



Psicoterapia Racional Emotiva Conductual - TREC

MÓDULO 6 - 1



Psicoterapia Racional Emotiva Conductual - TREC

MÓDULO 6 - 1

**Las creencias irracionales,
la TREC en la depresión y ansiedad,
el cliente en psicoterapia**

CONTENIDO

1. **LAS CREENCIAS IRRACIONALES. LA TREC EN LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD**

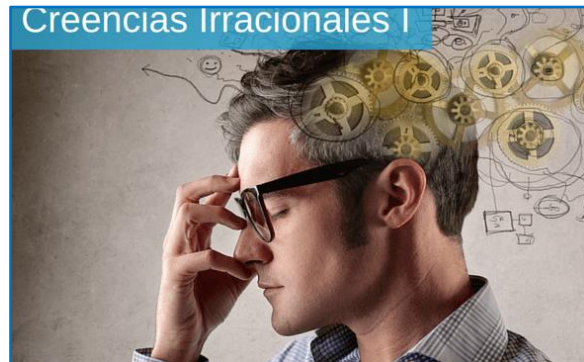
- 1.1. Creencias irracionales
- 1.2. Depresión y ansiedad desde un marco biopsicosociocultural
- 1.3. Depresión
- 1.4. Ansiedad
- 1.5. La TREC en la depresión y ansiedad
- 1.6. Diferencias entre los pensamientos de trastornos de depresión y los trastornos de ansiedad
- 1.7. Especificidad cognitiva y subtipos de trastornos de depresión
- 1.8. Especificidad cognitiva y subtipos de trastornos de ansiedad

1. LAS CREENCIAS IRRACIONALES Y LA TREC EN LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

1.1. CREENCIAS IRRACIONALES

1.1.1. Definición:

Se entiende por creencias a la “organización de ideas que surgen a partir de vivencias que va adquiriendo la persona a lo largo de su vida y que se acompañan de circunstancias psicosociales” (Beck et al., 2010), las cuales operan como esquemas rígidos que van instituyendo el modo como las personas valoran los sucesos o experiencias, así como a otros sujetos y al contexto.



Ellis y Bernard (1990) pusieron énfasis al estudio de las creencias. Al respecto, consideraron que estas generalmente son manifestadas a manera de ambiciones o prioridades –también llamadas racionales- o como una imposición, regla o mandato, a las cuales denominó irracionales.

Estas últimas pueden llegar a ser manifestaciones dogmáticas y absolutas que traen como consecuencia emociones negativas inadecuadas y alteraciones de conducta.

El sistema de creencias considera que tanto las creencias racionales (RB) como las irracionales (IB) son sistemas inmersos en toda persona y, en muchas circunstancias, funcionan simultáneamente (Lega et al., 2009).

Por tanto, se entiende a las creencias irracionales como pensamientos que generan emociones negativas, las cuales se manifiestan a causa de un evento ocurrido en la vida de una persona cuyos resultados obtenidos fueron adversos a los esperados. De manera que, estas ideas negativas se transforman en un patrón para evaluar eventos futuros a desarrollarse en la vida de un individuo, es por ello que estas creencias inconsistentes impiden el alcance de objetivos y metas que una persona anhela lograr.

1.1.2. Características de las Creencias Irracionales:

Las creencias irracionales se caracterizan por presentar inconsistencia lógica con el entorno, asimismo, originan emociones angustiantes y entorpecen la adquisición de propósitos.

De este modo, los pensamientos erróneos se apoyan en lo que es falso, en lo que carece de sentido o en aquello que no presenta evidencia en la realidad. Así, se convierten en obstáculos para que las personas logren sus metas, ya que interfieren agresivamente en la felicidad del individuo (Ellis, 1976).

En ese sentido, Ellis (2002) menciona que los juicios ilógicos presentan diversas características, entre ellas:

- **Erróneas**, ya que su origen no se funda en lo real, además a causa de ideas inadecuadas, al hacer deducciones imprecisas que ni tienen evidencia y, a menudo, son una sobregeneralización de lo que sucede.
- **Reglas o exigencias**, puesto que se revelan en forma de requerimientos, obligaciones e imperativos. Todas estas creencias están compuestas por una demanda absolutista que verbalmente se expresa con “debe”, “estoy obligado a” o “tengo que”; y un resultado extremadamente negativo, como la tendencia a catastrofizar y los “no puedo tolerarlo”.
- **Se encauzan en emociones contraproducentes**, como ansiedad, depresión, angustia, entre otras.
- **No contribuyen en el logro de metas**, porque las creencias absolutas son desbordadas por las emociones por lo tanto, la persona no está en una buena posición para tomar decisiones, ni realizar tareas, ni potenciar lo bueno de su vida.

En tal sentido, las creencias irracionales son pensamientos perjudiciales para la salud mental de una persona, las misma se caracterizan por presentar ideas de carácter totalizador y dogmático, en la cual el individuo exige, reclama, sufre y se frustra si las cosas no resultan como él las desea, las creencias destructivas se fundamentan en criterios relativos más que en acontecimientos reales, atentan contra la comodidad del individuo y obstaculizan el camino para la consecución de los objetivos personales.

1.1.3. Clasificación de las Creencias irracionales:

Los pensamientos absurdos pueden ser infinitos. Ellis y Dryden (2007) los clasifican en tres grupos de naturaleza absoluta: “debo desenvolverme de forma correcta y de esta forma ser aceptado”, “tú tienes que proceder de un modo grato e intachable conmigo” y “ en la vida tengo que obtener de manera rápida todo lo que deseo sin que ello demande mucho esmero”.

Estos tres grupos son conocidos como “los deberías”.

El primer “debo” absolutista es de la “exigencia acerca de sí mismo”, donde las personas suelen atribuirse ideas como: “mi desempeño en todo tiene que ser completamente impecable y por ello debo ganar la aceptación del resto o de lo contrario, seré un inepto”. Esta frase tiene una connotación absolutista, ya que se refiere a que las cosas deben hacerse sin que quepa duda. Una creencia así conduce a experimentar ansiedad, angustia, culpa, vergüenza y agresividad en algunos casos (Ellis y Dryder, 2007).

El segundo “debo absolutista es de las “exigencias sobre los otros”. Este se hace presente cuando una persona concibe “todos deben ser honestos y atentos conmigo de lo contrario son despreciables”. Esta creencia se asocia con emociones como enojo e ira, además de con violencia pasiva y eventos perpetuos de transgresiones (Ellis y Dryden, 2007).

El tercer “debo” incuestionable trata de las “exigencias sobre las condiciones” o lo que una persona tiene que gozar durante su existencia, y es posible expresarlo de esta manera: “los acontecimientos que me ocurren tienen que ser placenteros y no deben estar acompañados de angustia, ni malestar porque caso contrario el ambiente donde me desenvuelvo es horrendo y funesto y no soy capaz de tolerarlo”. Por ello, dichas suposiciones están ligadas a sentimientos de agobio y angustia, también, con obstinación o conductas adictivas (Dryden, DiGiuseppe y Neenan, 2010).

Estos autores refieren que las creencias irracionales se pueden fundamentar en tres nociones básicas, la primera es “la aprobación del entorno”, el individuo se siente obligado a realizar algo para ser aceptado por los demás, la segunda, “la exigencia hacia otros”, aquí el individuo idealiza una manera adecuada de cómo quiere ser tratado, si los demás no lo hacen, estos se convierten en personas abominables. Y la tercera y no menos importante, “condiciones favorables de vida”, mediante las cuales una persona puede conseguir lo que anhela sin inconveniente alguno.

Como se aprecia, la mayoría de personas conciben pensamientos inconsistentes con la realidad debido a malas experiencias consigo mismo como con su entorno, sin embargo; el conflicto se genera cuando estas inconsistencias se convierten en el factor clave de su intranquilidad, lo cual impide poder alcanzar determinados propósitos

1.1.4. Las Creencias Irracionales según Albert Ellis

Ellis (2003) consideró cuatro aspectos que adjudica a las creencias irracionales, las cuales se manifiestan desde ideas específicas.

- **El primero** está vinculado con la creencia de que alguien o algo deben ser indispensable.

- El segundo se relaciona con la realidad, a la cual se la considera atroz y tremenda.
- El tercero se asocia a la dificultad de tolerar esa realidad.
- El cuarto aspecto está referido al hecho de suponer que se han equivocado por lo que no importan y merecen rechazo.

Ellis y Bernard (1990) señalaron que las creencias irracionales de las personas están agrupadas en tres principios, a partir de los cuales se derivan otros supuestos: “debo hacerlo bien y ganar reconocimiento, o seré inútil”; “los demás deben tratarme con consideración y amabilidad exactamente de la manera que deseo que me traten, de lo contrario la sociedad debe castigarlos rigurosamente por su desconsideración”; “las condiciones bajo las que me desenvuelvo deben estar acomodada para que pueda contar con todo lo que desee, de un modo cómodo y práctico, sin tener que involucrarme en nada que no desee”.

Se presentan cuatro modalidades de idea pesimista que proceden de estas suposiciones absurdas y que provoca las siguientes alteraciones psicológicas:

- Dramatización. “Es tremendo o terrible, o es desastroso que no esté haciendo lo que debo”.
- Intolerancia. El “es que no puedo soportarlo”, “no puedo tolerar las cosas que me están sucediendo, ¿qué no deberían acontecer”.
- Incompetencia. “Soy una persona que no vale nada si no puedo hacer las cosas bien y obtengo la aprobación que merezco”.
- Falsa sobregeneralización. “¡En vista de que he fracasado en una actividad importante, que no debí, de ahora en adelante será así y nunca alcanzare el éxito!” (Ellis y Bernard, 1990).

Ellis (1973), como producto de sus estudios realizados, encontró una serie de creencias irracionales básicas. Esto constituyó su primera aproximación, pero posteriormente modificó algunas de ellas que se explican a continuación:

- El adulto tiene una obligación excesiva de ser apreciado y aceptado por todos los sujetos importantes de su comunidad.
- Para sentirse valioso, desarrolla competencia, suficiencia y capacidad para lograr cualquier cosa, en todos los aspectos posibles de su vida.
- Las personas malvadas deben ser seriamente culpabilizadas y castigadas por su maldad.

- Hay una sensación de vulnerabilidad y angustia cuando los planes no siguen el camino previamente ideado.
- Las desgracias humanas son causadas por factores externos y a las personas les resulta complicado dominar sus inquietudes y tristeza.
- Existe la sensación inevitable de que en caso alguna situación pueda resultar arriesgada se tiene que experimentar angustia y desasosiego.

Así que tendrá que considerar la probabilidad de que se desarrolle un evento de esa magnitud.

- Hay una preferencia por evitar enfrentar algunas obligaciones e inconvenientes en el transcurso de su existencia.
- Existe la sensación de dependencia hacia otros y la búsqueda de alguien con mayor resistencia que uno en quien fiarse.
- Un suceso pasado establece lo que acontece en el ahora. Algo que se dio en determinado momento y nos impactó seguirá afectándonos extremadamente.
- Tenemos que sentirnos angustiados a causa de los inconvenientes y alteraciones de los otros.
- Al no existir una conclusión clara, justa e impecable para las dificultades del hombre, la catástrofe es inevitable.
- Nos sentimos complacidos con nosotros mismos, con un sentido de vida, al ver que las personas actúan en la dirección que queremos.

Principales creencias propuestas por Ellis:

Posterior a esto, añadió otras creencias irracionales a esa lista ya descrita. Ellis las clasificó en diez principales grupos (Ellis, 1981), las cuales fueron fundamentales para la elaboración del registro de suposiciones absurdas.

- Carencia de aprecio. Es la necesidad de sentir el cariño, así como la aceptación de su prójimo (amigos y familia).
- Anhelos de excelencia. Se define como la necesidad de no sentirse víctima de críticas, de sentirse competente y de alcanzar metas.
- Fantasía de maldad. Es la creencia de que las personas malas deben recibir un castigo igual o mayor al ocasionado.

- **Ideas de catástrofe.** Sentimiento de que algo no se da como se esperaba, por ello se empiezan a imaginar consecuencias negativas que tl vez no sucedan.
- **Determinismo de los hechos.** Viene a ser la creencia de que el origen de los problemas radica en acontecimientos humanos, los cuales generan desgracias.
- **Temor a lo incierto.** Significa experimentar ansiedad y desasosiego ante cualquier evento oculto, arriesgado o poco fiable.
- **Evasión de conflictos.** Se refiere a la elección casi natural de evitar los problemas y responsabilidades, lo que ocasiona dificultad para hacerle frente.
- **Deseo de protección.** Es la sensación de sentirse desprotegido, lo cual requiere que la persona tenga a alguien más fuerte para sentirse protegido.
- **Determinismo del pasado.** Se entiende así a la influencia del pasado sobre lo que sucede en el presente, sea bueno o malo.
- **Odio indefinido.** Se fundamenta en el hecho de que la felicidad se incrementa al estar inactivo, pasivo, lo que hace que el ocio sea lo que más lo atrae.

1.1.5. Modelo de la TREC

Ellis, en 1955, al iniciar el desarrollo de su enfoque racional-emotivo de la psicoterapia, llevó a cabo estudios pioneros acerca de las ideas que acompañan a los trastornos emocionales y conductuales. Por ello, fue considerado uno de los pioneros que impulsó el estudio y análisis de las creencias irracionales.

En efecto, en 1958 presento su modelo conocido como A-B-C en terapia, en el cual postulaba que los trastornos emocionales se derivaban de un continuo autodocetrinamiento en demandas irracionales (Lega et al, 2009).

Postuló que el ser humano tiene una facilidad de erigir sentimientos y conductas adaptativas solo al generar un cambio en sus pensamientos. A partir de esta idea,, crea su modelo o terapia denominada Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) que explica que las ideas intervienen y son importantes en el origen y la mejoría de cualquier diagnóstico,. Ya sea ansiedad o depresión (Ellis, 1999).

La TREC propone un modelo conocido como el A-B-C, el cual se compone de tres partes. A través de esta terapia, se demuestra que los seres humanos

Adquieren determinado estilos cognitivos. Se considera que la activación de dichos estilos cognitivos se dan a partir de un evento crítico de la vida (A) lo que dará lugar a un desencadenamiento de creencias, pensamientos o experiencias (b) que se tenga sobre (A), y que podrían ser racionales (rB) o irracionales (iB).

Estas creencias generarán reacciones o consecuencias (C), las cuales pueden ser emocionales (Ce) o conductuales (Cc). Finalmente, se agrega al modelo la capacidad de debate (D) y el cuestionamiento que se hace de las creencias y sus efectos.

La TREC expone que los sucesos relacionados a la emoción y la conducta no son causados de modo directo por los eventos estimuladores (A), a saber (B). De este modo, centra su atención en el sistema de creencias, y concentra sus esfuerzos en el tratamiento de dichos sistema (Ellis, 2002).

El objetivo de la TREC es dar las facilidades para que el paciente tome conciencia de sus creencias irracionales y por lo tanto sea capaz de percibir las consecuencias emocionales que le pueden acarrear a lo largo del tiempo. De esta manera, buscara la modificación de las creencias en mención (Lega et al, 2009).

El modelo contemporáneo de la TREC considera cuatro procesos básicos respecto a las creencias irracionales, los cuales están presentes en diversas patologías psicológicas (David, Lynn y Ellis, 2010). Estos procesos son los siguientes:

- **Exigencia (Demandingness-DEM).** Es una creencia irracional nuclear, es decir, un mecanismo de evaluación irracional primario. Se caracteriza por ser un pensamiento rígido.
- **Terrible/catastrófico (Awfulzing-AWF).** Es un mecanismo de evaluación irracional secundario. Se distingue por ser un pensamiento orientado a creer que ocurrirá o peor que podría suceder.
- **Baja tolerancia a la frustración (Low Frustration Tolerance- LFT)/ intolerancia a la frustración (Frustration Intolerance- FI).** Se define por ser un pensamiento dirigido a creer que no posible soportar ciertas circunstancias, las cuales hacen que la situación sea intolerable.
- **Valoración integral negativa de la capacidad de la persona (Global Evaluation- GE).** Este pensamiento efectúa penetrantes evaluaciones negativas sobre el mundo y sobre uno mismo. Puede presentarse como autodecaimiento (autodepreciación (Self-Downing/self-Depreciation-SD), otros decaimientos (Other Downing- OD) y decaimiento de la vida (Life Downing- LD).

Por el contrario, es posible identificar cuatro procesos básicos de creencias racionales que se contraponen a las irracionales.

- Preferencias (Preferences-PRE). Esta creencia racional se caracteriza por ser un pensamiento flexible y aceptante. Es alternativa a la creencia irracional DEM (exigencia).
- No catastrófico (Non-catastrophizing-BAD). Se define como un pensamiento que desarrolla una evaluación matizada de lo malo o negativo. La alternativa a la creencia irracional AWF (Terrible/catastrófico).
- Tolerancia a la frustración (Frustration Tolerance-FT). Este pensamiento lleva a la persona a percibir el fracaso y los errores como parte de la vida, decidiendo integrar después de algunos intentos fallidos. Es alternativa a la creencia irracional LFT/FI (baja tolerancia a la frustración/ intolerancia a la frustración).
- Aceptación incondicional (Unconditional Acceptance-UA). Es alternativa a la creencia irracional GE (valoración general negativa de la competencia del individuo). Se puede presentar de las siguiente formas:
 - Autoaceptación incondicional (Unconditional Self-Acceptance-USA), alternativa a la creencia irracional SD (autodepreciación).
 - Otras aceptaciones incondicionales (Unconditional Other Accpetance-UOA), alternativa a la creencia irracional OD (otros decaimientos).
 - Aceptación incondicional de vida (Unconditional Life Acceptance-ULA), alternativa a la creencia irracional LD (decaimiento de la vida).

La creencia irracional DEM (exigencia) un mecanismo de evaluación irracional primario que a través del mecanismo de evaluación irracional secundario convierte las creencias irracionales –AWF (terrible/catastrófico), LFT/FI (baja tolerancia a la frustración, intolerancia la fracaso y GE (valoración total de la actitud de la personal)- en SD (autodepreciación, OD (otros decaimientos) y LD (decaimiento de la vida) para generar angustia (Hyland, Shevlin, Adamson y Boduszek, 2014).

De igual forma, al ser la creencia racional PRE (preferencias) un mecanismo de evaluación racional primario transforma, mediante el mecanismo de evaluación racional secundario, las creencias racionales BAD (no catastrófico), FT (tolerancia a la frustración) y UA (aceptación incondicional) en las formas de Autoaceptación Incondicional, otras aceptación incondicionales y Aceptación Incondicional de la vida, con el fin de generar sentimientos funcionales (Hyland et al, 2014).

1.1.6. Creencias Irracionales y Depresión

A partir del modelo de la TREC, una persona se deprime ante eventos negativos solo si se acoge a creencias irracionales tales como “yo debo ser enteramente competente, adecuado, exitoso y amable en todo momento” y “soy una persona incompetente y poco valiosa” (Kendall, Haaga, Ellis, Bernard, Di Giuseppe y Kassino, 1955, p. 172).

En el ejemplo brindado es posible observar la creencia irracional nuclear de exigencia (DEM). Al respecto, es relevante mencionar que la TREC señala que si una persona no cumple con esta característica – en el mismo nivel del pensamiento del “debo” –, la persona únicamente experimentará una sensación común de tristeza – incluso si dicha persona es pesimista, tiene pocas habilidades sociales o apoyo social, tal como lo indican otras teorías respecto a la depresión (Yankura y Dryden, 2000).

Por su parte, David (2003) plantea una guía para la relación entre las creencias irracionales y las emociones disfuncionales. Así, propuso que la sintomatología depresiva se debe a la interacción entre la creencia irracional nuclear de exigencia (DEM) y la creencia irracional de valoración integral negativa del talento de la persona (GE), en su forma de autodepreciación (SD).

Según el modelo de la TREC, las creencias irracionales participan en el avance de una extensa gama de enfermedades mentales y de comportamientos inadecuados. En referencia a la depresión, Beck y Ellis evidencian cómo los mecanismos de un conjunto de formas de procesar la información permiten mantener la fase deprimente suscitada por cualquier evento negativo (Yankura y Dryden, 2000).

Para fortalecer estos planteamientos, existen estudios que sostienen que las creencias irracionales están relacionadas con la depresión. En efecto, en un estudio desarrollado por Macavei (2005), se halló que la depresión clínica está ligada a distorsiones cognitivas. Por otro lado, McDermut, Haaga y Bilek (1997) encontraron un mayor número de creencias irracionales en pacientes depresivos que en los momentos que no tenían depresión.

Calvete y Cardeñoso (1999) evidenciaron que los pensamientos que se asocian a los síntomas depresivos están en relación a recibir la aceptación, excelencia y aprobación por parte de los otros, el perfeccionismo y el desamparo ante la modificación de una determinada situación.

Hauck y McKeegan (2000) han identificado tres patrones cognitivo- emocionales que serían las posibles causas de la depresión. Estos son los siguientes:

- **Autoinculpación.** Se refiere a la interpretación de los acontecimientos vividos con pensamientos que encuadran su pensamiento perturbado: fracasado, pesado o herido casualmente a alguien. Esto explica el surgimiento de creencias irracionales tales como “tengo que ser

estupendo, no debería realizar actos indebidos, en efecto soy un sujeto cruel y amerito ser sancionado”.

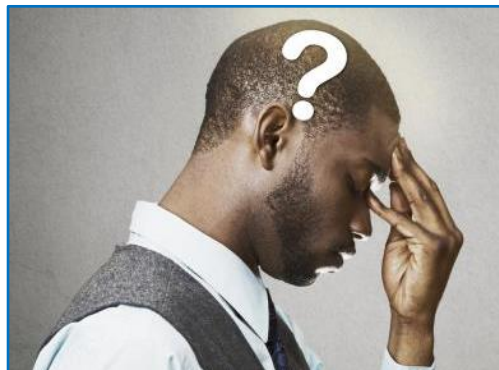
- **Autocompasión.** Hace referencia a creencias irracionales como “para emprender mi propio trayecto, tengo que alcanzar lo que anhelo, sería tremendo si no lo consigo... ¡qué será de mí!”; finalmente.
- **Compasión ajena.** Comprende creencias irracionales como “haber soportado un difícil contratiempo”, “los acontecimientos adversos no tendrían que ocurrir a los que no son dignos de alguna cosa” y “la sociedad es un espacio aterrador ya que permite que se produzcan ciertos eventos”.
Según este modelo, la depresión puede estar ocasionada por la autoinculpación (la visión del “soy un ser vil”), la autocompasión (“soy infeliz”) y la piedad de los demás (“lo lamento por ti”).

1.1.7. Creencias irracionales y Ansiedad

Para la TREC, el hecho de sentir ansiedad lleva a la persona a creer que es necesario pensar en cómo afrontar una amenaza. Existen dos tipos de amenazas que una persona puede experimentar (Dryden, David y Ellis, 2009):

- **Amenazas a aspectos del yo sobre el dominio personal.** Se da cuando una persona hace frente a algo que amenaza a una cosa o aspecto que considera valioso para sí mismo, ya que esto tiene un impacto en su autoestima.
- **Amenazas a aspectos que no involucran el yo sobre el dominio personal.** Se presenta cuando una persona afronta algo que amenaza a un aspecto o cosa que es importante para sí misma; sin embargo, no repercute en su autoestima.

David (2003) expone que la sintomatología ansiosa se debe a la interacción entre la creencia irracional de exigencia (DEM) y la creencia irracional terrible/catastrófico (AWF).



De igual manera, Dryden et al. (2009) consideran que los causantes de la ansiedad son dos tipos de creencias irracionales: un pensamiento rígido de exigencia y un pensamiento catastrófico. Además, señalan que se presentan otras creencias irracionales como poca apertura a la derrota (LFT), autodepreciación (SD) y apreciación total negativa del valor del individuo (GE).

Estas cuatro creencias irracionales las diversas formas de ansiedad y tomó en cuenta hacia donde considera la persona que está dirigida la amenaza y las creencias irracionales involucradas.

En la ansiedad no relacionada al yo, una persona generalmente mantiene una creencia irracional de exigencia con la creencia irracional catastrófica o la idea distorsionada de soportar poco el fracaso. Así, ambos posibles escenarios quedar esquematizados de la siguiente manera:

- Ansiedad que no es asociada al yo= (Amenaza a aspecto que no involucra al yo del dominio personal) x DEM (exigencia) + AWF (terrible/catastrófico).
- Ansiedad no relacionada al yo= (Amenaza a aspecto que no involucra al yo de dominio personal) x DEM (exigencia) + LFT (baja tolerancia a la frustración).

En cambio, en la ansiedad relacionada al yo, la persona generalmente mantiene una creencia irracional de exigencia y una creencia de autodepreciación, tal como se muestra a continuación:

- Ansiedad relacionada al yo = (Amenaza a aspecto que involucra al yo sobre el dominio personal) x DEM (exigencia) + SD (autodepreciación).

De igual manera, señala que mantener un GAP (Filosofía Creadora de Ansiedad General) llevará a la persona a buscar amenazas en su entorno y volverse ansiosa sobre esas amenazas por las versiones específicas de su filosofía. Entonces, la ansiedad es la consecuencia emocional de la interacción amenaza- creencia irracional: amenaza específica x creencia irracional específica = ansiedad.

1.2. DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DESDE UN MARCO BIOPSIOSOCIOCULTURAL

Según la OMS (2017), se entiende por salud a una “situación de plena satisfacción, corporal, psicológica y de relacionarse con los demás, y no únicamente la inexistencia de padecimientos o alteraciones”. Acorde a esta explicación, la salud tendría tres ejes fundamentales e integrales: físico, mental y social.

En la presente investigación, cobra interés el campo de la afección psíquica de tal forma que, desde esta perspectiva, la definición de malestar psíquico esta conectada con el fomento de tranquilidad, previsión de alteraciones mentales, tratamiento y recuperación de los sujetos perjudicados por las mencionadas alteraciones.

El vocablo desorden se utiliza en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud CIE-10, para mostrar la existencia de un estilo o un conglomerado de signos que, en la multiplicidad de los sucesos, son acompañados de intranquilidad o interfieren en las acciones de la persona (Oblitas, 2010).

La OMS (2017) considera como determinantes de la salud y de los trastornos mentales a las características individuales (pensamientos, emociones, comportamientos), sociales, culturales, económicas, políticas y ambientales; y a otros factores como el estrés, la herencia, la alimentación, las infecciones perinatales, entre otros. De este modo se puede entender el aumento y sostenimiento de los desórdenes de depresión y ansiedad desde un marco biopsicocultural.

Decisivamente, el modelo biopsicocultural involucra características biológicas, parte física de la persona; aspectos psicológicos, como la motivación, emoción, etc.; aspectos sociales, que influyen la forma como las demás personas hacen presión sobre uno y cómo actúan ante ello; y aspectos culturales, referidos a los valores, costumbres que una persona posee y transmite. Estos aspectos: bio, psico, social y cultural actúan como un todo y manejarlos adecuadamente permite que las personas se encuentren bien en todo aspecto, lo que se resume en un individuo saludable.

1.3. DEPRESIÓN

1.3.1. Definición

La depresión, incluida dentro de los trastornos del humor, según el CIE-10 (OMS, 1994), se caracteriza por la presencia de nostalgia, merma de la disposición de interés y disfrute de actividades o asuntos, descenso del nivel de actividad y energía, fatiga extrema, reducción del interés y reflexión, desconfianza y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa e inutilidad, razonamientos y acciones insensatas, autoagresiones, somnolencia, inapetencia y falta de deseo sexual.

La presentación clínica de las manifestaciones es distinta de cada evento y persona, y puede ser descrita en tres niveles: leve, moderada y grave. Para el diagnóstico de cualquiera de los niveles de gravedad, se requiere de al menos dos semanas.

De esta manera, si una persona diagnosticada con depresión no es tratada a tiempo, puede llegar a ser un paciente crónico y recurrente. En efecto, esto dificulta el normal desarrollo de las actividades laborales, académicas y del hecho de afrontar la vida cotidiana. Un estado extremo de depresión puede llevar a la persona al suicidio (OMS, 2017).

Sobre la base de las ideas expuestas, es posible afirmar que en muchas circunstancias se presentan anímicos ya sea debido a situaciones nada positivas en la vida, como por ejemplo una ruptura amorosa, fracasos, etc.

En otras ocasiones se manifiestan como problemas más severos, puesto que se generan alteraciones en la memoria ocasionando pérdida de atención y concentración, así mismo existe una alta probabilidad que la persona presente pensamientos catastróficos sobre sí mismo e incluso puede llegar a atentar contra su propia vida.

1.3.2. Factores Predisponentes de la Depresión:

A continuación se describen estos factores para la depresión, los cuales han sido extraídos de Sue, Wing y Sue (2010):

1. **Factores Biológicos:** Se centran en la predisposición genética, disfunciones en la neurotransmisión del cerebro, diferencias de la estructura cerebral, niveles de cortisol anormal y perturbaciones en el sueño MOR.

La herencia juega un papel fundamental, hallándose que entre los pacientes con diagnóstico de depresión, también algún miembro del entorno familiar la ha padecido, asimismo mayor prevalencia entre las familias biológicas que las adoptivas (Levinson, 2006).

2. **Factores Psicológicos:** La teoría conductual y cognitiva intentan describir las vivencias que llevan a la depresión. (a) Las explicaciones conductistas ven la ruptura o el fallecimiento de alguna persona valiosa como un agente significativo en la depresión; y (b) las teorías cognitivas consideran que las personas deprimidas tienen perspectivas negativas de sí mismos (se perciben inexpertas, insignificantes, incapaces y apartadas de la realidad y con sentimientos de desesperación).

a) El modelo cognitivo de la depresión

Propuesto por Aaron Beck, surgió a partir de observaciones clínicas continuas y de investigaciones experimentadas en pacientes depresivos, las cuales han sido desarrolladas con la finalidad de mejorar paulatinamente el modelo que se presenta, así como el tipo de terapia derivada del mismo. Además, dicho modelo señala tres conceptos importantes para explicar el sustrato psicológico de la depresión:

- Concepto de tríada cognitiva

Beck et al. (2010), mencionaron que “basado en tres modelos” mentales fundamentales que impulsan a la persona a valorarse a

sí misma, lo venidero y los comportamientos de una manera particular" (p.20).

- **Patrones cognitivos**

- **Componente 1:** Se refiere a la perspectiva negativa que tiene el paciente acerca de su persona. Ve en su a una persona torpe, enferma y con poca utilidad. Se inclina a tribuir sus experiencias nada agradables a una deficiencia suya, que puede ser de tipo psicología, moral o física. Finalmente, considera que no cuenta con las cualidades esenciales para alcanzar la alegría y felicidad.
- **Componente 2:** Se alude a la capacidad que tiene el individuo depresivo en dirección a mal interpretar sus experiencias catalogándolas como negativas. Tiene un pensamiento en donde cree que el mundo le coloca traba imposibles de superar para lograr sus objetivos. Atribuye que sus interacciones con el medio denotan sentimientos de fracaso o frustración.

Estas apreciaciones nada positivas son notorias a manera que el paciente construye situaciones de forma negativa, as cuando estas pudieran realizarse con un análisis alternativo más aceptable.

- **Componente 3:** Se refiere a la visión negativa sobre el futuro. A manera que la persona depresiva realiza o planifica proyectos de alto alcance, está anticipando que sus inconvenientes o penas actuales seguirán por tiempo prolongado (está planificando frustración y privación interminable).

Si tiene la idea de encargarse de alguna tarea en un futuro inmediato, se plantea expectativas negativas de fracaso.

- **Organización estructural del pensamiento depresivo**

Beck et al. (2010), acotaron que la organización estructural del pensamiento depresivo sirve para interpretar por que la persona depresiva conserva actitudes que le generan sufrimiento y son desfavorables, incluso en oposición de la certeza de la existencia de elementos favorable en su vida.

Todo evento se compone de una extensa gama de estímulos. La persona responde específicamente a incentivos determinados, los mezcla y organiza la realidad. Si bien individuos diferentes son

Capaces de conceptualizar una misma situación de maneras diferentes, un individuo especificado tiene la inclinación a mantener coherencia en sus respuestas a patrones de manifestaciones semejantes.

Algunos modelos mentales parcialmente permanentes componen el soporte de la precisión de las explicaciones sobre un definido grupo de circunstancias. La expresión “esquema” denomina estas pautas cognitivas estables.

b) Errores en el procesamiento de la información

Beck et al. (2010), manifestaron lo siguiente “las equivocaciones sistematizadas que se producen en la mente del depresivo sostienen la idea del enfermo en la utilidad de sus pensamientos dañinos inclusive pese a la demostración de lo opuesto” (p. 22).

Existen 5 fallos en el desarrollo del contenido mental entre ellos:

- **Conclusión injustificada** (relativo a la contestación): Señala el adelantamiento de un determinado desenlace cuando se carece de evidencia que la respalde o si esta suele ser opuesta.
- **Abstracción selectiva** (relativo al estímulo): Se centra en aspectos que figuran fuera de su contexto, dejando de lado algunas características de su entorno, y se interioriza toda su vivencia tomando en cuenta ese aspecto.
- **Generalización excesiva** (relativo a la respuesta): Consiste en seguir un conjunto ordenado de pasos para crear una conclusión basada en eventos separados y de emplear dicha en sucesos vinculados como en circunstancias no relacionadas.
- **Sobreestimación y Subestimación** (referente a la resolución): Se refiere a que existe conocimiento sobre los errores sucedidos al realizar una evaluación sobre la significación o magnitud de un determinado evento; errores tan grandes, a los que se considera con una alteración.
- **Identificación** (concerniente a la solución): Toma en cuenta la capacidad con la que un cliente puede asignarse fenómenos externos cuando es notorio la inexistencia de una base segura para realizar tal conexión.

De igual forma, Beck et al. (2010) mencionaron que una forma de referirse a la alteración del pensamiento existente en la depresión es tratarlo con el vocablo de modos “primitivos”, es decir estructurar la

Verdad vs modalidad “reflexiva”. Es bastante notorio que los individuos con depresión tiendan a ordenar sus vivencias de una forma muy primitiva. Se inclinan a manifestar opiniones generales acerca de los eventos que perjudican su existencia. Cada uno de los contenidos almacenados en sus pensamientos cuentan con una alta posibilidad de ser radicales, contundentes, totalitarios, etc.

En este sentido, la conducta afectiva, resulta ser perjudicial y exagerada. En cambio en oposición a un pensamiento de tipo primario, un razonamiento que se hace llamar maduro constituye automáticamente los acontecimientos en distintas dimensiones (en vez de considerar una sola categoría) y consonancia con pautas restringidas más que dominantes. Finalmente, el concepto primigenio, la confusión, inestabilidad y variedad de las vivencias y el proceder del ser humano se resume a una reducidas condiciones.

Lo mencionado por Beck, se centra básicamente en el concepto de triada cognitiva, el cual indica que el paciente se siente enfermizo y con poca utilidad, lo que se atribuye a defectos psicológicos y físicos.

Además tiende a asignarse experiencias nada agradables para su persona a nivel psíquico, moral y físico; y desarrolla pensamientos sobre su futuro en donde se visualiza con un desenlace negativo.

Todo esto se resume en la existencia de una visión negativa de sí mismo; en este caso es necesario modificarla de tal forma que se pueda gozar de una vida saludable sin sentirse presionando y sin padecer de depresión.

3. **Factores Sociales:** La ansiedad aqueja de manera relevante al suceso de los desórdenes depresivos cuando este es severo y crónico; asimismo, las frustraciones de las principales metas de la existencia, la inestabilidad económica y el descuido de soportes sociales son elementos que son frecuencia se anticipan a la depresión.
4. **Factores Socioculturales:** Se puede señalar el nivel socioeconómico bajo y las diferencias culturales; se tiene que las personas en sociedades que poseen elevados exponentes de privaciones y que padecen severos conflictos sociales tienen un riesgo mayor de desarrollar depresión (Cutrona, Rusell, Brown, Clark, Hessling y Gardner, 2005); por otro lado, los individuos de distintas culturas discrepan en el nivel en el que presentan las manifestaciones enumeradas en el CIE-10 (OMS, 1994) para los diversos habitualmente muestran síntomas fisiológicos en vez de signos como desasosiego y melancolía (Kleinman, 2004).

- 5. Depresión y Género:** La prevalencia, la incidencia y la morbilidad de la depresión es más elevada en mujeres que en varones, con un riesgo relativo de 2:1 (Chinchilla, 2008). Esto se da al margen de su procedencia geográfica, raza o etnicidad, o de la clase social (Rieker y Bird, 2005). Una de las explicaciones para este hallazgo se encuentra en lo mencionado en el estudio de Kessler (2003).

Este investigado encontró, en primer lugar, con respecto a las féminas, en oposición a los varones, que les resulta muy fácil solicitar terapia cada vez que presentan depresión, en segundo lugar, la mujer tiende a reportar su enfermedad a otras personas, y en tercer lugar, que el desánimo en los varones logra obtener distintos aspectos y, en consecuencia, admite diferentes diagnósticos, por ejemplo adicción a una sustancia.

Asimismo, Strickland (1992) propuso los factores sociales, y dentro de estos destacó la importancia del papel convencional de la categoría femenina: las damas suelen presentarse de forma seductora, con mayor sensibilidad y con un rol en las relaciones.

De las evidencias anteriores, respecto a los factores sociales se resalta la importancia de acontecimientos estresantes los cuales tienen protagonismo para llegar a desencadenar el trastorno de la depresión en un individuo que ha sufrido un evento nocivo, concebido éste bajo su percepción. De la misma forma, respecto a los factores socioculturales, una persona con condición social vulnerable está más propensa a sumergirse en trastornos depresivos debido a la presión que siente por el medio donde habita, su entorno social, entre otros.

Por otro lado, tanto los varones como las mujeres se encuentran propensos a sufrir depresión, sin embargo ambos géneros no experimentan síntomas depresivos similares, ya que las mujeres muestran manifestaciones emocionales y recurren fácilmente a ayuda médica, mientras que los varones no suelen expresar sus emociones y se refugian en consumir sustancias tóxicas que lo único que provocan es que el cuadro depresivo que afrontan se disfraza y pase desapercibido.

1.3.3. Trastornos depresivos

Según el CIE-10 (OMS, 1994), los trastornos depresivos se clasifican en dos grupos: episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente. El primero de ellos distingue tres niveles: leve, moderado y grave, antes mencionados, los cuales se definen de acuerdo al número de síntomas observados, la intensidad y el tiempo. El segundo grupo se caracteriza por la presencia de episodios depresivos repetidos con una duración de tres a doce meses, pero las recaídas son menos frecuentes.

En el caso de la distimia, se trata de una depresión crónica, mayor a dos años de cambio, que no se desarrolla inmediatamente después de un ánimo grave.

De origen dañino, bien en la juventud temprana o de modo retardado, como consecuencia de detrimentos notables (Zarragolitia, 2011).

En efecto, los trastornos depresivos se presentan con síntomas de tristeza, sensación de vacío, incapacidad de ocuparse de labores cotidianas y disminución del interés para ejecutar actividades que anteriormente agradaban, esto se debe en la mayoría de casos a factores psicosociales.

1.4. ANSIEDAD

1.4.1. Introducción

La ansiedad es una parte de la existencia humana, todas las personas sienten un grado moderado de la misma, siendo esta una respuesta adaptativa. La ansiedad sigue siendo un tema de gran importancia para la psicología: su incorporación es tardía, siendo tratado sólo desde 1920, abordándose desde distintas perspectivas. Según el Diccionario de la Real Academia Española (vigésima primera edición), el término ansiedad proviene del latín anxietas, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico; no obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico. Si bien la ansiedad el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Marks, 1986). Tanto la ansiedad como el miedo tienen manifestaciones parecidas, en ambos casos se aprecian pensamientos de peligro, sensaciones de aprensión, reacciones fisiológicas y respuestas motoras; por eso, algunos autores utilizan indistintamente un término u otro (Cambell, 1986; Thyer, 1987). Además, ambos se consideran mecanismos evolucionados de adaptación que potencian la supervivencia de nuestra especie (Thyer, 1987). En esta línea, Johnson y Melamed (1979) indican que la ansiedad se diferencia del miedo en la que la primera consiste en la emisión de una respuesta más difusa, menos focalizada, ocurriendo sin causa aparente y quizá mejor descrita como aprensión para el individuo. La característica más llamativa de la ansiedad es su carácter anticipatorio, es decir, posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo, confiriéndole un valor funcional importante (Sandin y Chorot, 1995), además, tiene una función activadora y facilitadora de la capacidad de respuesta del individuo, concibiéndose como un mecanismo biológico adaptativo de protección y preservación ante posibles daños presentes

en el individuo desde su infancia (Miguel – Tobal, 1996). Sin embargo, si la ansiedad supera la normalidad en cuanto a los parámetros de intensidad frecuencia o duración, o bien se relaciona con estímulos no amenazantes para el organismo, provoca manifestaciones patológicas en el individuo, tanto a nivel emocional como funcional (Vila, 1984).

Por su parte, desde la psicología de la personalidad (Endler y Okada, 1975; Eysenck, 1967, 1975; Gray, 1982; Sandín, 1990) se concibe la ansiedad en términos de rasgo y estado. Desde el punto de vista de rasgo (personalidad neurótica), se presenta una tendencia individual a responder de forma ansiosa, es decir, se tiende hacia una interpretación situacional-estimular caracterizada por el peligro o la amenaza, respondiendo ante la misma con ansiedad. En general, esta tendencia va acompañada de una personalidad neurótica de base similar a la timidez, apareciendo durante largos periodos de tiempo en todo tipo de situaciones. Existe una gran variabilidad interindividual en cuanto al rasgo de ansiedad, debido a la influencia tanto de factores biológicos como aprendidos; así pues, algunos sujetos tienden a percibir un gran número de situaciones como amenazantes, reaccionando con ansiedad, mientras que otros no le conceden mayor importancia. Por otra parte, la ansiedad entendida como estado se asimila a una fase emocional transitoria y variable en cuanto a intensidad y duración, ésta es vivenciada por el individuo como patológica en un momento particular, caracterizándose por una activación autonómica y somática y por una percepción consciente de la tensión subjetiva. Cuando las circunstancias son percibidas como amenazantes por el sujeto, la intensidad de la emoción aumenta independientemente del peligro real, mientras que cuando las mismas son valoradas como no amenazantes, la intensidad de la emoción será baja, aunque exista dicho peligro real.

La relación entre ambos puntos de vista es muy estrecha, pues un individuo con alto rasgo de ansiedad reaccionara con mayor frecuencia de forma ansiosa (Miguel-Tobal, 1996). La ansiedad rasgo y estado se solapan en varios aspectos, al igual que le ocurre a la ansiedad crónica y la de tipo agudo; cuando esta es intensa origina un sentimiento desagradable de terror e irritabilidad, acompañado de fuertes deseos de correr, ocultarse y gritar, presentando sensaciones de debilidad, desfallecimiento y desesperación para el individuo; también, puede haber un sentimiento de irrealidad o de “estar separado” del suceso o la situación. Todo esto, indica que la ansiedad se entiende como una respuesta normal y necesaria o como una respuesta desadaptativa (ansiedad patológica); la solución para diferenciar ambas respuestas puede residir en que la ansiedad normal, es decir, presenta diferencias cuantitativas respecto a aquella (Spielberger, Pollas y Wordan, 1984). El sistema categorial dominante en la psicopatología actual promueve diferencias cualitativas tanto entre los sujetos clínicos y los normales como entre las categorías clínicas, la diferenciación entre ambos tipos de ansiedad se concreta en la demanda de tratamiento por el sujeto, siendo ésta de carácter multicausal. Al tomar como base un modelo multidimensional, la

1.4.2. Evolución histórica del concepto

Durante la década de los años cincuenta y posteriormente en los sesenta, la investigación psicológica estaba centrada en el trastorno mental de la esquizofrenia, mientras que en los años setenta el interés se dirigió a la evaluación de los estados de ánimo, especialmente la depresión. Sin embargo, en 1985 dos psicólogos norteamericanos, Husain y Jack Maser, afirman que la década de los años ochenta pasaría a la historia como la década de la ansiedad, y es a partir de entonces cuando la misma pasa a ocupar un lugar preferente que perdura hasta nuestros días en esta época, las neurosis de ansiedad se caracterizan por una preocupación ansiosa exagerada que llega hasta el pánico y va acompañada a menudo por síntomas somáticos. La neurosis de ansiedad (al contrario que la neurosis fóbica) puede producirse en cualquier circunstancia y no está limitada a situaciones u objetos específicos (DSM II, 1986). Actualmente, los trastornos de ansiedad ocupan el primer lugar a nivel mundial entre los trastornos del comportamiento más destacados.

Existe una gran confusión con el término ansiedad, pues bajo el mismo se han englobado diversos conceptos en el campo de la Psicología. Los problemas de ambigüedad conceptual y operativa para su abordaje dificultan el desarrollo de definiciones unánimes desde los distintos enfoques, a lo que se suma el problema de las numerosas etiquetas (reacción emocional, respuesta experiencia interna, rasgo de personalidad, estado, síntoma, etc.) que ha recibido. En esta línea, la filosofía existencial considera que la ansiedad es una respuesta de carácter humano que está dirigida hacia la amenaza que sufren los valores morales, y que aparece cuando el sistema de valores que da sentido a la vida del ser humano se ve amenazado de muerte.

Los psiquiatras existencialistas dan una importancia notoria al hecho de que la ansiedad es una característica ontológica del hombre. Dicha corriente filosófica mantiene que no es una actitud entre otras muchas, como pueden serlo el placer o la tristeza. Sin embargo, desde el punto de vista psicopatológico, el concepto de ansiedad no siempre ha sido usado de forma homogénea. Como sugiere Lewis (1980), varias palabras latinas contienen la raíz indogermánica *angh* y, a pesar de ello, el término que ha prevalecido en toda la cultura occidental para definir a ese sentimiento de inquietud, que se acompaña de una clara constricción en la zona epigástrica y dificultades respiratorias, es el de ansiedad, debido a la influencia de Freud, quien la introduce como palabra técnica en la psicopatología. Este autor define la ansiedad como un estado afectivo desagradable, caracterizado por la aprensión y una combinación de sentimientos y pensamientos molestos para el individuo. La ansiedad se concibe como el resultado de la percepción (consciente o inconsciente) por parte del individuo de una situación de peligro, que se traduce en ciertos estímulos sexuales o agresivos y da lugar a la anticipación del ego (Freud, 1964); Freud identifica elementos fenomenológicos y fisiológicos en sus estudios sobre la ansiedad, defendiendo que las distintas formas de neurosis están determinadas por la intensidad, defendiendo que las distintas formas de neurosis están determinadas por la intensidad y el carácter que presentan a raíz de la experiencia traumática y en función de la etapa de desarrollo psicosexual en la que se encuentre el individuo. Según esto, la ansiedad es una característica

esencial de la neurosis, una respuesta no realista ante la situación que es temida por el sujeto y que implica poco o ningún miedo real. Dicha ansiedad neurótica es entendida por los psicoanalistas como una señal de peligro procedente de los impulsos reprimidos del individuo, que se origina a raíz de las transformaciones producidas sobre la propia ansiedad objetiva.

El concepto de ansiedad ha ido evolucionando hacia una multiplicidad de dimensiones. En primer lugar, este se ha considerado como un estado emocional y fisiológico transitorio, como un rasgo de personalidad y como explicación de una conducta. La ansiedad no siempre varía en proporción directa al peligro objetivo producido por una determinada situación, sino que tiende a ocurrir de forma irracional, es decir, ante situaciones carentes de peligro real (Mowrer, 1939). A partir de la década de los años cincuenta, la ansiedad empezó a ser concebida como una dolencia de sobreexcitación, en tanto la exposición prolongada ante un estímulo excitante puede desembocar en una incapacidad para la inhibición de la excitación (Malmo, 1957). Por su parte, Wolpe (1958) describe la ansiedad como “lo que impregna todo”, estando condicionada a distintas propiedades más o menos omnipresentes en el ambiente, haciendo que el individuo este ansioso de forma continua y sin causa justificada. En la década de los años sesenta se formuló la teoría tridimensional de la ansiedad, según la cual, las emociones se manifiestan a través de reacciones agrupadas en distintas categorías: cognitiva o subjetiva, fisiológica y motora o comportamental, las cuales correlacionan escasamente entre sí (Lang, 1968). Esto quiere decir que una persona puede mostrar todo lo contrario, llegando a la conclusión de que existe alta variabilidad interindividual en la reacción. Por eso, a finales de los años sesenta, se empieza a concebir la ansiedad como in termino referido a un patrón de conducta caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, cogniciones y activación fisiológica (Franks, 1969), como respuesta a estímulos internos (cognitivos o somáticos) y externos (ambientales). Se trata, por tanto, de un constructo multidimensional compuesto por tres componentes (motor, cognitivo y fisiológico), los cuales interactúan entre sí. La respuesta emocional emitida engloba aspectos subjetivos de carácter displacentero en el individuo (tensión, inseguridad, falta de concentración, dificultad para tomar decisiones, miedo, aprensión, pensamientos negativos de inferioridad, sentimientos de incapacidad ante la situación, sensación general de pérdida de control, etc.), aspectos corporales caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y del sistema nervioso somático (palpitaciones, pulso rápido, opresión torácica, respiración rápida y superficial, ahogo, aerofagia, molestias digestivas, sudoración, sequedad de boca, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatigabilidad excesiva, tensión muscular, mareo, vómitos, micciones frecuentes, eyaculación precoz, frigidez, impotencia, etc.), y aspectos observables que implican comportamientos poco adaptativos (paralización motora, hiperactividad, tartamudeo, dificultades de expresión verbal, conductas de evitación ante determinadas situaciones, conductas de escape, movimientos sin una finalidad concreta, torpes y repetitivos,

etc.). Además, en esta misma década de los años sesenta se comienza a tomar consciencia de la relación que existe entre la ansiedad y la enfermedad, concluyendo que la ansiedad puede influir sobre las funciones fisiológicas del organismo y contribuir al desarrollo o a la potenciación de determinadas patologías o trastornos en el ser humano. En esta línea, Kolb (1968) considera que el ataque de ansiedad es causado por una hiperventilación, es decir, por un cambio en el ritmo de la respiración que se traduce en tomar grandes cantidades de aire en cada inspiración. Así algunos de los síntomas del ataque de ansiedad son similares a los que se observan en la hiperventilación, como el aturdimiento, la sensación de desvanecimiento, el paso inseguro y la respiración entrecortada.

A partir de la década de los años setenta, se empieza a considerar que la ansiedad constituye un estado emocional no resuelto de miedo sin dirección específica, ocurriendo tras la percepción de una amenaza (Epstein, 1972). Por su parte, Marks y Lader (1973) describen la ansiedad crónica y continua como ansiedad de fluctuación libre. Otro autor importante de esta década fue Wolpe, que propuso a partir de la psicopatología experimental una definición operacional; éste viene a definir la ansiedad como una respuesta autónoma de un organismo individual concreto después de la presentación de un estímulo nocivo y que, de forma natural, posee la facultad de provocar dolor y daño en el individuo (por ejemplo, una descarga eléctrica); en términos de aprendizaje, la ansiedad sería tanto una respuesta condicionada como una respuesta incondicionada, pudiendo ser las respuestas de ansiedad ante los estímulos incondicionados superiores incluso a las producidas ante los estímulos incondicionados (Wolpe, 1979). Por otro lado, en los años ochenta comienza a describir las características de la ansiedad. Así, Lewis (1980) señala que, en primer lugar, constituye un estado emocional experimentado como miedo o algo similar cualitativamente y distinto a la ira; en segundo lugar, es una emoción desagradable (sentimiento de muerte o derrumbamiento); en tercer lugar, se orienta al futuro, relacionándose con algún tipo de amenaza o peligro inminente; en cuarto lugar, en ella no aparece una amenaza real y, si la hay, el estado emocional sugerido resulta desproporcionado a ésta; en quinto lugar, se señala la presencia de sensaciones corporales que causan molestias durante los episodios de ansiedad por ejemplo, la sensación de ahogo, opresión en el pecho, dificultades respiratorias, etc.; en último lugar, se informa de la manifestación voluntariamente de huida, defecación, etc., o bien obedecen a funciones involuntarias o parcialmente voluntarias como vómitos, temblor y sequedad de boca.

La ansiedad también se ha descrito como una reacción adaptativa de emergencia ante situaciones que representan o son interpretadas por el sujeto como una amenaza o peligro para su integridad, poniendo en marcha una serie de mecanismos defensivos a través de, entre otras, una estimulación del sistema nervioso simpático y de la liberación de catecolaminas, responsables de buena parte de los síntomas somáticos que integran la respuesta ansiosa (Tyrer, 1982). Rachman (1984) propone que la ansiedad dentro de la psicopatología actual corresponde a una respuesta condicionada, anticipatoria y funcional;

este autor añade que , dentro de la visión científica de la ansiedad, no se presenta correlación positiva entre el peligro objetivo y la ansiedad, sino que ésta tiene un carácter irracional, es decir, se produce ante situaciones sin peligro real. Por su parte, Spielberger et al. (1984) definen el estado de ansiedad, como una reacción emocional de aprensión, tensión, preocupación, activación y descarga del sistema nervioso autónomo, mientras que Tobeña (1997) la considera como una emoción que modifica los parámetros biológicos y se expresa a través de diferentes aparatos y sistemas.

A partir de los años noventa, se propone que la ansiedad es un estado emocional que puede darse solo o sobreañadido a los estados depresivos y a los síntomas psicósomáticos cuando el sujeto (fracasa en su adaptación al medio (Valdés y Flores, 1990). Tras realizar una revisión de las distintas orientaciones, Miguel-Tobal (1990) propone que “la ansiedad es una respuesta emocional, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos, displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo, y aspectos motores, que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada, tanto por estímulos externos o situacionales, como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc, que son percibidos por el individuo como peligrosos y amenazantes. El tipo de estímulo capaz de evocar la respuesta de ansiedad vendrá determinado en gran medida por las características del sujeto”.

Posteriormente, Miguel-Tobal (1996) resumen la definición anterior en lo siguiente; la ansiedad es una reacción emocional ante la percepción de un peligro o amenaza, manifestándose mediante un conjunto de respuestas agrupadas en tres sistemas: cognitivo o subjetivo, fisiológico o corporal y motor, pudiendo actuar con cierta independencia. Por otro lado, según la Asociación Americana de Psiquiatría (1994), la ansiedad fóbica se ha definido como una reacción excesiva o irracional a una situación particular.

En definitiva, la ansiedad se ha visto como una reacción emocional consistente en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación que se acompañan por la activación del sistema nervioso autónomo simpático; ésta es anticipatoria, teniendo un valor funcional y utilidad biológica (Sandín y Chorot, 1995). Por último, las manifestaciones cognitivas pueden ir desde una leve preocupación hasta el pánico, pudiendo en sus formas graves implicar la convicción de un destino inminente (el fin del mundo o la muerte), preocupación por lo desconocido o temor de perder el control sobre las funciones corporales.

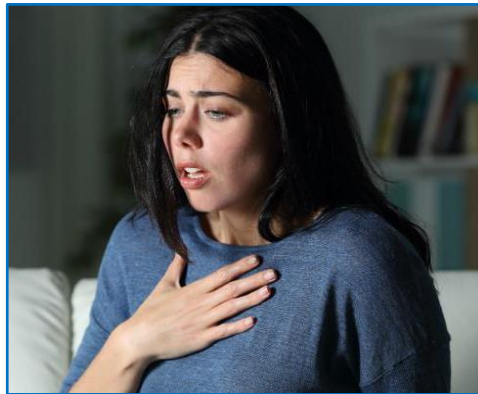
Las manifestaciones conductuales implican la evitación de situaciones inductoras de ansiedad, mientras que los cambios somáticos incluyen la respiración entrecortada, sequedad de boca, manos y pies fríos, micción frecuente, mareos, palpitaciones cardíaca, elevación de la presión sanguínea, aumento de transpiración, tensión muscular e indigestión (Sue, 1996).

En definitiva, la ansiedad se refiere a una respuesta a un peligro indefinido, confuso o imaginario; ésta se caracteriza por la tirantez, inquietud y un sentido de desamparo el individuo ansioso anticipa una desgracia, dando como resultado ciertas manifestaciones clínicas particulares, como sudoración, tensión muscular, quejidos, pulso acelerado, respiración entrecortada, indigestión, diarrea, disfunción sexual, entre otras.

1.4.3. Definición

La preocupación es una percepción vivenciada por las personas, en diferentes grados, en diversas etapas del acontecer diario.

Cuando se manifiesta en categorías medidas, favorece la productividad, aumenta el interés para ejecutar determinadas acciones, anima a hacer frente a un estado maligno, entre otros; es decir, ayuda a enfrentar cualquier tipo de situación (Oblitas, 2010).



Se le ha clasificado como una condición esencial de la existencia, una emoción humana básica, ya que se considera que en cierta dosis actúa como una especie de protección que evita que se ignore el peligro (función adaptativa), y prepara al individuo para luchar o escapar. Así, la ansiedad se produce antes de que se presente una situación que se considera aterradora (Sue et al, 2010).

Desde esta perspectiva, se puede entender la angustia como un sentimiento de intranquilidad o aprehensión, de temible indecisión o de temor desencadenado por una previa señal. A menudo, está asociada a signos corporales, por ejemplo, dificultades para respirar, latidos cardíacos, transpiración y agitación (Papalia y Wendkos, 2004).

En líneas generales, la ansiedad es un acto que lleva a cabo el organismo a manera de mecanismo de defensa ante posibles amenazas que prometen dañar la estabilidad somática y psíquica del individuo, en la vida cotidiana resulta beneficioso y hasta permite alcanzar muchos objetivos; sin embargo, cuando esta se toma incontrolable (estado de alerta constante) produce enfermedades psíquicas, en donde existe sensación de malestar, preocupación, tensión, miedo, etc. Y en definitiva se perciben muchos cambios fisiológicos.

1.4.4. Factores Predisponentes de la Ansiedad:

- Factores Biológicos: Se ha reportado que los pacientes con trastornos de ansiedad presentan hiperactividad en el circuito del miedo en el cerebro, donde la amígdala cumple una labor esencial; es así que cada vez que se percibe una alerta de algo desagradable, la amígdala advierte a diferentes organizaciones mentales, como el hipotálamo y el lóbulo frontal, emitiendo una contestación de temor o incertidumbre.
- Factores Psicológicos: Los teóricos psicoanalistas se enfocan en las experiencias de una infancia problemática, donde se incluyen los temas de separación, autonomía y manejo de la ira. Por otro lado, los teóricos tales como los de catastrofización, los cuales aumentan el temor e inquietud (Rinck y Becker, 2006).

A continuación, se detalla la teoría de la preocupación como evitación cognitiva, puesto que la preocupación, muchas veces genera pensamientos negativos que se encuentran estrechamente relacionados con los trastornos de ansiedad, además se aborda el tema del Modelo Metacognitivo, en vista de que la metacognición encierra las creencias que tienen las personas sobre su propio pensamiento, así como las estrategias que utilizan para poder desarrollarlas, conducirlas y mantenerlas.

Finalmente, se abarca la Perspectiva Cognitiva del procesamiento de la información, en vista de que la misma admite que específicos estilos mentales o modos de elaborar el mensaje organizan un componente de indefensión para el progreso y sustento de la ansiedad.

a) Teoría de la preocupación como evitación cognitiva

Al respecto, Borkovec e Inz (1990) afirmaron que “la angustia es una vivencia esencialmente gramatical, con un tema emotivamente dañino, que ocasiona una reducción de la producción de representaciones psíquicas” (Citado en Caballo et al., 2011, p. 324).

El modelo presentado manifiesta que las personas que sufren de trastorno de ansiedad generalizada ante una percepción considerada por ellos mismos como mala o terrible suelen trasladar dicha atención hacia la preocupación, ya que esta desplaza las representaciones mentales nocivas impidiendo que se lleve a cabo una activación somática y emocional.

b) Modelo Metacognitivo

El modelo Metacognitivo se fundamenta principalmente en la creencia de que la preocupación ayudara a afrontar una situación determinada,

es decir, la persona es consciente que sus pensamientos pueden ser beneficiosos, sin embargo si no se da la solución al problema esta puede empeorar; asimismo se señala que a medida que se plantean creencias de preocupación, también se activan creencias negativas acerca de estas misma, por ejemplo se cree que la preocupación puede llegar a ser incontrolable y peligrosa, es decir nade la creencia de una preocupación sobre la preocupación, lo que empeora la situación psicológica de la persona.

c) Perspectiva cognitiva del procesamiento de la información

Mathews y MacLeod (2005), sostuvieron lo siguiente: “las demostraciones experimentales y los paradigmas estudiados son concordantes con la percepción de que la elaboración de la información ejerce un rol esencial en el trastorno de ansiedad generalizada.

Además, provocan vulnerabilidad para el progreso y sostenimiento de la ansiedad. Bajo este enfoque, la angustia se distingue por la aparición de errores en la atención y de fallos de análisis de información” (Citado en Caballo et al., 2011, p.327).

En torno a ello, el procesamiento de la información se fundamenta en que si se cuenta con un efecto psicológico que produce una desviación en el procesamiento mental, que distorsiona o crea ideas ilógicas, esta tiende a desarrollar e incrementar los niveles de ansiedad de la persona.

- **Factores Sociales y Socioculturales:** En esta dimensión se considera el estrés diario como causante de ansiedad, especialmente en personas vulnerables desde los planos biológico o psicológico; por otro lado, también se ha reportado que aquellas personas que viven en la miseria, en lugares de catástrofe, o han experimentado tragedias, sus niveles de estrés y ansiedad se incrementan (Kessier, Berglund, Demler, Merikangas y Walters, 2005).
- **Ansiedad y Genero:** Estudios llevados a cabo por Nolen - Hoeksema (2004) evidencian que las féminas son muy proclives a sufrir desordenes de ansiedad. Otros estudios epidemiológicos y sociales han constatado de igual modo la concordancia 2:1 de mujeres y hombres en lo que se refiere al predominio de los trastornos de ansiedad (Gavin, Scott y Wayne, 2001).

Con respecto a los causantes de las diferencias en los trastornos de ansiedad, Craske (2003) concluyo que las mujeres muestran puntajes sobresalientes debido a un aumento de vulnerabilidad que se manifiesta en los siguientes rasgos:

(1) más emotividad perjudicial; (2) pautas de comunicación distintivas en donde se alienta a las niñas a ser mas prosociales, comprensivas, pero con baja capacidad para defender sus opiniones frente a los demás y que ejercen con control ante las tareas de la vida diaria; (3) mayor propensión a la preocupación; (4) mayor vulnerabilidad a los desafíos de los peligros y (5) disposición a socorrer con mayor regularidad a la huida, a la intranquilidad y a pensar de forma constante en la posibilidad de ocurrencia de riegos.

1.4.5. Trastornos Ansiosos

Según el CIE-10 (OMS, 1994), los trastornos ansiosos se encuentran clasificados al interior de los trastornos neurasténicos, siendo esto secundario a entornos agobiantes y somáticos.

Con relación a esta clasificación, se encontrarían los trastornos de ansiedad fóbica (agorafobia, fobias sociales, fobias específicas (esta última no será incluida en la presente investigación)), trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada y otros trastornos de ansiedad no especificados.

1. **Trastornos de ansiedad fóbica.** En este tipo de perturbaciones, la ansiedad se presenta exclusivamente en ciertas situaciones bien definidas, las cuales no son en sí mismas peligrosas.

La magnitud cambia de una leve preocupación incluso el miedo. Solamente el hecho de imaginar las situaciones desencadena la ansiedad anticipatoria, asociada a síntomas como las palpitaciones, sensaciones de desvanecimiento, entre otros. La ansiedad fóbica y la depresión coexisten a menudo.

En este grupo se presentan los siguientes trastornos:

- **Agorafobia.** Es el temor vehemente de permanecer en espacios comunes en que es difícil huir o conseguir apoyo de forma rápida. El individuo puede experimentar dicho miedo cuando sale de casa, entra a tiendas, se encuentra en medio de multitudes, viaja solo o en autobuses, trenes o aviones. Este temor es generado a partir de que ocurren síntomas como desvanecerse, perder el control sobre sí mismo o manifestar pánico desmesurado ante los demás (Sue et al., 2010).
- **Fobia Social.** Es el miedo o temor irreal, excesivo o persistente, a ser examinado por otras personas, que conduce a evitar situaciones de encuentro social, por ser consideradas como amenazantes y peligrosas, por lo que expresan respuestas de evitación hacia el evento.

2. **Trastorno de pánico.** Es aquel que presenta ataques reiterados de angustia severa, no circunscritas a ningún evento o grupo de condiciones singulares.

Entre sus principales signos se hallan la presentación inesperada de latidos, dolores en el corazón, percepción de ahogo, mareo, los cuales pueden durar solo minutos o un tiempo considerable (Moreno, 2008).

3. **Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC).** Está representado por obsesiones (imágenes o pensamientos invasivos y reiterativos que generan angustia) o compulsiones (necesidad de ejecutar acciones o persistir en algunas ideas con la finalidad de disminuir la ansiedad). No obstante, las obsesiones y compulsiones pueden desarrollarse de forma autónoma y por lo general se dan al mismo tiempo (Sue et al, 2010).
4. **Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT).** Es aquel que surge a consecuencia de exponerse a una impresión intensa. Sus síntomas son preocupación, desconexión, entre otros que se mantienen durante un mes (Sue et al., 2010).
5. **Trastorno de Ansiedad Generalizada.** Es aquel por el cual un individuo se encuentra intimidado, en situación de tensión y en estado de nerviosismo de manera frecuente (Myers, 2006).

Los trastornos de ansiedad son causantes de mucho miedo y anomalías que comúnmente están asociados a perturbaciones concomitantes, así como la depresión, el uso de drogas u otras alteraciones de ansiedad (Cero, 2011).

1.4.6. Enfoque conductual

Frente a las teorías dinámicas, aparece un nuevo modelo que trata de acercar el término hacia lo experimental y operativo. El conductismo parte de una concepción ambientalista, donde la ansiedad es entendida como un impulso (drive) que provoca la conducta del organismo.

Desde esta perspectiva, Hull (1921, 1943, 1952) conceptualiza la ansiedad como un impulso motivacional responsable de la capacidad del individuo para responder ante una estimulación determinada.

Esta escuela utiliza en el estudio de la respuesta de ansiedad los términos de miedo y temor frecuentemente. Así, desde las teorías del aprendizaje, la ansiedad se relaciona con un conjunto de estímulos condicionados o incondicionados que eliciten a la misma en forma de respuesta emocional; además, ésta se concibe como un estímulo discriminativo, considerando que la

ansiedad conductual esta mantenida a partir de una relación funcional con un refuerzo obtenido en el pasado. Todo ello indica que se puede entender el escenario en el que se aprende la conducta de ansiedad a través del aprendizaje por observación y el proceso de modelado.

El eje conductual en el que el individuo se mueve abarca, por ejemplo, desde un simple enfado hacia los demás por algún hecho concreto que le haya molestado, hasta moverse con inquietud, movimientos repetitivos e inconexos o, por el contrario, hasta intentar pasar desapercibido para el resto de las personas que se encuentran en ese entorno concreto.

En general, supone un afrontamiento de la situación por parte del sujeto, sean cuales sean las consecuencias que deriven de ella, un escape de la situación sin permitir su desarrollo, o la evitación del peligro percibido por el individuo una vez que se propone iniciar la conducta; a esto se le conoce por reacción de lucha y huida. Puede derivar en inhibición de la conducta, en comportamientos agresivos, en evitación de situaciones futuras que sean similares, en bloqueos momentáneos o en hiperactividad, según se trate de un individuo u otro.

1.4.7. Enfoque psicoanalítico

La teoría psicoanalítica sostiene que la ansiedad con la que el psiconeurótico lucha es producto del conflicto entre un impulso inaceptable y una contrafuerza aplicada por el ego. Freud concibió la ansiedad como un estado afectivo desagradable en el que aparecen fenómenos como la aprensión, sentimientos desagradables, pensamientos molestos y cambios fisiológicos que se asocian a la activación autonómica.

Este autor identifica elementos fenomenológicos subjetivos y fisiológicos, siendo los primeros más relevantes bajo su punto de vista, añadiendo que es el componente subjetivo el que implica, en sí mismo, el malestar propio de la ansiedad. Por otra parte, carácter adaptativo, actuando como una señal ante el peligro real e incrementando la activación del organismo como preparación para afrontar la amenaza.

Además, Freud (1971) identifica tres teorías sobre la ansiedad: 1) La ansiedad real que aparece ante la relación que se establece entre el yo y el mundo exterior; se manifiesta como una advertencia para el individuo, es decir, le avisa de un peligro real que hay en el ambiente que lo rodea. 2) La ansiedad neurótica, que resulta más complicada, se entiende también como una señal de peligro, pero su origen hay que buscarlo en los impulsos reprimidos del individuo, siendo ésta la base de todas las neurosis; se caracteriza por la carencia de objeto, estando el recuerdo del castigo o evento traumático reprimido, no se reconoce el origen del peligro; además, se relaciona el peligro con el castigo contingente a la expresión de los impulsos reprimidos, lo que permite reconocer la superioridad de esta ansiedad respecto a la objetiva diferenciación entre peligro real externo y peligro de origen interno y desconocido. Con respecto al primero, señala que produce la ansiedad objetiva

o miedo de (Spielberger, 1966; Spielberger, Krasner y Soloomon, 1986); dicha ansiedad neurótica ocurre cuando el yo intenta satisfacer los instintos del ello, pero tales exigencias le hacen sentirse amenazado y el sujeto teme que el yo no pueda controlar al ello. 3) La ansiedad moral es conocida como la de la vergüenza, es decir, aquí el super-yo amenaza al sujeto con la posibilidad de que el yo pierda el control sobre los impulsos.

Para Freud, toda psiconeurosis es un trastorno emocional expresado en el plano psíquico, con o sin alteraciones somáticas y con una leve deformación afectiva del sentido de la realidad, que se manifiesta en las relaciones sociales e interpersonales como la expresión de otros conflictos psicológicos. Cualquier tipo de psiconeurosis (neurosis) presenta una característica común: la ansiedad, refiriéndose aquí a un estado puramente mental del sujeto; otras características a destacar serían: la inmadurez emocional y la necesidad de dependencia, que es a su vez un producto del psicoinfantilismo del neurótico, ya que todo neurótico suele sentirse la mayoría de las veces como un ser inferior e inseguro respecto a los demás. Por último, las corrientes humanistas y existencialistas también se han ocupado del constructo de ansiedad, siendo el elemento común de las mismas la consideración de la ansiedad como el resultado de la percepción de peligro por parte del organismo.

1.5. LA TREC EN LA DEPRESION Y LA ANSIEDAD

Brinda dos aspectos a ser tomados en cuenta para el análisis de la depresión y la ansiedad:

1. La tendencia del paciente a pensar de forma inflexible y absolutista de paso a la perturbación emocional y por ende a desarrollar los pensamientos distorsionados.
2. Destaca 2 formas de ansiedad: ansiedad del yo y la ansiedad situacional. La primera está fuertemente vinculada a la depresión. La otra, menos severa pero más frecuente que la primera, se relaciona con una baja tolerancia a la frustración (Lega et al., 2009).

a) Ansiedad del Ego:

De acuerdo a Lega et al. (2009), la ansiedad del ego es producto de un malestar anímico intenso provocado por pensamientos negativos: “mi valía como persona está en amenaza”, “debo ser perfecto” y “es terrible y catastrófico cuando no soy aceptado por los demás, ya que no debería ser rechazado”.

La ansiedad del ego conlleva, por consiguiente, el autodesprecio del individuo por no realizar las exigencias que posee respecto de sí mismo, del resto y de la humanidad. Además, es un sentimiento aparatoso y agobiante, que trae consigo depresión, vergüenza, culpa o incapacidad, y que impulsa a las personas a buscar ayuda o las sitúa al borde del suicidio.

Por otra parte, el perfeccionismo y la tendencia al pensamiento exigente están también ligados a la ansiedad del ego, al igual que las ideas de “fracaso” y “miedo al éxito”. Sin embargo, estas últimas son percibidas por algunas personas como más terribles debido a que fallar después de haber conseguido éxito es insoportable (Lega et al., 2009).



b) Ansiedad Situacional:

Para Lega et al. (2009), la ansiedad situacional guarda relación con ciertas circunstancias de “desagrado” o “peligro” como pueden ser las fobias, que generan rápidamente sentimientos de ansiedad, depresión y vergüenza característica de estas fobias.

Este tipo de ansiedad suele presentarse con mayor frecuencia que la ansiedad del ego en situaciones como al miedo a las alturas, los ascensores, los perros, hablar en público, etc.

Las ideas que se vinculan a dichos acontecimientos son “debo tener éxito y ser aceptado por personas importantes en mi vida, pero no soy tan bueno como debería ser, y por tal razón no valgo nada” (ansiedad del ego), y “los eventos de mi vida deben ser simples, de modo que no tenga que esmerarme excesivamente, pues esto convertiría al mundo en un sitio insoportable”.

La depresión, que se encuentra comúnmente relacionada con la ansiedad del ego, presenta de la misma manera un aspecto de angustia situacional, de manera que también se asocia a la baja tolerancia a la frustración. Por ello, mucha gente se agobia con acontecimientos que son parte del día a día (Lega et al. 2009).

1.6. DIFERENCIAS ENTRE LOS PENSAMIENTOS DE TRASTORNOS DE DEPRESION Y LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD:

Algunas de las emociones que se asocian a las creencias irracionales son la angustia, el coraje, la culpa y la tristeza, que en su totalidad también son irracionales y conducen a sentir malestar, por lo que son negativas y nada oportunas cuando el individuo se encuentra frente a algún acontecimiento negativo. De allí que estas emociones, al considerar su duración, frecuencia e intensidad, asimismo, se pueden asociar con psicopatías (Navas, 1998).

Para Ellis (1981), el núcleo de la depresión y la ansiedad se encuentra en la rigidez de los pensamientos dogmáticos y de grandiosidad que tiene la persona.

Desde la perspectiva del modelo cognitivo, las personas que presentan trastornos depresivos tienen aptitudes y pensamientos hacia situaciones relacionadas con la percepción de pérdida. No obstante, en los trastornos ansiosos los esquemas cognitivos giran en torno a la amenaza, y son considerados como auténticos y probables, a pesar de que realmente no sea así (Beck, Emery y Greenberg, 2014).

Asimismo, es importante resaltar que existen diferencias con respecto al tiempo de ocurrencia de la situación desencadenante en cada uno de dichos trastornos. Por un lado, en el caso de los trastornos ansiosos, el acontecimiento amenazante todavía no ha ocurrido, pero los pensamientos ya se han manifestado.

Por otro lado, en los trastornos depresivos, el evento ya se ha presentado, y la persona se siente culpable ante este evento (Cabezas y Lega, 2006).

Al respecto, Beck et al, (2014) postulan lo siguiente:

- En la depresión, los pensamientos negativos son omnipresentes, globales y excluyentes; en la ansiedad, son de tipo selectivo y específico, ya que no abarcan toda la operatividad del sujeto y consideran los puntos positivos.
- El paciente con ansiedad aún tiene ganas de luchar por su futuro, aún mantiene la voluntad de mejorar su estado actual; sin embargo, el paciente con depresión presenta una visión negativa de su futuro (desesperanzador, poco prometedor); y ha perdido toda voluntad para alcanzar sus propósitos.
- Asimismo, el paciente con ansiedad duda de sus juicios negativos, por lo que lleva a cabo sus acciones de forma prudente; en cambio, el deprimido es determinante en las decisiones que toma.
- Por una parte, el paciente ansioso preverá posibles repercusiones en sus vínculos con los demás, en sus objetivos, en su capacidad para lidiar con los problemas y en su vigor; por otra parte, el paciente con depresión se arrepiente de no contar con las demás personas de su entorno, de no haber conseguido sus propósitos y de encontrarse desprovisto de la capacidad para cambiar su destino.

Además, el supuesto de que existe una diferenciación en el contenido señala que “todo desorden psíquico tiene un patrón cognitivo diferente que se evidencia en la estructura de los pensamientos negativos y del error del procesamiento ligado con la alteración” (Clark, Beck y Alford, 1999, p. 115). De esta manera, las ideas de los razonamientos en relación con la ansiedad, están orientadas a la posibilidad de amenaza o un próximo peligro físico y a la percepción de incremento de la vulnerabilidad individual o carencia de ímpetu; mientras que, en el caso del desánimo, están orientadas al desvalimiento sobre problemas específicos de la vida.

Por su parte, Ciarrochi (2004), en su estudio sobre las creencias disfuncionales e índices positivos y negativos de bienestar, indico que las ideas sobre “urgencia de aceptación” y “perfeccionismo” están relacionadas de manera única con la ansiedad; mientras que las creencias de “exigencia”, “grandiosidad” y “autodestrucción” se relacionan con los niveles de depresión. David, Schnur y Belloiu (2002) resaltan que hay un modelo propio de creencias irracionales en distintos desordenes afectivos. Por ejemplo, el raciocinio rígido y la disminución de la capacidad para afrontar los problemas se encuentran en el grupo de dificultades de enojo; la completa autodescalificación, en la depresión; el pensamiento devastador y riguroso, en los trastornos de ansiedad.

Finalmente, Fresco, Sampson, Craighead y Koons (2001) señalan que la dependencia emocional (llamada sociotropía) se relaciona con preocupaciones de ansiedad; asimismo, la preocupación desmesurada por el logro (autonomía) se asocia con la depresión.

En definitiva, las personas que presentan trastornos depresivos tienden a mostrar actitudes y pensamientos de pérdida, ya que se genera un sentimiento de tristeza alarmante el cual interfiere en el pleno desarrollo de las actividades habituales que el individuo solía realizar, asimismo el evento que se generó en el pasado provoca desesperanza y desanimo en su presente. Sin embargo, en los trastornos de ansiedad el patrón de pensamientos gira alrededor de la amenaza que un individuo pueda presentar anticipadamente, por lo tanto, actúa como un modo de precaución que se estimula en predicción de una intimidación o riesgo futuro puesto que el evento aun no ocurre, pero los pensamientos ya han sido puestos en evidencia.

1.7. ESPECIFICIDAD COGNITIVA Y SUBTIPOS DE TRASTORNOS DE DEPRESION

El modelo cognitivo genérico de Beck y Haigh (2014) propone que varios trastornos clínicos comparten procesos comunes, por lo que la especificidad presenta mayor viabilidad cuando los expertos se focalizan en el contenido del pensamiento específico de cada uno de los subtipos de alteraciones.

De este modo, las personas con depresión realizan generalizaciones excesivas sobre sus experiencias. En su mayoría, informan creencias disfuncionales como “soy un inútil, no digno de amor, incompetente o indefenso”. Por ejemplo, las creencias relacionadas con el perfeccionismo, la autonomía y la autocrítica, se sabe que están asociadas con el trastorno bipolar (Fergus, 2013).

La afirmación esencial del modelo cognitivo de Beck manifiesta que en las alteraciones afectivas se encuentra una variación continua en la elaboración del contenido, es así que una persona sufre un trastorno depresivo específicamente debido al sesgo que tiene el procesamiento de eventos que fueron ocasionados por una pérdida o fracaso.

Los individuos que padecen esta patología sobrevaloran esos sucesos nocivos, a tal punto que los consideran globales, sistémicos y que no se pueden resolver; llegando a mostrar lo que se denomina como “triada cognitiva negativa”, siendo esta una perspectiva dañina y adversa de uno mismo, del exterior y de lo que acontecerá, la cual deriva a un apartamiento del sujeto de su entorno.

1.8. ESPECIFICIDAD COGNITIVA Y SUBTIPOS DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD:

Las creencias asociadas con la ansiedad generalmente se caracterizan por amenazas, peligros y vulnerabilidad. Por su parte, Starcevic y Berle (2006) señalaron que la preocupación excesiva y mal adaptativa es una característica destacada en el conjunto de trastornos de ansiedad, como en la angustia, TOC, fobia social y TEPT (Chelminski y Zimmerman, 2003).

Si tomamos en cuenta un contenido específico, las personas con fobia social se caracterizan por experimentar un gran temor a la apreciación adversa que realizan otras personas, así como una susceptibilidad a signos relacionados a su aceptación (Beck et al, 2014). Al respecto, las personas pueden pensar lo siguiente: “lo que digo probablemente parezca estúpido” (Shulz, Alpers y Hofmann, 2008). Por otra parte, las personas con trastorno de pánico se suelen centrar en cogniciones como: “mi pulso está acelerado”, “algo anda mal en mi corazón” (Teachman, Marker y Clerkin, 2010). Finalmente, las personas con trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se angustian por la infestación o por ser los agentes que provocan algún perjuicio (Enmelkamp, 2012).

Por tanto, las creencias disfuncionales de la ansiedad interfieren en la asimilación de la información ya que se genera en el individuo una percepción de peligro, amenaza, inseguridad la cual es provocada por la preocupación que tiene el individuo ante situaciones inciertas. Así también, las personas experimentan trastornos de ansiedad de formas diferentes y su comportamiento resulta extraño y excesivo. El trastorno obsesivo compulsivo tiene como característica principal conductas obsesivas y compulsivas, estas obsesiones se reflejan en pensamientos, ideas o imágenes dañinas las cuales generan preocupación y ansiedad apareciendo incontroladas veces por nuestra mente. De igual manera, las compulsiones representan las acciones que se realizan para contrarrestar la ansiedad provocadas por las obsesiones.



Beck

Instituto de Psicoterapia
Cognitivo Conductual

**Producido exclusivamente para los alumnos del
Instituto de Psicoterapia Cognitivo Conductual “BECK”**