

ANSIEDAD O PREOCUPACIONES QUE ENFERMAN

La ansiedad es una emoción que en muchas circunstancias es adaptativa para el individuo, permitiéndole estar alerta, sensible al ambiente, aportando un nivel óptimo de motivación para afrontar las diferentes situaciones. Así, en circunstancias de peligro objetivo, un incremento de ansiedad puede facilitar un mejor afrontamiento de la situación y, en consecuencia un mejor ajuste al medio circundante. Este estado emocional, al ser positivo para el individuo, se le considera como “**ansiedad normal**”.

➤ Sin embargo, cuando frecuentemente se generan niveles excesivos de ansiedad, durante períodos prolongados de tiempo y sin que exista un peligro objetivo (irracional), surge en el individuo una ansiedad desadaptativa que se convierte en una fuente de malestar, sufrimiento y a veces incapacitación de la persona que la sufre, emergiendo una “**ansiedad patológica**”, es decir, que enferma a la persona (Avalos y col. 1992; Spielberger y col., 1984).

➤ Algunos autores (Carvajal,1987) han indicado que la ansiedad patológica (o “ansiedad clínica”) es una manifestación más frecuente, más intensa y más persistente que la ansiedad normal, es decir, que a nivel general la ansiedad patológica se caracterizaría en principio por:

- Caracterizarse por ciertas diferencias cuantitativas, respecto a un nivel más elevado de ocurrencia, fuerza y duración.
- Presentarse de forma irracional frente a situaciones de escasa amenaza o peligro real.
- Paraliza, bloquea o impide utilizar las competencias psíquicas para afrontar alguna actividad.

➤ Ambos tipos de ansiedad –normal y patológica- se caracterizan por poseer una **naturaleza anticipatoria**, es decir, que la respuesta de ansiedad tiene la capacidad de anticipar o señalar un peligro o amenaza para el propio individuo (sea o no objetivo), desencadenando sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, así como activación o descarga del sistema nervioso autónomo (Spielberger, Pollans y Worder, 1984).

➤ A este respecto, Belloch realiza una definición de ansiedad refiriendo:

“Un estado emocional consistente en reacciones de miedo o aprensión anticipatoria de peligro o amenaza, acompañados de activación del sistema nervioso autónomo.” (Belloch, 1995, Pág. 77).

➤ En términos generales, la ansiedad está compuesta por un **sistema de respuestas subjetivo-cognitivo** relacionado con:

- La percepción y evaluación de los estímulos situacionales.
- Un sistema fisiológico-somático.
- Un sistema motor-conductual que corresponde a los componentes observables de conducta que hacen referencia a las respuestas instrumentales de escape y huida.

➤ En lo específico, la ansiedad patológica ha estado asociada al uso de **diversos términos** relacionados, como miedo, fobia, angustia y estrés. Estos términos en ocasiones se han empleado con un significado más o menos equivalente, y otras veces, no. Así, antiguamente se atribuía a la ansiedad mayor predominio de componentes físicos y a la angustia mayor preponderancia de lo psíquico, aunque también se asociaba a manifestaciones orgánicas como taquicardia, dilatación pupilar y palidez (Belloch, 1995; Carvajal, 1987), razón por la cual en la psicología hispana actualmente ambos términos se utilizan como sinónimos.

Por su parte **el miedo** se relaciona con algún tipo de estímulo externo amenazante identificable, a diferencia de la ansiedad que se asocia a un estado emocional más difuso y sin una fuente externa de amenaza reconocible, a pesar de que los estímulos externos pueden existir aunque no sean fácilmente identificables, teniendo una connotación más bien interna.

Comparando los miedos y las **fobias**, se observa que suelen presentarse como elementos del trastorno de ansiedad, constituyéndose sin embargo en dos fenómenos distintos, destacándose como diferencia principal la respuesta de escape o evitación implicada en la fobia, motivada por un miedo desproporcionado e irracional.

Algunos autores (Satín y Chorot), plantean que la diferenciación de las múltiples manifestaciones de ansiedad, radicaría únicamente en el **grado de intensidad** en que los síntomas se presentan y distribuyen a lo largo de un continuo, concluyendo que las distinciones que se han realizado son artificiales y responden a una solución práctica y necesaria para organizar el conocimiento.

A este respecto Belloch (1995) señala que existen **clasificaciones categoriales** que agrupan los síntomas de la ansiedad clínica en un único Trastorno de Ansiedad —entendiéndose por tal el síndrome clínico en el que la ansiedad es la perturbación predominante, pudiendo caracterizarse en ansiedades manifiestas (pánico o ansiedad generalizada) y en conductas de evitación para reducir la ansiedad (fobias)- que a su vez contiene subgrupos, definiéndose en forma operativa y clara sus principales cuadros clínicos, a saber:

- Desorden de Ansiedad Generalizado
- Desorden de Pánico
- Pánico Con Agorafobia y Sin Agorafobia;
- Agorafobia Sin Historia de Ataques de Pánico;
- Fobia Simple y Social;
- Desorden Obsesivo Compulsivo
- Trastorno de Estrés Postraumático

- Trastorno por Ansiedad No Específica.

➤ Al respecto, se abordará el **Desorden de Ansiedad Generalizado** y el **Desorden de Pánico** por considerarlos dos extremos de un continuo que dan cuenta sobre el estado de salud mental de las personas, acogiendo la “hipótesis del estado básico de ansiedad”, de la cual Belloch refiere:

“...los trastornos de ansiedad se pueden situar en un continuo de gravedad, siendo las distintas categorías de ansiedad diferentes manifestaciones de un mismo trastorno básico; por ejemplo, la ansiedad generalizada estaría situada en el extremo más leve y el trastorno de pánico en el polo más grave”.
(Belloch, 1995, Pág. 67).

1. **El Trastorno de Ansiedad Generalizada**, se define como:

“Un estado crónico o difuso de ansiedad (ansiedad no focalizada), asociado a preocupación excesiva e incontrolable.” (Belloch, 1995, Pág. 78).

Dicho trastorno se caracteriza por una serie de síntomas que se presentan en la siguiente tabla:

- | |
|--|
| <p>A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolonga más de 6 meses.</p> <p>B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.</p> <p>C. La ansiedad y preocupación se asocia a tres (o más) de los siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).</p> <ol style="list-style-type: none">1. Inquietud o impaciencia.2. Fatigabilidad.3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.4. Irritabilidad.5. Tensión muscular.6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar el sueño, o sensación al despertar de sueño no reparador). |
|--|

Tabla nº 2. Criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada. American Psychiatric Association (1994).

Los individuos que sufren este trastorno experimentan como efecto (además de los mencionados en la tabla) reacciones de activación autónoma de menor intensidad que las provocadas por otros subtipos de trastorno de ansiedad, predominando síntomas somáticos relacionados con estados mantenidos de tensión y vigilancia.

➤ Barlow (1988) refiere que el Trastorno de Ansiedad Generalizada puede ser resultado de un estrés asociado a **factores psicosociales** relacionados con:

- Sucesos vitales y / o sucesos diarios, particularmente cuando se trata de un estrés incontrolable e impredecible.
- Experiencias asociadas a una historia personal de sucesos vitales pasados de tipo traumático.
- Existencia durante la infancia de lazos afectivos inseguros (Borkovec, 1994) almacenadas a través de distintos tipos de aprendizaje (clásico, operante, vicario) que dan un marco para la evaluación que el individuo hace de los sucesos que se le presentan (Belloch, 1995).

➤ Por su parte Davey (1994) ha resaltado la importancia de entender **la preocupación como un continuo**, donde en un extremo -caracterizado por la preocupación patológica-abundan cogniciones indeseables e intrusivas sobre sucesos estresantes potenciales acompañados de estados emocionales negativos, encontrándose en el otro extremos del continuo la preocupación como actividad de solución de problemas constructiva (actividad de afrontamiento focalizado en la tarea).

2. **El Desorden de Pánico** se define como:

“Un trastorno de ansiedad producido por la existencia de ataques de pánico recurrentes, que se caracterizan por ser una experiencia de aparición brusca (súbita e inesperada) de intenso miedo acompañado de síntomas fisiológicos.”
(Belloch, 1995, Pág. 79)

➤ La frecuencia de los ataques es variable, predominando:

- Sensación de descontrol o muerte inminente.
- Palpitaciones, dolor o malestar torácico.
- Sensación de ahogo, mareo o inestabilidad.
- Malestar digestivo
- Sentimientos de irrealidad.
- Parestesias, aleadas de calor o frío, temblor, sudoración y sensaciones de debilidad o desmayo
- Preocupación y temor frecuente ante la posible repetición de las crisis (Klein y Klein, 1989).

➤ Como efectos se aprecian:

- Aumento de ideas hipocondríacas.
- Conductas de evitación referentes a no estar solo, salir sin compañía, permanecer en lugares públicos concurridos o cerrados, actividades sociales o laborales.
- Con menor intensidad que en la agorafobia y sin llegar a ser invalidante.

➤ Barlow (1988), señala como **factor psicosocial desencadenante** del desorden de pánico contextos de alta tensión emocional asociada a niveles elevados de ansiedad. Al respecto, se ha observado que poblaciones no clínicas presentan semejante sintomatología fisiológica en períodos de estrés que los pacientes clínicos, diferenciándose unos de otros en que en los pacientes no clínicos los ataques de pánico tienden a ocurrir asociados a situaciones de tipo social / evaluativa (Belloch, 1995).

➤ Por último, existe bastantes estudios (Barlow, 1998; Sandín y Chorot, 1991) que han demostrado la aparición de ataques en momentos de elevado estrés (por ejemplo, ante algún suceso vital). También se ha considerado como factor de vulnerabilidad al trastorno de pánico, la predisposición biológica, en cuanto a la tendencia a hiperventilar por baja tolerancia al descenso de CO₂ o a incremento de pH sanguíneo (Belloch, 1995).

Como se ha podido apreciar, la ansiedad es un trastorno que posee una serie de síntomas que se van agrupando dependiendo de la intensidad y de acuerdo al deterioro en la funcionalidad del individuo, menoscabando su salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-R). (4 th ed.). Washington, DC.
- Avalos, V. y Moreno, C. (1992) Adaptación de la escala de ansiedad de Ana María Alessandri. Tesis para optar al Título de Psicólogo. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología.
- Barlow (1988), en Belloch, A.; Sandín, B.; Ramos, F. (1995) Manual de Psicopatología. Madrid: Mc Graw-Hill.
- Belloch, A.; Sandín, B.; Ramos, F. (1995) Manual de Psicopatología. Madrid: Mc Graw-Hill.
- Carvajal (1987). Psicopatología de la afectividad. En R. Capponi. Psicopatología y semiología psiquiátrica. Santiago de Chile: Universitaria.