), es un instrumento de auto reporte que incluye preguntas con opción de respuesta afirmativa o negativa sobre la sintomatología de preocupación excesiva o irreal que el paciente ha experimentado o no en los últimos seis meses. Contempla una sección donde el sujeto escribe los temas principales de sus preocupaciones y una lista de los síntomas que experimenta.

En las dos últimas preguntas se requiere elegir un grado en que la preocupación y los síntomas físicos interfieren en las actividades o causan un malestar físico o emocional en una escala de 0 a 8, donde el cero equivale a nada, y 8 muy severo.

Para obtener la confiabilidad y validez de este instrumento, se obtuvo una probabilidad del 93 por ciento que indica que alguien con GAD tendrá un puntaje más elevado al contestar el GAD-Q-IV que alguien que no lo tenga. Se obtuvo una especificidad del 89 por ciento y una sensibilidad de 83 por ciento. Así también se encontró que el GAD-Q-IV correlacionó con el Pennsilvany State Worry Questionnaire (PSWQ) ($r=.66$), y mostró una estabilidad en el tiempo del 92 por ciento en un test re-test con un intervalo de tiempo de dos semanas entre cada aplicación. Por lo que el GAD-Q-IV puede ser una forma efectiva de evaluar la presencia o ausencia del GAD, debe quedar claro que el GAD-Q-IV determina solamente la presencia o ausencia del trastorno sin especificar su severidad.

El instrumento PSWQ, se elaboró según los criterios del DSM-IV para el TAG (Cashman-McGrath, Constantino, Erickson, Kachin, Newman, Preseworski, & Zuellig 2002).

En un estudio Meyer (1990), creó y validó el PSWQ, inicialmente se reconstruyeron 161 reactivos, que fueron dados a 337 universitarios. Se calculó la consistencia interna y del análisis resultaron 58 reactivos con un coeficiente alfa de .97. A estos se les volvió a calcular la consistencia interna resultando un cuestionario de 16 preguntas con un alfa de .93.

El PSWQ es un cuestionario de autoreporte que evalúa la preocupación como el componente cognitivo de la ansiedad, donde los reactivos son oraciones a las que se les asigna un número que corresponde al grado de preocupación que le produce al paciente que va desde (1) Para nada común, (2 y 3) Algo común, (4 y 5) Muy común.

Entre las pruebas de ansiedad y depresión se encuentran:

- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): consta de 21 reactivos donde se especifican los síntomas de ansiedad.
- Inventario de Depresión de Beck (BDI): se compone de dos apartados. El primero se integra por 21 reactivos con cuatro opciones de respuesta, excepto en dos reactivos donde son 6 y 8 opciones de respuesta, eligiendo la que mejor describe a la persona en ese momento para evaluar estado de ánimo, sentimientos de fracaso, culpa, castigo, líbido, impulsos suicidas, sueño, imagen corporal, aislamiento social, apetito, entre otros temas. En el segundo apartado se integran 13 reactivos con cuatro afirmaciones cada uno donde se elige la que mejor describe a la persona en ese momento, considerando sentimientos de tristeza, visión a futuro, sentimientos de culpa, toma de decisiones, interés social, trabajo, aspecto personal, cansancio, apetito, entre otros.
- State-Trait Anxiety Inventory (STAI) se integra por dos sub-escalas, ansiedad-estado y ansiedad-rasgo, de 20 reactivos cada una. La sub-escala de ansiedad-estado contiene frases que describen a la persona en ese momento,

mientras que en la sub-escala de ansiedad-rasgo, las frases definen a la persona según cómo se siente generalmente.

- Cognition Check List (CCL) es una escala que mide la frecuencia de pensamientos automáticos relevantes para la ansiedad (12 reactivos) y la depresión (14 reactivos).

Algunos otros instrumentos que evalúan el Trastorno de Ansiedad Generalizada tomada de Bobes (2002) son:

- Cuestionario de Screening de Ansiedad (ASQ-15) constituido por 15 reactivos que evalúan la razón de malestar del paciente, sentimientos de tristeza, depresión, ansiedad, nerviosismo, temores, ocurrencia de acontecimientos inquietantes, preocupación por diversas situaciones y la interferencia de esta en la vida diaria.
- Escala de Ansiedad de Covi identifica a los pacientes con síntomas de ansiedad como diagnóstico principal, consta de 3 ítems, que evalúa los síntomas de ansiedad desde tres perspectivas: Verbalizaciones (estado afectivo y comportamental), Comportamental (observación directa en entrevista) y Sintomática (identificación de síntomas físicos).
- Escala Breve de Ansiedad de Tyrer, la cual se integra por 10 reactivos donde se evalúa la tensión interna, sentimientos de hostilidad, hipocondriasis, preocupación por pequeñas cosas, fobias, sueño reducido, perturbación autonómica, dolores, alteraciones autonómicas y tensión muscular.
- Escala de Ansiedad de Hamilton
- Escala de Hamilton para Evaluación de la Ansiedad (HRSA), esta escala explora el área del estado de ansiedad, donde se explora la ansiedad, la tensión,

los síntomas neurovegetativos y los somáticos. Aunque esta escala contiene cuestiones relativas a los ataques de pánico, es utilizada con mayor frecuencia para la evaluación de la ansiedad generalizada. Consta de 14 cuestiones cada una con puntuación de 0 (ausente), 1 (leve), 2 (moderado), 3 (grave) a 4 (muy grave). La HRSA está diseñada para obtener una valoración cuantitativa de la sintomatología de la ansiedad.

- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD), esta escala ayuda al médico, a saber cómo se sienten sus pacientes afectiva y emocionalmente. Consta de 14 reactivos, 7 para ansiedad y 7 para depresión, cada una con puntuación de 0 a 3, esta prueba está diseñada para obtener una valoración cuantitativa de la sintomatología de la ansiedad y la depresión.
- Escala de Detección del Trastorno de Ansiedad Generalizada de Carroll y Davidson. Esta escala mide el Trastorno de Ansiedad Generalizada, consta de 12 reactivos con dos opciones de respuesta: si o no, se le pregunta al paciente sobre las cosas que pudo haber sentido en los últimos 6 meses.

3.5 Tratamiento

El tratamiento para el TAG puede ser implementado para resolver varios aspectos de éste trastorno, como pueden ser la tendencia a percibir amenazas, la expectación de posibles resultados catastróficos, la escasa capacidad para resolver los problemas, la preocupación o los síntomas físicos de la ansiedad (Hollander & Simeon 2004).

Para Stein & Hollander (2004), hay dos componentes fundamentales para el tratamiento, la psicoeducación se refiere a ofrecer información a los pacientes sobre lo que padecen para que entiendan mejor su situación impartándose en un lenguaje claro y sencillo, para que el entendimiento sea el más acertado.

La exposición debe evocar un malestar que guarde mucha semejanza con la sintomatología real del paciente. Si no se hace de esta manera las dimensiones del tratamiento serán incompletos o nulos.

Terapia Cognitivo-Conductual

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC), para tratar el Trastorno de Ansiedad Generalizada se basa en la teoría de que el trastorno proviene de constantes percepciones erróneas sobre el mundo percibiéndolo como un lugar peligroso, lo que genera un proceso de interacciones comunes entre los sistemas de respuesta fisiológica, cognitiva y conductual. La interacción de esos sistemas de respuesta inadaptada conduce a un proceso que intensifica la ansiedad (Newman & Borkovec, 1995).

Horacio (2003), enuncia tres estrategias básicas para la TCC del TAG:

- 1.- Reestructuración cognitiva de los pensamientos ansiogénicos.
- 2.- Entrenamiento en técnicas de relajación.
- 3.- Tareas de exposición ante las preocupaciones.

Una de las claves del tratamiento es la reestructuración cognitiva de los pensamientos ansiosos, se compone de los siguientes elementos:

Educación acerca del rol de las cogniciones para aumentar la ansiedad.

Entrenamiento en relajación.

Verificación lógica de los pensamientos.

Estimación de posibilidades.

Uso de tareas conductuales y monitoreos para desafiar la veracidad de las creencias relacionadas a la ansiedad.

La psicoeducación acerca de estos procesos es el primer paso para el tratamiento.

Se pide a los pacientes escribir los pensamientos que les producen ansiedad, para encontrar su lado objetivo y describir las distorsiones cognitivas. Se examinan las evidencias que pueden apoyar o refutar estos pensamientos ansiógenos. Se implementan también técnicas de estimación de posibilidades, lo que permite a los pacientes medir realmente si los eventos pueden llegar a ocurrir enseñándoles a generar explicaciones alternativas y respuestas racionales que les ayuden a cambiar sus pensamientos distorsionados (Horacio, 2003).

Borkovec (2005) propone un taller de entrenamiento clínico con varias técnicas cognitivo-conductuales especialmente para el TAG:

- a).- Automonitoreo de elementos del procesamiento de la ansiedad (cognitivos, afectivos, fisiológicos y conductuales) y el aprendizaje de la detección de indicios de ansiedad.
- b).- Despliegue flexible de múltiples métodos de relajación aplicada (respiración diafragmática, relajación muscular progresiva, imaginería guiada, meditación y Dejarse ir).
- c).- Sesiones de ensayo de respuestas de afrontamiento usando adaptaciones flexibles de desensibilización auto controladas.
- d).- Múltiples técnicas cognitivas diseñadas para facilitar formas de percepción más flexibles y adaptativas, el surgimiento de estilos cognitivos libres de expectativas y un procesamiento más completo de la experiencia en el momento presente.

Para Newman & Borkovec (1985), es fundamental que en el tratamiento haya un automonitoreo del paciente, ya que de esta manera los pacientes son incitados a poner atención en cualquier cambio en sus niveles de ansiedad, y a darse cuenta de los patrones interactivos de pensamiento preocupante, imaginería catastrófica, actividad fisiológica, evitación conductual y los estímulos externos que pueden disparar esas respuestas.

Por otro lado, la TCC conduce a un cambio relacionado con la reducción de síntomas ansiosos y la durabilidad que gana el tratamiento si se le da el

seguimiento adecuado pues se ha encontrado que la TCC es un tratamiento efectivo para los trastornos de ansiedad, específicamente para el TAG, trastorno de pánico con agorafobia y fobia social (Chambless & Gillis, 1993).

Por su parte Murin (2002), comprobó en un estudio que los niños de 9 a 12 años que padecían ansiedad mostraban una mejora significativa después de intervención con TCC.

De la misma manera, en un estudio Craske, Gatz & Wetherell, (2003), se encontró que en el tratamiento del TAG y de la depresión en adultos mayores a quienes se les ofreció tratamiento, se encontró al comparar ambas modalidades de tratamiento, que la mejoría en los pacientes fue mayor en el grupo atendido con TCC comprobando así su efectividad en esta población.

En este trastorno las técnicas más utilizadas han sido la relajación, la respiración, la exposición y el control del tiempo, así como el entrenamiento en solución de problemas (Bobes, 2002).

En relación a las técnicas de relajación, Roca (2002), afirma que éstas son un método eficaz para los pacientes muy estresados con un grado considerable de actividad autónoma, entre ellas menciona la relajación muscular progresiva, la meditación y la retroalimentación biológica (biofeedback).

Tratamiento Farmacológico:

Kaplan & Sadock (2002), Hollander & Simeon (2004), afirman que los tres principales fármacos que deben considerarse para el tratamiento del TAG son la buspirona, las benzodiazepinas e inhibidores específicos de la recaptura de Serotonina.

De acuerdo con Roca (2002), todas las benzodiazepinas poseen las mismas acciones como ser ansiolíticas, sedantes, relajantes musculares y anti convulsionantes.

Las benzodiazepinas como el diazepam (mejor conocido como Valium) y el lorazepam, se han utilizado desde hace más de treinta años. A pesar de su efectividad, las benzodiazepinas provocan efectos secundarios como somnolencia, alteración de habilidades motrices y amnesia (Gorman, Nathan & Salkind, 1999).

Las benzodiazepinas pueden ocasionar dependencia, sobre todo cuando se prescriben en dosis elevadas y por un periodo largo, no se recomiendan para ser usadas a largo plazo, además de que su uso a corto plazo puede producir notables reducciones de la ansiedad generalizada con la que ya ha sido demostrada su efectividad así como algunos trastornos fóbicos (Buela-Casal, Caballo & Carroble 1995; Heinze, 2003).

Debido a que la tolerancia a las benzodiazepinas aumenta rápidamente, Entre las elecciones de tratamiento se encuentran los ansiolíticos, como la buspirona, estas dan resultados eficaces para tratar los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada y con ellas se logra una disminución entre el 30 y el 50 por ciento de síntomas de ansiedad (Gorman, Nathan & Salkind, 1999). No produce alteración del rendimiento psicomotor, ni se ha descrito dependencia física, abuso ni síndromes de abstinencia y con respecto a los efectos secundarios los más significativos son náuseas, sensación de mareo y somnolencia. El único inconveniente es que su efecto ansiolítico tiene un periodo de latencia de entre 2 y 6 semanas (Roca, 2002).

En este sentido, Bobes (2002), reporta que en la segunda mitad de la década de los noventa, se ha valorado la eficacia de los antidepresivos en el Trastorno de Ansiedad Generalizada, dentro de cuales los Inhibidores de la Recaptura de Serotonina y Noradrenalina (IRSN), así como los Inhibidores Selectivos de la

Recaptación de Serotonina (ISRS) han sido eficaces en el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Heinze (2003), asegura que este tipo de fármacos son efectivos y tienen pocos efectos secundarios para el paciente, por lo que son considerados como medicamentos de primera elección que pueden ser administrados durante un largo período de tiempo.

Existe énfasis en estudios recientes del papel de la preocupación y ansiedad como desencadenantes del Trastorno de Ansiedad Generalizada, a continuación se presentan algunos estudios que pueden dar una idea de lo que se está trabajando actualmente y cuál es el rumbo que se está tomando para el tratamiento de este tipo de trastorno.

3.6 Algunos Estudios sobre la Ansiedad

Los trastornos de ansiedad, al igual que otros trastornos mentales han sido estudiados respecto a sus orígenes, causa, curso y tratamiento. En investigaciones que se han realizado a nivel mundial acerca del trastorno de ansiedad, encontramos las siguientes: el primer estudio hace referencia a algunos efectos de la ansiedad en el rendimiento escolar, realizado en Chile por Gladys Jadue (2000).

Ese trabajo describe algunos efectos de la ansiedad en el rendimiento escolar. Analiza algunas características del sistema escolar que pueden provocar o exacerbar la ansiedad en los estudiantes, lo que aumenta el número de alumnos en riesgo de bajo rendimiento y de fracaso en la escuela. Sostiene que las evaluaciones escolares deben ser consideradas como un momento más del aprendizaje y se transformen en una actividad constante y permanente, con el fin de disminuir la tensión emocional que provocan especialmente en el alumno ansioso. Se comentan sugerencias para que el profesor pueda ayudar a los estudiantes que padecen trastornos de ansiedad.

En otro estudio similar realizado en Chile por Luis Bertoglia (1991), se analizaron los efectos que la ansiedad provoca en el rendimiento escolar de adolescentes. Si bien, en diversos estudios realizados en el campo de la psicología educativa se observó la existencia de correlación negativa entre ambas variables, hubo hallazgos que fueron contradictorios, pues se observó que en algunas tareas los estudiantes mostraron mejor rendimiento escolar. Esta situación se explica por la existencia de dos tipos de ansiedad, una "facilitadora" y otra "debilitadora". Con el propósito de fundamentar esta aseveración, se describen los procedimientos que pueden ser útiles para enfrentar los problemas de ansiedad: sobreprotector o paternalista, procedimiento de eliminación de estímulo, el procedimiento de la estimulación presionante y el procedimiento de derivación al especialista. Este trabajo sugiere algunas alternativas de acción frente al problema: colaborar con los estudiantes para que reevalúen la amenaza percibida en el estudio y ayudar al estudiante a valorar e incrementar sus resultados. Se concluye que para solucionar problemas de ansiedad es necesario reconocer el fenómeno como problema emocional y sus manifestaciones, así como sensibilizar al docente frente a esta responsabilidad.

La investigación realizada en Chile por Sergio Vegas (2000), habla de la incidencia de la ansiedad en el rendimiento académico de alumnos de la Universidad de Concepción, consiste en un estudio exploratorio descriptivo-correlacional de tipo longitudinal que examina la interferencia de un fenómeno afectivo, en este caso la ansiedad, sobre el rendimiento académico de los estudiantes que ingresan por primera vez a las carreras de ingeniería comercial, derecho y educación física en la universidad de Concepción, Chile.

Para medir la ansiedad se utilizó el "Inventario Biográfico" de Jeanet A. Taylor (1953), y para medir el rendimiento académico se han considerado los informes curriculares que lleva de cada alumno, la división de admisión y registro académico con relación a los créditos inscritos y aprobados por los alumnos en el periodo correspondiente. La información recogida fue sometida primero a un análisis

descriptivo para conocer el comportamiento de la ansiedad y luego a un análisis correlacional para determinar la asociación de las variables y su nivel de significación.

En España también se han realizado investigaciones acerca del trastorno de ansiedad, las cuales toman un enfoque distinto de las anteriormente mencionadas.

En una investigación realizada por Carmen González (1991), se abordan la ansiedad y autoconcepto en una población escolar, con el objetivo de conocer el nivel de ansiedad de escolares de entre 12 y 13 años; qué autoconcepto tienen, a nivel académico, social, emocional, familiar y total; y averiguar si existen correlaciones entre ansiedad y autoconcepto.

La población fue seleccionada en base a escolares de colegios públicos nacidos en 1980, se seleccionaron a 389 estudiantes de primaria; 233 varones y 156 mujeres. Se aplicó el cuestionario STAIC y el de Autoconcepto Forma A. Se concluye, entre otras cosas que los estudiantes manifiestan un nivel de ansiedad, tanto en la dimensión de estado como en la de rasgo, por debajo de lo que se considera normal en la población general, tienen un buen autoconcepto académico, social y familiar; no obstante, su autoconcepto emocional se encuentra ligeramente por debajo de la media de la población general.

Desde el punto de vista de la intervención psicoeducativa, destaca el hecho de que, aún siendo escasos en número, los jóvenes que poseen un mejor autoconcepto y, en consecuencia, presentan un mayor nivel de ansiedad; son también los más firmes candidatos a abandonar sus estudios. Por tanto, deben considerarse como un grupo de riesgo dentro de la población escolar y objetivo de atención y orientación especial por parte de tutores y orientadores.

Guijarro y Vindel realizaron el siguiente estudio en la Universidad Complutense de Madrid, España (2004). Los procesos cognitivos en el Trastorno de Ansiedad

Generalizada, según el paradigma del procesamiento de la información, se investiga cómo la emoción puede afectar a estos procesos cognitivos. Los autores de la investigación piensan que el problema del estudio de las relaciones entre ansiedad y procesamiento de la información es necesario enfocarlo en esta doble perspectiva: (1) el estudio de la actividad cognitiva que está en la base de la conducta emocional; y (2) el estudio de la influencia de la emoción sobre la actividad cognitiva superior. Se trata de dos campos de investigación bien diferenciados, hasta el punto de que, hasta hace poco tiempo, quien había estudiado el problema de las relaciones entre cognición y emoción desde una de las dos perspectivas, había ignorado por lo general la otra. En este estudio se afirma que los procesos cognitivos parecen ser la clave, en torno a la cual se estructura el Trastorno de Ansiedad Generalizada; así definen el TAG en base a una serie de preocupaciones, no realistas, excesivas y percibidas como incontrolables, sobre múltiples circunstancias de la vida cotidiana (DSM-IV).

En estudios realizados a nivel nacional acerca de los Trastornos de Ansiedad encontramos los siguientes: el primero realizado por Pérez de la Mora (2003), quien investiga dónde y cómo se produce la ansiedad: sus bases biológicas. En esta investigación, el autor expone una visión panorámica sobre las bases biológicas de la ansiedad. Ilustra el funcionamiento general del sistema nervioso central y en términos más particulares comentan las definiciones de la ansiedad y sus vagos límites con el miedo. Asimismo, señala que áreas cerebrales se piensa que participan en la regulación de la ansiedad, así como qué neurotransmisores la controlan. Pero debemos aclarar que el presente trabajo, no es de tipo neurológico por lo tanto el citar las bases fisiológicas tiene la intención descriptiva y no explicativa.

Heinze (2003), aborda la problemática de cómo se concibe a la ansiedad actualmente. El autor ofrece una visión biológica del estudio de la ansiedad desde una perspectiva clínica. Expone los límites sutiles que existen entre los trastornos de la ansiedad y los trastornos afectivos.

Por otro lado, da una visión global de la clasificación y epidemiología de los trastornos de ansiedad en humanos, así como de los diferentes tratamientos que se han utilizado para curarla o prevenirla. Una parte importante del artículo está dedicada a la discusión de datos recientes que señalan cómo la emoción y el estrés dañan al cerebro. En esta parte se exploran los mecanismos neurobiológicos de éste daño, haciendo énfasis en la excesiva producción y liberación de hormonas adrenales.

Estas hipótesis, recientemente propuestas y discutidas, podrían explicar los cambios que la edad impone al manejo de la ansiedad, así como a su percepción.

Siguiendo con las investigaciones en el contexto nacional encontramos una realizada en la Universidad Autónoma de Nuevo León por Rosa Aurora Virues Elizondo (2005), quien menciona que definitivamente la ansiedad y sus efectos traen consigo un desgaste emocional y comportamental demasiado serio y complicado. Ante esto, ofrece una propuesta para mejorar esa salud mental especialmente en el ámbito laboral y por ende para que ésta actitud de mejoría se refleje en otros, como la familia y sociedad. De acuerdo a lo anterior su principal objetivo fue la disminución de los niveles de ansiedad del personal de una organización financiera a través de la implementación de un método y ejercicios mentales.

Para el desarrollo de dicho estudio se contempló el apoyo del diseño pre - test, pos - test con división de grupo control y experimental, fortaleciendo así los principios de confiabilidad y validez, los cuales se reflejaron en los resultados, ya que se presentó una reducción de la ansiedad. El enfoque utilizado en esta investigación fue de tipo experimental, dentro de Sociedad financiera, ubicada en San Pedro Garza García en la Ciudad de Monterrey.

Los participantes fueron 30 empleados denominados sujetos. 15 del género masculino y 15 del género femenino. Oscilaron entre 21 y 40 años de edad, su

nivel de estudio es carrera universitaria. Se tomó la muestra de manera aleatoria, a los cuales se les aplicó la escala "HAMILTON" sobre ansiedad.

Podemos notar que de las investigaciones anteriores, las primeras fueron realizadas en el mismo país (Chile), aunque en medios distintos, todas de alguna forma abordan la problemática de la influencia de la ansiedad, ya sea en el aprendizaje o en el rendimiento académico. Las que fueron realizadas en España hacen referencia a otros aspectos de igual importancia en cuanto a la ansiedad en el ámbito escolar.

Sin embargo en el contexto nacional aún no se han desarrollado estudios que aborden esta problemática (de la influencia de la ansiedad en el rendimiento académico), ya que de las existentes la mayoría se enfocan en la descripción fisiológica de dicho padecimiento.

A nivel regional las investigaciones acerca del Trastorno de Ansiedad Generalizada son nulas, por tanto la realización de esta investigación es relevante debido a que aporta datos estadísticos locales, además propone estrategias psicoeducativas que ayudan a cierto sector de la población a la prevención primaria de dicho trastorno.

Si bien el Trastorno de Ansiedad Generalizada al igual que la ansiedad y la preocupación se presentan en todas las etapas de desarrollo del ser humano, es necesario diferenciar los síntomas, reacciones y tipos de tratamiento recomendados para cada etapa, en el capítulo siguiente se describen las etapas de desarrollo y específicamente las características de sujetos de 24 a 36 años de edad, ya que consideramos que el momento vital también es determinante en el adecuado manejo de la ansiedad.

CAPITULO 5: ETAPAS DE DESARROLLO

5. 1 Teorías sobre el Desarrollo

A la Psicología del desarrollo podemos definirla como la ciencia que estudia el cambio de comportamiento humano a lo largo del ciclo vital. A través de la historia de la Psicología del desarrollo ha habido diversos intentos teóricos para explicar el desarrollo de la personalidad. No todos estos intentos han logrado siempre el mismo nivel de validez explicativa. Cada uno de ellos, sin embargo, debe considerarse sumamente positivo en cuanto, frecuentemente, ha impulsado investigaciones que de otro modo no se habrían realizado, contribuyendo considerablemente, en este sentido, al progreso de la ciencia psicológica. Hasta tal punto esto es cierto que sería difícil, pensamos, entender alguna de las más recientes teorías sobre el desarrollo psicológico, sin conocer previamente aquéllas que le han precedido y sobre las que de algún modo se han fundado.

Estos intentos teóricos pueden agruparse en dos grandes grupos o categorías: uno de ellos orientado fundamentalmente a estudiar el curso del desarrollo. Se trata de teorías que consideran el proceso del desarrollo como una sucesión de períodos o fases. En general son teorías que han encontrado muy buena acogida entre los pedagogos. Su margen de validez ha ido, en general, disminuyendo a través de los años, debido al número de datos que no cabe interpretar a la luz de sus principios. El otro grupo está orientado, fundamentalmente, por el contrario, al estudio de la naturaleza del proceso evolutivo y sus principios básicos. Se trata de teorías que niegan, en general, la existencia de períodos en el desarrollo, o al menos rehúyen su estudio, centrándose más bien en los procesos que lo constituyen.

5.1.2 El Desarrollo Como Sucesión de Fases

Idea común a las teorías que entienden el desarrollo como sucesión de fases es el supuesto de que este desarrollo no es continuo ni gradual, sino que introduce en su curso períodos bien definidos. Entre las teorías más conocidas se encuentra la

psicoanalítica de Freud, S. la madurativa de Gesell, A y la Psicogenética de Piaget, G.

5. 1. 3 El Desarrollo Como Crecimiento

Los teóricos pertenecientes a este grupo tratan de representar el desarrollo psíquico de modo análogo a los cambios que se observan en la esfera somática. De ahí que le denominen crecimiento. Así como las sucesivas modificaciones de los rasgos corpóreos pueden configurarse, gracias a las formas que adopta su curso, en función del progreso, del mismo modo es posible interpretar por medio de gráficos, las variaciones psíquicas que tienen lugar en la infancia, adolescencia y edad adulta.

El concepto teórico fundamental, pues, de este modelo de desarrollo, es que tanto el crecimiento físico como el desarrollo psíquicos son procesos correlativos que se producen en el mismo organismo y que deben entenderse del mismo modo, es decir, como proceso de crecimiento. El concepto de crecimiento no comprende únicamente el aumento de peso y tamaño, sino también modificaciones estructurales que pueden ser, por ejemplo, de proporción y de complejidad.

5.2 Edad adulta

A la edad adulta se le suele conocer también como período de madurez o período de la vida del individuo que se extiende en intervalo que va desde los 20-25 años hasta los 60-65.

Parece ser que son aspectos socioculturales los que pueden dar la clave respecto a las características de la madurez, ya que si bien la edad y el tiempo cronológico actúan ciertamente como sistemas importantes de apoyo, casi nunca y menos durante la edad adulta, son determinantes o condicionamientos directos de los acontecimientos y actividades propias de esta fase del ciclo vital.

La edad adulta o período de madurez no es, entonces, principalmente ese período de vida comprendido entre dos momentos cronológicos, sino que el conjunto de actividades y eventos que se suceden a lo largo de una serie de años, que varían

de una sociedad a otra y según los momentos de la historia. No es por tanto la edad o el tiempo cronológico, lo que marca este tipo de actividades, sino la época y la sociedad en que nos toca vivir y nuestra propia pericia histórica y vital.

Dada la complejidad de funciones, tareas y demandas sociales que existe este estadio evolutivo, existe entre los teóricos la tendencia general a dividirlo en fases o etapas. La revisión de algunas de las taxonomías (Bromley, 1966; Havighurst, 1952; Ericsson, 1973), nos permite la unánime distinción de tres grandes etapas:

a) Una primera etapa o fase denominada adultez temprana y que se situaría entre los 21-25 años según Bromely y entre los 17- 40 años según Levinson.

Se trata de una fase importante en el desarrollo de la personalidad, caracterizada por grandes cambios en los ámbitos de la vida familiar y profesional. Estos cambios se refieren fundamentalmente al aprendizaje de aquellos roles requeridos para la ejecución de una serie de tareas y demandas sociales tales como el comienzo de una ocupación, elección de un compañera/o, el aprendizaje de la convivencia, el matrimonio, la paternidad, el cuidado de los hijos, el gobierno y dirección del hogar, la adquisición de responsabilidades cívicas, la localización de un grupo social de pertenencia, entre otras.

b) Una segunda etapa o fase, denominada adultez media, que se extendería entre los 25-40 años según Bromley o entre 30-60 según Havighurst. Se trata de una etapa de gran productividad, especialmente en la esfera intelectual. Es la etapa de la “generatividad” según Ericsson, de la creatividad en los ámbitos de la política, la diplomacia, el pensamiento, el arte, entre otras.

c) Una tercera etapa o fase, denominada adultez tardía, que se extendería desde los 40 años a los 55 años según Bromley, o de los 59 años a los 65 años según Levinson.

Esta etapa esta descrita por algunos autores como época de decadencia biológica, que implica por lo mismo, frecuentemente, graves conmociones y crisis psíquicas.

5.2.1 Características Biopsicosociales y Necesidades del Adulto

Edad adulta es la etapa en la cual los individuos han adquirido todo su crecimiento físico, un gran desenvolvimiento social y emocional, un grado mayor de desarrollo, de autorrealización, de confianza en sí mismo, en su capacidad de tomar decisiones, gozando de más independencia y manteniendo intimidad consigo mismo y con otras personas.

A lo largo de la vida se operan cambios sistemáticos en el Sistema Nervioso Central (SNC) y en general en todo el organismo. En la edad adulta algunos de estos cambios se hacen más notorios, otros pasan inadvertidos.

Los individuos en la etapa adulta, en cuanto a crecimiento físico, han madurado en todos los sentidos; el tamaño de los huesos, masa muscular, el depósito de grasa, en los tejidos blandos, en la anchura de los hombros, en los varones y en la amplitud de las caderas en las mujeres.

Respecto a la talla y al peso, que han adquirido, son las que mantendrán durante una parte de esta etapa, casi hasta los 45 años, después de los cuales comienzan a aumentar de peso hasta los 60 años. En relación con la talla, tiene un crecimiento continuo y acelerado hasta los 20 años, permaneciendo constantes hasta la etapa de adulto mayor, cuando la posición y la acomodación de los huesos producen una ligera disminución de la talla.

El peso del cerebro disminuye paulatinamente con la edad; alcanza su máximo en la adolescencia y comienza a disminuir a medida que aumentan los años; también hay cambios en las habilidades sensoriales:

La visión: se caracteriza por el aumento acelerado hasta los 20 años y se mantiene estable hasta los 30, a los 40 años empieza una declinación de la agudeza visual, sensibilidad de la luz y visión periférica.

La audición: tiene un rápido desarrollo hasta la edad de 10 ó 14 años, seguido de una declinación gradual durante las otras etapas.

Vigor físico: Hay rápido aumento hasta los 20 años, después constante hasta los 30, cuando comienza un marcado descenso.

Rapidez de reacción: Hay un desarrollo hasta los 20 años y permanecen constantes hasta los 30, cuando comienza a declinar.

Sentido de equilibrio: Alcanza su máximo punto entre los 20 años y 30 para luego declinar de forma gradual.

Rendimiento del trabajo: El promedio más alto del rendimiento de trabajo, tanto para hombres como mujeres es alrededor de los 28 años y 30 años de edad, en el área motora, después de los cuales se produce un descenso gradual. Esta disminución del rendimiento en el trabajo se debe a todo un conjunto de cambios corporales, incluyendo una reducción de la capacidad de la rapidez de respuesta por emitir posición, conceptos y ciertos estímulos. En el área mental, en algunas personas la capacidad permanece estable, y en otras se desarrolla una capacidad mayor, por las experiencias y los estímulos recibidos.

Diferencias en sexo y género: Para ambos sexos, la receptividad sexual permanece alta en la juventud: los únicos cambios notables consisten en una mayor lentitud de respuesta en los hombres y en una mayor probabilidad de las mujeres para sentir el orgasmo. En ambos sexos, los problemas referentes a la fertilidad aumentan con la edad. A pesar de que escasean las enfermedades, los años de la juventud son los más propicios a correr riesgos tomados por los propios individuos y alentados por la cultura, especialmente el abuso de las drogas, la muerte violenta (especialmente en los hombres) y las dietas destructivas (especialmente entre las mujeres).

El pensamiento adulto: A medida que un individuo asume las responsabilidades y compromisos de la edad adulta, el pensamiento puede llegar a ser más flexible, práctico y dialéctico para tomar en cuenta las incoherencias y complejidades que surgen de las experiencias de cada día. En parte como resultado de ello, el pensamiento moral es más profundo y la fe religiosa más reflexiva, con una mayor

apreciación de los distintos puntos de vista y también un mayor compromiso con las propias convicciones.

La intimidad: La necesidad de afiliación se cubre con los amigos, y, a menudo, con un compromiso de amor con una pareja. Las amistades con importantes durante toda la edad adulta pero lo son especialmente para los adultos solteros. El curso evolutivo del matrimonio depende de varios factores, entre los que cabe citar la presencia y la edad de los hijos, y si los intereses y necesidades de los cónyuges son convergentes o divergentes a lo largo del tiempo.

La generatividad: La necesidad de alcanzar logros se puede cumplir tanto encontrando un trabajo satisfactorio mediante la paternidad, que incluye diferentes tipos de paternidad no biológica. El mercado laboral está cambiando radicalmente y hay que estar preparados para encontrarse con varios cambios de trabajo y con una necesidad cada vez mayor de conocimientos y flexibilidad dentro de un grupo variado de colegas.

5.3 Precursores de la Crisis Adulta

Trabajo: En general, y durante los últimos años, se ha producido en casi todos los países occidentales una disminución de la satisfacción de los individuos ante el trabajo, en relación probable con una serie de variables socioeconómicas por las que se caracteriza la sociedad actual. En general, al aumentar el nivel profesional, el nivel de satisfacción suele ser mayor. Los adultos, ya instalados definitivamente en un trabajo suelen estar más satisfechos que los jóvenes que están realizando sus primeros ensayos de trabajo. En cuanto al significado que tiene para los individuos el trabajo, Friedman & Hvighurst llegaron, a través de una de sus investigaciones, a los resultados siguientes:

- Los trabajadores de más bajo nivel socioeconómico tienden a vivir su trabajo como un medio de ganarse la vida.
- Los de estatus profesional más alto enfatizan más el trabajar como medio para obtener experiencias nuevas, creativas y formarse personalmente.

- Los de carrera de tipo asistencial (médico, profesores, entre otros.) señalan la importancia del trabajo como una forma de servicio a la sociedad.

Desempleo: Son muchas la funciones que desempeña el empleo respecto al individuo. De ahí que su pérdida, la imposibilidad de desempeñar un rol para el que está preparado, deja al individuo en un estado de desvalimiento más preocupante. Los investigadores que se han ocupado del tema coinciden en señalar una serie de fases por las que pasa la persona afectada por desempleo: en un primer momento se produce una conmoción, un choque psicológico que suele dar paso a una fase de minimización del problema, de optimismo y convencida esperanza para poder solventar positivamente la situación, de confianza en las propias posibilidades y recursos y en las oportunidades externas; a medida que va pasando el tiempo, el individuo se va percatando de la seriedad del problema y comienza a parecer el pesimismo y con él la necesidad de reestructurar algunos marcos de referencia lo cual causa una gradual pero severa preocupación.

Paternidad y Maternidad: el hijo puede originar conflictos y tensiones tan fácilmente como producir una mayor cohesión y cooperación entre los padres. La mujer puede sentirse disgustada ante el esposo cuando éste no participa de su entusiasmo por la crianza del hijo. Pero el esposo puede sentir celos ante el hijo al verse excluido por éste en la atención de la esposa. También el hijo puede afectar profundamente a uno de los progenitores, dañarles su propia estima si ven que no son capaces de educarles adecuadamente aunado a esto una posición económico muy limitada sobrecarga a los padres de tensiones y preocupaciones que atañen no solo a la persona misma sino al núcleo familiar.

Matrimonio: El matrimonio no sólo conduce a una profunda reorganización de la personalidad en ambos cónyuges, sino que la requiere. El matrimonio exige, en efecto, una unión en la que el elemento directivo de la persona, el yo, se amplía para considerar al consorte como otro yo, cuyos deseos, necesidades y bienestar son tenidos en cuenta en paridad con los propios y cuyas opiniones e ideas son

valoradas en la adopción de decisiones de interés común. Los esposos se dan cuenta de que en muchos aspectos han pasado a ser interdependientes y que la dicha del uno está ligada al bienestar del otro. No se trata de querer sacrificarse por el consorte. Esto conduciría a actividades masoquistas. En la relación matrimonial cada uno de los cónyuges encuentra su mejor recompensa en la felicidad del otro y en el calor afectivo que se obtiene cuando el cónyuge está relajado y vive dichoso.

Esta reorganización de la personalidad y esta capacidad de adaptación que se consigue en el matrimonio dependen del éxito con que se han pasado las fases evolutivas anteriores. Es importante, sobre todo, la medida en que el sujeto ha conseguido en la adolescencia una identidad adecuada y una capacidad para la intimidad. Sin embargo, puede darse el caso de formar matrimonios relativamente armoniosos con individuos que llegan a él arrastrando problemas de personalidad, siempre que ambos cónyuges se den cuenta de sus puntos débiles y se ayuden mutuamente a superarlos.

Divorcio: Las reacciones emocionales más frecuentes en ambos esposos ante la situación de divorcio suelen ser la cólera, la depresión, el apego al cónyuge pese a la situación de la ruptura, el alivio tras la separación y el sentimiento de una nueva oportunidad, sin olvidar en el caso de las parejas con hijos la preocupación no solo es por la separación misma sino por el saber como afecta esta a los demás familiares sobre todo cuando estos son menores.

En este trabajo cuando hablamos del adulto nos referimos a un sujeto de edad en entre 24-36 años, del que consideramos su contexto antes mencionado, ya que la edad psicológica no siempre coincide con la edad cronológica, se entiende que se trata de una aproximación a las características del sujeto adulto.

Finalmente señalamos que este trabajo no pretende ser de corte fisiológico y clínico, se enfoca más en cuestiones psicométricas, específicamente se interesa por los factores de preocupación como precursores del TAG.

MÉTODO

5.1 Definiciones Conceptuales

Ansiedad Generalizada: En el DSM-IV-TR la definen como “ansiedad y preocupación excesivas e incontrolables durante, al menos, 6 meses acompañada de síntomas somáticos como inquietud, fatiga, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño y dificultades para la concentración”.

Preocupación: es un estado especial del sistema cognitivo, adaptado para anticipar posibles peligros futuros. (Mathews, 1990).

5.2 Definición Operacional

Ansiedad Generalizada: se midió a partir de componentes de preocupación, utilizando las preguntas del cuestionario GAD-Q-IV.

5.3 Tipo de Estudio

Esta investigación es de tipo exploratorio - descriptivo. Estos estudios se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen dudas o no se ha abordado antes, ya sea en temática o en alguna población específica. (Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, P., 2006)

Como se menciona en el marco teórico, en México, existen mínimas referencias de estudios que hayan abordado el Trastorno de Ansiedad Generalizada, y a su vez en el estado de Hidalgo, no existen referencias de haber sido investigado o tratado en las dependencias del sector salud, ni de INEGI (2004).

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos, aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar (Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, P., 2006)

5.4 Diseño de investigación

Se trata de un diseño transversal de una sola muestra, y una sola medición psicométrica.

En la investigación no experimental se observan los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos. Los diseños de investigación transversales recolectan datos en un sólo momento, en un tiempo único. Su propósito es descubrir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, P., 2006)

En estudios exploratorios y descriptivos no necesariamente se realizan hipótesis, las hipótesis se consideran necesarias en estudios controlados de laboratorio o en estudios correlacionales y explicativos, por lo tanto en este trabajo no se elaboran hipótesis.

5.5 Definición de Variables:

Principal: Preocupación

Asociadas a la variable principal:

- El sujeto, como experimenta la preocupación excesiva
- La preocupación es excesiva en intensidad, frecuencia, o cantidad de - incomodidad que causa.
- Es difícil controlar la preocupación (o dejar de preocuparse) una vez que esta comienza

- Existe una preocupación de manera excesiva e incontrolable por detalles pequeños tales como llegar tarde a una cita, pequeñas reparaciones, la tarea, entre otras.
- Cuáles son los temas más frecuentes por los que se preocupa de manera excesiva e incontrolable.
- Durante los últimos seis meses hay una molestia excesiva por preocupaciones la mayoría de los días.

5.6 Instrumento

Se empleó el cuestionario GAD-Q-IV que consta de 9 reactivos. De los cuales cinco son de respuesta afirmativa o negativa, uno de análisis sobre sus características personales, una pregunta de opción múltiple sobre la sintomatología y dos preguntas sobre el grado de malestar e interferencia en su vida cotidiana.

5.7 Muestra

El muestreo es no probabilístico e intencional, en total 424 sujetos adultos de entre 24 a 36 años de edad.

5.8 Procedimiento

En diferentes colonias de la ciudad de Pachuca, Hidalgo, se abordó a los sujetos con un saludo para posteriormente pedirles amablemente contestarán un cuestionario cuyo propósito es medir la preocupación, se les explicó en qué consistían las preguntas y la forma en que se debían contestar asegurándoles que se les explicaría cualquier duda que pudieran tener sobre el cuestionario y haciendo énfasis en que se trataba de una encuesta anónima, al terminar se les agradeció su participación.

Para obtener los resultados del cuestionario, en este estudio, se almacenaron todas las respuestas en una base de datos utilizando el programa estadístico SPSS 15.0, para obtener la frecuencia de respuesta de cada reactivo.

Las características de los sujetos a quienes se les aplicaron los cuestionarios comprenden una población de Pachuca Hidalgo, de 186 hombres y 238 mujeres para un total de 424 sujetos, de 24 a 36 años, no importando su escolaridad ni el grupo socioeconómico al que pertenecieran.

RESULTADOS PARA EL GAD-Q-IV

En cuanto a las respuestas del GAD-Q-IV, los resultados fueron examinados por medio de las frecuencias y los porcentajes por cada reactivo.

En las siguientes tablas de resultados puede observarse:

1.- ¿Experimenta usted preocupación excesiva?

RESPUESTA	FRECUENCIA DE RESPUESTA	PORCENTAJE
Si	92	21.70
No	332	78.30
	424	100

Tabla 1. Muestra que un porcentaje mayor de los sujetos no presumen experimentar una preocupación excesiva.

2.- ¿Su preocupación es excesiva en intensidad, frecuencia o cantidad de incomodidad que le causa?

RESPUESTA	FRECUENCIA DE RESPUESTA	PORCENTAJE
Si	74	17.45
No	350	82.55
	424	100

Tabla 2. La preocupación que presentan sigue teniendo una condición estándar, ya que en más del 80 por ciento no lo consideran excesivo ni intenso.

3.- ¿Le es difícil controlar su preocupación (o dejar de preocuparse) una vez que está comienza?

RESPUESTA	FRECUENCIA DE RESPUESTA	PORCENTAJE
Si	156	36.79
No	268	63.21
	424	100

Tabla 3. La tabla muestra que a pesar de identificar señales de preocupación, está se mantiene sobre el control del sujeto.

4.- ¿Se preocupa de manera excesiva e incontrolable por detalles pequeños tales como llegar tarde a una cita, pequeñas reparaciones, la tarea, etc.?

RESPUESTA	FRECUENCIA DE RESPUESTA	PORCENTAJE
No contestaron	6	1.42
Si	118	27.83
No	300	70.75
	424	100

Tabla 4. La preocupación se hace notar con indicadores que no exceden los límites tolerables para los sujetos.

Las categorías para el análisis de la pregunta R5GAD: Por favor enliste los temas más frecuentes por los que se preocupa de manera excesiva e incontrolable, se presentan en la siguiente tabla.

Temas preocupantes	
NUMERO	CATEGORIA
1	Salud
2	Familia
3	Asuntos Personales
4	Economía
5	Trabajo
6	Académico
7	Puntualidad y Tiempo
8	Otros

Pregunta 5 opción A por favor enliste los temas más frecuentes por los que se preocupa de manera excesiva e incontrolable.

CATEGORIA	FRECUENCIA DE RESPUESTA	PORCENTAJE
Salud	48	11.32
Familia	58	13.68
Asuntos personales	12	2.83
Economía	58	13.68
Trabajo	66	15.57
Académico	22	5.19
Tiempo	22	5.19
Otros	30	7.07
No contestaron	108	25.47
	424	100

Esta tabla nos muestra que los temas por los que las personas suelen preocuparse en mayor medida son el trabajo, la familia y la economía, las demás categorías no demuestran una gran preocupación para los sujetos aplicados.

Pregunta 5 opción B por favor enliste los temas más frecuentes por los que se preocupa de manera excesiva e incontrolable.

CATEGORIA	FRECUENCIA DE RESPUESTA	PORCENTAJE
Salud	22	5.19
Familia	46	10.85
Asuntos personales	12	2.83
Economía	48	11.32
Trabajo	70	16.51
Académico	72	16.98
Tiempo	2	.47
Otros	20	4.72
No contestaron	132	31.13
	424	100

En esta tabla se muestra que el trabajo al igual que la economía siguen siendo los principales componentes de la preocupación, mencionando también la importancia de lo académico al tomar esta como el segundo tema de preocupación

Pregunta 5 opción C por favor enliste los temas más frecuentes por los que se preocupa de manera excesiva e incontrolable.

CATEGORIA	FRECUENCIA DE RESPUESTA	PORCENTAJE
Salud	14	3.30
Familia	54	12.74
Asuntos personales	26	6.13
Economía	28	6.60
Trabajo	40	9.43
Académico	32	7.55
Tiempo	2	.47
Otros	28	6.60
No contestaron	200	47.17
	424	100

En esta tabla el eje preocupante predominante es la familia y trabajo los demás temas siguen sin ser importantes para los sujetos a los que se aplico el instrumento.

Pregunta 5 opción D por favor enliste los temas más frecuentes por los que se preocupa de manera excesiva e incontrolable.

CATEGORIA	FRECUENCIA DE RESPUESTA	PORCENTAJE
Salud	18	4.25
Familia	22	5.19
Asuntos personales	30	7.08
Economía	16	3.77
Trabajo	16	3.77
Académico	10	2.36
Tiempo	2	.47
Otros	14	3.30
No contestaron	296	69.81
	424	100

Pregunta 5 opciones E por favor enliste los temas más frecuentes por los que se preocupa de manera excesiva e incontrolable.

CATEGORIA	FRECUENCIA DE RESPUESTA	PORCENTAJE
Salud	4	.94
Familia	14	3.30
Asuntos personales	22	5.19
Economía	10	2.36
Trabajo	2	.47
Académico	4	.94
Tiempo	4	.94
Otros	14	3.30
No contestaron	350	82.55
	424	100

Pregunta 5 opción F por favor enliste los temas más frecuentes por los que se preocupa de manera excesiva e incontrolable.

CATEGORIA	FRECUENCIA DE RESPUESTA	PORCENTAJE
Salud	0	0
Familia	8	1.89
Asuntos personales	10	2.36
Economía	2	.47
Trabajo	0	0
Académico	4	.94
Tiempo	0	.0
Otros	4	.94
No contestaron	396	93.40
	424	100

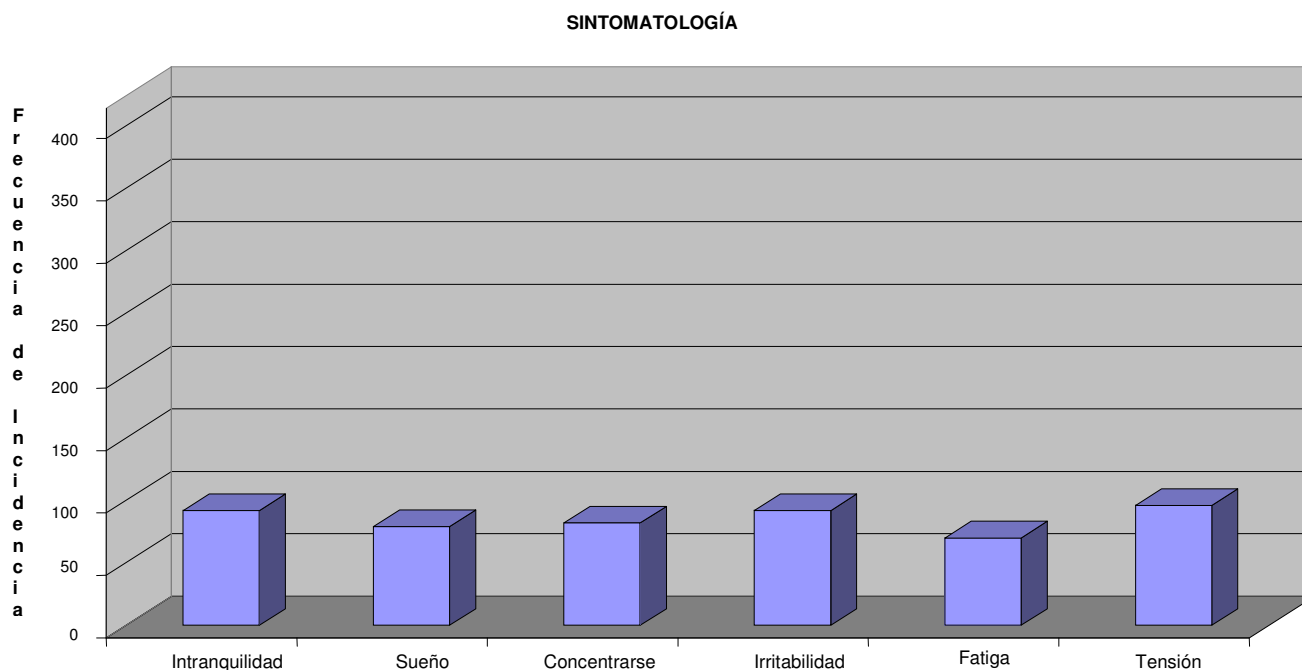
Puede observarse en las tablas que la mayoría de los sujetos no contestaron a esta pregunta pues consideraban que no solían preocuparse excesivamente por ninguna cosa en especial; sin embargo, la mayoría de las personas adultas mencionan que los temas por los que se preocupan con mayor frecuencia son su familia, seguida de economía y trabajo, las otras opciones de respuesta fueron mencionadas por una cantidad menor de personas y como elecciones secundarias.

6.- ¿Durante los últimos seis meses le han molestado excesivamente preocupaciones incontrolables la mayoría de los días?

RESPUESTA	FRECUENCIA DE RESPUESTA	PORCENTAJE
No contestaron	22	5.19
SI	110	25.94
No	292	68.87
	424	100

Cabe mencionar que para el análisis de las siguientes preguntas se tomaron en cuenta todas las respuestas aportadas, mismas que proporcionaron información importante, en la interpretación de los resultados, pese a que en la pregunta anterior se especificaba que de ser negativa la respuesta concluyeran con el cuestionario.

El reactivo número siete enlista una serie de síntomas que el entrevistado podía elegir de acuerdo a su percepción.

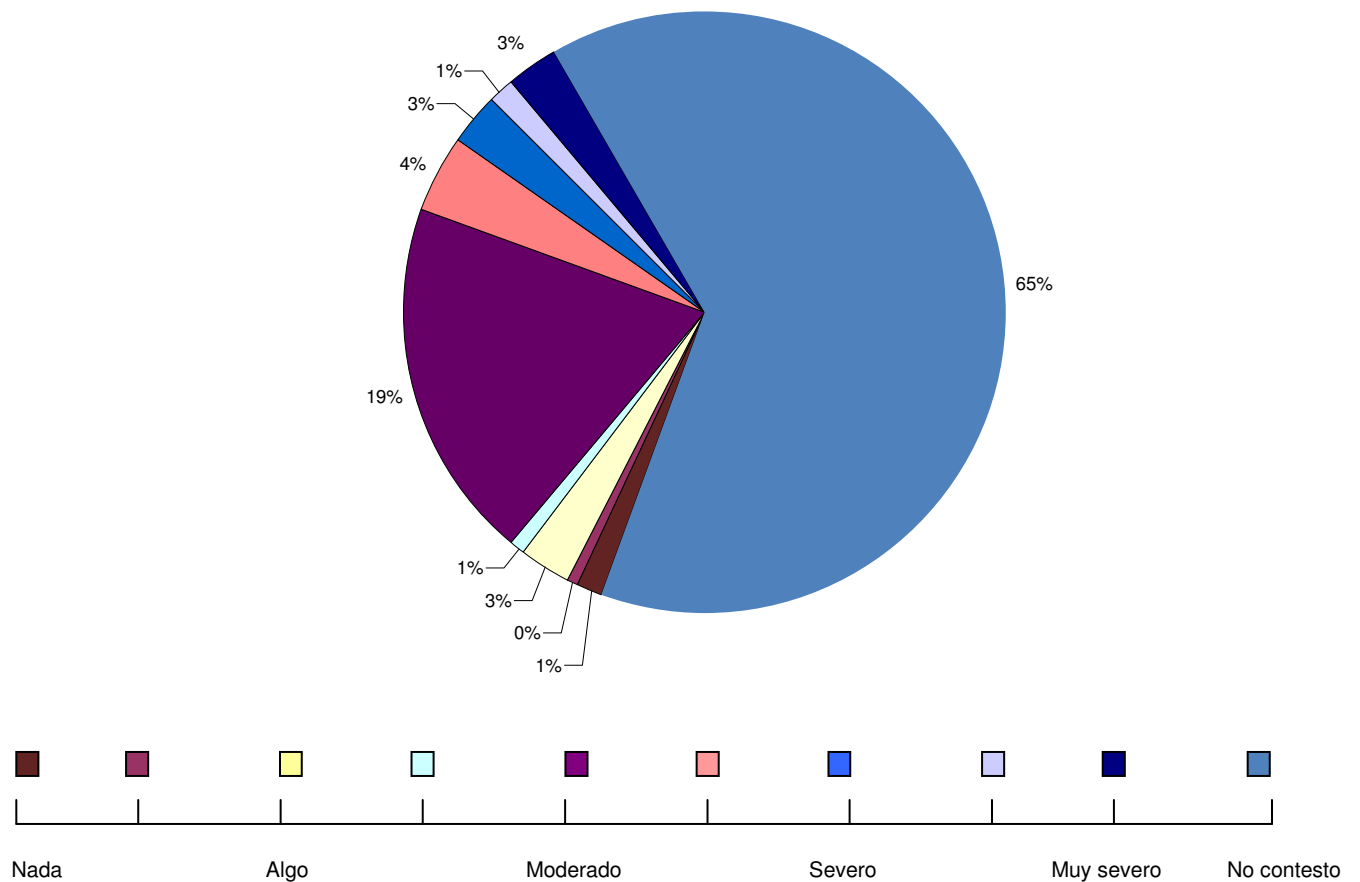


Gráfica 1: se muestra la frecuencia de cada síntoma según lo que contestaron los sujetos.

En la gráfica 1, puede observarse que la mayoría de las personas que contestaron afirmativamente a la pregunta 7, los síntomas de malestar fueron mencionadas casi en igualdad de frecuencia.

Para las siguientes dos preguntas (ocho y nueve) la opción de respuesta corresponde a una escala de 0 a 8, donde 0 es igual a nada, 1, 2 algo, 3, 4 moderado, 5, 6 severo, 7 y 8 muy severo.

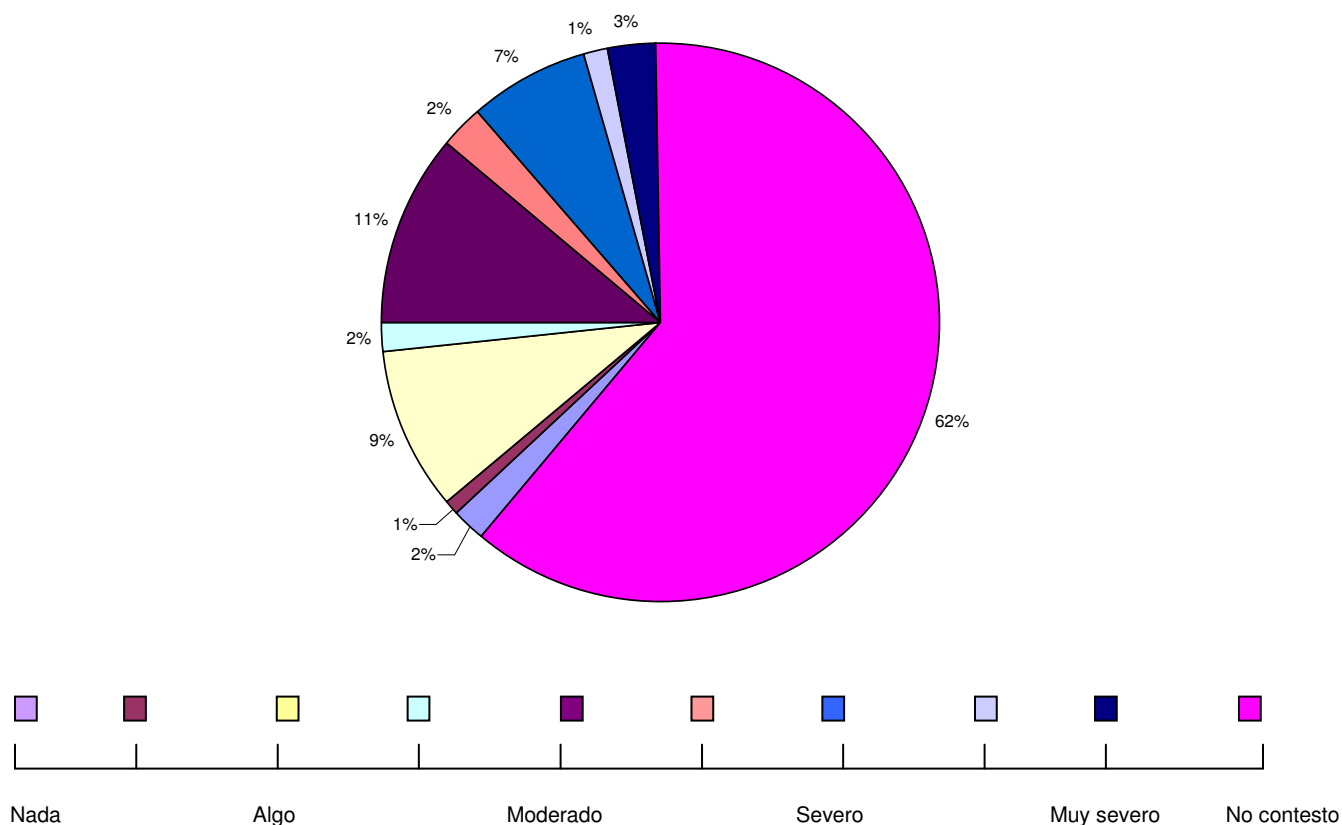
8.- ¿Que tanto interfiere la preocupación y los síntomas físicos en su vida, trabajo, actividades sociales, familia, etc.?



Gráfica 2. El porcentaje de incomodidad que causan lo síntomas en sus actividades cotidianas.

En la gráfica 2, se pudo observar que la mayoría de los sujetos que contestaron a esta pregunta, la tendencia fue un nivel moderado (19 por ciento) y con puntajes bajos de incomodidad en sus actividades diarias.

9.- ¿Cuánto malestar le causan la preocupación y los síntomas físicos?



Gráfica 3. En esta gráfica se puede observar la cantidad de malestar que los sujetos sienten en cuanto a los síntomas ansiosos en sus actividades cotidianas.

La gráfica 3, señala que la gran generalidad de los sujetos que contestaron a la pregunta 9, su malestar en cuanto a los síntomas fue en un nivel moderado tendiendo a los puntajes bajos de malestar.

CONCLUSIONES

El instrumento GADQ-IV, por sus características permite confirmar que en términos generales los temas de preocupación en personas maduras, son similares a los encontrados en la literatura revisada.

En la primera opción de respuesta el porcentaje más alto con 66 menciones, seguida de la familia con 58, economía con 58 y la salud con 48 que están incluidas en la literatura como aspectos importantes en esta etapa de desarrollo, manteniéndose en la misma tendencia para las siguientes opciones de respuesta de la misma pregunta, concluyendo que las personas que contestaron consideran estos temas como relevantes en su vida diaria.

Con base en los resultados obtenidos, puede decirse que se logró explorar la utilidad del cuestionario GAD-Q-IV en una población con edades de 24 a 36 años de edad, de personas residentes en Pachuca, Hidalgo, México.

Si bien el GAD-Q-IV por sí solo no es un instrumento de diagnóstico, si es confiable para enterar a quien lo aplica sobre los temas que causan mayores preocupaciones en una persona y como son percibidas por él mismo, orientando al profesional sobre un posible tratamiento.

En posteriores estudios es recomendable que el cuestionario sea evaluado en sujetos de otros grupos de edad, considerando a personas de edades más avanzadas para saber si es igualmente útil para medir la preocupación en este tipo de población a la que no se tuvo acceso.

Se sugiere someter el instrumento a otros procedimientos para obtener confiabilidad, recomendando el estudio Test - Retest para evaluar su correlación y de esta manera tener una base sobre el desempeño del instrumento ante una población que puede presentar preocupación.

Se encontraron algunos errores al revisar las respuestas reportadas por los entrevistados en cuanto a que existía un señalamiento distinguible dentro del cuestionario que rezaba “si contestó si, (a la pregunta 6) continué, si su respuesta fue no omita las respuestas restantes. Algunos entrevistados que contestaron “no” a esa pregunta respondieron las preguntas 8 y 9 del cuestionario que también fueron integrados en el análisis de frecuencia incrementándose en porcentaje de personas con molestia e interferencia de los síntomas sobre los pensamientos preocupantes en su vida cotidiana.

La implicación de los investigadores en trabajos que traten sobre emociones suele perturbar la percepción que se tiene, no solo de sí mismo, sino de las personas que tenemos alrededor. Podemos creer que ninguna persona está exenta de padecer algún trastorno y mucho menos de síntomas que son comunes ante la acelerada actividad a la que estamos sometidos en la vida cotidiana contemporánea.

Para que el trabajo cuantitativo conserve una postura objetiva ante el tema tratado, sobre todo cuando creemos que algún padecimiento tiene relación de manera directa con poblaciones estudiadas, es necesario explorar el cuestionario en distintos grupos poblacionales.

Los estudios sobre preocupación y ansiedad, específicamente sobre Trastornos de Ansiedad Generalizada deberán incrementarse por el vasto número de pacientes que en la actualidad presentan este trastorno además de aportar a la literatura y a los casos clínicos tratados.

Al mismo tiempo de la elaboración de este trabajo, se facilitó el aprendizaje en un primer acercamiento a la investigación, se amplió la mirada de colaboración e integración con otros grupos de trabajo, a nivel de área académica y a nivel interinstitucional con otras universidades del país.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aguado, M. (2006). Enfermedad de Alzheimer y Ansiedad. Disponible en (<http://www.infodoc.com>).

Angst, J.; Vollrath, M. (1991). The Natural History of Anxiety Disorders.

Acta Psychiatr Scand Vol. 84.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington.

Arntz, A; Hildebrand, M and Van Den Hout, M. (1994). Overprediction of Anxiety, and Disconfirmatory processes, in Anxiety Disorders. Behaviour Research and Therapy. Vol. 32, No. 7, Great Britain. All rights Reserved.

Beck, A.; T. Brown G., Eidelson J. I. Steer R. A. Riskind J. H. (1987). Differentiating Anxiety and Depression: A test of the Cognitive Content Specificity Hypothesis.

Bertoglia, L. (1991). Ansiedad y Rendimiento en Escolares: Una Alternativa de Acción. Revista Perspectiva Educativa. No 20

Bobes J.; Bousoño, M.; Portilla, M.; Sáiz, P. (2002). Trastorno de Ansiedad Generalizada. Barcelona: Ed. Ars Medica.

Borkovec, T. ¿Cuál es el uso de la preocupación? Disponible en (<http://www.findarticles.com>). 1985.

Borkovec, T.; Alcaine, O.; Behar, E. (2004) Avoidance Theory of Worry and Generalized Anxiety Disorder. Heimberg, R.; Turk, C.; Mennin, D. (Editores) Generalized Anxiety Disorder. Advances in Research and Practice. New York: The Guilford Press.

Borkovec, T. (2005). Cognitive Behavioral Treatment of Generalized Anxiety Disorder With Integrations of Interpersonal and Experiential Therapies. Disponible en <http://www.gacbp.com>

Borkovec, T. D.; Ray, W.; y Stöber, J. (1998). Worry: A Cognitive Phenomenon Intimately Linked to Affective, Physiological, and Interpersonal Processes. Cognitive Therapy and Research.

Butler, G.; Cullington, A.; Hibbert, G.; Klimes, I.; Gelder, M. (1987). Anxiety Management for Persistent Generalized Anxiety. British Journal of Psychiatry. Vol. 151.

Caballo, V.; Buelacasal, G.; Carboles, J. (1995) Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos. Vol. 1 Fundamentos Conceptuales: Trastornos por Ansiedad, Afectivos y Psicóticos. España: Siglo Veintiuno Editores.

Caballo, V. (2002). Manual para el Tratamiento Cognitivo Conductual de los Trastornos Psicológicos. Vol. 1. España: Ed. Siglo veintiuno.

Calle, R. (1990). Ante la ansiedad. Técnicas de Autoayuda para Superar la Angustia y el Estrés. 3ª Ed. Barcelona: Ed. Urano.

Campos, P. (2005). Tratamiento Psicofisiológico y Conductual del Trastorno de Ansiedad. Salud Mental. Vol. 28 No. 1.

Carter, W.R.; Johnson, M.; y Borkovec, T.D. (1986). Worry: An Electrocortical Analysis. Advances in Behaviour Research and Therapy.

Carrasco J. L.; Saiz J. (1990). Neuropéptidos y Ansiedad. Revista de Psiquiatría.

Cautela J. R. (1994). Behavior Therapy Institute: The Use of the Anxiety Meter to Reduce Anxiety. Behavior modification, Vol. 18 No.3.

Chambless, D.; Gillis, M. (1993). Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 61, No. 2.

Cia. A. H. (2001). Trastorno de Ansiedad Generalizada. Primera edición. Ed Polemos, Buenos Aires Argentina.

Contreras, C. M. et al. (2003). El Estudio Experimental de la Ansiedad y la Depresión. Ciencia.

Corominas, J. (1976). Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana. 3ª Ed. Madrid: Gredos.

Corsi, M. (2003). El Electroencefalograma y la Ansiedad: Diferencias Sexuales. Ciencia.

Craig, G. (2001). Desarrollo Psicológico. Octava edición. México. Prentice Hall.

Craske, M.; Gatz, M.; Wetherell, J. (2003). Treatment of Generalized Anxiety Disorder in Older Adults. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 71, No. 1.

Freud, S. (1905). Escritos sobre la Histeria. Primera Edición. Madrid: Alianza Editorial.1974.

Freud, S. (1966). Introducción al Psicoanálisis. Madrid: Alianza Editorial. 1973.

Liebert, R.M. y Morris, L.M. (1967). Cognitive and Emotional Components of Test Anxiety: A Distinction and Some Initial Data. Psychological Reports, 20.

Gray, J. A. (1982). Precis of the Neuropsychology of Anxiety: an Enquiry Into the Functions of the Septo-hippocampal System. Behav. Brain Sci., 5.

Gross, R. y Eifert, G. H. (1990). Components of Generalized Anxiety: the Role of Intrusive Thoughts Vs Worry Division of Psychology, School of Behavioral Sciences.

Harvard Mental Health Letter. (2003) Generalized Anxiety Disorder: Toxic Worry. Volume 19, Number 7.

Heinze, G. (2003). La Ansiedad: Como se le Concibe Actualmente. Ciencia.

Heimberg, R.; Turk, C.; Mennin, D. (2004). Generalized Anxiety Disorder. Advances in Research and Practice. New York: The Guilford Press.

Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, P. (2006). Metodología de la Investigación. 2da. Edición. Mc Graw Hill. 2000.

Hollander, E.; Simeon, D. (2004). Guía de Trastornos de Ansiedad. Madrid: Ed. Elsevier.

Horacio, A. (2003). La Ansiedad y sus Trastornos. Buenos Aires: Ed. Polemos.

Howard D. (2001). Psiquiatría. Manual Moderno 5ª edición. México

Jadue G. (2001). Estudios Pedagógicos. No. 27.

Kaplan, H.; Sadock, B. (1998). Sinopsis de Psiquiatría. 8ª ed. México: Ed. Medica Panamericana. 2001.

Liebert, R.M. y Morris, L.M. (1967). Cognitive and Emotional Components of Test Anxiety: A Distinction and Some Initial Data. Psychological Reports, No. 20.

Linfort R., W. (1974). Factores de Ansiedad en la Asistencia Global del Enfermo. Países Bajos: Ed. Excerpta médica.

Loebach, J.; Gatz, M.; Craske, M. (2003). Treatment of Generalized Anxiety Disorder in Older Adults. Vol. 71.

Luengo, D. (2005). “La Ansiedad al Descubierta. Como Comprenderla y Hacerle Frente”. España: Ed. Paidós

Martínez B. S. (2000). Trastorno de Ansiedad Generalizada en Ancianos. España: Ars Medica .

Mathews A. (1990). Why Worry? The Cognitive Function of Anxiety. Behavior research and therapy. Vol. 28, No. 6.

Meyer T. J.; Milar M.L.; Metzger y Borkovec T.D. (1990). Development and Validation of the Penn State Worry Questionnaire. Behavior Research and therapy. Vol. 28 No. 6.

Murin, P. (2002). Treatment of Childhood Anxiety Disorder: A Preliminary Comparison Between Cognitive-Behaviour. Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry. Vol. 33.

Nathan, P.; Gorman, J.; Salkind, N. (1999). Tratamiento de Trastornos Mentales: Una Guía de Tratamientos que Funcionan. España: Alianza Editorial.

Newman, M.; Borkovec, T. (1995). Cognitive-Behavioral Treatment of Generalized Anxiety Disorder. Disponible en <http://www.apa.org>

Newman, M.; Zuellig, A.; Kachin, K.; Constantino, M.; Prezeworski, A.; Erickson, T.; y Cashman-McGrath, L. (2002). Preliminary Reliability and Validity on the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV: A Revised Self-Report Diagnostic Measure of Generalized Anxiety Disorder. Behavior Therapy, Vol. 33.

Ontiveros, A. (1993) Crisis de Angustia Provocadas: Agentes Evocadores e Hipótesis Hisiopatológicas.

Papalia, D.; Wendkos, S.; Duskin, R. (2005) Desarrollo Humano. Novena Edición. México. Mc Graw Hill.

Pérez de la Mora, M. (2003). Dónde y Cómo se Produce la Ansiedad: Sus Bases Biológicas. Ciencia.

Prados, J.M. (2005). Pensamiento y Emoción: el Uso Científico del Término Preocupación. Ansiedad y Estrés, No. 11.

Rice, P. (1997). Desarrollo Humano: Estudio del ciclo vital. Segunda edición. México. Prentice Hall Hispanoamericana.

- Roca, M. (2002). Trastornos Neuróticos. España: Ars Médica.
- Rojas, E. (2002). La ansiedad: Cómo diagnosticar y Superar el Estrés, las Fobias y las Obsesiones .Tercera reimpresión. México: Ed. Planeta Mexicana.
- Silverman W. y Cols (2003) The Facets of Anxiety Sensitivity Represented Analyses of Factor Models from Past. Journal of abnormal Psychology. Vol.112 Num. 3.
- Stein, D.; Hollander, E., (2004). Tratado de los Trastornos de Ansiedad. Barcelona: Ed. Ars Medica.
- Street, L.; Salman, E.; Garfinkle, R.; Silvestri, J.; Carrasco, J.; Cárdenas,D.; Zinbarg, R.; Barlow, D; Liebowitz, M. (1997). Discriminating Between Generalized Anxiety Disorder and Anxiety Disorder not Otherwise Specified in a Hispanic Population: is it Only a Matter of Worry? Depression and Anxiety, Vol. 5.
- Vallejo, J.; Gasto, C. (2000). Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión. España: Ed.Masson.
- Vegas B.; Leon R. (2000). Incidencia de la Ansiedad en el Rendimiento Académico de Alumnos de la Universidad de Concepción Paideia. Revista de Educación [en línea].
- Vera-villarroel P.; Buela-Casal G. (2000). Relaciones entre Ansiedad y Estilo Atributivo. Revista Mexicana de Psicología, Vol.17 Num.2. Universidad de Chile y universidad de España.
- Vollrath J. M. (1991). The Natural History of Anxiety Disorders. Acta Psychiatry scand.
- Wenzlaff, R.; y Wegner, D.M. (2000). Thought Suppression. Annual Review of Psychology.
- Wells, A. (1999). A Cognitive Model of Generalized Anxiety Disorder. Behavior Modification. Vol. 23 No. 4.
- Wells, A. (2005). The Metacognitive Model of GAD: Assessment of Meta-Worry and relationship with DSM-IV Generalized Anxiety Disorder. Cognitive Therapy and Research.
- Zebb, B.; Beck G. (1998). Worry Vs anxiety is There Really a Diferensse?. Behavior modification. Vol.22. No 1.

Zinbarg R. E.; David H. B.; Timothy A. B.; Hertz, K. (2003). Center of Stress and Anxiety Disorders, University at Albany, State University of New York, Albany, New York.

ANEXO 1: GAD-Q-IV

Edad _____ Sexo _____ Ocupación _____

1. ¿Experimenta usted preocupación excesiva? Si ___ No ___
2. Su preocupación es excesiva en intensidad, frecuencia, o cantidad de incomodidad que le causa. Si ___ No ___
3. Le es difícil controlar su preocupación (o dejar de preocuparse) una vez que esta comienza? Si ___ No ___
4. Se preocupa de manera excesiva e incontrolable por detalles pequeños tales como llegar tarde a una cita, pequeñas reparaciones, la tarea, etc.? Si ___ No ___
5. Por favor enliste los temas más frecuentes por los que se preocupa de manera excesiva e incontrolable.

a. _____	d. _____
b. _____	e. _____
c. _____	f. _____
6. Durante los últimos seis meses le han molestado excesivamente preocupaciones la mayoría de los días? Si ___ No ___

SI CONTESTO SI, CONTINUE, SI SU RESPUESTA FUE NO OMITA LAS PREGUNTAS RESTANTES.

7. Durante los últimos seis meses, le ha molestado alguno de los siguientes síntomas? Marque una X en la línea junto al síntoma que ha tenido la mayoría de los días:

___ Intranquilidad o sentirse excitado o nervioso	___ Irritabilidad
___ Dificultad para conciliar el sueño/permanecer	
___ Dormido o sueño intranquilo/insatisfactorio	___ Fatigarse fácilmente
___ Dificultad para concentrarse o tener la mente despejada	___ Tensión muscular

8. Que tanto interfieren la preocupación y los síntomas físicos en su vida, trabajo, actividades sociales, familia, etc. Encierre un número con un círculo.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nada	Algo		Moderado		Severo		Muy severo	

9. Cuánto malestar le causa la preocupación y los síntomas físicos? Encierre con un círculo.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nada	Algo		Moderado		Severo		Muy severo	

ANEXO 2

Título

Construcción Psicométrica de Instrumentos de Medición del Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Justificación

El proyecto contribuye de manera importante en el estudio de la ansiedad generalizada, construye una plataforma psicométrica que permite, de acuerdo con la teoría cognoscitivo conductual, diagnosticar y evaluar la eficacia de la intervención terapéutica sobre dicho trastorno. Asimismo permite contar con instrumentos de medición homologados y validados transculturalmente que permitan recolectar datos objetivos que sean comparables con las mediciones equivalentes de esos mismos instrumentos que se obtienen en otros países.

Objetivo

Adaptar, confiabilizar y validar para su uso en México, los principales instrumentos psicológicos que diagnostiquen y midan la eficacia del tratamiento psicológico del Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Financiamiento

Clave del Proyecto IN300906.

Participantes

Participan seis estados sede de la república: Aguascalientes, Distrito Federal, Ciudad Juárez. Estado de México, Mazatlán e Hidalgo, tomando tres muestras en cada estado que van de la edad de 12 hasta los 36 años.

Responsable

Dr. Samuel Jurado Cárdenas, investigador de la Facultad de Psicología en la Universidad Nacional Autónoma de México.