

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS

CARRERA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

**TRATAMIENTO FARMACOLOGICO VS TERAPIAS
ALTERNATIVAS PARA TRASTORNO DE ANSIEDAD
GENERALIZADA EN LA POBLACIÓN ADULTA JOVEN EN EL
PERIODO 2015-2020 EN AMÉRICA**

**TESIS DE REQUERIMIENTO A OPTAR PARA EL TÍTULO DE
LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA**

INTEGRANTE:

GLORIANNA CASTRO ARIAS

TUTOR:

DRA. CASANDRA LEAL RUIZ

SEDE CENTRAL, ARANJUEZ NOVIEMBRE, 2020

TABLA DE CONTENIDOS

Tablas	4
Figuras.....	5
Dedicatoria y Agradecimiento.....	6
Resumen.....	7
CAPITULO I.....	9
1.1 Introducción.....	9
1.2 Planteamiento del problema.....	9
1.3 Objetivos.....	11
1.3.1 Objetivo general.....	11
1.3.2 Objetivo específico.....	11
1.4 Justificación.....	12
1.5 Antecedentes.....	14
1.6 Tabla de antecedentes.....	59
1.7 Proyecciones.....	63
 CAPÍTULO II.	 65
2. Marco teórico.....	65
2.1 Antecedentes Históricos.....	65
2.2 Antecedentes Internacionales.....	86
2.3 Antecedentes Nacionales.....	105
2.4 Anatomía de la Corteza cerebral.....	111
2.5 Tipos de trastornos de ansiedad.....	117
2.6 Terapias Farmacológicas.....	119
2.7 Terapias Alternativas.....	121
 CAPÍTULO III.....	 130
3. Marco Metodológico.....	130
3.1. Tipo de enfoque.....	130

3.2. Objetivos con un enfoque cualitativo.....	130
3.2.1. objetivo general.....	130
3.2.2. Objetivos específicos.....	131
3.3. Elección del Diseño de Investigación.....	131
3.4. Elaboración de las Fuentes de Información.....	136
3.5. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	137
3.5.1. Inclusión	137
3.5.2. Exclusión	137
3.6. Tipos de Muestra	138
3.7. Instrumentos de Investigación.....	140
3.7.1. Procedimiento de recolección de datos.....	140
3.7.2. Procedimiento de análisis de datos.....	140
CAPÍTULO IV	141
4. Análisis y Resultados.....	141
4.1 Criterios diagnósticos para establecer TAG.....	141
4.2 Elección de tratamientos farmacológicos.....	143
4.3 Terapias alternativas.....	144
4.4 Trastorno de ansiedad generalizada en la población adulta joven.....	145
CAPÍTULO V.....	147
5. Conclusiones y Recomendaciones.....	147
5.1. Conclusiones.....	147
5.2. Recomendaciones.....	149
Referencias.....	151

Tablas

Tabla #.....	Página
Tabla 1. Distribución de casos de acuerdo con el diagnostico emitido por el profesional.....	98
Tabla 2. Tabla de abreviaturas.....	154

Figuras

Figura #	Página
Figura 1. Bloques funcionales que permiten integrar la experiencia mental.....	111
Figura 2. Proceso de integración polimodal en las áreas 39 y 40 de Brodman y secuencia del procesamiento de información somatosensorial.....	112
Figura 3. Matriz de codificación del enfoque cualitativo.....	137
Figura 4. Criterios diagnósticos trastorno de ansiedad generalizada.....	142

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO

Primeramente, quiero darle gracias infinitas a Dios que me trajo hasta acá y siempre fue mi fuerza y eje principal en esta carrera de llanto, risas, trasnochadas, frustraciones y mil cosas más que con esta tesis de graduación concluyo finalmente.

Posteriormente quiero dedicarle esta tesis a mi abuelito Luis Arias Gardini que se que desde el cielo se encuentra orgulloso de mí y de ver en la profesional en la cual me he convertido, claro y esto no hubiese sido posible sin mi maravillosa madre, que ha trabajado sin descanso con tal de verme brillar y de verme cumplir mi meta tan anhelada; sin duda alguna mi madre es el pilar de mi vida, mi ejemplo a seguir y la persona que me merece toda la admiración en este mundo, gracias mamita.

Académicamente quiero extenderle un agradecimiento a todos los Doctores que fueron parte de mi formación como médico, con especial agradecimiento al Dr. Manfred Madden por todas las enseñanzas, al Dr. Rolando Ramírez quien fue siempre más que un profesor un amigo un excelente profesional del cual aprendí mucho y me mostro que soy capaz de superar mis propios límites. Un especial agradecimiento a mi tutora la Dra. Casandra Leal Ruiz, gracias infinitas por ser parte importante de mi formación profesional, por ser consejera, amiga, pero sobre todo una excelente profesional, que nunca se cansó de enseñarme la importancia de la empatía con los pacientes.

Realmente son muchísimas las personas a las cuales me gustaría agradecer ya que de una u otra manera formaron parte de esta maravillosa aventura, a mi familia gracias, a mi novio gracias por todas las palabras de aliento, por ser ese que estaba para echarme porras y no dejarme caer, por ser esa mano que siempre esta cuando la necesito; por sacarme una sonrisa en los momentos donde el llanto era mi mejor amigo. Sin duda alguna Dios se lució conmigo poniendo a todas esas maravillosas personas en mi vida. En esta tesis se plasma mi esencia y la doctora en la cual anhelo convertirme primero Dios. Acá se concluye esta etapa, pero inicia la mejor etapa de mi vida, ejercer por lo que tanto luche.

Glorianna Castro Arias

Resumen

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los trastornos por depresión y por ansiedad son problemas habituales de salud mental que afectan a la capacidad de trabajo y la productividad. Más de 260 millones de personas tienen trastornos de ansiedad. Cada 10 de octubre se celebra el Día Mundial de la Salud Mental, cuyo lema este año es “La salud mental en el lugar de trabajo”. Nuestra vivencia en el trabajo es uno de los factores que determinan nuestro bienestar general. (OMS, 2017)

Los trastornos de ansiedad son los problemas más frecuentes de salud mental, con una prevalencia superior a la de los trastornos afectivos y el abuso de sustancias, y se comportan con un considerable fastidio y detrimento funcional. La ansiedad es una forma de expresión emocional en la que la persona se encuentra afectada de una sensación excesiva de inquietud, con una gran preocupación o temor, sin que, en muchas ocasiones, se puedan identificar adecuadamente los factores que la han provocado.

La presente revisión bibliográfica se aboca a dar a conocer cuales son los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) con el fin de establecer cual es la terapia mas adecuada para este grupo de pacientes ya sea farmacológica o bien alternativas.

Summary

According to the World Health Organization (WHO), depression and anxiety disorders are common mental health problems that affect work capacity and productivity. More than 260 million people have anxiety disorders. Every October 10, World Mental Health Day is celebrated, whose theme this year is “Mental health in the workplace”. Our experience at work is one of the factors that determine our general well-being. (WHO, 2017)

Anxiety disorders are the most common mental health problems, with a higher prevalence than affective disorders and substance abuse, and they behave with considerable annoyance and functional impairment. Anxiety is a form of emotional expression in which the

person is affected by an excessive feeling of restlessness, with great concern or fear, without, in many cases, being able to properly identify the factors that have caused it.

This bibliographic review aims to show which are the diagnostic criteria for generalized anxiety disorder (GAD) in order to establish which is the most appropriate therapy for this group of patients, either pharmacological or alternative.

CAPÍTULO I

1.1 Introducción:

Los trastornos de ansiedad son los problemas mas frecuentes de salud mental, con una prevalencia superior a la de los trastornos afectivos y el abuso de sustancias, y se comportan con un considerable fastidio y detrimento funcional. La ansiedad es una forma de expresión emocional en la que la persona se encuentra afectada de una sensación excesiva de inquietud, con una gran preocupación o temor, sin que, en muchas ocasiones, se puedan identificar adecuadamente los factores que la han provocado.

La ansiedad no siempre es patológica y, de hecho, casi todas las personas podemos manifestarla con unas características “normales”, como consecuencia de diversas circunstancias de la vida cotidiana. Realmente la ansiedad forma parte de la reacción natural de adaptación al estrés y por ello es primordial diagnosticar si la ansiedad acata a un estado emocional normal o patológico y a la vez lo que se intenta en el desarrollo de esta revisión es determinar la prevalencia del TAG, así como de los tratamientos que se han empleado a lo largo de la historia hasta la actualidad tanto farmacológicos como alternativos.

1.2. Planteamiento del Problema

En la actualidad los trastornos de ansiedad se encuentran entre las afecciones con mayor prevalencia en la población a nivel mundial y el continente americano no se escapa de ello. Dicho trastorno se subdivide en múltiples tipos de ansiedad, entre los que resalta el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), cuya característica es la preocupación excesiva que encuadra una alta gama de acontecimientos que se incrementan y sobrepasan los seis meses.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los trastornos por depresión y por ansiedad son problemas habituales de salud mental que afectan a la capacidad de trabajo y la

productividad. Más de 260 millones de personas tienen trastornos de ansiedad. Cada 10 de octubre se celebra el Día Mundial de la Salud Mental, cuyo lema este año es “La salud mental en el lugar de trabajo”. Nuestra vivencia en el trabajo es uno de los factores que determinan nuestro bienestar general. (OMS, 2017)

En Costa Rica, según la Revista Cúpula de la Universidad de Costa Rica 2013, la incidencia de la patología psiquiátrica ha aumentado en los últimos años, y con ello también los trastornos de ansiedad, cuya frecuencia y morbilidad obligan a todo médico a conocer acerca del tema. Esto debido a la variabilidad de presentaciones y semejanza con otras patologías tanto médicas como psiquiátricas, constituyen un obstáculo para el diagnóstico y manejo oportuno de estos trastornos.

A nivel internacional la realidad es similar. Por ejemplo, según Newman et al 2007 menciona que en el estudio más reciente de ECA, estimó una prevalencia anual para el TAG del 3% y una prevalencia a lo largo de toda la vida de 5.7%; cuyos predictores sociodemográficos del TAG sugieren que ocurre aproximadamente dos veces más en mujeres que en hombres.

Es por ello por lo que los especialistas se han dado a la tarea de valorar las opciones terapéuticas tanto farmacológicas como las terapias alternativas para lograr tratar a la población con esta patología, la cual tiene una prevalencia considerablemente importante en nuestra sociedad actual.

Lo anterior nos conduce a la siguiente pregunta ¿Cuáles son los beneficios de la terapia farmacológica vs la terapia alternativa en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada?. Una vez planteada esta pregunta se identificarán los criterios diagnósticos para establecer un trastorno de ansiedad generalizado. De la misma manera se pretende establecer las condiciones requeridas en un paciente con TAG para la elección de tratamiento farmacológico; así como reconocer las terapias alternativas para el tratamiento de pacientes con TAG.

1.3. Objetivos:

1.3.1. Objetivo General:

- ∞ Analizar el uso de tratamiento farmacológico vs. terapias alternativas para trastorno de ansiedad generalizada en la población adulta joven.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- 1) Identificar los criterios diagnósticos para establecer el trastorno de ansiedad generalizada.
- 2) Establecer las condiciones requeridas para la elección de tratamientos farmacológicos en pacientes con trastorno ansiedad generalizada.
- 3) Reconocer las terapias alternativas para el tratamiento de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada.
- 4) Determinación del trastorno de ansiedad generalizada en la población adulta joven en América.

1.4. Justificación:

En este trabajo se pretende realizar una revisión bibliográfica, donde se pueda determinar de manera comparativa los distintos tratamientos para pacientes con TAG, ya sean farmacológicos o terapias alternativas, para que de este modo tanto los profesionales del área de la salud como los mismos pacientes, puedan optar por dichos tratamientos.

La ansiedad es uno de los conceptos centrales en el ámbito de la salud mental y más estudiados e investigados; Sin embargo, ello no implica que se trate de una categoría simple y uniformemente definida, sino que ya desde sus bases etimológicas y de sus antecedentes conceptuales, teóricos y disciplinares podemos dar cuenta de que es un constructo difuso, ambiguo y complejo. (Lewis, 1980 y Jablensky, 1985)

Por otro lado, las personas que sufren sintomatología ansiosa, aun cuando les provoca sufrimiento y discapacidad, están temerosas de hablarlo con el profesional de salud por que suele ser considerado como una debilidad de carácter. Sin embargo, todo médico puede diagnosticar y tratar estos trastornos sin recurrir a técnicas sofisticadas; solo se requiere de una buena relación médico-paciente, escuchar con atención, preguntar diligentemente y enseñar medidas educativas, farmacológicas y psicosociales sencillas.

Para lograr establecer que un paciente padece de TAG es necesario que este cumpla con los criterios para ello los cuales según en DSM-V: la ansiedad o preocupación deben estar presentes la mayoría de los días durante un mínimo de 6 meses, en los cuales la persona presenta ansiedad y preocupación excesiva, persistente y dificultad para controlarse sobre diferentes acontecimientos o actividades y 3 o más síntomas de sobre activación fisiológica.

Una vez establecido el diagnóstico de TAG se debe iniciar tratamiento ya sea farmacológico, alternativo o mixto según sea el caso. En el caso del tratamiento farmacológico es vital conocer cuáles son los medicamentos de primera línea como lo son los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) e Inhibidores de la recaptación selectiva de noradrenalina (IRSN), debido a su superioridad en numerosos estudios; y el riesgo de efectos

colaterales es pequeño y tienen la ventaja de ser útiles para tratar la depresión coexistente y otros trastornos relacionados con la ansiedad, según refiere Leichsenring F et al (2017).

Es importante para los pacientes con TAG que deseen probar terapias alternativas conocer acerca de ellas, de las cuales hace referencia Moná, J et al (2018) quienes brindan su aporte con respecto a la aplicación del Mindfulness, el cual se define como una herramienta que permite enfocar la conciencia en la experiencia presente, enseñando una asimilación de los pensamientos y las sensaciones sin que medie ningún tipo de juicio e interpretación realizada por el individuo.

Dicho tratamiento ha demostrado a través de múltiples estudios e investigaciones su eficacia dentro de un amplio rango de trastornos, incluyendo el TAG, es por ello la importancia de profundizar acerca de los beneficios de esta terapia.

Además del Mindfulness, se encuentran la terapia conductiva conductual y la respiración consiente las cuales se -desarrollarán ampliamente a lo largo de esta investigación con el fin de que esta sea una herramienta para la población portadora de TAG.

1.5. Antecedentes

Los trastornos de ansiedad no son un nuevo hallazgo en la sociedad, sin embargo, han sufrido ciertos cambios en cuanto a sus definiciones a lo largo del tiempo y tratamiento ya sea farmacológicos como alternativos los cuales se desarrollarán en este apartado de manera que sea para el lector una forma clara y sencilla de abarcar este tema tan diverso.

La historia de los llamados "trastornos de ansiedad" está estrechamente vinculada al concepto clínico de "neurosis". Como en otros casos, el contenido original del término neurosis, establecido por el psiquiatra escocés Cullen en 1769 en su *Synopsis nosologiae methodicae*, no corresponde estrictamente al uso que hasta hace pocos años se ha hecho de tal denominación. Cullen se refería a una afección general del sistema nervioso que cursaba sin fiebre ni afección local de algún órgano, y que comprometía "el sentido" y "el movimiento", mezclándose en ella desde síncope hasta el tétanos y la hidrofobia, pasando por la histeria, la melancolía, la amencia y la manía. (Ojeda, 2003)

Según Ojeda los TAG se vinculan con la neurosis la cual se describe como una patología del sistema nervioso la cual no reportaba síntomas clínicos característicos como la fiebre, ni existía un compromiso de algún órgano en específico; sin embargo, este estado producía en quien lo padecía síncope, histeria, melancolía y demás, los cuales hoy en día se ven relacionados con las crisis de ansiedad.

Los distintos trabajos que Freud incluyera en "Las primeras aportaciones a la teoría de las neurosis" fueron publicados entre 1892 y 1899. Tal vez su contribución más decisiva en estos últimos trastornos sea la separación, dentro de la neurastenia, del cuadro que él denominó "neurosis de angustia" y que, bajo una denominación distinta, perdura hasta hoy. Freud denomina "neurosis de angustia" a un complejo clínico en el que todos sus componentes pueden ser agrupados en torno a uno principal, que es la angustia. (Ojeda, 2003)

Freud hoy en día continúa siendo el padre de la psicología y sus aportes fueron de gran importancia para la sociedad en aquellos tiempos y hasta el presente, estos aportes como lo fue la teoría de la neurosis; importante de ello fue la denominada "neurosis de angustia" la cual se

define como: un complejo clínico en el que todos sus componentes pueden ser agrupados en torno a uno principal, que es la angustia. De esta manera se inicia la caracterización de lo que se conoce como angustia.

El cuadro se caracteriza por "la excitabilidad general", un estado de tensión que se expresa en hiperestesia, especialmente auditiva y que refleja una acumulación de excitación o una incapacidad de resistirla. Para Freud esta espera angustiosa es el síntoma nodular de la neurosis: una angustia flotante que se halla dispuesta en todo momento a enlazarse a cualquier idea apropiada, incluyendo a la locura y a la muerte, pero también que puede mantenerse como una angustia en estado puro sin estar asociada a ninguna representación. (Ojeda, 2003)

Como bien es cierto la angustia se caracterizaba según Freud por: un estado de tensión que se expresa en hiperestesia, especialmente auditiva y que refleja una acumulación de excitación o una incapacidad de resistirla. Este mismo era el síntoma pivote de la neurosis propiamente dicha la cual se considera una angustia que se encuentra en medio de la "nada" y que está esperando un detonante para presentarse en su manera más florida; incluyendo en esta la locura y la muerte; sin embargo, de la misma manera puede no estar ligada a ninguna otra presentación.

Más allá de las discusiones terminológicas, es innegable que el estudio de este conjunto de fenómenos, para los cuales Freud utilizó el vocablo "Angst", estuvo presente desde los inicios de la producción freudiana. Ya en sus escritos tempranos, Freud (1895[2001]) postuló una primera tesis sobre la ansiedad que diferenciaba dos conjuntos nosográficos: por una parte, las psiconeurosis de defensa, en las cuales la ansiedad reflejaba un conflicto intrapsíquico, un desplazamiento defensivo del afecto que cristalizaba en los síntomas psiconeuróticos; y por otra parte, las llamadas "neurosis actuales" (que incluían a la "neurosis de ansiedad"), en las que la ansiedad se debía a una falta de procesamiento psíquico de la libido, manifestándose en forma más o menos automática como descarga somática y/o como una actitud psicológica de "ansiedad libremente flotante". (Juan, S, Etchebarne, I, Gómez, J, Roussos, A. 2011)

Mientras que para Freud las psiconeurosis evidenciaban conflictos reconducibles al pasado infantil del paciente, la neurosis de ansiedad presentaba una etiología actual. Con el historial del Pequeño Hans, Freud (1909[2001]) complejizó esta teoría de la ansiedad como

afecto “tóxico” y su relación con los dinamismos intrapsíquicos de la neurosis. Explicó el surgimiento de dicho afecto como resultado del proceso represivo. (Etchebarne et al 2011)

Es importante destacar que para Freud los conflictos de la infancia de los pacientes eran sinónimo casi tácito de la presencia de la neurosis de ansiedad. De este modo el mismo estableció esta teoría de “ansiedad como afecto tóxico” como el resultado de un proceso meramente represivo que nos traslada a la infancia del individuo y le da sentido pleno a esta misma teoría por el expuesta en sus escritos.

Otra manifestación sobresaliente de la neurosis de angustia es la presencia de "ataques de angustia", los que adquieren distintas formas. Algunos pacientes presentan una perturbación de la actividad cardíaca, como palpitaciones, arritmia o taquicardia; otros, del aparato respiratorio, con disnea y ataques semejantes a los asmáticos. La sudoración, especialmente nocturna, y los temblores son frecuentes, así como también la bulimia y el vértigo. (Etchebarne et al 2011)

El vértigo que describe Freud en estos pacientes es una sensación de inestabilidad, como si el suelo oscilara y las piernas, temblorosas y blandas, se hundieran en él, de manera que es imposible continuar en pie. Este vértigo se acompaña de importante angustia, taquicardia y agitación respiratoria. (Ojeda, 2003)

De tal modo la neurosis de angustia cuando se presenta en los individuos según Etchebarne et al 2011 y Ojeda 2003, este padecerá de una alteración del ritmo cardíaco, episodios disneicos, sudoración e incluso algunos casos la presencia de temblores, bulimia, tetania y vértigo son frecuentes. Es importante mencionar que el vértigo al que Freud hace referencia no es el que comúnmente se conoce del aparato auditivo. Sino hace alusión a una sensación de inestabilidad la cual impide al individuo mantenerse en pie.

La ansiedad presente en las perturbaciones neuróticas, entonces, era la resultante de la represión de emociones libidinales. Esta primera teoría (la llamada teoría tóxica) le permitió a Freud conceptualizar la ansiedad como aquel afecto desorganizador y displacentero que surgía como producto de fallas en la descarga y procesamiento afectivos, vinculadas con tensiones actuales acumuladas o con mociones infantiles reprimidas. (Etchebarne et al 2011)

Posteriormente, Freud (1926[2001]) modificó sus concepciones sobre la ansiedad, planteando que el proceso represivo era consecuencia (y no causa) de la aparición de ansiedad en el yo, instancia que frente a la señal de ansiedad movilizaba los procesos defensivos. Así quedaron claramente establecidos dos modos posibles para la ansiedad: la ansiedad señal, atenuada, anticipatoria, que utilizaba el yo para defenderse de los procesos internos y los requerimientos de la realidad; y la ansiedad automática, que sobrepasaba su cualidad de señal e invadía al aparato psíquico, paralizando al yo. (Etchebarne et al 2011)

Luego de muchas investigaciones Freud modifica sus conceptos respecto a la ansiedad y plantea de esta manera que el proceso era una consecuencia a un evento y no una causa de este, y posterior a ello quedaron claramente establecidos dos modos posibles para la ansiedad, como lo es la ansiedad señal atenuada y anticipatoria que se utilizan para defenderse de los procesos internos y la ansiedad automática que esta paraliza al individuo.

Esta segunda teoría (la ansiedad como señal) acentúa el carácter anticipatorio y deja de conceptualizar a la ansiedad únicamente como producto de una sobrecarga afectiva. De todas maneras, Freud retoma parcialmente las viejas hipótesis sobre las neurosis actuales, ahora bajo el concepto de ansiedad automática, y las integra con su nueva teoría de la ansiedad y su concepción estructural del aparato psíquico. (Etchebarne et al 2011)

Sobre esta base de espera angustiosa, por un lado, y por otro de la tendencia a los ataques de angustia y vértigo, se desarrollan dos grupos de fobias típicas: el primero “referente a las amenazas fisiológicas”, y el segundo, “referente a la locomoción”. Al primer grupo pertenece el miedo a las serpientes, a las tormentas, a la oscuridad y a los insectos, y también la escrupulosidad y varias formas de la folie de doute (trastorno obsesivo-compulsivo). Es importante destacar que, para Freud, en estas fobias, la angustia flotante es utilizada para intensificar repugnancias instintivas comunes a todos los hombres. La diferencia está en que esos temores perduran en los pacientes porque las experiencias han ocurrido sobre la base de la angustia flotante y de la “espera angustiosa” que los caracteriza. (Ojeda, 2003)

El segundo grupo está formado por la agorafobia. Dice Freud: "con frecuencia hallamos aquí como base de la fobia, un anterior ataque de vértigo, pero no creo deba darse a tales ataques la significación de una premisa indispensable". "Hallamos, en efecto –continúa– que muchas

veces después de un primer ataque de vértigo sin angustia, y no obstante quedar ya la locomoción constantemente afectada de la sensación de vértigo, no experimenta tal función restricción alguna, fallando, en cambio, por completo en determinadas condiciones, tales como la falta de un acompañante o el paso por calles estrechas "cuando el ataque de vértigo fue acompañado de angustia" [subrayo]". (Ojeda, 2003)

Es por ello por lo que se desarrollaron dos grupos el de las fobias típicas que se refiere a las amenazas naturales y el referente a la locomoción se refiere a la agorafobia, según Freud: "Con frecuencia hallamos aquí como base de la fobia, un anterior ataque de vértigo, pero no creo deba darse a tales ataques la significación de una premisa indispensable". Dicho lo anterior es claro que no necesariamente debe existir un detonante físico para presentar una crisis de angustia ya que un aroma, algo que se observa o se siente puede desencadenar lo imparable, ya que una vez iniciada la crisis de ansiedad esta debe culminar por si sola, como lo refiere Ojeda 2003.

Pierre Janet en 1909 publica "Las neurosis", texto en el que considera que la idea de "enfermedad funcional" debe entrar en la concepción general de las neurosis, debido a que durante un siglo se ha pensado en medicina fundamentalmente en términos anatómicos y no fisiológicos. "Es necesario tener siempre presente en el espíritu –afirma– la consideración de las funciones mucho más que la consideración de los órganos". "Esto es importante –agrega– sobre todo cuando se trata de alteraciones neuropáticas, que se presentan siempre en las funciones, en los sistemas de operaciones y no aisladamente en un órgano". (Ojeda, 2003)

Del mismo modo en 1909 es Pierre Janet el que postula en su texto de neurosis lo cual considera una enfermedad funcional y limitante desde cierto punto de vista. Y manifiesta que la ciencia solo se ha interesado en los términos anatómicos dejando de lado los fisiológicos y es la misma fisiología la que logra explicar lo que sucede en los portadores de este tipo de crisis, ya que no se trata de anatomía. Como es sabido, Janet considera que las funciones tienen estratos superiores e inferiores, siendo los últimos más antiguos y simples que los primeros.

Las funciones superiores consisten "en la adaptación de una función determinada a circunstancias más recientes". La adaptación que señala Janet corresponde a una circunstancia particular y actual, tanto interna como externa. Sostiene que la fisiología estudia la parte más simple y organizada de la función, y por lo mismo "el fisiólogo se reiría si se le dijera que en el

estudio de la alimentación debe tener en cuenta el trabajo que representa comer llevando un hábito negro y hablando con su vecino. (Ojeda, 2003)

Pero la medicina no puede desinteresarse de todo esto, porque la enfermedad no nos consulta y no incide siempre sobre las partes de la función que conocemos mejor". Este lugar, la parte superior de las funciones y su adaptación a las circunstancias presentes, es el lugar de las neurosis. (Ojeda, 2003)

La ordenación de estos estados para Janet incluye un estado general y poco diferenciado que denomina neurastenia o simplemente "nerviosismo", en el que, por falla de los estratos superiores de las funciones, aparecen los inferiores como la agitación psíquica y mental y la emotividad. El segundo grupo corresponde a la enfermedad más desarrollada, e incluye a la psicastenia, en la que predominan los fenómenos obsesivos y fóbicos, y finalmente la histeria. (Ojeda, 2003)

Según Janet, los psicasténicos no presentan las parálisis y contracturas de los histéricos, pero sí fenómenos equivalentes a los que denomina "fobia de las acciones" y "fobia de las funciones". En el primer caso, el paciente, al ejecutar una acción, "experimenta toda clase de trastornos; siente que su espíritu es invadido por los sueños más extravagantes y su pensamiento por toda suerte de agitaciones. Siente que sus miembros se agitan y experimentan la necesidad de moverse sin orden ni concierto; pero, sobre todo, experimenta trastornos viscerales, palpitaciones, ahogos, angustias. (Ojeda, 2003)

Como refiere Ojeda (2003), este conjunto de trastornos se traduce en su pensamiento en un vago sentimiento, muy doloroso, análogo al miedo, y el terror aumenta a medida que continúa la acción que al comienzo se sentía tan capaz de realizar, a tal punto que ya no puede seguir(...) Como la angustia reaparece cada vez que pretende realizar el mismo acto, no puede ejecutarlo más, y en definitiva éste termina por quedar prácticamente suprimido, exactamente como en las parálisis histéricas".

En otros casos, mucho más frecuentes, "el mismo estado, semejante a una emoción muy dolorosa de miedo, se produce simplemente a raíz de la percepción de un objeto, síntoma que ha sido designado con el nombre de fobia a los objetos". Estas fobias, que en una mirada superficial

pueden parecer fenómenos simples, en Janet están estrechamente vinculadas a los fenómenos obsesivos, es decir, el contenido ideativo de los temores está relacionado en general con el dañar o ser dañado física o moralmente y, por lo mismo, no se trata de un objeto cualquiera, sino de cuchillos, tenedores, objetos puntiagudos, billetes de banco, alhajas, objetos de valor, de los excrementos y basura, etcétera. "Lo más común –dice Janet– es que estas fobias de contacto se compliquen con una multitud de pensamientos obsesionantes e impulsivos. (Etchebarne et al 2011)

En las fobias de las situaciones no se trata de objetos sino de un conjunto de hechos. Para Janet, el prototipo de estos cuadros clínicos es la agorafobia descrita por Westphal en 1872, y más tarde por Legrand du Saulle, en 1877. Transcribe Janet la descripción de este último: "El miedo de los espacios –sostiene du Saulle– es un estado neuropático muy particular caracterizado por una angustia, una viva impresión y hasta por un verdadero terror, que se producen súbitamente en presencia de un espacio determinado. (Ojeda, 2003)

Es una emoción como si se estuviera ante un peligro, un vacío, un precipicio, etcétera. Un enfermo comienza por tener cólicos en la calle, se le debilitan las piernas, se inquieta, y muy pronto el temor de caminar por la calle lo domina por completo. La idea de verse abandonado en ese vacío lo hiela de espanto, mientras que la convicción de ser asistido, como quiera que sea, lo apacigua con dificultad...". (Ojeda, 2003)

El describe claramente la agorafobia y la fobia social como la sensación de estar en peligro, una sensación de vacío como si se saltase de un precipicio en la cual el enfermo inicia con sensación de dolor abdominal luego el iniciara con debilidad e incapacidad de sostenerse sobre si mismo y finalmente si no es asistido de manera oportuna se desencadenará la crisis.

Cercana a la agorafobia está para Janet la claustrofobia descrita por Ball en 1879. El enfermo "tiene miedo de que le falte el aire en un espacio cerrado, no puede entrar en una sala teatral o de conferencias, a un vehículo, a un departamento, cuyas puertas estén cerradas". (Ojeda, 2003)

Finalmente, Janet describe las fobias de las situaciones sociales, las que consisten en la percepción de una situación moral en medio de la gente. El arquetipo de este tipo de fobia es para

Janet la eritrofobia. El fenómeno central en estos casos es la presencia de terror al estar ante los demás, al estar en público y tener que actuar en público. "Todas estas fobias son determinadas por la percepción de una situación social y por los sentimientos originados en dicha situación". Deseamos destacar que la naturaleza del peligro en este caso es diferente al resto de las fobias examinadas por Janet, cosa que se evidencia por la utilización del concepto de "situación moral". (Ojeda, 2003)

Janet también menciona las fobias de las situaciones sociales, "las que consisten en la percepción de una situación moral en medio de la gente", en estos pacientes se da un miedo intenso a estar en frente otras personas ya sea actuando o simplemente estar presente entre ellas y es por ello por lo que es llamado para el autor como "situación moral".

Henry E y es tal vez el autor que presentó con mayor claridad el grupo de cuadros clínicos que se organizan en torno a las formas de angustia que ahora nos ocupan, fue el francés Henry Ey y sus colaboradores P. Bernard y Ch. Brisset. La neurosis de angustia que Freud describiera en 1895 constituye para Ey el tronco común desde el que se organizan las neurosis en sus formas más estables y estructuradas, cuyo elemento central y definitorio es la angustia. (Ojeda, 2003)

Así, divide a las neurosis en "indiferenciadas", que corresponde en su totalidad a la neurosis de angustia, y "grandemente diferenciadas", en las que se incluyen la neurosis fóbica, la neurosis histérica y la neurosis obsesiva, incluyendo este segundo grupo diferentes mecanismos de defensa ante la angustia. Así, en la neurosis fóbica o histeria de angustia, la angustia aparece comprometida en un sistema ideo afectivo simbólico; en la neurosis histérica o histeria de conversión, la angustia se neutraliza por su enmascaramiento en expresiones psicósomáticas artificiales, y en la neurosis obsesiva la angustia es reemplazada por un sistema de actos prohibidos o pensamientos mágicos forzados. (Ojeda, 2003)

El límite superior de las neurosis es la normalidad psicológica, y el límite inferior la psicosis. "En las psicosis –afirma Ey– los trastornos negativos o deficitarios, la debilidad del Yo y la regresión de la actividad psíquica constituyen lo esencial del cuadro clínico, y el psiquismo restante' se organiza a un nivel inferior; en tanto que, en las neurosis, los trastornos negativos están menos marcados, la regresión es menos profunda y el psiquismo restante se organiza a un nivel más elevado y próximo a lo normal". (Ojeda, 2003)

Etchebarne et al (2011) menciona que la neurosis de angustia se caracteriza para este autor por la aparición de crisis (ataques de angustia) sobre un fondo constitucional de inestabilidad emocional; la neurosis fóbica por la sistematización de la angustia sobre personas, cosas, situaciones o actos, que se convierten en el objeto de un terror paralizante. En este último cuadro se incluyen la claustro y agorafobia, el miedo a la oscuridad, el vértigo, el miedo a las muchedumbres, el miedo social, a animales, insectos, etcétera.

Por su parte, la neurosis histérica, en la que la angustia está más elaborada que en los casos anteriores, sobre la base de una personalidad caracterizada por psico plasticidad, sugestibilidad y la "teatralidad" (la formación imaginaria de su personaje) se constituyen las manifestaciones psicomotrices, sensoriales o vegetativas de una "conversión somática". (Etchebarne et al 2011)

Juan José López-Ibor publicó en 1966 un voluminoso texto titulado Las neurosis como enfermedades del ánimo. En él confirma y hace suya la idea de que las neurosis tienen como elemento central y fundante a la angustia. Sin embargo, apoyado en su interpretación de los desarrollos de la filosofía de Hiedegger, sostiene que la angustia es la condición que hace patente que la "existencia es como un haz luminoso recortado sobre la nada". "Este estar envuelto por la nada –agrega– constituye la experiencia fundamental de la existencia humana. A esta experiencia fundamental es a la que se llama angustia". (Ojeda, 2003)

Por lo mismo, López-Ibor deduce que la angustia está sostenida en la corporalidad, finita y caduca, aquello que nos evidencia el inevitable camino a la desaparición en la muerte. La ubicación de la angustia en la vida emocional del ser humano corresponde al estrato de los sentimientos vitales, una de las capas que otro filósofo, Max Scheler, había establecido algunos años antes en la "tectónica" de la vida emocional. (Ojeda, 2003)

Ahora bien, la expresión "angustia vital" que López-Ibor lanzó al ámbito psiquiátrico, emerge desde el mismo estrato en que lo hace la "tristeza vital" de la melancolía, y que es el asiento ontológico del "estado de ánimo". Si la angustia está en el fundamento de toda neurosis, entonces, al estar éstas constituidas como formas explícitas u ocultas de angustia vital, son, en definitiva, "enfermedades del ánimo". El autor español afirma también que las defensas contra la angustia vital darían origen al miedo, es decir, la patencia de la nada surgida de la angustia, es

transformada en miedo a algo que nos hace frente en el mundo. Aunque López-Ibor no es claro en este punto, queda establecido por implicancia que las neurosis, si bien sostenidas en último término por la angustia, en su presentación "fenoménica" son estados de miedo. (Ojeda, 2003)

Para López-Ibor la distinción de la angustia normal y la patológica no queda suficientemente sostenida en estimaciones de intensidad, y aunque no lo dice, nosotros creemos que se refiere a que estas estimaciones pueden ser interpretadas justamente como la más normal de las distribuciones estadísticas. Tampoco le parece adecuado decir que la angustia normal ocurre en el plano de los sentimientos psíquicos o dirigidos, y la angustia patológica en el plano de los sentimientos vitales, puesto que la angustia, por definición es ante una "nada de cosa", y por lo mismo no puede ser intencional y dirigida como ocurre en los sentimientos psíquicos. (Ojeda, 2003)

La aparente casualidad de la angustia patológica, como en el caso de una fobia específica, depende de una necesidad del sujeto de establecer un peligro, y de ese modo, hacer tolerable la angustia. Nos parece que lo patológico en este caso es la manera de lidiar con la angustia, y no la angustia misma. La angustia, en sí misma, no sólo sería normal, sino además fundamental a la existencia humana como tal. (Ojeda, 2003)

Más adelante, López-Ibor se pregunta si es posible hablar de reacción adecuada en el caso de la angustia. La adecuación, requiere de dos términos, y en la angustia hay sólo uno: ella misma. Del otro lado: nada. Por ello, si la angustia no tiene un contenido concreto, no es posible entenderla "adecuadamente" ligada a situaciones o conflictos de la vida cotidiana. "Cuando se habla de la angustia del hombre moderno –puntualiza López-Ibor–, se habla de la angustia que produce el hecho mismo de existir. La angustia normal es la angustia existencial, sólo que ésta, habitualmente, no se percibe por el hombre normal. Cuando la analítica existencial –agrega– distingue entre cotidianidad como forma de existencia, y autenticidad existencial que revela la angustia como estado o como crisis, alude a este proceso de mayor o menor patentización de la angustia". (Ojeda, 2003)

Desde aquí el autor, cree poder acercarse a una verdadera diferencia entre la angustia normal y la patológica. El sujeto normal puede experimentar miedo ante situaciones específicas y concretas. Pero, este sujeto también conoce la angustia al aproximarse más profundamente a su

propia existencia, esto es, a la condición de finitud inescapable que la constituye, es decir, cuando comprende abiertamente su destinación a la muerte y la nada. Pero no sólo esto, sino también, al aproximarse al desvalimiento, a lo inabarcable e incomprensible. Lo que el enfermo experimenta, es decir, la angustia patológica, es paradójicamente, la angustia normal. "Lo que siente el enfermo –afirma– es su angustia básica, originaria, patentizada por una experiencia concreta. Es una verdadera "revelación" (Aleteia) –subraya– del fondo angustioso del ser humano". La revelación de la situación primordial angustiosa puede hacerse por vías diversas, como son situaciones, animales, objetos, etcétera. Lo anormal entonces es, para López-Ibor, "la importancia ansiógena concedida a los objetos, seres o situaciones triviales". (Etchebarne et al 2011)

Desarrollos posteriores a Freud, provenientes en su mayoría del ámbito anglosajón, profundizaron el papel de la ansiedad en la patología grave, desde las psicosis hasta los desórdenes fronterizos y narcisistas (Klein, 1952; Winnicott, 1963; Kohut, 1984[1986]; Kernberg, 1984[1999]). Distintas vertientes post-freudianas fueron mostrando un progresivo viraje desde la concepción tradicional freudiana del conflicto entre impulso y defensa hacia una concepción más relacional de la patología. (Etchebarne et al 2011)

Esta concepción enlaza la psicopatología psicoanalítica no sólo con los conflictos edípicos, sino también con las pérdidas tempranas de la relación pre-edípica entre el paciente y los objetos a cargo de su crianza. A partir de estos progresos, se ha establecido con relativo consenso (aunque sin dejar de crear discusión y debate) una distinción entre patologías centradas en el conflicto neurótico entre deseos y defensas, y patologías originadas en un déficit en la constitución del sí-mismo, entendiendo a éste como centro psicológico de iniciativa y continuidad existencial. (Etchebarne et al 2011)

Dentro de este marco referencial, la distinción entre conflicto y déficit resulta significativa en relación con el tipo de ansiedad que predomina en un paciente. Tomando la clasificación originada por Freud (1926[2001]) sobre los distintos tipos de ansiedad, las ansiedades de aniquilamiento y pérdida del objeto actualmente se consideran más características de estructuras deficitarias, mientras que ansiedades como las de pérdida de amor del objeto y pérdida de amor del súper yo, son vistas como típicas de estructuras más desarrolladas de índole neurótico. (Etchebarne et al 2011)

Dentro de este contexto, la ansiedad deviene en un importante recurso diagnóstico, ya que diferentes cuadros psicopatológicos manifiestan diversos modos de ansiedad predominantes, o incluso distintas fases de un mismo tratamiento pueden movilizar diferentes tipos de ansiedad en el paciente. (Etchebarne et al 2011)

El DSM-IV

En el DSM-IV los "Trastornos por ansiedad" incluyen: el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico con o sin la agorafobia, la fobia social, la fobia específica y, finalmente, el trastorno por estrés post traumático. Llama la atención que esta ordenación no ha variado en lo fundamental durante un siglo. La única diferencia esencial con los conceptos de Freud, Janet, Ey y López-Ibor, es la sorprendente eliminación de la histeria.

El DSM-IV TR define al TAG como un trastorno caracterizado por ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de actividades o acontecimientos, que se prolongan más de seis meses y provocan malestar clínicamente significativo, pudiendo afectar el rendimiento social y laboral. Se incluyen como criterios diagnósticos, a su vez, la dificultad para controlar este estado de permanente preocupación por parte del paciente, y la presencia de al menos tres síntomas tales como: inquietud, impaciencia, fatigabilidad, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño. (Etchebarne et al 2011)

Además, tipifica como TAG remite, en parte, al viejo concepto de Freud de "neurosis de ansiedad". En dicho trabajo, Freud ubicó dos ejes del cuadro clínico: La hiperactivación neurovegetativa y la ansiedad libremente flotante (expectativa ansiosa). Freud intuyó (o influyó) con su concepto de neurosis actual sobre dos síndromes psicopatológicos hoy claramente diferenciables (pero altamente comórbidos): la psicopatología propia del pánico y la psicopatología propia de la ansiedad generalizada. (Etchebarne et al 2011)

La distinción entre dichos síndromes se describía en el DSMr III (American Psychiatric Association, 1980) en los cuadros de "neurosis de ansiedad" y "estados de ansiedad", ambos herederos del concepto de neurosis actual de Freud. Dichos rótulos sólo fueron eliminados del

sistema de clasificación DSM en su tercera versión revisada (DSM-III R, American Psychiatric Association, 1984), para ser reemplazados por los actuales “trastorno de angustia” y “trastorno de ansiedad generalizada”, respectivamente. Incluso el rótulo de “trastornos neuróticos” sigue presente en la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), como título para los trastornos de ansiedad. (Etchebarne et al 2011)

Paradójicamente, sólo una relativa minoría de la comunidad psicoanalítica internacional otorga a este síndrome psicopatológico (originado en parte en investigaciones freudianas) una entidad nosológica válida. Tal vez una de las razones para este fenómeno radica en que la ansiedad tradicionalmente ha sido considerada un síntoma presente en diversas estructuras de la psicopatología psicoanalítica. El trastorno de ansiedad generalizada, dentro de este contexto, podría estar expresando organizaciones de personalidad subyacentes muy distintas y la mera manifestación de los síntomas de ansiedad no constituiría un cuadro nosológico propio. (Etchebarne et al 2011)

Este principio psicoanalítico de que una misma sintomatología manifiesta puede expresar organizaciones latentes diversas sigue presente en sistemas actuales de clasificación psicodinámicos. Este criterio se opone, claramente, a los usados para la conformación de los manuales estadísticos no psicoanalíticos. Finalmente, también cabe señalar las históricas resistencias de la comunidad psicoanalítica al uso de los sistemas de clasificación como el DSM-IV TR, que surgen de cierta reticencia a utilizar nociones provenientes del campo de las psicoterapias no psicoanalíticas. (Etchebarne et al 2011)

Pese a lo anteriormente señalado, es innegable que en su práctica psicoterapéutica cotidiana los psicoanalistas han operado y operan clínicamente sobre los fenómenos de la ansiedad generalizada, entiendan o no la presentación sintomática como un trastorno, reduzcan o no la concepción de un trastorno a manifestaciones sintomáticas. Esto último cobra mayor relevancia si se tiene en cuenta que el TAG es uno de los trastornos de ansiedad más prevalentes, y en cuyo tratamiento los abordajes cognitivo-conductuales muestran moderados niveles de eficacia. (Etchebarne et al 2011)

El miedo frente a la naturaleza

Entendemos por naturaleza a un aspecto de lo que somos y de lo que nos hace frente en el mundo y en medio de lo cual vivimos. No se trata pues de una distinción substancial. Son naturales la cordillera, el aire y las perdices, pero también, en cierto sentido, nosotros mismos y los objetos de la cultura. Esta comunidad óptica (Comunidad de "cosa") se aprecia cuando somos golpeados por un objeto duro y pesado. (Ojeda, 2003)

Allí descubrimos la naturalidad de todos esos objetos, pero también la de nuestra propia cabeza. Efectivamente, hay un aspecto constituyente de nuestra existencia que, al igual que el carbono, está en la tierra, pero es también parte –y parte legítima– de lo que somos. Nos referimos al cuerpo considerado como Körper, es decir, como cuerpo material, extenso. No se trata acá del cuerpo expresivo, estético o fisiognómico (Leib), ni del cuerpo teórico (Bíos), sino de la "cosa viva" que somos. Y esta "cosa viva", por más que habitualmente esté oculta y en silencio como tal cosa, cuando nos aparece, lo hace como una experiencia, y no como una categoría especulativa. Esa experiencia, es la experiencia de un fracaso, de una falla, de una "ruptura". El estómago sólo nos aparece en la náusea o en el dolor. Antes de eso, es mudo. Y esta "falla" (casi en sentido geológico) deslinda, disocia y hace patente en ese momento una diferencia entre los parámetros de sentido que nos definen como la persona que somos y la naturaleza, que también somos. (Ojeda, 2003)

El hombre es un ser que organiza su existencia en un proyecto de vida personal, es decir, pleno de actos que le confieren una unidad biográfica intransferible. Ser médico, escritor o funcionario público; ser padre de sus hijos, amigo, maestro o discípulo; ser hijo de sus padres, hermano, pertenecer a un país, hablar determinada lengua y tener un nombre propio, del mismo modo que tener incompleto el libro que se escribe, o estar organizando un Comité de Ética en el Departamento de Psiquiatría, son situaciones que se escapan de la serialidad. Esto quiere decir que como tal ser que soy, la red formada por mis vinculaciones de pertenencia social, familiar y profesional es única y nadie puede ocupar el lugar que el conjunto de esas vinculaciones determina. (Ojeda, 2003)

Es en este plano donde el sentido de la vida humana fluye dando un carácter propio, irrepetible y familiar a cada persona y en la que el plexo de significaciones se despliega. Pero la

naturaleza, por así decirlo, se mueve en ciclos y transformaciones inevitables que se despliegan más allá (o si se quiere, más acá) del fluir del sentido personal y que, a pesar de no ser disponibles, son sin embargo siempre, mudas o expresas, también parte de lo que somos. Y esto lo sabemos siempre ya: el nacer, el envejecer, el enfermar y el morir son parte de ellas. (Ojeda, 2003)

En las crisis de pánico asistimos a un drama: a un desgarrar y a la vez a un desvelamiento. La persona se da cuenta de que algo ocurre con su cuerpo, el que da señales de inminente disolución: la taquicardia, la disnea, la sensación de pérdida de conciencia son signos inequívocos para él de que la naturaleza que él propiamente es ha entrado en un ciclo de enfermedad y muerte. Pero esa propiedad, este aspecto de lo que somos, es al mismo tiempo y paradójicamente, una ajenidad (y allí está la revelación): ajenidad respecto del proyecto personal, y por lo tanto carente de propósito y absurda. Y esta disociación está ocurriendo de forma súbita e incontrolable. Pero, implacable, la "falla", esta "falla" que ahora experimento, hace irrelevantes mis creencias, mis disputas, mis pretensiones, mis pequeños afanes, con excepción de la realidad de la muerte que me recuerda que soy también parte de la naturaleza y, por lo mismo, no puedo escapar de ella.

Esa "falla", insinuada, simbolizada o franca, es la grieta desde la que surge lo que denominamos angustia: angustia frente a la naturaleza que, en un ineludible aspecto, también somos, pero que, sin embargo, no es todo lo que somos. De no existir esa tensión, ese deslinde y esa escisión: ¿qué sentido tendría la agonía, la lucha por persistir en un aspecto del ser que soy y que siento como lo más auténticamente mío, como es el plexo de significaciones que ha presidido mi vida humana? La misma situación descrita se presenta de modo subagudo en los estados de ansiedad generalizados y en algunos casos de trastornos somatomorfos que, por así decirlo, son crisis de angustia en tiempo retardado. (Ojeda 2003)

Sin embargo, en las fobias específicas, la diferencia estriba en que la naturaleza temida ya no es la del propio cuerpo, sino aquella que toma la forma de animales, catástrofes, obscuridades, tormentas, etcétera. Y también la de seres humanos que por alguna circunstancia se supone han perdido su condición personal, y que por lo tanto se comportan por fuera de los parámetros de sentido, como es el caso de las multitudes, los alienados y los ebrios. (Ojeda, 2003)

Lo mismo sucede con la tecnología que somete al hombre a poderosas máquinas y enormes construcciones susceptibles de desperfectos, errores y descontroles que pueden, de modo absurdo, dañar o aniquilar el proyecto de vida que nos da sentido, desde las consecuencias de su ser –aparte de, en este último caso, una creación humana– también naturaleza metamorfoseada. No es posible hacer un "pacto" con todas esas situaciones: una vez desencadenada, la mecánica natural es para nosotros ciega, poderosa e implacable. Y esa misma y exacta naturaleza es también un aspecto de lo que somos como existentes humanos, aquella que en el desborde de la crisis de pánico o en la retardada forma de la angustia generalizada, la hipocondría y el trastorno somatomorfo, nos dan prueba de ello.

El miedo frente al encuentro interpersonal

Esta forma de miedo, representada clínicamente por las fobias sociales y sexuales, se ofrece a la experiencia clínica de modo diferente: no se relaciona con la amenaza representada por la naturaleza y sus azares, sino que surge desde el interior mismo del proyecto personal. Y esto no es mera retórica. Cuando decimos "desde el interior del proyecto personal", estamos afirmando algo esencial.

El sentido que preside el desarrollo de la vida del hombre contempla, desde la partida, la presencia de otras personas con las que, de diverso modo, se establecen vinculaciones familiares, sociales y laborales. A diferencia de la humanidad abstracta, estos vínculos fácticos son los que dan a cada uno su "sitio", su espacio de pertenencia e identidad y dónde ser la persona que soy adquiere, no sólo su fisonomía, sino también sus derechos y obligaciones intransferibles.

El respetar, amar y valorar a "ciertos" otros, y el ser respetado, amado y valorado por ellos no es, pues, algo prescindible o adjetivo; a la inversa, es esencial para el desarrollo de las posibilidades de cada cual. El otro nos falta, en algún sentido, siempre, de allí que nuestra necesidad de él sea perpetua. Por eso hablamos: para abrir y abrimos a un otro que ineluctablemente se nos cierra. Sin embargo, esta necesidad del otro, como cualquier carencia, no sólo es camino de satisfacción, sino también de fracaso: el otro nos falta, pero su presencia también nos amenaza.

El fracaso frente a los otros que nos importan y definen, no se relaciona ya con la naturaleza que nos posibilita y limita al mismo tiempo, con esa dimensión que nos hace nacer, pero también morir, sino con un ingrediente necesario al sentido de la vida humana, siempre ya "con otros". ¿En qué contexto si no, pueden entenderse experiencias como la vergüenza, la culpa, la envidia y la humillación? La vergüenza sólo es posible por la mirada del otro, por su ser testigo. Entre los actos diarios de cualquier persona hay muchos que realizados en soledad son, por así decirlo, neutros, pero que, por la simple mirada del otro, y sin que éste haga algo distinto que estar ahí, se transforman en vergonzosos.

De allí que el componente decisivo en este caso no sea el acto en sí, sino el acto frente a la mirada de los otros. Y, la culpa, es un adeudar a estos mismos otros, un no haber estado a la altura que ellos merecen y que también en muchos aspectos define mi propia altura. La envidia y la humillación, respectivamente pasiva y activa, dan al otro un lugar de superioridad. Envidio lo que me falta, aquello de lo que carezco y que creo que el otro tiene y que lo dignifica. Y, es también el otro el que activamente me rebaja en mi condición humana al humillarme. (Ojeda, 2003)

Todos estos sentimientos son complejos, pero al hacer este boceto, lo que quiero es resaltar que en todos ellos el otro es definitorio. Sin embargo, sin el otro cercano, amado o valorado, y precisamente sin él, se dan las experiencias de las crisis de pánico, de la agorafobia y lo descrito antes como angustia frente a la naturaleza. Justamente, la presencia del otro con quien se posee vínculos aminora o incluso colapsa dicho tipo de miedo. Pero, he aquí que ese mismo otro "significativo" –y no cualquier otro–, ese que nos alivia de ese miedo, es ahora él mismo fuente de él. (Ojeda, 2003)

En las Fobias Sociales y Sexuales el miedo aparece frente a una persona o a un grupo de ellas, con los que se posee una vinculación significativa, y donde se espera del sujeto una conducta personal e intransferible, es decir, donde quedo especificado y no puedo ser anónimo. ¿Quién si no yo debo firmar mi libreta de cheques? ¿Quién si no yo es el que está haciendo esta conferencia? ¿Quién si no yo es el que desea y es deseado por esta determinada mujer? ¿Quién si no yo es amigo de esa persona que camina en la acera de enfrente, o quién habla con su boca en

la cena de fin de año? Pues bien, si los otros en muchos sentidos me definen y me importan, ese quien, que digo al decir yo, frente a ellos, debe hacerse cargo: cargo de sí mismo. (Ojeda, 2003)

Como describe Hanns en su “Diccionario de términos alemanes de Freud”, el término alemán “Angst” es uno de los que despiertan más polémicas entre los traductores de Freud. Sucede que el término que Freud utilizó (“Angst”) literalmente significa “miedo”, y en rigor no corresponde en alemán ni a “ansiedad” ni a “angustia”. Aun cuando conserva su raíz “ang”, el vocablo, en la evolución de la lengua alemana, se distancia del sentido de los vocablos alemanes para “angustia” o para “ansiedad”.

Pese a ello, y por el peso de traducciones ya consolidadas en psiquiatría desde el siglo XVII (que, según Hanns, a Freud le interesaba respetar), “Angst” tradicionalmente se ha traducido al castellano por “ansiedad”, siguiendo la vertiente de la traducción inglesa “anxiety”, o por “angustia”, de acuerdo con la tendencia francesa que utiliza “angoisse”. Siguiendo esta lógica, en términos muy amplios, tanto “angustia” como “ansiedad” serían alternativas válidas de traducción para “Angst”, y podrían utilizarse como sinónimos. Sin embargo, el problema de traducción persiste porque mientras que en alemán Freud utilizó un solo vocablo, en castellano “angustia” y “ansiedad” no son técnicamente equivalentes, así como tampoco lo son en inglés “anguish” y “anxiety”.

En castellano, “angustia” se refiere a algo más próximo a una condición existencial, se trata de un sufrimiento, de algo volcado hacia el propio sujeto. En contrapartida, la “ansiedad” se refiere a la expectativa. Una expectativa inquieta por algo que ocurrirá. Mientras que las palabras que definen “angustia” se centran en el sufrimiento del sujeto y lo describen, las palabras utilizadas para definir “ansiedad” están más centradas en la expectativa ante lo que vendrá.

El autor señala que aun cuando “Angst” literalmente debería traducirse por “miedo”, ya existe en castellano una tradición del lenguaje psicoanalítico en la que se ha consolidado “angustia”, y resultaría extraño hablar de “miedo de espera”, “neurosis de miedo”, etc. Por otra parte, existen situaciones en las que es difícil diferenciar miedo, angustia y ansiedad. Como explica el autor, el énfasis de Freud en la espera y en la inespecificidad de la “Angstneurose” (literalmente “neurosis de miedo”, y traducido al castellano como “neurosis de angustia” o como “neurosis de ansiedad”) muchas veces sugiere un sentimiento próximo a la ansiedad.

Hanns concluye que, sea cual sea el término que se emplee en la traducción, es importante que el lector tenga en mente que en “Angst”, aun cuando se trate de un miedo vago y anticipatorio, el sujeto está preparado para reaccionar rápidamente. Connota un estado visceral, intenso, vinculado a la sensación de peligro y muchas veces próximo a la fobia y al terror, arraigado originariamente en el proceso primario e inscripto en el cuerpo. (Etchebarne et al 2011)

Por otra parte, es el papel de la expectativa, característico del término “ansiedad”, el que puede intuirse en la noción freudiana de “angustia libremente flotante” – síntoma nuclear en las “neurosis de angustia” –, tal como se lo traduce al castellano en la bibliografía freudiana. En el presente artículo, a esta condición se la denominará “neurosis de ansiedad”, que históricamente es uno de los puntos de partida para la actual noción de trastorno de ansiedad generalizada.

El Manual Diagnóstico Psicodinámico (PDM)

En términos generales, la estructura multidimensional del PDM busca evaluar los trastornos y patrones de personalidad (eje P), el perfil del funcionamiento mental (eje M), y la experiencia subjetiva de los patrones sintomáticos (eje S, donde se ubican los trastornos tipificados por el DSM-IV TR). Como explican Roussos y Polcaro (2008), el PDM suma una perspectiva a los sistemas de diagnóstico existentes. Además de considerar los patrones de diagnóstico descriptos en otras taxonomías, permite a los clínicos describir y categorizar los patrones de personalidad y las capacidades sociales y emocionales relacionadas; es decir, perfiles mentales únicos, junto con la experiencia subjetiva de la sintomatología. (Etchebarne et al 2011)

Dentro de este contexto, resulta de especial importancia cómo es conceptualizado el fenómeno de la ansiedad generalizada en el sistema PDM. De todos los trastornos de ansiedad tipificados en el eje 1 del DSM-IV TR, el TAG es el único que el grupo de trabajo del PDM ha decidido incorporar como patrón de personalidad (es decir, ubicarlo en el eje P) más que como un patrón sintomático (eje S), en el que sí se ubican los restantes trastornos de ansiedad. Como plantea Ferrari (2008), el eje P del PDM define “personalidad” como la manera, relativamente estable, de pensar, sentir y actuar, incluyendo los propios sistemas de creencias y valores, y el

modo de relacionarse con los otros. La personalidad daría cuenta de cómo un sujeto entiende y procesa la propia experiencia. (Etchebarne et al 2011)

En el PDM se reconoce que algunos de estos procesos mencionados son conscientes, pero se deja establecido que los más significativos son inconscientes. Ferrari (2008) explica que el eje P del PDM, ubicado en el primer lugar de la evaluación multi-axial, refleja la importancia del principio psicoanalítico de comprender individualmente a la persona y su desarrollo, lo cual puede ser más importante para su tratamiento que comprender o enfocar síntomas aislados. Acorde a esta idea, en el PDM se establece una clase de trastornos de la personalidad, denominada “trastornos de personalidad ansiosa”. (Etchebarne et al 2011)

El trastorno de personalidad ansiosa implica, como creencias centrales patológicas sobre sí mismo y los otros, el sentimiento de estar en constante peligro por fuerzas desconocidas, y el sentimiento de que los otros sean fuentes de peligro o de protección. Como hipótesis general, los autores plantean desregulaciones afectivas y fallas en el establecimiento de estrategias de afrontamiento y defensas para mitigar el natural desarrollo del miedo. Dicha configuración de personalidad es habitualmente reconducible a una historia vital con cuidadores que, por propia ansiedad, no fueron capaces de lograr y transmitir un sentido de calma y seguridad, ni de sostener estados de desorganización durante el desarrollo. (Etchebarne et al 2011)

El segundo sistema contemporáneo de clasificación psicodinámica, el Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado, segunda versión (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008) no propone, como el PDM, una conceptualización psicodinámica directa para el TAG. Sin embargo, incluye como eje final de su evaluación multi-axial a los trastornos mentales tipificados en la CIE10, en el cual se incluye dicho trastorno. Compartiendo un principio psicoanalítico fundamental con el PDM, en el OPD-2 la relación entre los primeros cuatro ejes (vivencia de la enfermedad, relación, conflicto y estructura) y el quinto eje (criterios diagnósticos CIE-10) es entendida como los medios de formación de síntomas de una configuración psicodinámica determinada. (Etchebarne et al 2011)

Para el caso de los trastornos de ansiedad, el OPD-2 se inclina por considerar que la configuración psicodinámica que se expresa en los mismos corresponde a un nivel neurótico de funcionamiento. El TAG constituiría, de esta forma, un síndrome con un trasfondo conflictivo

psicodinámico, entendido en el OPD-2 como un conjunto de tensiones motivacionales que implican constantes limitaciones, clínicamente significativas, en la vivencia y en la conducta, manifestándose en una evidente actitud rígida, temerosa y evitativa. (Etchebarne et al 2011)

Los pacientes que se presentan con criterios diagnósticos de TAG estarían dando cuenta, entonces, de una personalidad condicionada por el conflicto entre tensiones motivacionales internas y externas. Con la inclusión del cuarto eje “estructura” en la evaluación multiaxial, el OPD-2 distingue diferentes niveles de integración, yendo desde el polo neurótico hasta el polo psicótico de funcionamiento. De esta manera, el OPD2 también suscribe la tendencia contemporánea a dividir el campo psicopatológico psicoanalítico entre estructuras que funcionan dentro de un predominio conflictivo, y estructuras deficitarias que muestran precisamente las vulnerabilidades estructurales presentes. (Etchebarne et al 2011)

Dados los parámetros que el OPD-2 ofrece a este respecto, y tomando en cuenta los diferentes casos clínicos que se exponen como ejemplos, una sintomatología compatible con los criterios diagnósticos del TAG representaría una estructura psicodinámica de nivel alto a medio de integración. Dichos niveles de integración implican, para el OPD2, fallas parciales en la capacidad de auto-regulación del paciente, y limitaciones en las percepciones de sí mismo y los otros, condicionadas éstas por el conflicto y la ansiedad predominante de pérdida del amor del objeto. (Etchebarne et al 2011)

Resulta claro que para el grupo de trabajo OPD, el TAG, en tanto trastorno de ansiedad, está mucho más relacionado con el espectro neurótico de psicopatología, el campo del conflicto, que con el campo de las vulnerabilidades estructurales. El OPD-2 no incluye directamente ansiedades más primitivas (como las de aniquilamiento y desintegración) en el centro del cuadro de la ansiedad generalizada. Sin embargo, al no ofrecer el OPD-2 una correspondencia directa con los trastornos de ansiedad según DSM-IV TR o CIE-10, queda un debate abierto sobre si las manifestaciones compatibles con un TAG podrían corresponderse con niveles de integración inferiores, excediendo el campo neurótico. (Etchebarne et al 2011)

De todas maneras, en el mismo OPD-2 se alerta sobre la posibilidad de que diversos medios de formación de síntomas se combinen en la expresión de determinado trastorno. Aquí se haría posible pensar en el TAG como una expresión de combinaciones entre conflictos neuróticos

y vulnerabilidades estructurales, sobre todo teniendo en cuenta lo descrito en el PDM sobre la multiplicidad de los tipos de ansiedad presentes en el trastorno y la desregulación afectiva predominante. De cualquier forma, resulta claro cómo en ambos manuales diagnósticos, el estatuto otorgado a manifestaciones clínicas compatibles con un TAG trasciende el concepto freudiano de neurosis actual (Freud, 1895[2001]), desde el momento en que vincula el cuadro clínico con un patrón de personalidad que implica dinamismos inconscientes, el pasado del paciente, la conflictiva neurótica y los déficits estructurales. (Etchebarne et al 2011)

Riera M. (2020), realiza un estudio de caso el cual tiene como tema: ansiedad y su influencia en el rendimiento académico de una estudiante y como objetivo, establecer los factores influyentes que generan ansiedad en la estudiante. Menciona a su vez que la estudiante presenta criterios diagnósticos de TAG, existiendo relación entre la ansiedad y su influencia en el rendimiento académico viéndose afectada su integración escolar, relaciones interpersonales, relaciones social- conductual, por esta razón la intervención psicoterapéutica fue con el modelo de terapia cognitivo conductual.

El estudio de caso es relevante debido a que en la actualidad muchos de los jóvenes presentan este tipo de trastorno, y es uno de los más atendidos en el Departamento de Consejería Estudiantil, lugar al que diariamente asisten un gran número de estudiantes que requieren asistencia del profesional en la salud mental.... El alcance de este estudio de caso fue descriptivo debido a que se buscó especificar las propiedades y rasgos importantes que caracterizan la ansiedad, además la factibilidad de contar con los recursos necesarios para la consecución de todas las actividades realizadas en base a los objetivos planteados.

Según Riera M. (2020) las afecciones con rasgos patológicos que presentan las personas ansiosas tienen una repercusión a nivel familiar, social y laboral. La ansiedad está dividida en: normal, patológica, y generalizada.

Se logró detectar en el área cognitiva que una mala calificación o un simple pensamiento negativo respecto a su entorno familiar puede detonar que la sintomatología comience a actuar. En el área emocional afectiva la paciente manifestó que siente nervios al momento que debe exponer por el simple hecho de no tener confianza en lo que hace o los trabajos que realiza, y es

precisamente en los momentos de tener contacto verbal o físico entre compañeros, mencionando el nerviosismo y el miedo que puede llegar a experimentar.

En el área conductual- social, la paciente refirió que evita el contacto visual con sus compañeros, y si hace trabajos grupales son momentos en que se presentaban los síntomas ansiosos, en el área fisiológica presenta sudoración, se “le va la voz” y no puede concentrarse. A la vez se le realizaron pruebas psicométricas las cuales arrojaron ansiedad mayor.

El autor Riera M. (2020) concluye que, al aplicar la terapia conductivo conductual (TCC), desde el rol de terapeuta, al intentar explorar los vínculos que existen entre los pensamientos y las emociones, podemos darnos cuenta de cuanto o de qué manera puede llegar a influir en la vida de un ser humano este tipo de emociones y pensamientos creando fuertes lazos de desesperanza asumiendo que no se está preparado para adaptarse a ciertas complicaciones.

Lara, M (2019) en su revisión “Beneficios de la respiración consciente contra la ansiedad generalizada y estrés” expone que: la ansiedad y el estrés son patologías patológicas, para las cuales, hallar una solución práctica y viable no es fácil, pues se considera que las variables de disposición, espacio, tiempo, control y constancia, dificultan el tratamiento... la principal finalidad de esta monografía es brindar un punto de vista diferente, en donde se pueda tomar a la respiración consciente o respiración controlada como una herramienta práctica, para ayudar a controlar la ansiedad y el estrés dentro de cualquier ambiente. (p.8)

Es importante conocer que para los TA y el estrés existen tratamientos no farmacológicos como lo es la respiración consciente la cual es una de tantas alternativas que se conocen como terapias no farmacológicas para el manejo de estos pacientes, esto debido a que los pacientes con TA tienen dificultades en su vida personal, laboral, académica y demás y una excelente herramienta es aprender técnicas alternativas para manejar dichas patologías a fin de poder tener un control sobre dicho evento.

El autor menciona que: la respiración consciente o respiración controlada, consta del uso de la respiración profunda y controlada, con la finalidad de mejorar el metabolismo celular, la

oxigenación celular, así como crear estados de relajación, sosiego y disminución del estrés, por relación biopsicoquímica entre el organismo y la mente. Mejoras que se producen debido a la estimulación que genera la respiración en el cuerpo y sus diversas partes, mientras crea espacios de relajación que influyen en la adaptación psicológica y comportamental. (p.19)

Es importante como el autor hace referencia a una descripción completa de en qué consiste la respiración consciente y la finalidad de dicha respiración, la cual es mejorar como indica el metabolismo celular, la oxigenación creando de este modo un estado de relajación la cual tranquiliza al paciente. Y dichas mejoras que menciona el autor influyen tanto en la adaptación psicológica y comportamental de los individuos.

Según Lara, M (2019): El enfoque cognitivo o comportamental, explica como el comportamiento y los procesos conductuales son formados, influenciados y afectados por diversos factores como el condicionamiento, la experiencia, y escenarios que marcan una situación personal a manera de vivencia, como lo son los estados de ansiedad y estrés. (p.22)

Este enfoque cognitivo es referido como una de las orientaciones psicológicas más versátiles y efectivas en el tratamiento de trastornos psicológicos en el tratamiento de trastornos de ansiedad, ya que existen distintas terapias alternativas para el manejo de los TA y del estrés.

En cuanto a la respiración consciente o diafragmática Lara, M (2019) menciona que consiste en una acción que, no solo acelera y mejora el proceso de respiración, también afecta a la psique y ayuda a crear espacios de sosiego emocional y tranquilidad. La primera diferencia que se encuentra al realizar una respiración consciente o respiración controlada, es el reemplazo de la respiración torácica, por la respiración diafragmática y sus implicaciones fisiológicas, siendo que, la respiración diafragmática aumenta el volumen y presión de O₂ que ingresa al cuerpo, saciado la totalidad de la capacidad pulmonar, haciendo uso de la totalidad de los alveolos pulmonares y de igual forma librando mayor cantidad de CO₂ del organismo, y logrando la activación parasimpática. (p.31)

La respiración consciente es una acción voluntaria que el individuo debe realizar el cual va a mejorar el proceso de respiración, ayudando a crear espacios de tranquilidad emocional; va a existir un aumento del volumen y de la presión de O₂ que ingresara al cuerpo logrando de este modo la activación parasimpática, la cual se activa ante estrés, amenazas potenciales nos alteran y provocan una activación del organismo.

Lara, M (2019) concluye que: “El uso de la respiración controlada, como herramienta complementaria para la disminución de estados de ansiedad y estrés, ha brindado resultados positivos, pues los beneficios causados por la respiración controlada no solo disminuyen las sintomatologías de la ansiedad y el estrés, como la producción de cortisol o los bajos estados de ánimo y mal humor, también ayuda y refuerza el funcionamiento del sistema neuroendocrino, digestivo, nervioso y cardiovascular”. (p.55)

Pese a que sus beneficios están muy presentes en la actualidad no se encontraron pruebas del reconocimiento general, sin embargo, cada día se utiliza más la respiración controlada como parte de los tratamientos alternativos en el caso de pacientes con TA y estrés ya que mejora la estabilidad del comportamiento y los procesos psicológicos, mejorando de este mismo modo la estabilidad neuronal y los distintos sistemas nerviosos involucrados.

En la revisión realizada por Moná J y Castaño D (2018) se introduce de la siguiente manera: “el presente artículo tuvo como objetivo hacer una revisión de los beneficios del Mindfulness en el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) en adolescentes de Latinoamérica y España; se toma como referente este país por su desarrollo prolijo respecto a investigaciones y publicaciones sobre la aplicación del Mindfulness, lo que ha ocurrido en menor medida en países latinoamericanos...para la realización del artículo se tuvieron en cuenta estudios de los últimos 8 años...”

La importancia de este artículo principalmente se basa en el uso de una nueva terapia alternativa para el tratamiento de pacientes con TAG, a modo de desarrollar que el Mindfulness no es una terapia nueva, sino que se ha ido incluyendo en tratamientos de patologías psiquiátricas

con excelentes resultados sobre pacientes con dichos trastornos y ser beneficioso debido a que no es necesario para el paciente la ingestión de algún fármaco.

Los autores definen el Mindfulness como: una herramienta que permite enfocar la conciencia en la experiencia presente, enseñando una asimilación de los pensamientos y las sensaciones sin que medie ningún tipo de juicio e interpretación realizada por el individuo. Dicho tratamiento ha demostrado ser eficaz en el TAG y otros trastornos psiquiátricos es por ello por lo que en esta revisión se tomara en cuenta como de vital importancia conocer en que consiste y que implica la práctica de dicha terapia.

Leichsenning F, Lewelke F (2017) presentan un caso clínico el cual referiré a continuación: “Un estudiante de 26- años refiere sentirse muy ansioso cuando tiene que presentar un trabajo, dar un examen o entrevistarse con una figura de autoridad. En estas situaciones, tiene palpitaciones, temblores, rubor y sudoración y teme pasar vergüenza. Refiere tener pocos contactos sociales y evita asistir a fiestas y hacer llamadas telefónicas, pero se siente solo. Sus ansiedades comenzaron durante su adolescencia y aumentaron considerablemente desde que empezó la universidad. ¿Cómo se debe tratar este caso?”

El caso anterior hace referencia a un joven de 26 años el cual presenta una sintomatología específica la cual se le ha presentado durante una cantidad específica de días, en situaciones las cuales el refiere son específicas por lo cual evita, relacionarse con las demás personas, no asistir a lugares conglomerados; sin embargo, estas conductas evitativas lo hacen sentirse solo.

Los autores refieren, que el trastorno de ansiedad social es uno de los trastornos mentales más frecuentes, con prevalencia durante la vida del 13% y prevalencia a 12 meses del 8% en adultos y prevalencias similares en adolescentes en los EE. UU.. Comienza alrededor de los 13 años y a menudo es crónico. Suele coexistir con otros trastornos de ansiedad, el trastorno de depresión mayor, el trastorno de empleo de sustancias, y el trastorno de personalidad evitativa.

Es importante tener en cuenta que los trastornos de ansiedad existen de distintos tipos los cuales afectan a distintas poblaciones por lo cual, siempre hay que tener en cuenta la prevalencia

de cada una de ellas como sus manifestaciones a fin de definir el tipo de ansiedad que está presentando el paciente, ya que las similitudes en sus manifestaciones suelen inducir a error a los profesionales de la salud.

En dicho estudio Leichsenning F, Lewelke F (2017), halló que la conducta desafiante paterna, pero no materna (por ej., alentar en broma una conducta riesgosa) se asociaba con disminución del riesgo de trastorno de ansiedad social. Además, el trastorno de ansiedad social de los padres fue pronóstico de miedo y conducta de evitación en niños pequeños y de aumento de la actividad neurovegetativa en niños, siendo esto último un marcador de vulnerabilidad genética a los trastornos de ansiedad. La inhibición conductual (recelo al ser expuesto a situaciones novedosas) es otro factor de riesgo.

Los autores concluyen que: El paciente mencionado en el caso clínico, refería miedos sociales cuando debía hacer una presentación, dar un examen o reunirse con una figura de autoridad. Estos miedos se asociaban con palpitaciones, temblores, rubor y sudoración. También refirió evitar el contacto social. Estos síntomas son compatibles con el diagnóstico de trastorno de ansiedad social. Se lo debe interrogar sobre depresión, otras situaciones en las que sufre ansiedad y el abuso de sustancias.

Es importante que, para pacientes como el mencionado en el caso previo, la TCC o la farmacoterapia con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son eficaces. La farmacoterapia suele tener resultados más rápidos, pero los efectos de la TCC quizás sean más duraderos. Por eso en general los autores recomiendan la TCC en lugar de la farmacoterapia, Además, se debe estimular a los pacientes a disminuir la evitación social y aumentar las actividades sociales.

Para Gradín C, Alonso I. (2017), los trastornos de ansiedad consisten en uno de los grupos más comunes entre los trastornos psiquiátricos, con una prevalencia anual en la población alrededor del 20%. Presenta una mayor incidencia en adultos jóvenes y mujeres. Cabe destacar que este tipo de trastorno psiquiátrico maneja una prevalencia bastante alta con respecto a otras patologías por lo cual al no ser una cifra despreciable es importante conocer acerca de ella.

Los autores dividen la ansiedad normal y la ansiedad patológica de la siguiente manera: La ansiedad normal consiste en una reacción adaptativa a un peligro identificable en el entorno y se corresponde cuantitativa y cualitativamente con él. La ansiedad patológica, sin embargo, es una reacción desproporcionada frente a cualquier estímulo posible y persiste por encima del nivel de adaptación. Se trata de una respuesta a una amenaza indeterminada, difusa y muchas veces, inexistente.

Una vez identificados los tipos de ansiedad es vital lograr un adecuado diagnóstico ya que el fracaso en el diagnóstico de la patología ansiosa podría ocasionar en el paciente incapacidad, depresión e hipocondría, o incluso conducirlo al abuso de alcohol u otras sustancias, buscando de esta forma la mejoría de los síntomas, que en muchas ocasiones empeoran la patología de fondo sobreagregándole una más.

Además, los autores brindan recomendaciones terapéuticas generales en caso de que los pacientes asistan al servicio de urgencias donde hace énfasis en la intensidad y duración de la clínica de dicha población. Si en Urgencias la intensidad o duración de la clínica es significativa, es preciso el tratamiento farmacológico agudo mediante un benzodiazepina de inicio de acción rápido (Alprazolam, Loracepam...) La vía intravenosa debe reservarse únicamente para casos graves o situaciones médicas simultáneas que puedan crear amenaza para la vida del paciente

Es importante conocer el manejo de estos pacientes en los servicios de emergencias por parte del personal de salud en general ya que generalmente el primer contacto médico que tendrán será en la consulta de médico general como tal, y es ahí donde realizar un adecuado interrogatorio, historia clínica detallada y exploraciones complementarias, serán la guía para un manejo exitoso.

Para Reyes, A. (2016) La desregulación emocional es un proceso transdiagnóstico relacionado al desarrollo y mantenimiento de la mayoría de los trastornos enlistados en el dsm-5, y sus tratamientos de intervención representan una alternativa a los basados en un solo trastorno, que muestran eficacia limitada o efectos de comorbilidad...pueden contribuir a disminuir los costos de capacitación y aplicación en instituciones de salud pública y privadas.

En dicho documento se reportan los resultados de un estudio aleatorio controlado realizado mediante el cual se comparó la efectividad de un modelo integrativo de regulación emocional grupal aplicado a un grupo de 43 participantes diagnosticados con TAG y otros con comorbilidad, los mismos con características iguales que recibieron una terapia cognitiva conductual grupal (TCC-G), tras de lo cual se observó en el posttest una diferencia clínica y estadísticamente significativa en el grupo que recibió el modelo integrativo en las variables de desregulación emocional y evitación experiencial.

Cabe destacar que a dichos pacientes se les realizó un seguimiento a los nueve meses, y los mismos mantuvieron los efectos. Este estudio mostró la posibilidad de intervenir trastornos en comorbilidad mediante tratamientos trans- diagnósticos como una alternativa viable frente a otros tratamientos de elección.

Según Reyes, A (2016) el modelo integrativo para la regulación emocional (MIRE) es un tratamiento conductual de tercera generación (o conductual-contextual) que se basa en la premisa de que los problemas de DE tienen como base la evitación experiencial y utiliza estrategias a) analítico-funcionales centradas en la relación terapéutica, b) de cambio conductual y c) de aceptación para la corrección, de valor transdiagnóstico comprobado, de procesos conductuales y metacognitivos problemáticos. El modelo distingue la experiencia emocional de las estrategias utilizadas para regularla, y supone que la DE es consecuencia del uso de estrategias de RE inefectivas. También considera ciertas diferencias entre la emoción y el “estado de ánimo” al asumir que este último resulta de la congruencia entre el comportamiento actual y las metas del individuo.

El MIRE es uno de los tratamientos conductuales de tercera generación más conocidos ya que utiliza las tres estrategias; analítico-funcionales, cambio conductual y aceptación. Las tres de vital importancia para el Insight de cada paciente portador de TAG. Dicho modelo distingue la experiencia emocional de las estrategias previamente utilizadas para regularlas. Además, sugiere las diferencias entre la emoción y es estado de ánimo.

Reyes, A (2016) describe: El presente artículo describe los resultados del primer estudio controlado acerca de la eficacia del MIRE en una modalidad grupal (MIRE-G), cuyo propósito fue evaluarla experimentalmente, para lo cual se utilizó un diseño aleatorizado y controlado para probar la utilidad del MIRE-G como tratamiento orientado exclusivamente a la intervención sobre procesos de valor transdiagnóstico. Para ello, se plantearon dos preguntas de investigación: ¿Es el MIRE-G combinado con el tratamiento farmacológico usual una técnica efectiva para disminuir la ansiedad y mejorar la flexibilidad psicológica y la regulación emocional en un grupo de usuarios con TAG, en comparación con un grupo equivalente que recibiera terapia cognitivo-conductual grupal (TCC-G) combinada con tratamiento farmacológico usual? y ¿Se mantendrían los cambios del MIRE-G transcurridos nueve meses desde su implementación?

Participaron 88 pacientes con trastornos afectivos de dos instituciones psiquiátricas públicas de la Ciudad de México, específicamente con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, además de que cualquier comorbilidad sobreagregada en dichos pacientes fue aceptada. Los diagnósticos comórbidos incluyeron otros trastornos de ansiedad (trastorno por pánico, agorafobia, trastorno por estrés postraumático y ansiedad social), trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor y distimia) y trastornos de la personalidad (trastorno límite de la personalidad y trastorno por dependencia).

En dicho estudio participaron cuatro terapeutas, de los cuales dos fueron mujeres de 29 años y 30 años, las cuales aplicaron un tratamiento cognitivo-conductual grupal (TCC-G) y otros dos investigadores aplicaron el MIRE-G. Estos últimos habían recibido un entrenamiento estandarizado para la aplicación de dicho tratamiento previamente. Los resultados de este estudio se obtuvieron a partir de la aplicación de tres escalas distintas las cuales se describirán a continuación según lo puntualizó el autor.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Inventario auto aplicado, compuesto por 21 reactivos que describen diversos síntomas de ansiedad. Posee cuatro factores o subescalas: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico. Su puntuación total es la suma de las de todos los ítems. Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E) la cual está desarrollada para evaluar dificultades de regulación emocional en adultos. Cuestionario de Aceptación

Acción-II (AAQ-II). Patrón (2010) validó la versión mexicana para medir la evitación experiencial.

Dichas escalas fueron utilizadas para evaluar a los participantes del estudio anteriormente mencionado en cuanto a los resultados arrojados por el estudio realizado por Reyes, A (2016) destaca: ...Al terminar los tratamientos se había perdido a siete participantes después de haber cambiado el día del tratamiento, y a cuatro más por diversas razones. En el grupo TCC-G, se perdió a ocho participantes. En el último seguimiento se perdieron aleatoriamente tres participantes del grupo MIRE-G y diez del grupo TCC-G.

Además, el MIRE-G no incluyó estrategias dirigidas específicamente para el tratamiento de la ansiedad generalizada; dicho problema no fue señalado ni evaluado directamente durante el tratamiento, pues este se concentró en intervenir procesos de valor transdiagnóstico. Aun así, la disminución de las puntuaciones de esta variable fue significativa. b) A pesar de que todos los participantes tuvieron diagnóstico de TAG, los trastornos comórbidos fueron diversos y en la mayoría de los casos implicaron más de uno, lo que no impidió que la ansiedad, la evitación experiencial y la desregulación emocional disminuyeran en el postest y que los cambios se mantuvieran en los seguimientos. c) El MIRE-G representa un tratamiento considerablemente económico por su formato grupal y su duración.

Respecto a las implicaciones teóricas del estudio, se asume que es congruente con la literatura revisada relativa al valor transdiagnóstico de las estrategias de regulación emocional inefectivas y la utilidad de las estrategias de intervención consideradas en el MIRE-G para corregir su uso...se sugieren investigaciones en las que se evalúen directamente los impactos de este tipo de tratamientos sobre los mecanismos de cambio propuestos...

Para ello es de vital importancia a la hora de realizar una comparativa determinar las escalas que se estarán aplicando, así como también a la población a la cual van dirigidas y mantener siempre un orden y un objetivo para dirigirse hacia un fin en específico. Además, para realizar una comparativa entre la eficacia de los tratamientos utilizados y los beneficios individuales que puede acarrear la aplicación de dichos elementos.

Un estudio realizado en Cuba por Carbonell, M (2016) tuvo como objetivo obtener información para la población cubana acerca de la validez predictiva de la escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG) para detectar personas con trastornos psicopatológicos, así como para diferenciar ansiedad y depresión. En dicho estudio se encontró que la EADG mostró un valor predictivo adecuado para identificar a personas con trastornos psicopatológicos, con escasa capacidad para distinguir trastornos de ansiedad y depresión. Estos resultados apoyan la estrategia evaluativa recomendada por los autores de aplicar primeramente los ítems de despistaje.

La importancia de la realización de dicho estudio es debido a que en Cuba ya existe una experiencia con el uso de EADG, la cual ha sido considerada entre múltiples autores como de las más prometedoras de los instrumentos desarrollados para la pesquisa de estos trastornos. Debido a esta alta experiencia es que se considera que por su amplia difusión es alta su validez con valores superiores a 70%.

Según la autora, La EADG (Goldberg Anxiety and Depression Scale -GADS- en inglés) fue propuesta por su autor en 1988 a partir de una versión modificada de la Psychiatric Assessment Schedule, con la finalidad de lograr una entrevista de corta duración que pudiera ser utilizada por médicos no psiquiatras como instrumento de pesquiasaje (Goldberg, Bridges, Duncan-Jones, & Grayson, 1988). Su sencillez, unida a su capacidad de aportar información dimensional sobre la gravedad, han hecho que esta escala haya sido ampliamente recomendada como instrumento de cribaje, tanto con fines asistenciales como epidemiológicos, y/o como guía de la entrevista clínica en el ámbito de la atención primaria (López, Gabarrón, & Ruiz, 2011)

La importancia de que el personal de salud se eduque acerca de la aplicación de EADG es vital ya que como bien es cierto los médicos generales son el primer contacto con el que cuenta el paciente previo a ser o no referido donde un especialista en psiquiatría. Y de él depende una adecuada derivación de este al servicio correspondiente y que este obtenga un abordaje y manejo adecuado de sus patologías.

En cuanto al instrumento, el EADG, consta de dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión. Cada subescala tiene 9 ítems de respuesta dicotómica (Si / No) y se estructuran en 4 ítems iniciales de despistaje, para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan si se obtiene respuestas positivas a las preguntas de despistaje de las cuales 2 o más para ansiedad y más de 1 para depresión, pero en la investigación se suele aplicar la escala completa, y de esa manera fue utilizada en el presente estudio.

Los participantes de dicho estudio se reclutaron en la Habana Cuba sin trastornos psicopatológicos, y se utilizó la técnica de bola de nieve; además se excluyeron de esta investigación las personas que referían tener malestar emocional intenso y las que se encontraban en tratamiento psicológico o psiquiátrico. A continuación, se muestra una tabla donde se evidencia la frecuencia de casos de acuerdo con el diagnóstico emitido por el profesional.

Tabla 1. Distribución de casos de acuerdo con el diagnóstico emitido por el profesional

Grupo de estudio	DIAGNÓSTICO	Frecuencia
DEPRESIÓN	Episodio depresivo mayor	37
	Trastorno depresivo no especificado	11
	Sintomatología depresiva relevante	2
	Reacción de duelo prolongado	1
	Distimia	19
	TOTAL	70
ANSIEDAD	Trastorno ansiedad generalizada	28
	trastorno de pánico con o sin agorafobia	11
	Fobia	21
	Trastorno de ansiedad sin especificar	5
	trastorno adaptativo ansioso	3
	trastorno adaptativo depresivo	3
	trastorno obsesivo compulsivo	3
	trastorno de la personalidad	5
	Trastorno Hipocondriaco	1
	TOTAL	80
MIXTOS	Reacción mixta de ansiedad y depresión	4
	Sintomatología relevante de ansiedad y depresión	8
	TOTAL	12
OTROS DIAGNÓSTICOS	Neurosis histérica	2
	Neurosis de ansiedad	4
	Depresión con intento suicida	1
	Neurastenia	2
	TOTAL	8
TOTAL		170

Fuente: Carbonell, Marta Martín (2016). Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg en adultos cubanos. *Universitas Psychologica*, 15(1), 15-29.

También es importante recordar la relevancia clínica y social que tiene el trastorno mixto de ansiedad y la depresión, como arrojó recientemente el propio Goldberg en un estudio epidemiológico, lo que hace vital ser sumamente cuidadoso en el diagnóstico diferencial. Por lo que concluye que se acredita la posibilidad de utilizar la EADG tanto para el tamizaje como para la identificación de los trastornos ansiosos y depresivos.

Además de su relevancia es importante conocer que existen diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad, como bien indica Arenas, M, & Puigcerver, A (2009), Los trastornos de ansiedad son, en la actualidad, enfermedades psiquiátricas muy frecuentes e incapacitantes. Las mujeres en edad reproductiva son más vulnerables a desarrollar trastornos de ansiedad, aproximadamente entre 2 a 3 veces más que los hombres. Ser hombre o mujer no sólo puede influir en la prevalencia de los trastornos mentales, sino también en la manifestación y expresión de los síntomas, la voluntad para solicitar asistencia médica o psicológica, el curso de la enfermedad, incluso en la respuesta al tratamiento.

Es interesante conocer acerca de las diferencias existentes entre hombres y mujeres con respecto al TAG, llama la atención que sean las mujeres en edad reproductiva las más vulnerables a padecer de estos trastornos, lo interesante es que no solo ser hombre o mujer influye en la aparición de dichos trastornos, sino que influye en las manifestaciones y la sintomatología que dichos pacientes tendrán. Además, el género también influye en la búsqueda de asistencia médica y el apego y respuesta a tratamientos.

Según refieren los autores las mujeres en edad reproductiva son más propensas a desarrollar trastornos de ansiedad que los hombres, aproximadamente entre 2 a 3 veces más. Incluso el 17,5% de las mujeres frente al 9,5% de los hombres habían sufrido algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida; mientras que el 8,7% de las mujeres frente al 3,8% de los hombres habían sobrellevado un trastorno de ansiedad en el último año.

Para Arenas, M, & Puigcerver, A (2009), se han identificado un conjunto de factores que pueden explicar el predominio femenino en los trastornos de ansiedad, así como las diferencias entre los sexos en otros trastornos psiquiátricos. Un grupo de estos factores serían los psicosociales y socioculturales que incluyen diferencias en el tipo de afrontamiento de la persona, rol sexual, pobreza, nivel educativo, estado civil, nivel de ingresos, apoyo social, aislamiento social, adversidades durante la infancia, cambios sociales, normas culturales y vulnerabilidad a la exposición y reactividad ante acontecimientos vitales estresantes. Otros factores que sugieren diferencias de sexo son la comorbilidad previa, la predisposición genética, los rasgos de la personalidad, las hormonas sexuales, la reactividad endocrina frente al estrés, los sistemas de neurotransmisión y los determinantes neuropsicológicos.

La variedad de factores de riesgo que pueden influir en la aparición de un trastorno psiquiátrico es enormemente diversa; dichos factores se dividen en psicosociales y socioculturales los cuales a su vez se subdividen en diversos aspectos de la vida de un individuo, así como las comorbilidades previas a desarrollar dicho trastorno, la predisposición genética, los niveles hormonales, reacciones mediadas ante estrés y otros. Es importante que se valore cuales factores de riesgo son de riesgo biológico y social y de este modo conocer los que son inmutables y cuales no lo son.

Arenas, M, & Puigcerver, A (2009), mencionan que, a pesar de la escasez de estudios, cada vez hay más pruebas sólidas de que existen diferencias entre ambos sexos, debido a la anatomía cerebral, la neuroquímica y los patrones de activación y respuesta a los estímulos; así como diferencias en la fisiología y fisiopatología. Además, las mujeres en edad reproductiva son más vulnerables a desarrollar trastornos de ansiedad que los hombres, aproximadamente entre 2 a 3 veces más. De hecho, el 17,5% de las mujeres frente al 9,5% de los hombres habían sufrido algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida; mientras que el 8,7% de las mujeres frente al 3,8% de los hombres habían padecido un trastorno de ansiedad en el último año.

Por lo tanto, el género no sólo puede ser el todo en la prevalencia de los trastornos mentales, sino también en la expresión y manifestación de los síntomas, y a la vez se han identificado un conjunto de factores que pueden explicar el predominio femenino en los

trastornos de ansiedad, así como las diferencias entre los sexos en otros trastornos psiquiátricos, como lo son: psicosociales y socioculturales,... que incluyen diferencias en el tipo de afrontamiento de la persona, rol sexual, pobreza, nivel educativo, estado civil, nivel de ingresos, apoyo social, aislamiento social, adversidades durante la infancia, cambios sociales, normas culturales y vulnerabilidad a la exposición y reactividad ante acontecimientos vitales estresantes. (Arenas, M, & Puigcerver, A; 2009 p.21)

Otros factores que sugieren diferencias de sexo son la comorbilidad previa, la predisposición genética, los rasgos de la personalidad, las hormonas sexuales, la reactividad endocrina frente al estrés, los sistemas de neurotransmisión y los determinantes neuropsicológicos. Evaluar cuales de los factores explicativos de las diferencias entre los sexos son de naturaleza biológica y cuáles de naturaleza social, nos permitirá conocer cuáles son inmutables y cuales no lo son.

Según describe Arenas, M, & Puigcerver, A (2009): “A pesar de la escasez de estudios, cada vez hay más pruebas sólidas de que existen diferencias entre ambos sexos respecto a la anatomía cerebral, la neuroquímica y los patrones de activación y respuesta a los estímulos ambientales, así como diferencias respecto a la fisiología y fisiopatología de otros sistemas corporales, diferencias que pueden influir en la etiología y el curso de los trastornos psiquiátricos.”

Aunque en la actualidad no existen muchos estudios que sustenten las teorías de las diferencias sexuales en el ámbito de la ansiedad, sin embargo, si es importante conocer que hay muchas diferencias a nivel neuroquímico, en la anatomía cerebral, así como en fisiología y fisiopatología y dichas diferencias pueden ser las responsables de la aparición y la evolución de los trastornos psiquiátricos.

La ansiedad puede ser definida como un estado negativo con tres componentes: fisiológico, la hipervigilancia; afectivo, el miedo, y cognitivo, la indefensión. Cuya principal característica es la sensación de incontrolabilidad sobre posibles amenazas o daños. Todos los trastornos de ansiedad se caracterizan por presentar síntomas de ansiedad, pero son muy distintas

las características de cada trastorno de los que se encuentran en el DSM-VI- (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Como mencionan Arenas, M, & Puigcerver, A (2009): ...desde el campo de la neuroimagen, se ha podido comprobar cambios sexo-dismórficos en distintas estructuras cerebrales de pacientes con trastorno de angustia. Los hombres presentaron una mayor reducción en la amígdala derecha y en la corteza insular bilateral, mientras que las mujeres mostraron una disminución más marcada en el giro temporal derecho, en la corteza prefrontal dorsolateral y ventrolateral, en la corteza parietal y en el tálamo (Asami et al., 2009). Estos hallazgos confirmarían la implicación de la corteza prefrontal y de la amígdala en la patofisiología de este trastorno y ofrecerían una posible explicación de las diferencias sexuales en su sintomatología.

Es importante porque como bien es cierto existen diferencias no solo a nivel cromosómico y fenotípico entre los hombres y las mujeres, sino que a nivel cerebral según sea el género puede haber estructuras más o menos desarrolladas las cuales pueden explicar en muchas ocasiones la sintomatología y las reacciones de cada individuo, aunado a ello la intervención de neurotransmisores y factores hormonales influyen de manera directa o indirectamente sobre estas patologías. Y dicho factor hormonal se ha asociado tradicionalmente con un aumento en la incidencia del trastorno de angustia en mujeres.

Según refieren Arenas, M, & Puigcerver, A (2009):

“Las mujeres con trastorno premenstrual (TPM) tienden a presentar pánico tras la exposición a distintos agentes panicogénicos como el lactato, el CO₂, o los antagonistas de la colecistoquinina (Le Melleo et al, 2000). Se conoce que los metabolitos de la progesterona pueden tener efectos ansiolíticos debido a su acción agonista sobre los receptores GABA/BZD (Seeman, 1997), por lo que una posible alteración en este complejo receptor podría explicar los factores que vinculan las respuestas de pánico, el ciclo reproductivo femenino y el TPM (Leskin y Sheik, 2004).

Otro posible mecanismo explicativo de las diferencias de sexo en la patofisiología del pánico podrían ser las diferencias descritas en la sensibilidad del receptor β -adrenérgico

entre hombres y mujeres. La norepinefrina se relaciona con la etiología y sintomatología de los ataques de pánico, presentando los pacientes una respuesta anormal tras la estimulación de los receptores β -adrenérgicos. Concretamente las mujeres con trastorno de angustia presentaron una reducción en la sensibilidad del receptor que no fue observada en los hombres (Kim et al., 2004).” (Arenas, M, & Puigcerver, A; 2009 p.22).

Como bien se menciona en el texto anterior existen múltiples mecanismos que podrían explicar las distintas teorías acerca de las diferencias existentes entre hombres y mujeres para la manifestación de trastornos psiquiátricos, se ha logrado evidenciar cambios en la anatomía cerebral tanto de hombres como mujeres además de la influencia de neurotransmisores como también de hormonas en las manifestaciones de dichos trastornos.

El TAG consiste en una preocupación excesiva e incontrolable sobre múltiples problemas cotidianos. Entre los síntomas se incluyen la tensión muscular, la fatiga, el insomnio, la inquietud, la falta de concentración y la irritabilidad. Según los autores su tasa prevalencia-vida es del 4% en los hombres, frente al 7% en las mujeres. Esta diferencia entre los sexos comienza a una edad temprana y continúa en la adolescencia y en la edad adulta.

En múltiples estudios se ha comprobado un empeoramiento premenstrual de los síntomas del TAG, sin embargo, no se conocen los mecanismos por los que algunas mujeres presentan este agravamiento del trastorno. Aunque, a diferencia del trastorno de angustia, el curso clínico del TAG suele ser el mismo en hombres y en mujeres, así como el riesgo de remisión y de recaídas de estos.

Las diferencias existentes entre los sexos y la función que tienen las hormonas gonadales se estudiaron concentrándose en la conducta sexual. En estos momentos se acepta que la diferenciación sexual implica variantes estructurales, químicas, y funcionales entre ambos sexos. Primeramente, se establece el sexo cromosómico, luego el gonadal, el fenotipo genital y por último la pubertad en la cual se establecerán los caracteres sexuales secundarios.

Para Arenas, M, & Puigcerver, A (2009), un posible mecanismo implicado son los alelos potencialmente vulnerables para desarrollar ansiedad, siendo uno de ellos el alelo Ser23 para el receptor 5HT_{2C}. Los agonistas de este receptor serotoninérgico tienen efectos ansiógenos en

sujetos voluntarios e incrementan los síntomas de la ansiedad en sujetos con TOC o con trastorno de angustia.

Sin embargo, los resultados hasta el momento son contradictorios, pues mientras un estudio encuentra que este alelo está con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, otros trabajos han mostrado la proporción contraria.

En cuanto a la neuroanatomía en estos pacientes la amígdala y el hipocampo están muy implicadas en las emociones y en la respuesta de estrés. A su vez se ha demostrado que estas áreas cerebrales son sexualmente dimórficas en su estructura; mientras que la amígdala es mayor en los hombres que en las mujeres, el hipocampo es mayor en las mujeres que en los hombres. Y además se ha comprobado que la amígdala y el hipocampo reaccionan al ambiente de forma diferente en cada sexo.

En el estudio que realizan las autoras, Cuando se evaluó la actividad de la amígdala, crucial para el recuerdo de sucesos emotivos, de sujetos que contemplaban diapositivas con imágenes perturbadoras, los hombres que manifestaron una respuesta emocional intensa, exhibieron mayor actividad en la amígdala derecha, mientras que las mujeres la mostraron en la amígdala izquierda

Si bien es cierto se menciona que esas diferencias en las actividades hemisféricas son las responsables de que las mujeres recuerden más vívidamente los sucesos con respecto a los hombres ya que ellos tienden a tener un panorama más global acerca del suceso o acontecimiento. Es importante también recalcar que los trastornos de ansiedad surgen en la adolescencia y tienden a desaparecer en la mujer durante la menopausia.

Además, destaca el importante papel que juega la progesterona ya que en pacientes embarazadas la ansiedad tiende a disminuir y durante la fase lútea del ciclo menstrual también. Y se observa un empeoramiento de síntomas posterior al parto.

Esta hormona y sus metabolitos incrementan la sensibilidad del receptor GABA-A, elemento clave para reducir la respuesta de ansiedad en el cerebro. Lo que plantean estas autoras es que, tal vez, el cambio en las mujeres actuales ha sido demasiado rápido, provocando que su organismo, debido a los niveles más bajos de progesterona que los que eran normales en ellas, presente una mayor susceptibilidad a desarrollar respuestas desproporcionadas y patológicas de ansiedad. (Arenas, M, & Puigcerver, A; 2009 p.25)

Además, se propuso la posibilidad de que las diferencias sexuales en los trastornos psicopatológicos puedan estar relacionadas con las diferencias entre sexos en los sistemas de neurotransmisores y neuropéptidos, destacando, entre otros, los opiáceos, la oxitocina, la vasopresina y la hormona liberadora de la corticotropina.

Los autores mencionan que, aunque los estudios indican que las mujeres están protegidas de los efectos neurobiológicos y comportamentales del estrés, estas modificaciones que sí se observan en los hombres, tendrían en éstos un carácter adaptativo a largo plazo protegiéndoles de desarrollar trastornos de ansiedad. Se considera que son los estrógenos, con sus efectos neuroprotectores, los que contribuyen a la resistencia de las mujeres al estrés. Estas hormonas modulan, en función de la dosis administrada, la actividad de los dos sistemas principales de respuesta al estrés, el eje HPA y el sistema nervioso autónomo, llegando incluso a suprimir su respuesta en mujeres. Pero los andrógenos y la progesterona modifican de la misma forma la respuesta del eje HPA al estrés, por lo que también contribuirán a las diferencias sexuales observadas.

Sin embargo, los autores concluyen que no se conoce el porqué de las elevadas tasas en mujeres y que a pesar de que se saben muy poco sobre los factores de riesgo. Se especula que puede existir factores de vulnerabilidad que explican la preponderancia de los TA en la mujer.

Según Acuña M, Álvarez L, Umaña A, Umaña C (2013), la incidencia de patología psiquiátrica ha aumentado en los últimos años, y con ello también los trastornos de ansiedad, cuya frecuencia y morbilidad obligan a todo médico a conocer acerca del tema. La variabilidad de presentaciones y semejanza con otras patologías tanto médicas como psiquiátricas, constituyen un obstáculo para el diagnóstico y manejo oportuno de estos trastornos. (parr 1.)

Además, los estudios de neuroimágenes han demostrado aumentos en la actividad en diferentes zonas del Sistema Nervioso Central, onde se ha observado liberación o inhibición de distintos neurotransmisores, lo que ha sido la base de las propuestas terapéuticas para esta patología.

De acuerdo con Acuña M et al (2013): La clasificación de los trastornos de ansiedad según el DSM-IV es: el trastorno de ansiedad generalizado, los trastornos de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno de estrés post traumático. Los trastornos de ansiedad comprenden una serie de entidades discapacitantes, que difieren levemente en su manera de expresión; pero que en conjunto representan el trastorno mental más frecuente y el que más comúnmente consulta en el servicio de emergencias. (parr. 2)

Paradójicamente su diagnóstico por parte de los médicos generales o especialistas no psiquiátricos es muchas veces pasado por alto o subestimado. Y los pocos casos que sí llegan a ser detectados, son manejados y tratados, en su mayoría, de manera inapropiada. Los autores señalan diversas explicaciones que contribuyen a ello entre lo que se encuentra: el desconocimiento general de psiquiatría y en especial de los trastornos de ansiedad por parte de los médicos no psiquiatras. Además del posible proceso medicolegal al que pueden ser sometidos los médicos en caso de pasar por alto alguna de las situaciones anteriores que simulen enfermedades psiquiátricas. (parr. 3)

Según Acuña M et al (2013), el objetivo general de su revisión de tema es: “Facilitar al médico general, mediante la revisión de los conocimientos vigentes acerca de los trastornos de ansiedad, una herramienta para el manejo óptico de éstos”. Una vez que se establecieron los objetivos tanto el general como los específicos se procedieron a realizar una revisión muy completa respecto a los trastornos de ansiedad.

Los autores mencionan que describir la fisiopatología de los trastornos de ansiedad resulta fundamental para poder comprender la diferentes manifestaciones físicas, psiquiátricas y neurológicas que se presentan en un paciente con estos trastornos, así como los mecanismos de acción de los distintos fármacos utilizados en su tratamiento. Y de la utilidad para valorar los

efectos de la terapia farmacológica y otras terapias no farmacológicas sobre las distintas regiones neuroanatómicas que están alteradas en los mismos. Para de esta manera poder realizar un abordaje dirigido e integral que supla las necesidades de cada individuo, y así disminuir el impacto que representan estas patologías para la vida del paciente y el sistema de salud. (parr 11.)

Para los autores es vital que el lector previo a conocer la fisiopatología de este trastorno, se debe tener un aprendizaje acerca del miedo: condicionamiento y extinción; el condicionamiento hace referencia a la asociación aprendida entre un estímulo aversivo y un estímulo no aversivo o neutral, de modo que una respuesta que normalmente solo sería desencadenada por el primero pueda ser evocada por medio de un estímulo condicionado inocuo.

Según Acuña M et al (2013), clásicamente la amígdala ha sido descrita como la responsable de este proceso, aunque otras estructuras que se han visto también relacionadas incluyen la corteza del cíngulo, corteza insular y el hipocampo...estas estructuras con modulación y recepción de estímulos que pueden ser percibidos como amenazantes, y así plantear la hipótesis de una alteración o desregulación de estas regiones cerebrales en los trastornos de ansiedad. (parr 14)

Del mismo modo mencionan el concepto de extinción como relevante el cual consiste en una disminución, con el trascurso del tiempo, en la respuesta desencadenada por un estímulo condicionado previamente aprendido, en el cual lo que ocurre es una modificación de esta cuando el contexto cambia; esto es lo que permite aprender y recordar que un estímulo que con anterioridad representaba una amenaza ya no lo hace. Se piensa que ese fenómeno ocurre gracias a la acción inhibitoria, modulada por el hipocampo, que ejerce la corteza prefrontal medial sobre la amígdala cerebral, siendo importante la participación del sistema opioide endógeno en la regulación de este proceso.

Es por ello por lo que se deduce que en los trastornos de ansiedad puede existir alguna alteración en este proceso de extinción, de manera que se pierde la capacidad de discernir cuando un estímulo ya no es amenazante. A su vez los autores exponen el modelo insular de la ansiedad, según el cual existe una alteración en aquellos individuos con tendencia a la ansiedad que

ocasiona que exista una amplificación anormal de estímulos interoceptivos que en condiciones normales no tendrían trascendencia.

Según Acuña M et al (2013), algunos factores de riesgo para presentar un trastorno de ansiedad son: trastornos de ansiedad en los padres, factores genéticos y ambientales; entre los últimos importante destacar las interacciones padre-hijo debido a la influencia que pueden ejercer los primeros sobre los últimos. Padres sobreprotectores o excesivamente controladores o críticos que comprometan el desarrollo de autonomía y dominio de sus hijos pueden contribuir al desarrollo de trastornos de ansiedad en ellos.

También sugieren que experiencias traumáticas o adversas, y algunas conductas aprendidas de los padres o cuidadores pueden condicionar el desarrollo de trastornos de ansiedad. Los niños con un temperamento inhibido, caracterizado por timidez, retraimiento e inhibición, tienen mayor riesgo de presentar este tipo de trastornos, así como depresión y suicidio, en etapas más avanzadas de la vida. Suelen mostrar mayor dificultad de comunicarse con extraños y adaptarse a cambios o situaciones novedosas.

Es importante conocer que, en trastornos de ansiedad, la historia longitudinal cobra un valor muy especial para lograr identificar la entidad, y es la principal herramienta que tendrá el médico general para lograr dar con el diagnóstico de trastorno de ansiedad. Una de las ventajas de estos pacientes es que están en la capacidad de manifestar su sentimiento de ansiedad, presencia de pensamiento y sensorio muy bien conservados. El mantenimiento de adecuadas funciones cognitivas permite la fácil descripción del padecimiento actual, lo que facilita enormemente la identificación de la sintomatología.

Finalmente, los autores coinciden en que una ventaja muy preciada de estos pacientes es que poseen un excelente “insight” de su enfermedad, ellos logran determinar, acertadamente, que hay algo que no está funcionando adecuadamente en su proceso psíquico.

A su vez los autores mencionan que existen similitudes entre los criterios diagnósticos ya que refieren que los pacientes inician usualmente sus cuadros ansiosos debido a una

preocupación, que ha cronificado. Esto hace que la angustia fisiológica que se desencadena al principio también cronifique, y pase a ser una angustia patológica. Debido a ello los pacientes inician a ver sus actividades cotidianas arruinadas.

Entre los principales aspectos que se ven afectados se encuentran: la pérdida de funcionalidad social, vista en el deterioro de las relaciones interpersonales, pérdida de funcionalidad laboral, pérdida en el patrón del sueño, aceptación por parte del paciente de su egodistonia; la cual es la capacidad que ellos poseen de establecer que su situación es egodistónica y que realmente sus actividades habituales se han visto entorpecida por estos “ataques” como ellos mismos lo describen, según Acuña M et al (2013).

En cuanto al tratamiento empleado los autores mencionan en su revisión tanto los farmacológicos como los no farmacológicos; en los primeros destacan los benzodiazepinas (BZD) por vía sublingual en dosis única como medicamento agudo de la crisis ansiosa, además del uso del alzapram de 0,5mg, Lorazepam de 2mg o diazepam (DZP) a dosis de 5-10mg, sin embargo, la efectividad de este fármaco va a depender de cada paciente. Además, se menciona el uso de antidepresivos tricíclicos (ADTC), usados como segunda opción terapéutica.

Entre los fármacos el menos utilizados destacan los inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO), esto debido al riesgo de que se desarrolle una crisis hipertensiva por la gran cantidad de interacciones que poseen dichos antidepresivos. Actualmente se encuentran en estudio según Acuña M et al (2013), los inhibidores reversibles de la monoamino oxidasa (IRMAO) como la moclobemida, y se ha visto que estos no muestran crisis de hipertensión ni interacciones con la tiramina.

Como tratamiento de tercera línea ellos mencionan el agregar antipsicóticos atípicos, sin embargo, eso todavía no es ampliamente aplicado y se reserva para ciertos casos. Importante siempre verificar la adherencia del paciente al tratamiento y reconsiderar el replanteamiento diagnóstico, buscar cambios o nuevos desencadenantes en la vida del paciente o si hay un abuso concomitante de sustancias; además tomar en cuenta a que grupo etario pertenece el paciente.

Acuña M et al (2013) menciona además la existencia de tratamiento no farmacológico y la importancia de brindar información al paciente y educarlo acerca de la condición que padece, siempre procurar brindarle las herramientas para cambiar su estilo de vida, por uno más sano y menos estresante y que tenga la capacidad de ver que la ansiedad está bajo su control.

Navas W, Vargas M. (2012), refiere que los trastornos de ansiedad (TA) son como grupo las enfermedades mentales más comunes, con una alta prevalencia de aproximadamente 2-8% en la población general y 10-12% en las consultas de atención primaria (p.299). Además, que en los últimos años se ha observado un incremento de los casos de TA, así como de la comorbilidad que a menudo los acompaña. Los TA son 2 veces más prevalentes en mujeres, y se calcula que 1 de 10 pacientes que se atienden diariamente presentan un TAC siendo incluso más comunes que la diabetes mellitus.

Con esto los autores hacen referencia a la alta prevalencia de enfermedades psiquiátricas por encima de enfermedades crónicas en las consultas comunes de la consulta externa por lo cual envía una señal de alerta a los profesionales en el área de la salud, ya que estos deben de estar preparados para lograr establecer cuando uno de sus pacientes presenta un TA o como abordar dicha condición.

Según Navas W, Vargas M. (2012), la etiología es un modelo complejo en el cual interactúan múltiples factores: biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. Dentro de esta fisiopatología se menciona la presencia de factores de riesgo y factores protectores que median en la expresión de este trastorno. Desde el punto de vista neurobiológico, la ansiedad tiene su base en ciertas zonas del tallo cerebral que están involucradas en el desarrollo y transmisión de la angustia y el hipocampo y la amígdala perteneciente al sistema límbico.

Cabe destacar de manera importante la presencia de factores traumáticos como parte de la etiología de TA entre los que se encuentran: accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc. Estos acontecimientos suelen provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad.

Según Navas W, Vargas M. (2012), para el adecuado abordaje de los TA se debe realizar una planificación del tratamiento compuesta por una entrevista para conocer el motivo de consulta y las quejas principales, mentales y físicas, evaluación. Las técnicas para el manejo de la ansiedad permiten al paciente controlar sus preocupaciones y miedos a través de la distracción y del cuestionamiento de sus bases lógicas para sustituirlas por modos más racionales del pensamiento.

El principal objetivo en el tratamiento farmacológico de la ansiedad es el control de la sintomatología central de la enfermedad. Frecuentemente, estos pacientes, necesitan además del tratamiento agudo de los síntomas (menos de 6 meses), la administración de un tratamiento crónico para prevenir las recaídas. Lo cual hace necesario utilizar medicamentos que sean bien tolerados y con baja probabilidad de abuso, tolerancia o dependencia, además de presentar un rápido comienzo de acción.

Navas W, Vargas M. (2012) concluye que, la ansiedad es una respuesta adaptativa a múltiples situaciones de la vida que se puede considerar normal. Es patológica cuando esta se produce ante estímulos inadecuados o inexistentes, y/o cuando la intensidad y/o duración de la respuesta ansiosa supera los límites adaptativos. Dado lo prevalente de estos trastornos, el sufrimiento y el deterioro funcional que provocan en el paciente y su entorno, así como el costo social que general parece necesario conocer los síntomas principales de estos trastornos para una adecuada detección y un abordaje oportuno farmacológico que incluye BZD, ISRS, Venlafaxina, ATX, y psicológicos con las diferentes técnicas de terapia eficaces, y así ofrecerle al paciente una mejor calidad de vida con una menor morbi-mortalidad. (p.506)

1.6. Tabla de antecedentes

Documento de consulta	Título del artículo	Autor (s)	Año de publicación	Datos para realizar la referencia	Relación con el tema de investigación
Tesis de grado	Ansiedad y su	Riera, M	2020	Influencia	Ansiedad

para optar al título de psicólogo clínico	influencia en el rendimiento académico de una estudiante.			de la ansiedad en el rendimiento académico	
Revista Cúpula	Trastornos de Ansiedad	Acuña M, Álvarez L, Umaña A, Umaña C.	2003	Definición	Antecedentes
Artículo de revisión). ¿Qué es el Trastorno de Ansiedad Social?. IntraMed Estrategias de diagnóstico y terapéutica.	Leichsenning, F & Lewelke, F	2017	Definición	Estrategias diagnósticas y terapéuticas
Artículo de revisión	Los beneficios de las terapias basadas en Mindfulness para el trastorno de ansiedad generalizada en adolescentes de Latinoamérica y España	Moná, J & Castaño, D	2018	Beneficios del Mindfulness	Beneficios de la terapia alternativa

	2010-2018: una revisión.				
Revista chilena de neuro- psiquiatría,	Historia y Re- descripción de la angustia clínica.	Ojeda, C.	2003	Historia del trastorno de angustia	Antecedentes
Revista Raíces históricas y tendencias actuales.	Una perspectiva psicoanalítica sobre el trastorno de ansiedad generalizada	Juan S, Etchebarne I, Gómez J, Roussos A.	2011	Trastorno de ansiedad generalizada	Antecedente
Artículo de revisión Universidad Nacional Abierta y a Distancia, Escuela de Ciencias Artes y Humanidades.	Beneficios de la respiración consiente contra la ansiedad generalizada y el estrés.	Lara, M	2019	Beneficios	Terapia alternativa para TAG
Revista Universitas Psychologica	Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos	Carbonell, Marta Martín	2016	Diagnóstico de ansiedad y depresión	Antecedente

Artículo de revisión	Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica	Arenas, M. Carmen, & Puigcerver, Araceli.	2009	Diferencias entre hombres y mujeres con TAG	Antecedente
Revista Figura Fondo	trastorno de ansiedad generalizada: una aproximación desde la terapia Gestalt.	Ceballos, C	2014	Terapias Gestalt	Antecedente
Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXIX	Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria.	Navas,W & Vargas, M.	2012	Ansiedad y manejo	Manejo en atención primaria
Revista Fundamentos en Humanidades	Trastorno de ansiedad generalizada: aportes de la investigación al diagnóstico	Rovella, Anna, & González Rodríguez, Manuel	2008	Diagnostico	Antecedente
. Revista Argentina de	Una revisión de la	Newman, Michelle G.,	2007	Definición y manejo	Antecedente

Clínica Psicológica, XVI	investigación básica y aplicada sobre el trastorno de ansiedad generalizada.	& Anderson, Nicholas L.			
International Journal of Clinical and Health Psychology,	VARIABLES DE PROCESO EN LA DETERMINACIÓN DE LA ANSIEDAD GENERALIZADA Y SU GENERALIZACIÓN A OTRAS MEDIDAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	González, Manuel, & Ibáñez, Ignacio, & Cubas, Rosario	2006	VARIABLES EN ANSIEDAD	Antecedentes

1.7. Proyecciones:

- ☞ Los trastornos de origen psiquiátrico no son un hallazgo reciente, sin embargo, sus tratamientos farmacológicos pese a los años han sido readecuados para cada patología que así lo amerite; a la vez de la implementación de terapias alternativas para el tratamiento de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. Estas terapias alternativas hoy en día constituyen por sí misma una de las opciones más viables en el caso de pacientes con polifarmacia o bien que no desean iniciar terapia farmacológica para el control de su patología psiquiátrica
- ☞ A pesar de ello, se pretende implementar el uso de terapias alternativas en la población con trastorno de ansiedad generalizada y de este modo contribuir al personal del área de la salud en la estabilización de síntomas propios de dicho trastorno, disminuyendo la

presencia de efectos adversos medicamentosos, desapego al tratamiento, e incluso negligencia en su uso.

- ☞ Si se logra establecer claramente los criterios diagnósticos para trastorno de ansiedad generalizada y la necesidad de terapia farmacológica de un paciente, de este modo se establecerá si es beneficiosa la incorporación de una terapia alternativa o bien mixta en el caso de pacientes de difícil manejo farmacológico exclusivo; pudiéndose de este modo incorporar como alternativa al tratamiento de dichos trastornos.

CAPÍTULO II

2. Marco teórico:

2.1. Antecedentes Históricos:

Los trastornos de ansiedad no son un nuevo hallazgo en la sociedad sin embargo si ha sufrido ciertos cambios en cuanto a sus definiciones a lo largo del tiempo y tratamiento ya sea farmacológicos como alternativos los cuales se desarrollarán en este apartado de manera que sea para el lector una forma clara y sencilla de abarcar este tema tan diverso.

La historia de los llamados "trastornos de ansiedad" está estrechamente vinculada al concepto clínico de "neurosis". Como en otros casos, el contenido original del término neurosis, establecido por el psiquiatra escocés Cullen en 1769 en su *Synopsis nosologiae methodicae*, no corresponde estrictamente al uso que hasta hace pocos años se ha hecho de tal denominación. Cullen se refería a una afección general del sistema nervioso que cursaba sin fiebre ni afección local de algún órgano, y que comprometía "el sentido" y "el movimiento", mezclándose en ella desde síncope hasta el tétanos y la hidrofobia, pasando por la histeria, la melancolía, la amencia y la manía. (Ojeda, 2003)

Según Ojeda los TAG se vinculan con la neurosis la cual se describe como una patología del sistema nervioso la cual no reportaba síntomas clínicos característicos como la fiebre, ni existía un compromiso de algún órgano en específico; sin embargo, este estado producía en quien

lo padecía síncope, histeria, melancolía y demás, los cuales hoy en día se ven relacionados con las crisis de ansiedad.

Los distintos trabajos que Freud incluyera en "Las primeras aportaciones a la teoría de las neurosis" fueron publicados entre 1892 y 1899. Tal vez su contribución más decisiva en estos últimos trastornos sea la separación, dentro de la neurastenia, del cuadro que él denominó "neurosis de angustia" y que, bajo una denominación distinta, perdura hasta hoy. Freud denomina "neurosis de angustia" a un complejo clínico en el que todos sus componentes pueden ser agrupados en torno a uno principal, que es la angustia. (Ojeda, 2003)

Freud hoy en día continúa siendo el padre de la psicología y sus aportes fueron de gran importancia para la sociedad en aquellos tiempos y hasta el presente, estos aportes como lo fue la teoría de la neurosis; importante de ello fue la denominada "neurosis de angustia" la cual se define como: un complejo clínico en el que todos sus componentes pueden ser agrupados en torno a uno principal, que es la angustia. De esta manera se inicia la caracterización de lo que se conoce como angustia.

El cuadro se caracteriza por "la excitabilidad general", un estado de tensión que se expresa en hiperestesia, especialmente auditiva y que refleja una acumulación de excitación o una incapacidad de resistirla. Para Freud esta espera angustiosa es el síntoma nodular de la neurosis: una angustia flotante que se halla dispuesta en todo momento a enlazarse a cualquier idea apropiada, incluyendo a la locura y a la muerte, pero también que puede mantenerse como una angustia en estado puro sin estar asociada a ninguna representación. (Ojeda, 2003)

Como bien es cierto la angustia se caracterizaba según Freud por: un estado de tensión que se expresa en hiperestesia, especialmente auditiva y que refleja una acumulación de excitación o una incapacidad de resistirla. Este mismo era el síntoma pivote de la neurosis propiamente dicha la cual se considera una angustia que se encuentra en medio de la "nada" y que está esperando un detonante para presentarse en su manera más florida; incluyendo en esta la locura y la muerte; sin embargo, de la misma manera puede no estar ligada a ninguna otra presentación.

Más allá de las discusiones terminológicas, es innegable que el estudio de este conjunto de fenómenos, para los cuales Freud utilizó el vocablo “Angst”, estuvo presente desde los inicios de la producción freudiana. Ya en sus escritos tempranos, Freud (1895[2001]) postuló una primera tesis sobre la ansiedad que diferenciaba dos conjuntos nosográficos: por una parte, las psiconeurosis de defensa, en las cuales la ansiedad reflejaba un conflicto intrapsíquico, un desplazamiento defensivo del afecto que cristalizaba en los síntomas psiconeuróticos; y por otra parte, las llamadas “neurosis actuales” (que incluían a la “neurosis de ansiedad”), en las que la ansiedad se debía a una falta de procesamiento psíquico de la libido, manifestándose en forma más o menos automática como descarga somática y/o como una actitud psicológica de “ansiedad libremente flotante”. (Juan, S, Etchebarne, I, Gómez, J, Roussos, A. 2011)

Mientras que para Freud las psiconeurosis evidenciaban conflictos reconducibles al pasado infantil del paciente, la neurosis de ansiedad presentaba una etiología actual. Con el historial del Pequeño Hans, Freud (1909[2001]) complejizó esta teoría de la ansiedad como afecto “tóxico” y su relación con los dinamismos intrapsíquicos de la neurosis. Explicó el surgimiento de dicho afecto como resultado del proceso represivo. (Etchebarne et al 2011)

Es importante destacar que para Freud los conflictos de la infancia de los pacientes eran sinónimo casi tácito de la presencia de la neurosis de ansiedad. De este modo el mismo estableció esta teoría de “ansiedad como afecto tóxico” como el resultado de un proceso meramente represivo que nos traslada a la infancia del individuo y le da sentido pleno a esta misma teoría por el expuesta en sus escritos.

Otra manifestación sobresaliente de la neurosis de angustia es la presencia de "ataques de angustia", los que adquieren distintas formas. Algunos pacientes presentan una perturbación de la actividad cardíaca, como palpitaciones, arritmia o taquicardia; otros, del aparato respiratorio, con disnea y ataques semejantes a los asmáticos. La sudoración, especialmente nocturna, y los temblores son frecuentes, así como también la bulimia y el vértigo. (Etchebarne et al 2011)

El vértigo que describe Freud en estos pacientes es una sensación de inestabilidad, como si el suelo oscilara y las piernas, temblorosas y blandas, se hundieran en él, de manera que es imposible continuar en pie. Este vértigo se acompaña de importante angustia, taquicardia y agitación respiratoria. (Ojeda, 2003)

De tal modo la neurosis de angustia cuando se presenta en los individuos según Etchebarne et al 2011 y Ojeda 2003, este padecerá de una alteración del ritmo cardiaco, episodios disneicos, sudoración e incluso algunos casos la presencia de temblores, bulimia, tetania y vértigo son frecuentes. Es importante mencionar que el vértigo al que Freud hace referencia no es el que comúnmente se conoce del aparato auditivo. Sino hace alusión a una sensación de inestabilidad la cual impide al individuo mantenerse en pie.

La ansiedad presente en las perturbaciones neuróticas, entonces, era la resultante de la represión de emociones libidinales. Esta primera teoría (la llamada teoría tóxica) le permitió a Freud conceptualizar la ansiedad como aquel afecto desorganizador y displacentero que surgía como producto de fallas en la descarga y procesamiento afectivos, vinculadas con tensiones actuales acumuladas o con mociones infantiles reprimidas. (Etchebarne et al 2011)

Posteriormente, Freud (1926[2001]) modificó sus concepciones sobre la ansiedad, planteando que el proceso represivo era consecuencia (y no causa) de la aparición de ansiedad en el yo, instancia que frente a la señal de ansiedad movilizaba los procesos defensivos. Así quedaron claramente establecidos dos modos posibles para la ansiedad: la ansiedad señal, atenuada, anticipatoria, que utilizaba el yo para defenderse de los procesos internos y los requerimientos de la realidad; y la ansiedad automática, que sobrepasaba su cualidad de señal e invadía al aparato psíquico, paralizando al yo. (Etchebarne et al 2011)

Luego de muchas investigaciones Freud modifica sus conceptos respecto a la ansiedad y plantea de esta manera que el proceso era una consecuencia a un evento y no una causa de este, y posterior a ello quedaron claramente establecidos dos modos posibles para la ansiedad, como lo es la ansiedad señal atenuada y anticipatoria que se utilizan para defenderse de los procesos internos y la ansiedad automática que esta paraliza al individuo.

Esta segunda teoría (la ansiedad como señal) acentúa el carácter anticipatorio y deja de conceptualizar a la ansiedad únicamente como producto de una sobrecarga afectiva. De todas maneras, Freud retoma parcialmente las viejas hipótesis sobre las neurosis actuales, ahora bajo el concepto de ansiedad automática, y las integra con su nueva teoría de la ansiedad y su concepción estructural del aparato psíquico. (Etchebarne et al 2011)

Sobre esta base de espera angustiada, por un lado, y por otro de la tendencia a los ataques de angustia y vértigo, se desarrollan dos grupos de fobias típicas: el primero “referente a las amenazas fisiológicas”, y el segundo, “referente a la locomoción”. Al primer grupo pertenece el miedo a las serpientes, a las tormentas, a la oscuridad y a los insectos, y también la escrupulosidad y varias formas de la folie de doute (trastorno obsesivo-compulsivo). Es importante destacar que, para Freud, en estas fobias, la angustia flotante es utilizada para intensificar repugnancias instintivas comunes a todos los hombres. La diferencia está en que esos temores perduran en los pacientes porque las experiencias han ocurrido sobre la base de la angustia flotante y de la “espera angustiada” que los caracteriza. (Ojeda, 2003)

El segundo grupo está formado por la agorafobia. Dice Freud: "con frecuencia hallamos aquí como base de la fobia, un anterior ataque de vértigo, pero no creo deba darse a tales ataques la significación de una premisa indispensable". "Hallamos, en efecto –continúa– que muchas veces después de un primer ataque de vértigo sin angustia, y no obstante quedar ya la locomoción constantemente afectada de la sensación de vértigo, no experimenta tal función restricción alguna, fallando, en cambio, por completo en determinadas condiciones, tales como la falta de un acompañante o el paso por calles estrechas "cuando el ataque de vértigo fue acompañado de angustia" [subrayo]". (Ojeda, 2003)

Es por ello por lo que se desarrollaron dos grupos el de las fobias típicas que se refiere a las amenazas naturales y el referente a la locomoción se refiere a la agorafobia, según Freud: "Con frecuencia hallamos aquí como base de la fobia, un anterior ataque de vértigo, pero no creo deba darse a tales ataques la significación de una premisa indispensable". Dicho lo anterior es claro que no necesariamente debe existir un detonante físico para presentar una crisis de angustia ya que un aroma, algo que se observa o se siente puede desencadenar lo imparable, ya que una vez iniciada la crisis de ansiedad esta debe culminar por si sola, como lo refiere Ojeda 2003.

Pierre Janet en 1909 publica "Las neurosis", texto en el que considera que la idea de "enfermedad funcional" debe entrar en la concepción general de las neurosis, debido a que durante un siglo se ha pensado en medicina fundamentalmente en términos anatómicos y no fisiológicos. "Es necesario tener siempre presente en el espíritu –afirma– la consideración de las funciones mucho más que la consideración de los órganos". "Esto es importante –agrega– sobre

todo cuando se trata de alteraciones neuropáticas, que se presentan siempre en las funciones, en los sistemas de operaciones y no aisladamente en un órgano". (Ojeda, 2003)

Del mismo modo en 1909 es Pierre Janet el que postula en su texto de neurosis lo cual considera una enfermedad funcional y limitante desde cierto punto de vista. Y manifiesta que la ciencia solo se ha interesado en los términos anatómicos dejando de lado los fisiológicos y es la misma fisiología la que logra explicar lo que sucede en los portadores de este tipo de crisis, ya que no se trata de anatomía. Como es sabido, Janet considera que las funciones tienen estratos superiores e inferiores, siendo los últimos más antiguos y simples que los primeros.

Las funciones superiores consisten "en la adaptación de una función determinada a circunstancias más recientes". La adaptación que señala Janet corresponde a una circunstancia particular y actual, tanto interna como externa. Sostiene que la fisiología estudia la parte más simple y organizada de la función, y por lo mismo "el fisiólogo se reiría si se le dijera que en el estudio de la alimentación debe tener en cuenta el trabajo que representa comer llevando un hábito negro y hablando con su vecino. (Ojeda, 2003)

Pero la medicina no puede desinteresarse de todo esto, porque la enfermedad no nos consulta y no incide siempre sobre las partes de la función que conocemos mejor". Este lugar, la parte superior de las funciones y su adaptación a las circunstancias presentes, es el lugar de las neurosis. (Ojeda, 2003)

La ordenación de estos estados para Janet incluye un estado general y poco diferenciado que denomina neurastenia o simplemente "nerviosismo", en el que, por falla de los estratos superiores de las funciones, aparecen los inferiores como la agitación psíquica y mental y la emotividad. El segundo grupo corresponde a la enfermedad más desarrollada, e incluye a la psicastenia, en la que predominan los fenómenos obsesivos y fóbicos, y finalmente la histeria. (Ojeda, 2003)

Según Janet, los psicasténicos no presentan las parálisis y contracturas de los histéricos, pero sí fenómenos equivalentes a los que denomina "fobia de las acciones" y "fobia de las funciones". En el primer caso, el paciente, al ejecutar una acción, "experimenta toda clase de trastornos; siente que su espíritu es invadido por los sueños más extravagantes y su pensamiento

por toda suerte de agitaciones. Siente que sus miembros se agitan y experimentan la necesidad de moverse sin orden ni concierto; pero, sobre todo, experimenta trastornos viscerales, palpitaciones, ahogos, angustias. (Ojeda, 2003)

Como refiere Ojeda (2003), este conjunto de trastornos se traduce en su pensamiento en un vago sentimiento, muy doloroso, análogo al miedo, y el terror aumenta a medida que continúa la acción que al comienzo se sentía tan capaz de realizar, a tal punto que ya no puede seguir(...) Como la angustia reaparece cada vez que pretende realizar el mismo acto, no puede ejecutarlo más, y en definitiva éste termina por quedar prácticamente suprimido, exactamente como en las parálisis histéricas".

En otros casos, mucho más frecuentes, "el mismo estado, semejante a una emoción muy dolorosa de miedo, se produce simplemente a raíz de la percepción de un objeto, síntoma que ha sido designado con el nombre de fobia a los objetos". Estas fobias, que en una mirada superficial pueden parecer fenómenos simples, en Janet están estrechamente vinculadas a los fenómenos obsesivos, es decir, el contenido ideativo de los temores está relacionado en general con el dañar o ser dañado física o moralmente y, por lo mismo, no se trata de un objeto cualquiera, sino de cuchillos, tenedores, objetos puntiagudos, billetes de banco, alhajas, objetos de valor, de los excrementos y basura, etcétera. "Lo más común –dice Janet– es que estas fobias de contacto se compliquen con una multitud de pensamientos obsesionantes e impulsivos. (Etchebarne et al 2011)

En las fobias de las situaciones no se trata de objetos sino de un conjunto de hechos. Para Janet, el prototipo de estos cuadros clínicos es la agorafobia descrita por Westphal en 1872, y más tarde por Legrand du Saulle, en 1877. Transcribe Janet la descripción de este último: "El miedo de los espacios –sostiene du Saulle– es un estado neuropático muy particular caracterizado por una angustia, una viva impresión y hasta por un verdadero terror, que se producen súbitamente en presencia de un espacio determinado. (Ojeda, 2003)

Es una emoción como si se estuviera ante un peligro, un vacío, un precipicio, etcétera. Un enfermo comienza por tener cólicos en la calle, se le debilitan las piernas, se inquieta, y muy pronto el temor de caminar por la calle lo domina por completo. La idea de verse abandonado en

ese vacío lo hiela de espanto, mientras que la convicción de ser asistido, como quiera que sea, lo apacigua con dificultad...". (Ojeda, 2003)

El describe claramente la agorafobia y la fobia social como la sensación de estar en peligro, una sensación de vacío como si se saltase de un precipicio en la cual el enfermo inicia con sensación de dolor abdominal luego el iniciara con debilidad e incapacidad de sostenerse sobre si mismo y finalmente si no es asistido de manera oportuna se desencadenará la crisis.

Cercana a la agorafobia está para Janet la claustrofobia descrita por Ball en 1879. El enfermo "tiene miedo de que le falte el aire en un espacio cerrado, no puede entrar en una sala teatral o de conferencias, a un vehículo, a un departamento, cuyas puertas estén cerradas". (Ojeda, 2003)

Finalmente, Janet describe las fobias de las situaciones sociales, las que consisten en la percepción de una situación moral en medio de la gente. El arquetipo de este tipo de fobia es para Janet la eritrofobia. El fenómeno central en estos casos es la presencia de terror al estar ante los demás, al estar en público y tener que actuar en público. "Todas estas fobias son determinadas por la percepción de una situación social y por los sentimientos originados en dicha situación". Deseamos destacar que la naturaleza del peligro en este caso es diferente al resto de las fobias examinadas por Janet, cosa que se evidencia por la utilización del concepto de "situación moral". (Ojeda, 2003)

Janet también menciona las fobias de las situaciones sociales, "las que consisten en la percepción de una situación moral en medio de la gente", en estos pacientes se da un miedo intenso a estar en frente otras personas ya sea actuando o simplemente estar presente entre ellas y es por ello por lo que es llamado para el autor como "situación moral".

Henry Ey es tal vez el autor que presentó con mayor claridad el grupo de cuadros clínicos que se organizan en torno a las formas de angustia que ahora nos ocupan, fue el francés Henry Ey y sus colaboradores P. Bernard y Ch. Brisset. La neurosis de angustia que Freud describiera en 1895 constituye para Ey el tronco común desde el que se organizan las neurosis en sus formas más estables y estructuradas, cuyo elemento central y definitorio es la angustia. (Ojeda, 2003)

Así, divide a las neurosis en "indiferenciadas", que corresponde en su totalidad a la neurosis de angustia, y "grandemente diferenciadas", en las que se incluyen la neurosis fóbica, la neurosis histérica y la neurosis obsesiva, incluyendo este segundo grupo diferentes mecanismos de defensa ante la angustia. Así, en la neurosis fóbica o histeria de angustia, la angustia aparece comprometida en un sistema ideo afectivo simbólico; en la neurosis histérica o histeria de conversión, la angustia se neutraliza por su enmascaramiento en expresiones psicósomáticas artificiales, y en la neurosis obsesiva la angustia es reemplazada por un sistema de actos prohibidos o pensamientos mágicos forzados. (Ojeda, 2003)

El límite superior de las neurosis es la normalidad psicológica, y el límite inferior la psicosis. "En las psicosis –afirma Ey– los trastornos negativos o deficitarios, la debilidad del Yo y la regresión de la actividad psíquica constituyen lo esencial del cuadro clínico, y el psiquismo restante' se organiza a un nivel inferior; en tanto que, en las neurosis, los trastornos negativos están menos marcados, la regresión es menos profunda y el psiquismo restante se organiza a un nivel más elevado y próximo a lo normal". (Ojeda, 2003)

Etchebarne et al (2011) menciona que la neurosis de angustia se caracteriza para este autor por la aparición de crisis (ataques de angustia) sobre un fondo constitucional de inestabilidad emocional; la neurosis fóbica por la sistematización de la angustia sobre personas, cosas, situaciones o actos, que se convierten en el objeto de un terror paralizante. En este último cuadro se incluyen la claustro y agorafobia, el miedo a la oscuridad, el vértigo, el miedo a las muchedumbres, el miedo social, a animales, insectos, etcétera.

Por su parte, la neurosis histérica, en la que la angustia está más elaborada que en los casos anteriores, sobre la base de una personalidad caracterizada por psico plasticidad, sugestibilidad y la "teatralidad" (la formación imaginaria de su personaje) se constituyen las manifestaciones psicomotrices, sensoriales o vegetativas de una "conversión somática". (Etchebarne et al 2011)

Juan José López-Ibor publicó en 1966 un voluminoso texto titulado Las neurosis como enfermedades del ánimo. En él confirma y hace suya la idea de que las neurosis tienen como elemento central y fundante a la angustia. Sin embargo, apoyado en su interpretación de los desarrollos de la filosofía de Hiedegger, sostiene que la angustia es la condición que hace patente

que la "existencia es como un haz luminoso recortado sobre la nada". "Este estar envuelto por la nada –agrega– constituye la experiencia fundamental de la existencia humana. A esta experiencia fundamental es a la que se llama angustia". (Ojeda, 2003)

Por lo mismo, López-Ibor deduce que la angustia está sostenida en la corporalidad, finita y caduca, aquello que nos evidencia el inevitable camino a la desaparición en la muerte. La ubicación de la angustia en la vida emocional del ser humano corresponde al estrato de los sentimientos vitales, una de las capas que otro filósofo, Max Scheler, había establecido algunos años antes en la "tectónica" de la vida emocional. (Ojeda, 2003)

Ahora bien, la expresión "angustia vital" que López-Ibor lanzó al ámbito psiquiátrico, emerge desde el mismo estrato en que lo hace la "tristeza vital" de la melancolía, y que es el asiento ontológico del "estado de ánimo". Si la angustia está en el fundamento de toda neurosis, entonces, al estar éstas constituidas como formas explícitas u ocultas de angustia vital, son, en definitiva, "enfermedades del ánimo". El autor español afirma también que las defensas contra la angustia vital darían origen al miedo, es decir, la patencia de la nada surgida de la angustia, es transformada en miedo a algo que nos hace frente en el mundo. Aunque López-Ibor no es claro en este punto, queda establecido por implicancia que las neurosis, si bien sostenidas en último término por la angustia, en su presentación "fenoménica" son estados de miedo. (Ojeda, 2003)

Para López-Ibor la distinción de la angustia normal y la patológica no queda suficientemente sostenida en estimaciones de intensidad, y aunque no lo dice, nosotros creemos que se refiere a que estas estimaciones pueden ser interpretadas justamente como la más normal de las distribuciones estadísticas. Tampoco le parece adecuado decir que la angustia normal ocurre en el plano de los sentimientos psíquicos o dirigidos, y la angustia patológica en el plano de los sentimientos vitales, puesto que la angustia, por definición es ante una "nada de cosa", y por lo mismo no puede ser intencional y dirigida como ocurre en los sentimientos psíquicos. (Ojeda, 2003)

La aparente casualidad de la angustia patológica, como en el caso de una fobia específica, depende de una necesidad del sujeto de establecer un peligro, y de ese modo, hacer tolerable la angustia. Nos parece que lo patológico en este caso es la manera de lidiar con la angustia, y no la

angustia misma. La angustia, en sí misma, no sólo sería normal, sino además fundamental a la existencia humana como tal. (Ojeda, 2003)

Más adelante, López-Ibor se pregunta si es posible hablar de reacción adecuada en el caso de la angustia. La adecuación, requiere de dos términos, y en la angustia hay sólo uno: ella misma. Del otro lado: nada. Por ello, si la angustia no tiene un contenido concreto, no es posible entenderla "adecuadamente" ligada a situaciones o conflictos de la vida cotidiana. "Cuando se habla de la angustia del hombre moderno –puntualiza López-Ibor–, se habla de la angustia que produce el hecho mismo de existir. La angustia normal es la angustia existencial, sólo que ésta, habitualmente, no se percibe por el hombre normal. Cuando la analítica existencial –agrega– distingue entre cotidianidad como forma de existencia, y autenticidad existencial que revela la angustia como estado o como crisis, alude a este proceso de mayor o menor patentización de la angustia". (Ojeda, 2003)

Desde aquí el autor, cree poder acercarse a una verdadera diferencia entre la angustia normal y la patológica. El sujeto normal puede experimentar miedo ante situaciones específicas y concretas. Pero, este sujeto también conoce la angustia al aproximarse más profundamente a su propia existencia, esto es, a la condición de finitud inescapable que la constituye, es decir, cuando comprende abiertamente su destinación a la muerte y la nada. Pero no sólo esto, sino también, al aproximarse al desvalimiento, a lo inabarcable e incomprensible. Lo que el enfermo experimenta, es decir, la angustia patológica, es paradójicamente, la angustia normal. "Lo que siente el enfermo –afirma– es su angustia básica, originaria, patentizada por una experiencia concreta. Es una verdadera "revelación" (alétheia) –subraya– del fondo angustioso del ser humano". La revelación de la situación primordial angustiosa puede hacerse por vías diversas, como son situaciones, animales, objetos, etcétera. Lo anormal entonces es, para López-Ibor, "la importancia ansiógena concedida a los objetos, seres o situaciones triviales". (Etchebarne et al 2011)

Desarrollos posteriores a Freud, provenientes en su mayoría del ámbito anglosajón, profundizaron el papel de la ansiedad en la patología grave, desde las psicosis hasta los desórdenes fronterizos y narcisistas (Klein, 1952; Winnicott, 1963; Kohut, 1984[1986]; Kernberg, 1984[1999]). Distintas vertientes post-freudianas fueron mostrando un progresivo

viraje desde la concepción tradicional freudiana del conflicto entre impulso y defensa hacia una concepción más relacional de la patología. (Etchebarne et al 2011)

Esta concepción enlaza la psicopatología psicoanalítica no sólo con los conflictos edípicos, sino también con las pérdidas tempranas de la relación pre-edípica entre el paciente y los objetos a cargo de su crianza. A partir de estos progresos, se ha establecido con relativo consenso (aunque sin dejar de crear discusión y debate) una distinción entre patologías centradas en el conflicto neurótico entre deseos y defensas, y patologías originadas en un déficit en la constitución del sí-mismo, entendiendo a éste como centro psicológico de iniciativa y continuidad existencial. (Etchebarne et al 2011)

Dentro de este marco referencial, la distinción entre conflicto y déficit resulta significativa en relación con el tipo de ansiedad que predomina en un paciente. Tomando la clasificación originada por Freud (1926[2001]) sobre los distintos tipos de ansiedad, las ansiedades de aniquilamiento y pérdida del objeto actualmente se consideran más características de estructuras deficitarias, mientras que ansiedades como las de pérdida de amor del objeto y pérdida de amor del súper yo, son vistas como típicas de estructuras más desarrolladas de índole neurótico. (Etchebarne et al 2011)

Dentro de este contexto, la ansiedad deviene en un importante recurso diagnóstico, ya que diferentes cuadros psicopatológicos manifiestan diversos modos de ansiedad predominantes, o incluso distintas fases de un mismo tratamiento pueden movilizar diferentes tipos de ansiedad en el paciente. (Etchebarne et al 2011)

EI DSM-IV

En el DSM-IV los "Trastornos por ansiedad" incluyen: el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico con o sin la agorafobia, la fobia social, la fobia específica y, finalmente, el trastorno por estrés post traumático. Llama la atención que esta ordenación no ha variado en lo fundamental durante un siglo. La única diferencia esencial con los conceptos de Freud, Janet, Ey y López-Ibor, es la sorprendente eliminación de la histeria.

El DSM-IV TR define al TAG como un trastorno caracterizado por ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de actividades o acontecimientos, que se prolongan más de seis meses y provocan malestar clínicamente significativo, pudiendo afectar el rendimiento social y laboral. Se incluyen como criterios diagnósticos, a su vez, la dificultad para controlar este estado de permanente preocupación por parte del paciente, y la presencia de al menos tres síntomas tales como: inquietud, impaciencia, fatigabilidad, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño. (Etchebarne et al 2011)

Además, tipifica como TAG remite, en parte, al viejo concepto de Freud de “neurosis de ansiedad”. En dicho trabajo, Freud ubicó dos ejes del cuadro clínico: La hiperactivación neurovegetativa y la ansiedad libremente flotante (expectativa ansiosa). Freud intuyó (o influyó) con su concepto de neurosis actual sobre dos síndromes psicopatológicos hoy claramente diferenciables (pero altamente comórbidos): la psicopatología propia del pánico y la psicopatología propia de la ansiedad generalizada. (Etchebarne et al 2011)

La distinción entre dichos síndromes se describía en el DSMr III (American Psychiatric Association, 1980) en los cuadros de “neurosis de ansiedad” y “estados de ansiedad”, ambos herederos del concepto de neurosis actual de Freud. Dichos rótulos sólo fueron eliminados del sistema de clasificación DSM en su tercera versión revisada (DSM-III R, American Psychiatric Association, 1984), para ser reemplazados por los actuales “trastorno de angustia” y “trastorno de ansiedad generalizada”, respectivamente. Incluso el rótulo de “trastornos neuróticos” sigue presente en la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), como título para los trastornos de ansiedad. (Etchebarne et al 2011)

Paradójicamente, sólo una relativa minoría de la comunidad psicoanalítica internacional otorga a este síndrome psicopatológico (originado en parte en investigaciones freudianas) una entidad nosológica válida. Tal vez una de las razones para este fenómeno radica en que la ansiedad tradicionalmente ha sido considerada un síntoma presente en diversas estructuras de la psicopatología psicoanalítica. El trastorno de ansiedad generalizada, dentro de este contexto, podría estar expresando organizaciones de personalidad subyacentes muy distintas y la mera manifestación de los síntomas de ansiedad no constituiría un cuadro nosológico propio. (Etchebarne et al 2011)

Este principio psicoanalítico de que una misma sintomatología manifiesta puede expresar organizaciones latentes diversas sigue presente en sistemas actuales de clasificación psicodinámicos. Este criterio se opone, claramente, a los usados para la conformación de los manuales estadísticos no psicoanalíticos. Finalmente, también cabe señalar las históricas resistencias de la comunidad psicoanalítica al uso de los sistemas de clasificación como el DSM-IV TR, que surgen de cierta reticencia a utilizar nociones provenientes del campo de las psicoterapias no psicoanalíticas. (Etchebarne et al 2011)

Pese a lo anteriormente señalado, es innegable que en su práctica psicoterapéutica cotidiana los psicoanalistas han operado y operan clínicamente sobre los fenómenos de la ansiedad generalizada, entiendan o no la presentación sintomática como un trastorno, reduzcan o no la concepción de un trastorno a manifestaciones sintomáticas. Esto último cobra mayor relevancia si se tiene en cuenta que el TAG es uno de los trastornos de ansiedad más prevalentes, y en cuyo tratamiento los abordajes cognitivo-conductuales muestran moderados niveles de eficacia. (Etchebarne et al 2011)

El miedo frente a la naturaleza

Entendemos por naturaleza a un aspecto de lo que somos y de lo que nos hace frente en el mundo y en medio de lo cual vivimos. No se trata pues de una distinción substancial. Son naturales la cordillera, el aire y las perdices, pero también, en cierto sentido, nosotros mismos y los objetos de la cultura. Esta comunidad óptica (Comunidad de "cosa") se aprecia cuando somos golpeados por un objeto duro y pesado. (Ojeda, 2003)

Allí descubrimos la naturalidad de todos esos objetos, pero también la de nuestra propia cabeza. Efectivamente, hay un aspecto constituyente de nuestra existencia que, al igual que el carbono, está en la tierra, pero es también parte –y parte legítima– de lo que somos. Nos referimos al cuerpo considerado como Körper, es decir, como cuerpo material, extenso. No se trata acá del cuerpo expresivo, estético o fisiognómico (Leib), ni del cuerpo teórico (Bíos), sino de la "cosa viva" que somos. Y esta "cosa viva", por más que habitualmente esté oculta y en silencio como tal cosa, cuando nos aparece, lo hace como una experiencia, y no como una

categoría especulativa. Esa experiencia, es la experiencia de un fracaso, de una falla, de una "ruptura". El estómago sólo nos aparece en la náusea o en el dolor. Antes de eso, es mudo. Y esta "falla" (casi en sentido geológico) deslinda, disocia y hace patente en ese momento una diferencia entre los parámetros de sentido que nos definen como la persona que somos y la naturaleza, que también somos. (Ojeda, 2003)

El hombre es un ser que organiza su existencia en un proyecto de vida personal, es decir, pleno de actos que le confieren una unidad biográfica intransferible. Ser médico, escritor o funcionario público; ser padre de sus hijos, amigo, maestro o discípulo; ser hijo de sus padres, hermano, pertenecer a un país, hablar determinada lengua y tener un nombre propio, del mismo modo que tener incompleto el libro que se escribe, o estar organizando un Comité de Ética en el Departamento de Psiquiatría, son situaciones que se escapan de la serialidad. Esto quiere decir que como tal ser que soy, la red formada por mis vinculaciones de pertenencia social, familiar y profesional es única y nadie puede ocupar el lugar que el conjunto de esas vinculaciones determina. (Ojeda, 2003)

Es en este plano donde el sentido de la vida humana fluye dando un carácter propio, irrepetible y familiar a cada persona y en la que el plexo de significaciones se despliega. Pero la naturaleza, por así decirlo, se mueve en ciclos y transformaciones inevitables que se despliegan más allá (o si se quiere, más acá) del fluir del sentido personal y que, a pesar de no ser disponibles, son sin embargo siempre, mudas o expresas, también parte de lo que somos. Y esto lo sabemos siempre ya: el nacer, el envejecer, el enfermar y el morir son parte de ellas. (Ojeda, 2003)

En las crisis de pánico asistimos a un drama: a un desgarramiento y a la vez a un desvelamiento. La persona se da cuenta de que algo ocurre con su cuerpo, el que da señales de inminente disolución: la taquicardia, la disnea, la sensación de pérdida de conciencia son signos inequívocos para él de que la naturaleza que él propiamente es ha entrado en un ciclo de enfermedad y muerte. Pero esa propiedad, este aspecto de lo que somos, es al mismo tiempo y paradójicamente, una ajenidad (y allí está la revelación): ajenidad respecto del proyecto personal, y por lo tanto carente de propósito y absurda. Y esta disociación está ocurriendo de forma súbita e incontrolable. Pero, implacable, la "falla", esta "falla" que ahora experimento, hace irrelevantes mis creencias, mis

disputas, mis pretensiones, mis pequeños afanes, con excepción de la realidad de la muerte que me recuerda que soy también parte de la naturaleza y, por lo mismo, no puedo escapar de ella.

Esa "falla", insinuada, simbolizada o franca, es la grieta desde la que surge lo que denominamos angustia: angustia frente a la naturaleza que, en un ineludible aspecto, también somos, pero que, sin embargo, no es todo lo que somos. De no existir esa tensión, ese deslinde y esa escisión: ¿qué sentido tendría la agonía, la lucha por persistir en un aspecto del ser que soy y que siento como lo más auténticamente mío, como es el plexo de significaciones que ha presidido mi vida humana? La misma situación descrita se presenta de modo subagudo en los estados de ansiedad generalizados y en algunos casos de trastornos somatomorfos que, por así decirlo, son crisis de angustia en tiempo retardado. (Ojeda 2003)

Sin embargo, en las fobias específicas, la diferencia estriba en que la naturaleza temida ya no es la del propio cuerpo, sino aquella que toma la forma de animales, catástrofes, obscuridades, tormentas, etcétera. Y también la de seres humanos que por alguna circunstancia se supone han perdido su condición personal, y que por lo tanto se comportan por fuera de los parámetros de sentido, como es el caso de las multitudes, los alienados y los ebrios. (Ojeda, 2003)

Lo mismo sucede con la tecnología que somete al hombre a poderosas máquinas y enormes construcciones susceptibles de desperfectos, errores y descontroles que pueden, de modo absurdo, dañar o aniquilar el proyecto de vida que nos da sentido, desde las consecuencias de su ser –aparte de, en este último caso, una creación humana– también naturaleza metamorfoseada. No es posible hacer un "pacto" con todas esas situaciones: una vez desencadenada, la mecánica natural es para nosotros ciega, poderosa e implacable. Y esa misma y exacta naturaleza es también un aspecto de lo que somos como existentes humanos, aquella que en el desborde de la crisis de pánico o en la retardada forma de la angustia generalizada, la hipocondría y el trastorno somatomorfo, nos dan prueba de ello.

El miedo frente al encuentro interpersonal

Esta forma de miedo, representada clínicamente por las fobias sociales y sexuales, se ofrece a la experiencia clínica de modo diferente: no se relaciona con la amenaza representada por la naturaleza y sus azares, sino que surge desde el interior mismo del proyecto personal. Y esto no es mera retórica. Cuando decimos "desde el interior del proyecto personal", estamos afirmando algo esencial.

El sentido que preside el desarrollo de la vida del hombre contempla, desde la partida, la presencia de otras personas con las que, de diverso modo, se establecen vinculaciones familiares, sociales y laborales. A diferencia de la humanidad abstracta, estos vínculos fácticos son los que dan a cada uno su "sitio", su espacio de pertenencia e identidad y dónde ser la persona que soy adquiere, no sólo su fisonomía, sino también sus derechos y obligaciones intransferibles.

El respetar, amar y valorar a "ciertos" otros, y el ser respetado, amado y valorado por ellos no es, pues, algo prescindible o adjetivo; a la inversa, es esencial para el desarrollo de las posibilidades de cada cual. El otro nos falta, en algún sentido, siempre, de allí que nuestra necesidad de él sea perpetua. Por eso hablamos: para abrir y abrimos a un otro que ineluctablemente se nos cierra. Sin embargo, esta necesidad del otro, como cualquier carencia, no sólo es camino de satisfacción, sino también de fracaso: el otro nos falta, pero su presencia también nos amenaza.

El fracaso frente a los otros que nos importan y definen, no se relaciona ya con la naturaleza que nos posibilita y limita al mismo tiempo, con esa dimensión que nos hace nacer, pero también morir, sino con un ingrediente necesario al sentido de la vida humana, siempre ya "con otros". ¿En qué contexto si no, pueden entenderse experiencias como la vergüenza, la culpa, la envidia y la humillación? La vergüenza sólo es posible por la mirada del otro, por su ser testigo. Entre los actos diarios de cualquier persona hay muchos que realizados en soledad son, por así decirlo, neutros, pero que, por la simple mirada del otro, y sin que éste haga algo distinto que estar ahí, se transforman en vergonzosos.

De allí que el componente decisivo en este caso no sea el acto en sí, sino el acto frente a la mirada de los otros. Y, la culpa, es un adeudar a estos mismos otros, un no haber estado a la altura que ellos merecen y que también en muchos aspectos define mi propia altura. La envidia y la humillación, respectivamente pasiva y activa, dan al otro un lugar de superioridad. Envidio lo

que me falta, aquello de lo que carezco y que creo que el otro tiene y que lo dignifica. Y, es también el otro el que activamente me rebaja en mi condición humana al humillarme. (Ojeda, 2003)

Todos estos sentimientos son complejos, pero al hacer este boceto, lo que quiero es resaltar que en todos ellos el otro es definitorio. Sin embargo, sin el otro cercano, amado o valorado, y precisamente sin él, se dan las experiencias de las crisis de pánico, de la agorafobia y lo descrito antes como angustia frente a la naturaleza. Justamente, la presencia del otro con quien se posee vínculos aminora o incluso colapsa dicho tipo de miedo. Pero, he aquí que ese mismo otro "significativo" –y no cualquier otro–, ese que nos alivia de ese miedo, es ahora él mismo fuente de él. (Ojeda, 2003)

En las Fobias Sociales y Sexuales el miedo aparece frente a una persona o a un grupo de ellas, con los que se posee una vinculación significativa, y donde se espera del sujeto una conducta personal e intransferible, es decir, donde quedo especificado y no puedo ser anónimo. ¿Quién si no yo debo firmar mi libreta de cheques? ¿Quién si no yo es el que está haciendo esta conferencia? ¿Quién si no yo es el que desea y es deseado por esta determinada mujer? ¿Quién si no yo es amigo de esa persona que camina en la acera de enfrente, o quién habla con su boca en la cena de fin de año? Pues bien, si los otros en muchos sentidos me definen y me importan, ese quien, que digo al decir yo, frente a ellos, debe hacerse cargo: cargo de sí mismo. (Ojeda, 2003)

Como describe Hanns en su “Diccionario de términos alemanes de Freud”, el término alemán “Angst” es uno de los que despiertan más polémicas entre los traductores de Freud. Sucede que el término que Freud utilizó (“Angst”) literalmente significa “miedo”, y en rigor no corresponde en alemán ni a “ansiedad” ni a “angustia”. Aun cuando conserva su raíz “ang”, el vocablo, en la evolución de la lengua alemana, se distancia del sentido de los vocablos alemanes para “angustia” o para “ansiedad”.

Pese a ello, y por el peso de traducciones ya consolidadas en psiquiatría desde el siglo XVII (que, según Hanns, a Freud le interesaba respetar), “Angst” tradicionalmente se ha traducido al castellano por “ansiedad”, siguiendo la vertiente de la traducción inglesa “anxiety”, o por “angustia”, de acuerdo con la tendencia francesa que utiliza “angoisse”. Siguiendo esta lógica, en términos muy amplios, tanto “angustia” como “ansiedad” serían alternativas válidas de

traducción para “Angst”, y podrían utilizarse como sinónimos. Sin embargo, el problema de traducción persiste porque mientras que en alemán Freud utilizó un solo vocablo, en castellano “angustia” y “ansiedad” no son técnicamente equivalentes, así como tampoco lo son en inglés “anguish” y “anxiety”.

En castellano, “angustia” se refiere a algo más próximo a una condición existencial, se trata de un sufrimiento, de algo volcado hacia el propio sujeto. En contrapartida, la “ansiedad” se refiere a la expectativa. Una expectativa inquieta por algo que ocurrirá. Mientras que las palabras que definen “angustia” se centran en el sufrimiento del sujeto y lo describen, las palabras utilizadas para definir “ansiedad” están más centradas en la expectativa ante lo que vendrá.

El autor señala que aun cuando “Angst” literalmente debería traducirse por “miedo”, ya existe en castellano una tradición del lenguaje psicoanalítico en la que se ha consolidado “angustia”, y resultaría extraño hablar de “miedo de espera”, “neurosis de miedo”, etc. Por otra parte, existen situaciones en las que es difícil diferenciar miedo, angustia y ansiedad. Como explica el autor, el énfasis de Freud en la espera y en la inespecificidad de la “Angstneurose” (literalmente “neurosis de miedo”, y traducido al castellano como “neurosis de angustia” o como “neurosis de ansiedad”) muchas veces sugiere un sentimiento próximo a la ansiedad.

Hanns concluye que, sea cual sea el término que se emplee en la traducción, es importante que el lector tenga en mente que en “Angst”, aun cuando se trate de un miedo vago y anticipatorio, el sujeto está preparado para reaccionar rápidamente. Connota un estado visceral, intenso, vinculado a la sensación de peligro y muchas veces próximo a la fobia y al terror, arraigado originariamente en el proceso primario e inscripto en el cuerpo. (Etchebarne et al 2011)

Por otra parte, es el papel de la expectativa, característico del término “ansiedad”, el que puede intuirse en la noción freudiana de “angustia libremente flotante” – síntoma nuclear en las “neurosis de angustia” –, tal como se lo traduce al castellano en la bibliografía freudiana. En el presente artículo, a esta condición se la denominará “neurosis de ansiedad”, que históricamente es uno de los puntos de partida para la actual noción de trastorno de ansiedad generalizada.

El Manual Diagnóstico Psicodinámico (PDM)

En términos generales, la estructura multidimensional del PDM busca evaluar los trastornos y patrones de personalidad (eje P), el perfil del funcionamiento mental (eje M), y la experiencia subjetiva de los patrones sintomáticos (eje S, donde se ubican los trastornos tipificados por el DSM-IV TR). Como explican Roussos y Polcaro (2008), el PDM suma una perspectiva a los sistemas de diagnóstico existentes. Además de considerar los patrones de diagnóstico descritos en otras taxonomías, permite a los clínicos describir y categorizar los patrones de personalidad y las capacidades sociales y emocionales relacionadas; es decir, perfiles mentales únicos, junto con la experiencia subjetiva de la sintomatología. (Etchebarne et al 2011)

Dentro de este contexto, resulta de especial importancia cómo es conceptualizado el fenómeno de la ansiedad generalizada en el sistema PDM. De todos los trastornos de ansiedad tipificados en el eje 1 del DSM-IV TR, el TAG es el único que el grupo de trabajo del PDM ha decidido incorporar como patrón de personalidad (es decir, ubicarlo en el eje P) más que como un patrón sintomático (eje S), en el que sí se ubican los restantes trastornos de ansiedad. Como plantea Ferrari (2008), el eje P del PDM define “personalidad” como la manera, relativamente estable, de pensar, sentir y actuar, incluyendo los propios sistemas de creencias y valores, y el modo de relacionarse con los otros. La personalidad daría cuenta de cómo un sujeto entiende y procesa la propia experiencia. (Etchebarne et al 2011)

En el PDM se reconoce que algunos de estos procesos mencionados son conscientes, pero se deja establecido que los más significativos son inconscientes. Ferrari (2008) explica que el eje P del PDM, ubicado en el primer lugar de la evaluación multi-axial, refleja la importancia del principio psicoanalítico de comprender individualmente a la persona y su desarrollo, lo cual puede ser más importante para su tratamiento que comprender o enfocar síntomas aislados. Acorde a esta idea, en el PDM se establece una clase de trastornos de la personalidad, denominada “trastornos de personalidad ansiosa”. (Etchebarne et al 2011)

El trastorno de personalidad ansiosa implica, como creencias centrales patológicas sobre sí mismo y los otros, el sentimiento de estar en constante peligro por fuerzas desconocidas, y el sentimiento de que los otros sean fuentes de peligro o de protección. Como hipótesis general, los autores plantean desregulaciones afectivas y fallas en el establecimiento de estrategias de

afrontamiento y defensas para mitigar el natural desarrollo del miedo. Dicha configuración de personalidad es habitualmente reconducible a una historia vital con cuidadores que, por propia ansiedad, no fueron capaces de lograr y transmitir un sentido de calma y seguridad, ni de sostener estados de desorganización durante el desarrollo. (Etchebarne et al 2011)

El segundo sistema contemporáneo de clasificación psicodinámica, el Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado, segunda versión (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008) no propone, como el PDM, una conceptualización psicodinámica directa para el TAG. Sin embargo, incluye como eje final de su evaluación multi-axial a los trastornos mentales tipificados en la CIE10, en el cual se incluye dicho trastorno. Compartiendo un principio psicoanalítico fundamental con el PDM, en el OPD-2 la relación entre los primeros cuatro ejes (vivencia de la enfermedad, relación, conflicto y estructura) y el quinto eje (criterios diagnósticos CIE-10) es entendida como los medios de formación de síntomas de una configuración psicodinámica determinada. (Etchebarne et al 2011)

Para el caso de los trastornos de ansiedad, el OPD-2 se inclina por considerar que la configuración psicodinámica que se expresa en los mismos corresponde a un nivel neurótico de funcionamiento. El TAG constituiría, de esta forma, un síndrome con un trasfondo conflictivo psicodinámico, entendido en el OPD-2 como un conjunto de tensiones motivacionales que implican constantes limitaciones, clínicamente significativas, en la vivencia y en la conducta, manifestándose en una evidente actitud rígida, temerosa y evitativa. (Etchebarne et al 2011)

Los pacientes que se presentan con criterios diagnósticos de TAG estarían dando cuenta, entonces, de una personalidad condicionada por el conflicto entre tensiones motivacionales internas y externas. Con la inclusión del cuarto eje “estructura” en la evaluación multiaxial, el OPD-2 distingue diferentes niveles de integración, yendo desde el polo neurótico hasta el polo psicótico de funcionamiento. De esta manera, el OPD2 también suscribe la tendencia contemporánea a dividir el campo psicopatológico psicoanalítico entre estructuras que funcionan dentro de un predominio conflictivo, y estructuras deficitarias que muestran precisamente las vulnerabilidades estructurales presentes. (Etchebarne et al 2011)

Dados los parámetros que el OPD-2 ofrece a este respecto, y tomando en cuenta los diferentes casos clínicos que se exponen como ejemplos, una sintomatología compatible con los

criterios diagnósticos del TAG representaría una estructura psicodinámica de nivel alto a medio de integración. Dichos niveles de integración implican, para el OPD2, fallas parciales en la capacidad de autorregulación del paciente, y limitaciones en las percepciones de sí mismo y los otros, condicionadas éstas por el conflicto y la ansiedad predominante de pérdida del amor del objeto. (Etchebarne et al 2011)

Resulta claro que para el grupo de trabajo OPD, el TAG, en tanto trastorno de ansiedad, está mucho más relacionado con el espectro neurótico de psicopatología, el campo del conflicto, que con el campo de las vulnerabilidades estructurales. El OPD-2 no incluye directamente ansiedades más primitivas (como las de aniquilamiento y desintegración) en el centro del cuadro de la ansiedad generalizada. Sin embargo, al no ofrecer el OPD-2 una correspondencia directa con los trastornos de ansiedad según DSM-IV TR o CIE-10, queda un debate abierto sobre si las manifestaciones compatibles con un TAG podrían corresponderse con niveles de integración inferiores, excediendo el campo neurótico. (Etchebarne et al 2011)

De todas maneras, en el mismo OPD-2 se alerta sobre la posibilidad de que diversos medios de formación de síntomas se combinen en la expresión de determinado trastorno. Aquí se haría posible pensar en el TAG como una expresión de combinaciones entre conflictos neuróticos y vulnerabilidades estructurales, sobre todo teniendo en cuenta lo descrito en el PDM sobre la multiplicidad de los tipos de ansiedad presentes en el trastorno y la desregulación afectiva predominante. De cualquier forma, resulta claro cómo en ambos manuales diagnósticos, el estatuto otorgado a manifestaciones clínicas compatibles con un TAG trasciende el concepto freudiano de neurosis actual (Freud, 1895[2001]), desde el momento en que vincula el cuadro clínico con un patrón de personalidad que implica dinamismos inconscientes, el pasado del paciente, la conflictiva neurótica y los déficits estructurales. (Etchebarne et al 2011)

2.2. Antecedentes Internacionales

Riera M. (2020), realiza un estudio de caso el cual tiene como tema: ansiedad y su influencia en el rendimiento académico de una estudiante y como objetivo, establecer los factores influyentes que generan ansiedad en la estudiante. Menciona a su vez que la estudiante presenta

criterios diagnósticos de TAG, existiendo relación entre la ansiedad y su influencia en el rendimiento académico viéndose afectada su integración escolar, relaciones interpersonales, relaciones social- conductual, por esta razón la intervención psicoterapéutica fue con el modelo de terapia cognitivo conductual.

El estudio de caso es relevante debido a que en la actualidad muchos de los jóvenes presentan este tipo de trastorno, y es uno de los más atendidos en el Departamento de Consejería Estudiantil, lugar al que diariamente asisten un gran número de estudiantes que requieren asistencia del profesional en la salud mental.... El alcance de este estudio de caso fue descriptivo debido a que se buscó especificar las propiedades y rasgos importantes que caracterizan la ansiedad, además la factibilidad de contar con los recursos necesarios para la consecución de todas las actividades realizadas en base a los objetivos planteados.

Según Riera M. (2020) las afecciones con rasgos patológicos que presentan las personas ansiosas tienen una repercusión a nivel familiar, social y laboral. La ansiedad está dividida en: normal, patológica, y generalizada.

Se logró detectar en el área cognitiva que una mala calificación o un simple pensamiento negativo respecto a su entorno familiar puede detonar que la sintomatología comience a actuar. En el área emocional afectiva la paciente manifestó que siente nervios al momento que debe exponer por el simple hecho de no tener confianza en lo que hace o los trabajos que realiza, y es precisamente en los momentos de tener contacto verbal o físico entre compañeros, mencionando el nerviosismo y el miedo que puede llegar a experimentar.

En el área conductual- social, la paciente refirió que evita el contacto visual con sus compañeros, y si hace trabajos grupales son momentos en que se presentaban los síntomas ansiosos, en el área fisiológica presenta sudoración, se “le va la voz” y no puede concentrarse. A la vez se le realizaron pruebas psicométricas las cuales arrojaron ansiedad mayor.

El autor Riera M. (2020) concluye que, al aplicar la terapia conductivo conductual (TCC), desde el rol de terapeuta, al intentar explorar los vínculos que existen entre los pensamientos y las

emociones, podemos darnos cuenta de cuanto o de que manera puede llegar a influir en la vida de un ser humano este tipo de emociones y pensamientos creando fuertes lazos de desesperanza asumiendo que no se está preparado para adaptarse a ciertas complicaciones.

Lara, M (2019) en su revisión “Beneficios de la respiración consciente contra la ansiedad generalizada y estrés” expone que: la ansiedad y el estrés son sintomatologías patológicas, para las cuales, hallar una solución practica y viable no es fácil, pues se considera que las variables de disposición, espacio, tiempo, control y constancia, dificultan el tratamiento... la principal finalidad de esta monografía es brindar un punto de vista diferente, en donde se pueda tomar a la respiración consciente o respiración controlada como una herramienta práctica, para ayudar a controlar la ansiedad y el estrés dentro de cualquier ambiente. (p.8)

Es importante conocer que para los TA y el estrés existen tratamientos no farmacológicos como lo es la respiración consciente la cual es una de tantas alternativas que se conocen como terapias no farmacológicas para el manejo de estos pacientes, esto debido a que los pacientes con TA tienen dificultades en su vida personal, laboral, académica y demás y una excelente herramienta es aprender técnicas alternativas para manejar dichas patologías a fin de poder tener un control sobre dicho evento.

El autor menciona que: la respiración consciente o respiración controlada, consta del uso de la respiración profunda y controlada, con la finalidad de mejorar el metabolismo celular, la oxigenación celular, así como crear estados de relajación, sosiego y disminución del estrés, por relación biopsicoquímica entre el organismo y la mente. Mejoras que se producen debido a la estimulación que genera la respiración en el cuerpo y sus diversas partes, mientras crea espacios de relajación que influyen en la adaptación psicológica y comportamental. (p.19)

Es importante como el autor hace referencia a una descripción completa de en qué consiste la respiración consciente y la finalidad de dicha respiración, la cual es mejorar como indica el metabolismo celular, la oxigenación creando de este modo un estado de relajación la cual tranquiliza al paciente. Y dichas mejoras que menciona el autor influyen tanto en la adaptación psicológica y comportamental de los individuos.

Según Lara, M (2019): El enfoque cognitivo o comportamental, explica como el comportamiento y los procesos conductuales son formados, influenciados y afectados por diversos factores como el condicionamiento, la experiencia, y escenarios que marcan una situación personal a manera de vivencia, como lo son los estados de ansiedad y estrés. (p.22)

Este enfoque cognitivo es referido como una de las orientaciones psicológicas más versátiles y efectivas en el tratamiento de trastornos psicológicos en el tratamiento de trastornos de ansiedad, ya que existen distintas terapias alternativas para el manejo de los TA y del estrés.

En cuanto a la respiración consciente o diafragmática Lara, M (2019) menciona que consiste en una acción que, no solo acelera y mejora el proceso de respiración, también afecta a la psique y ayuda a crear espacios de sosiego emocional y tranquilidad. La primera diferencia que se encuentra al realizar una respiración consciente o respiración controlada, es el reemplazo de la respiración torácica, por la respiración diafragmática y sus implicaciones fisiológicas, siendo que, la respiración diafragmática aumenta el volumen y presión de O₂ que ingresa al cuerpo, saciado la totalidad de la capacidad pulmonar, haciendo uso de la totalidad de los alveolos pulmonares y de igual forma librando mayor cantidad de CO₂ del organismo, y logrando la activación parasimpática. (p.31)

La respiración consciente es una acción voluntaria que el individuo debe realizar el cual va a mejorar el proceso de respiración, ayudando a crear espacios de tranquilidad emocional; va a existir un aumento del volumen y de la presión de O₂ que ingresara al cuerpo logrando de este modo la activación parasimpática, la cual se activa ante estrés, amenazas potenciales nos alteran y provocan una activación del organismo.

Lara, M (2019) concluye que: “El uso de la respiración controlada, como herramienta complementaria para la disminución de estados de ansiedad y estrés, ha brindado resultados positivos, pues los beneficios causados por la respiración controlada no solo disminuyen las sintomatologías de la ansiedad y el estrés, como la producción de cortisol o los bajos estados de

animo y mal humor, también ayuda y refuerza el funcionamiento del sistema neuroendocrino, digestivo, nervioso y cardiovascular”. (p.55)

Pese a que sus beneficios están muy presentes en la actualidad no se encontraron pruebas del reconocimiento general, sin embargo, cada día se utiliza más la respiración controlada como parte de los tratamientos alternativos en el caso de pacientes con TA y estrés ya que mejora la estabilidad del comportamiento y los procesos psicológicos, mejorando de este mismo modo la estabilidad neuronal y los distintos sistemas nerviosos involucrados.

En la revisión realizada por Moná J y Castaño D (2018) se introduce de la siguiente manera: “el presente artículo tuvo como objetivo hacer una revisión de los beneficios del Mindfulness en el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) en adolescentes de Latinoamérica y España; se toma como referente este país por su desarrollo prolijo respecto a investigaciones y publicaciones sobre la aplicación del Mindfulness, lo que ha ocurrido en menor medida en países latinoamericanos...para la realización del artículo se tuvieron en cuenta estudios de los últimos 8 años...”

La importancia de este artículo principalmente se basa en el uso de una nueva terapia alternativa para el tratamiento de pacientes con TAG, a modo de desarrollar que el Mindfulness no es una terapia nueva, sino que se ha ido incluyendo en tratamientos de patologías psiquiátricas con excelentes resultados sobre pacientes con dichos trastornos y ser beneficioso debido a que no es necesario para el paciente la ingestión de algún fármaco.

Los autores definen el Mindfulness como: una herramienta que permite enfocar la conciencia en la experiencia presente, enseñando una asimilación de los pensamientos y las sensaciones sin que medie ningún tipo de juicio e interpretación realizada por el individuo. Dicho tratamiento ha demostrado ser eficaz en el TAG y otros trastornos psiquiátricos es por ello por lo que en esta revisión se tomara en cuenta como de vital importancia conocer en que consiste y que implica la práctica de dicha terapia.

Leichsenning F, Lewelke F (2017) presentan un caso clínico el cual referiré a continuación: “Un estudiante de 26- años refiere sentirse muy ansioso cuando tiene que presentar un trabajo, dar un examen o entrevistarse con una figura de autoridad. En estas situaciones, tiene palpitaciones, temblores, rubor y sudoración y teme pasar vergüenza. Refiere tener pocos contactos sociales y evita asistir a fiestas y hacer llamadas telefónicas, pero se siente solo. Sus ansiedades comenzaron durante su adolescencia y aumentaron considerablemente desde que empezó la universidad. ¿Cómo se debe tratar este caso?”

El caso anterior hace referencia a un joven de 26 años el cual presenta una sintomatología específica la cual se le ha presentado durante una cantidad específica de días, en situaciones las cuales el refiere son específicas por lo cual evita, relacionarse con las demás personas, no asistir a lugares conglomerados; sin embargo, estas conductas evitativas lo hacen sentirse solo.

Los autores refieren, que el trastorno de ansiedad social es uno de los trastornos mentales más frecuentes, con prevalencia durante la vida del 13% y prevalencia a 12 meses del 8% en adultos y prevalencias similares en adolescentes en los EE. UU.. Comienza alrededor de los 13 años y a menudo es crónico. Suele coexistir con otros trastornos de ansiedad, el trastorno de depresión mayor, el trastorno de empleo de sustancias, y el trastorno de personalidad evitativa.

Es importante tener en cuenta que los trastornos de ansiedad existen de distintos tipos los cuales afectan a distintas poblaciones por lo cual, siempre hay que tener en cuenta la prevalencia de cada una de ellas como sus manifestaciones a fin de definir el tipo de ansiedad que esta presentando el paciente, ya que las similitudes en sus manifestaciones suelen inducir a error a los profesionales de la salud.

En dicho estudio Leichsenning F, Lewelke F (2017), halló que la conducta desafiante paterna, pero no materna (por ej., alentar en broma una conducta riesgosa) se asociaba con disminución del riesgo de trastorno de ansiedad social. Además, el trastorno de ansiedad social de los padres fue pronóstico de miedo y conducta de evitación en niños pequeños y de aumento de la actividad neurovegetativa en niños, siendo esto último un marcador de vulnerabilidad genética a

los trastornos de ansiedad. La inhibición conductual (recelo al ser expuesto a situaciones novedosas) es otro factor de riesgo.

Los autores concluyen que: El paciente mencionado en el caso clínico, refería miedos sociales cuando debía hacer una presentación, dar un examen o reunirse con una figura de autoridad. Estos miedos se asociaban con palpitaciones, temblores, rubor y sudoración. También refirió evitar el contacto social. Estos síntomas son compatibles con el diagnóstico de trastorno de ansiedad social. Se lo debe interrogar sobre depresión, otras situaciones en las que sufre ansiedad y el abuso de sustancias.

Es importante que, para pacientes como el mencionado en el caso previo, la TCC o la farmacoterapia con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son eficaces. La farmacoterapia suele tener resultados más rápidos, pero los efectos de la TCC quizás sean más duraderos. Por eso en general los autores recomiendan la TCC en lugar de la farmacoterapia, además, se debe estimular a los pacientes a disminuir la evitación social y aumentar las actividades sociales.

Para Gradín C, Alonso I. (2017), los trastornos de ansiedad consisten en uno de los grupos más comunes entre los trastornos psiquiátricos, con una prevalencia anual en la población alrededor del 20%. Presenta una mayor incidencia en adultos jóvenes y mujeres. Cabe destacar que este tipo de trastorno psiquiátrico maneja una prevalencia bastante alta con respecto a otras patologías por lo cual al no ser una cifra despreciable es importante conocer acerca de ella.

Los autores dividen la ansiedad normal y la ansiedad patológica de la siguiente manera: La ansiedad normal consiste en una reacción adaptativa a un peligro identificable en el entorno y se corresponde cuantitativa y cualitativamente con él. La ansiedad patológica, sin embargo, es una reacción desproporcionada frente a cualquier estímulo posible y persiste por encima del nivel de adaptación. Se trata de una respuesta a una amenaza indeterminada, difusa y muchas veces, inexistente.

Una vez identificados los tipos de ansiedad es vital lograr un adecuado diagnóstico ya que el fracaso en el diagnóstico de la patología ansiosa podría ocasionar en el paciente incapacidad,

depresión e hipocondría, o incluso conducirlo al abuso de alcohol u otras sustancias, buscando de esta forma la mejoría de los síntomas, que en muchas ocasiones empeoran la patología de fondo sobreagregándole una más.

Además, los autores brindan recomendaciones terapéuticas generales en caso de que los pacientes asistan al servicio de urgencias donde hace énfasis en la intensidad y duración de la clínica de dicha población. Si en Urgencias la intensidad o duración de la clínica es significativa, es preciso el tratamiento farmacológico agudo mediante un benzodiazepina de inicio de acción rápido (Alprazolam, Loracepam...) La vía intravenosa debe reservarse únicamente para casos graves o situaciones médicas simultáneas que puedan crear amenaza para la vida del paciente

Es importante conocer el manejo de estos pacientes en los servicios de emergencias por parte del personal de salud en general ya que generalmente el primer contacto médico que tendrán será en la consulta de médico general como tal, y es ahí donde realizar un adecuado interrogatorio, historia clínica detallada y exploraciones complementarias, serán la guía para un manejo exitoso.

Para Reyes, A. (2016) La desregulación emocional es un proceso transdiagnóstico relacionado al desarrollo y mantenimiento de la mayoría de los trastornos enlistados en el dsm-5, y sus tratamientos de intervención representan una alternativa a los basados en un solo trastorno, que muestran eficacia limitada o efectos de comorbilidad...pueden contribuir a disminuir los costos de capacitación y aplicación en instituciones de salud pública y privadas.

En dicho documento se reportan los resultados de un estudio aleatorio controlado realizado mediante el cual se comparó la efectividad de un modelo integrativo de regulación emocional grupal aplicado a un grupo de 43 participantes diagnosticados con TAG y otros con comorbilidad, los mismos con características iguales que recibieron una terapia cognitiva conductual grupal (TCC-G), tras de lo cual se observó en el postest una diferencia clínica y estadísticamente significativa en el grupo que recibió el modelo integrativo en las variables de desregulación emocional y evitación experiencial.

Cabe destacar que a dichos pacientes se les realizó un seguimiento a los nueve meses, y los mismos mantuvieron los efectos. Este estudio mostró la posibilidad de intervenir trastornos en comorbilidad mediante tratamientos trans- diagnósticos como una alternativa viable frente a otros tratamientos de elección.

Según Reyes, A (2016) el modelo integrativo para la regulación emocional (MIRE) es un tratamiento conductual de tercera generación (o conductual-contextual) que se basa en la premisa de que los problemas de DE tienen como base la evitación experiencial y utiliza estrategias a) analítico-funcionales centradas en la relación terapéutica, b) de cambio conductual y c) de aceptación para la corrección, de valor transdiagnóstico comprobado, de procesos conductuales y metacognitivos problemáticos. El modelo distingue la experiencia emocional de las estrategias utilizadas para regularla, y supone que la DE es consecuencia del uso de estrategias de RE inefectivas. También considera ciertas diferencias entre la emoción y el “estado de ánimo” al asumir que este último resulta de la congruencia entre el comportamiento actual y las metas del individuo.

El MIRE es uno de los tratamientos conductuales de tercera generación mas conocidos ya que utiliza las tres estrategias; analítico-funcionales, cambio conductual y aceptación. Las tres de vital importancia para el Insight de cada paciente portador de TAG. Dicho modelo distingue la experiencia emocional de las estrategias previamente utilizadas para regularlas. Además, sugiere las diferencias entre la emoción y es estado de ánimo.

Reyes, A (2016) describe: El presente artículo describe los resultados del primer estudio controlado acerca de la eficacia del MIRE en una modalidad grupal (MIRE-G), cuyo propósito fue evaluarla experimentalmente, para lo cual se utilizó un diseño aleatorizado y controlado para probar la utilidad del MIRE-G como tratamiento orientado exclusivamente a la intervención sobre procesos de valor transdiagnóstico. Para ello, se plantearon dos preguntas de investigación: ¿Es el MIRE-G combinado con el tratamiento farmacológico usual una técnica efectiva para disminuir la ansiedad y mejorar la flexibilidad psicológica y la regulación emocional en un grupo de usuarios con TAG, en comparación con un grupo equivalente que recibiera terapia cognitivo-

conductual grupal (TCC-G) combinada con tratamiento farmacológico usual? y ¿Se mantendrían los cambios del MIRE-G transcurridos nueve meses desde su implementación?

Participaron 88 pacientes con trastornos afectivos de dos instituciones psiquiátricas públicas de la Ciudad de México, específicamente con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, además de que cualquier comorbilidad sobregregada en dichos pacientes fue aceptada. Los diagnósticos comórbidos incluyeron otros trastornos de ansiedad (trastorno por pánico, agorafobia, trastorno por estrés postraumático y ansiedad social), trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor y distimia) y trastornos de la personalidad (trastorno límite de la personalidad y trastorno por dependencia).

En dicho estudio participaron cuatro terapeutas, de los cuales dos fueron mujeres de 29 años y 30 años, las cuales aplicaron un tratamiento cognitivo-conductual grupal (TCC-G) y otros dos investigadores aplicaron el MIRE-G. Estos últimos habían recibido un entrenamiento estandarizado para la aplicación de dicho tratamiento previamente. Los resultados de este estudio se obtuvieron a partir de la aplicación de tres escalas distintas las cuales se describirán a continuación según lo puntualizó el autor.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Inventario auto aplicado, compuesto por 21 reactivos que describen diversos síntomas de ansiedad. Posee cuatro factores o subescalas: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico. Su puntuación total es la suma de las de todos los ítems. Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E) la cual esta desarrollada para evaluar dificultades de regulación emocional en adultos. Cuestionario de Aceptación Acción-II (AAQ-II). Patrón (2010) validó la versión mexicana para medir la evitación experiencial.

Dichas escalas fueron utilizadas para evaluar a los participantes del estudio anteriormente mencionado en cuanto a los resultados arrojados por el estudio realizado por Reyes, A (2016) destaca: ...Al terminar los tratamientos se había perdido a siete participantes después de haber cambiado el día del tratamiento, y a cuatro más por diversas razones. En el grupo TCC-G, se

perdió a ocho participantes. En el último seguimiento se perdieron aleatoriamente tres participantes del grupo MIRE-G y diez del grupo TCC-G.

Además, el MIRE-G no incluyó estrategias dirigidas específicamente para el tratamiento de la ansiedad generalizada; dicho problema no fue señalado ni evaluado directamente durante el tratamiento, pues este se concentró en intervenir procesos de valor transdiagnóstico. Aun así, la disminución de las puntuaciones de esta variable fue significativa. b) A pesar de que todos los participantes tuvieron diagnóstico de TAG, los trastornos comórbidos fueron diversos y en la mayoría de los casos implicaron más de uno, lo que no impidió que la ansiedad, la evitación experiencial y la desregulación emocional disminuyeran en el postest y que los cambios se mantuvieran en los seguimientos. c) El MIRE-G representa un tratamiento considerablemente económico por su formato grupal y su duración.

Respecto a las implicaciones teóricas del estudio, se asume que es congruente con la literatura revisada relativa al valor transdiagnóstico de las estrategias de regulación emocional inefectivas y la utilidad de las estrategias de intervención consideradas en el MIRE-G para corregir su uso...se sugieren investigaciones en las que se evalúen directamente los impactos de este tipo de tratamientos sobre los mecanismos de cambio propuestos...

Para ello es de vital importancia a la hora de realizar una comparativa determinar las escalas que se estarán aplicando, así como también a la población a la cual van dirigidas y mantener siempre un orden y un objetivo para dirigirse hacia un fin en específico. Además, para realizar una comparativa entre la eficacia de los tratamientos utilizados y los beneficios individuales que puede acarrear la aplicación de dichos elementos.

Un estudio realizado en Cuba por Carbonell, M (2016) tuvo como objetivo obtener información para la población cubana acerca de la validez predictiva de la escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG) para detectar personas con trastornos psicopatológicos, así como para diferenciar ansiedad y depresión. En dicho estudio se encontró que la EADG mostró un valor predictivo adecuado para identificar a personas con trastornos psicopatológicos, con escasa capacidad para distinguir trastornos de ansiedad y depresión. Estos resultados apoyan la

estrategia evaluativa recomendada por los autores de aplicar primeramente los ítems de despistaje.

La importancia de la realización de dicho estudio es debido a que en Cuba ya existe una experiencia con el uso de EADG, la cual ha sido considerada entre múltiples autores como de las más prometedoras de los instrumentos desarrollados para la pesquisa de estos trastornos. Debido a esta alta experiencia es que se considera que por su amplia difusión es alta su validez con valores superiores a 70%.

Según la autora, La EADG (Goldberg Anxiety and Depression Scale -GADS- en inglés) fue propuesta por su autor en 1988 a partir de una versión modificada de la Psychiatric Assessment Schedule, con la finalidad de lograr una entrevista de corta duración que pudiera ser utilizada por médicos no psiquiatras como instrumento de pesquisaje (Goldberg, Bridges, Duncan-Jones, & Grayson, 1988). Su sencillez, unida a su capacidad de aportar información dimensional sobre la gravedad, han hecho que esta escala haya sido ampliamente recomendada como instrumento de cribaje, tanto con fines asistenciales como epidemiológicos, y/o como guía de la entrevista clínica en el ámbito de la atención primaria (López, Gabarrón, & Ruiz, 2011)

La importancia de que el personal de salud se eduque acerca de la aplicación de EADG es vital ya que como bien es cierto los médicos generales son el primer contacto con el que cuenta el paciente previo a ser o no referido donde un especialista en psiquiatría. Y de él depende una adecuada derivación de este al servicio correspondiente y que este obtenga un abordaje y manejo adecuado de sus patologías.

En cuanto al instrumento, el EADG, consta de dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión. Cada subescala tiene 9 ítems de respuesta dicotómica (Si / No) y se estructuran en 4 ítems iniciales de despistaje, para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan si se obtiene respuestas positivas a las preguntas de despistaje de las cuales 2 o más para ansiedad y más de 1 para depresión, pero en la investigación se suele aplicar la escala completa, y de esa manera fue utilizada en el presente estudio.

Los participantes de dicho estudio se reclutaron en la Habana Cuba sin trastornos psicopatológicos, y se utilizó la técnica de bola de nieve; además se excluyeron de esta investigación las personas que referían tener malestar emocional intenso y las que se encontraban en tratamiento psicológico o psiquiátrico. A continuación, se muestra una tabla donde se evidencia la frecuencia de casos de acuerdo con el diagnóstico emitido por el profesional.

Tabla 2. Distribución de casos de acuerdo con el diagnóstico emitido por el profesional

Grupo de estudio	DIAGNÓSTICO	Frecuencia
DEPRESIÓN	Episodio depresivo mayor	37
	Trastorno depresivo no especificado	11
	Sintomatología depresiva relevante	2
	Reacción de duelo prolongado	1
	Distimia	19
	TOTAL	70
ANSIEDAD	Trastorno ansiedad generalizada	28
	trastorno de pánico con o sin agorafobia	11
	Fobia	21
	Trastorno de ansiedad sin especificar	5
	trastorno adaptativo ansioso	3
	trastorno adaptativo depresivo	3
	trastorno obsesivo compulsivo	3
	trastorno de la personalidad	5
	Trastorno Hipocondriaco	1
	TOTAL	80
MIXTOS	Reacción mixta de ansiedad y depresión	4
	Sintomatología relevante de ansiedad y depresión	8
	TOTAL	12
OTROS DIAGNÓSTICOS	Neurosis histérica	2
	Neurosis de ansiedad	4
	Depresión con intento suicida	1
	Neurastenia	2
	TOTAL	8
TOTAL		170

Fuente: Carbonell, Marta Martín (2016). Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg en adultos cubanos. *Universitas Psychologica*, 15(1), 15-29.

También es importante recordar la relevancia clínica y social que tiene el trastorno mixto de ansiedad y la depresión, como arrojó recientemente el propio Goldberg en un estudio epidemiológico, lo que hace vital ser sumamente cuidadoso en el diagnóstico diferencial. Por lo que concluye que se acredita la posibilidad de utilizar la EADG tanto para el tamizaje como para la identificación de los trastornos ansiosos y depresivos.

Además de su relevancia es importante conocer que existen diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad, como bien indica Arenas, M, & Puigcerver, A (2009), Los trastornos de ansiedad son, en la actualidad, enfermedades psiquiátricas muy frecuentes e incapacitantes. Las mujeres en edad reproductiva son más vulnerables a desarrollar trastornos de ansiedad, aproximadamente entre 2 a 3 veces más que los hombres. Ser hombre o mujer no sólo puede influir en la prevalencia de los trastornos mentales, sino también en la manifestación y expresión de los síntomas, la voluntad para solicitar asistencia médica o psicológica, el curso de la enfermedad, incluso en la respuesta al tratamiento.

Es interesante conocer acerca de las diferencias existentes entre hombres y mujeres con respecto al TAG, llama la atención que sean las mujeres en edad reproductiva las más vulnerables a padecer de estos trastornos, lo interesante es que no solo ser hombre o mujer influye en la aparición de dichos trastornos, sino que influye en las manifestaciones y la sintomatología que dichos pacientes tendrán. Además, el género también influye en la búsqueda de asistencia médica y el apego y respuesta a tratamientos.

Según refieren los autores las mujeres en edad reproductiva son más propensas a desarrollar trastornos de ansiedad que los hombres, aproximadamente entre 2 a 3 veces más. Incluso el 17,5% de las mujeres frente al 9,5% de los hombres habían sufrido algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida; mientras que el 8,7% de las mujeres frente al 3,8% de los hombres habían sobrellevado un trastorno de ansiedad en el último año.

Para Arenas, M, & Puigcerver, A (2009), se han identificado un conjunto de factores que pueden explicar el predominio femenino en los trastornos de ansiedad, así como las diferencias entre los sexos en otros trastornos psiquiátricos. Un grupo de estos factores serían los psicosociales y socioculturales que incluyen diferencias en el tipo de afrontamiento de la persona, rol sexual, pobreza, nivel educativo, estado civil, nivel de ingresos, apoyo social, aislamiento social, adversidades durante la infancia, cambios sociales, normas culturales y vulnerabilidad a la exposición y reactividad ante acontecimientos vitales estresantes. Otros factores que sugieren diferencias de sexo son la comorbilidad previa, la predisposición genética, los rasgos de la personalidad, las hormonas sexuales, la reactividad endocrina frente al estrés, los sistemas de neurotransmisión y los determinantes neuropsicológicos.

La variedad de factores de riesgo que pueden influir en la aparición de un trastorno psiquiátrico es enormemente diversa; dichos factores se dividen en psicosociales y socioculturales los cuales a su vez se subdividen en diversos aspectos de la vida de un individuo, así como las comorbilidades previas a desarrollar dicho trastorno, la predisposición genética, los niveles hormonales, reacciones mediadas ante estrés y otros. Es importante que se valore cuales factores de riesgo son de riesgo biológico y social y de este modo conocer los que son inmutables y cuales no lo son.

Arenas, M, & Puigcerver, A (2009), mencionan que, a pesar de la escasez de estudios, cada vez hay más pruebas sólidas de que existen diferencias entre ambos sexos, debido a la anatomía cerebral, la neuroquímica y los patrones de activación y respuesta a los estímulos; así como diferencias en la fisiología y fisiopatología. Además, las mujeres en edad reproductiva son más vulnerables a desarrollar trastornos de ansiedad que los hombres, aproximadamente entre 2 a 3 veces más. De hecho, el 17,5% de las mujeres frente al 9,5% de los hombres habían sufrido algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida; mientras que el 8,7% de las mujeres frente al 3,8% de los hombres habían padecido un trastorno de ansiedad en el último año.

Por lo tanto, el género no sólo puede ser el todo en la prevalencia de los trastornos mentales, sino también en la expresión y manifestación de los síntomas, y a la vez se han identificado un conjunto de factores que pueden explicar el predominio femenino en los trastornos de ansiedad, así como las diferencias entre los sexos en otros trastornos psiquiátricos,

como lo son: psicosociales y socioculturales,... que incluyen diferencias en el tipo de afrontamiento de la persona, rol sexual, pobreza, nivel educativo, estado civil, nivel de ingresos, apoyo social, aislamiento social, adversidades durante la infancia, cambios sociales, normas culturales y vulnerabilidad a la exposición y reactividad ante acontecimientos vitales estresantes. (Arenas, M, & Puigcerver, A; 2009 p.21)

Otros factores que sugieren diferencias de sexo son la comorbilidad previa, la predisposición genética, los rasgos de la personalidad, las hormonas sexuales, la reactividad endocrina frente al estrés, los sistemas de neurotransmisión y los determinantes neuropsicológicos. Evaluar cuales de los factores explicativos de las diferencias entre los sexos son de naturaleza biológica y cuáles de naturaleza social, nos permitirá conocer cuáles son inmutables y cuales no lo son.

Según describe Arenas, M, & Puigcerver, A (2009): “A pesar de la escasez de estudios, cada vez hay más pruebas sólidas de que existen diferencias entre ambos sexos respecto a la anatomía cerebral, la neuroquímica y los patrones de activación y respuesta a los estímulos ambientales, así como diferencias respecto a la fisiología y fisiopatología de otros sistemas corporales, diferencias que pueden influir en la etiología y el curso de los trastornos psiquiátricos.”

Aunque en la actualidad no existen muchos estudios que sustenten las teorías de las diferencias sexuales en el ámbito de la ansiedad, sin embargo, si es importante conocer que hay muchas diferencias a nivel neuroquímico, en la anatomía cerebral, así como en fisiología y fisiopatología y dichas diferencias pueden ser las responsables de la aparición y la evolución de los trastornos psiquiátricos.

La ansiedad puede ser definida como un estado negativo con tres componentes: fisiológico, la hipervigilancia; afectivo, el miedo, y cognitivo, la indefensión. Cuya principal característica es la sensación de incontrolabilidad sobre posibles amenazas o daños. Todos los trastornos de ansiedad se caracterizan por presentar síntomas de ansiedad, pero son muy distintas las características de cada trastorno de los que se encuentran en el DSM-VI- (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Como mencionan Arenas, M, & Puigcerver, A (2009): ...desde el campo de la neuroimagen, se ha podido comprobar cambios sexo-dismórficos en distintas estructuras cerebrales de pacientes con trastorno de angustia. Los hombres presentaron una mayor reducción en la amígdala derecha y en la corteza insular bilateral, mientras que las mujeres mostraron una disminución más marcada en el giro temporal derecho, en la corteza prefrontal dorsolateral y ventrolateral, en la corteza parietal y en el tálamo (Asami et al., 2009). Estos hallazgos confirmarían la implicación de la corteza prefrontal y de la amígdala en la patofisiología de este trastorno y ofrecerían una posible explicación de las diferencias sexuales en su sintomatología.

Es importante porque como bien es cierto existen diferencias no solo a nivel cromosómico y fenotípico entre los hombres y las mujeres, sino que a nivel cerebral según sea el género puede haber estructuras más o menos desarrolladas las cuales pueden explicar en muchas ocasiones la sintomatología y las reacciones de cada individuo, aunado a ello la intervención de neurotransmisores y factores hormonales influyen de manera directa o indirectamente sobre estas patologías. Y dicho factor hormonal se ha asociado tradicionalmente con un aumento en la incidencia del trastorno de angustia en mujeres.

Según refieren Arenas, M, & Puigcerver, A (2009):

“Las mujeres con trastorno premenstrual (TPM) tienden a presentar pánico tras la exposición a distintos agentes panicogénicos como el lactato, el CO₂, o los antagonistas de la colecistoquinina (Le Melledo et al, 2000). Se conoce que los metabolitos de la progesterona pueden tener efectos ansiolíticos debido a su acción agonista sobre los receptores GABA/BZD (Seeman, 1997), por lo que una posible alteración en este complejo receptor podría explicar los factores que vinculan las respuestas de pánico, el ciclo reproductivo femenino y el TPM (Leskin y Sheik, 2004).

Otro posible mecanismo explicativo de las diferencias de sexo en la patofisiología del pánico podrían ser las diferencias descritas en la sensibilidad del receptor β -adrenérgico entre hombres y mujeres. La norepinefrina se relaciona con la etiología y sintomatología

de los ataques de pánico, presentando los pacientes una respuesta anormal tras la estimulación de los receptores β -adrenérgicos. Concretamente las mujeres con trastorno de angustia presentaron una reducción en la sensibilidad del receptor que no fue observada en los hombres (Kim et al., 2004).” Arenas, M, & Puigcerver, A (2009) p.22.

Como bien se menciona en el texto anterior existen múltiples mecanismos que podrían explicar las distintas teorías acerca de las diferencias existentes entre hombres y mujeres para la manifestación de trastornos psiquiátricos, se ha logrado evidenciar cambios en la anatomía cerebral tanto de hombres como mujeres además de la influencia de neurotransmisores como también de hormonas en las manifestaciones de dichos trastornos.

El TAG consiste en una preocupación excesiva e incontrolable sobre múltiples problemas cotidianos. Entre los síntomas se incluyen la tensión muscular, la fatiga, el insomnio, la inquietud, la falta de concentración y la irritabilidad. Según los autores su tasa prevalencia-vida es del 4% en los hombres, frente al 7% en las mujeres. Esta diferencia entre los sexos comienza a una edad temprana y continúa en la adolescencia y en la edad adulta.

En múltiples estudios se ha comprobado un empeoramiento premenstrual de los síntomas del TAG, sin embargo, no se conocen los mecanismos por los que algunas mujeres presentan este agravamiento del trastorno. Aunque, a diferencia del trastorno de angustia, el curso clínico del TAG suele ser el mismo en hombres y en mujeres, así como el riesgo de remisión y de recaídas de estos.

Las diferencias existentes entre los sexos y la función que tienen las hormonas gonadales se estudiaron concentrándose en la conducta sexual. En estos momentos se acepta que la diferenciación sexual implica variantes estructurales, químicas, y funcionales entre ambos sexos. Primeramente, se establece el sexo cromosómico, luego el gonadal, el fenotipo genital y por ultimo la pubertad en la cual se establecerán los caracteres sexuales secundarios.

Para Arenas, M, & Puigcerver, A (2009), un posible mecanismo implicado son los alelos potencialmente vulnerables para desarrollar ansiedad, siendo uno de ellos el alelo Ser23 para el receptor 5HT_{2C}. Los agonistas de este receptor serotoninérgico tienen efectos ansiógenos en

sujetos voluntarios e incrementan los síntomas de la ansiedad en sujetos con TOC o con trastorno de angustia.

Sin embargo, los resultados hasta el momento son contradictorios, pues mientras un estudio encuentra que este alelo está con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, otros trabajos han mostrado la proporción contraria.

En cuanto a la neuroanatomía en estos pacientes la amígdala y el hipocampo están muy implicadas en las emociones y en la respuesta de estrés. A su vez se ha demostrado que estas áreas cerebrales son sexualmente dimórficas en su estructura; mientras que la amígdala es mayor en los hombres que en las mujeres, el hipocampo es mayor en las mujeres que en los hombres. Y además se ha comprobado que la amígdala y el hipocampo reaccionan al ambiente de forma diferente en cada sexo.

En el estudio que realizan las autoras, Cuando se evaluó la actividad de la amígdala, crucial para el recuerdo de sucesos emotivos, de sujetos que contemplaban diapositivas con imágenes perturbadoras, los hombres que manifestaron una respuesta emocional intensa, exhibieron mayor actividad en la amígdala derecha, mientras que las mujeres la mostraron en la amígdala izquierda

Si bien es cierto se menciona que esas diferencias en las actividades hemisféricas son las responsables de que las mujeres recuerden más vívidamente los sucesos con respecto a los hombres ya que ellos tienden a tener un panorama más global acerca del suceso o acontecimiento. Es importante también recalcar que los trastornos de ansiedad surgen en la adolescencia y tienden a desaparecer en la mujer durante la menopausia.

Además, destaca el importante papel que juega la progesterona ya que en pacientes embarazadas la ansiedad tiende a disminuir y durante la fase lútea del ciclo menstrual también. Y se observa un empeoramiento de síntomas posterior al parto.

Esta hormona y sus metabolitos incrementan la sensibilidad del receptor GABA-A, elemento clave para reducir la respuesta de ansiedad en el cerebro. Lo que plantean estas autoras es que, tal vez, el cambio en las mujeres actuales ha sido demasiado rápido, provocando que su organismo, debido a los niveles más bajos de progesterona que los que eran normales en ellas, presente una mayor susceptibilidad a desarrollar respuestas desproporcionadas y patológicas de ansiedad. Arenas, M, & Puigcerver, A (2009) p.25

Además, se propuso la posibilidad de que las diferencias sexuales en los trastornos psicopatológicos puedan estar relacionadas con las diferencias entre sexos en los sistemas de neurotransmisores y neuropéptidos, destacando, entre otros, los opiáceos, la oxitocina, la vasopresina y la hormona liberadora de la corticotropina.

Los autores mencionan que, aunque los estudios indican que las mujeres están protegidas de los efectos neurobiológicos y comportamentales del estrés, estas modificaciones que sí se observan en los hombres, tendrían en éstos un carácter adaptativo a largo plazo protegiéndoles de desarrollar trastornos de ansiedad. Se considera que son los estrógenos, con sus efectos neuroprotectores, los que contribuyen a la resistencia de las mujeres al estrés. Estas hormonas modulan, en función de la dosis administrada, la actividad de los dos sistemas principales de respuesta al estrés, el eje HPA y el sistema nervioso autónomo, llegando incluso a suprimir su respuesta en mujeres. Pero los andrógenos y la progesterona modifican de la misma forma la respuesta del eje HPA al estrés, por lo que también contribuirán a las diferencias sexuales observadas.

Sin embargo, los autores concluyen que no se conoce el por qué de las elevadas tasas en mujeres y que a pesar de que se saben muy poco sobre los factores de riesgo. Se especula que puede existir factores de vulnerabilidad que explican la preponderancia de los TA en la mujer.

2.3. Antecedentes Nacionales:

Según Acuña M, Álvarez L, Umaña A, Umaña C (2013), la incidencia de patología psiquiátrica ha aumentado en los últimos años, y con ello también los trastornos de ansiedad,

cuya frecuencia y morbilidad obligan a todo médico a conocer acerca del tema. La variabilidad de presentaciones y semejanza con otras patologías tanto médicas como psiquiátricas, constituyen un obstáculo para el diagnóstico y manejo oportuno de estos trastornos. (parr 1.)

Además, los estudios de neuroimágenes han demostrado aumentos en la actividad en diferentes zonas del Sistema Nervioso Central, onde se ha observado liberación o inhibición de distintos neurotransmisores, lo que ha sido la base de las propuestas terapéuticas para esta patología.

De acuerdo con Acuña M et al (2013): La clasificación de los trastornos de ansiedad según el DSM-IV es: el trastorno de ansiedad generalizado, los trastornos de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno de estrés post traumático. Los trastornos de ansiedad comprenden una serie de entidades discapacitantes, que difieren levemente en su manera de expresión; pero que en conjunto representan el trastorno mental más frecuente y el que más comúnmente consulta en el servicio de emergencias. (parr. 2)

Paradójicamente su diagnóstico por parte de los médicos generales o especialistas no psiquiátricos es muchas veces pasado por alto o subestimado. Y los pocos casos que sí llegan a ser detectados, son manejados y tratados, en su mayoría, de manera inapropiada. Los autores señalan diversas explicaciones que contribuyen a ello entre lo que se encuentra: el desconocimiento general de psiquiatría y en especial de los trastornos de ansiedad por parte de los médicos no psiquiatras. Además del posible proceso medicolegal al que pueden ser sometidos los médicos en caso de pasar por alto alguna de las situaciones anteriores que simulen enfermedades psiquiátricas. (parr. 3)

Según Acuña M et al (2013), el objetivo general de su revisión de tema es: “Facilitar al médico general, mediante la revisión de los conocimientos vigentes acerca de los trastornos de ansiedad, una herramienta para el manejo óptico de éstos”. Una vez que se establecieron los objetivos tanto el general como los específicos se procedieron a realizar una revisión muy completa respecto a los trastornos de ansiedad.

Los autores mencionan que describir la fisiopatología de los trastornos de ansiedad resulta fundamental para poder comprender las diferentes manifestaciones físicas, psiquiátricas y neurológicas que se presentan en un paciente con estos trastornos, así como los mecanismos de acción de los distintos fármacos utilizados en su tratamiento. Y de la utilidad para valorar los efectos de la terapia farmacológica y otras terapias no farmacológicas sobre las distintas regiones neuroanatómicas que están alteradas en los mismos. Para de esta manera poder realizar un abordaje dirigido e integral que supla las necesidades de cada individuo, y así disminuir el impacto que representan estas patologías para la vida del paciente y el sistema de salud. (parr 11.)

Para los autores es vital que el lector previo a conocer la fisiopatología de este trastorno, se debe tener un aprendizaje acerca del miedo: condicionamiento y extinción; el condicionamiento hace referencia a la asociación aprendida entre un estímulo aversivo y un estímulo no aversivo o neutral, de modo que una respuesta que normalmente solo sería desencadenada por el primero pueda ser evocada por medio de un estímulo condicionado inocuo.

Según Acuña M et al (2013), clásicamente la amígdala ha sido descrita como la responsable de este proceso, aunque otras estructuras que se han visto también relacionadas incluyen la corteza del cíngulo, corteza insular y el hipocampo...estas estructuras con modulación y recepción de estímulos que pueden ser percibidos como amenazantes, y así plantear la hipótesis de una alteración o desregulación de estas regiones cerebrales en los trastornos de ansiedad. (parr 14)

Del mismo modo mencionan el concepto de extinción como relevante el cual consiste en una disminución, con el transcurso del tiempo, en la respuesta desencadenada por un estímulo condicionado previamente aprendido, en el cual lo que ocurre es una modificación de esta cuando el contexto cambia; esto es lo que permite aprender y recordar que un estímulo que con anterioridad representaba una amenaza ya no lo hace. Se piensa que ese fenómeno ocurre gracias a la acción inhibitoria, modulada por el hipocampo, que ejerce la corteza prefrontal medial sobre la amígdala cerebral, siendo importante la participación del sistema opioide endógeno en la regulación de este proceso.

Es por ello por lo que se deduce que en los trastornos de ansiedad puede existir alguna alteración en este proceso de extinción, de manera que se pierde la capacidad de discernir cuando un estímulo ya no es amenazante. A su vez los autores exponen el modelo insular de la ansiedad, según el cual existe una alteración en aquellos individuos con tendencia a la ansiedad que ocasiona que exista una amplificación anormal de estímulos interoceptivos que en condiciones normales no tendrían trascendencia.

Según Acuña M et al (2013), algunos factores de riesgo para presentar un trastorno de ansiedad son: trastornos de ansiedad en los padres, factores genéticos y ambientales; entre los últimos importante destacar las interacciones padre-hijo debido a la influencia que pueden ejercer los primeros sobre los últimos. Padres sobreprotectores o excesivamente controladores o críticos que comprometan el desarrollo de autonomía y dominio de sus hijos pueden contribuir al desarrollo de trastornos de ansiedad en ellos.

También sugieren que experiencias traumáticas o adversas, y algunas conductas aprendidas de los padres o cuidadores pueden condicionar el desarrollo de trastornos de ansiedad. Los niños con un temperamento inhibido, caracterizado por timidez, retraimiento e inhibición, tienen mayor riesgo de presentar este tipo de trastornos, así como depresión y suicidio, en etapas más avanzadas de la vida. Suelen mostrar mayor dificultad de comunicarse con extraños y adaptarse a cambios o situaciones novedosas.

Es importante conocer que, en trastornos de ansiedad, la historia longitudinal cobra un valor muy especial para lograr identificar la entidad, y es la principal herramienta que tendrá el médico general para lograr dar con el diagnóstico de trastorno de ansiedad. Una de las ventajas de estos pacientes es que están en la capacidad de manifestar su sentimiento de ansiedad, presencia de pensamiento y sensorio muy bien conservados. El mantenimiento de adecuadas funciones cognitivas permite la fácil descripción del padecimiento actual, lo que facilita enormemente la identificación de la sintomatología.

Finalmente, los autores coinciden en que una ventaja muy preciada de estos pacientes es que poseen un excelente “insight” de su enfermedad, ellos logran determinar, acertadamente, que hay algo que no está funcionando adecuadamente en su proceso psíquico.

A su vez los autores mencionan que existen similitudes entre los criterios diagnósticos ya que refieren que los pacientes inician usualmente sus cuadros ansiosos debido a una preocupación, que ha cronificado. Esto hace que la angustia fisiológica que se desencadena al principio también cronifique, y pase a ser una angustia patológica. Debido a ello los pacientes inician a ver sus actividades cotidianas arruinadas.

Entre los principales aspectos que se ven afectados se encuentran: la pérdida de funcionalidad social, vista en el deterioro de las relaciones interpersonales, pérdida de funcionalidad laboral, pérdida en el patrón del sueño, aceptación por parte del paciente de su egodistonia; la cual es la capacidad que ellos poseen de establecer que su situación es egodistónica y que realmente sus actividades habituales se han visto entorpecidas por estos “ataques” como ellos mismos lo describen, según Acuña M et al (2013).

En cuanto al tratamiento empleado los autores mencionan en su revisión tanto los farmacológicos como los no farmacológicos; en los primeros destacan los benzodiazepinas (BZD) por vía sublingual en dosis única como medicamento agudo de la crisis ansiosa, además del uso del alzapram de 0,5mg, Lorazepam de 2mg o diazepam (DZP) a dosis de 5-10mg, sin embargo, la efectividad de este fármaco va a depender de cada paciente. Además, se menciona el uso de antidepresivos tricíclicos (ADTC), usados como segunda opción terapéutica.

Entre los fármacos el menos utilizados destacan los inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO), esto debido al riesgo de que se desarrolle una crisis hipertensiva por la gran cantidad de interacciones que poseen dichos antidepresivos. Actualmente se encuentran en estudio según Acuña M et al (2013), los inhibidores reversibles de la monoamino oxidasa (IRMAO) como la moclobemida, y se ha visto que estos no muestran crisis de hipertensión ni interacciones con la tiramina.

Como tratamiento de tercera línea ellos mencionan el agregar antipsicóticos atípicos, sin embargo, eso todavía no es ampliamente aplicado y se reserva para ciertos casos. Importante siempre verificar la adherencia del paciente al tratamiento y reconsiderar el replanteamiento diagnóstico, buscar cambios o nuevos desencadenantes en la vida del paciente o si hay un abuso concomitante de sustancias; además tomar en cuenta a que grupo etario pertenece el paciente.

Acuña M et al (2013) menciona además la existencia de tratamiento no farmacológico y la importancia de brindar información al paciente y educarlo acerca de la condición que padece, siempre procurar brindarle las herramientas para cambiar su estilo de vida, por uno más sano y menos estresante y que tenga la capacidad de ver que la ansiedad está bajo su control.

Navas W, Vargas M. (2012), refiere que los trastornos de ansiedad (TA) son como grupo las enfermedades mentales más comunes, con una alta prevalencia de aproximadamente 2-8% en la población general y 10-12% en las consultas de atención primaria (p.299). Además, que en los últimos años se ha observado un incremento de los casos de TA, así como de la comorbilidad que a menudo los acompaña. Los TA son 2 veces más prevalentes en mujeres, y se calcula que 1 de 10 pacientes que se atienden diariamente presentan un TAC siendo incluso más comunes que la diabetes mellitus.

Con esto los autores hacen referencia a la alta prevalencia de enfermedades psiquiátricas por encima de enfermedades crónicas en las consultas comunes de la consulta externa por lo cual envía una señal de alerta a los profesionales en el área de la salud, ya que estos deben de estar preparados para lograr establecer cuando uno de sus pacientes presenta un TA o como abordar dicha condición.

Según Navas W, Vargas M. (2012), la etiología es un modelo complejo en el cual interactúan múltiples factores: biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. Dentro de esta fisiopatología se menciona la presencia de factores de riesgo y factores protectores que median en la expresión de este trastorno. Desde el punto de vista neurobiológico, la ansiedad

tiene su base en ciertas zonas del tallo cerebral que están involucradas en el desarrollo y transmisión de la angustia y el hipocampo y la amígdala perteneciente al sistema límbico.

Cabe destacar de manera importante la presencia de factores traumáticos como parte de la etiología de TA entre los que se encuentran: accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc. Estos acontecimientos suelen provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad.

Según Navas W, Vargas M. (2012), para el adecuado abordaje de los TA se debe realizar una planificación del tratamiento compuesta por una entrevista para conocer el motivo de consulta y las quejas principales, mentales y físicas, evaluación. Las técnicas para el manejo de la ansiedad permiten al paciente controlar sus preocupaciones y miedos a través de la distracción y del cuestionamiento de sus bases lógicas para sustituirlas por modos más racionales del pensamiento.

El principal objetivo en el tratamiento farmacológico de la ansiedad es el control de la sintomatología central de la enfermedad. Frecuentemente, estos pacientes, necesitan además del tratamiento agudo de los síntomas (menos de 6 meses), la administración de un tratamiento crónico para prevenir las recaídas. Lo cual hace necesario utilizar medicamentos que sean bien tolerados y con baja probabilidad de abuso, tolerancia o dependencia, además de presentar un rápido comienzo de acción.

Navas W, Vargas M. (2012) concluye que, la ansiedad es una respuesta adaptativa a múltiples situaciones de la vida que se puede considerar normal. Es patológica cuando esta se produce ante estímulos inadecuados o inexistentes, y/o cuando la intensidad y/o duración de la respuesta ansiosa supera los límites adaptativos. Dado lo prevalente de estos trastornos, el sufrimiento y el deterioro funcional que provocan en el paciente y su entorno, así como el costo social que general parece necesario conocer los síntomas principales de estos trastornos para una adecuada detección y un abordaje oportuno farmacológico que incluye BZD, ISRS, Venlafaxina, ATX, y psicológicos con las diferentes técnicas de terapia eficaces, y así ofrecerle al paciente una mejor calidad de vida con una menor morbi-mortalidad. (p.506)

2.4. Anatomía cerebral

El sistema nervioso está constituido por cien mil millones de neuronas, y esta gran proporción de estructuras unitarias, pero ampliamente interrelacionadas, genera una extrema complejidad que ha hecho que el abordaje científico de esta masa de no más de 1.300 gramos sea difícil y, en ocasiones, desalentadora. Sin embargo, el refinamiento de las técnicas de investigación biológica ha hecho que en los últimos años los hallazgos, en cuanto a la estructura y función del sistema nervioso, permitan plantear teorías no sólo correspondidas con los aspectos puramente anatómicos o fisiológicos, sino aquéllas relacionadas con fenómenos más complejos de tipo cognitivo o emocional.

Figura 1. Bloques funcionales, que permiten integrar la experiencia mental (un atributo se encuentra en varias partes a la vez)



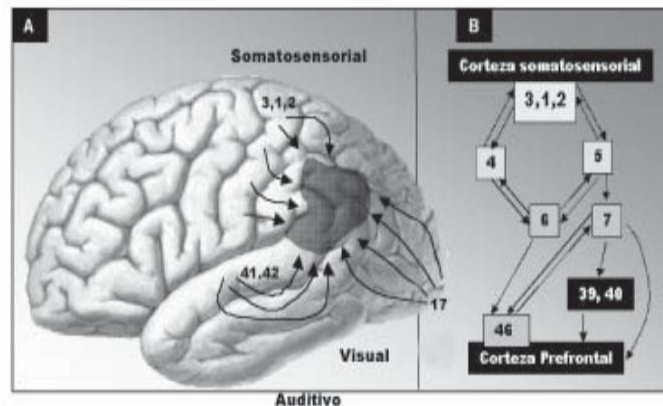
Fuente: Arango-Dávila, César Augusto, & Pimienta J., Hernán José (2004).

El Bloque I: percepción Se conoce una variedad de estructuras especializadas encargadas de captar el entorno externo e interno y cuyos representantes más significativos son los órganos de los sentidos. Estos órganos cuentan con su representación central, en cuyo interior se integran las denominadas áreas polimodales (que integran varias categorías perceptivas). Al sistema de captura de la información lo denominaremos el bloque I o perceptivo.

La percepción es un proceso activo y selectivo en el cual prima la integración de la información. Las áreas primarias (área 17 para la vía visual, áreas 41 y 42 para la vía auditiva y áreas 3, 1 y 2, o áreas primarias de la sensibilidad general, para la vía somatosensorial) cuentan con neuronas especializadas en diferentes atributos de la percepción que se integran paso a paso al transcurrir por áreas secundarias y terciarias.

Lo más significativo de este proceso es la vía de integración, sino que se conocen otras variantes como la proyección de información visual sobre las áreas secundarias auditivas o las proyecciones de áreas secundarias o terciarias a la corteza prefrontal sin transcurrir sobre las áreas 39 o 40. En la Figura 2B, que es la secuencia del procesamiento de información somatosensorial, el área 3 se relaciona con la discriminación táctil, el área 2 con la identificación de formas y el área 3 con la textura (obsérvese la secuencia de integración hasta proyectarse a las áreas polimodales 39 y 40 y a la corteza prefrontal) de las diferentes categorías de la percepción (visual, auditiva y somatosensorial) en una extensa área que corresponde a las áreas 39 y 40 de Brodman.

Figura 2. (A) Proceso de integración polimodal en las áreas 39 y 40 de Brodman. (B) Secuencia del procesamiento de información somatosensorial



Fuente: Arango-Dávila, César Augusto, & Pimienta J., Hernán José (2004).

Esta unificación de las percepciones permite el procesamiento de información transmodales, es decir, la conversión por ejemplo de una percepción auditiva en visual o táctil o viceversa. Los procesos transmodales son fundamentales para el desempeño de múltiples funciones complejas como el lenguaje, la escritura, el cálculo matemático y la autopercepción.

La particularidad del objeto percibido modifica, asimismo, la situación del sujeto perceptor, lo cual corrobora también la categoría de proceso dinámico que se le atribuye. Aunque ya al nivel de receptor de un órgano sensorial determinado existen ciertas posibilidades de control o filtraje cuantitativo y cualitativo de la información, el verdadero proceso activo se produce, tal como hemos dicho, a nivel superior. En efecto, una vez que el mensaje alcanza estas zonas elevadas, debe ser reconocido y, por así decirlo, calibrado.

Ahora bien, esta labor que comprende los procesos de selección y reorganización aludidos precisa toda la información acumulada en la memoria de mediano y largo plazo, la cual presta al sujeto en su situación presente toda su experiencia histórico-biográfica, por lo que la percepción se convierte en un acto personal intrínsecamente subjetivo. La relación entre el bloque perceptivo y la corteza prefrontal es prominente, de tal manera que la percepción se constituye en un proceso inteligente y con una gran capacidad de modulación de la información.

Desde el punto de vista descriptivo se pueden distinguir cuatro tipos de procesos de memoria: reintegración, reproducción, reconocimiento y reaprendizaje. La primera supone la reconstrucción de sucesos o hechos sobre la base de estímulos parciales, que sirven como recordatorios. La reproducción es la recuperación activa y sin ayuda de algún elemento de la experiencia pasada (por ejemplo, un poema memorizado).

El reconocimiento se refiere a la capacidad de identificar estímulos previamente conocidos. Por último, el reaprendizaje muestra los efectos de la memoria: la materia conocida es más fácil de memorizar una segunda vez. El hipocampo y la corteza temporal se han reconocido como las estructuras más importantes en los procesos amnésicos. El hipocampo se ha relacionado con la memoria reciente (minutos, horas o pocos días) y la corteza temporal, con el almacenamiento de información remota (días, meses o años). Es necesario señalar que, aunque el lóbulo temporal tiene importantes implicaciones en los fenómenos de memoria, no se puede subestimar la participación de otras estructuras, como el cerebelo, la corteza entorrinal y otras áreas corticales.

Según este autor, en la base de la experiencia de evocación hay una matriz con patrones específicos, fundamentada en grupos de neuronas (módulos), con conexiones determinadas que pueden activarse a través de esquemas neurofisiológicos y que representan el suceso que se va a evocar. Bloque III: solución de problemas Desde el punto de vista evolutivo, la actividad primaria de un organismo es la supervivencia, que implica tales agrupaciones han codificado la información perceptual, mnésica y afectiva y han logrado una representación de una experiencia específica que se fortalece, en la medida en que se repita. Basado en sus propias observaciones y en los experimentos de estimulación directa de la corteza cerebral de Penfield, Gloor concluye que la expresión de estos módulos corticales activados incluye una gama importante, pero específica de fenómenos como la evocación de trozos de piezas musicales, situaciones cotidianas, fragmentos de poemas o libros, recuerdos específicos de la infancia, etc.

Es necesario aclarar que en realidad la selección natural es todo lo contrario al azar, pues el azar es su elemento probabilístico fundamental. Este tipo de proceso no se basa en grandes jugadas de suerte, sino en la acumulación de pequeñas jugadas afortunadas (problemas resueltos) que las conservan y acumulan. Según la epistemología evolutiva, se puede considerar que el proceso evolutivo viene asimilado al proceso de aumento del conocimiento, pues se trata de la aparición de nuevos resultados que pueden confluir en la selección, la adaptación o la eliminación. Podemos considerar el proceso biológico de la evolución como la historia natural de la resolución de problemas.

La epistemología evolutiva sostiene la tesis de que la evolución biológica es el producto de la solución paulatina de problemas, gracias a un proceso de interacción entre los organismos y el ambiente, en lo que Darwin denominó la selección natural. Cada esta actividad primaria se define como las acciones que tiene que realizar continuamente un organismo para solucionar problemas. En este sentido, un problema puede definirse como algo que hay en el ambiente externo o interno que se opone al desarrollo de una especie, lo que implica que esta especie deba adaptarse, cambiar o desaparecer. En los organismos y animales diferentes al humano, la solución de problemas aparece en forma de nuevas reacciones o nuevos modos de comportamiento que, si triunfan persistentemente sobre las pruebas a que son sometidos, pueden representar la

modificación de los órganos o el fenotipo del organismo, hasta el punto de que estos cambios se incorporen por selección en la especie.

De esta manera, la eliminación o solución de problemas queda como producto de la selección natural. Así, el proceso evolutivo sería impulsado por las dificultades y la adversidad a la que se enfrentan los organismos. El estudio de las leyes que regulan el resultado de la evolución sólo es posible considerando la variabilidad biológica, es decir, expresiones genotípicas y fenotípicas ligeramente desviadas del promedio, entre los mismos individuos de una especie determinada que interactúan con un medio que es cambiante.

En la corteza prefrontal se concentró la maquinaria estructural y funcional del paradigma de la evolución, es decir, la capacidad de solucionar problemas. La corteza prefrontal soluciona los problemas no ya por una relación directa con el entorno, sino por su capacidad de interiorizar y operar simbólicamente este entorno, y para ello cuenta con el lenguaje (que se imbrica en estructuras especializadas de la corteza cerebral), fundamentado en la cultura. En virtud de la facultad que le confiere la corteza prefrontal, el hombre puede sopesar mentalmente el desarrollo de un proceso, evitando trabajosos ensayos con grandes dispendios de tiempo y energía.

La corteza prefrontal posibilitó el desarrollo cultural, a su vez que éste permitió la aparición de la corteza prefrontal. Ambas surgieron como un triunfo evolutivo en la resolución de problemas. En el Cuadro 3 se muestran las funciones de la corteza prefrontal como estructura ejecutora, además, se puede leer que en todos los casos estas funciones se relacionan con la solución de problemas; de hecho, la personalidad es la manera como el individuo utiliza sus mecanismos defensivos para relacionarse con su entorno y se constituye en el eje que garantiza su adaptación laboral y social. Los planteamientos de Piaget (6) en sus estudios sobre el desarrollo de la inteligencia confluyen en la idea global de que el pensamiento corresponde a la interiorización de parámetros motores (movimiento).

En la organización del lóbulo frontal, particularmente desarrollado en el ser humano, se observa la coexistencia de los fenómenos mentales con los fenómenos motores. De esta manera, este lóbulo se puede describir como una estructura con un polo anterior 'psíquico' y un polo

posterior ‘motor’, con una progresión ampliamente relacionada de lo psíquico a lo motor —de hecho, el lenguaje es la expresión motora de los pensamientos—.

De esta manera la representación del estímulo concuerda (es familiar) o no concuerda (es novedad) con el registro previo. Sokolov consideró que el proceso de comparación puede llevarse a cabo por la acción conjunta de tres tipos de neuronas: (i) neuronas aferentes, que siempre responden a un estímulo; (ii) neuronas extrapoladoras, que sólo responden cuando un estímulo determinado se ha repetido un cierto número de veces, y (iii) neuronas comparadoras o de novedad, que se activan si los estímulos provenientes de las neuronas aferentes y las extrapoladoras no concuerdan.

Las neuronas aferentes se encuentran en la corteza somatosensorial y en los núcleos sensoriales específicos del tálamo; las neuronas de novedad, especialmente en el hipocampo y en menor proporción en la corteza visual, en la formación reticular y en el núcleo caudado, y las neuronas extrapoladoras, exclusivamente en el hipocampo. Más recientemente, Gray (7) ha hecho hincapié en el importante papel de un “sistema comparador” en el cerebro. Considera que organizaciones microestructurales en el hipocampo, el tabique y otras estructuras relacionadas desempeñan la tarea de comparar de forma sistemática los “estímulos actuales” con los “estímulos esperados”. Según Gray, este sistema puede tener dos modos de funcionamiento: (i) si los estímulos actuales coinciden con los estímulos esperados, éste funciona en “modo comprobador” (pasivo) y mecanismos cerebrales inespecíficos ejercen el control de la conducta; pero (ii) si los estímulos actuales no coinciden con los estímulos esperados, el sistema se activa y genera un control directo y específico de la conducta, y de tal manera funciona en “modo de control” (activo).

El sistema comparador tiene acceso tanto a la información de los acontecimientos sensoriales actuales (el exterior) como a los eventos esperados (predichos), y ambos tipos de información están interrelacionados de forma importante. Las predicciones sólo se generan cuando se obtiene la información del estado actual del exterior gracias a un sistema generador de predicciones. Los estímulos sensoriales actuales se transmiten a este generador de predicciones, el cual tiene acceso a la información acerca de las regularidades ambientales pasadas. Como

ocurre la mayoría de las veces, la persona es activa y su conducta afecta su ambiente. En esta situación, el generador de predicciones tiene acceso a la información sobre las futuras intenciones de movimiento, es decir, sobre los programas o planes motores.

2.5. Tipos de trastornos de ansiedad

En los trastornos de ansiedad aparecen crisis de angustia y agorafobia. La crisis de angustia (panic attack) tiene un inicio súbito de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados usualmente de sensación de muerte inminente. En la crisis aparece falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a “volverse loco” o a perder el control.

- ☞ La agorafobia se caracteriza por la aparición de ansiedad o conducta evitativa en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil, o donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia.
- ☞ El trastorno de angustia sin agorafobia Se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de preocupación permanente al paciente. El trastorno de angustia con agorafobia Se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado. La agorafobia sin historia de trastorno de angustia Tiene presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.
- ☞ La fobia específica Presenta ansiedad clínicamente significativa en respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que da lugar a conductas de evitación. Es un temor persistente, excesivo e irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específica. Se clasifican en fobias a los animales (insectos, etc.), ambientales (rayos, alturas, etc.), a la sangre y a las heridas (hematofobia) o situacionales (ascensores, etc.).
- ☞ La fobia social se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio

individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación. El sujeto teme hacer el ridículo, lo cual lo incapacita y lleva al aislamiento.

- ☞ El trastorno obsesivo-compulsivo Presenta obsesiones que causan ansiedad y malestar significativos o compulsiones cuyo propósito es neutralizar esa ansiedad. El compromiso funcional en ocasiones es grave. Las obsesiones son ideas, imágenes o impulsos de carácter persistente, que le causan malestar y provocan ansiedad. El paciente se da cuenta de lo disfuncional o irracional de estas obsesiones y lucha contra ellas. Se refieren a temas de contaminación, de duda o religiosos. Las compulsiones son actos motores o mentales repetitivos. Son frecuentes las tareas de lavado, limpieza o exigencias de orden con rituales altamente complejos.
- ☞ El trastorno por estrés postraumático Presenta reexperimentación usual de eventos traumáticos, síntomas debidos a hiperactivación (arousal) y conductas de evitación de los estímulos relacionados con el trauma. Se presenta luego de sufrir experiencias desagradables como una violación, un secuestro, tortura o accidente de tránsito. Ocurren pesadillas recurrentes sobre el tema traumático, acompañadas de hiperactivación y conducta evitativa.
- ☞ El trastorno por estrés agudo Se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un evento altamente traumático.
- ☞ El trastorno de ansiedad generalizada Presenta ansiedad crónica y preocupaciones de carácter excesivo. El paciente está intranquilo, inquieto, con pensamiento catastrófico sobre lo que le rodea, no se puede controlar, es irritable y tiene tensión motora con hiperactividad simpática, hipervigilancia, fatiga y sensación de no soportar más la desesperación que lo invade. El trastorno de ansiedad debido a condición médica general Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad secundarios a los efectos fisiológicos de una enfermedad subyacente.

- ☞ El trastorno de ansiedad inducido por sustancias Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.
- ☞ El trastorno de ansiedad no especificado Acoge aquellos trastornos que presentan ansiedad o evitación fóbica prominentes y no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados o bien no se dispone de una información adecuada.

2.6. Terapias Farmacológicas

Desde hace mucho tiempo se ha creído que el trastorno de ansiedad es un problema psicológico, y por ello muchos médicos no administran fármacos a quienes lo sufren. Sin embargo, cada vez más aparecen en la literatura estudios que prueban la eficacia de los fármacos en la ansiedad. Estos son conocidos como ansiolíticos e incluyen una gran variedad de sustancias usadas con este fin como los benzodiazepinas (BZD), antihistamínicos, agonistas de la serotonina, beta bloqueadores, antiepilépticos, antidepresivos ansiolíticos y algunos neurolepticos.

Sin embargo, existe eficacia comprobada sólo para cuatro grupos de medicamentos: los ISRS, los antidepresivos tricíclicos (ATC), las BZD y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). La eficacia de estos medicamentos es similar. La elección del ansiolítico se basa en la consideración de los efectos adversos, el conocimiento del médico sobre el medicamento por escoger y las preferencias personales del paciente, incluyendo los costos y otros aspectos de la situación clínica.

Probablemente los ISRS son los más seguros y con menos efectos adversos, aunque son más costosos que los ATC o IMAO. Las BZD tienen el problema de la dependencia, la abstinencia y no se pueden usar en adictos. Su ventaja está en la acción rápida para controlar síntomas y estarían indicadas en casos de urgencia o cuando existe riesgo para el paciente por inminente pérdida laboral o académica. Los ATC tienen efectos anticolinérgicos y

cardiovasculares especialmente peligrosos para la población geriátrica y en pacientes con condiciones médicas subyacentes.

Los IMAOs requieren un uso restringido por las precauciones dietarias, difíciles de cumplir. Las sobredosis también son un peligro potencial en pacientes con ideas suicidas. El uso combinado de ansiolíticos y TCC comparada con el uso sólo de uno u otro fármaco ha producido evidencia contradictoria. Cuando existe un fracaso del ensayo terapéutico en un plazo de seis a ocho semanas se debe reconsiderar el diagnóstico, la necesidad de un tratamiento diferente o de un método combinado de terapia.

En especial descartar una enfermedad médica que explique la ansiedad. Si luego de reconsiderar el diagnóstico se continúa con el inicial, se puede cambiar el perfil del medicamento ansiolítico por otro distinto. Si el paciente presenta síntomas muy severos, incapacidad social o profesional marcada, o hay necesidad de realizar varios procedimientos diagnósticos o tiene ideación suicida con riesgo moderado o alto se puede hacer necesaria la valoración e internación psiquiátrica, aunque en general no es necesaria.

Con la TCC o con los ansiolíticos, la fase aguda del tratamiento dura aproximadamente 12 semanas, recomendación con fiabilidad clínica moderada. Transcurrido este tiempo muchos clínicos reducen el número de sesiones de TCC y se suspende gradualmente dependiendo de la estabilidad del paciente. No se conoce la eficacia de un segundo ciclo de TCC cuando hay recidivas.

Cuando se usan ansiolíticos, se puede ensayar una suspensión de éstos al cabo de 12 a 18 meses de tratamiento de mantenimiento si el paciente ha presentado una mejoría significativa completa, aunque esta recomendación tiene poca evidencia clínica. Muchos pacientes sufren recidivas parciales o completas cuando suspenden la medicación y en ellos se recomienda un período de tratamiento prolongado basado en consenso de expertos.

Los estudios sobre la farmacoterapia de los trastornos de ansiedad han sido realizados con los siguientes medicamentos principalmente:

- ☞ Benzodiacepinas: Las más utilizadas y con mayor perfil ansiolítico incluyen alprazolam, clonazepam, bromazepam, Lorazepam y midazolam. Los efectos adversos más comunes son la somnolencia, sedación, ataxia y amnesia anterógrada. La tolerancia y la abstinencia se desarrollan con frecuencia en pacientes con perfil de adictos. En ansiosos este problema no es frecuente.
- ☞ Antihistamínicos Poco utilizados en la actualidad, aunque es común su formulación en los mostradores de las farmacias. Se usan principalmente la difenhidramina, Hidroxicina y prometazina. Producen sedación y efectos anticolinérgicos que pueden ser peligrosos en ancianos. No existe evidencia médica importante para su recomendación.
- ☞ Agonistas de la serotonina La buspirona es el representante principal y se usa mucho entre los médicos generales. La única indicación probada es el trastorno de ansiedad generalizada. No tiene acción sedante ni hipnótica, como tampoco relajación muscular ni dependencia, siendo ventajosa en este aspecto con respecto a las BZD.
- ☞ Beta bloqueadores Usados cuando el principal componente de la ansiedad es de orden neurovegetativo y se convierte en la principal queja del paciente, basado en opiniones de expertos. El más usado es propranolol.
- ☞ Antiepilépticos No existe evidencia médica probada de su eficacia en estos trastornos.
- ☞ Antidepresivos ansiolíticos Se pueden usar los ISRS, los ATC o los IMAO.
- ☞ Neurolépticos No están indicados y prácticamente en desuso para el manejo actual de los trastornos de ansiedad. La evaluación riesgo-beneficio es desventajosa para el ansioso

2.7. Terapias Alternativas

Es importante comenzar con una evaluación del funcionamiento global del paciente, del estado de ánimo y la severidad del trastorno, con énfasis en ideación y planes suicidas. Existen

diversos tipos de psicoterapia usados en el manejo de los trastornos de ansiedad; sin embargo, la TCC es de elección, debido a la confirmación de su efectividad con estudios de alta calidad. Si pasadas seis a ocho semanas no hay mejoría se debe adicionar medicación.

La TCC engloba varios tratamientos, como la psicoeducación, la vigilancia continuada de la angustia, la reestructuración cognoscitiva y la exposición in vivo. No se sabe si determinados elementos son más eficaces en todos los enfermos o en determinados pacientes concretos. La terapia debe ser conducida con gran respeto por el afectado; intentar cambios muy tempranos pueden ser interpretados como incompreensión del paciente y llevar a la terminación de esta.

Se recomienda enfatizar en alcanzar objetivos reales y mejorar el nivel de funcionamiento. La terapia cognoscitiva es una técnica enfatizada en lograr cambios en el pensamiento distorsionado y la forma de percibir el mundo mediante la enseñanza de nuevos modos de pensar y de comportarse, para reemplazar actitudes negativas erróneas respecto a sí mismos, del mundo y del futuro. Es un programa de terapia breve orientado hacia los problemas actuales y a su resolución.

La terapia conductual busca aumentar la actividad, proporcionar experiencias placenteras y enseñarle al sujeto a relajarse. La psicoterapia de grupo es efectiva en algunos pacientes. Un grupo puede brindar más apoyo que el terapeuta solo y además puntualiza las inconsistencias en el pensamiento y conducta ansiosa. La terapia de familia y de pareja son de ayuda en circunstancias específicas. Identificar personas interesadas en el paciente ayuda a ser más poderosa la psicoterapia brindada.

La psicoterapia con orientación introspectiva (psicoanalítica) individual es la modalidad más común para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y muchos médicos la consideran de primera elección. Sin embargo, no existen estudios que demuestren que esta terapia es superior al placebo, la farmacoterapia u otras terapias y su indicación se basa en opinión de expertos. Es claro que se necesita más investigación sobre la etiología, fisiopatología, curso, síntomas y tratamiento de los trastornos de ansiedad.

Los nuevos tratamientos ansiolíticos parecen promisorios, además de las técnicas cognoscitivas y conductuales cada vez más depuradas.

Por otro lado, la asocio terapia implica acciones psico socioculturales dirigidas a la comunidad, en especial al ambiente laboral y escolar donde los sujetos ansiosos pueden ser objeto de discriminación y estigmatización. Las intervenciones sociales mejoran el pronóstico y son un sustento para la rehabilitación psicosocial del enfermo de ansiedad.

El Mindfulness se define como una herramienta que permite enfocar la conciencia en la experiencia presente, enseñando una asimilación de los pensamientos y las sensaciones sin que medie ningún tipo de juicio e interpretación realizada por el individuo (Miró, Perestelo, Pérez, Amado, González et al., 2011). Este tratamiento ha demostrado a través de múltiples estudios e investigaciones su eficacia dentro de un amplio rango de trastornos, incluyendo el trastorno de ansiedad generalizada. De allí que se considere la importancia de profundizar acerca de los beneficios que la aplicación del Mindfulness puede aportar en el caso específico de la población adolescente, por ser una etapa de vulnerabilidad para desarrollar este tipo de trastornos (Gómez et al., 2015).

En relación con lo anterior, es pertinente resaltar la evolución que ha surgido en cuanto a la intervención psicológica en el campo cognitivo conductual, el cual se ha utilizado como herramienta terapéutica para tratar el TAG entre otros trastornos. La primera es el enfoque conductual, que se caracteriza por realizar una evaluación y observación minuciosa de las situaciones desencadenantes de respuestas complejas, brindando herramientas que generen cambios en el entorno y en el comportamiento del paciente (Castillo, Ledo y Ramos 2012). Dentro de las terapias de segunda generación se encuentra la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) donde se establece que las cogniciones son el origen de las alteraciones psíquicas, emocionales y conductuales, dando prioridad al pensamiento al momento de realizar la intervención (Obando y Parrado 2015 Citando a Riso). Aspectos como los que señalan dichos autores, dan cuenta de la relevancia de intervenir en el pensamiento, creencias y cogniciones del individuo con TAG, considerando que estos factores inciden en el desencadenamiento de este trastorno.

Sin embargo, entre algunas de las limitaciones de la TCC que resalta Moreno citando a Gross et al., (2012), se encuentran “Los intentos de control, reducción o eliminación de los eventos privados. Justamente los objetivos de intervención de estas terapias producen paradójicamente, y en muchos de los casos, efectos contrarios o de rebote” (p. 2). Para el caso específico del TAG, la terapia cognitivo conductual se centra en brindar psicoeducación, identificar señales tempranas de ansiedad, relajación, desensibilización, reestructuración cognitiva, entre otras, la cual pese a tener un fundamento empírico en su eficacia, ha sido catalogada con poco éxito terapéutico en el TAG (Delgado y Amutio 2011).

Teniendo en cuenta las críticas que exaltan la dirección de este enfoque, surgen nuevas tendencias de intervención conocidas como las Terapias de Tercera Generación (En adelante, TTG). Bonilla y Padilla (2015), afirman que estas surgen con el objetivo de renovar los planteamientos de cambios ya propuestos y para emplear estrategias diferentes a las de primer orden, igualmente en este tratamiento se hace énfasis en procesos de aceptación psicológica, espiritualidad y trascendencia, dejando de lado los juicios y haciendo una aceptación de la experiencia.

Para el interés de esta revisión, se abordaron las terapias de tercera generación basadas en Mindfulness, teniendo en cuenta la diversidad de estudios que exponen los beneficios que esta práctica conlleva para los pacientes que presentan ansiedad; evidencia de ello, es el estudio realizado con adolescentes en el contexto educativo en Chile, en el cual se pudo evidenciar que los entrenamientos en Mindfulness para esta población redujeron síntomas relacionados con la ansiedad, el estrés y la depresión, aumentando la autoestima, el optimismo, favoreciendo las habilidades sociales, la regulación emocional, afrontamiento de situaciones contraproducentes, e igualmente se observó mejor comportamiento en el aula (Langer, Schmidt, Aguilar, Cid, y Magni, 2017).

Bonilla y Padilla (2015), citando a Kabat-Zinn, aseguran que al ejercer esta práctica se obtienen diferentes beneficios, como el incremento de emociones positivas, mayor motivación, seguridad, autoestima, entre otros. Este autor expresa que “La meditación de atención plena no

solo ayuda a atender síntomas de dolor, estrés y ansiedad, sino que además su uso consistente puede producir cambios en el cerebro en regiones asociadas al aprendizaje y memoria, regulación de emociones y sentido del yo”. (p. 75).

Asimismo, para Korman y Garay (2012), el enfoque de estos tratamientos vanguardistas está determinado por el uso de estrategias de aceptación, ejercicios de conciencia plena y técnicas metacognitivas. Pérez (2017) citando a Cebolla y Miró, afirma que en estas terapias se busca generar un cambio entre la relación que hacen los individuos con sus pensamientos, sin embargo, su objetivo no es cambiar los esquemas cognitivos sino realizar un entrenamiento basado en atención plena frente a esos esquemas. Asimismo, Vásquez (2016), afirma que esta práctica es útil para trastornos de ansiedad, dado que es un proceso de autorregulación.

Se considera que el Mindfulness puede ser una herramienta efectiva para evitar la aparición de problemas psicológicos y disminuir riesgos en población adolescente, considerando que esta etapa es compleja por la vulnerabilidad propia que se da en el contexto de su desarrollo; teniendo en cuenta lo anterior, los autores Langer, Schmidt, Aguilar, Cid y Magni (2017), realizaron un estudio de los efectos del Mindfulness en adolescentes, donde se pudo observar que los síntomas de ansiedad y estrés presentaron una disminución importante entre los tres y seis meses después de la intervención, de igual manera una vez concluida se constató que los efectos benéficos de este tratamiento continúan si los pacientes son constantes con la práctica de la misma.

La eficacia que se puede atribuir a los tratamientos basados en la atención plena como método de intervención para el TAG, se deriva además de su amplia difusión sustentada en los progresos clínicos que muestran los pacientes en un tiempo determinado, en las conclusiones obtenidas por estudios como el de Miró, Perestelo, Pérez, Amado, González et al., (2011), en el que afirman que se han realizado progresos en la aplicación del Mindfulness como terapia que contrarresta los síntomas de la ansiedad generalizada, como los que se lograron a través del método propuesto por Roemer y Orsillo, en el que se plantea un procedimiento ordenado para el TAG por medio de la atención plena enfocándose en la aceptación.

El concepto de aceptación reviste una importancia significativa dentro de la práctica del Mindfulness, lo que quiere decir que para reducir la predisposición a los síntomas de ansiedad se debe realizar una aceptación de la experiencia interna, además de la atención y concientización de las acciones que puedan ser generadoras de ansiedad (Cruz y Paramio, 2018). En igual sentido los planteamientos psicoterapéuticos que conforman la aplicación de la atención plena enfatizan el carácter fundamental que tiene la aceptación de la sintomatología, así como de las manifestaciones a nivel corporal y emocional que generan desagrado, sin evitarlos ni eliminarlos (Schmidt y Vinet 2015).

De otro lado es necesario tener en cuenta que gran parte de los estudios encontrados respecto al tema que se desarrolla, toma como muestras adolescentes dentro del marco de su proceso escolar, por considerarse un escenario natural para esta población en el que se puede desencadenar síntomas relacionados con la ansiedad, ya sea por la presión de tener un buen desempeño académico, por la necesidad de aprobación de los demás, padres exigentes a las expectativas, entre otros factores (Sierra, Montenegro, Castillo, 2015). Esta práctica en el ámbito escolar refleja mejoría en facultades cognitivas como la memoria, la atención, la concentración, permitiendo manejar los esquemas de pensamiento mal adaptativos derivados de trastornos de ansiedad los cuales inciden de manera negativa tanto en los procesos cognitivos como en el desempeño académico (López, Amutio, Oriol y Bisquerra, 2016).

Las terapias basadas en Mindfulness para el TAG en adolescentes efectivamente contribuyen a la disminución de los síntomas, los cuales por medio de la meditación ayudan a mantener por un tiempo prolongado la efectividad de esta reducción, obteniéndose resultados positivos en pacientes con altos índices de ansiedad en contraste con aquellos cuyo enfoque se limita a la psicoeducación (Ferreira, Rangé, Egídio, João, 2013). Sin embargo, hay autores que argumentan como limitación a esta práctica terapéutica el no contar con las pruebas suficientes para fundamentar sus premisas, reconociendo que podría constituir una vez superada la presunta deficiencia empírica un avance importante para el tratamiento del TAG en adolescentes (Martínez, Piqueras y Salvador, 2011).

No obstante, las limitaciones que se atribuyen al Mindfulness como tratamiento efectivo del TAG, no tienen la entidad suficiente para deslegitimar los avances que en materia terapéutica se han obtenido a través de esta herramienta en cuanto a la efectividad en la disminución de los síntomas de los trastornos de ansiedad, incluyendo el TAG. Los resultados han sido benéficos en la intervención a través de la atención plena para la sintomatología ansiosa e indican la hipotética importancia de los procesos metacognitivos en su desarrollo y mantenimiento (Linares, Estévez, Soler, Cebolla, 2016).

También tenemos la Respiración Consciente e Inconsciente; La respiración normal, comúnmente llamada respiración inconsciente o respiración torácica, es el proceso autómatas e inconsciente que cumple la función de hematosis, garantizando el metabolismo celular por medio de la oxigenación generada en el intercambio de CO₂ (Bióxido de carbono) con O₂ (Oxígeno) (Red de Salud de Cuba INFOMED, 2009), consecuentemente, la respiración por sí misma, esta intrínsecamente ligada al sistema nervioso vegetativo o sistema nervioso autónomo (SNA), el cual se encarga de regular las funciones autónomas del organismo (Canet, 2006).

La oxigenación celular y su respectivo proceso de glucosis, debido al proceso anaeróbico, ayuda a mantener el funcionamiento del cuerpo, mas no afecta la psique humana ni a las diversas patológicas o trastornos que un individuo pueda poseer. Por el contrario, es la respiración la cual se ve afectada por los estados anímicos, bien sea estimulando o frenando los procesos de respiración, dependiendo de las situaciones de alegría, tristeza, miedo, tensión etc. (Latimer, 1977)

Por otra parte, la respiración consciente o respiración diafragmática, es una acción que, no solo acelera y mejora el proceso de respiración, también afecta a la psique y ayuda a crear espacios de sosiego emocional y tranquilidad (Benson, 1975). La primera diferencia que se encuentra al realizar una respiración consciente o respiración controlada, es el remplazo de la respiración torácica, por la respiración diafragmática y sus implicaciones fisiológicas (Lodes, 1990; Ramacharaka, 1975.), siendo que, la respiración diafragmática aumenta el volumen y presión de O₂ que ingresa al cuerpo, saciando la totalidad de la capacidad pulmonar, haciendo uso de la totalidad de los alveolos pulmonares y de igual forma librando mayor cantidad de CO₂ del organismo, y logrando la activación parasimpática (Everly, 1989).

A su vez posee múltiples beneficios, esta, sacia la totalidad de la capacidad pulmonar, provocando una mayor oxigenación celular, una mejor oxigenación tisular y un mejor control de la presión tisular, y, por consiguiente, una mayor sinterización de adenosín trifosfato (ATP) el cual sirve para el mantenimiento de las funciones vitales celulares, a la vez que provoca que el cuerpo entre en estado tónico (Baigorri, Lorente, 2005). Esto ocurre debido a una mayor presión cardiovascular, ejercida gracias a la respiración consciente, generando una mejor irrigación cerebral, causando que, más células oxigenadas lleguen al cerebro, provocando a su vez la mejora del funcionamiento de las diversas partes del cerebro y mejora en las conexiones neuronales (Brassard, Ainslie, & Secher, 2014).

La respiración consciente, también estimula el nervio vago, por medio del incremento de la actividad del sistema nervioso parasimpático y el decrecimiento de la actividad del sistema nervioso simpático, provocando la reacción del neurotransmisor denominado Acetilcolina, el cual envía señales al organismo para la mediación sináptica dentro del organismo, lo cual crea estados de contracción y calma en el organismo (Manoj et al... 2013).

De forma generalizada, la respiración consciente ayuda a la estabilidad del organismo interno y externo, al sistema neuroendocrino, digestivo, circulatorio, neuroquímico, y los diversos sistemas nerviosos resaltando los sistemas central, periférico y autónomo. Son múltiples los factores en relación con la respiración consciente que contribuyen a mejorar los estados psicológicos, así como anímicos y a reducir los niveles de estrés; pues el proceso de respiración consciente genera estados de relajación que se pueden deber a un incremento en la actividad del sistema nervioso parasimpático (sistema encargado de los estados fisiológicos de relajación y reposo), debido a la estimulación del nervio vago causado por la respiración diafragmática. (Hirai, 1975) también se puede deber a la reducción de corticoides, a causa a una mejor estimulación en el eje hipofisopararrenal (Selye, 1936) o debido al estímulo en el nervio parasimpático, o incluso por patrones de conducta evolutiva, debido a la interpretación y asociación simbólica marcada filogenéticamente, representando de forma casi natural, la cual la respiración ayuda a calmar.

De igual forma, toda estimulación que ayude a la producción de endorfinas en el cuerpo ayudara a mejorar la tensión y estrés en el cuerpo, y, por consiguiente, crea estados de buen humor en contraposición con el estrés. (Loehr & Migdow, 1999; Reid, 1998; Taub-Bynum, 1984). Otro de los beneficios de la respiración consciente, se basa en la connotación del propio cuerpo físico; según W. James (1890) la conciencia era un estado malinterpretado con la respiración, pues cuando el individuo hace conciencia de sí mismo, lo primero que nota es su propia respiración, por lo cual la respiración consciente también ayuda a crear estados de sosiego por la realización consciente del propio cuerpo, acto que permite la interiorización al individuo.

Una demostración fehaciente de la eficacia de la respiración consciente se puede representar en base a las diversas pruebas que psicólogos deportivos han realizado en atletas, mejorando por medio de la respiración consciente no solo su capacidad cardiovascular, también sus estados psicológicos referentes a su propia motivación. (Morris & Summers, 1995; Weinberg & Gould, 1999) razón por la cual muchos entrenadores han optado por tomar esta técnica como complemento del proceso de Feedback o retroalimentación positiva y motivacional (British Journal of Psychiatry, 1982).

Por otra parte, la respiración consciente estabiliza y mejora los estados anímicos y consecuentemente los procesos psicoemocionales (Edwards, 2005), en conjunto a las ya mencionadas, mejoras fisiológicas. Speads (1988) afirma que la respiración afecta los patrones y funcionamiento fisiológico y anímico, explicando que pequeños cambios inconscientes en la respiración, logran afectar el funcionamiento del organismo y los estados de ánimo, por ende, afecta los estados psicológicos. Esto sugiere que, la manera en la cual se respira no solo expresa una situación específica en contextualización a una actividad y/o estado emocional, también que los cambios generados en la respiración afectan tanto el funcionamiento orgánico como los procesos psicoemocionales; en relación a la respiración consciente, se ha mencionado con anterioridad que el uso de esta herramienta, ayuda a estabilizar varios de los funcionamientos del organismo humano, por lo cual, los estados psicológicos también se ven afectados de manera positiva en relación al bienestar orgánico (Speads, 1980). Estudios han llegado a demostrar que,

la alteración en la respiración logra inducir a determinadas emociones, como lo son la alegría, la ira o la tristeza (Philippot, Chapelle & Blairy, 2002).

En resumen, la respiración consciente produce un estado de bienestar en la mente y el cuerpo, mejorando y estabilizando los mismos. Sin embargo, cuando la respiración y su proceso de oxigenación se ve de alguna forma alterada, también afecta de forma nociva a la mente y el organismo, demostrando que la relación entre la respiración y los procesos psicofisiológicos es más relevante de lo evidente. Por lo cual, se debe tomar en cuenta las implicaciones de las fallas en el proceso de respiración.

CAPÍTULO III

3. Marco metodológico:

3.1. Enfoques de la Investigación

Para realizar esta investigación se seleccionaron un total de 17 artículos, todos ellos en idioma español, esto debido a que al ser el idioma natal se torna más eficiente la revisión. No se consideraron artículos en otros idiomas, debido a que los que se encontraron no corresponden al espacio de tiempo delimitado y no poseen el enfoque respecto al TAG que se busca con esta revisión bibliográfica. Estos corresponden a artículos publicados desde el 2003 al 2020, anteriores a 2003 fueron descartados, debido a que la bibliografía no se encontraba actualizada y se tornaba contradictoria ya que en estudios más actuales los tratamientos y maneras de abordajes han cambiado respecto a años previos. Las temáticas de dichos artículos son acerca del Trastorno de Ansiedad Generalizada tanto antecedentes como tipos de tratamientos para dicho padecimiento.

Se seleccionó solamente investigaciones realizadas en adultos jóvenes entendiéndose de los 20 años hasta los 50 años, se incluyeron tanto hombres como mujeres, excluyéndose niños los

cuales no se encuentran en dicho rango de edad. El motivo de dicha exclusión se basa en la frecuencia en la aparición de TAG en niños no es muy elevada y los niños tienen mayor incidencia en otros trastornos psiquiátricos de los cuales no se hablarán en esta revisión es por ello que la población adulta al ser la que presenta mayor incidencia de este trastorno es la población a la cual se desea llegar con este trabajo de investigación.

Objetivos con un enfoque cualitativo:

3.2.1. Objetivo General:

- ☞ Analizar el uso del tratamiento farmacológico vs. Terapias alternativas para trastorno de ansiedad generalizada en la población adulta joven.

3.2.2. Objetivos Específicos:

- 1) Identificar los criterios diagnósticos para establecer el Trastorno de Ansiedad Generalizada.
- 2) Establecer las condiciones requeridas para la elección de tratamiento farmacológicos en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada.
- 3) Describir las terapias alternativas para el tratamiento de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada.
- 4) Determinar el trastorno de ansiedad generalizada en la población adulta joven en América.

3.3. Elección del Diseño de Investigación:

La siguiente revisión bibliográfica es de enfoque cualitativo el cual pretende un análisis profundo. En los antecedentes conseguidos los cuales son propuestas para ponderar e interpretar la información obtenida a través de recursos como entrevistas, conversaciones, registros, memorias, entre otros, con el propósito de indagar en su significado profundo. Se determinó que las mujeres poseen una mayor incidencia en la presentación del TAG respecto a los hombres; cuyo tratamiento ya sea farmacológico o alternativo es vital para su evolución, las variables las

cuales fueron descritas previamente en los objetivos específicos, los cuales están enfocadas en teorías fundamentadas las cuales sustentan de manera idónea el problema de investigación.

Éste es inductivo y busca entender la complejidad de la realidad, de manera que interprete la conducta humana desde el propio marco de referencia de quien actúa (Taylor y Bogdan, 1984). Y permite explorar sustancialmente la experiencia, el conocimiento y la visión de mundo de las personas.

3.3.1. Fuentes de Información

Con respecto a la información nacional, se encontraron pocos artículos realmente actualizados acerca del TAG. Con esto se busca hacer entender que la información actualizada nacional es escasa en cuanto al uso de terapias alternativas para el tratamiento en pacientes con TAG.

Por lo tanto, las fuentes y referencias de información encontrados y utilizados para esta revisión bibliográfica sobrellevan la investigación de los tratamientos farmacológicos vs terapias alternativas para pacientes con TAG.

La siguiente tabla muestra las fuentes de información utilizadas para dar respuesta a las preguntas de investigación o como a los objetivos específicos del mismo; las cuales se muestran en la tabla de antecedentes que se muestran a continuación:

Documento de consulta	Título del artículo	Autor (s)	Año de publicación	Datos para realizar la referencia	Relación con el tema de investigación
------------------------------	----------------------------	------------------	---------------------------	--	--

Tesis de grado para optar al título de psicólogo clínico	Ansiedad y su influencia en el rendimiento académico de una estudiante.	Riera, M	2020	Influencia de la ansiedad en el rendimiento académico	Ansiedad
Revista Cúpula	Trastornos de Ansiedad	Acuña M, Álvarez L, Umaña A, Umaña C.	2003	Definición	Antecedentes
Artículo de revisión	. ¿Qué es el Trastorno de Ansiedad Social?. IntraMed Estrategias de diagnóstico y terapéutica.	Leichsenning, F & Lewelke, F	2017	Definición	Estrategias diagnósticas y terapéuticas
Artículo de revisión	Los beneficios de las terapias basadas en Mindfulness para el trastorno de ansiedad generalizada en adolescentes de Latinoamérica	Moná, J & Castaño, D	2018	Beneficios del Mindfulness	Beneficios de la terapia alternativa

	y España 2010-2018: una revisión.				
Revista chilena de neuro- psiquiatría,	Historia y Re- descripción de la angustia clínica.	Ojeda, C.	2003	Historia del trastorno de angustia	Antecedentes
Revista Raíces históricas y tendencias actuales.	Una perspectiva psicoanalítica sobre el trastorno de ansiedad generalizada	Juan S, Etchebarne I, Gómez J, Roussos A.	2011	Trastorno de ansiedad generalizada	Antecedente
Artículo de revisión Universidad Nacional Abierta y a Distancia, Escuela de Ciencias Artes y Humanidades.	Beneficios de la respiración consiente contra la ansiedad generalizada y el estrés.	Lara, M	2019	Beneficios	Terapia alternativa para TAG
Revista Universitas Psychologica	Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos	Carbonell, Marta Martín	2016	Diagnóstico de ansiedad y depresión	Antecedente

	cubanos				
Artículo de revisión	Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica	Arenas, M. Carmen, & Puigcerver, Araceli.	2009	Diferencias entre hombres y mujeres con TAG	Antecedente
Revista Figura Fondo	trastorno de ansiedad generalizada: una aproximación desde la terapia Gestalt.	Ceballos, C	2014	Terapias Gestalt	Antecedente
Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXIX	Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria.	Navas,W & Vargas, M.	2012	Ansiedad y manejo	Manejo en atención primaria
Revista Fundamentos en Humanidades	Trastorno de ansiedad generalizada: aportes de la investigación al diagnóstico	Rovella, Anna, & González Rodríguez, Manuel	2008	Diagnostico	Antecedente
. Revista	Una revisión	Newman,	2007	Definición y	Antecedente

Argentina de Clínica Psicológica, XVI	de la investigación básica y aplicada sobre el trastorno de ansiedad generalizada.	Michelle G., & Anderson, Nicholas L.		manejo	
International Journal of Clinical and Health Psychology,	VARIABLES DE proceso en la determinación de la ansiedad generalizada y su generalización a otras medidas de ansiedad y depresión	González, Manuel, & Ibáñez, Ignacio, & Cubas, Rosario	2006	VARIABLES EN ansiedad	Antecedentes

3.4. Criterios de inclusión y exclusión

Para realizar esta investigación se tomaron en cuenta diversos aspectos los cuales se expondrán a continuación los cuales fueron de vital importancia para tomar en cuenta y como validos los artículos de revisión que cumplan con los criterios que se describirán en los siguientes apartados.

3.4.1. Inclusión

En cuanto a los criterios de inclusión, se incluyeron fuentes y referencias bibliográficas que cumplían con lo siguiente:

- ☞ Libros, artículos y documentos de sitios web internacionales con años de publicación entre el 2003 y 2020.
- ☞ Artículos del BINASS sobre trastorno de ansiedad generalizada en atención primaria.
- ☞ Secciones de libros donde se trata acerca de trastorno de ansiedad generalizada.
- ☞ Estudios respecto a la utilidad de terapias alternativas par el manejo de síntomas de ansiedad generalizada.
- ☞ Se tomaron en cuenta investigaciones sin importar el género de los sujetos de investigación.
- ☞ Artículos con antecedentes en idiomas originales.
- ☞ Se utilizaron artículos cuyo contenido incluía tratamientos para TAG.
- ☞ Sujetos de investigación adulta joven (de los 20 a los 50 años).

3.4.2. Exclusión

En cuanto a los criterios de exclusión, se incluyeron fuentes y referencias bibliográficas que cumplían con lo siguiente:

- ☞ Libros, artículos y documentos de sitios web internacionales con años de publicación entre por debajo del 2003.
- ☞ Se excluyeron artículos de niños como población de estudio.
- ☞ Se excluyen artículos en otros idiomas que no fueran el español.
- ☞ Artículos cuyo estudio se desarrolla fuera del continente americano.

3.5. Tipo de muestra

Esta revisión es de tipo cualitativo en la cual se buscaron artículos orientados a la investigación cualitativa, por medio de muestras diversas de los antecedentes encontrados, en la cual nos brinda una oportunidad de profundizar los temas en estudios, en la cual todas las teorías conceptuales fueron de vital importancia para esta investigación en la

cual se confirmaron los temas que se deseaba abordar para responder a los objetivos específicos. Y el tipo de muestreo fue conveniente ya que amplio de manera oportuna el tipo de investigación.

Figura 3. Matriz de codificación del enfoque cualitativo

Objetivo	Categoría de análisis	Sub categoría	Definición conceptual	Instrumento	Ítem
Identificar los criterios diagnósticos para establecer trastorno de ansiedad generalizada	Revisiones bibliográficas	Identificar los criterios diagnósticos para TAG	Determinar cuales son los criterios diagnósticos de trastorno de ansiedad	Páginas web, artículos digitales,	1
Establecer las condiciones requeridas para la elección de tratamiento farmacológicos en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada	Revisiones bibliográficas	Establecer las condiciones requeridas para la elección de tratamiento para TAG	Determinar la elección de tratamiento en pacientes TAG.	Páginas web, artículos digitales,	2
Reconocer las terapias alternativas para el tratamiento de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada	Revisiones bibliográficas	Reconocer las terapias alternativas	Determinar la existencia de terapias alternativas en TAG	Páginas web, artículos digitales,	3
Determinar la incidencia de trastorno de ansiedad generalizada en la población	Revisiones bibliográficas	Determinar la incidencia de TAG en América	Identificar la incidencia de TAG en América.	Páginas web, artículos digitales,	4

adulta joven en América.					
--------------------------	--	--	--	--	--

Fuente: elaboración propia

3.6. Instrumentos

A continuación, se brindara una breve descripción respecto a las fuentes bibliográficas utilizadas para esta investigación, con el fin de establecer su credibilidad y la veracidad de la información plasmada en la misma.

- ☞ Redalyc: es un sistema de indización que integra a su índice las revistas de alta calidad científica y editorial de la región, después de 16 años de dar visibilidad y apoyar en la consolidación de las revistas, ahora integra de manera exclusiva a las que comparten el modelo de publicación sin fines de lucro para conservar la naturaleza académica y abierta de la comunicación científica, de cualquier región.
- ☞ Binasss: Somos el ente responsable de proveer información científica técnica relacionada con la salud y la seguridad social a los funcionarios de la Caja Costarricense de Seguro Social y demás entidades del Sector, en beneficio de la Sociedad Costarricense.
- ☞ DSM-V: manual diagnóstico y estadístico de Trastornos Mentales, utilizado por médicos, e investigadores para diagnosticar y clasificar enfermedades mentales, es producto de más de 10 años de esfuerzo de cientos de expertos internacionales en todas las áreas de la salud mental.
- ☞ Dialnet: es uno de los mayores portales bibliográficos del mundo, cuyo principal cometido es dar mayor visibilidad a la literatura científica hispana. Centrado fundamentalmente en los ámbitos de las Ciencias Humanas, Jurídicas y Sociales, Dialnet se constituye como una herramienta fundamental para la búsqueda de información de calidad.

- ☞ Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica: Es una revista científica de carácter académico-docente, sin fines de lucro y de acceso gratuito. Tiene como objetivo la publicación del quehacer científico del área de la salud, pretendemos ser una herramienta para la difusión de la investigación médica en Costa Rica, Centroamérica y Latinoamérica. Publicamos artículos científicos en cualquiera de las áreas de la salud, desde ciencia básica hasta clínica.
- ☞ IntraMed: es el primer portal exclusivo para la comunidad médica, desarrollado para ofrecer la más variada información del ámbito medicinal y de la salud.
- ☞ Revista Figura Fondo: es el órgano de difusión del Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt. Cuenta con colaboradores nacionales e internacionales que contribuyen a enriquecer la reflexión, la investigación y la discusión sobre psicoterapia Gestalt y educación humanista.
- ☞ International Journal of Clinical and Health Psychology: publica manuscritos con énfasis básico y aplicado, involucrando áreas teóricas y experimentales que contribuyen al avance de la psicología clínica y de la salud.
- ☞ Revista Argentina de Clínica Psicológica: Su objetivo es promover y difundir la palabra de la producción científica en el área de Psicología Clínica, generar un espacio para la expresión de diversos enfoques y paradigmas que permitan mostrar el estado del arte de la disciplina y fomentar el intercambio entre profesionales de la Salud Mental.
- ☞ Revista chilena de neuro-psiquiatría: tiene como misión publicar trabajos de neurología, psiquiatría y neurocirugía, que cubren aspectos básicos, clínicos y de otras áreas relacionadas.

3.7.1 Procedimiento de Recolección de Datos

Para esta revisión bibliográfica se utilizaron las siguientes fuentes para la recolección de datos:

- ☞ Redalyc

- ☞ DSM-V
- ☞ Binasss
- ☞ Dialnet
- ☞ Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica:
- ☞ IntraMed
- ☞ Revista Figura Fondo
- ☞ Universidad Nacional Abierta y a Distancia
- ☞ International Journal of Clinical and Health Psychology
- ☞ Revista Argentina de Clínica Psicológica
- ☞ Revista chilena de neuro-psiquiatría

3.7.2. Procedimiento de Análisis de Datos

- ☞ Lectura de antecedentes para la revisión bibliográfica de 2003-2020.

CAPÍTULO IV

4. Análisis y Resultados

A continuación, se expondrán los resultados obtenidos en esta investigación, basados en la revisión bibliográfica realizada, tomando en cuenta los objetivos específicos para poder concebir de una manera más apropiada el objetivo general. Dichos resultados serán ordenados de acuerdo con el orden de cada objetivo específico.

4.1 Criterios diagnósticos para establecer TAG

La historia de los llamados "trastornos de ansiedad" está estrechamente vinculada al concepto clínico de "neurosis". Como en otros casos, el contenido original del término neurosis, establecido por el psiquiatra escocés Cullen en 1769 en su *Synopsis nosologiae methodicae*, no corresponde estrictamente al uso que hasta hace pocos años se ha hecho de tal denominación. Cullen se refería a una afección general del sistema nervioso que cursaba sin fiebre ni afección local de algún órgano, y que comprometía "el sentido" y "el movimiento", mezclándose en ella desde síncope hasta el tétanos y la hidrofobia, pasando por la histeria, la melancolía, la amencia y la manía. (Ojeda, 2003)

El cuadro se caracteriza por "la excitabilidad general", un estado de tensión que se expresa en hiperesesia, especialmente auditiva y que refleja una acumulación de excitación o una incapacidad de resistirla. Para Freud esta espera angustiosa es el síntoma nodular de la neurosis: una angustia flotante que se halla dispuesta en todo momento a enlazarse a cualquier idea apropiada, incluyendo a la locura y a la muerte, pero también que puede mantenerse como una angustia en estado puro sin estar asociada a ninguna representación. (Ojeda, 2003)

Dentro de este contexto, la ansiedad deviene en un importante recurso diagnóstico, ya que diferentes cuadros psicopatológicos manifiestan diversos modos de ansiedad predominantes, o incluso distintas fases de un mismo tratamiento pueden movilizar diferentes tipos de ansiedad en el paciente. (Etchebarne et al 2011)

El DSM-IV TR define al TAG como un trastorno caracterizado por ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de actividades o acontecimientos, que se prolongan más de seis meses y provocan malestar clínicamente significativo, pudiendo afectar el rendimiento social y laboral. Se incluyen como criterios diagnósticos, a su vez, la dificultad para controlar este estado de permanente preocupación por parte del paciente, y la presencia de al menos tres síntomas tales como: inquietud, impaciencia, fatigabilidad, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño. (Etchebarne et al 2011)

Por lo tanto, desde que Freud definió la ansiedad como "neurosis" dicho concepto se ha mantenido a lo largo de la historia, sin embargo, en la actualidad se utiliza los criterios diagnósticos del DSM-V para establecer si un paciente es portador de un trastorno de ansiedad generalizada. Dichos criterios se muestran a continuación en la siguiente figura.

Figura 4. Criterios diagnósticos trastorno de ansiedad generalizada

Criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada	
A.	Ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento escolar o laboral), 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 3 o más de los 6 síntomas siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 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 de despertarse de sueño no reparador)
D.	El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a 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 el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos, engordar (como en la anorexia nerviosa) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría) y la ansiedad y preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático
E.	La ansiedad, preocupación o 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, o una enfermedad médica y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo

Fuente: Diagnostic and statistical manual of mental Disorders (4a. Ed)

Dicho lo anterior el TAG no es un diagnóstico al azar ni por coincidencia, esto va más allá, ya que la persona debe de cumplir con una serie de criterios los cuales están expuestos en la figura 1, y con un tiempo de evolución en el cual dichos síntomas han estado presentes. A su vez es importante destacar que la presencia de 1 solo criterio hace el diagnóstico en niños; pese a que en esta investigación no es la población de estudio si es importante aclararlo.

4.2 Elección de tratamientos farmacológico

Una vez establecido el diagnóstico de TAG se debe iniciar tratamiento ya sea farmacológico, alternativo o mixto según sea el caso. En el caso del tratamiento farmacológico es vital conocer cuáles son los medicamentos de primera línea como lo son los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) e Inhibidores de la recaptación selectiva de noradrenalina (IRSN), debido a su superioridad en numerosos estudios; y el riesgo de efectos

colaterales es pequeño y tienen la ventaja de ser útiles para tratar la depresión coexistente y otros trastornos relacionados con la ansiedad, según refiere Leichsenring F et al (2017).

En esta revisión se abarcaron varios estudios los cuales mencionan tanto el uso de tratamientos farmacológicos como alternativos. En cuanto al tratamiento empleado los autores mencionan destacan los benzodiacepinas (BZD) por vía sublingual en dosis única como medicamento agudo de la crisis ansiosa, además del uso del alzalopram de 0,5mg, Lorazepam de 2mg o diazepam (DZP) a dosis de 5-10mg, sin embargo, la efectividad de este fármaco va a depender de cada paciente. Además, se menciona el uso de antidepresivos tricíclicos (ADTC), los cuales pueden ser usados como segunda opción terapéutica.

Entre los fármacos el menos utilizados destacan los inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO), debido al riesgo de que se desarrolle una crisis hipertensiva por la gran cantidad de interacciones que poseen dichos antidepresivos. Actualmente se encuentran en estudio según Acuña M et al (2013), los inhibidores reversibles de la monoamino oxidasa (IRMAO) como la moclobemida, y se ha visto que estos no muestran crisis de hipertensión ni interacciones con la tiramina.

Como tratamiento de tercera línea ellos mencionan el agregar antipsicóticos atípicos, sin embargo, eso todavía no es ampliamente aplicado y se reserva para ciertos casos. Importante siempre verificar la adherencia del paciente al tratamiento y reconsiderar el replanteamiento diagnóstico, buscar cambios o nuevos desencadenantes en la vida del paciente o si hay un abuso concomitante de sustancias; además tomar en cuenta a que grupo etario pertenece el paciente.

4. 3 Terapias alternativas

Es importante para los pacientes con TAG que deseen probar terapias alternativas conocer acerca de ellas, de las cuales hace referencia Moná, J et al (2018) quienes brindan su aporte con respecto a la aplicación del Mindfulness, el cual se define como una herramienta que permite enfocar la conciencia en la experiencia presente, enseñando una asimilación de los pensamientos y las sensaciones sin que medie ningún tipo de juicio e interpretación realizada por el individuo.

Dicho tratamiento ha demostrado a través de múltiples estudios e investigaciones su eficacia dentro de un amplio rango de trastornos, incluyendo el TAG, dentro del Mindfulness, se encuentran la terapia conductiva conductual y la respiración consciente.

El autor Riera M. (2020) concluye que, al aplicar la terapia conductivo conductual (TCC), desde el rol de terapeuta, al intentar explorar los vínculos que existen entre los pensamientos y las emociones, podemos darnos cuenta de cuanto o de cual manera puede llegar a influir en la vida de un ser humano este tipo de emociones y pensamientos creando fuertes lazos de desesperanza asumiendo que no se está preparado para adaptarse a ciertas complicaciones.

Lara, M (2019) en su revisión “Beneficios de la respiración consciente contra la ansiedad generalizada y estrés” expone que: la ansiedad y el estrés son sintomatologías patológicas, para las cuales, hallar una solución practica y viable no es fácil, pues se considera que las variables de disposición, espacio, tiempo, control y constancia dificultan el tratamiento.

Es importante conocer que para los TA y el estrés existen tratamientos no farmacológicos como lo es la respiración consciente la cual es una de tantas alternativas que se conocen como terapias no farmacológicas para el manejo de estos pacientes, esto debido a que los pacientes con TA tienen dificultades en su vida personal, laboral, académica y demás y una excelente herramienta es aprender técnicas alternativas para manejar dichas patologías a fin de poder tener un control sobre dicho evento.

Lara, M (2019) concluye que: “El uso de la respiración controlada, como herramienta complementaria para la disminución de estados de ansiedad y estrés, ha brindado resultados positivos, pues los beneficios causados por la respiración controlada no solo disminuyen las sintomatologías de la ansiedad y el estrés, como la producción de cortisol o los bajos estados de ánimo y mal humor, también ayuda y refuerza el funcionamiento del sistema neuroendocrino, digestivo, nervioso y cardiovascular”. (p.55)

Pese a que sus beneficios están muy presentes en la actualidad no se encontraron pruebas del reconocimiento general, sin embargo, cada día se utiliza más la respiración controlada como parte de los tratamientos alternativos en el caso de pacientes con TA y estrés ya que mejora la estabilidad del comportamiento y los procesos psicológicos, mejorando de este mismo modo la estabilidad neuronal y los distintos sistemas nerviosos involucrados.

4.4 Trastorno de ansiedad generalizada en la población adulta joven

La ansiedad es uno de los conceptos centrales en el ámbito de la salud mental y más estudiados e investigados; Sin embargo, ello no implica que se trate de una categoría simple y uniformemente definida, sino que ya desde sus bases etimológicas y de sus antecedentes conceptuales, teóricos y disciplinares podemos dar cuenta de que es un constructo difuso, ambiguo y complejo. (Lewis, 1980 y Jablensky, 1985)

Los autores refieren, que el trastorno de ansiedad social es uno de los trastornos mentales más frecuentes, con prevalencia durante la vida del 13% y prevalencia a 12 meses del 8% en adultos y prevalencias similares en adolescentes en los EE. UU. Comienza alrededor de los 13 años y a menudo es crónico. Suele coexistir con otros trastornos de ansiedad, el trastorno de depresión mayor, el trastorno de empleo de sustancias, y el trastorno de personalidad evitativa.

Es importante tener en cuenta que los trastornos de ansiedad existen de distintos tipos los cuales afectan a distintas poblaciones por lo cual, siempre hay que tener en cuenta la prevalencia de cada una de ellas como sus manifestaciones a fin de definir el tipo de ansiedad que está presentando el paciente, ya que las similitudes en sus manifestaciones suelen inducir a error a los profesionales de la salud.

CAPITULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

En relación con el primer objetivo específico el cual consiste en identificar los criterios diagnósticos para establecer el trastorno de ansiedad generalizada: Se logró identificar cuáles son dichos criterios mediante el manual DSM V en el cual se detallan las patologías con sus signos y síntomas, así como su tiempo de evolución para lograr efectuar un adecuado diagnóstico.

Cabe destacar que los criterios suelen ser muy inespecíficos sin embargo el conjunto de ellos durante un determinado periodo va a realizar el diagnóstico del TAG.

De acuerdo con el segundo objetivo en el cual se busca establecer las condiciones requeridas para la elección de tratamientos farmacológicos en pacientes con trastorno ansiedad generalizada: Se estableció que dichos tratamientos pueden ser utilizados en toda la población; sin embargo, va a depender de su tratamiento de base y comorbilidades la adecuada elección de dichos fármacos.

Esto debido a que, pese a que los TAG son tan comunes en nuestra población, también lo son otras enfermedades mentales asociadas a ello como la depresión, otros trastornos ansiosos e incluso el estrés; por lo cual la elección de tratamientos para estos pacientes dependerá plenamente su sintomatología más marcada; de este modo se elegirá si corresponde el uso de ISRS, ISRN o bien IMAO.

En cuanto al tercer objetivo el cual es reconocer las terapias alternativas para el tratamiento de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada: se logra evidenciar de gran manera la presencia de terapias alternativas que son de gran beneficio para los pacientes con TAG y las cuales pueden ser llevadas a cabo en cualquier lugar, y momento.

Generalmente los pacientes con TAG saben cuándo van a estar frente a una situación que los pondrá ansiosos o bien cuando están por presentar una crisis de ansiedad. Y es precisamente en ese momento en el cual entran las terapias alternativas como la respiración consciente, la cual consiste en realizar una serie de respiraciones en determinado tiempo con el fin de que el paciente no hiperventile y tenga más claridad y control de lo que está sucediendo y sea capaz de enviarle una señal a su cerebro de que la situación se encuentra bajo control.

Posteriormente está el Mindfulness el cual es muy utilizado tanto como la terapia conductiva conductual el cual consiste en sesiones de meditación y relajación las cuales llevan al individuo a una sensación de plenitud, relajación y seguridad que sopesa el hecho de ser o estar ansioso sin motivo alguno.

Y finalmente en cuarto lugar tendremos la determinación del trastorno de ansiedad generalizada en la población adulta joven en América. Este objetivo es de mucha relevancia debido a que estamos hablando de una población adulta joven. Si bien es cierto los niños no se escapan de esta realidad los pacientes con TAG lo comienzan a manifestar a la edad de 13 años hasta la adultez con una edad media de entre los 21 a los 39 años.

Es por ello que en las consultas de médico general brindarle un abordaje adecuado a la conducta psicosocial de los pacientes, podría marcar la diferencia ya que de este modo se lograría efectuar un adecuado y oportuno diagnóstico de pacientes con TAG que generalmente pasan desapercibidos en las consultas diarias por el desconocimiento en cuanto a las edades de mayor prevalencia, factores de riesgo y desencadenantes.

5.2 Recomendaciones

- ☞ Se recomienda capacitar a los profesionales en el área de la salud tanto en el diagnóstico de TAG como en su tratamiento, con el fin de brindar una atención más acertada e integral a dichos pacientes.

- ☞ Se recomienda que a las personas que cuenten con un diagnóstico establecido de enfermedad mental se les brinde un adecuado seguimiento de su patología, con el fin de mantenerlos lo más estables posibles, y asegurándose de este modo un apego terapéutico para así disminuir complicaciones posteriores al TAG como lo es lastimosamente el suicidio.

- ☞ Se deben de promover las terapias alternativas como lo son el Mindfulness, respiración consciente en aquellos pacientes que por sus comorbilidades o tratamientos de base se les dificulte el uso de fármacos para el TAG o bien no deseen tomar fármacos. Además de brindarles información sobre las alternativas que ofrece la CCSS, como lo es la Clínica de salud mental

- ☞ Se debe promover la unión familiar ya que constituye un pilar en la vida de las personas, más si se habla de adolescentes y esta buena práctica a su vez favorecerá la disminución de crisis ansiosas.

- ☞ Instruir a la población en general acerca de TAG como patología actual y prevalente en nuestra sociedad, con el fin de que los médicos realicemos un diagnóstico pronto, así como un abordaje adecuado del mismo.

- ☞ La Caja Costarricense de Seguro Social debe promover la prevención y tratamientos tanto farmacológicos como alternativos para pacientes con TAG con el fin de evitar que estos pacientes durante sus crisis lleguen a tener finales fatales.

- ☞ Desde el punto de vista de atención primaria y para las futuras investigaciones se recomienda e insta a los estudiantes y profesionales de la salud a profundizar más este tema por medio de la investigación ya que pese a consultar múltiples referencias no hay suficiente para poder establecer una guía de manejo para pacientes con TAG.

- ☞ A los profesionales médicos se les insta a promover un mayor control de prescripción en medicamentos de venta restringida, esto con mayor calidad de vigilancia a apego de tratamientos en pacientes evitando un mal manejo de psicofármacos

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Acuña M, Álvarez L, Umaña A, Umaña C. (2003). Trastornos de Ansiedad. Revista Cúpula, 27 (2), 29-50. Recuperado de <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v27n2/art3.pdf>

- 2) Arango-Dávila, César Augusto, & Pimienta J., Hernán José (2004). El cerebro: de la estructura y la función a la psicopatología. Primera parte: boques funcionales. Revista Colombiana de Psiquiatría, XXXIII (1),102S-125S. [fecha de Consulta 12 de junio de 2020]. ISSN: 0034-7450. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=806/80609708>

- 3) Arenas, M. Carmen, & Puigcerver, Araceli. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología (Internet)*, 3(1), 20-29. Recuperado en 12 de junio de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092009000300003&lng=es&tlng=es.
- 4) Carbonell, Marta Martín (2016). Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos. *Universitas Psychologica*, 15(1), 15-29. Consultado el 11 de Junio de 2020. ISSN: 1657-9267. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=647/64746477014>
- 5) Ceballos, C. (2014) trastorno de ansiedad generalizada: una aproximación desde la terapia Gestalt. *Revista Figura Fondo* 1(36) 103- 114. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/389719403/13-Trastorno-de-Ansiedad-Generalizada-Una-Aproximacion-Desde-La-Terapia-Gestalt-David-Ceballos>
- 6) González, Manuel, & Ibáñez, Ignacio, & Cubas, Rosario (2006). Variables de proceso en la determinación de la ansiedad generalizada y su generalización a otras medidas de ansiedad y depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1),23-39. [fecha de Consulta 12 de junio de 2020]. ISSN: 1697-2600. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337/33760102>
- 7) Gradín, C & Alonso, I. (2017) Trastorno de ansiedad. Crisis de pánico. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Navarra. Recuperado de <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/17.Psiquiatricas/Trastorno%20de%20ansiedad.pdf>
- 8) Juan S, Etchebarne I, Gómez J, Roussos A. (septiembre 2011). Una perspectiva psicoanalítica sobre el trastorno de ansiedad generalizada. Raíces históricas y tendencias actuales. *14 (1)*, 197-219.

- 9) Lara, M. (2019). Beneficios de la respiración consciente contra la ansiedad generalizada y el estrés. Universidad Nacional Abierta y a Distancia, Escuela de Ciencias Artes y Humanidades. Colombia.
- 10) Leichsenning, F & Lewelke, F. (2017). ¿Qué es el Trastorno de Ansiedad Social?. IntraMed Estrategias de diagnóstico y terapéutica. Recuperado de <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=91021>
- 11) Moná, J & Castaño, D (2018). Los beneficios de las terapias basadas en Mindfulness para el trastorno de ansiedad generalizada en adolescentes de Latinoamérica y España 2010-2018: una revisión. Recuperado de <http://repositorio.ucp.edu.co/bitstream/10785/5536/1/DDMEPCEPNA104.pdf>
- 12) Navas, W & Vargas, M. (2012). Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXIX (604) 497-507. Recuperado de <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>
- 13) Newman, Michelle G., & Anderson, Nicholas L. (2007). Una revisión de la investigación básica y aplicada sobre el trastorno de ansiedad generalizada. Revista Argentina de Clínica Psicológica, XVI (1),7-20. [fecha de Consulta 12 de junio de 2020]. ISSN: 0327-6716. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2819/281921832001>
- 14) Ojeda, C. (2003). Historia y redescrición de la angustia clínica. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 41(2), 95-102. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272003000200002>
- 15) Reyes, A. (Enero- Abril 2016). Impactos del modelo integrativo d regulación emocional grupal en usuarios con trastorno de ansiedad generalizada. Enseñanza e Investigación en Psicología 21 (1), 1:9-20.

- 16) Riera M. (2020). Ansiedad y su influencia en el rendimiento académico de una estudiante. (documento probatorio del examen complejo de grado previo a la obtención del título de psicólogo clínico) Universidad técnica de Babahoyo, Ecuador.
- 17) Rovella, Anna, & González Rodríguez, Manuel (2008). Trastorno de ansiedad generalizada: aportes de la investigación al diagnóstico. *Fundamentos en Humanidades*, IX (17), 179-194. [fecha de Consulta 12 de junio de 2020]. ISSN: 1515-4467. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=184/18417109>

Tabla 2. Tabla de abreviaturas

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
TCC-G	Terapia cognitiva conductual grupal
TAG	Trastorno de ansiedad generalizada
TCC	Terapia cognitiva conductual
MIRE	Modelo integrativo para la regulación emocional
EAD-G	Escala de ansiedad y depresión de Goldberg
GLADP	Guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico
CIE-10	Clasificación internacional de las enfermedades
HPA	Hipotálamo- pituitario-adrenal

HPG	Hipotálamo-pituitario-gonadal
DSM-VI	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
TMP	Trastorno premenstrual
GABA	Ácido γ -aminobutírico
BZP	Benzodiazepina
BAI	Inventario de Ansiedad de Beck
DERS-E	Escala de Dificultades de Regulación Emocional
AFC	Análisis factorial
AAQ-II	Cuestionario de Aceptación Acción- II
DZP	Diazepam
ISRS	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
ISRN	Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina
IMAO	Inhibidores de la monoaminooxidasa.

Fuente: elaboración propia