

J. C. Baeza
G. Balaguer
I. Belchi
M. Coronas
N. Guillamón

Higiene y prevención de la Ansiedad

HIGIENE Y PREVENCIÓN DE LA ANSIEDAD

**J.C. BAEZA
G. BALAGUER
I. BELCHI
M. CORONAS
N. GUILLAMÓN**

HIGIENE Y PREVENCIÓN DE LA ANSIEDAD



© J.C. Baeza, G. Balaguer, I. Belchi, M. Coronas, N. Guillamón, 2008
Reservados todos los derechos.

«No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.»

Ediciones Díaz de Santos
Internet: <http://www.diazdesantos.es/ediciones>
E-mail: ediciones@diazdesantos.es

ISBN: 978-84-7978-850-6
Depósito Legal: M. 11.670-2008

Fotocomposición: P55 Servicios Culturales
Diseño de cubierta: P55 Servicios Culturales
Impresión: Fernández Ciudad
Encuadernación: Rústica-Hilo

Printed in Spain - Impreso en España

Índice

Autores	IX
Prólogo	XI
Introducción	XVII
1. Conceptos: ¿De qué hablamos?	1
1.1. ¿Qué es esto? La ansiedad un mecanismo ¿adaptativo? de defensa	1
1.2. ¿Cómo es eso? La ansiedad: un modelo explicativo	9
1.3. ¿Qué me está pasando? La ansiedad: el porqué de los síntomas	15
1.4. ¿Por qué a mí? La ansiedad: biología, aprendizaje, personalidad, circunstancias y recursos	21
1.4.1. Factores biológicos	22
1.4.2. Personalidad	28
1.4.3. Aprendizaje	32
1.4.4. Circunstancias y recursos	38
1.5. Algunos compañeros de viaje: Depresión, estrés	42
1.5.1. Ansiedad y depresión	42
1.5.2. Ansiedad y estrés	48
2. Procedimientos: ¿Qué hacer al respecto?	53
2.1. Hábitos y procedimientos para regular la ansiedad y prevenir sus alteraciones	53

2.1.1. <i>Pensamiento y Ansiedad</i>	53
2.1.2. <i>Ansiedad, autoestima, asertividad y disposición de apoyos sociales</i>	81
2.1.3. <i>Gestión del tiempo y resolución de problemas</i>	90
2.1.4. <i>Ansiedad y respiración</i>	96
2.1.5. <i>Exponerse a los miedos para superarlos</i>	100
2.1.6. <i>Ejercicio físico y ansiedad</i>	110
2.1.7. <i>Alimentación y ansiedad</i>	115
2.1.8. <i>Sueño y ansiedad</i>	122
2.1.9. <i>Consumo de drogas y ansiedad</i>	129
2.1.10. <i>Ansiedad y soluciones boomerang</i>	149
2.2. <i>Ansiedad y ámbito sociofamiliar</i>	152
2.2.1. <i>Educando a los niños para prevenir la ansiedad</i>	152
2.2.2. <i>Cómo pueden ayudar los familiares</i>	161
2.3. <i>¿Dónde acudir llegado el caso? Tratamientos que funcionan</i>	166
2.3.1. <i>Cuándo consultar</i>	166
2.3.2. <i>Tratamientos psicológicos</i>	168
2.3.3. <i>Tratamientos farmacológicos</i>	171
2.3.4. <i>Tratamientos combinados</i>	174
3. Epílogo Triste con final feliz: ¿ la ansiedad se cura?	177
Bibliografía	183

Autores



J. Carlos Baeza Villarroel. Doctor en Psicología. Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Miembro de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (Seas). Coordinador del equipo de Clínica de la Ansiedad (Barcelona).



Gemma Balaguer Fort. Licenciada en Psicología. Profesora asociada del departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de Barcelona. Miembro de la Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud (SEPCyS). Pertenece al equipo de Clínica de la Ansiedad (Barcelona).



Noemí Guillamón Cano. Doctora en Psicología. Profesora responsable del área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento de los Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación de la Universitat Oberta de Catalunya. Formada como terapeuta cognitivo-conductual en la Unidad de Terapia de Conducta de la Universidad de Barcelona.



Marc Coronas Puig-Pallarols. Licenciado en Psicología. Miembro de la *Societat Catalana de la Recerca i Teràpia del Comportament* (SCRITC). Desarrolla su actividad profesional en consulta privada y en la Unidad de Técnicas Aumentativas y Alternativas de Comunicación (UTAC), de la Generalitat de Catalunya.



Israel Belchi Pujol. Licenciado en Psicología. Trabaja en una consulta privada y como psicólogo del área de Desventaja Social de la APPS (*Federació Catalana Pro Persones amb Retard Mental*). Formado como terapeuta cognitivo-conductual en la Unidad de Terapia de Conducta de la Universidad de Barcelona.

Prólogo

El estrés es un proceso natural de adaptación del individuo a su medio. En cada situación nos encontramos con diferentes demandas a las que hay que dar respuesta. El individuo responde a las exigencias de la situación activándose (con el fin de movilizar los recursos necesarios para atender dichas demandas). Con frecuencia, la reacción de estrés produce emocionalidad negativa, sobre todo ansiedad, que es una reacción de alerta, de activación, ante la posibilidad de obtener un resultado negativo.

Aunque el estrés es un proceso normal, puede llegar a producir consecuencias patológicas. Si las demandas son excesivas en relación a los recursos, se incrementa la intensidad de la respuesta (alta emocionalidad negativa, especialmente alta ansiedad). Si se mantiene demasiado tiempo una elevada respuesta a estresores, puede comenzar un proceso patológico con probabilidades de afectar al rendimiento, a la salud física y a la salud mental. Así, por ejemplo, una persona muy estresada puede llegar a ver muy disminuido su rendimiento porque está agotada, ha terminado con sus recursos biológicos, cognitivos y conductuales, pero intenta seguir activándose para generar más recursos. A la larga esta persona puede desarrollar problemas de salud como los llamados *trastornos psicofisiológicos* (desórdenes de tipo psicosomático); un trastorno de ansiedad (ataques de pánico, o crisis de ansiedad, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, etc.); un trastorno del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor, por ejemplo), o varios de estos desórdenes.

La investigación sobre los problemas que pueden generar la ansiedad y el estrés, así como sobre las soluciones eficaces a estos problemas, crece a muy buen ritmo. A juzgar por algunas revisiones sistemáticas, el número de publicaciones de autores españoles sobre estos temas se incrementa a una velocidad mayor que en el resto del mundo. Pero los resultados de todas estas investigaciones, o de las soluciones que se derivan de las mismas, no llegan con fluidez a los ciudadanos que sufren este tipo de problemas.

Una de las causas de esta falta de divulgación de conocimientos sobre tratamientos eficaces para resolver problemas de ansiedad y estrés es la separación que existe entre los investigadores y los profesionales, así como entre los investigadores y el usuario final. Por un lado, la investigación no siempre se centra en aspectos aplicados, por otro el profesional no siempre está actualizado y no suele investigar. A su vez, el investigador debería hacer un mayor esfuerzo por divulgar los resultados de su investigación, pero no se le premia por esto. A esto se añade que el usuario no siempre busca información sobre sus problemas, y cuando la busca no sabe discriminar entre lo que encuentra.

Afortunadamente, un libro como éste intenta resolver estos problemas y siempre es motivo de celebración para todos. En primer lugar, este libro ha sido escrito por profesionales que investigan, que se reciclan, acuden a congresos, están al día,... especialistas en estos temas. En segundo lugar, el contenido pretende divulgar el conocimiento, los resultados de la investigación, sin deformarlos, procurando que sean útiles y lleguen al máximo número posible de personas que sufren problemas de ansiedad y estrés. En tercer lugar, pretende ayudar también a las personas que no tienen problemas, para que no lleguen a tenerlos, haciendo prevención.

Por todo ello debemos felicitarnos. Los libros transmiten conocimiento. El conocimiento que tienen los profesionales acerca de su experiencia práctica no debe perderse, sino que debe transmitirse a otros profesio-

nales y a los potenciales usuarios de esa información (que es cualquier individuo de nuestra sociedad).

La Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS) agrupa a los investigadores y profesionales que trabajan en este campo y tiene como objetivos fomentar la investigación y el intercambio de información entre sus asociados y con la sociedad en general. Con este libro y otros como éste, los miembros de la SEAS, como el Coordinador de este libro, el Dr. Carlos Baeza Villarroel, intentan salvar esas distancias que nos separan a unos y otros, ayudando así a superar los problemas que pueden generar la ansiedad y el estrés, problemas muy extendidos en la población.

En España, en el último año, el 5,9% de los españoles mayores de 18 años presentaban una serie de síntomas que pueden ser diagnosticados como un trastorno de ansiedad (los trastornos mentales más frecuentes), aunque sólo ha pedido ayuda profesional un tercio de los mismos. La mayoría no sabe qué le pasa.

Las personas que tienen problemas de ansiedad y estrés y solicitan algún tipo de tratamiento suelen acudir a su Centro de Atención Primaria a consultar a su médico de cabecera, pero el médico de familia no es un especialista en este tipo de problemas. En el Centro de Salud Mental de su zona estas personas podrían encontrar a dos especialistas: psiquiatras y psicólogos. Pero estos centros están saturados y la sanidad pública está optando por no derivar los casos de trastornos de ansiedad a los Centros de Salud Mental. Al fin y al cabo, el médico de cabecera va a dar un tratamiento farmacológico similar al que pondría el psiquiatra. A su vez el psicólogo, por lo general, sólo podrá dar citas para consulta cada seis semanas, hasta un total de cuatro o cinco en total (con lo que quien tenga un trastorno de ansiedad no se curará con un número tan reducido de sesiones y tan espaciadas una de otra).

En este escenario, quien tiene problemas de ansiedad y estrés suele seguir, a grandes rasgos, dos tipos de caminos en la sanidad pública.

El primero lo siguen aquellas personas que sufren un trastorno de ansiedad, como por ejemplo trastorno de pánico con agorafobia. Estas personas sufren frecuentes crisis de ansiedad o ataques de pánico. Muchas creen morir durante unos minutos. En general, aunque el trastorno no es grave, sí disminuye su calidad de vida drásticamente. El camino que siguen estas personas está marcado por el fracaso del tratamiento farmacológico, que se prolongará durante años. Muchas terminan con una adicción a los tranquilizantes: no pueden dejarlos y tampoco los curan. Quienes tienen la suerte de recibir alguna consulta psicológica en el Centro de Salud Mental, también siguen con el mismo trastorno tras varios meses de tratamiento, con pocas sesiones y muy espaciadas entre sí.

El segundo camino lo dibujan quienes sufren una serie de trastornos físicos que cursan con altos niveles de ansiedad y estrés. Estas personas acuden a un buen número de especialistas (cardiólogos, especialistas en aparato digestivo, medicina interna, piel, dolor, otorrinos, etc.), se someten a muchas pruebas diagnósticas (algunas de ellas pueden ser bastante invasivas), sufren mucha ansiedad por la incertidumbre de los resultados,... Al final todos los especialistas terminan diciendo algo parecido a «no tienes nada, eso sólo son nervios, tómate unos tranquilizantes y tómate la vida con calma».

En el año 2002 se han consumido con receta médica oficial (lo que puede suponer sólo un 80% del consumo) más de 36 millones de envases de tranquilizantes. Este elevado consumo evidencia la magnitud del problema: según datos de la *Encuesta Nacional de Salud*, casi un 13% de españoles ha consumido tranquilizantes en las dos últimas semanas. Una buena parte de estas personas consume estas sustancias durante muchos años (a veces décadas), aunque es evidente que este tratamiento no es la solución para su problema.

Entre un 20 y un 25% de las personas que acuden a su médico del Centro de Atención Primaria están tomando ansiolíticos o antidepresivos, o ambos tipos de fármacos.

Aunque el tratamiento farmacológico es inicialmente más barato que el tratamiento psicológico, a la larga resulta más caro. En un reciente informe llevado a cabo en Reino Unido se demuestra que en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo (las depresiones) saldría más barato contratar en el sistema público de salud a cinco mil psicólogos más que continuar en la situación actual, similar a la que vivimos en España. Los cinco mil psicólogos aplicando técnicas eficaces, supondrían una gran carga económica, pero a la larga el gasto producido por los pacientes tratados con fármacos, y no curados supone un gasto mayor (en forma de bajas, jubilaciones anticipadas, etc.). Además de esta diferencia económica hay que tener en cuenta que las personas que no se han curado después de años de tratamiento farmacológico ven disminuida notablemente su calidad de vida, por un problema que se resolvería en unos meses con tratamientos psicológicos eficaces, como los que se describen en este libro.

Los problemas de ansiedad y estrés, antes de generar problemas de salud mental y salud física, ocasionan molestias y pérdida de rendimiento. Basta con echar un vistazo a las encuestas sobre «estrés laboral», por ejemplo. Según datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, el 27,6% de los trabajadores ocupados declara que percibe su trabajo cómo muy estresante «siempre» o «frecuentemente». Además, un 5,3% de los trabajadores españoles padece una sintomatología compatible con un cuadro de estrés (alteraciones del sueño, sensación continua de cansancio, cefalea, falta de concentración, falta de memoria, irritabilidad).

Otros datos señalan que más de un 20% de los estudiantes sufren altos niveles de ansiedad frente a los exámenes y ven disminuido notablemente su rendimiento.

En definitiva, este libro puede ser muy útil a muchísimas personas. Probablemente a todos los individuos de nuestra sociedad. A cualquiera que quiera aprender a prevenir este tipo de problemas.

Por último, quiero agradecer a los autores, especialmente al Coordinador de esta obra, el esfuerzo de escribir para ayudar a quienes sufren por problemas de ansiedad y estrés, o para ayudar a prevenir el sufrimiento. Asimismo, agradezco el honor concedido al darme la oportunidad de dirigirme al público en este prólogo.

ANTONIO CANO VINDEL

Presidente de SEAS

(Sociedad Española para el Estudio
de la Ansiedad y el Estrés)

Introducción

Éste pretende ser un libro de *educación para la salud*. Alrededor del 20% de la población padecerá a lo largo de su vida algún problema de ansiedad con suficiente importancia como para requerir tratamiento. Este porcentaje, en un país como España, con cerca de cuarenta y cinco millones de habitantes, equivale a nueve millones de personas directamente afectadas. De modo indirecto, una cifra todavía mayor de personas conocerán de cerca este tipo de trastornos a través de familiares o amigos que lo padezcan.

Un problema de esta naturaleza y alcance requeriría de documentos y campañas que sensibilizaran a la población al respecto, con el objetivo de integrar algunos conocimientos y procedimientos aplicados dentro de los cuidados personales de salud, al modo de lo que ocurre, por ejemplo, con la higiene bucal, la salud sexual o la hipertensión. Sobre la ansiedad se publican al año cientos de libros y artículos, pero son pocos los que responden a este planteamiento.

El libro que tiene en las manos *va especialmente dirigido a:*

- Personas que aún no han recibido tratamiento, pero han identificado sus problemas como relacionados probablemente con la ansiedad a través de diferentes medios: médicos de cabecera, artículos en revistas o periódicos de gran difusión, internet, etc.

- Pacientes que ya han sido tratados pero necesitan observar una serie de procedimientos que mantengan la mejora y minimicen el riesgo de reincidencias.
- Familiares, amigos o allegados de personas que sufren algún trastorno de ansiedad, quieren conocer mejor su problema y prestar algún tipo de apoyo o ayuda bien encaminada.
- Profesionales de la educación que están en contacto regular con el segmento más joven de la población, a quienes pueden ayudar a identificar el problema u orientarlo.
- Profesionales de la salud que desarrollan su trabajo en centros de atención primaria. Son ellos quienes frecuentemente detectan en primer lugar el problema y efectúan las primeras orientaciones.
- Profesionales vinculados a los recursos humanos y a la prevención de riesgos en el trabajo.

El *objetivo del libro* es doble: por un lado facilitar, de manera rigurosa y con un lenguaje asequible, *el conocimiento y comprensión de la ansiedad*, sus funciones, mecanismos, causas y factores implicados. Por otro, contribuir a divulgar, de forma práctica y sistemática, los *hábitos y procedimientos que ayuden a prevenirla* o mantenerla dentro de unos límites manejables y asumibles.

Los procedimientos indicados aquí no constituyen un programa de tratamiento de la ansiedad ni lo suplen. Es un texto sobre higiene y prevención, un libro para curarse en salud, para prevenir la ansiedad, o bien para mantener y consolidar los resultados alcanzados a través de su tratamiento previo. En una ocasión le preguntaron a Valentín Fuster, eminente cardiólogo, por los aspectos más satisfactorios y por los más frustrantes en relación con el tratamiento y superación de los problemas cardiovasculares: entre los primeros citó los impresionantes avances tecnológicos y quirúrgicos que permiten realizar complejas intervenciones y trasplantes, recuperar a pacientes infartados en estado crítico, etc.; entre los segundos, refirió que más del cincuenta por ciento de estos

pacientes, a pesar de haber atravesado por una situación crítica para su salud y supervivencia, habían vuelto a hábitos de riesgo y descuidado las prácticas básicas de prevención a los dos años de haber sido intervenidos. Esta forma de proceder no es exclusiva de los pacientes con problemas cardiovasculares, sino también de personas con otros muchos problemas de salud, entre ellos la ansiedad.

Los medios básicos para ponerse a salvo de los trastornos de ansiedad se han de disponer y mantener cuando se está bien o aceptablemente bien. Naturalmente, en situaciones críticas o agudas se necesitarán recursos extra y tratamientos específicos, bajo dirección de los especialistas, para volver alcanzar una situación normalizada y satisfactoria.

Los contenidos del libro están estructurados en dos grandes bloques. En el primero de ellos, bajo el título genérico de *Conceptos: De qué hablamos*, se responde a preguntas tales como:

- ¿qué es esto de la ansiedad?
- ¿qué me está pasando?
- ¿por qué a mí?

En el segundo bloque, de carácter eminentemente práctico, bajo el epígrafe de *Procedimientos: Qué hacer al respecto* se explican y sugieren diferentes hábitos y procedimientos para regular y prevenir la ansiedad:

- Pensamiento y ansiedad.
- Ansiedad, autoestima y apoyos sociales.
- Gestión del tiempo y resolución de problemas.
- Exponerse a los miedos para superarlos.
- Ejercicio físico y ansiedad.
- Alimentación y ansiedad.
- Sueño y ansiedad.
- Consumo de drogas y ansiedad.

También encontrará el lector un capítulo dedicado a *cómo pueden ayudar los familiares y cómo puede educarse a los niños para prevenir la ansiedad*. Finalmente se aborda el tema de *cuándo solicitar ayuda especializada y qué tratamientos pueden ser más eficaces*. En el epílogo se debate sobre la cuestión: *¿se cura la ansiedad?*, a través de un supuesto diálogo entre los autores del texto y un hipotético lector.

El libro no se refiere específicamente a ningún trastorno de ansiedad en concreto, sino a cuestiones y procedimientos básicos presentes y aplicables en muchos de ellos, sin perjuicio de que cada tema sea un poco más adecuado para unos casos o para otros.

El texto puede leerse linealmente, apartado tras apartado, o bien, según los propios intereses o inquietudes, por capítulos sueltos, en diferentes órdenes. Sugerimos a aquellos lectores inicialmente motivados por la búsqueda de ideas prácticas y aplicables, que comiencen la lectura del libro por el segundo de los bloques temáticos, titulado *Procedimientos ¿qué hacer al respecto?*, reservando para más adelante la lectura del primero, *Conceptos ¿de qué hablamos?*, de carácter más teórico y donde se recogen los conocimientos científicos básicos sobre la ansiedad.

Conceptos: ¿De qué hablamos?

1

1.1. ¿QUÉ ES ESTO? LA ANSIEDAD UN MECANISMO ¿ADAPTATIVO? DE DEFENSA

El hombre, como ser vivo, se desenvuelve en constante interacción con el medio. El medio es fuente de oportunidades para la satisfacción de sus necesidades e intereses, pero también fuente de riesgos y amenazas. En esencia, la relación del individuo con el medio consiste en procurarse y conservar las primeras, y en combatir, evitar, minimizar o contrarrestar las segundas. La evolución ha ido dotando a la especie de complejos mecanismos destinados a preservarse y optimizar la adaptación a diferentes entornos y circunstancias. Entre ellos, han alcanzado especial relevancia y desarrollo los sistemas de alerta y de defensa. El sistema que llamamos ansiedad, cumple estas funciones.

La ansiedad es un sistema de alerta del organismo ante situaciones consideradas amenazantes, es decir, situaciones que nos afectan y en las que tenemos algo que ganar o que perder. El concepto de ansiedad está pues estrechamente vinculado a la percepción de amenaza y a la disposición de respuestas frente a ella. La función de la ansiedad es advertir y activar al organismo, movilizarlo, frente a situaciones de riesgo cierto o probable, quimérico o real, de forma que pueda salir airoso de ellas. Dependiendo de la naturaleza de las amenazas, o adversidades, *la ansiedad nos preparará:*

- para luchar, enfrentar o atacar el posible peligro o problema;
- para huir del posible peligro o amenaza;
- para evitar las situaciones aversivas o temidas;
- para buscar apoyo, elementos de seguridad y protección;
- para dotarnos de las herramientas o conocimientos que permitan sortear los riesgos y/o acceder a nuestros objetivos.

La ansiedad implica tres tipos de aspectos o componentes

- *Cognitivos o de pensamiento:* anticipaciones amenazantes, cálculo de consecuencias evaluaciones del riesgo, pensamientos automáticos negativos, imágenes importunas, etc.
- *Fisiológicos:* activación de diversos centros nerviosos, particularmente del sistema nervioso autónomo, que implica cambios vasculares, respiratorios, etc.
- *Motores y de conducta:* inhibición o sobreactivación motora, comportamiento defensivo, etc.

Cada uno de estos componentes puede actuar con cierta independencia. La ansiedad puede ser desencadenada, tanto por situaciones o circunstancias externas, como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, sensaciones, cambios del organismo, etc. El tipo de estímulos capaces de evocar la respuesta de ansiedad vendrá determinado en gran medida por las características de la persona y sus circunstancias.

La ansiedad es pues un mecanismo facilitador de nuestra relación con el medio, y destinado a preservar los intereses del individuo y de la especie. Muchas de las cosas que nos van bien son debidas, en parte, al correcto funcionamiento de este sistema: evitamos actividades o lugares peligrosos, procuramos no llegar tarde al trabajo, plantamos cara a diferentes conflictos, nos preparamos para un examen o una reunión, buscamos apoyos para resolver un problema, minimizamos algunos contratiempos o buscamos formas de asumirlos y reformularlos.

De hecho, para desempeñarnos convenientemente, en función de las exigencias y opciones del medio, por un lado, y de nuestras posibilidades e intereses por otro, es necesario un cierto estado de alerta, una activación psicológica y fisiológica mínimas. De otro modo estaríamos lentos, desatentos, con poca capacidad de anticipación y respuesta, lo que podría acarreararnos algunos perjuicios o renunciaciones.

Son muchos los investigadores que han estudiado la relación entre el nivel de activación psicofisiológica del organismo y la capacidad del individuo para desenvolverse de una manera eficiente. En general se considera que el mejor rendimiento se consigue con niveles medios de activación, tal y como se representa en la figura siguiente:

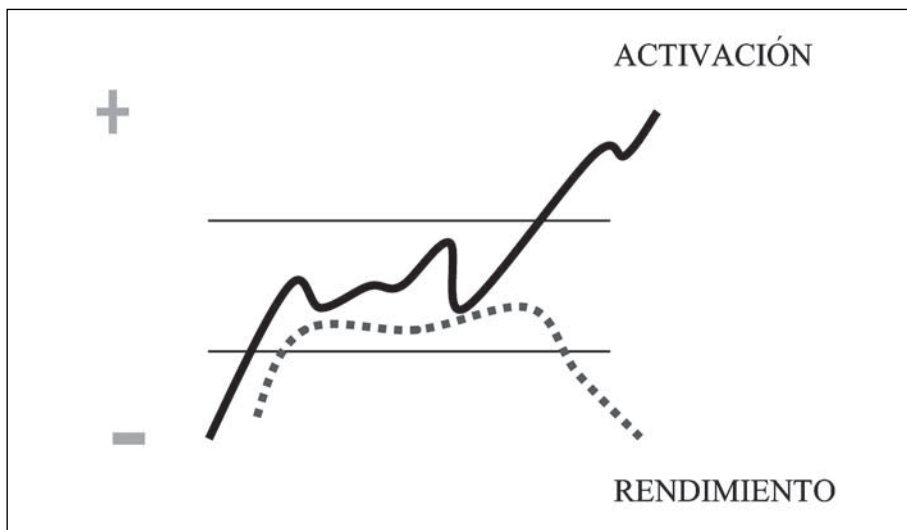


Figura 1.1: Relación entre activación y rendimiento.

Todo lo dicho hasta aquí nos permite hablar de la ansiedad como un mecanismo normal, adaptativo, que se activa ante situaciones percibidas como amenazantes mediante procesos de evaluación conscientes o automáticos, acertados o no. Podemos considerar la ansiedad como una ecuación resultante de dos variables de tipo valorativo:

- Qué es lo que pasa, cómo me afecta, qué consecuencias tiene o podría tener.
- Qué puedo hacer para regularlo, qué recursos tengo o puedo disponer, qué grado de confianza tengo en mi desempeño y cuáles son los resultados esperables.

Si lo que acontece es grave, pero no nos afecta, el nivel de alarma será bajo, aunque no podamos hacer nada frente a los acontecimientos.

Si lo que sucede nos afecta, si no podemos influir el curso de los hechos, pero las consecuencias son menores, el nivel de alarma será pequeño.

Si lo que ocurre nos afecta de modo importante, pero tenemos los recursos para poder afrontarlo, la ansiedad será moderada y se convertirá en una valiosa ayuda para manejar la situación.

Sin embargo, si lo que sucede o pudiera suceder afecta a nuestro estatus o a nuestros planes de manera grave, si no contamos con los medios necesarios o no están disponibles, es decir, si nos vemos desbordados, los niveles de alarma y miedo serán muy altos, pudiendo llegar incluso a comprometer nuestro bienestar y nuestra actuación.

La activación psicológica y fisiológica es pues proporcional, o habría de serlo, al estado de alarma y a las operaciones defensivo-adaptativas correspondientes a la situación tal y como ha sido percibida. No se necesita la misma activación para ver la televisión sentados en el sofá de casa, que para sostener una entrevista, responder a un examen oral, o verse envuelto en una pelea.

Cuando la ansiedad es proporcionada y se manifiesta dentro de unos límites, no se aprecian manifestaciones sintomatológicas, o bien son menores, salvo en algún momento puntual y limitado que pueden llegar a ser altos. Estos cambios en los procesos fisiológicos no sólo son norma-

les, sino que son funcionales: prepararán al organismo para emitir las acciones pertinentes respecto de la realidad a la que se enfrenta o pudiera enfrentarse.

Sin embargo, cuando la ansiedad sobrepasa determinados límites se convierte en un problema de salud, impide el bienestar e interfiere notablemente en las actividades sociales, laborales o intelectuales de la persona, y puede limitar su libertad de movimientos. En estos casos no estamos ante un simple problemas de *nervios*, sino ante una alteración.

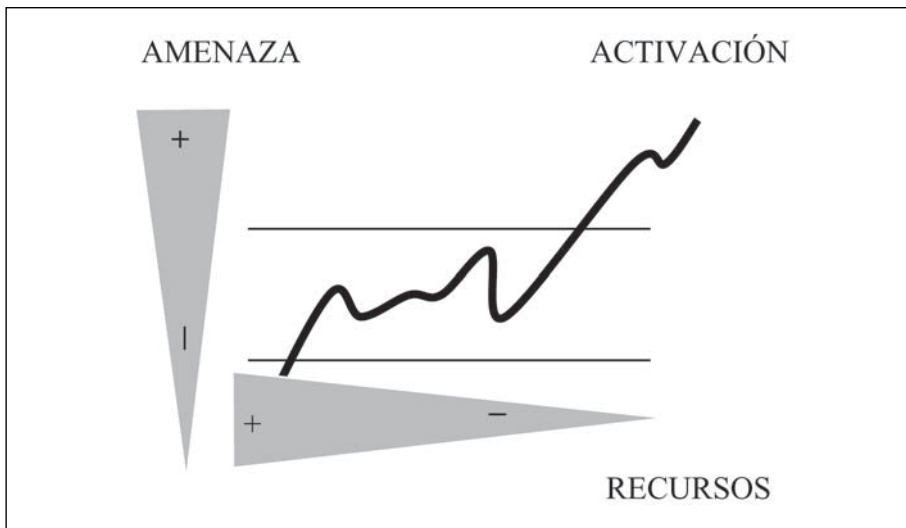


Figura 1.2: Activación psicofisiológica en función de la naturaleza y magnitud de la amenaza percibida, por un lado, y de la disponibilidad de recursos por otro.

Manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad

Los síntomas de la ansiedad son muy variados y pueden clasificarse en diferentes grupos:

- **Físicos:** Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómi-

tos, *nudo* en el estómago, sensación de obstrucción en la garganta, agarrotamiento, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. Si la activación neurofisiológica es muy alta pueden aparecer alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.

- **Psicológicos:** Inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones. En casos más extremos, temor a la muerte, a la locura o al suicidio.
- **De conducta:** Estado de alerta e hipervigilancia, inhibición, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación, etc.
- **Intelectuales o cognitivos:** Dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, *rumiaciones*, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevaloración de pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, etc.
- **Sociales:** Irritabilidad, hostilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos, etc.

No todas las personas tienen los mismos síntomas, ni estos la misma intensidad en todos los casos. Cada persona, según su predisposición

biológica y/ o psicológica, se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros. Algunos de ellos sólo se manifiestan de manera significativa en alteraciones o trastornos de la ansiedad. En casos de ansiedad normal se experimentan pocos síntomas, normalmente de poca intensidad, de poca duración, y son poco incapacitantes. La ansiedad normal y proporcionada, así como sus manifestaciones, no pueden ni deben eliminarse, dado que constituyen un mecanismo funcional y adaptativo. En este caso, se trata de saber convivir con la ansiedad, sin perder la operatividad. Sin embargo, algunas personas que han sufrido trastornos de ansiedad, sobre todo si han sido muy severos o incapacitantes, están tan sensibilizadas que tienen después dificultades para tolerar la ansiedad normal, e incluso distinguirla de la patológica.

Existen diversos trastornos de ansiedad, cada uno con su especificidad respecto a síntomas, circunstancias en que se manifiestan, limitaciones que generan, factores causales, curso y evolución.

Tabla 1.1: Trastornos de ansiedad, definición y prevalencia.

TRASTORNO	CARACTERÍSTICAS	% QUE LO PADECE
CRISIS DE ANSIEDAD TRASTORNO DE PÁNICO	Transpiración, palpitaciones, dolores en el pecho, mareos o vértigos náusea, o problemas estomacales, sofocos o escalofríos, falta de aire o una sensación de asfixia, hormigueo o entumecimiento estremecimiento o temblores, sensación de irrealidad, terror, sensación de falta de control o estarse volviendo loco, temor a morir.	Sin agorafobia: 0,8% - 1% Con agorafobia: 1,2% - 3,8%
AGORAFOBIA	Miedo a estar en lugares o situaciones de los cuales puede ser difícil o embarazoso escapar o en los cuales puede no disponerse de ayuda en el caso de tener un ataque de pánico o síntomas similares (mareo, calda, sensación de extrañeza, pérdida de control de esfínteres, vómito, ahogo, molestias cardíacas, etc.). Como consecuencia de este miedo la persona evita situaciones temidas, las soporta con gran ansiedad o necesita ser acompañada.	1,2% - 3,8%
ANSIEDAD GENERALIZADA	Las personas que padecen de TAG están frecuentemente alerta y angustiadas, aun cuando generalmente comprenden que su ansiedad es más intensa de lo que la situación justifica. Frecuentemente se preocupan excesivamente por la salud, el dinero, la familia o el trabajo, anticipan desastres. Sin embargo, a veces, la raíz de la preocupación es difícil de localizar. El simple hecho de pensar en pasar el día provoca ansiedad. Las preocupaciones frecuentemente se presentan acompañadas de síntomas físicos tales como temblores, tensión muscular y náusea.	6,2% - 7,9%

(Continúa)

(Continuación)

TRASTORNO	CARACTERÍSTICAS	% QUE LO PADECE
FOBIA SOCIAL	Miedo intenso y persistente en respuesta a una o más situaciones sociales o actuaciones en público, tales como iniciar o mantener conversaciones, dar una charla, relaciones con el sexo opuesto, conocer gente nueva, hacer reclamaciones, rechazar peticiones, interactuar con figuras de autoridad, ser observado, etc. Estas situaciones se evitan o se soportan con una ansiedad y malestar intensos. La razón es que la persona teme actuar de un modo que sea humillante o embarazoso o mostrar síntomas de ansiedad (sonrojo, sudoración, temblor...) con resultados similares de humillación o embarazo.	1,7% - 2%
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Las obsesiones se definen por: 1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos o inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos. 2. Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real. 3. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos. Las compulsiones se definen por: 1. Comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente. 2. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos.	1,6% - 2,5%
FOBIA ESPECÍFICAS	Miedos intensos o irracionales a ciertas cosas o situaciones; algunos de los más comunes son: perros, espacios cerrados, alturas, escaleras eléctricas, túneles, manejar un coche en carreteras, agua, volar, y heridas que produzcan sangre. La persona que las sufre tiende a evitar dichas situaciones, y la exposición a las mismas (imaginaria o real) genera una respuesta de ansiedad intensa e incontrolable.	4,1% - 7,7%
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático y ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de recuerdos, sueños, sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia); malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático; respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.	1%

La gravedad de los trastornos de ansiedad se mide fundamentalmente por dos parámetros: el sufrimiento y la incapacitación que generan; siendo más graves los que originan más problemas de salud e implican mayores limitaciones para quien los padece.

1.2. ¿CÓMO ES ESO? LA ANSIEDAD: UN MODELO EXPLICATIVO

La conducta de la persona es intencional y motivada: implica activación (intensidad) y dirección (aproximación-evitación). Las emociones, la ansiedad entre ellas, reflejan la relación entre los motivos —necesidades— y el éxito, o probabilidad de éxito, de realizar la conducta apropiada para obtener el objeto o meta que satisface dicha necesidad (Palmero, 1996). Dependiendo de esta relación —necesidades/medios/conducta/éxito— se experimenta una emoción u otra (ansiedad, depresión, etc.).

Pongamos un ejemplo. Imaginemos que estamos en periodo de prueba en un trabajo que supone una oportunidad importante para desarrollar nuestra carrera profesional. Este trabajo, además, nos permitirá obtener unos ingresos con los que atender el pago de algunas necesidades básicas (alimentación, vivienda, coche) y nos otorgará prestigio social en nuestro medio. Nuestra meta es demostrar que somos la persona adecuada para el puesto y conseguirlo definitivamente. Nuestras acciones (activación y conducta) van a estar orientadas (dirección) a alcanzar dicho objetivo disponiendo los medios y recursos más convenientes. Si nuestros planes se ven amenazados —hemos tenido un fallo, nos falta alguna habilidad, el jefe ha cuestionado una de nuestras decisiones— es muy probable que nuestra respuesta emocional sea de temor, inseguridad y ansiedad ante el riesgo de no alcanzar el éxito en nuestros propósitos. Si finalmente lo que sucediera es que efectivamente fracasamos, es muy probable que nuestra reacción emocional sea de tipo depresivo, experimentando tristeza, desánimo y desgana respecto de nuevos intentos. Panksepp (1991) considera las emociones como ciertos tipos de procesos sincronizadores y/o coordinadores que se producen en el cerebro, activando determinadas tendencias de acción. Así, la ansiedad tendería a propiciar acciones defensivas (ataque, huida, preparación de medios y apoyos, combatividad), mientras que la depresión facilitaría la desactivación de planes, la autocrítica y el cuestionamiento

de nuestras capacidades, la desconfianza en nuestros recursos, el desinterés, el retraimiento, etc.

La ansiedad es una emoción caracterizada por el sentimiento de miedo, temor, aprensión, inseguridad, como consecuencia de que el individuo siente amenazados sus intereses, cuenta con medios insuficientes, tiene dificultades para emitir las conductas adecuadas, se muestra insatisfecho del éxito alcanzado, o tiene problemas para mantener dichos logros.

Cuando existe proporcionalidad entre los medios del individuo y las exigencias del medio a las que ha de hacer frente, la persona tiene la percepción de control sobre los problemas y dificultades, y por extensión sobre su conducta y sus planes. Cuando no es así, la persona se siente desbordada, a merced de las circunstancias. La percepción de falta de control, ya sea sobre el medio interno o externo, activa una disposición del organismo hacia un tipo específico de acciones y actitudes relacionadas con la defensa, la búsqueda de seguridad, la prevención, o el ataque, a través de conductas específicas de afrontamiento de la situación. Si las conductas de afrontamiento son efectivas se restablece de nuevo el control —el antiguo o uno nuevo— y se vuelve a la normalidad, si no, es probable que se multipliquen las dificultades y se incremente progresivamente la ansiedad.

Los propósitos que dan sentido y direccionalidad a las acciones, así como los procesos de evaluación que, en el caso de la ansiedad, caracterizan una situación como amenazante respecto de dichos propósitos o metas, no siempre son conscientes, o no en su totalidad. Algunos procesos son automáticos —movemos la mano de manera refleja si se acerca una avispa o simplemente un objeto extraño no identificado— o se han automatizado: conducimos sin tener constantemente presente el destino o los procedimientos a seguir en las operaciones y maniobras que realizamos.

Si recordamos una vez más la definición de ansiedad —alerta del organismo ante situaciones consideradas amenazantes— se nos plan-

tea la cuestión de cómo el organismo considera una situación como amenazante, es decir, cómo procesa la información a partir de la cual se ha de generar o no el estado de alerta y las respuestas que correspondan al caso.

En el procesamiento de información vinculado a la percepción de riesgos participan, coordinadamente, algunas áreas cerebrales responsables de las respuestas emocionales básicas (tálamo, amígdala) y la corteza cerebral. Dicho procesamiento se produce en tres etapas (Beck y Clark, 1997):

- 1ª etapa: **Evaluación inicial de la amenaza.** Se da un reconocimiento automático e instantáneo de los estímulos y se les clasifica como amenazantes o no. Este proceso consume pocos recursos atencionales y permite el procesamiento paralelo de otros planes o informaciones.
- 2ª etapa: **Activación primitiva frente a la amenaza.** Tras la evidencia inicial de peligro se ponen en marcha las respuestas cognitivas, emocionales, fisiológicas y conductuales características de la ansiedad. Esta segunda etapa, que incluye las respuestas de huida o ponerse a salvo, es también automática, rígida, no racional, y total o parcialmente inconsciente. La persona sólo es consciente de los resultados de esa evaluación primitiva de amenaza; es decir, de los efectos fisiológicos, emocionales y conductuales derivados de ella, y de los pensamientos automáticos que la acompañan. El procesamiento de la información característico de esta etapa consume muchos recursos atencionales. Se produce, además, intolerancia a la incertidumbre, y una sobrevaloración del daño y de la probabilidad de que se produzca.
- 3ª etapa: **Pensamiento reflexivo.** La persona puede pensar acerca de sus pensamientos y propósitos, evaluar la exactitud de su valoración inicial de amenaza, y la disponibilidad y la eficacia de sus recursos para afrontarla. Se trata de un procesamiento de la información más complejo, lento, racional y consciente.

El modelo de procesamiento de la información que acabamos de explicar encaja con formulaciones neurobiológicas como la de LeDoux (1999). Según LeDoux, las señales o estímulos fóbicos se procesan inicialmente en el tálamo, desde donde se transmite una información primaria a la amígdala, y de ésta al sistema nervioso autónomo y otros centros nerviosos. Esta transmisión, rapidísima, permite un cambio en la focalización de la atención y una apresurada respuesta de escape o de búsqueda de seguridad (este proceso se correspondería con las etapas 1ª y 2ª antes citadas). Simultáneamente, la corteza cerebral recibe del tálamo una información más completa, que le permite hacerse una representación más precisa, y consciente del problema (etapa 3ª). Esa información se transfiere también a la amígdala, desde donde se envía nuevamente al sistema nervioso autónomo y otros centros. El hecho de que la información viaje por una vía más rápida, corta y directa del tálamo a la amígdala, antes de que ésta reciba la información reprocesada por la corteza cerebral, podría permitir que las respuestas emocionales se inicien en la amígdala antes de que la persona sea consciente del estímulo, interno o externo, que le hace reaccionar. Desde la corteza cerebral partirían también informaciones al sistema neuroendocrino, que, a través de las hormonas, participa, a medio plazo sobre todo, en las respuestas del organismo frente a la ansiedad y el estrés.

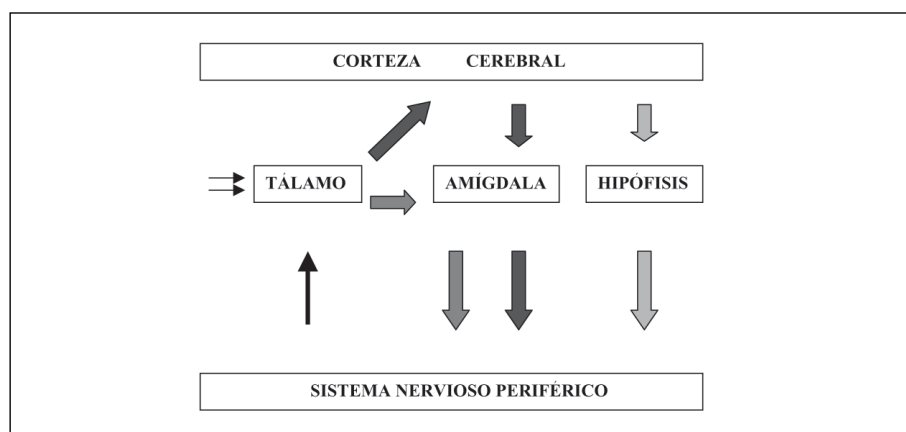


Figura 1.3: Recorridos de la información por los centros nerviosos implicados en la ansiedad.

La información, no obstante, no sólo viaja de arriba-abajo, sino también de abajo-arriba. Esto implica que la activación emocional que se refleja en las vísceras (corazón, pulmón, estómago) y los músculos, puede influir y condicionar la actividad de los procesos cognitivo superiores. Del mismo modo que pensamientos amenazantes pueden activar respuestas autónomas que preparan al organismo para la defensa, la sobreestimulación/sobreactivación periféricas pueden activar el pensamiento tratando de buscar o suponer posibles peligros. Es decir, pensamientos amenazantes llevan al organismo a activarse para defenderse, pero la activación defensiva propia de las etapas uno y dos citadas anteriormente, puede llevar al cerebro consciente a indagar por dónde viene el peligro que está presintiendo. Esto explicaría, también, cómo los síntomas de ansiedad pueden convertirse en fuentes de ansiedad y preocupación.

En lo que se refiere a la higiene y prevención de la ansiedad, la mayoría de procedimientos a seguir son concernientes a los procesos característicos de la etapa o nivel de procesamiento tres, dado que los niveles uno y dos son menos accesibles al control directo y voluntario por parte de la persona.

El nivel tres de procesamiento está estrechamente ligado a los procesos cognitivos y operativos del individuo, muchos de ellos conscientes e intencionales. Básicamente, existe intención cuando un individuo actúa de forma persistente para lograr un objetivo, eligiendo diferentes medios y procedimientos, corrigiéndolos según su evolución y resultados, hasta dar por terminada la actividad. El ciclo consta, pues, de objetivos, opción de medios, persistencia, corrección y finalización.

Los actos intencionales se producen a partir de las consecuencias que prevé la persona interesada, independientemente de que, al final, se produzcan o no. La previsión forma parte de los mecanismos cognitivos de tipo anticipatorio, que son esenciales en la elicitación de la ansiedad.

En la figura siguiente presentamos un esquema de interrelación de variables operativas para el estudio de la ansiedad, cuya definición sería la siguiente:

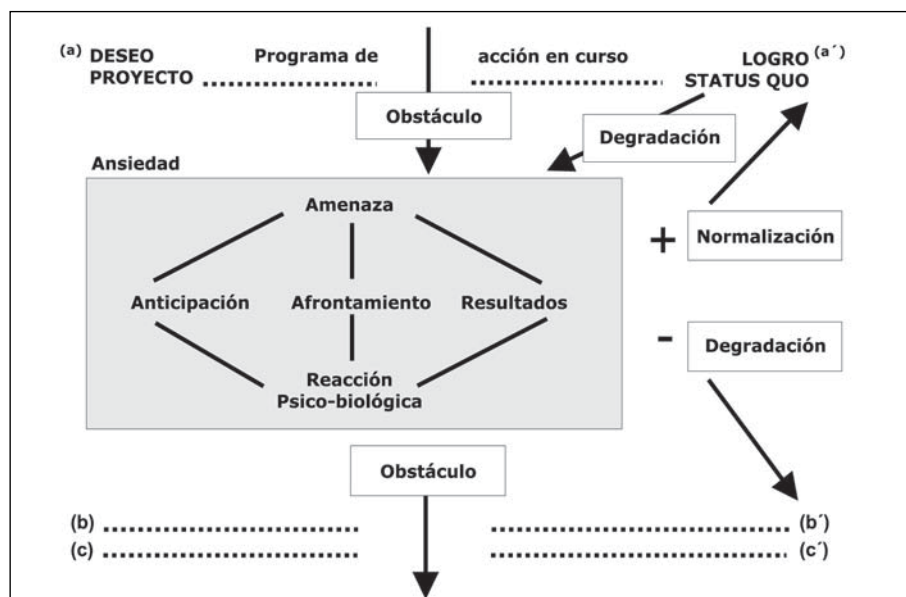


Figura 1.4: Esquema de interrelación de las variables implicadas en la ansiedad.

- **Amenaza:** Se refiere a aquellos daños, pérdidas, u obstáculos que pueden alterar negativamente los planes, intereses, logros o estado del individuo.
- **Anticipación:** Se refiere a un proceso cognitivo de evaluación sobre un acontecimiento que todavía no ha ocurrido, respecto del cual, el individuo calcula posibles riesgos, cómo se producirán o no, y cómo podrían prevenirse o afrontarse.
- **Activación biológica:** Sobreactivación y sobreestimulación interna del organismo frente a una situación considerada amenazante.
- **Afrontamiento:** Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar las demandas específicas, internas o externas, que son evaluadas como amenazantes, excedentes o desbordantes de los recursos del sujeto.

- **Resultados:** Son las consecuencias adaptativas o no del afrontamiento, frente a la situación amenazante y que tiene repercusiones en estado-proceso afectivo, efectivo y fisiológico del organismo.

La ansiedad no es asimilable, exclusivamente, a ninguna de estas variables o relación particular entre ellas, sino al conjunto de ellas como sistema.

El afrontamiento efectivo de los riesgos u obstáculos que pudieran amenazar la consecución de los logros pretendidos, o el mantenimiento de los logros ya alcanzados o dados (*Status Quo*) que desean conservarse, reduce la ansiedad o la desactiva.

El afrontamiento no efectivo intensifica la ansiedad. En la medida en que un proyecto o logro se degrada, y la activación fisiológica y psicológica alcanzan límites de trastorno, la ansiedad compromete, obstaculiza o degrada (amenaza en una palabra) la continuidad de otros planes inicialmente no problematizados, dando lugar así a un proceso de generalización, o reacciones en cadena, que retroalimentan la ansiedad negativamente, en tanto en cuanto el individuo ve sus recursos progresivamente más desbordados y su bienestar reducido o truncado en malestar.

1.3. ¿QUÉ ME ESTÁ PASANDO? LA ANSIEDAD: EL PORQUÉ DE LOS SÍNTOMAS

En el transcurso de este capítulo trataremos de explicar qué pasa en nuestro organismo en situaciones de alerta: qué mecanismos fisiológicos se ven implicados, qué cambios se producen, en qué momento la ansiedad se convierte en un problema y cómo se mantiene como tal.

En 1929 W. Cannon se refirió a la ansiedad como *Respuesta de lucha-huida*, dado que se trata de una reacción primitiva y refleja que nos

prepara para luchar o bien para huir del peligro. Y, efectivamente, si nos encontramos ante una situación de peligro (fuego en el edificio, por ejemplo) tenemos que estar preparados para una acción inmediata, necesitamos que en nuestro cuerpo se produzcan una serie de cambios, encaminados a superar con éxito la situación (escapar de la llamas, sobrevivir). La finalidad de la ansiedad es proteger al organismo y sus intereses.

Nuestro actual mecanismo de defensa es heredero del que como especie hemos ido desarrollando a lo largo de miles de años de evolución. Los peligros a los que estaban expuestos nuestros antepasados estaban ligados a la supervivencia y a funciones primarias de lucha y huida (luchar contra los animales, competir contra otros humanos, correr, pelear, esconderse...). Todas estas son acciones que requieren una activación muscular alta. En la actualidad hay muchos peligros que no se resuelven atacando o luchando pero, sin embargo, seguimos conservando el componente de alta sobreactivación motora cuando interpretamos que una situación es peligrosa.

El encargado de coordinar dicha activación motora y todos los cambios físicos que supone es el Sistema Nervioso Autónomo (SNA), también conocido como Sistema Nervioso Vegetativo. Conozcámoslo un poco mejor antes de detallar la respuesta de lucha-huida.

El SNA forma parte del Sistema Nervioso Periférico. Es un sistema involuntario que se encarga de regular funciones tan importantes como la digestión, la circulación sanguínea, la respiración y el metabolismo. Entre sus acciones están: el control de la frecuencia cardíaca, la contracción y dilatación de vasos sanguíneos, la contracción y relajación del músculo liso en varios órganos, la acomodación visual, el tamaño pupilar y secreción de glándulas exocrinas y endocrinas.

El Sistema Nervioso Autónomo se divide en dos subsistemas que tienen funciones diferentes:

- El Sistema Nervioso Simpático: se encarga de preparar al cuerpo para la acción y la producción de la energía que necesita. Para ello libera dos productos químicos (la adrenalina y la noradrenalina), que desencadenan una *respuesta completa*, es decir, se experimentan todos los síntomas que componen la respuesta de ansiedad (lucha y huida).
- El Sistema Nervioso Parasimpático: su acción produce efectos opuestos al Sistema Nervioso Simpático. Propicia la desactivación, la recuperación y restauración del organismo. Favorece el almacenamiento y la conservación de la energía. Lo hace a través de la acetilcolina, un neurotransmisor.

Una vez conocido el Sistema Nervioso Autónomo, volvamos a la descripción detallada de la *Respuesta de lucha y huida*. Decíamos que es un tipo de respuesta que nos prepara para hacer frente a los peligros, luego ¿qué pasa cuando nuestro cerebro (corteza cerebral, amígdala) interpreta que estamos ante una situación peligrosa? Se comunica con el Sistema Nervioso Autónomo, que activa su rama simpática, propiciando una serie de cambios físicos para preparar al organismo para luchar o huir. Veamos cuáles son dichos cambios agrupados por sistemas:

- *Sistema muscular*: Necesitamos que los grandes grupos musculares (extremidades y otros) entren en acción, tensándose, para poder emprender la acción de huir o luchar.
- *Visión*: Las pupilas se dilatan para poder tener una visión más nítida, más agudizada en el centro del campo visual donde suele situarse el peligro, para poder discriminarlo mejor o para saber por dónde hay que huir.
- *Sistema cardiovascular*: Se encarga del transporte y la distribución, *por vía urgente*, de las sustancias nutritivas y el oxígeno. ¿Cómo lo hacen? mediante el incremento del ritmo y la fuerza de los latidos cardiacos, para que las extremidades puedan recibir las sustancias nutritivas y el oxígeno.

A su vez se produce una redistribución del flujo sanguíneo, de manera que los músculos más directamente relacionados con la actividad física reciben más sangre, y reciben menos sangre la piel, los dedos de manos y pies y la zona abdominal. En el cerebro se produce también una redistribución de la sangre que afecta, por un lado, al área frontal (zona vinculada con el razonamiento) donde disminuye el flujo; y por otro, a las zonas relacionadas con las respuestas instintivas y motoras (correr o luchar) donde se incrementa. La redistribución del flujo sanguíneo en el cerebro puede producir sensaciones de mareo, de confusión,... y dificultar ciertas funciones cognitivas superiores como la capacidad de planificación, razonamiento,... que se verán reestablecidas cuando se desvanezca el estado de alarma.

- *Sistema respiratorio:* La preparación del organismo para una reacción rápida e intensa requerirá un aporte energético extra (glúcidos y lípidos). Estas materias primas se transformarán en energía, mediante procesos de combustión, para lo que se necesita oxígeno, el combustible de nuestro organismo, en mayor cantidad.
- *Sistema exocrino:* El proceso de sobreactivación propio de la respuesta de lucha-huida produce un aumento de la temperatura corporal que el organismo compensa incrementando la sudoración, para refrigerarse. Por otro lado, la piel resbaladiza a causa del sudor dificultaría el ser capturados.

Todos estos cambios constituyen la respuesta fisiológica de la ansiedad, respuesta, que a su vez acaba influyendo o modulando las respuestas cognitiva y conductual. Nos disponemos, a continuación, a describir en qué sentido.

Los procesos atencionales juegan un papel destacado en la respuesta de ansiedad: nos fijamos más en las señales que tienen que ver con la amenaza. Se produce, en este sentido, un cambio en la prioridad de las acciones que llevamos a cabo, de modo que *lo relacionado con lo peligro-*

so recibe la condición de preferente. El objetivo principal es protegerse y/o prepararse para superar los peligros:

- Luchar, enfrentarse con el problema.
- Escapar o huir de la situación amenazante.
- Evitar la situación amenazante, en los casos en que la anticipemos.
- Quedarse paralizado o inmovilizado ante la situación amenazante.

Es una respuesta más habitual en el reino animal, que se constituye como la alternativa más eficaz en los casos en los que no son posibles las anteriores.

Y, *¿cómo y cuándo se acaba esta reacción de defensa?* La reacción suele frenarse cuando *nos sentimos a salvo*, cuando el peligro ya no está presente. Para refrenar la respuesta de ansiedad suelen ponerse en acción, por un lado, el Sistema Nervioso Parasimpático, que como hemos visto anteriormente se encarga de proteger y reparar al organismo; por otro lado, el organismo libera una serie de productos químicos que destruyen la adrenalina y la noradrenalina, con la consecuente sensación de desactivación.

Dado el valor adaptativo que tiene la ansiedad para nosotros, ¿cuándo acaba convirtiéndose en un problema? Biondi (1989), señala tres aspectos básicos para determinar cuándo la ansiedad se convierte en un problema:

- Si la ansiedad pasa de ser un episodio poco frecuente, de intensidad leve o media y duración limitada, a convertirse en episodios repetitivos, de intensidad alta y duración prolongada.
- Si la ansiedad deja de ser una respuesta esperable y común a la de otras personas para unos tipos de situación, y pasa a ser una reacción desproporcionada para la situación en la que aparece.
- Si la ansiedad conlleva un grado de sufrimiento alto y duradero, en lugar de limitado y transitorio, e interfiere significativamente en diferentes áreas de la vida de la persona que la padece, causando

molestias generalizadas que afectan a los hábitos básicos de la persona: ritmos de sueño, alimentación y nivel general de activación.

Siguiendo estos criterios debemos tener en cuenta que cuando estamos sometidos a un nivel de activación muy intenso y/o sostenido, los efectos beneficiosos producidos por los cambios fisiológicos se convierten en sensaciones físicas desagradables. De forma detallada tenemos:

- La contracción de los grandes grupos musculares que prepara al organismo para la acción se reconvierte en sensaciones de tensión muscular o incluso dolor, temblores, espasmos, calambres y sacudidas. Estos últimos son producidos por la acción del ácido láctico, un producto que se obtiene al generarse la energía, que al permanecer en los músculos termina por actuar como un tóxico.
- La dilatación pupilar que permite que entre más luz en el ojo y aumenta la discriminación visual, acaba creando molestias como la visión borrosa, sensibilidad a la luz, neblina o puntos luminosos.
- El aumento de la presión sanguínea y la frecuencia cardíaca para intensificar el transporte de nutrientes y oxígeno, se viven como palpitaciones o taquicardia.
- La sudoración profusa aparece por la necesidad del organismo de refrigerarse, liberando el calor generado en la producción de energía.
- A su vez la redistribución, por parte del torrente sanguíneo, de los nutrientes y oxígeno a las zonas donde son necesarios, puede producir pérdida de sensibilidad, hormigueo, palidez y frío (especialmente en manos y pies). A su vez, el hecho de que la digestión (y con ella la secreción de saliva) se vea enlentecida o parada puede generar molestias estomacales, náuseas, diarrea y la sensación de boca seca
- La redistribución del flujo sanguíneo cerebral que facilita que el organismo se concentre en la acción (luchar o escapar), más que en un análisis reflexivo, crea problemas como atención selectiva hacia

el peligro, dificultad para pensar con claridad o confusión, mareo y sensación de irrealidad.

- El aumento de la frecuencia e intensidad de la respiración, ideales para tener un mayor suministro de oxígeno en los músculos, puede transformarse en hiperventilación, lo que conlleva que se reduzca el nivel de dióxido de carbono en la sangre y se desencadenen una serie de sensaciones desagradables como: hormigueo, mareo, debilidad, sensación de desmayo, sudoración, escalofríos, visión borrosa, taquicardia, nudo en la garganta, temblor, sensación de irrealidad, opresión/dolor en el pecho, sensación de falta de aire, cansancio.

Normalmente, la respuesta de lucha-huida descrita anteriormente, y la activación que la caracteriza, se vive como muy oportuna ante una situación de peligro que entrañe movimiento o desplazamiento. La cuestión es que muchas de las situaciones amenazantes a que se enfrenta el hombre actual no requieren, para su solución, dicha respuesta motora. Y no sólo eso: una reacción de activación excesiva se podría vivir como interferidora y alarmante, más que como facilitadora.

Terminamos este capítulo como lo empezamos: señalando que nuestra respuesta visceral y autónoma ante situaciones amenazantes es heredera de aquella que durante cientos de años nos ha ayudado a adaptarnos y sobrevivir en entornos físicos y materiales muy primarios. Las fuentes de riesgo pueden ser muy distintas e incluso ir cambiando por razones culturales, sociales u otras, pero la respuesta fisiológica ante la ansiedad es esencialmente la misma.

1.4. ¿POR QUÉ A MÍ? LA ANSIEDAD: BIOLOGÍA, APRENDIZAJE, PERSONALIDAD, CIRCUNSTANCIAS Y RECURSOS

¿Por qué una persona tiene un problema de ansiedad? ¿Cuáles son sus causas? ¿Qué factores están implicados?

La etiología de las enfermedades es a menudo compleja y poco conocida. En la mayoría de los casos no existe una única causa o factor implicado. En el estudio de los problemas de ansiedad se considera que la enfermedad es el producto de la interrelación entre factores de diversa índole. Siguiendo el llamado *modelo biopsicosocial*, en los problemas de ansiedad están implicados factores biológicos (genéticos, fisiológicos, bioquímicos, etc.), psicológicos (procesamiento de la información, aprendizaje, personalidad, estrategias de afrontamiento, etc.) y sociales (influencias del grupo, cultura, etc.). Se considera que los tres sistemas están estrechamente interrelacionados, de modo que un cambio en uno de ellos implica cambios en el resto. Los problemas de ansiedad se producen por una combinación de alguno de estos factores durante un periodo de tiempo. Normalmente, la presencia de uno sólo no provoca un trastorno de ansiedad. La presencia de factores de riesgo que predisponen a un sujeto a padecer un trastorno de ansiedad (factores genéticos, personalidad, etc.) ligada a la presencia de un estresor (una enfermedad, acontecimientos vitales, etc.) puede comprometer la capacidad de afrontamiento del individuo y conducir al desarrollo de un problema de ansiedad. El papel y el peso de cada uno de estos factores dependerá de cada persona y de cada trastorno de ansiedad.

1.4.1. Factores biológicos

Los estudios que se han realizado hasta la fecha sobre los trastornos de ansiedad han subrayado el importante papel de los factores biológicos en la génesis de este tipo de problemas. Por un lado, es frecuente observar cómo familiares más o menos próximos comparten un mismo problema. Por ejemplo, es probable que los padres de un joven con una timidez excesiva tengan también dificultades en sus relaciones sociales, o que personas con ansiedad generalizada tengan familiares que se preocupen en exceso por las cosas. Sin embargo, esta relación podría explicarse de dos maneras diferentes:

- Estos dos familiares comparten genes y biología: ¿existen características genéticas o biológicas que se han transmitido por herencia?
- Estos dos familiares comparten el mismo ambiente: ¿el problema se ha adquirido por mecanismos de aprendizaje?

El tratamiento farmacológico reduce en muchos casos la intensidad de la sintomatología de los trastornos de ansiedad. Este hecho sugiere que algunos sistemas de neurotransmisión y sistemas hormonales podrían estar alterados y conducir a la aparición de un problema de ansiedad.

En este apartado se discutirá la participación de estos factores en los problemas de ansiedad a la luz de las investigaciones científicas actuales.

Factores genéticos implicados en los problemas de ansiedad

El trastorno de ansiedad más estudiado es probablemente el trastorno de pánico. Se estima que la aportación de la genética a la ocurrencia del trastorno se sitúa alrededor del 40%. Esto quiere decir que del total de factores que podrían estar implicados en el origen de este trastorno (y que sumaría el 100% si hablamos en términos estadísticos) la genética tiene un papel importante. De hecho, los estudios con gemelos indican que entre los monozigotos (comparten la misma carga genética) la presencia del trastorno es de dos a cinco veces más elevada que entre gemelos dizigotos (no comparten la misma carga genética). Por otro lado, entre familiares de primer grado (padres, hijos, hermanos) es tres veces más frecuente padecer este trastorno que en la población general. Otros estudios sugieren que los trastornos de pánico podrían compartir factores genéticos con otros problemas de ansiedad, como las fobias, la inhibición del comportamiento o la ansiedad por separación.

Algunos trabajos estiman en un 30% la contribución de la genética a la explicación del trastorno de ansiedad generalizada (Tsuang, 2002). La concordancia entre gemelos monozigotos es mayor que entre dizigotos (Kendler, Neale, Kessler, Heath, y Eaves, 1992). Por otro lado, los familiares de primer grado de personas con este trastorno tienen entre dos y tres veces más probabilidad de tener este mismo trastorno.

La agorafobia, la fobia a la sangre y/o a las heridas y la fobia social son los trastornos de ansiedad con una mayor heredabilidad (Kendler, Karkowski y Prescott, 1999). Se considera que el peso de la genética en el primer caso sería del 67%, del 59% en la fobia a la sangre y del 51% en la fobia social. También el trastorno de estrés postraumático (TEPT) es más prevalente en gemelos monozigotos que en dizigotos, con una heredabilidad que se estima en torno al 20-30%.

Otros estudios sugieren que ciertas características de personalidad muy relacionadas con la ansiedad (el neuroticismo o la ansiedad rasgo, la inhibición conductual) podrían heredarse. Estas características heredadas podrían participar en la etiología de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

Los estudios de genética molecular realizados hasta el momento sólo han obtenido resultados muy preliminares, por lo que es recomendable tomar con cautela las conclusiones que se derivan. En síntesis, estos resultados sugieren que las contribuciones de los genes individuales son pequeñas, siendo probable que un mismo gen esté implicado en la aparición de diferentes trastornos de ansiedad. Contrariamente a lo que se suponía, no se han identificado genes concretos que de forma específica estén implicados en un tipo u otro de problemas de ansiedad. En su lugar, parece más plausible considerar que un conjunto de genes influya de forma inespecífica en dichos trastornos.

Sistemas de neurotransmisión implicados en los problemas de ansiedad

Los neurotransmisores son las sustancias químicas que transmiten información de una neurona a otra. Las neuronas son las células del sistema nervioso, sobre cuya actividad química y eléctrica se soportan las acciones, las sensaciones y pensamientos. Los estudios realizados hasta la fecha consideran que en los trastornos de ansiedad podrían verse implicados algunos neurotransmisores. En este apartado se describirá la participación de los sistemas que regulan tres de estos neurotransmisores: el sistema noradrenérgico (el neurotransmisor es la noradrenalina), el sistema serotoninérgico (el neurotransmisor es la serotonina) y el sistema gabaérgico (GABA).

■ *El sistema noradrenérgico*

Este sistema podría estar implicado en el trastorno de pánico, en el trastorno obsesivo compulsivo y en el trastorno de estrés postraumático (Coplan, 2000). Diversos estudios han apuntado que durante los ataques de pánico (trastorno de angustia) se produce una mayor liberación de noradrenalina. De hecho, los tratamientos farmacológicos con sustancias que reducen la cantidad de este neurotransmisor han resultado ser muy eficaces.

Por otro lado, se ha descrito que en sujetos con trastorno de estrés postraumático los niveles de adrenalina y noradrenalina aumentan en presencia de estímulos relacionados con el evento traumático.

La evidencia actual de disfunciones en el sistema noradrenérgico en personas con trastorno obsesivo compulsivo es escasa. Sin embargo, la eficacia del tratamiento con fármacos similares a la *noradrenalina*, como la *clomipramina* y *clonidina*, parece sugerir que este sistema podría estar implicado en el trastorno. En cambio, la implicación de este sistema en

otros problemas de ansiedad como la ansiedad generalizada o la fobia social, parece ser pequeña, aunque es necesario estudiar esta relación con mayor profundidad.

■ *El sistema serotoninérgico*

Este sistema podría estar implicado en el trastorno de pánico, la ansiedad generalizada y el trastorno obsesivo compulsivo. De hecho, los fármacos que actúan aumentando la disponibilidad de la serotonina en el cerebro reducen la sintomatología ansiosa y son eficaces en prácticamente todos los trastornos de ansiedad.

Por otro lado, se considera que el sistema serotoninérgico no actuaría de forma específica en los trastornos de ansiedad, dado que el tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de este neurotransmisor (ISRS) también es muy efectivo en los trastornos del estado de ánimo.

■ *El sistema gabaérgico*

El tratamiento con fármacos que potencian el sistema GABA, como las benzodiacepinas (alprazolam, clonazepam) han demostrado su eficacia en el tratamiento de los ataques de pánico y de la ansiedad generalizada.

Sistemas hormonales implicados en los problemas de ansiedad

El sistema endocrino controla muchas de las funciones del organismo a través de unas sustancias químicas llamadas hormonas. Se conocen varios sistemas hormonales, sin embargo en este capítulo nos centraremos básicamente en aquellos que se han visto más implicados en la ansiedad y sus trastornos.

■ *Eje HPA: eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal*

Este eje trabaja en colaboración con el Sistema Nervioso Vegetativo y está implicado en la respuesta del organismo frente a las situaciones de estrés. Hemos comentado que ante una situación real o percibida de amenaza, el cuerpo se prepara para una posible respuesta de lucha o huida. En este contexto, se produce una mayor liberación de adrenalina y noradrenalina y de una hormona llamada cortisol. Estas sustancias provocan la activación general del organismo, facilitando su respuesta ante las demandas externas: aumenta la frecuencia cardíaca y la capacidad respiratoria, se movilizan las defensas del organismo, etc. Si el estrés es continuado, los recursos de los que disponemos para hacer frente a esta demanda se agotan y se pueden producir alguna de estas alteraciones: dolor de cabeza, temblor, insomnio, ansiedad, tensión y dolor muscular, problemas en la respiración, etc.

■ *Eje HPT: eje hipotálamo-hipófiso-tiroideo*

Este eje regula la producción de las hormonas tiroideas por parte de la glándula tiroides. Las dos hormonas tiroideas más importantes son la *tiroxina* (T4) y la *triyodotironina* (T3) y son esenciales para la función de cualquier célula del organismo. Regulan el crecimiento y la tasa metabólica del cuerpo.

Se han descrito dos enfermedades que cursan con un déficit o un exceso en los niveles de estas hormonas: el hipotiroidismo y el hipertiroidismo. Estas enfermedades pueden estar implicadas en problemas del estado de ánimo y ansiedad. De hecho, alrededor de un 20-30% de los pacientes con trastornos afectivos (depresión, manía) y de ansiedad tienen alteraciones en este eje.

El hipotiroidismo está causado por un déficit de producción de estas hormonas. En las personas que padecen este problema se observa un

enlentecimiento mental y físico y somnolencia, además de otras alteraciones en otros órganos. El hipertiroidismo suele deberse a un funcionamiento excesivo de la glándula tiroides. Síntomas frecuentes son nerviosismo, temblores, cansancio, debilidad, insomnio, inquietud, hiperactividad e irritabilidad, la tendencia a la distracción y la inestabilidad emocional.

1.4.2. Personalidad

La personalidad es el patrón de pensamientos, sentimientos y conductas que presenta una persona y que persiste a lo largo de toda su vida a través de diferentes situaciones. La personalidad es estable en el tiempo y en las situaciones, esto implica que tendemos a comportarnos de forma similar en diferentes contextos y en diferentes momentos de la vida. Los rasgos son los atributos o características de la personalidad. Cada uno de los rasgos que conforman la personalidad se representa a lo largo de un *continuum*, de modo que las personas nos diferenciamos unas de otras en el grado en que presentamos más o menos cada rasgo.

Se considera que la personalidad se *moldea* con el paso del tiempo a partir de las experiencias vividas. Sin embargo, ciertas características de la personalidad aparecen ya en los primeros años de vida. La parte *innata* de la personalidad se llama *temperamento*. Podríamos decir que el temperamento sería el sustrato biológico-genético de nuestra forma de ser, el *equipaje* que traen los niños consigo cuando nacen.

Nuestra personalidad determina, al menos en parte, cómo reaccionamos ante una situación. Obviamente, las experiencias vividas influyen en nuestro comportamiento y el aprendizaje de formas de conducta más adaptativas puede hacer que no siempre nos comportemos del mismo modo.

Rasgos de personalidad y trastornos de ansiedad

Además de influir en nuestro comportamiento, se considera que el temperamento y las características de personalidad influyen en la aparición de problemas psicológicos.

Cabe distinguir entre *ansiedad rasgo* y *ansiedad estado*. La ansiedad rasgo es una característica de personalidad relativamente estable a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones. El rasgo de ansiedad se refiere a la tendencia del individuo a reaccionar de forma ansiosa. Las personas con un marcado rasgo de ansiedad tienden a percibir un gran número de situaciones como peligrosas o amenazantes y a responder a estas situaciones amenazantes con manifestaciones intensas de ansiedad. Son personas que tienden a sobrevalorar los riesgos y minusvalorar sus propios recursos, impresionables, aprensivas, que necesitan muchas señales de seguridad para tomar decisiones o sentirse tranquilas y, normalmente, prefieren las situaciones conocidas y previsibles a las nuevas.

La ansiedad estado hace referencia a un estado emocional transitorio y fluctuante en el tiempo. El nivel de ansiedad estado debería ser alto en circunstancias que sean percibidas por el individuo como amenazantes y bajo en situaciones no amenazantes o no percibidas como tales. En el primer caso, decimos que ese individuo es ansioso (rasgo), en el segundo que está ansioso (estado).

Ambos conceptos están relacionados. Una persona con un nivel elevado de ansiedad rasgo presenta, por regla general, una ansiedad estado también elevada. Sin embargo, una persona con un nivel de ansiedad rasgo bajo puede mostrar de forma puntual reacciones de ansiedad de elevada intensidad ante situaciones que perciba como amenazantes (ansiedad estado). Así, por ejemplo, una persona con un nivel de ansiedad rasgo bajo puede mostrarse ansiosa ante la inminencia de un examen. En cambio, una persona con un nivel elevado de ansiedad rasgo no sólo se sentirá nerviosa en esa situación, también en muchas otras.

Según muchos autores, la *ansiedad rasgo* es la característica de personalidad que subyace a muchos trastornos de ansiedad. Se trata de una característica de personalidad con una importante carga genética y se considera que podría estar implicada en la mayor vulnerabilidad a padecer trastornos de ansiedad y depresión que tienen estas personas.

Los trastornos de ansiedad también tienen en común otro rasgo de personalidad: *la evitación del daño*. Algunos autores relacionan este rasgo con una característica temperamental que se observa en niños muy pequeños: la inhibición conductual. Las personas con un nivel alto de inhibición conductual o evitación del daño suelen evitar y mostrarse inhibidos ante estímulos novedosos o no familiares, suelen reaccionar con retraimiento (no se acercan al estímulo desconocido, se alejan de él). Así por ejemplo, un niño con elevados niveles de inhibición conductual se muestra temeroso ante desconocidos y suele evitar las situaciones sociales en las que debe entablar relación con personas que no conoce —o en las que no está presente un cuidador o persona familiar— (Balle-spí, 2004). Muchos estudios han asociado este rasgo temperamental en los primeros años de vida con la presencia de *fobia social* en la infancia, la adolescencia o la adultez. Sin embargo, presentar este rasgo o temperamento no conduce invariablemente a padecer una fobia social. Las personas que presentan este trastorno de ansiedad pueden haber carecido de modelos de conducta (por ejemplo, sus padres también son tímidos) o no haber tenido experiencias que les enseñen a comportarse de otro modo.

La evitación del daño también se ha visto asociada al *trastorno de pánico*. Algunos estudios sugieren que las personas con ataques de pánico podrían tener unos rasgos temperamentales comunes que precederían la aparición del trastorno (Perugi *et al.*, 1998):

- Elevada actividad del Sistema Nervioso Simpático, con síntomas como palpitaciones, sudor, disnea, etc. Estos síntomas se presen-

tan de forma esporádica antes de la aparición del primer ataque de pánico.

- Miedo excesivo a padecer una enfermedad.
- Hipersensibilidad a la separación: son personas dependientes, con necesidad de protección o de proteger a los suyos, muestran una marcada unión con familiares.
- Dificultad para alejarse de lugares conocidos: les cuesta adaptarse a los cambios y novedades, no se suelen establecer muy lejos de su lugar de origen y de las personas que conocen.
- Necesidad de seguridad: necesitan que alguien les tranquilice, les asegure que no va a pasar nada de lo que temen.

Se trata de personas muy preocupadas por la salud y la enfermedad, con una importante hipervigilancia a las sensaciones corporales.

Además de la evitación del daño, otras características de personalidad podrían actuar como predisponentes específicos del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC). Las personas con este problema suelen ser perfeccionistas, rígidas e inflexibles (Rheaume, Ladouceur y Freeston, 2000). Son personas que dedican mucho tiempo a repetir tareas hasta que éstas alcanzan la perfección, tienen problemas para adaptarse a los cambios y para adoptar diferentes puntos de vista. Su estabilidad emocional depende del control, la rutina y el orden.

Algunos autores señalan que estas características de personalidad no necesariamente preceden la aparición del trastorno. No está claro si los rasgos de personalidad preceden en el tiempo o se dan de forma simultánea a un problema de ansiedad. Incluso algunos autores afirman que algunas de estas características o rasgos podrían verse afectados por el curso del trastorno (Clark, Watson y Mineka, 1994). Por ejemplo, las personas con ataques de pánico pueden volverse más aprensivas e hipervigilantes a los síntomas físicos a consecuencia de su problema.

1.4.3. Aprendizaje

El aprendizaje se define como el cambio producido en el comportamiento a consecuencia de la experiencia. Es el proceso que permite al individuo adaptarse al medio en que vive. Este proceso de adaptación requiere la modificación de nuestro comportamiento, y se realiza de acuerdo a las experiencias vividas. En algunas ocasiones, los comportamientos aprendidos no resultan adaptativos, interfiriendo de forma importante en nuestro funcionamiento en diferentes ámbitos. En este sentido, parte de los problemas relacionados con la ansiedad tienen que ver con un mal aprendizaje. En otras ocasiones, la falta de aprendizaje también puede estar implicada en la aparición de un problema de ansiedad.

Algunas teorías psicológicas consideran que el aprendizaje es una respuesta del organismo a una estimulación provocada por los elementos externos al individuo. El hombre aprende asociaciones o conexiones entre estímulos y respuestas. Desde este enfoque, se distinguen dos mecanismos de aprendizaje implicados en la aparición de problemas de ansiedad: el *condicionamiento clásico* y el *condicionamiento operante* o instrumental. Por otro lado, gran parte de las conductas aprendidas por el individuo se explican por la observación del comportamiento de los demás. En este caso, el mecanismo implicado se llama *aprendizaje vicario* u *observacional*. En este capítulo se definirán cada uno de estos mecanismos de aprendizaje y se abordará la relación entre cada uno de ellos y los problemas de ansiedad.

Condicionamiento clásico

Es un tipo de aprendizaje asociativo en el que un estímulo aparentemente neutro acaba suscitando la misma respuesta o similar que otro estímulo cuando aparecen asociados. En un experimento pionero en el campo de la psicología, Pavlov estudió la respuesta de salivación de los perros ante la presencia de un plato de comida. Esta respuesta de sali-

vación está *incondicionada* o es automática, y se elicitaba ante un estímulo *incondicionado* que es la comida. En este experimento, Pavlov hacía sonar una campana instantes antes de presentar el plato de comida al perro. Tras asociar el sonido de la campana y la presencia del plato de comida en repetidas ocasiones, el científico observó que el sonido de la campana, por sí solo, elicitaba la respuesta de salivación del perro. Es decir, no hacía falta que Pavlov mostrara el plato de comida al perro para que éste salivara. Un estímulo inicialmente neutro, el sonido de la campana, había adquirido el mismo *poder* informativo que el estímulo incondicionado (la comida).

Años más tarde, Watson, otro investigador, aplicó los principios del condicionamiento clásico para *crear* de forma experimental miedo en un niño. El pequeño Albert ha pasado a la historia por ser el ejemplo más claro de cómo un estímulo aparentemente neutro es capaz de generar temor si se asocia a un estímulo aversivo. Albert era un niño seguro y feliz que no tenía motivo para temer a un animal de peluche suave y afelpado con el que solía jugar. Pero cada vez que estiraba la mano para acariciarlo Watson hacía un fuerte ruido que lo atemorizaba. Pronto Albert empezó a manifestar respuestas de miedo ante el juguete. El hecho más sorprendente es que el niño también manifestaba esa reacción de miedo, aunque más atenuada, ante otros peluches. Este ejemplo muestra cómo estímulos neutros, es decir, estímulos sin la posibilidad de causar un daño, o como por ejemplo un animal de peluche, pueden adquirir esta propiedad si se asocian a un estímulo o situación aversiva.

Una parte importante de las fobias se pueden explicar por el condicionamiento clásico. Muchos de estos miedos se viven como algo irracional: la persona es capaz de identificar que el miedo a las palomas, por ejemplo, a un ascensor o a ir en metro es excesivo, absurdo, ilógico, dado que ninguno de estos estímulos, por sí solos, se consideran aversivos. Por otro lado, las personas que los padecen los viven como algo incontrolable. La respuesta de miedo y aversión que desencadenan estos estímulos escapa a su voluntad, es difícil de manejar de forma

consciente. Esto sucede porque se trata de un tipo de aprendizaje que no depende del control voluntario, sino de procesos subcorticales, e implica, por ejemplo, que para eliminar este aprendizaje no basta con conocer que se ha producido esta asociación, se requieren otro tipo de *experiencias correctoras* para modificarlo.

En algunos casos, la presencia de un acontecimiento traumático puede explicar el inicio de una fobia. Por ejemplo, una persona puede desarrollar un miedo intenso a subir en ascensor porque una vez se quedó encerrada en uno de ellos. Sin embargo, en muchos otros casos no existe un acontecimiento traumático que preceda a su aparición. Algunos autores señalan que hay otros factores que pueden explicar la adquisición de las fobias (Echeburúa, 1993). Por ejemplo, en muchos casos las fobias comienzan tras un suceso vital doloroso (muerte de un ser querido, divorcio, una enfermedad, etc.) que no está relacionado con el tipo de fobia que experimenta la persona. Otros autores sugieren que las personas con un nivel general de activación elevado son más propensas a desarrollar fobias que las que poseen niveles más bajos. Es decir, las personas con cierta predisposición general a la ansiedad pueden tener más problemas de este tipo que las que no tienen esta ansiedad *de base*. Asimismo, el modo en que interpretamos las situaciones puede ser un factor mediador importante en el desarrollo de las fobias.

El trastorno de pánico y la agorafobia también pueden ser explicados por este mecanismo de aprendizaje. En estos problemas, la respuesta incondicionada de pánico (temor intenso) se ve asociada a nuestras propias sensaciones físicas (frecuencia cardíaca, respiración, etc.) o a las situaciones en que esta respuesta de pánico ha tenido lugar (en la calle, el metro, el cine,...). Una persona experimenta de repente síntomas tales como taquicardia, dificultades para respirar, mareos, náuseas, etc., que aparecen sin motivo aparente. Esta persona vive esta situación con intenso temor, con pánico. Más adelante, es posible que ante la sensación de un ligero mareo, o ante el aumento del ritmo cardíaco o la respiración provocados por un esfuerzo físico, la persona asocie estos

estímulos (sensaciones corporales) a la respuesta de pánico y tema tener nuevamente un ataque. También es posible que la situación en que esta respuesta de temor tuvo lugar inicialmente (en la calle, el metro, el cine,...) elicite el miedo a que se repita el ataque si la persona se encuentra otra vez en ella. En el primer caso, esta persona se mostrará hipervigilante a todas sus sensaciones corporales, interpretando de forma errónea que la presencia de cualquier síntoma físico será capaz de desencadenar un nuevo ataque de pánico. En el segundo caso, intentará evitar todas las situaciones asociadas con la aparición de los ataques, por temor a que se repitan.

Nuevamente, en la aparición de este tipo de problemas de ansiedad pueden jugar un papel importante la vivencia de situaciones estresantes o traumáticas y ciertos rasgos de personalidad, como elevados niveles de ansiedad rasgo o de evitación del daño, que predisponen a la persona a interpretar de forma amenazante o peligrosa la situación, especialmente aquellas en que las manifestaciones somáticas puedan ser interpretadas como síntomas de enfermedad, y a responder ante ellas con ansiedad de elevada intensidad.

Condicionamiento operante o instrumental

Mediante este tipo de aprendizaje asociativo se puede explicar cómo se adquiere y, sobre todo, se mantiene la conducta. Sus principios básicos son los siguientes: si la realización de una conducta va seguida de una consecuencia positiva (una recompensa o refuerzo positivo) o bien de la desaparición o evitación de una consecuencia negativa (refuerzo negativo) aumentará la probabilidad de que la persona repita la conducta. Si, en cambio, tras la realización de esa conducta la consecuencia es negativa (un castigo) es probable que esa conducta no se realice de nuevo. Finalmente, si la ejecución de una respuesta no tiene consecuencias, dicha conducta dejará de realizarse (extinción) (Bayés y Pinillos, 1989).

Veamos varios ejemplos. Si un niño recoge la mesa y la madre lo elogia y felicita por ello es probable que el niño realice esta tarea de nuevo. Del mismo modo, si un niño llora porque quiere un juguete y los padres se lo compran, esta conducta (llanto) queda reforzada de forma positiva porque tiene una recompensa (un juguete). Por este motivo, el niño llorará en un futuro cada vez que quiera conseguir algo. Si, en cambio, cada vez que el niño pega a su hermano pequeño los padres lo castigan sin ver la TV o sin utilizar el ordenador, el niño dejará de hacerlo, dado que ha aprendido que esa conducta (pegar al hermano) va seguida de consecuencias negativas (no ver la TV o no utilizar el ordenador). Si, finalmente, los padres no prestan atención al niño cuando se porta mal, el niño dejará de portarse así (extinción), porque verá que su comportamiento no va seguido de ninguna consecuencia (que los padres le presten atención).

Los principios del condicionamiento operante están implicados en la adquisición y el mantenimiento de algunos problemas de ansiedad. El miedo a los perros, por ejemplo, se mantiene a lo largo del tiempo porque la persona no se enfrenta a ellos, los evita. La evitación del estímulo fóbico (perro) es un refuerzo negativo, dado que si no ve o no está cerca del animal no experimentará ansiedad o temor (consecuencia negativa). La evitación de las situaciones que provocan ansiedad constituye un potente refuerzo negativo que mantiene el problema. Imaginemos una persona que padece un trastorno de pánico con agorafobia. Esta persona tiene miedo a tener un ataque de pánico si sale fuera de casa y se encuentra en lugares con mucha gente o donde escapar puede ser difícil (o embarazoso), ya que los primeros ataques de pánico que experimentó tuvieron lugar fuera de casa en lugares concurridos. Por este motivo evita ir al cine, a unos grandes almacenes, a conciertos, a supermercados, a ir en metro, etc. La negativa a estar en esas situaciones reduce la posibilidad de que la persona experimente ansiedad de nuevo. Para esta persona su conducta de evitación es algo positivo (no siente ansiedad), por eso la realiza. En los trastornos obsesivos, repetir compulsivamente algunos actos (por ejemplo, lavarse las manos) reduce o elimina la posi-

bilidad de que la persona adquiriera una enfermedad (idea obsesiva). La ejecución de la conducta compulsiva reduce la ansiedad asociada al temor de una posible enfermedad o contagio. Desde este punto de vista, la obsesión se mantiene porque la compulsión actúa como un reforzador negativo. En ambos casos, sin embargo, la persona no comprueba la validez o no de sus temores (¿tendrá un ataque de pánico si sale de casa?, ¿se contagiara de una enfermedad si no se lava las manos?) porque no se enfrenta a las situaciones que le producen ansiedad.

La reacción de ansiedad puede ser directamente reforzada por otras personas. Tras una respuesta de miedo la madre puede coger al niño en brazos, acariciarlo o, simplemente, prestarle más atención. Este exceso de atención es una forma de recompensa para el niño y puede mantener la aparición de la respuesta de ansiedad (Echeburúa, 1993). Otro ejemplo: muchas personas con ansiedad generalizada necesitan constantemente que alguien cercano les refuerce, tranquilice y confirme que su actuación es la adecuada, que aquello que temen no va a suceder, etc. Esta excesiva atención a sus dudas y preocupaciones (refuerzo positivo) las *alimenta* y las mantiene inalterables.

Aprendizaje vicario u observacional

Se trata de un aprendizaje complejo que implica adquirir nuevos comportamientos o modificar otros a partir de la observación de la conducta de los demás. Como se comentaba anteriormente, no todas las personas que experimentan una fobia han sufrido un acontecimiento o suceso traumático previo. En muchos otros casos, estas personas han podido observar las experiencias traumáticas que han vivido otros o simplemente actuar del mismo modo que sus familiares u otras personas cercanas. Se considera que en estos casos la experiencia es indirecta y producto del proceso de socialización al que todos estamos sometidos desde que nacemos. Sin duda, las personas que nos rodean actúan como modelos o ejemplos de conducta a seguir.

Este tipo de aprendizaje facilita la adquisición de nuevas conductas, la reactivación de otras que se realizaban con menor frecuencia y la modificación de conductas inadecuadas. Por otro lado, muchas carencias en nuestro comportamiento podrían explicarse por la ausencia de aprendizaje observacional, es decir, por la ausencia de modelos de comportamiento a seguir. Una persona podría tener muchas dificultades para relacionarse con los demás porque no ha adquirido las habilidades sociales necesarias para ello. Esto puede ser debido, al menos en parte, a la ausencia de modelos a imitar, o a que estos modelos no tenían unas habilidades adecuadas. Si un niño tímido tiene unos padres tímidos y con pocas habilidades sociales, difícilmente este niño las aprenderá (a no ser que tenga otros modelos de socialización: hermanos, familiares, profesores, amigos).

1.4.4. Circunstancias y recursos

Las situaciones traumáticas o acontecimientos vitales (accidentes, lesiones, incendios, inundaciones, separaciones, muertes, etc.) pueden precipitar la aparición de un trastorno de ansiedad. Por ejemplo, muchas fobias específicas se suelen iniciar tras la vivencia de un suceso traumático relacionado con el objeto fóbico: miedo a los ascensores tras quedarse encerrado en uno de ellos, miedo a ir en coche o a conducir tras sufrir un accidente al volante, etc. En estos casos, se considera que la persona asocia un estímulo (por ejemplo, un ascensor, un coche) a una respuesta emocional negativa (miedo, tristeza, asco, etc.). Esta persona ha aprendido que la aparición de ese objeto (por ejemplo, del ascensor) puede ir seguida de un estado emocional de miedo o ansiedad. El temor a que la situación pueda repetirse se ha adquirido mediante un mecanismo de aprendizaje que hemos llamado *condicionamiento clásico*. Este temor se mantiene porque la persona evita enfrentarse a la situación (*condicionamiento instrumental*).

Como se ha comentado anteriormente, en muchas ocasiones los problemas de ansiedad no tienen un desencadenante específico. Por ejemplo,

es bastante habitual que el inicio de los ataques de pánico vaya precedido de una época de estrés, problemas laborales o familiares, consumo excesivo de sustancias, cansancio, mala alimentación o falta de sueño. Estos factores pueden actuar como inductores de un ataque de pánico en ausencia de un factor precipitante claro que explique su aparición.

Por tanto, no sólo los acontecimientos vitales y las situaciones traumáticas pueden preceder la aparición de un trastorno de ansiedad, también los estresores que forman parte de nuestra vida cotidiana (disputas, problemas de trabajo, de pareja, estar en paro, etc.) pueden desencadenar estos problemas. Los estudios sobre la relación entre acontecimientos estresantes y problemas psicológicos indican que el mayor o menor impacto del estresor en la persona no depende sólo del tipo de estresor (acontecimiento vital o cotidiano), ni de su cantidad o duración (agudo, crónico). Lo que realmente determina el grado en que un acontecimiento puede afectar o no a nuestra salud mental es la valoración subjetiva que realiza el sujeto de dicha situación (Barrio, 2002). Si un estresor es percibido por la persona como amenazante, el impacto será mayor que si no lo percibe de este modo.

Se han estudiado los parámetros o características de los estresores que determinan la valoración subjetiva que realiza el sujeto. Algunos de estos parámetros son: la novedad del estresor (lo nuevo se percibe como más amenazante que lo conocido), su predictibilidad (relacionado con el parámetro anterior, se considera que si un acontecimiento o circunstancia es previsible desencadena una reacción menos intensa) o el grado en que podemos controlar su aparición y/o duración (a mayor sensación de controlabilidad menor impacto).

Por otro lado, no sólo las características de los estresores determinan el mayor o menor impacto del mismo en nuestra salud mental. Un acontecimiento es percibido por el sujeto como más o menos amenazante en función de los recursos de que dispone para hacerle frente. Si una persona percibe un estresor como amenazante, pero cuenta con

recursos para enfrentarse a él de forma eficaz, el grado de amenaza percibida será menor que si se ve incapaz de plantarle cara.

¿De qué recursos disponemos para hacer frente a los acontecimientos vitales y a los problemas de nuestra vida cotidiana? Citaremos los principales: el nivel de competencia percibida, los estilos de afrontamiento y el apoyo social.

La competencia percibida

El nivel de competencia percibida hace referencia a la confianza que tiene la persona en su capacidad para afrontar de forma exitosa esa situación. No basta con tener recursos para afrontar el problema, es importante creer que podemos superarlo. Este sentimiento de competencia está determinado, al menos en parte, por nuestra experiencia previa (otras situaciones en que la persona se haya enfrentado con éxito o fracaso a una situación estresante) y por nuestro nivel de autoestima (valoración personal y subjetiva que cada persona hace de sí mismo).

Estilos de afrontamiento

Se ha definido el afrontamiento como «los esfuerzos, tanto de acción como intrapsíquicos, orientados a dominar, reducir, tolerar y minimizar las demandas internas o ambientales y conflictos cuya tarea excede los recursos de la persona» (Cohen y Lazarus, 1979). El modo en que afrontamos las situaciones estresantes o los problemas varía de una persona a otra y es diferente en función de la situación. Sin embargo, se pueden agrupar básicamente en tres categorías:

- ***Análisis y evaluación del problema:*** se realiza un análisis de la situación y se sopesan los pros y contras de cada una de las alternativas de solución del problema.

- *Evitación de la fuente de estrés o huida:* se evita la situación o el estresor.
- *Control de la emoción:* Las estrategias de afrontamiento van encaminadas a disminuir la emoción provocada por el estresor (relajación, mantener la calma, distraer la atención...).

Otros autores consideran que el afrontamiento de los problemas puede ser activo (el sujeto participa activamente en la búsqueda de soluciones del problema o aplica estrategias para reducir o eliminar el estresor) o pasivo (el sujeto evita la situación, considera que el afrontamiento del problema depende del azar, de la participación de terceras personas...).

El estilo de afrontamiento más adecuado será aquél que combine la evaluación del problema con la búsqueda activa de estrategias para afrontarlo y controlar las emociones que la situación haya desencadenado.

Apoyo social

La carencia de apoyo social se ha considerado uno de los factores de riesgo más potentes de problemas de salud, psicológicos y sociales. La presencia de apoyo social puede aumentar nuestra autoestima y sentimiento de competencia y la sensación de control de la situación (Cohen y Syme, 1985).

En el epígrafe 2.1.2 se tratarán de forma ampliada los recursos sociales de los que podemos disponer para reducir el impacto de los acontecimientos estresantes en nuestra salud y prevenir de este modo la aparición de un problema de ansiedad.

1.5. ALGUNOS COMPAÑEROS DE VIAJE: DEPRESIÓN, ESTRÉS,...

Es relativamente frecuente que los trastornos de ansiedad coexistan, en mayor o menor medida, con otros problemas emocionales. Son muy comunes la asociación ansiedad-depresión y ansiedad-estrés. A ellas vamos a referirnos brevemente en las próximas líneas.

1.5.1. Ansiedad y depresión

La depresión es una afectación del estado de ánimo caracterizada por sentimientos de tristeza, desilusión, inutilidad, desesperanza, culpa, inferioridad, falta de energía. Sentirse deprimido no es necesariamente una alteración psicológica. En muchos casos es una reacción normal ante fracasos, decepciones, contratiempos, fallos o insatisfacciones.

Así como la ansiedad, como proceso adaptativo guarda relación con el sistema de defensa del organismo ante riesgos o amenazas, el estado de ánimo se asocia con los sistemas de conservación y regulación de la energía del organismo, es decir, los relacionados con la motivación, la búsqueda y el mantenimiento de metas y resultados, y la activación necesaria para ello.

Los buenos resultados o el mantenimiento de las condiciones consideradas satisfactorias, generan un ánimo positivo, persistencia en las acciones correspondientes, expectativas de nuevos éxitos, y confianza en los propios recursos y capacidades. Por el contrario, el fracaso o la pérdida de condiciones esenciales para el desarrollo de nuestra vida generan desánimo. Así, la pérdida de un ser querido (por fallecimiento, ruptura amorosa, por ejemplo) conduce a experimentar dolor y sufrimiento, y lleva a desanimar, desactivar, una serie de proyectos y operaciones que ya no son posibles o viables sin su concurso, de modo que ese tipo de vida ya *no tiene sentido*.

Del mismo modo, dar un objetivo por fracasado o inalcanzable lleva a la persona a abandonarlo, y en cierto modo a abandonarse. El organismo no puede permitirse la inversión de recursos en algo inviable, fallido, o de lo que no cabe esperar nada. La persona entrará en un proceso de cuestionamiento para ver qué ha fallado, caracterizado por la autocrítica, la duda sobre las propias capacidades y recursos, el replanteamiento de la situación, etc. Estos procesos, dentro de ciertos límites, son normales y adaptativos. Sin embargo, en casos extremos, sumen a la persona en un profundo sentimiento de tristeza, inhibición, sentimientos de culpa, inutilidad, inadecuación, inferioridad, baja autoestima, indecisión, pérdida de la capacidad de disfrute y de la operatividad, abandono personal y de los propios planes, desinterés, desmotivación, ganas de apartarse de la corriente de la vida en sus diferentes aspectos y sentidos, alteraciones de las funciones fisiológicas básicas —sueño, apetito, sexualidad— y aparición de diversos problemas físicos: molestias digestivas, cansancio, dolores inespecíficos, etc.

Desde un punto de vista clínico podemos hablar de la depresión en tres acepciones:

- *Como síntoma:* manifestaciones de tristeza, desmotivación, desilusión, apatía, desinterés, fatiga, etc. Puede formar parte de las manifestaciones de algunos trastornos psicológicos, entre ellos los de ansiedad.
- *Como síndrome:* Integra un conjunto de síntomas que por sí mismo representa una cierta especificidad desde el punto de vista clínico, pero sin llegar a *cumplir los criterios suficientes para hablar de una categoría diagnóstica:* tristeza intensa, sentimientos de inutilidad, desesperanza, falta de energía, pérdida de intereses e iniciativas, abuso de la autocrítica etc.
- *Como enfermedad:* implica, además, pérdida significativa de la capacidad de disfrute, sentimientos de culpa e inferioridad, baja autoestima, autodesprecio, alteraciones de las motivaciones fisio-

lógicas básicas —sueño, apetito, sexualidad—, ensimismaniento, retraimiento social, tendencia al llanto, ganas de morir, etc.

Alrededor de un 10% de la población sufre de depresión, una de las primeras causas de discapacidad en el mundo. De ellos, más de la mitad no reciben tratamiento porque desconocen su problema, no acuden a consulta o no han sido bien diagnosticados. Como en el caso de la ansiedad, la depresión afecta más a las mujeres que a los hombres, en una proporción de dos a uno. Esto puede ser debido a que algunos factores genéticos de vulnerabilidad a la depresión se transmiten por vía femenina —a través de llamado ADN mitocondrial—, a los procesos y cambios hormonales relacionados con la sexualidad y al hecho de que en la inmensa mayoría de las culturas la mujer está sometida a condiciones más estresantes y discriminatorias que el hombre.

En la Figura 1.6 pueden apreciarse, de manera contrastada, algunas diferencias entre la ansiedad y la depresión:

ANSIEDAD	DEPRESIÓN
☐ Sistema de alerta. ☐ Eventos de daño o peligro. ☐ Pensamientos y anticipaciones amenazantes. ☐ Temor, angustia, hipervigilancia. ☐ Aumento de la actividad y conductas de ataque, huida, evitación. ☐ Proyección hacia el futuro: incertidumbre. ☐ Temor a la muerte.	☐ Sistema conservación/regulación de energía. ☐ Eventos de pérdida, fallo o degradación. ☐ Pensamientos de incapacidad, culpa. ☐ Tristeza, de esperanza, pérdida de capacidad de disfrute, desmotivación. ☐ Disminución de la actividad física y social. ☐ Proyección hacia el pasado: culpa, desesperanza. No visión de futuro. ☐ Ideas de muerte como descanso o liberación.

Figura 1.6: Ansiedad y depresión: algunos aspectos diferenciales.

Coexistencia de manifestaciones de ansiedad y depresión

Un 70% de las personas con trastornos depresivos refieren ansiedad de diferentes grados y tipos. Un porcentaje todavía mayor de personas que sufren trastornos de ansiedad, terminan por presentar también sintomatología depresiva de diversa consideración.

Vamos a enunciar algunas razones que pueden explicar la confluencia que usualmente se da entre la ansiedad y la depresión.

En ocasiones, las situaciones implican amenaza y pérdida a la vez (quedarse sin trabajo, por ejemplo), por lo que llevan a la activación de los dos sistemas con diferentes posibilidades de combinación.

Algunos síntomas aparecen por igual en ansiedad y depresión; por ejemplo, el centrar la atención en uno mismo y sus reacciones (autofocalización), las dificultades de concentración, el insomnio, la sensación de mareo y las náuseas.

Ansiedad y depresión pueden llevar a conductas y pensamientos muy similares, aunque con causas y contenidos diferentes. Así la reclusión en casa se da en la agorafobia y en la depresión, pero en la primera se debe al miedo a experimentar una crisis de pánico y en la segunda a la tristeza y a la falta de motivación.

En niños es difícil separar ansiedad y depresión, posiblemente porque la depresión como la conocemos en los adultos requiere más elaboración cognitiva, con lo que en la infancia se parece más a la ansiedad. El estado de ánimo en niños diagnosticados de depresión puede ser de irritabilidad.

En muchos casos, funcionan los mismos psicofármacos para ambos trastornos, por lo que es de suponer que participan los mismos siste-

mas de neurotransmisión. Así, se postula que en ambos hay déficits de los neurotransmisores *serotonina* y *noradrenalina*. Lo cual explicaría por qué los antidepresivos tricíclicos (que aumentan la noradrenalina o la serotonina) y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (que aumentan la disponibilidad de serotonina en el espacio entre neuronas o espacio sináptico) son igualmente útiles en ansiedad y en depresión. Sin embargo, en este tema aparecen aún resultados contradictorios.

Suelen haber precursores o concomitantes comunes. En ambos trastornos es corriente encontrar, en el inicio o en el transcurso, falta de habilidades para la resolución de problemas, de habilidades sociales, situaciones estresantes o estrés continuado, pensamiento desadaptativo y rígido. No obstante, aunque en forma sean iguales, su contenido (amenaza o pérdida) permite, normalmente, su distinción.

Se cree que puede existir una relación genética entre algunos trastornos de ansiedad y la depresión.

Algunos especialistas en el estudio de las emociones consideran que la ansiedad y la depresión son emociones complejas que recogen diferentes combinaciones de emociones básicas. En la primera predomina el temor, y en la segunda la tristeza. Pese a distinguirse en la emoción básica, se asemejan en otras emociones, lo cuál puede llevar a que se confundan. Tanto ansiedad como depresión se podrían incluir en una categoría más amplia denominada *Afectividad Negativa*, formada básicamente por emociones negativas (con sus correspondientes conductas y pensamientos negativos). Por esta categoría quedarían explicadas tanto las coincidencias como las diferencias.

La relación que se pueda dar entre ansiedad y depresión no es fija ni inamovible. Al contrario, presenta oscilaciones a lo largo de su curso. De manera que, en un cierto momento, es posible que predomine una u otra sintomatología.

Es frecuente que los trastornos de ansiedad lleguen a afectar al estado de ánimo, debido fundamentalmente a dos factores:

- La ansiedad altera el estado de salud y bienestar ocasionando molestias, o dolencias, que suponen un sufrimiento, a veces importante, en quien los padece y merman su capacidad de disfrute.
- La ansiedad, cuando se convierte en disfuncional, interfiere en diferentes planes de la persona y amenaza los logros ya alcanzados, haciendo que pierda efectividad y vea comprometidos sus resultados.

El estado de ánimo deprimido agudiza la tendencia del paciente con ansiedad a estar más centrado en sí mismo, a aislarse, y a *no estar por lo que está*. El ánimo bajo intensifica los sentimientos de insuficiencia y la disposición de la persona a infravalorarse. Propicia la autocrítica, incrementa las dudas sobre la propia capacidad y recursos, y genera expectativas negativas. En este contexto pueden verse favorecidos los sentimientos de baja autoestima e inferioridad. Sentimientos que, a su vez, agravan la ansiedad. Hemos señalado reiteradamente en este libro que la ansiedad es resultante de dos valoraciones básicas: a) qué pasa o podría pasar, qué consecuencias tiene; b) qué puedo hacer, qué recursos tengo para manejar la situación o sus efectos. Pues bien, finalmente *el recurso de recursos* somos nosotros mismos. Si baja nuestra propia valoración y autoestima, si perdemos confianza en nuestras capacidades y recursos, o bien se sobredimensionan las expectativas negativas de resultados, la ansiedad tenderá a aumentar, al vernos más *pequeños* y desbordados frente a las adversidades.

Vemos, pues, cómo la ansiedad puede propiciar la aparición de sintomatología depresiva, y cómo ésta, a su vez, retroalimenta la ansiedad. Cuando las manifestaciones depresivas son secundarias al trastorno de ansiedad, suelen ir desapareciendo a medida que se mejora el trastorno primario o principal (la ansiedad en este supuesto).

1.5.2. Ansiedad y estrés

El término *estrés* deriva del latín *stringere*, que significa provocar tensión. En física se refiere a la fuerza que se aplica a un objeto, que puede romperlo o deformarlo. En humanidades se utilizó como sinónimo de adversidad, aflicción. El término estrés fue incorporado a la biología por W. Cannon en 1911 y a la psicología científica por el fisiólogo Hans Selye en 1936, que lo definió como una respuesta global, total y automática del ser humano ante las exigencias externas e internas que no se pueden armónicamente controlar, las cuales amenazan su equilibrio homeostático, originando en el individuo lo que llamó un *síndrome general de adaptación*. Se habla de un estrés positivo, llamado *eustress*, y un estrés negativo llamado *distress*.

El estrés es habitual en nuestras vidas. Lo que distingue y caracteriza la vida y al ser vivo es la facultad de adaptación al cambio. Cualquier cambio al que debamos adaptarnos representa estrés, ya se trate de acontecimientos negativos (despido laboral, enfermedad, ruptura amorosa, muerte de un ser querido), o positivos y deseables (casarse e iniciar la convivencia, nuevas responsabilidades en el trabajo ligadas a un ascenso). Nuestras experiencias *estresoras* provienen de tres fuentes básicas: nuestro entorno (ruidos, carga de trabajo excesiva, conflictos interpersonales, falta de medios,...), nuestro cuerpo (insomnio, cambios hormonales, enfermedades,...) y nuestros pensamientos (preocupaciones, anticipaciones negativas,...). La intensidad y naturaleza de esas experiencias estresoras depende de factores individuales (reactividad personal, vulnerabilidad, características de personalidad) y contextuales (apoyos sociales y materiales, cuestiones organizacionales, etc.).

Cuando la respuesta frente a las demandas del medio interno o externo son adecuadas, y asumibles fisiológicamente para el organismo, se habla de *buen estrés*, necesario para el funcionamiento del organismo y su adaptación al medio. Si las demandas del medio son excesivas, intensas y/o prolongadas, y superan la capacidad de resistencia y de

adaptación del organismo, hablamos de *mal estrés* que, si es prolongado, genera disfunciones en nuestros órganos, favorece la aparición de las llamadas *enfermedades de adaptación o psicosomáticas*, y puede precipitar la aparición de otras.

Cuando el estrés se convierte en problema

El estrés es pues un mecanismo normal, adaptativo. No obstante, cuando estamos sometidos a condiciones estresantes de elevada intensidad y duración, es muy probable que se convierta en disfuncional, interfiriendo en nuestro desempeño y transformándose, además, en un problema de salud: alteraciones psicofisiológicas (sueño, alimentación, sexualidad); emocionales (ansiedad, depresión); neurovegetativas (taquicardia, dolencias musculares, molestias digestivas); del rendimiento intelectual (concentración, memoria); debilitamiento del sistema inmunológico (mayor riesgo de infecciones), etc.

Las razones que se aducen para explicar cómo el estrés propicia alteraciones psicosomáticas son diversas:

- Activación o sobrecarga excesivamente intensa y/o excesivamente repetida de los órganos.
- Larga duración de periodo de resistencia del organismo, que produciría un deterioro de la energía y los recursos fisiológicos del mismo, llevando al agotamiento de los órganos.
- Falta de *expresión somatomotora*: en las sociedades modernas, los estresores (fuentes de estrés) no suelen requerir respuestas físicas, sino más bien cognitivas (pensamiento, toma de decisiones). De este modo los recursos fisiológicos movilizados ante ellos, particularmente los relacionados con el sistema motor, aunque activados, no se desencadenan.
- Regulación o comunicación fallida o inadecuada entre los centros nerviosos superiores y los periféricos relacionados con los órganos.

Fuentes más comunes de estrés

Holmes y Rahe (1967) construyeron una escala, basándose en datos biográficos procedentes de cientos de personas, donde se cuantifica el grado de alteración y estrés asociado acontecimientos. Una acumulación de 200 o más unidades en un solo año incrementaría la incidencia de trastornos psicosomáticos.

<i>Muerte del cónyuge</i>	<i>100</i>
<i>Divorcio</i>	<i>73</i>
<i>Separación</i>	<i>65</i>
<i>Privación de la libertad</i>	<i>63</i>
<i>Muerte de un familiar próximo</i>	<i>63</i>
<i>Enfermedad o incapacidad, graves</i>	<i>53</i>
<i>Matrimonio</i>	<i>50</i>
<i>Perder el empleo</i>	<i>47</i>
<i>Reconciliación de la pareja</i>	<i>45</i>
<i>Jubilación</i>	<i>45</i>
<i>Enfermedad de un pariente cercano</i>	<i>44</i>
<i>Embarazo</i>	<i>40</i>
<i>Problemas sexuales</i>	<i>39</i>
<i>Llegada de un nuevo miembro a la familia</i>	<i>39</i>
<i>Cambios importantes en el trabajo</i>	<i>39</i>
<i>Cambios importantes a nivel económico</i>	<i>38</i>
<i>Muerte de un amigo íntimo</i>	<i>37</i>
<i>Cambiar de empleo</i>	<i>36</i>
<i>Discusiones con la pareja (cambio significativo)</i>	<i>35</i>
<i>Pedir una hipoteca de alto valor</i>	<i>31</i>
<i>Hacer efectivo un préstamo</i>	<i>30</i>
<i>Cambio de responsabilidades en el trabajo</i>	<i>29</i>
<i>Un hijo/a abandona el hogar (matrimonio, universidad)</i>	<i>29</i>
<i>Problemas con la ley</i>	<i>29</i>
<i>Logros personales excepcionales</i>	<i>28</i>
<i>La pareja comienza o deja de trabajar</i>	<i>26</i>

<i>Se inicia o se termina el ciclo de escolarización</i>	<i>26</i>
<i>Cambios importantes en las condiciones de vida</i>	<i>25</i>
<i>Cambio en los hábitos personales</i>	<i>24</i>
<i>Problemas con el jefe</i>	<i>23</i>
<i>Cambio en el horario o condiciones de trabajo</i>	<i>20</i>
<i>Cambio de residencia</i>	<i>20</i>
<i>Cambio a una escuela nueva</i>	<i>20</i>
<i>Cambio en la forma o frecuencia de las diversiones</i>	<i>19</i>
<i>Cambio en la frecuencia de las actividades religiosas</i>	<i>19</i>
<i>Cambio en las actividades sociales</i>	<i>18</i>
<i>Pedir una hipoteca o préstamo menor</i>	<i>17</i>
<i>Cambios en los hábitos del sueño</i>	<i>16</i>
<i>Cambios en el número de reuniones familiares.....</i>	<i>15</i>
<i>Cambio en los hábitos alimentarios</i>	<i>15</i>
<i>Vacaciones</i>	<i>15</i>
<i>Navidades.....</i>	<i>12</i>
<i>Infracciones menores de la ley</i>	<i>11</i>

Cómo funciona el estrés

El estrés es, pues, la acomodación de una persona a situaciones nuevas y la respuesta inespecífica y estereotipada ante los estímulos que trastornan su equilibrio.

Selye (1956) explica que son tres las fases por las que pasa el organismo cuando se enfrenta a una situación de estrés:

- a. *Fase de reacción de alarma.* Se liberan *adrenalina* y *noradrenalina* que propician una reacción rápida e intensa del organismo: aumentan los latidos del corazón y el ritmo respiratorio, se eleva el nivel de azúcar en la sangre, se incrementa la transpiración, se dilatan las pupilas, se altera el tono muscular y se hace más lenta la digestión. Se incrementa también la liberación de catecolami-

nas y cortisol. A esto le sigue una subfase en la que se movilizan sistemas defensivos. En esta subfase se produce una respuesta de activación nerviosa que se expresa y desarrolla fisiológicamente de modo afín a la ansiedad.

- b. *Fase de resistencia*, en el transcurso de la cual el organismo hace intervenir todos sus mecanismos de adaptación y repara daños o desequilibrios causados por la reacción de alarma. En esta fase la respuesta es más lenta y sostenida. Se intensifica la liberación de cortisol. Si la situación estresante persiste, el cuerpo permanece alerta y no puede restaurarse, se pasa a la siguiente fase.
- c. *Fase de agotamiento*, que acaba con las reservas adaptativas del organismo y altera su homeostasis, pudiendo originar, en función también de la vulnerabilidad de cada persona, diferentes alteraciones y dolencias.

Estos trastornos generalmente afectan el sistema nervioso autónomo, al sistema neuroendocrino y al sistema inmunológico. El asma, hipertensión, pérdida de memoria, fatiga, algunas jaquecas, tensión, irritabilidad, alteraciones en el sistema inmune, algunas enfermedades de la piel, depresión, ansiedad, son ejemplos de alteraciones relacionadas con el estrés.

Ansiedad y estrés

Muchas veces ansiedad y estrés se usan como sinónimos. En ambos casos se produce una reacción caracterizada por alta activación fisiológica. El estrés es un proceso más amplio de adaptación al medio. La ansiedad es una reacción emocional de alerta ante una amenaza. Digamos que dentro de los procesos de cambio que implica el estrés, la ansiedad es la reacción emocional más frecuente. La ansiedad elevada genera estrés. A su vez, el estrés es una de las fuentes más comunes de ansiedad.

Procedimientos: ¿Qué hacer al respecto?

2

2.1. HÁBITOS Y PROCEDIMIENTOS PARA REGULAR LA ANSIEDAD Y PREVENIR SUS ALTERACIONES

2.1.1. Pensamiento y Ansiedad

Decíamos páginas atrás que la ansiedad es un mecanismo adaptativo de defensa cuya función es disponer las acciones más convenientes ante situaciones consideradas amenazantes. Algo se considera o no amenazante en función del resultado de un doble proceso de valoración:

- Qué ocurre, cómo nos afecta, qué consecuencias tiene o podría tener.
- Qué competencias tenemos, qué recursos podemos movilizar.

Ambas valoraciones están basadas en el procesamiento de la información, a través del pensamiento, que juega un papel fundamental en las acciones relacionadas con la ansiedad.

De la actividad de estos procesos mentales de pensamiento, conocidos también con el nombre de *procesos cognitivos*, se deriva una determinada caracterización de la realidad, de la que también forma parte la representación de nosotros mismos. En función de dicha cons-

trucción de la realidad, se activan las acciones oportunas por parte del individuo y la disposición fisiológica propicia para su desarrollo. Existe incluso la posibilidad de representar dicha acción imaginariamente, de manera simulada o virtual, *experimentando* y construyendo así diferentes definiciones de la realidad, su posible manipulación, su desarrollo y consecuencias. Es incluso posible, retrospectivamente, hacer diferentes lecturas de lo ocurrido.

Anticipaciones: La prevención excesiva no tranquiliza, espere a que el problema dé la cara

Dentro de los procesos cognitivos, tienen singular importancia los pensamientos de tipo anticipatorio. Decíamos en otro apartado, que de hecho, en sentido estricto, sin anticipación no hay ansiedad: si la función de la ansiedad es movilizar al organismo frente a posibles peligros o amenazas, la ansiedad ha de activarse antes de que el peligro se materialice. Hemos de estar previamente advertidos, dispuestos y activados ante la eventualidad de un riesgo. Si un coche puede atropellarnos, hemos de saltar, o quedarnos *clavados* en la acera, antes de que nos alcance; si tenemos un examen próximamente, la ansiedad ha de importunarnos días antes y empujarnos a estudiar para adquirir los conocimientos o destrezas que, llegado el momento, nos permitan superarlo con éxito.

La anticipación, pues, es un proceso de evaluación cognitiva que, sobre la base de la experiencia y otras fuentes de conocimiento, prevé las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo. Va desde un proceso rápido, intuitivo, automático, hasta un proceso de predicción elaborado, deliberado, basado en inferencias inductivas o deductivas. Se refiere básicamente a:

- Cómo, cuándo, de qué manera algo perjudica o beneficia (*evaluación primaria*, en términos de Lazarus y Folkman, 1986).

- Qué puede hacerse al respecto, (*evaluación secundaria*, en términos de Lazarus y Folkman, 1986).
- Qué capacidad se atribuye la persona para hacerlo (*expectativa de eficacia*, en términos de Bandura, 1987).
- Qué resultados se calculan como probables (*expectativa de resultados*, en términos de Bandura, 1987).

En consonancia con dichas predicciones, se experimenta un estado emocional agradable o desagradable, dependiendo de que el individuo se vea afectado positiva o negativamente.

La anticipación, como expectativa, produce también un efecto motivacional. En palabras de Bandura (1987) «los pensamientos anticipatorios que no exceden los límites de la realidad tienen un valor funcional porque motivan el desarrollo de competencias y de planes de acción» (*Pensamiento y acción*, p. 467). La anticipación forma parte de la propia acción como factor regulador e inductor de la conducta y de las emociones.

El pensamiento tiene gran capacidad de autoactivación fisiológica de la emoción. La experiencia común nos dice que la imaginación de escenas repugnantes o asquerosas produce náuseas, las eróticas excitación sexual, o la degustación imaginaria de un manjar salivación y secreción de jugos gástricos. En concreto, las anticipaciones referidas a la ocurrencia de amenazas, daño o perjuicio, generan ansiedad. Estos pensamientos pueden resultar, a veces, tan activadores como los propios acontecimientos reales. Las vísceras (pulmones, corazón, estómago) y los músculos no saben qué pasa, ni deciden qué hacer. Son los centros nerviosos superiores, la corteza cerebral fundamentalmente, aunque no solo, quienes conocen, presuponen, acertadamente o no, la realidad en que nos encontramos o nos podríamos encontrar, cómo nos afecta y qué podemos hacer. Sobre esta base se genera una respuesta psicofisiológica que prepara al organismo para actuar en consecuencia. Por ejemplo, si a nuestro entender quien se acerca es alguien tomado por enemigo, mantendremos una actitud precavida, desconfiada, nos prepararemos para posibles acciones

defensivas —huir, atacar, o esconderse—, adoptaremos una postura vigilante, aumentará el tono muscular, la tasa cardíaca, el consumo de oxígeno, etc. Si por el contrario, entendemos que quien se acerca es amigo, la respuesta fisiológica será muy diferente, puesto que las actitudes y conductas requeridas en dicha situación serían también muy distintas.

El individuo presta especial atención a las señales que tienen un valor predictivo para el desarrollo de la acción y sus resultados. La previsión prepara pues al organismo para atender y responder a determinados aspectos de la realidad. Podemos decir que, dada una situación, el individuo tiene más probabilidades de ocuparse de aquellos aspectos de los que se ha preocupado.

Las personas, como otros organismos, nos vemos expuestos a más necesidades individuales y demandas ambientales de las que podemos atender, procesar informativamente y gestionar. Nuestros recursos son limitados y han de administrarse según un orden de prioridades. Las acciones defensivas, por su valor adaptativo y de supervivencia, son prioritarias sobre otras, que suelen verse inhibidas, relegadas, y parcial o totalmente desasistidas, como consecuencia de que las primeras consumen gran parte de los recursos disponibles.

A nivel cognitivo, la ansiedad promueve la priorización del procesamiento de estímulos indicadores de peligro, lo que induce a:

- La atención selectiva sobre la información de peligro (*sesgo atencional*).
- La interpretación de los estímulos ambiguos, inciertos, o dudosos como indicadores de presunto peligro (*sesgo interpretativo*).
- La recuperación de informaciones almacenadas en la memoria sobre inconvenientes y peligros.

En general, ante situaciones de peligro, la atención se dirige selectivamente a señales de peligro relacionadas con la amenaza y su evolución.

Aquellas personas con un sistema de alerta más sensible, vinculado a factores predisposicionales de origen biológico o a la ansiedad como rasgo de personalidad, muestran un mayor *sesgo de la atención selectiva*.

El *sesgo interpretativo* —recordemos, considerar estímulos ambiguos, equívocos, como indicadores de peligro—, se expresa de formas diferentes según el caso: en el trastorno de ansiedad generalizada es amplio y genérico, referido a múltiples y diversas amenazas; en pacientes afectados por ansiedad de evaluación el sesgo de interpretar negativamente estímulos ambiguos afecta a los relacionados con la valoración o imagen social; en el caso de los hipocondríacos se produce sobre estímulos neutros relacionados con la salud: molestias inespecíficas, dolores de cabeza intrascendentes, etc.

La anticipación puede, en ocasiones, errar el cálculo, algo normal en una función que es básicamente probabilística, y que puede, además, estar basada en datos o creencias falsas. En algunos casos, y eso sería más problemático para el individuo, puede convertirse también en disfuncional.

Cuando el temor es intenso, los pensamientos anticipatorios adquieren un carácter fundamentalmente preventivo. Hay una diferencia entre la *previsión* y la *prevención*. Ambos son procesos evaluativos de tipo anticipatorio. La *previsión* se refiere a pronosticar o conjeturar un acontecimiento a partir de alguna señal o indicio con valor predictivo. Lo anticipado puede ser deseado o no deseado, positivo o negativo. Cabe cualquier tipo de expectativa. La *prevención* se refiere al cálculo de riesgos, y por tanto, a la eventual ocurrencia de hechos o consecuencias indeseables, que implican una amenaza. No nos prevenimos de que nos toque la lotería, de que nos aumenten el sueldo, o de que haga buen tiempo si vamos a la playa, aunque sí podemos preverlo como posible. Podemos incluso, si está en nuestra mano, procurarlo, posibilitarlo.

La prevención extremada pone más el acento en *lo que se quiere que no pase*, que en la consecución de *lo que se desea que ocurra*, y por tanto lleva indefectiblemente a la evitación, la inhibición, o la búsqueda excesiva de condiciones de seguridad. En cierto modo denota una intolerancia o hipersensibilidad hacia determinados riesgos, objeto de la prevención, y un sentimiento de indefensión, recelo, sospecha, aprensión frente a las situaciones donde el riesgo pudiera surgir. Esto, en la práctica, implica que poco peligro bloquea y desactiva conductas con posible éxito: la eventualidad de remotos efectos negativos controla la conducta de la persona por encima de efectos deseables muy probables.

Hay un tipo de *prevención adecuada*, que consiste en disponer unas medidas simples capaces de reducir significativamente la probabilidad del riesgo y, una vez tomadas, olvidarse de él mientras no se manifieste. Con el riesgo restante se convive. La prevención no debe ser más costosa, en ningún sentido, que el daño que se quiere evitar. La prevención pertinente tranquiliza y genera autoconfianza.

Pongamos un ejemplo: Si hemos de salir de viaje, tomamos alguna precaución básica: comprobar el buen estado del coche, procurar un buen estado del conductor (descanso, no drogas) y respetar las normas de tráfico. Estas medidas nos procuran seguridad y confianza, permiten que nos relajemos y que nos centremos en otra cosa: el paisaje, la música, la radio, la conversación con el compañero de viaje, etc., a la vez que mantenemos una atención flotante sobre la conducción suficiente para detectar y responder ante cualquier eventualidad. Sin las medidas citadas, la conciencia de riesgo de accidente automovilístico nos haría estar más tensos y sentirnos más inseguros.

Hay una *prevención inadecuada* caracterizada por la pretensión de agotar anticipatoriamente todas y cada una de las posibilidades de materialización del riesgo, con su circunstancia concreta y sus consecuencias en cada momento del desarrollo de la acción. Se trata de estar sobre aviso, de evitar ser sorprendido, ante cualquier posibilidad de sufrir algún daño o

accidente, lo que implica imaginar con la mayor definición todo lo que no caiga dentro de lo imposible.

Este proceder nos lleva a estar constantemente en actitud de *pre-vengan*, expresión utilizada militarmente para indicar una situación de máxima alerta y tensión, que puede requerir la entrada inminente en acción porque algo incierto, amenazante y grave puede acontecer de un momento a otro. Nada, por natural que parezca, es irrelevante; cualquier cosa puede esconder una trampa a la que, a ser posible, hay que anticiparse. Estímulos neutros e insignificantes, bajo la actitud suspicaz y de sospecha, se convierten en predictores de una situación amenazante, creando alarma. A diferencia de la prevención pertinente, la improcedente, una vez establecida, no genera seguridad, ni relajación, ni confianza. Tampoco permite que nos centremos en otra cosa distinta de la que nos preocupa.

Volvamos al ejemplo: Si hemos de salir de viaje, nos aseguramos del buen estado del coche, procuramos estar en buenas condiciones físicas y mentales, (aunque la preocupación, a lo peor, no nos ha permitido descansar bien), respetamos las reglas de tráfico, pero además calculamos, ya en carretera, o antes, las mil y una posibilidades de que pase algo:

- *¿Y si revienta una rueda?*
- *Iré a 70 km por hora.*
- *¿Y si en la curva aquel camión se me echa encima?*
- *Reduzco y espero que salga de ella.*
- *¿Y si me mareo, me falta el aire o me da una lipotimia?*
- *Estaré atento a las manifestaciones de mi cuerpo para advertirlo a tiempo y poder a estacionar en el arcén.*

Y así a cada momento. La lista de posibles percances es tan larga que sentimos que será difícil que no pase una u otra cosa. Evidentemente, no hemos disfrutado de la conducción, ni del paisaje, ni de la música, ni hemos hablado con el compañero. Hemos conducido de modo

más inseguro para nosotros y para otros conductores. Quizá estemos doloridos, algo mareados, blancos, y con el susto en el cuerpo. A lo peor, en una curva pendientes de sí, como habíamos conjeturado de antemano, el camión se acercaba a la raya divisoria, nos hemos acercado demasiado a la derecha sin ver la gravilla y hemos derrapado, a pesar de que el camión iba perfectamente por su lado. ¡Otra eventualidad que tenemos que tener en cuenta de antemano para el próximo viaje, no vaya a ser que se nos olvide, no lo veamos y nos llevemos la sorpresa!

La experiencia de que la prevención, cuando es pertinente, genera tranquilidad, seguridad y distensión, puede llevar a abusar de ella como mecanismo de autorregulación cuando se quieren conseguir esos mismos efectos.

Un tópico común para el ejercicio de la prevención, en particular de la abusiva, consiste en seguir la máxima de *ponerse en el peor de los casos*. Implica la contemplación de las últimas y más graves consecuencias. No tiene otro límite que la verosimilitud del supuesto imaginado, es decir, que sea hipotéticamente probable, aunque sea en una proporción de uno sobre un millón. Seguramente la casuística ofrece algún ejemplo sobre el que basar esta razón inapelable y justificar la actitud aprensiva.

Existe la creencia social generalizada de que la falta de prevención es peligrosa y conlleva graves problemas. Se considera que toda prevención es poca y que, si su defecto es nocivo, su exceso, si se diera, es inocuo. Se entiende que es preferible, ante algún indicio, ponerse en el peor de los casos, aunque después no acontezca, a no darle importancia y que después resulte algo grave e irreparable.

Las razones y mecanismos por los que este tipo de procesos puede ser contraproducente se concretan en:

- Sobreactivación fisiológica por anticipación de amenaza, riesgo o perjuicio: aparición o exacerbación de los síntomas.

- Disminución de autoeficacia: incremento del sentimiento de indefensión.
- Solapamiento de campos atencionales: problemas de concentración, conflictos en el procesamiento de la información.
- Generación de indicios amenazantes: incremento de la percepción de amenaza, producción de expectativas que se autocumplen.
- Generación de tareas incompatibles o irresolubles: Incremento de la ansiedad, caída de los rendimientos.
- Producción de incertidumbre, como recurso defensivo: inhibición, pensamiento obsesivo.

Como acabamos de ver, el miedo a fallar, a verse sorprendido por un imprevisto, a quedarse bloqueado mentalmente y no poder responder de modo adecuado, suele invitarnos a agotar anticipatoriamente los diversos problemas que podrían surgir, en diversas variantes y formas de presentación. Para sentirnos más seguros y superar posibles fallos o bloqueos tratamos de prefigurar posibles soluciones. En esencia, se trata de tener una lista de posibles problemas que pudieran aparecer, de forma que se pueda disponer o planificar previamente una contra-lista de soluciones ya *precocinadas*, para que llegado el caso se elija la más conveniente.

Esta manera de proceder puede parecer prudente y juiciosa, sin embargo, la exhaustividad y celo con que la aplica una persona que se siente muy en riesgo, puede complicar el *antes* y el *durante* de su actuación. Ante la contemplación de situaciones amenazantes solemos decir: «si sólo de pensarlo me pongo fatal, que será cuando me encuentre de verdad en la situación» —un examen, por ejemplo. Sin embargo, la experiencia nos demuestra una y otra vez que lo pasamos bastante peor *antes* que *durante*. ¿Por qué? Ya hemos aprendido que la ansiedad se dispara cuando consideramos una situación amenazante y que sus manifestaciones psicofisiológicas son proporcionales a dicha representación, sea acertada o no.

Imaginariamente, las circunstancias y condiciones de un problema son ilimitadas:

- ... y si me quedo en blanco,... y si me da una lipotimia,... y si vómito o tengo diarrea... y si al levantarme del pupitre, el profesor piensa que es para copiar...
- ... y si la clase está muy llena y los demás se dan cuenta de mi problema,... y si piensan que soy un bicho raro...
- ... y si cuando cierran las puertas y ventanas me da una crisis de pánico,...
- ... y si a la salida no pudiera coger el coche porque está bloqueado en el aparcamiento,...
- ... y sí,...

Cada una de estas condiciones podría darse bajo diferentes variantes, en diferentes tiempos y circunstancias. La posible situación final sería una entre las cientos que se derivan de la combinatoria de las variables consideradas. Para cada una de ellas habríamos de considerar las posibles respuestas y soluciones, que serían esos cientos multiplicados por tres o por cuatro alternativas posibles para cada una —¿o habría una, la evitación, para todos los casos?—. La ansiedad resultante de la anticipación y el cálculo de riesgos será proporcional al conjunto de los supuestos considerados. Decíamos que la serie de eventuales riesgos a que podríamos enfrentarnos es, anticipatoriamente, ilimitada. Además, como se trata de posibilidades, imaginariamente no son excluyentes entre sí. Sin embargo, en cuanto la situación real se concreta, los riesgos son muy limitados, se presentan de una forma particular y definida: nos enfrentamos a diez preguntas, no a trescientas, formuladas cada una de una forma concreta, no de varias formas; la clase tiene poca o mucha gente, no ambas cosas a la vez; el profesor nos pone una objeción concreta, si es el caso, que conocida puede responderse o solventarse con una determinada respuesta. Y muy importante, tenemos una tarea definida y concreta que hacer y la cabeza, el pensamiento, ha de asistir a dicha acción, de modo que la especulación sobre riesgos se reducirá y con ellos la ansiedad. Estar actuando sobre un problema reduce muy significativamente la ansiedad.

Podemos imaginar problemas, pero su solución requiere de un grado de concreción muy alto que sólo la realidad aporta. Cuando el problema

se manifiesta, nos permite definirlo. El propio problema, una vez definido, manifiesto, formulado, nos apunta las posibles soluciones, sean las que fueren. Esperemos, pues, a que el problema dé la cara. Una vez que nos muestre qué, cómo, cuándo, dónde, la operativa se nos hará evidente y factible, sabremos qué hacer, un poco mejor un poco peor. En la *cocina* de la ansiedad y los problemas que la generan, no necesitamos un recetario con cientos de recetas, ni acudir con platos precocinados pendientes sólo de calentar según convenga. Simplemente necesitamos unas nociones o criterios generales de cocina y una caja de herramientas no muy grande: cuando abramos el frigorífico, a la vista de lo que haya, por poco que sea, sabremos qué podemos hacer, cómo y con qué. Nuestro problema será más bien descartar alguna de las opciones que se nos ocurren. Habremos comido, satisfecho nuestras necesidades nutritivas y charlado, si teníamos compañía.

Administre las preocupaciones

Como hemos visto párrafos atrás, ante la eventual aparición de un peligro, el organismo reserva prioritariamente gran parte de sus recursos (atencionales, de pensamiento, motores y metabólicos) para la disposición de acciones defensivas, en detrimento de otras acciones que quedan relegadas o asistidas bajo mínimos. Si por ejemplo, pongamos por caso, un herbívoro acude a comer a un determinado paraje, donde, en un momento dado, aparecen señales de la posible presencia de un león en las cercanías, tiene mucho sentido adaptativo para su supervivencia —y por extensión para la de la especie— que su organismo entienda que ha de preocuparse y ocuparse, preferentemente, de que no lo coman a él, antes que de comer, disponiendo las operaciones pertinentes:

- Agudizar los sentidos respecto de estímulos relevantes indicadores de la evolución de la amenaza —atención selectiva, sesgo atencional.

- Obstaculizar la recepción y procesamiento de otros estímulos no relacionados con la amenaza (textura, color o forma de las hierbas alimenticias, en este caso). El organismo considerará una distracción injustificada atender otra cosa que no fuera el posible peligro inminente.
- Relacionar con la amenaza posibles indicios normalmente neutros o de procedencia incierta, por ejemplo movimientos de juncos por el aire —sesgo interpretativo—.
- Prepararse para respuestas de huida o protección. Podría ser incluso que el animal defecase de forma que algunos recursos fisiológicos y metabólicos dispuestos para propiciar los procesos digestivos, se desactiven, quedando disponibles para la eventual respuesta defensiva.

La postergación de otros planes durante un tiempo limitado no tendría normalmente graves consecuencias: si no se ha podido comer ahora, se hará después o mañana. La mayoría de las amenazas a que se ven expuestas las especies animales, y el hombre hasta hace poco tiempo lo era en términos evolutivos y filogenéticos, son puntuales, de carácter inmediato —procesos cortos de anticipación—. Sin embargo, si dichas operaciones defensivas son permanentes o muy duraderas, si requieren de largos procesos anticipatorios y no quedan zanjadas con simples operaciones motoras, se convierten en un problema, fuente de nuevas amenazas: no se podría pasar mucho tiempo sin comer, o sin dormir, con vómitos o diarreas, sin poder ocuparse de otros planes, demorables hasta cierto punto pero a la postre necesarios.

A nivel cognitivo, una de las funciones de la ansiedad es generar avisos y advertencias sobre aquellos asuntos que consideramos amenazantes y no están resueltos, de forma que no se nos *olviden* y nos *pre-ocupemos* por ellos. El procedimiento de atenderlos cada vez que se presentan incrementará el estado de alerta, no favorecerá un afrontamiento más efectivo y restará recursos reiteradamente a otros planes que terminan también por pasarnos factura.

Un procedimiento llamado *aplazamiento* podría ayudarnos en estos casos. Dicho procedimiento consiste en demorar o aplazar la consideración y análisis de los temas que nos importunan a un determinado intervalo horario del día, entre 15-20 minutos, reservado exclusivamente para considerar los asuntos inquietantes que frecuentemente nos vienen a la cabeza. No se trata de ignorar los problemas, antes bien, destinamos un tiempo específico a atenderlos. Nos vamos a ocupar de ellos, pero no cada vez que vengan a nuestra cabeza, o se evoquen por cualquier proceso asociativo.

No podemos hacer nada, en principio, para que no nos asalte o venga a la cabeza algún asunto inquietante o recurrente. Sí podemos, sin embargo, decidir si vamos a considerarlo ahora —planificarlo, prever determinadas consecuencias, etc.—, o si por el contrario aplazamos su consideración al momento señalado, donde veremos si son procedentes y qué tratamiento darles. Éste es el procedimiento que seguimos normalmente en la gestión de otros asuntos, muchos de los cuales consideramos también importantes o graves. Nos puede venir a la cabeza que hemos de hacer la declaración de renta, cuestión de la que depende que vayamos de vacaciones a un sitio u otro, por ejemplo. Sin embargo, no interrumpimos una conversación, u otra tarea en curso, para ir a buscar los papeles y certificados correspondientes, ni nos ponemos a hacer mentalmente las cuentas, calcular dónde podemos ir de vacaciones, y si nuestra familia se mostrará satisfecha o decepcionada con las opciones resultantes. Lo que hacemos es fijar un momento, o sucesivamente más de uno, para ocuparnos de esas cuestiones.

La forma más elemental de que una cosa nos afecte menos —sin perjuicio de posibles iniciativas sobre su afrontamiento o consecuencias— es que nos afecte menos tiempo y nos interfiera en menos cosas. Una idea desasosegante e importuna nos puede asaltar muchas veces al día. Si no *entramos al trapo* cada vez que aparece y tratamos de anclarnos a la actividad que tenemos entre manos, la suma de las interrupciones no pasará de unos minutos. Si por el contrario, nos en-

zarzamos en supuestos, pesquisas, anticipaciones, posibles fallos, etc., la suma del tiempo empleado en detrimento de otras tareas se contará por horas, sin que por ello hayamos ganado más operatividad: la mayoría de pensamientos de contenido angustioso terminan por ser repetitivos. *Damos vueltas a las cosas* en términos muy parecidos a como hicimos esta mañana, ayer o anteayer. No es un pensamiento que nos lleve a conclusiones nuevas, a formas alternativas de actuación. Por tanto, el *aplazamiento* no resta eficacia a la consideración de los problemas. Simplemente, pasamos menos tiempo recreándolo, con la angustia que conlleva, y liberamos tiempo y recursos para atender mejor otras tareas, de donde se derivará una disminución de problemas añadidos y una mayor percepción de control y eficacia.

Algunos pensamientos negativos e importunos, tienen más o menos fuerza en función del estado emocional y la perspectiva que tenemos en el momento en que aparecen. El *aplazamiento* permite superar en parte este problema, dado que el momento en que se presenta el pensamiento amenazante y el momento en que se atiende son distintos, y probablemente el estado emocional y la perspectiva también.

La técnica del aplazamiento, pues, consta básicamente de dos pasos:

- Establecer *la hora de preocuparse*: fijar un determinado momento del día, de una duración entre 15-20 minutos, específicamente destinado a considerar los temas recurrentes que nos angustian. Se ha de evitar que *la hora de preocuparse* esté cerca de la hora de acostarse. *Consultar con la almohada* es un hábito inadecuado que puede interferir en la conciliación del sueño. Es aconsejable que inmediatamente después de *la hora de preocuparse*, se disponga una actividad con capacidad de captar nuestra atención (tareas de actividad, interactivas, etc.).
- Aplazar o diferir a *la hora de preocuparse* los contenidos ansiógenos que suelen aparecer reiteradamente, a pesar de que sigan

viniéndonos a la cabeza: nos centramos en la actividad que tenemos entre manos y reducimos a *ruido* o interferencia las *llamadas* de los pensamientos amenazantes, sin entrar a procesarlos, sin recrearlos, ni desarrollarlos. Tiene su dificultad, pero poco a poco puede conseguirse, no siempre, pero sí en un número elevado de ocasiones.

La técnica de *aplazamiento* ha de intentarse ante los primeros *resbalones* del pensamiento, no cuando ya estamos *atollados hasta al cuello*, o ya inmersos en las arenas movedizas de la ansiedad, donde cuanto más nos agitamos para salir más nos hundimos, sin que haya ya nada a que agarrarse.

Para que el proceso de *aplazamiento* sea más fácilmente aplicable, es importante que los niveles fisiológicos de ansiedad y estrés sean lo más bajo posibles, para ello es importante ayudarse de procedimientos de desactivación explicados en próximos capítulos.

El control excesivo no forma parte de la solución sino del problema

El temor a perder el control sobre el propio pensamiento, conducta o impulsos, es frecuente en los problemas de ansiedad. En cierto modo, este sentimiento, o presentimiento, es consustancial a la experiencia de ansiedad elevada. Si la ansiedad guarda relación, como hemos señalado, con la percepción del sujeto de verse desbordado, respecto de su capacidad y recursos, por las demandas y exigencias del medio (externo o interno), es natural que dicha experiencia se equipare a pérdida de control sobre uno mismo o sobre el entorno: cuando tenemos una dificultad pero es asumible, nos consideramos con los recursos, apoyos y capacidad para hacerla frente, decimos, en términos coloquiales, que «tenemos un problema, no está resuelto, pero está controlado». Si, por el contrario, nos vemos excedidos o desbordados, decimos que «tene-

mos un problema, no está resuelto, ni bajo control», es decir, nos sentimos a merced de las circunstancias.

Es probable que la ansiedad altere la ejecución de repertorios de conducta, incluso algunos que normalmente *salen solos* sin que medie la conciencia en su producción, ya sea por tratarse de respuestas autónomas, o bien automatizadas tras un proceso de aprendizaje y entrenamiento: la articulación y fluidez del habla, la atención y concentración, la respuesta sexual, la conciliación del sueño, etc. La percepción de dichos *fallos* crea dudas en la persona que los experimenta sobre su adecuada regulación y produce desconfianza sobre el normal y correcto funcionamiento de sus funciones y facultades.

En algunos casos, la ansiedad genera, como parte de sus síntomas y manifestaciones, una sensación de extrañeza e irrealidad, como si estuviéramos viendo la realidad a través de un cristal o *como en una película*, como si nos sintiéramos ajenos a nosotros mismos (despersonalización) o al entorno (desrealización).

Del mismo modo que la sobrepreocupación por la salud física lleva a la vigilancia y observación de diferentes funciones y manifestaciones fisiológicas, el temor a perder el control lleva a la autoobservación y seguimiento de nuestro pensamiento, de la ejecución de actividades y sus posibles efectos.

La preocupación por la pérdida de control sobre nuestras conductas o los efectos de las mismas lleva en muchos casos a *observarse desde fuera*, a *verse por los ojos de los demás*, con la pretendida intención de vigilar el desarrollo de nuestro comportamiento y poder corregirlo si fuera necesario. Esta manera de proceder lleva al individuo a desdoblarse en lo que a veces se llama *rol de actor versus rol de espectador*: Así, por ejemplo, la persona participa en una conversación (*rol de actor o participante*) a la par que observa y analiza su propio desempeño (*rol de espectador o crítico*). Es como sí, simultáneamente, quisiéramos jugar un partido de fútbol en el

campo, y a la vez hacer de comentarista de nuestra actuación y sus efectos desde la grada. Este desdoblamiento puede contribuir a incrementar la sensación de extrañeza e irrealidad, acrecienta la sensación de ridículo que algunas personas tienen —particularmente en casos de ansiedad social—, y sobre todo aumenta la inhibición y el bloqueo. Dicha forma de proceder provoca efectos de inhibición recíproca entre dos actividades complejas que no pueden realizarse simultáneamente, dado que consumen recursos (de atención, de memoria y de procesamiento, etc.) que no pueden ser compartidos sin una merma importante del desempeño. Ello conduce a actuaciones por debajo de nuestras posibilidades y a un incremento de la ansiedad y del estrés a que se somete al organismo. La evaluación sistemática de nuestro desempeño mientras éste se produce interfiere notablemente en el rendimiento. Ambas cosas han de hacerse en tiempos diferentes. Otra cosa, supone estar sometido constantemente a examen. Los errores, las dudas sobre la pérdida de la normalidad y la razón, la sensación de extrañeza, conducen a la persona a establecer este hiper-control que le lleva a comportarse constantemente como instructor, guardián y juez de sí mismo en actos habituales, simultáneamente a su producción.

Otra práctica contraproducente relativamente común en personas con niveles de ansiedad elevados es la pretensión, el intento, de controlar conscientemente repertorios automáticos o automatizados. Veamos. No es infrecuente que la ansiedad produzca interferencias en otras actividades y funciones del organismo. Ya hemos señalado que la ansiedad, como mecanismo adaptativo de defensa, reserva para sí un buen número de recursos atencionales, de procesamiento de la información, sensoriales y fisiológicos, restándolos de otros procesos y funciones que pueden resultar mermados, parcialmente desasistidos o alterados. En consecuencia es común, en esos casos, que se produzcan algunos fallos o inadecuaciones: problemas de concentración, despistes, errores diversos.

Alertados por el incremento de errores, algunos pacientes deciden, entonces, someter a control directo y voluntario acciones o secuencias

de acción que normalmente venían produciéndose automáticamente, sin esfuerzo consciente de realización, en el marco de programas de acción más generales. Así, es posible que la persona afectada trate de regular voluntariamente la respiración; o la respuesta de erección; forzar la concentración, de modo que en realidad se está concentrando sobre el propio fenómeno de la concentración, en detrimento de lo que se quiere atender; forzar o *vigilar* el sueño, actividad que en la práctica impide conciliarlo; etc.

Se pueden disponer voluntariamente, eso sí, algunas condiciones que posibiliten la ocurrencia de eventos como los referidos anteriormente, pero no provocarlos directamente. Así, por ejemplo, para facilitar la conciliación del sueño se puede procurar el aislamiento de estímulos auditivos o luminosos, regular la temperatura de la habitación, adoptar una posición cómoda de reposo, etc.; pero no imponer el sueño o *vigilar* su evolución. Hay cosas que para que funcionen bien han de *olvidarse*.

Para terminar este apartado, vamos a sugerirle algunos *procedimientos que pueden ayudarle a desactivar el control excesivo o minimizar sus efectos*, pero antes queremos explicarle un sencillo experimento. Preste atención. Tomamos un grupo de personas y les sometemos a cuatro condiciones experimentales sucesivas:

- **Condición primera:** Colocamos un auricular en el oído derecho de cada participante por donde escucharán un fragmento de un capítulo de *El Quijote*, indicándoles que al final habrán de responder un cuestionario de comprensión lectora. Simultáneamente a la audición se tomarán medidas fisiológicas de la ansiedad.
- **Condición segunda:** Sometemos a los sujetos a la misma prueba y condiciones, salvo que en esta ocasión escucharan por el oído izquierdo un fragmento de un capítulo de *El Principito*, y no escucharán nada por el derecho. Los resultados de estos dos ejercicios son similares a los del anterior: niveles bajos de ansiedad y altos de rendimiento.

- **Condición tercera:** En este caso, los sujetos de experimentación escucharán simultáneamente un nuevo capítulo de *El Quijote*, por el auricular derecho, y otro de *El Principito*, por el auricular izquierdo. Se les indicará que, tras las audiciones, contestarán sendos cuestionarios para comprobar el grado de comprensión de los contenidos escuchados. Como en los casos anteriores, se tomarán medidas fisiológicas de la ansiedad durante el proceso. ¿Cuáles son los resultados en este caso?: elevación significativa de los niveles de ansiedad y bajo rendimiento en los test.
- **Condición cuarta:** Se somete a los sujetos a las mismas condiciones que en la prueba tres: audición simultánea de dos nuevos capítulos, uno de cada libro, medidas fisiológicas, y prueba final, pero en este caso se les advierte que solamente se les evaluará sobre uno de los textos, el de *El Quijote*, si bien no pueden quitarse el auricular izquierdo ni manipular su volumen. Los resultados indican niveles de ansiedad un poco más altos que en las pruebas 1 y 2, pero mucho más bajos que en la prueba tres. En la prueba de rendimiento las conclusiones van en el mismo sentido: ligeramente más bajo que en los dos primeros ensayos, y mucho más elevado que en el tercero.

Este experimento sirve para ilustrar algunos procedimientos que pueden ayudar a manejar, en parte, los problemas comentados en este apartado sobre el control. En realidad, como hemos podido ver, los problemas de las personas con ansiedad no tienen tanto que ver con la falta de control, como ellos suelen pensar, sino más bien con un exceso de control sobre el organismo y alguna de sus funciones. Este proceder mantiene e incrementa en muchos casos las dificultades sobre las que se pretendía incidir:

- Genera incompatibilidades entre tareas y/o procesos.
- Inhibe recursos de los que se dispone.
- Se introduce un exceso de conciencia sobre procesos o actividades que no la requieren.

Como criterio general se recomienda:

- Centrarse en una tarea por vez. Pueden venirnos ideas, mensajes o *inputs* de otras cuestiones, tal vez no podemos hacer nada para que no nos asalten, pero como en el ejercicio 4 del experimento, podemos *reducirlas a ruido* y aferrarnos a la *pista* de la actividad seleccionada.
- Recurrir a la técnica del *aplazamiento*, descrita en un apartado anterior, para diferir a otro momento las tareas o inquietudes que pueden interferir sobre el desarrollo de la actividad marcada como preferente en ese momento.
- Convivir con el miedo y centrarse en la tarea en curso. Renunciar a quitarse de encima el miedo o a modular sus manifestaciones. Si en el ejercicio 4 del experimento quisiéramos atender y procesar el capítulo de *El Quijote* y a la par tratar de quitarnos el otro auricular, o descubrir y manipular los códigos para bajar el volumen, nos encontraríamos con problemas similares a los del ejercicio 3.
- «*Pedalear atendiendo al paisaje o la conversación, no a los pedales, tratando de ordenar el movimiento y la coordinación de las piernas*». De otro modo nos vendremos abajo, o tendremos un discurrir accidentado. Hay actividades (respirar, concentrarse, dormir, articular el habla, la respuesta sexual, etc.) donde la conciencia ha de estar a lo suyo, olvidándose de los procesos automáticos y su control. De otra manera se produce un conflicto de competencias que colapsa las funciones en cuestión.

El perfeccionismo: la insatisfacción de nunca acabar

Los planes de acción tienen un objetivo que se va realizando paso a paso. El inicio de una acción viene tras la conclusión de otra. Los pasos para alcanzar el fin se pueden entender cada uno como fines provisionales que necesitan estar limitados por un principio y un fin para ordenarse.

El éxito forma parte del cierre o conclusión de una acción. Un éxito comporta saber que el deseo que teníamos se ha realizado. El fracaso conduce a reintentar la ejecución (revisando o no sus reglas de realización), o bien a abandonar el proyecto.

Algunas personas, en razón de procesos de aprendizaje basados en la sobreexigencia, otras por atribuirse poca eficacia o valor, terceras por tener una elevada necesidad de aceptación o aprobación social, tienden a combatir la sensación de inseguridad extremando los requisitos para dar una acción o secuencia de acción por buena y/o acabada.

Dar la *conformidad* a una acción o secuencia de acción, de forma que no quede pendiente e irresuelta, y sí finalizada, es algo que se efectúa mediante procesos de evaluación. Dichos procesos requieren de criterios de suficiencia, satisfacción y saciabilidad que den los resultados por buenos o malos. Estos criterios constituirían la base de lo que Miller, Galanter y Priban (1960) llaman *Orden de Parada*. Mediante esta operación la acción puede quedar terminada, aplazada o abandonada si no se alcanzan progresos o resultados satisfactorios, o bien estos entran en conflicto con otros intereses.

El perfeccionismo lleva a las personas a establecer planes minuciosamente. No se deciden a ejecutarlos hasta que han trazado con todo detalle las tácticas más pequeñas. La minuciosidad viene acompañada normalmente de la falta de flexibilidad. Un plan es flexible, señalan Miller, Galanter y Priban (1983), si podemos cambiar fácilmente el orden de ejecución de sus partes sin afectar la viabilidad del mismo. El planificador rígido planificaría su tiempo como una secuencia de relaciones causa-efecto, es incapaz de reordenar sus listas de cosas a hacer para adaptarse a las circunstancias cambiantes, sería incapaz de reaccionar en el momento crucial y generalmente exigiría *tomarse un tiempo* antes de que pudiera incorporar cualquier sub-plan. El perfeccionismo lleva, a su vez, a ejecutar las tareas con extremado celo y con reiteradas comprobaciones que *certifiquen* la corrección del procedimiento. Finalmente,

se tendría que someter el resultado o producto de la acción a escrupulosos *análisis de calidad*. De este modo se aseguraría el reconocimiento y aceptación unánimes del producto —ha de ser bueno en todo y para todos— y de su productor (el perfeccionista en cuestión).

Así, puede repetirse varias veces el ordenamiento alfabético de un fichero, antes de archivarlo; volver a casa para comprobar que efectivamente se cerró la puerta o el gas; repasar mentalmente el contenido verbal de una conversación pasada, calcular las posibilidades de malentendido que haya podido generar nuestra intervención, y volver a la conversación fuera ya de lugar y tiempo, para dar explicaciones, que nadie ha pedido, etc.

La inseguridad personal se asienta sobre la valoración de fallo, falta, insuficiencia, incapacidad. El perfeccionismo, como respuesta de afrontamiento, consiste en extremar los criterios o requisitos de satisfacción o logro, para asegurar el éxito. Si no se alcanzan dichos criterios de infalibilidad no se da la conformidad a la acción, habiéndose de intensificar el celo que se pone en el empeño. Algo así se hace, aunque por otros motivos, en las llamadas *huelgas de celo*, que consisten en trabajar escrupulosamente (por ejemplo, los encargados de limpieza de un avión sacan brillo insaciablemente a cualquier elemento metálico del aparato), proceder que tiene como consecuencia el retraso o interrupción de programas y previsiones.

En otros términos, los medios —de los que hemos hablado en términos de fines provisionales— se convierten en un fin en sí mismos. A la incertidumbre se responde con perfeccionismo, y éste, elevando los criterios de suficiencia, genera mayor inseguridad, intensificándose las dudas, indecisiones y desánimo. El perfeccionismo da por frustradas o insatisfactorias acciones en realidad normalizadas o cerradas.

El perfeccionismo puede llevar a redecidir constantemente el sentido dado a nuestra acción o la de otros, como determinante de posteriores

decisiones. Pongamos un ejemplo: una persona, x, necesita saber si lo que siente por su pareja le autoriza a continuar con ella y comprometerse más en la relación o, por el contrario, tendría que romper. Si el último incidente que considera es que el fin de semana pasado, que no la vio, la echó de menos, concluye que en el fondo, por encima de inconvenientes, la quiere profundamente. Pero si hoy ha experimentado aburrimiento mientras paseaba con ella, y además ha sentido la tentación de mirar las piernas de otra chica con quien se ha cruzado, esto le obliga a reabrir el *expediente* de la relación y replantear su naturaleza a la luz de estos datos, que pudieran, piensa, dar la clave de lo que es aparente y lo que es profundo en sus sentimientos. Puede, entonces, concluir que no la quiere. Pero mañana, al verla, puede sentir alegría y un fuerte deseo de abrazarla. Este último hecho, en la cadena de desarrollo, le llevaría a abrir de nuevo el *expediente* y recodificar todos los hechos en función de esta última clave. Hasta aquí el ejemplo.

Apreciamos cómo la intolerancia a la inseguridad y a la duda lleva a redecidir constantemente en lo tocante a planes generales, sobre la base de secuencias puntuales, a las que se concede valor crítico, instalando al sujeto en la evaluación constante de proceso general, y sustrayéndole de la participación en los hechos, que simplemente adquieren el carácter de prueba en relación con lo evaluado en cada momento.

El perfeccionismo puede afectar a la anticipación de la acción, a su ejecución y, muy particularmente a su cierre o terminación.

El perfeccionismo, no obstante, no siempre es un problema. Si es moderado puede favorecer la superación y el desarrollo personal. La habilidad para aceptar defectos menores es el punto crítico que marca la diferencia entre el perfeccionismo que puede considerarse normal o adaptativo y el que no lo es. El perfeccionista moderado se fija niveles altos de desempeño, pero se siente libre para ser menos preciso o riguroso, llegado el caso, si la situación lo requiere o aconseja; tolera la duda razonablemente sin esperar que su actuación no dé lugar a duda alguna en ningún

aspecto y para nadie; finalmente, puede desconectar de la situación una vez fuera de ella. Las personas para las cuales el perfeccionismo es un problema se rigen por estándares altos de actuación de los que no pueden desviarse.

Las situaciones de cambio y adaptación, la toma de decisiones importantes, el estrés, la aparición de problemas de estado de ánimo y ansiedad, pueden favorecer la evolución del perfeccionismo hacia extremos negativos, particularmente en personas más *controladoras*, con fuerte necesidad de aprobación, con miedo intenso a la evaluación social negativa, y con autopercepción de baja eficacia.

Exponemos a continuación algunas formas de regular el perfeccionismo:

■ *Cambiar hábitos de comparación*

En algunos casos el perfeccionismo se asienta sobre sentimientos de inseguridad, baja autoestima e inferioridad. Es común en muchos de estos casos que la persona tienda a comparar su actuación con la de otras personas buscando una referencia o medida.

La comparación ha sido utilizada en nuestra cultura, afortunadamente cada vez menos, por padres, educadores o jefes para estimular la mejora y perfeccionamiento de hijos, educandos y trabajadores.

¿Qué conductas suelen tomarse como objeto de la comparación? Algunas de las que se dan previamente por malas e insuficientes. Suele considerarse que las que ya están bien, «ya están bien». Si se trata de mejorar algo, será lo que esté mal. Además, se piensa que señalar lo que está bien puede hacer que la persona se confíe excesivamente, se convierta en un *creído*, se relaje o se *duerma en los laureles*. Por el contrario, se piensa que lo que habría de propiciarse es el esfuerzo, la insatisfacción, el sacrificio.

¿Con quién suele establecerse la comparación? Con alguien que en la conducta objeto de la comparación destaque y tenga un desempeño excelente y reconocido.

¿Cuál es el resultado de la comparación? Prácticamente el 100% de las veces que se hace referencia a nuestra conducta, es para señalar algún «pero» o insuficiencia. No podría ser de otra manera si lo que ya está bien «ya está bien» y no es objeto de comentario. El 100% de las veces salimos malparados de la comparación. Siempre los demás son mejores. No podría ser de otra manera si se compara algo previamente dado por malo, con algo previamente dado por bueno.

El problema no está, no obstante, en que otros nos hayan podido comparar o no, incluso con buena intención. El problema es que nosotros hayamos interiorizado y automatizado dichos procedimientos de evaluación, *perfeccionamiento* y *movilización*, y los construyamos sobre los mismos sesgos:

- Muestra sesgada de conductas: Sólo nos fijamos en aquello de nosotros mismos que no nos gusta.
- Muestra sesgada de personas con las que compararnos: Elegimos a personas cuya conducta se ha dado previamente por buena.

Es obvio que se trata de un procedimiento poco objetivo, amañado y confirmatorio de la idea de que partíamos: somos torpes e inferiores. Es curioso cómo, a veces, estamos dispuestos a hacernos trampas incluso para perder. Elegir una conducta previamente dada por insuficiente nos coloca, ya de antemano, con pocas probabilidades de salir airosos, pero si además jugamos con las cartas marcadas y elegimos para compararnos a una persona cuya conducta se ha establecido previamente como buena, el resultado está cantado: *somos* torpes e inferiores. Se ha subrayado «somos» porque aquí llega la traca final de este rosario de autotrampas: La conclusión a la que hemos llegado no es: «en esta conducta, en esta ocasión y circunstancias —y tal vez en alguna otra— he alcanzado un

desempeño menos efectivo o eficaz que el alcanzado por fulanito/a», si no «soy torpe e inferior, de segunda categoría o división». Hemos convertido así una actuación mejorable, en la prueba de un *handicap*, de una tara o limitación consustancial a nuestro ser, a nuestra persona. Es algo así como, ... si de decir una idiotez, se derivara que soy idiota, o de no dar la solución más inteligente a un problema determinado se derivara que no lo soy.

■ *Evaluar en relación al punto de partida*

Decíamos más atrás que el desarrollo de un proyecto se efectúa paso a paso, desde un punto de partida tomado como referencia inicial, hasta un punto final.

Algunos proyectos o propósitos tienen un objetivo final con criterios de logro precisos, objetivables: por ejemplo, alcanzar un objetivo de ventas, hacerse con determinados bienes, u obtener el carné de conducir. Otros proyectos, sin embargo, son más genéricos —aunque por tramos pueden delimitarse objetivamente—, con criterios de logro o satisfacción más difusos, y objetivos que más bien son ideales o *desideratums*: así por ejemplo, dominar por completo un idioma, u optimizar nuestras relaciones sociales y afectivas. Este tipo de objetivos, así formulados, marcan la dirección en que queremos avanzar, sirven de guía y dan sentido a nuestro hacer y discurrir, pero en términos absolutos no son alcanzables, y no forman parte de lo que se ha de conseguir. Poniendo un símil, la estrella polar está para orientarnos y ayudarnos a alcanzar diversas latitudes del norte, pero no para tocarla con los dedos.

Algunas personas, llevadas de su perfeccionismo, toman los ideales o *desideratums* como si fueran objetivos finales, y se juzgan desde tal posición. Los *desideratums* no son objetivos propiamente dichos.

Un error común en la evaluación de proyectos es hacerlo tomando como referencia el objetivo final, de modo que se mide la distancia entre

éste y el punto de desarrollo actual. Es aconsejable, por el contrario, medir la distancia entre el punto actual de desarrollo y el punto de partida o un punto anterior al actual. Aunque en términos matemáticos ambas medidas son inversamente proporcionales —cualquiera de las dos nos da la longitud de la otra y la posición relativa del momento actual—, en términos psicológicos (motivación, programación, evolución) hay notables diferencias: Juzgarse de adelante hacia atrás —es decir, del objetivo final al momento actual— pone el acento en *lo que falta*. Siempre falta, estamos donde estemos. Si además, como es frecuente en el perfeccionista, nos juzgamos en cada momento en términos de los objetivos finales, pasando sobre nuestra actuación actual la *plantilla de corrección* construida en términos finales, la conciencia de falta e insuficiencia se incrementa. Esto puede llevarnos a planificar mal: si nos estamos juzgando por objetivos finales, pondremos para la situación actual o inmediata la exigencia de alcanzarlos, rompiendo así la progresividad, haciendo la tarea irresoluble, y entrando en la conocida dinámica del todo o nada.

Si, por el contrario, nos evaluamos de atrás hacia delante —es decir del momento inicial, o anterior al actual, al actual—, se consigue una percepción más clara de avance, de capacidad de ganar terreno, se genera autoconfianza, y la evaluación se hace en términos positivos (tener más de lo agradable o deseado, no menos de lo indeseable). Es más fácil mantener la progresión, la referencia es nuestra propia marca actual y el objetivo inmediatamente posterior algo que se considera más factible puesto que estamos muy cerca. Nuestra tarea no es competir contra nuestros propios objetivos, o con las posiciones avanzadas que, en la misma línea, otros hayan alcanzado ya. Por tanto, para marcar los estándares de nuestra próxima e inmediata intervención simplemente nos pondremos el objetivo de superar nuestra propia marca, en la dirección señalada.

No acaban aquí los riesgos de *resbalón* para el perfeccionista. Aun suponiendo que se ha procedido salvando los problemas citados anteriormente, podría darse la particularidad de que, habiéndonos puesto

unos objetivos y habiéndolos alcanzado, después nos juzgásemos por otros. Veamos un ejemplo. Pongamos que he de caminar hacia una puerta y abrirla puesto que el objetivo es franquearla. Lo hago con eficacia, pero a la hora de valorar mi acción digo: «he abierto la puerta pero con poco estilo o elegancia». Para el perfeccionista no hay elementos accesorios de actuación, a pesar de que no sean centrales a efectos del objetivo o función que cumplían. Es posible que a pesar del éxito aparente de una acción, el veredicto final, negativo claro, se desplace y establezca sobre otros aspectos absolutamente accidentales.

■ *Decidir no es tenerlo claro, es apostar: desarrollo de la tolerancia a la duda*

Algunas dudas son irreductibles. Las diferentes opciones o alternativas pueden tener ventajas, inconvenientes, y aspectos inciertos o desconocidos. Tomar una decisión frente a dos o más opciones no implica despejar todas las incógnitas e inconvenientes. Decidir es pasar del análisis a la acción, renunciar a una cosa para hacer otra factible: saber a favor de qué tenemos que trabajar, a pesar de su resultado incierto. Decidir es apostar por una opción, llevarla a efecto, ejecutarla, sin volver de nuevo a la fase de deliberación, a pesar de que reaparezca alguna duda o se manifieste algún inconveniente.

Un minuto después de tomar una decisión, tenemos las mismas dudas que un minuto antes de hacerlo. La gran diferencia es que ahora estamos comprometidos —ahí está el asunto, en responsabilizarse— en un programa de acción: desactivar una opción, activar y materializar otra.

■ *Examinar evidencias: introducir deliberadamente pequeños fallos y ver qué efecto tienen*

Con frecuencia pensamos que un fallo tendrá consecuencias severas para nuestra imagen personal, profesional o social. En muchos casos, el

cálculo de dichas consecuencias está basado más en nuestros temores que en evidencias objetivas. A veces es conveniente someter a prueba nuestra creencia o suposición introduciendo en nuestro comportamiento algunos fallos o cierto desorden de manera deliberada, controlada, progresiva, sin correr grandes riesgos: equivocarse el nombre de una capital o autor, *quedarnos en blanco* unos segundos, malentender una frase, etc.

Experimentos de este tipo nos permitirán comprobar que las consecuencias son menores, asumibles, y en la mayoría de casos reconducibles.

■ *Regular factores de riesgo: estrés, ansiedad, estado de ánimo*

Las alteraciones emocionales, particularmente las relacionadas con la ansiedad, estrés y el desánimo, son fuentes de inestabilidad, propician la inseguridad y generan una mayor necesidad de control y prevención. Estos factores pueden llevar de un perfeccionismo sano, que puede incluso disfrutarse, a otro paralizante y ansiógeno.

2.1.2. Ansiedad, autoestima, asertividad y disposición de apoyos sociales

¿Qué es la vida...? ¿un frenesí...?, ¿una ilusión...?, ¿una sombra...?, ¿una ficción...? es en realidad, ¿un sueño...? De lo que no cabe duda es de que la vida es exigente y requiere tomar riesgos. Vivir representa una serie de oportunidades y amenazas a las que hacer frente por medio de nuestros recursos, entendiendo por tal el conjunto de procedimientos o medios de los que disponemos o a los que recurrimos para satisfacer una necesidad, llevar a cabo una tarea, o bien, conseguir aquello que nos proponemos.

Más allá de los recursos materiales, técnicos o instrumentales, en este capítulo nos centraremos en los recursos relacionales:

- *Intrapersonales*: cómo nos relacionamos con nosotros mismos. Hablaremos en particular de la autoestima.
- *Interpersonales*: cómo nos relacionamos con los demás. Hablaremos de las habilidades sociales, particularmente de la asertividad, y de la disposición de apoyos sociales.

Dichos *recursos personales* nos pueden ayudar, por un lado, a ser menos vulnerables al desarrollo de problemas de ansiedad y de cualquier otro tipo de problema psicológico, y por otro, a superar dichos problemas de forma más efectiva.

La autoestima

Por encima de todo, el *recurso de recursos* somos nosotros mismos: nuestro pensamiento, nuestra conducta y nuestras emociones, son el instrumento básico con que contamos para relacionarnos con el mundo.

La valoración que una persona tiene de sí misma es decisiva a la hora de encarar los obstáculos y adversidades que se le presentan. La confianza que tengamos en nosotros mismos condicionará, en gran medida, nuestra actuación y su desenlace.

Prevía definición de lo que entendemos por autoestima, vamos a referirnos al autoconcepto. El *autoconcepto* es el propio sentido de identidad, lo que alguien piensa sobre sí mismo como individuo. Es la percepción que una persona tiene de sí misma, el yo. La autoestima se deriva, aunque no sólo, de la comparación entre el yo real y el que idealmente quisiéramos ser (cómo me veo y cómo me gustaría verme). La *autoestima* es la opinión global que tenemos de nosotros mismos, cómo nos juzgamos o evaluamos, y el valor que nos damos como personas (Fennell, 1999). En el capítulo anterior, concretamente en el apartado referido al perfeccionismo, hemos hablado de algunos de los sistemas de medida sobre los que se asienta la valoración de suficiencia o insuficiencia personal en términos generales.

La autovalía que una persona se otorga en una situación o tarea concretas, hace referencia a la autoeficacia. Así pues, la *autoeficacia* se refiere a la valoración específica, en un contexto delimitado, de la competencia para llevar a cabo una tarea o una gama de tareas en un área determinada. Se trata del autojuicio que emite un individuo de su capacidad para llevar a cabo determinadas acciones (Bandura, 1987). Dicha autovaloración influye en las elecciones que hacemos, los esfuerzos sucesivos que realizamos, la persistencia en la superación de dificultades o fallos y en sentimiento de competencia o capacidad.

Aceptar el reto, seguir intentándolo y salvar los obstáculos son tres ingredientes que facilitarán el aprendizaje y por tanto la competencia de una persona ante una tarea. El *sentirse capaz* de llevar a cabo determinadas acciones tiende a repercutir en la mejora de la autoestima. Normalmente, la mejora de la autoeficacia contribuye a mejorar la autoestima. Pero no siempre. Algunas personas con déficit de autoestima, que tienden a no sentirse capaces en la mayoría de las áreas de su vida, utilizan un mecanismo compensatorio de *súper-especialización* basado en fortalecer un área concreta para contrarrestar otras áreas. Se produce en estos casos un desequilibrio debido a que se focalizan la mayor parte de los esfuerzos en un área y se desatenden otras áreas importantes de desarrollo personal. En realidad este mecanismo de *potenciación-desatención* contribuye a hacer más vulnerable a la persona ante los pequeños incidentes cotidianos, no mejora el sentimiento íntimo de satisfacción personal y propicia el aislamiento.

Contar con una sana autoestima supone apreciar la propia valía e importancia y asumir, por parte del individuo, su responsabilidad hacia sí mismo y hacia sus relaciones interpersonales.

El segundo componente esencial en la construcción de la autoestima —el primero está basado en la magnitud del contraste entre cómo nos vemos y cómo nos gustaría vernos— procede de la valoración de que

somos objeto por parte de nuestro entorno social, y por tanto de la calidad de las relaciones sociales que tenemos.

Las habilidades sociales: asertividad

Se han formulado diferentes explicaciones respecto a las causas y el mantenimiento de las dificultades en las relaciones sociales:

- La ausencia de ciertas conductas (las habilidades sociales) en el repertorio de la persona, ya sea por falta de aprendizaje, aprendizaje inadecuado o pérdida por falta de uso.
- La experimentación de unos niveles de ansiedad tan elevados que no permiten responder adecuadamente en la situación, aunque se posee las habilidades necesarias.
- La evaluación negativa que efectúa la persona de su actuación, de sí misma o las expectativas negativas que tiene sobre las consecuencias esperadas en la situación.
- Las dificultades para discriminar cuándo una respuesta particular es adecuada y cuándo no lo es.
- La baja o nula motivación que presenta la persona respecto a actuar de un modo *socialmente habilidoso* en una situación concreta o bien en referencia a las relaciones sociales en general.

Pero, ¿qué entendemos por habilidades sociales? «La conducta socialmente habilidosa (Caballo 1986, citado en Caballo 1993) es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas».

Una respuesta competente es, normalmente, aquella sobre la que la gente está de acuerdo que es apropiada para un individuo en una si-

tuación particular (Caballo, 1993). En función de la cultura y de los objetivos que se persigan en cada situación, lo *habilidoso* será comportarse de un modo determinado. La autoestima es antes que nada respeto por uno mismo. Existen tres formas o estilos básicos de comportamiento en las situaciones sociales que requieren la autoafirmación de los propios derechos. Lo más adecuado y adaptativo es adoptar el más conveniente en cada caso y circunstancia, en función de nuestros objetivos e intereses, por un lado, y del contexto social por otro. Las personas socialmente poco habilidosas o asertivas tienden a repetir un único estilo para la mayoría de ocasiones, a pesar de ser muy diversas entre sí, entrañar diversos intereses y requerir soluciones distintas. He aquí los tres estilos a los que nos hemos referido:

- A) El **estilo pasivo o no-asertivo**. Las personas con este estilo tienden a no expresar o hacer valer sus propios intereses u opiniones, a no poner límites a conductas invasivas o intimidatorias. Ceden y se supeditan con facilidad, aún cuando se vean perjudicados; se dejan condicionar con facilidad y ellas renuncian a hacerlo. Normalmente son personas con poca autoestima, que temen arriesgarse o enfrentar pequeños conflictos, y sienten mucha necesidad de ser valoradas por parte de los demás, si bien finalmente tienen la sensación de que han sido poco tenidos en cuenta, instrumentalizados e incluso, abusados. El supuesto del que parte este estilo de comportamiento es: «los demás tienen prioridad sobre mí».

Su repertorio de conductas no verbales y vocales se caracteriza por: evitación de la mirada, postura hundida o tensa, gestos nerviosos o desvalidos, retorcimiento de manos, voz baja, vacilaciones, silencios largos, tono vacilante o quejumbroso, sonrisa nerviosa, risitas *falsas*.

Su comunicación verbal suele incluir expresiones del estilo: «Quizás», «supongo», «me pregunto si podríamos», «te importaría mucho», «no crees que», «bueno», «realmente no es importante», «no te molestes».

Algunas de las consecuencias de utilizar regularmente este estilo

comunicativo: conflictos interpersonales; sentimientos de depresión o desamparo; problemas psicosomáticos; imagen pobre de sí mismo; generación de perjuicios; pérdida de oportunidades; tensión; sentirse sin control; soledad; no gustarse a sí mismo ni a los demás; sentirse enfadado; terminar, al final, por *estallar* de forma explosiva y desproporcionada, o bien desaparecer y romper absolutamente con el grupo y la situación.

- B) El **estilo agresivo**. Las personas con este estilo tienden a no respetar los límites personales de otros, a quienes pueden llegar a dañar mientras intentan influenciarles. El supuesto básico de estilo agresivo es: «Yo tengo prioridad sobre los demás».

Las conductas no verbales y vocales más características de este estilo son: mirada fija, volumen alto, tono agudo y tajante, habla rápida, orientación frontal, cara tensa, gestos de amenaza, postura intimidatoria.

La comunicación verbal suele incluir, en este caso, algunas de las siguientes expresiones: «Harías mejor en», «haz», «ten cuidado», «debes de estar bromeando», «si no lo haces...», «no sabes», «deberías», «mal».

Las consecuencias de utilizar este estilo regularmente pueden ser: conflictos interpersonales; frustración; empeoramiento de la propia imagen; pérdida de oportunidades; la tensión, el sentirse sin control, aislamiento social, no gustar a los demás; hacer daño a los demás; generar desconfianza y rechazo social; sentirse enfadado.

- C) El **estilo asertivo**. Es característico de las personas que dicen lo que piensan respetando los límites personales de los otros, y están dispuestas a defenderse frente a intentos invasivos. El supuesto básico, en este caso vendría a ser: «Respeto a los demás pero también a mí mismo».

El comportamiento asertivo permite actuar, pensar y decir conforme a lo que uno cree que es lo más apropiado para sí mismo, defendiendo sus derechos, intereses o necesidades sin agredir a nadie, ni permitir ser agredido. El desarrollo de la asertividad, como

habilidad social, facilita el camino hacia una mejor consideración personal y optimiza la capacidad para relacionarse con los demás de manera eficaz y satisfactoria.

Este estilo se caracteriza a nivel no verbal y vocal por: contacto ocular directo pero no desafiante, expresión facial adecuada a la situación, nivel de voz conversacional, buena entonación (tono seguro), habla fluida, gestos firmes, postura cómoda y manos sueltas. La conducta verbal se caracteriza por expresiones del estilo: «Pienso», «siento», «quiero», «hagamos», «¿cómo podemos resolver esto?», «¿qué piensas?», «¿qué te parece?».

El estilo asertivo suele producir efectos positivos: la persona resuelve los problemas; se siente a gusto con los demás y consigo misma; se siente razonablemente satisfecha, relajada, con control sobre sí y sobre el entorno; crea y aprovecha oportunidades; se siente respetada; es buena para sí y para los demás.

Una buena definición de lo que se entiende por *asertividad* la ofrece Castañer (1996): «es una habilidad social que supone la capacidad de autoafirmar los propios derechos, sin dejarse manipular y sin manipular a los demás.» La falta de asertividad favorece la aparición de problemas de ansiedad, estrés y alteraciones del ánimo.

El apoyo social

El apoyo social se refiere a la disponibilidad de ayuda proveniente de otras personas, normalmente significativas para nosotros. Recibir dicha ayuda nos permite acrecentar la sensación de que se preocupan de nosotros y nos quieren, de que se nos valora y de que pertenecemos a una red de comunicación, intercambio y obligaciones mutuas.

Contar con una red de apoyo social facilita la reducción del estrés en general, la amortiguación o moderación del estrés creado por situaciones concretas, y la mejora de la salud.

Se han descrito cuatro niveles en la descripción del apoyo social:

- *La integración social:* se trata del nivel más básico en las relaciones sociales y se centra en el número y fuerza de las asociaciones de una persona con otras significativos (número de contactos, clase de los mismos).
- *Relaciones de calidad:* se atiende a la calidad de las relaciones y al modo cómo pueden influir en el bienestar psicológico. Estas relaciones contribuyen a satisfacer las necesidades de afiliación, cubren las necesidades de afecto, proporcionan un sentimiento de identidad y pertenencia, son una fuente de evaluación positiva, y proporcionan sentimientos de control de la situación.
- *Ayuda percibida:* se refiere a la sensación de que se cuenta con gente en la que confiar y apoyarse en situaciones problemáticas. Dicha sensación puede llevar a percibir como menos amenazante o aversiva cualquier situación problemática.
- *Actualización de las conductas de apoyo:* comprende el paso a la acción, la efectividad del despliegue concreto de las conductas de apoyo en la situación que las requiere.

Ofrecemos a continuación algunas indicaciones prácticas para el establecimiento y mantenimiento de las *relaciones sociales*:

- Adoptar una actitud y comportamiento que denote *iniciativa e interés* en la relación. En ocasiones, ante la pereza nos asaltan un sinnúmero de excusas («tengo demasiado trabajo», «es una mala semana»...) que conviene detectar y contrarrestar.
- Deshacerse del *miedo paralizante* a lo que puedan pensar de nosotros. Con el «pienso que pensarán...» uno se crea su propia carrera de obstáculos y suele cometer muchos errores en las predicciones. En la mayoría de las ocasiones se suele predecir tormenta con rayos y truenos cuando a lo sumo caerán cuatro gotas.
- Conocer gente nueva implica *arriesgarse*: ni todo el mundo nos va a caer bien, ni vamos a caer bien a todo el mundo. Tener expectati-

vas realistas a la hora de conocer gente nueva supone aceptar lo anterior y aceptar que las relaciones interpersonales requieren tiempo, dedicación, y algunos intentos fallidos para ir evolucionando. Las relaciones sociales se desarrollan teniéndolas y cultivándolas.

- Intentar *mejorar o corregir* las carencias en algunas habilidades necesarias para relacionarse, en lugar de menospreciarse y *tirar la toalla*. En este sentido conviene destacar que, además de las habilidades que tienen que ver con la propia actuación, conviene desarrollar habilidades que permitan descifrar el repertorio de comportamientos de nuestros interlocutores. En especial, conviene distinguir entre las conductas cálidas o receptivas (mantener el contacto ocular, inclinarse hacia el otro, sonreír con frecuencia, asentir con la cabeza,...) que denotan interés y acercamiento por parte de nuestro interlocutor, y las conductas frías (fruncir el ceño, mirar hacia otro lado, negar con la cabeza...) que denotan lo contrario.
- *Provocar las oportunidades* de conocer gente nueva, salvando la pereza y el miedo paralizantes antes mencionados y materializando la iniciativa y el interés en las relaciones. Dos alternativas de cómo hacerlo pueden ser:
 - Implicarse en actividades que supongan o faciliten el trato con otras personas (hacerse miembro de organizaciones, asociaciones, clubes; asistir a clases o cursillos de algún tipo; sacar a pasear el perro por donde otros lo hacen...).
 - Vincular el conocimiento de nuevas personas a actividades de ocio (ir a fiestas; hacer viajes organizados en grupo; salir con amigos que nos presenten a conocidos suyos; participar en deportes o asistir a gimnasios...).
- *Centrar la atención* en la conversación y en los aspectos positivos de la relación durante la misma. Una vez finalizado el contacto, intentar valorar cómo ha ido, siendo lo más objetivos posible, sin exagerar los errores ni minimizar los aspectos positivos de la interacción.

2.1.3. Gestión del tiempo y resolución de problemas

Gestión del tiempo

El tiempo y sobre todo la falta del mismo es sin duda un tema recurrente tanto en las consultas profesionales como en las conversaciones cotidianas. *¡No tengo tiempo! No tengo tiempo para mí ni para mi familia; no tengo tiempo para disfrutar ni para terminar mi trabajo,... ¡voy todo el día con el agua al cuello!*

Cuando pensamientos de este estilo son muy frecuentes habríamos de tomarlos como señal de alarma, algo está fallando. Tener la sensación de que estamos todo el día persiguiendo las agujas del reloj suele deberse a por lo menos uno de estos dos motivos:

- queremos o tenemos que hacer más de lo que podemos; y/o
- no organizamos bien nuestro horario.

En cualquiera de los dos casos nos vemos obligados a realizar un sobreesfuerzo para ajustarnos a las exigencias de la situación, incrementando con ello nuestros niveles de estrés, malestar e insatisfacción.

La mejor forma de detectar si tenemos un problema con nuestra organización del tiempo es hacer un registro como el que sigue durante unos cuantos días:

	¿Qué hice hoy?	¿Qué había planeado hacer, pero no hice?	¿Qué hubiera querido hacer además?
8:00			
9:00			
15:00			
16:00			

Si detectamos que durante varios días la segunda y tercera columna aparecen demasiado llenas significa que podemos sacar provecho de las técnicas de organización del tiempo.

Aprender a organizar el tiempo es como aprender a hacer una maleta. Cuando vamos de viaje sería fantástico poder llevarnos la casa a cuestas para asegurarnos de que en ningún momento nos va a faltar nada. Sabemos sin embargo que una casa no cabe en ninguna maleta y descartamos rápidamente esa opción. A partir de ahí nos enfrentamos a una serie de decisiones, de las cuales dependerá que podamos llevar ropa limpia cada día o que echemos de menos algo que no cupo en la maleta.

Veamos pues, a grandes rasgos, cómo debemos prepararnos para el *viaje*:

- *Elegir nuestra maleta.* Igual que ocurre en los viajes, nuestra maleta podrá tener unas dimensiones y peso, por los que no habrá que pagar ningún suplemento; en nuestro planeta y de acuerdo con nuestros biorritmos deberemos limitarnos a un máximo de 24 horas. Llevar maletas de 25, 26, 27... o más horas implicará tener que *pagar penalizaciones* que se incrementarán en progresión geométrica en función del exceso. En algunas ocasiones esas penalizaciones podrán pagarse con dinero, en otras muchas, sin embargo, habrá que pagarlas a cuenta de nuestra salud o bienestar.
- *Decidir qué es lo que vamos a meter en la maleta;* o sea, cuáles son las tareas que queremos realizar ese día/semana. Para tomar esta decisión, primero deberemos marcarnos unos objetivos; esos objetivos deberán ser a corto plazo, aunque pueden estar relacionados con otras metas a medio o largo plazo. El siguiente paso va a ser realizar una lista de todas las actividades que pretendemos realizar durante la jornada y ordenarlas estableciendo prioridades. Siguiendo con el ejemplo de la maleta, un traje será prioritario si se trata de un viaje de negocios; si nuestro objetivo es disfrutar de

una playa tropical, un bañador y unas gafas de sol serán prendas imprescindibles. Podemos agrupar las actividades en 2, 3 o 4 niveles de prioridad, de mayor a menor, para facilitar así su posterior distribución a lo largo del día. Bien, en este punto podemos elegir quedarnos con esta lista de actividades agrupadas en función de su prioridad e ir tachándolas a medida que las vayamos realizando, o intentar asegurarnos de que nuestros cálculos van a cuadrar. Si queremos completar el proceso deberemos enfrentarnos al horario. Eliminaremos o marcaremos las horas dedicadas a actividades ineludibles como dormir o comer. Seguidamente pasaremos a marcar en el horario aquellas tareas o actividades predeterminadas o fijas: reuniones, visitas médicas, recoger a los niños...

- *Una buena maleta debe incluir ropa para distintas situaciones*, no podemos salir sólo con trajes ni sólo con bañadores. De la misma forma, no podemos llenarnos el horario de obligaciones, una tras otra, sin dejar espacios para el descanso o para actividades que nos resulten agradables. Es bueno planificar un tiempo entre una actividad y otra, y hacer las cosas de una en una para no caer en una sensación de agobio y desasosiego. Teniendo en cuenta estos aspectos iremos rellenando los huecos del horario, siguiendo el orden que hemos establecido antes: primero las tareas del grupo de mayor prioridad, después las del segundo,... y así hasta llegar a las menos urgentes o importantes. Aquellas que queden al final de la lista y que no quepan en el horario deberemos distribuirlas en los días siguientes; si observamos que demasiado a menudo nos sobran actividades o nos faltan horas, deberemos revisar si nuestras expectativas son realistas y justas o si intentamos viajar con una maleta de 36 horas.
- *Si viajamos en equipo es importante saber repartir el equipaje* entre todas las maletas. Saber delegar en compañeros de trabajo, familia o amigos nos ayudará a poder llevar a cabo nuestras tareas.
- *Si algo no cabe en la maleta, simplemente deberemos desecharlo*. No podemos sobrecargar el horario, es mejor ser realista y aceptar que no podemos hacer algunas cosas que querríamos. Tan impor-

tante como saber delegar es aprender a decir no, no cargar con peticiones imprevistas que a lo mejor no son tan importantes como las que habíamos programado.

- *En una maleta ordenada caben más cosas.* Todos sabemos por experiencia que meter la ropa desordenada y mal doblada hará que nos quepa mucho menos equipaje, porque abultará mucho y quedarán más espacios desaprovechados. Si conseguimos seguir estas guías podremos disponer mejor de nuestro tiempo y eso repercutirá también sobre nuestra calidad de vida.

Resolución de problemas

La vida genera problemas. La simple existencia conlleva dificultades porque no somos omnipotentes. Es importante partir de este punto. Durante toda nuestra vida y a diario estamos resolviendo problemas. Es más, gracias a los problemas realizamos aprendizajes imprescindibles para nuestra supervivencia.

Afortunadamente nuestro cuerpo está preprogramado para realizar esos aprendizajes, pero sin la aparición de las dificultades (o problemas) inherentes a los objetivos, su consecución sería mucho más complicada y en algunos casos imposible.

Podemos decir, pues, que somos literalmente *solucionadores natos de problemas*. Esta introducción sirve para ilustrar aquello que muchos decimos y pocos creemos: *ilos problemas son oportunidades para aprender y mejorar!*

Lo primero y más importante frente a un problema es tener una actitud positiva, una actitud de afrontamiento. Algunas personas intentan huir de los problemas, actuar como si no existieran, y esperar que con el tiempo desaparezcan por sí solos. A veces nos engañamos pensando que, para no equivocarnos, lo mejor es no tomar decisiones. Este razo-

namiento es a todas luces falaz, ya que *no decidir* es en sí mismo una decisión, y por lo tanto sujeta igualmente a la posibilidad de equivocación. En resumen, intentar huir de un problema es una decisión, y a menudo no es la mejor. Vale más *ocuparse* en la gestión de los problemas que *preocuparse* por ellos.

Tomadas en cuenta estas consideraciones, ya estamos preparados para enfrentarnos a nuestros *monstruos*. Vamos por pasos:

1) Definición: a veces llevamos tanto tiempo huyendo del *monstruo* que ni siquiera sabemos o recordamos exactamente cómo es. Si queremos vencerlo tenemos que parar, dar media vuelta, y observar detenidamente al *enemigo*. Tener un problema bien definido es tenerlo medio resuelto.

Para hacerlo recogeremos toda la información que podamos sobre el problema. Estas preguntas nos ayudarán: *¿qué ocurre?, ¿quién está implicado?, ¿cuándo y cómo ocurre?, ¿dónde tiene lugar?, y ¿qué hago yo cuando se da esta situación?*

A partir de las respuestas a estas preguntas, organizamos la información convirtiendo los conceptos más generales y vagos en otros más concretos, claros y operativos. Por ejemplo, si pensamos que alguien es *un estúpido*, deberemos concretar en *no tiene en cuenta mis opiniones, no me saluda...*

2) Objetivos: con el *monstruo* bien conocido y detallado, nos plantearemos qué es lo que queremos hacer con él. Debemos plantearnos una meta realista y que al mismo tiempo resulte beneficiosa en algún aspecto. Cuando tengamos definido un buen objetivo, trataremos de evaluar los costes y beneficios de solucionar y no solucionar el problema. Los costes y beneficios deberán tener en cuenta nuestros intereses pero también los de otras personas implicadas.

3) Generación de soluciones alternativas: bien, si llegamos a este paso significa que consideramos rentable intentar la solución del problema. Ahora se trata de pensar en distintas formas de resolverlo. Cuantas más soluciones se nos ocurran y más variadas, mejor.

De momento no hay que pensar si son buenas o malas. Hagamos una lista con todas ellas. Después ya seleccionaremos la que nos parezca mejor.

- 4) Toma de decisiones:** en este paso deberemos decidir cuál es la mejor estrategia para vencer al *monstruo*. Para cada solución valoraremos los mismos aspectos puntuándolos del 0 al 10. Finalmente sumaremos las puntuaciones de cada solución y las compararemos entre ellas. La solución que más puntos obtenga será la que pondremos en práctica. A veces la mejor solución es una combinación de varias de ellas. Las puntuaciones a dar pueden seguir el siguiente esquema:

SOLUCION 1

Resolución del problema:

Bienestar emocional a corto plazo (en unas semanas):

Bienestar emocional a largo plazo (meses después):

Tiempo necesario (más puntuación cuanto menos tiempo necesite):

Esfuerzo necesario (más puntuación cuanto menos esfuerzo necesite):

Bienestar de otras personas relacionadas o implicadas en el problema, a corto plazo (las próximas semanas):

Bienestar de otras personas relacionadas o implicadas en el problema, a largo plazo (meses después):

- 5) Puesta en práctica y verificación de la solución:** ya sólo nos queda desarrollar *el plan de ataque* y valorar los resultados. Primero, anticiparemos las posibles dificultades, imaginando que llevamos a cabo la solución. Esto nos dará una idea de si hemos pasado por alto algún aspecto. Después pondremos en marcha la solución.

El último paso será valorar lo cerca o lejos que nos hemos quedado de la meta propuesta. ¿Cuál ha sido el resultado?, ¿hemos logrado el objetivo?

Si la respuesta a las preguntas anteriores es negativa, debemos hacernos otras: ¿qué ha fallado en el proceso?, ¿qué podemos incorporar a la solución?, ¿la solución ha fallado en el planteamiento o en cómo se ha llevado a la práctica? En algunos casos será normal tener que repasar el proceso y retocar las soluciones. Es importante recordar que encontrar soluciones es un proceso de aprendizaje, y como tal requiere de algunos errores que se irán minimizando con la práctica.

Poco a poco, comprobaremos que a menudo el *monstruo* no es tan terrible como lo imaginamos y que, de hecho, crece cuando huimos y se encoge cuando lo afrontamos.

2.1.4. Ansiedad y respiración

La respiración es un proceso de suma importancia en la regulación fisiológica y metabólica del organismo. En los problemas de ansiedad tiene también una incidencia crucial. Hay algunas formas de respiración que pueden agravarla. Es el caso de la hiperventilación, un tipo de respiración rápida, agitada, que da lugar a un exceso de oxigenación y provoca la reducción drástica de los niveles de dióxido de carbono, situación frente a la que el organismo reacciona aumentando las sensaciones de ahogo, opresión en el pecho, calor, mareo, hormigueo, visión borrosa, irrealidad, etc. Pero no es de este tipo de respiración contraproducente de la que vamos a hablar en este capítulo, sino de una modalidad que ayuda a regular la ansiedad: la respiración abdominal.

Las técnicas de relajación, entre ellas y muy particularmente la respiración abdominal, se utilizan para reducir o prevenir la sobreactivación fisiológica producida por la ansiedad y el estrés, aunque por sí solas son insuficientes para un control efectivo del problema. Han de venir acompañadas de una serie de medidas sobre las fuentes de ansiedad, estrategias de afrontamiento, administración de tiempos, recursos, apoyos, preocupaciones, etc. Es importante utilizarlas regular y sistemáticamente, no

sólo cuando los estados de tensión ya son muy elevados. Esto último podría dificultar su aplicación y limitar su potencial eficacia.

Respiración abdominal

Básicamente, existen tres tipos de respiración:

- *La respiración torácica:* el aire entra y sale de los pulmones por efecto de la apertura y cierre de la caja torácica, como si de un fuelle se tratara. Se eleva el pecho cuando respiramos. El aire ocupa la parte alta y media de los pulmones.
- *La respiración abdominal o diafragmática:* el aire entra y sale de los pulmones por efecto del movimiento ascendente y descendente del diafragma, como si del émbolo de una jeringuilla se tratara. El diafragma es un músculo en forma de arco situado donde terminan las costillas. Se eleva la zona del abdomen cuando respiramos. El aire ocupa la parte baja, media y alta de los pulmones.
- *Respiraciones mixtas:* respiraciones combinadas de movimientos torácicos y diafragmáticos, con posible predominio de uno u otro. Se elevan el tórax y el abdomen cuando respiramos de este modo.

La respiración torácica favorece en el organismo efectos metabólicos que propician la activación fisiológica. Es una respiración que se da preferentemente durante el día —periodo en el que el organismo está actuando o listo para interactuar en función de las demandas o exigencias del medio y de sus propias necesidades o intereses— y muy particularmente en situaciones de actividad física, ansiedad y estrés.

La respiración abdominal favorece procesos fisiológicos que propician la desactivación, la recuperación y la reparación del equilibrio homeostático del organismo, alterado por la actividad diaria. Es una respiración que se da preferentemente por la noche y a veces en situaciones de reposo durante el día, tanto más cuanto más entrenado se está en

practicarla. Así pues, ambas respiraciones son conocidas y utilizadas por el organismo de forma automática en función de los procesos fisiológicos que necesita favorecer en diferentes momentos. De hecho, cuando hablamos de aprender a respirar abdominalmente, a lo que nos referimos es a aprender a movilizar voluntariamente el diafragma, para respirar abdominalmente en algunos momentos o situaciones que nos convenga, aprovechando una característica del organismo y de esta respiración que ya se produce bajo determinadas condiciones.

Procedimiento

Algunas recomendaciones generales para aplicar durante el entrenamiento son las siguientes:

- Busque un momento y un lugar donde no vaya a ser interrumpido.
- La primera condición para que el diafragma se mueva es que físicamente pueda hacerlo, es decir, tenga recorrido para poder desplazarse: afloje prendas de ropa o cinturones que puedan apretarle a la altura de la cintura.
- Los primeros días practique la respiración abdominal acostado, con las rodillas elevadas y la planta de los pies apoyada en el suelo, el sofá o la cama. Posteriormente aprenda a hacerla sentado y, más tarde, también de pie. Si practica la técnica sentado, apoye bien la zona lumbar en el respaldo y evite posturas cerradas o inclinarse hacia delante, de otro modo podría obstaculizar el desplazamiento del diafragma.
- Durante los primeros días de aprendizaje, coloque una mano encima de su pecho, y la otra sobre el abdomen. Cuando respire, la mano que debe elevarse es la que está sobre el abdomen, no la que está sobre el pecho (al final de la inspiración podría elevarse muy ligeramente).
- Aprenda a distinguir una respiración de la otra. Saque bien el aire y después trate de tomarlo con la barriga, sin que se eleve ape-

nas nada el pecho. No se preocupe si los primeros días se confunde, no le sale bien, respira peor que si no hiciera nada, o incluso se fatiga un poco. Eso es normal en la primera fase de aprendizaje. Para empezar a aprender, practique en situaciones o momentos de tranquilidad. En términos generales, se recomienda tomar el aire por la nariz y expulsarlo por la boca, aunque también podía hacerse de otra forma, si le resultase más cómodo, por ejemplo, tomándolo y expulsándolo por la nariz.

- Si tiene dificultades para seguir el ritmo, inspire durante tres segundos, haciendo una pequeña pausa y espire durante cinco más. Así llevará una velocidad de entre seis y ocho respiraciones por minuto, que es el ritmo adecuado. Los primeros días, no obstante, le saldrá un ritmo más elevado e irregular. Es normal. Es preferible que los primeros días se centre en aprender el procedimiento de movilización del diafragma, posteriormente ya irá mejorando el ritmo.
- Practique la respiración diafragmática entre tres y cinco veces al día, un tiempo mínimo de cinco minutos cada vez. Esto ha de hacerlo así tanto para aprender el procedimiento como para después utilizarlo. Practique la respiración abdominal regularmente, repartiendo los ejercicios a lo largo del día. No la practique sólo cuando se encuentre tenso.

Consideraciones finales

La respiración abdominal es una técnica de desactivación muy efectiva, y es un procedimiento que está en la base de otras muchas técnicas de relajación. De entre todas ellas, la respiración abdominal es, además, la más discreta: podemos practicarla, sentados o de pie, en presencia o cercanía de otras personas, de forma totalmente desapercibida para ellas. Es además una técnica muy versátil: no requiere para su práctica ningún tipo de aparato, ni ropa especial, ni largos periodos de tiempo disponibles para hacerla. Es fácil encontrar cinco minutos: holguras entre

actividades, tiempos de espera, desplazamientos en transportes públicos, antes de ir a dormir, etc.

2.1.5. Exponerse a los miedos para superarlos

Existen en el idioma castellano dos términos, temeroso y temerario, que teniendo la misma raíz tienen significados diametralmente opuestos. El temeroso es aquél que sobrevalora los riesgos y minusvalora sus propios recursos. Por contra, el temerario sobreestima sus propios recursos y capacidades, y menosprecia los riesgos. En consecuencia, el primero se siente más inseguro de lo que realmente está y tiende a evitar las situaciones; el segundo se siente seguro sin estarlo, y tiende a exponerse más de lo que debiera. Ambos extremos pueden ser poco adaptativos y funcionales.

La exposición a las situaciones temidas no es siempre buena de por sí, ni la evitación mala. En el contexto de este libro, que versa sobre la ansiedad y los miedos excesivos, desproporcionados e incapacitantes, vamos a hablar de la exposición como uno de los procedimientos dirigido a superarlos.

¿Qué es la exposición?

La exposición consiste en exponerse a aquellos estímulos y situaciones que producen ansiedad, miedo, con el objetivo de aprender a controlar esta ansiedad y comprobar que aquello que se teme no ocurre. Estas exposiciones, repetidas, favorecerán la extinción de las reacciones de ansiedad, que van desapareciendo a medida que nos vamos enfrentando a las situaciones temidas. La evitación sistemática de aquellas situaciones a las que tenemos miedo sólo consigue reafirmar el problema de la ansiedad.

En este capítulo explicaremos los principios generales de la exposición para que usted mismo pueda aplicarla de forma correcta. En aquellos casos en que los miedos son muy intensos y forman parte de algún trastorno activo de ansiedad, es altamente recomendable la ayuda de un terapeuta cualificado para ayudarle a aplicar la exposición con una mayor probabilidad de éxito, dentro de un programa general de tratamiento.

Pasos previos a la exposición

a) Construir una jerarquía de situaciones

La esencia de la exposición es aprender a hacer frente a la ansiedad que aparece en determinadas situaciones. Para poder aplicar la exposición, lo primero que se necesita es hacer una lista lo más extensa posible de aquellas situaciones que le producen ansiedad. Piense en todas aquellas situaciones que le producen miedo, aquellas que evita por la angustia que le provocan o por miedo a que le suceda algo malo. También puede pensar en todo aquello que le gustaría hacer pero la ansiedad o el miedo se lo impiden. No olvide tratar de ser lo más concreto posible al citar las situaciones.

Una vez tenga la lista anotada, piense en todas las variables o circunstancias que en una misma situación pueden hacer que los niveles de ansiedad varíen. Por ejemplo, si a usted le da miedo coger el autobús, lo más probable es que ese miedo no sea igual de intenso en función de la hora a la que lo coja, la cantidad de gente en el autobús, la zona por la que circule, sentarse cerca o lejos de una ventana, etc. Si usted lo que tiene es miedo a dar charlas en público, seguro que su ansiedad varía en función de la cantidad de gente ante la que expone, del tema de la charla, de la formalidad de la misma, etc.

Anote todas estas circunstancias que hacen que su ansiedad sea más o menos intensa y dispóngase a ordenar todas las situaciones en función de la ansiedad que le producen. Le puede ayudar pun-

tuarlas de 0 a 10, donde 0 significa ausencia absoluta de ansiedad y 10 es ansiedad máxima. Ordene las situaciones de menor a mayor intensidad de la ansiedad. No se preocupe si le parece una tarea complicada. No hace falta que la ordene en su totalidad, es muy posible que más adelante tenga que modificarla. Mientras tenga una pequeña lista con las cinco o seis situaciones que le producen menos ansiedad podrá empezar a trabajar. Piense que debe empezar con alguna situación que le produzca unos niveles de ansiedad de dos o tres.

Y a tiene entre sus manos la jerarquía de situaciones con la que aplicará la exposición.

b) Registro de las exposiciones

Antes de empezar a exponerse, debe construir un registro de las exposiciones que irá haciendo. Este registro le servirá para:

- Comprobar sus progresos.
- Decidir cuándo debe pasar de una situación a otra.
- Comprobar si lo que piensa que le sucederá durante la exposición ocurre realmente.

El registro puede tener un formato como el siguiente (dibujarlo en una hoja en horizontal):

Fecha	Situación a la que exponerse	Qué creo que va a pasar	Ansiedad máxima	Ansiedad final	Consecuencias experimentadas	Conclusiones

Figura 2.1: Formato de registro de exposición.

Las columnas más oscuras son las que debe completar justo antes de la exposición. Las restantes deberá completarlas al finalizarla, lo más pronto posible.

c) Objetivos de la exposición

Es muy importante que tenga unos objetivos bien definidos y realistas antes de poner en marcha la técnica de la exposición. Es tan importante, que en caso de no ser adecuadas, el procedimiento perdería toda su eficacia.

Los objetivos de cada situación de exposición no deben ser generales. Es decir, tienen que ser lo más concretos posible. No sería una buena descripción de una situación a la que exponerse «ir a dar un paseo por el centro». Una más adecuada sería «dar un paseo por la calle Pelayo un sábado a las 18 h durante 45 minutos». Otro mal ejemplo sería «estar en el andén del metro». Más correcto sería «permanecer en el andén de la parada X a primera hora de la mañana (hora punta) durante 1 h».

En cambio, si pensamos en los objetivos a largo plazo, debe saber que no es un buen objetivo lograr que la ansiedad desaparezca absolutamente. Un objetivo adecuado es controlar o hacer manejable la ansiedad. Quizás logre eliminarla absolutamente con la exposición, pero no es lo más común. No tiene por qué preocuparse. En el peor de los casos, si el procedimiento funciona, su ansiedad será tan baja y sencilla de controlar que a usted no le va a importar lo más mínimo.

d) Justo antes de la exposición

A veces, en aquellos días en que nos encontramos especialmente ansiosos antes de empezar una exposición, puede resultar útil aplicar alguna de las técnicas para reducir la ansiedad comentadas en este libro. Piense que para que sean efectivas debe haber practicado con anterioridad, de manera suficiente como para dominarlas mínimamente.

En el caso de que fuera un día malo para usted (bajo de estado de ánimo, especialmente ansioso/a, malestar,...), es altamente recomen-

dable que no evite las exposiciones. Es posible que no le vayan como desearía, pero seguro que se podrán extraer conclusiones positivas. Si no le va como cree que debiera no se preocupe, no está retrocediendo. Recuerde que es usted quien decide cómo llevar a cabo su progreso, qué ritmo seguir, pero también es cierto que tarde o temprano deberá afrontar las situaciones difíciles, aunque a su alcance.

A tener en cuenta mientras se expone a las situaciones temidas

Existen una serie de aspectos a tener presente cuando se aplica la exposición. Hay que estar especialmente atentos a ellos:

a) Graduación de la intensidad de las exposiciones.

¿Por dónde puede empezar a exponerse? Al hablar sobre cómo debe construir la jerarquía, le hemos avanzado que empezaría a exponerse a situaciones que le produzcan unos niveles de ansiedad valorados con un 2 o con un 3. La razón por la que debe ser así es muy sencilla. La situación será lo suficientemente asequible como para poder afrontarla con éxito.

Debe tener en cuenta que la jerarquía que ha construido no es algo estático. Puede ir reconstruyéndola o reordenando sus elementos a medida que vaya avanzando con las exposiciones. Ya verá que después de varias exposiciones, algunas de las situaciones le parecerán más sencillas. Esto es habitual, puede reordenar la jerarquía o cambiar las puntuaciones de ansiedad. También puede suceder que algo que creía más sencillo no lo sea tanto cuando empiece a trabajarlo. No se preocupe, rediseñe la jerarquía. Lo más probable es que deba hacerlo varias veces y es completamente normal.

b) Tiempo de exposición

Le puede haber surgido alguna duda acerca de la duración de cada exposición. No podemos señalarle una duración estándar, lo que sí

podemos decirle es que debe permanecer en la situación temida hasta que suceda alguno de los casos siguientes:

- La ansiedad se reduzca significativamente.
- Su deseo de escapar de la situación ha disminuido notablemente.

El tiempo mínimo recomendable serían 45 minutos, para dar un margen de tiempo suficiente a que se reduzca la ansiedad.

En el caso de que transcurridos estos 45 minutos su ansiedad no se haya reducido mucho, no se preocupe. Intente permanecer un mínimo de unos 15 minutos más y dé por finalizada la exposición. Intente analizar lo que ha sucedido para preparar mejor la siguiente exposición. Pense también que aunque su ansiedad no haya disminuido tanto como para dar por finalizada la exposición antes de este tiempo, lo más importante es haber permanecido en la situación sin escapar (o escapando y volviendo lo antes posible, como se explica en el siguiente punto).

Existen una serie de excepciones a esta regla, que harán que el tiempo de exposición sea distinto al mencionado. En el caso de que usted tenga problemas con las relaciones sociales o su miedo se produzca en situaciones en las que sea difícil permanecer tanto tiempo exponiéndose (como por ejemplo en un ascensor en movimiento), deberá exponerse múltiples veces consecutivas. Es decir, exponerse de manera continua, una y otra vez a dichas situaciones. Tantas veces como sea necesario para que se reduzca la ansiedad siguiendo los criterios anteriormente citados.

c) Posibilidad de escapar de la exposición

Quizás se llegue a encontrar en el caso de que la ansiedad que está experimentando durante la exposición sea excesiva y que no puede soportarla. Quizás piense en huir de la situación para poder aliviar su malestar. Debe saber entonces que no es recomendable escapar de la situación. Pero debe saber también que, si realmente usted

siente la necesidad de escapar de la situación, puede hacerlo siempre y cuando vuelva a exponerse a ella inmediatamente, cuando su ansiedad se lo vuelva a permitir. Si lo hace de esta forma, no debe preocuparse, no estará haciendo nada mal.

d) Frecuencia de las exposiciones

¿Cada cuánto tiempo debe usted aplicar la técnica de la exposición? Esta cuestión es muy sencilla de resolver: mejorará más cuánto más se exponga a las situaciones temidas. La frecuencia óptima para lograr unos resultados buenos y duraderos es exponerse un día sí y otro no, de manera alternativa (y si es posible, a diario). Intente seguir una frecuencia alta de exposiciones, ya que cuánto más dure el proceso de vencer sus miedos, más posibilidades existen de que usted se canse y lo abandone, de manera que se quede con su problema sin solucionar.

e) Pasar de una situación a la siguiente en la jerarquía

Algo que todavía no le hemos explicado es cuándo pasar de una situación de la jerarquía a la siguiente. En general, para poder pasar a la siguiente situación en su jerarquía, debe haber realizado al menos dos exposiciones consecutivas en las que su ansiedad se haya reducido significativamente.

A medida que usted avance en el proceso será perfectamente capaz de discernir cuándo necesitará más o menos práctica para cada situación y elegir cuándo pasar a otra.

f) Implicación emocional en la exposición

Debe aprender a diferenciar las sensaciones de ansiedad que experimenta y las consecuencias catastróficas que usted cree que tendrán. Por ejemplo, la sensación de ritmo cardíaco acelerado *versus* la creencia de que se corre el riesgo de padecer un paro cardíaco, o la sensación de respiración dificultosa *versus* la creencia de que puede ahogarse. Normalmente aparecerán juntas, o una llevará a la otra, pero usted debe aprender a diferenciarlas.

Usted debe mantener un mínimo de atención a aquello que experimenta mientras se está exponiendo. Si usted no es mínimamente consciente de las sensaciones de ansiedad que experimenta, y sobre todo, de las consecuencias catastróficas a las que teme por culpa de estas sensaciones, no sacará suficiente provecho de una de las grandes ventajas de la exposición: comprobar que dichas consecuencias catastróficas nunca suceden.

g) Conductas defensivas

Las conductas defensivas o de seguridad son todas aquellas que usted puede realizar para prevenir la ocurrencia de consecuencias negativas cuando se está exponiendo: llevar encima amuletos o medicamentos, sentarse siempre en un determinado lugar en los transportes públicos o en una localización concreta en otras situaciones, pensar que se está en otro sitio, tranquilizarse pensando en planes de escape o elegir las situaciones a las que exponerse en función de algún elemento que le tranquilice (estar cerca de casa, cerca de un hospital) caminar siempre cerca de la pared, no ir nunca a solas por alguna zona, distraerse contando mentalmente, cantando, etc. Algunas de ellas pueden interferir en mayor medida en la eficacia de la exposición, como por ejemplo tomar alcohol o ansiolíticos de manera no controlados por su médico.

Los ejemplos pueden ser interminables y lo que usted debe saber es que el uso de cualquier conducta defensiva haría que le fuera más fácil *dominar* estas situaciones, en el momento, pero lo que estará logrando es disminuir considerablemente la eficacia de la exposición a medio plazo. Este tipo de medidas defensivas o de seguridad han de irse suprimiendo progresivamente, a medida que avanzamos en el programa de exposición.

Después de la exposición

Acabe de rellenar su autorregistro y revise todo lo que ha anotado. Primero analice si ha sido muy concreto a la hora de describir las situa-

ciones, sensaciones y los temores, sobre lo que le daba miedo que le pudiera ocurrir. Luego analice si su ansiedad durante la exposición ha sido la esperada, así como si han ocurrido las consecuencias que usted temía o si han sido tan intensas o catastróficas como se imaginaba.

Si algo no ha funcionado como esperaba, intente analizar el porqué. Quizás hoy estaba especialmente ansioso antes de la exposición. ¿Ha aplicado alguna técnica de relajación? ¿Ha permanecido el tiempo suficiente en la situación? ¿Ha escapado de ella? Si lo ha hecho, ¿ha vuelto a exponerse inmediatamente cuando la ansiedad ha vuelto a bajar? ¿Ha aplicado alguna conducta defensiva? ¿Ha intentado distraerse de sus pensamientos catastróficos sobre lo que le podía suceder? ¿Se ha expuesto verdaderamente a una situación que le producía ansiedad? ¿Está intentando exponerse a situaciones que realmente le proporcionen mucha ansiedad, tanta como usted cree que puede tolerar?

Cuando se lleva a cabo la autoexposición es especialmente importante que pueda ejercer una tarea crítica sobre su trabajo. Piense que en último término es usted quien está diseñando los pasos que debe dar para tratar su problema.

Un pequeño ejercicio que puede resultarle muy útil es intentar escribir una o dos líneas en el autorregistro al finalizar la exposición, donde usted refleje la conclusión que ha extraído de la exposición que ha realizado. Intente, sobre todo, que estas conclusiones hagan referencia a las consecuencias que usted temía que le sucedieran antes de la exposición. Vaya repasando las conclusiones a medida que vaya avanzando en la jerarquía de situaciones.

Finalmente, un aspecto muy importante es premiarse cada vez que haya logrado permanecer el tiempo establecido en la situación durante la exposición. Fíjese en la diferencia entre premiarse por este motivo y premiarse por haber reducido la ansiedad. Debe premiarse si ha logrado permanecer los 45 o 60 minutos exponiéndose, independientemente

de los niveles de ansiedad que haya experimentado. La razón es que se estará premiando por haber hecho lo más complicado del tratamiento. Que los niveles de ansiedad disminuyan, más tarde o más temprano sucederá. Y usted habrá hecho bien lo más complicado: aguantar. Si está dudando cómo premiarse, piense que no hace falta comprarse nada, utilice como premio cualquier actividad que le resulte placentera: un paseo por el parque o la playa, una pequeña excursión por su barrio favorito, tomarse un helado en su heladería favorita, llamar por teléfono a esa persona que hace tiempo que no llama, etc. Si se quiere comprar algo, evidentemente que también puede. Pero piense que lo más probable es que tenga que premiarse muy a menudo! No olvide felicitarse y elogiarse.

Tampoco debe olvidar algo muy importante: a medida que vaya superando las situaciones de su jerarquía, debe ir incorporándolas a su vida cotidiana. Una vez las haya superado no debe abandonarlas.

Prevención de contratiempos

Casi todo el mundo que empieza a aplicar la exposición, experimenta grandes avances en sus primeras situaciones. Esto es muy normal y un motivo para estar contento. Le reforzará la autoestima y le animará a continuar progresando. Reducirá las posibilidades de abandono. Pero debe saber una cosa: no siempre será así, tarde o temprano tendrá dificultades. Su progreso no será lineal, tendrá altibajos. Habrá días que experimentará más ansiedad de la que esperaba experimentar. Quizás pase por pequeñas fases que le hagan pensar que los avances que había realizado se han perdido. Es posible que en algún momento deba volver atrás en la jerarquía de situaciones a las que exponerse.

No debe preocuparse en ninguno de los casos anteriores. Lo que le está sucediendo le sucede a todo el mundo que utiliza la exposición. No le va a gustar que le suceda, pero crea que es algo positivo. Será posi-

tivo porque los momentos difíciles le van a permitir aprender cómo superarlos.

Piense también que incluso cuando haya superado el problema, existe la probabilidad de que en algún momento en su vida vuelva a experimentar alguna dificultad como las que ha superado. No por ello usted habrá recaído. Habrá sufrido un contratiempo de lo más normal. Debe pensar que usted ya domina aquellas estrategias que debe aplicar para solucionarlo y ponerse manos a la obra para impedir que el problema vaya a más.

2.1.6. Ejercicio físico y ansiedad

Desde diversas instituciones relacionadas con el ejercicio físico y la salud se insiste en los beneficios que éste tiene para nuestro organismo y en la necesidad de que actividades de este tipo formen parte de nuestros hábitos cotidianos. El ejercicio físico mejora el funcionamiento de diferentes sistemas corporales: el sistema cardiovascular, locomotor, metabólico, endocrino y nervioso. Así, por ejemplo, se han descrito sus beneficios en enfermedades como la hipertensión, el asma, la osteoporosis, la diabetes mellitus tipo II y los problemas renales. Previene la enfermedad coronaria, la obesidad, las lesiones lumbares y hernias de disco y ayuda a reducir la probabilidad de padecer algunos cánceres (cáncer de colon, de mama, etc.). Por otro lado, está implicado en la regulación de diferentes funciones corporales (sueño, apetito, sexualidad).

Los efectos del ejercicio físico a nivel psicológico han sido menos estudiados. Sin embargo, se sabe que la práctica regular de ejercicio físico contribuye a mejorar nuestro estado de ánimo y a aumentar la sensación de bienestar. En los últimos años han aparecido trabajos que relacionan el ejercicio físico con la ansiedad y la depresión, sugiriendo que podría ser un procedimiento natural adecuado para contribuir a la

prevención y tratamiento de estas enfermedades. En este capítulo se abordará principalmente la relación entre la práctica de ejercicio físico y la ansiedad y cuáles son los mecanismos que intentan explicar esta asociación.

Mecanismos psicológicos y biológicos asociados al ejercicio físico

Los mecanismos que podrían estar implicados en la relación entre ejercicio y ansiedad son principalmente biológicos y psicológicos. En la actualidad no se conocen con total precisión los mecanismos que explicarían esta relación. Probablemente, el ejercicio físico actuaría reduciendo los niveles de ansiedad a través de varios (y no sólo uno) de estos mecanismos.

■ ***Mecanismos psicológicos***

El ejercicio físico regular mejora el estado de ánimo. Diversos estudios han demostrado que facilita el manejo de emociones negativas como la ira y la rabia. Por otro lado, ayuda a mejorar la calidad del sueño.

Las personas que realizan ejercicio físico consiguen evadirse de sus preocupaciones o problemas durante la actividad. En este sentido, el ejercicio actuaría como una eficaz estrategia de distracción de pensamientos negativos. Mejora la sensación de fortaleza, de seguridad y de control sobre uno mismo y sobre el medio. Muchas personas con depresión o ansiedad se sienten inseguras ante sus problemas y dudan de su capacidad para afrontarlos. Realizar ejercicio físico no sólo puede ayudar a mejorar el estado de ánimo y olvidar por un rato los problemas, puede ser una prueba de que la persona es capaz de plantearse y cumplir un objetivo. Si conseguimos ir al gimnasio tres veces en semana, o dar un paseo de media hora cada tarde, estamos haciendo algo

para sentirnos mejor, estamos intentando cambiar las cosas. Conseguir estos objetivos, por pequeños que sean, nos puede animar a intentar conseguir los siguientes. En este sentido, el ejercicio físico ayuda a mejorar nuestra sensación de autoeficacia.

La práctica de ejercicio físico puede mejorar la autoestima. Los cambios en el cuerpo pueden mejorar nuestra imagen corporal y hacer que nos sintamos mejor con nuestro físico. Por otro lado, también puede aumentar el sentimiento de mayor dominio en habilidades y capacidad física (Gutiérrez Calvo, Espino, Palenzuela y Jiménez Sosa, 1997).

Finalmente, la práctica de ejercicio físico puede ser una buena oportunidad de conocer y establecer relaciones con otras personas. Tener relaciones sociales puede ayudar en nuestro proceso de cambio, sirviéndonos de apoyo social, de distracción de nuestros problemas, de refuerzo, etc.

■ *Mecanismos biológicos*

El ejercicio físico mejora la regulación del sistema cardiovascular y respiratorio incidiendo sobre el Sistema Nervioso Autónomo (SNA). Esta mejora podría incrementar la habilidad de nuestro organismo para modular nuestra reacción ante las demandas del medio. En un estudio realizado por Mussgay, Schmidt, Morad y Rüddel (2003) se apreció una disminución importante de la presión sanguínea y frecuencia cardíaca, en situación de estrés, mediante la práctica regular de ejercicio aeróbico. Los autores concluyen que la práctica de ejercicio podría mejorar el funcionamiento del SNA.

El ejercicio físico estimula el sistema inmunológico, ya que facilita la eliminación de sustancias nocivas del organismo y propicia la regeneración del mismo. También favorece el incremento del número de

linfocitos (glóbulos blancos) disminuyendo el riesgo de aparición de enfermedades.

La práctica de ejercicio físico produce a largo plazo un incremento de los niveles de *noradrenalina* implicada en la respuesta del organismo al estrés, y de *serotonina*. El aumento de los niveles de *serotonina* a nivel cerebral puede contribuir a mejorar nuestro estado de ánimo y a reducir la ansiedad. Como se ha comentado en otros capítulos, los fármacos que inhiben la recaptación de este neurotransmisor (actúan aumentando el efecto de la *serotonina* en el cerebro) reducen la sintomatología ansiosa y depresiva y son eficaces en prácticamente todos los trastornos de ansiedad. El ejercicio físico estimularía de forma natural la producción de este neurotransmisor. Asimismo, también está implicado en la reducción del niveles de cortisol, hormona que participa en la respuesta del organismo al estrés.

El ejercicio físico estimula la glándula pituitaria, para la producción de *endorfinas*. Las endorfinas son neurotransmisores que pertenecen al sistema opiáceo, implicado en la regulación del dolor y la sensación de bienestar. La estimulación natural de este sistema mediante el ejercicio físico puede provocar analgesia (menor sensación de dolor) y mejorar el estado de ánimo por sus efectos euforizantes y relajantes. Por este motivo se aconseja también practicar ejercicio físico a las personas que padezcan enfermedades que cursen con dolor: artritis, fibromialgia, etc.

¿Cuánto ejercicio físico es necesario?

Como norma general, se puede concluir que cualquier tipo de actividad física, por pequeña y corta que sea, resulta beneficiosa para nuestra salud. Existen muchos trabajos que han examinado cuánto ejercicio físico es necesario para observar cambios importantes en los niveles de ansiedad. Si bien los datos no son concluyentes, la Sociedad Internacional de Psicología del Deporte (1992) recomienda:

- Que las personas practiquen actividad física *vigorosa* de forma regular.
- Que realicen más de una actividad, practicando tanto ejercicios de tipo aeróbico (nadar, correr, ir en bici) como anaeróbico (pesas, flexiones, estiramientos...).

Es importante remarcar, a este respecto, que los estudios revisados consideran que el ejercicio físico de tipo aeróbico resulta más beneficioso en la reducción de la ansiedad que el anaeróbico.

Las actividades físicas elegidas deben ser agradables y placenteras, es el modo de conseguir que se practiquen de forma habitual.

Practicar ejercicio de intensidad entre moderada y elevada tres veces a la semana durante 20-30 minutos puede reducir el nivel de ansiedad. 20-30 minutos de ejercicio moderado puede suponer, por ejemplo, ir caminando de forma rápida hasta el lugar de trabajo, o bajarse una parada antes del autobús y realizar a pie el último tramo de nuestro recorrido. Esta actividad, que podría convertirse en una práctica habitual y saludable para nuestro organismo, se puede complementar con un partido de baloncesto semanal con los amigos, o con una visita al gimnasio un par de veces a la semana, o con una tabla de ejercicios en casa mientras escuchamos nuestra música favorita. La idea principal que se pretende transmitir con estos ejemplos es que el ejercicio físico debe formar parte de nuestra vida cotidiana, y para ello nada mejor que intentar adaptarlo a nuestras necesidades y costumbres. Sólo de este modo conseguiremos practicarlo de forma regular.

Una última recomendación: es importante que las personas que padezcan algún problema físico consulten con su médico acerca del ejercicio más adecuado.

2.1.7. Alimentación y ansiedad

Lo que comemos tiene efectos directos sobre cómo nos sentimos física y emocionalmente. Antes de entrar a analizar cuáles son esos efectos cabe hacer dos observaciones importantes. Primero, muchos de los procesos y consecuencias que describiremos en este capítulo repercuten indirectamente sobre la ansiedad, no como relaciones simples de causa-efecto. Segundo, al hablar de nutrición no podemos utilizar términos absolutos; todos los alimentos de los que vamos a hablar se pueden consumir en las cantidades adecuadas. Ingerirlos puntualmente no supone un peligro puesto que no son *venenos*. Lo importante es mantener dietas equilibradas y variadas, y conocer cómo puede afectarnos el consumo abusivo de algunos productos.

Una parte de la ansiedad que experimentamos puede ser debida al consumo de distintos estimulantes y a deficiencias en vitaminas o minerales concretos.

Conviene limitar el consumo de:

- *Grasas, vísceras y charcutería.* Modere el consumo de comidas ricas en grasas saturadas: mantequilla, queso, leche entera, helados, cremas, grasa de la carne, bollería industrial, aceite de palma.... El consumo excesivo de grasas puede favorecer la obesidad y elevar los niveles de colesterol, poniendo bajo un esfuerzo innecesario al sistema cardiovascular, lo que además puede intensificar alguna de las manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad.
- *Estimulantes (café, té, refrescos con cafeína, extractos de guaraná, ginseng) y alcohol.* Algunos alimentos o bebidas que acompañan la comida pueden llevar sustancias que estimulan el sistema nervioso y sobreactivan al organismo, lo que puede provocar ansiedad, nerviosismo e insomnio, por ejemplo. Al mismo tiempo reducen la disponibilidad de

vitaminas y minerales en nuestro cuerpo. El estimulante de consumo más frecuente es la cafeína, presente en el café, en algunas bebidas de cola, y algunas de las llamadas *energizantes*. No se recomienda tomar más de 100 miligramos/día de cafeína. Esto equivale a una taza de café o dos bebidas de cola. Si hay problemas de ansiedad, mejor pasarse al café descafeinado, refrescos sin cafeína o infusiones sin estimulantes. La teína, presente en el té, tiene también efectos estimulantes. El alcohol, si bien en la fase inicial inmediatamente posterior al consumo tiene un efecto desinhibidor, que lleva a algunas personas a pensar que es un euforizante, lo cierto es que se trata de un depresor del sistema nervioso, que puede alterar negativamente el estado de ánimo, y en las personas propensas, inducir, como *efecto rebote*, manifestaciones de ansiedad horas después de su consumo.

- *Sales y azúcar.* La sal disminuye las reservas de potasio de nuestro cuerpo, un mineral muy importante para el funcionamiento apropiado del sistema nervioso. La sal puede aumentar la presión sanguínea, poniendo a prueba nuestro corazón y arterias. Se recomienda no exceder un gramo de sal por día. El azúcar no contiene nutrientes esenciales, suministra una fuerte dosis de energía inmediata para el cuerpo, que a veces puede ser excesiva e innecesaria. Evite siempre que pueda aquellas comidas hechas a base de azúcares refinados. No caiga, sin embargo, en el error de sustituir ese azúcar por edulcorantes artificiales, ya que también pueden provocar ansiedad y otros problemas de salud si se consumen en exceso.
- *Aditivos y otros productos artificiales.* Existen muchos aditivos químicos utilizados en el procesamiento de comida industrial. No se conocen bien aún sus efectos sobre el organismo a largo plazo. Son productos que nuestro cuerpo procesa con más dificultad. El procesamiento industrial sustrae muchos nutrientes y vitaminas de los alimentos; es mejor minimizar el consumo de comida rápida, sabores artificiales, aditivos químicos. Mención especial merece el *Glutamato de Monosodio (MSG)*, un aditivo artificial que se usa para realzar sabores,

frecuentemente usado para cocinar en restaurantes, especialmente en comida china. Puede tener un fuerte efecto irritativo sobre el sistema nervioso llegando a producir, en casos extremos, dolores de cabeza, hormigueo, entumecimiento y dolor en el pecho. Se ha de tener especial cuidado en el consumo de carnes procedentes de animales que pudieran haber sido alimentados con hormonas para promover un engorde y crecimiento rápidos; así con productos vegetales en cuyo cultivo se hubieran utilizados pesticidas. Se trata de productos muy tóxicos.

Incrementar el consumo de:

- Leche, yogures y otras leches fermentadas, productos lácteos no excesivamente grasos o dulces y quesos.
- Carnes (preferir las menos grasas), pescado, huevos y derivados.
- Cereales, patatas y legumbres, especialmente derivados integrales; muesli o cereales de desayuno integrales. Algunos de estos alimentos son ricos en hidratos de carbono. Forman parte de las materias primas que necesita el organismo para la obtención de energía. Es una opción más saludable que utilizar comidas ricas en azúcares como helados o chocolate.
- Verduras y hortalizas y frutas. Tienen un destacable valor nutritivo, aportan minerales y vitaminas imprescindibles y son fáciles de digerir. Favorecen la absorción *del triptófano*, precursor de la *serotonina*, un neurotransmisor que regula el estado de ánimo y la ansiedad. Frutas, vegetales y cereales integrales son una excelente fuente de fibra. La ansiedad puede provocar distintos problemas digestivos, entre ellos malestar intestinal y estreñimiento. Una mayor ingesta de fibra ayudará a un mejor tránsito intestinal. Si puede elegir, tome frutas enteras en vez de zumos.
- Agua, agua mineral con gas, zumos, jugos de hortalizas, infusiones no estimulantes, frutos secos, aceites de oliva y semillas.

Nutrientes específicos

Hay algunos nutrientes específicos que pueden ayudar a nuestro organismo a manejarse mejor en situaciones de ansiedad.

■ *Calcio*

Es necesario para mantener un balance electrolítico, para la contracción muscular, transmisión nerviosa, regulación de la división celular, secreción hormonal y formación de hueso y dientes. Algunas investigaciones indican que el calcio podría ayudar a bajar la presión sanguínea. Un déficit puede provocar: agitación, depresión, palpitaciones, insomnio, irritabilidad. El calcio se encuentra en todos los productos lácteos y derivados, la soja, el tofu; las hortalizas de hojas verdes como el brécol o los nabos también son buenas fuentes de calcio.

■ *Ácido alfa-linoléico (familia Omega 3)*

Algunos estudios indican que una carencia de ácido alfa-linoléico podría facilitar la aparición de ataques de pánico. Se encuentra principalmente en el pescado (especialmente en el atún y el salmón), pero también se encuentra en cantidades importantes en el aceite de linaza, en las semillas de mostaza, en pipas de calabaza, en la soja, nueces,... además cada vez nos encontramos con más productos en el mercado enriquecidos con ácidos de la familia Omega 3.

■ *Magnesio*

Facilita con la relajación muscular, el mantenimiento del músculo cardíaco, la transmisión neuromuscular y el ensanchamiento de los vasos sanguíneos. Un déficit de magnesio puede provocar: agitación, ansiedad, confusión, manos y pies fríos, depresión, insomnio, inquietud. Alimentos ricos en magnesio: espinacas, aguacates, pipas de calabaza y de girasol, ostras, almendras...

■ Familia de la vitamina B

La vitamina B nos ayuda a obtener energía actuando con enzimas para convertir nutrientes complejos como los carbohidratos en unidades energéticas más simples. Es importante para el funcionamiento normal del sistema nervioso y son de ayuda tanto para poder relajarse como para conseguir la energía necesaria diariamente. Un déficit de vitamina B puede provocar: fatiga, irritabilidad, nerviosismo, depresión, insomnio, pérdida de apetito... En la siguiente tabla se resumen las funciones principales de cada una y los alimentos en los que se encuentran en mayor concentración:

Tabla 2.1: Funciones de la vitamina B y dónde se encuentra.

	Nombre alternativo	Función en relación a la ansiedad	Alimentos que la contienen
B1	Tiamina	Facilita la síntesis de neurotransmisores, promueve el funcionamiento adecuado de las fibras nerviosas, y también colabora en la obtención de energía de los carbohidratos.	Pasta, cereales (especialmente germen de trigo), panes enriquecidos, carnes magras (especialmente cerdo), pescado, arroz y en la soja
B2	Riboflavina	Permite convertir otras vitaminas del complejo a sus formas útiles para que puedan realizar su función. Además refuerza indirectamente el sistema inmune.	Carne magra, huevos, legumbres, setas, nueces, verduras, leche y sus derivados
B3	Niacina	Ayuda a obtener energía de los carbohidratos, controlar el azúcar en sangre, y mantener un funcionamiento adecuado del sistema nervioso.	Productos lácteos, aves, pescado, carne magra y huevos
B5	Ácido pantoténico	Ayuda a producir hormonas del estrés en periodos de malestar emocional, depresión o ansiedad, así como en otros periodos en los que se nos exige un esfuerzo extra como en la fatiga crónica o cuando tratamos de dejar el tabaco.	Huevos, pescado, leche y sus derivados, cereales integrales, legumbres, levadura, brécol, patata, boniato, carne magra,...

(Continuación)

	Nombre alternativo	Función en relación a la ansiedad	Alimentos que la contienen
B6	Triptófano	Ayuda al cuerpo a fabricar neurotransmisores como la serotonina imprescindibles para poder manejar la ansiedad. También ayuda a reforzar el sistema inmunológico durante periodos de ansiedad. Las personas con deficiencia de vitamina B , frecuentemente experimentan una fuerte tensión interna, ansiedad y fobias.	Nueces, legumbres, huevos, carne, pescado, granos integrales, y panes y cereales enriquecidos.
B8	Biotina	Colabora en la metabolización de proteínas, grasas y carbohidratos de la comida. Es importante porque juega un papel especial en ayudar al cuerpo a usar la glucosa y promueve el equilibrio general junto con las otras vitaminas del complejo.	Coliflor, cacahuetes, huevos y queso.
B9	Ácido fólico	Podría ayudar en la superación de depresiones, que a menudo están asociadas con ansiedad.	Hortalizas (especialmente espárragos), soja, legumbres, verduras (especialmente espinacas), frutas (naranjas y aguacates)...
B12	Cobalamina	Es imprescindible para que otras vitaminas del complejo puedan ejercer su función. Refuerza el sistema nervioso y ayuda al cuerpo a convertir la comida en energía. Se ha visto que puede mejorar la eficacia de los antidepresivos.	Huevos, carne, aves, mariscos y leche y sus derivados.

Complementos nutricionales y otros

Los estados de ansiedad implican un gran desgaste físico y mental, y por tanto puede ser recomendable la toma de ciertos suplementos de vitaminas y minerales, siempre bajo la supervisión o asesoramiento de

un especialista. Hay que ser, sin embargo, muy cautos puesto que algunos complejos vitamínicos que se anuncian como indicados en estados carenciales incluyen en su fórmula sustancias excitantes como ginseng o guaraná, que pueden justamente provocar o agravar un cuadro de ansiedad.

Por otro lado, las bebidas que conocemos como *energéticas* suelen contener estimulantes como la cafeína y la taurina, o los ya comentados extractos de ginseng o guaraná, por lo que resultan tan poco recomendables como el café o el té.

¿Cómo comer?

El estrés y la ansiedad pueden agravarse no sólo por lo que se come, sino también por la forma en que se hace. Es aconsejable:

- No comer demasiado rápido o mientras anda; comer sentado en la mesa y plato por plato, sin mezclarlos.
- Masticar la comida por lo menos 15 o 20 veces por bocado.
- No comer demasiado o hasta el punto de sentirse hinchado.
- Ingerir cantidades moderadas de líquido durante la comida; beber demasiado puede diluir los ácidos estomacales y las enzimas digestivas (entre uno y dos vasos de agua por comida es suficiente).
- Realizar varias comidas al día, entre tres y cinco, que no sean copiosas.
- Repartir las comidas regularmente a lo largo del día, para evitar descensos bruscos en el nivel de glucosa en sangre.
- Planificar y respetar los horarios de comida; es mejor tener pensados también los menús para poder comprar y preparar lo que necesitemos con tiempo.
- Empezar el día con un buen desayuno ayudará a evitar el descenso de azúcar en sangre (hipoglucemia) que suele producirse

a media mañana y que puede provocar nerviosismo e irritabilidad.

- Utilizar preferiblemente las formas de cocción menos grasas: planchas, parrillas, asados, microondas y cocciones en agua.
- Moderar los fritos, rebozados, empanados, guisos y estofados.

Respetar estos hábitos le ayudará a digerir y asimilar adecuadamente la comida, favorecerá la absorción de nutrientes y le evitará molestias digestivas e intestinales. Coma bien. Es importante tener una dieta variada que asegure el consumo todos los nutrientes esenciales necesarios para mantenerse sano. Una nutrición equilibrada es fundamental para mantener una salud general, pero también para poder manejar mejor nuestra ansiedad y regular el estado de ánimo.

2.1.8. Sueño y ansiedad

Las presiones a las que nos vemos sometidos por horarios de trabajo, las exigencias domésticas, y la forma en que administramos nuestro tiempo de ocio, hacen que a menudo releguemos el sueño a un papel secundario y que estemos dispuestos a sacrificarlo para disponer de más horas al día. Por si fuera poco, cuando pasamos una temporada con más preocupaciones, a menudo nos resulta más difícil conciliar el sueño, o es menos reparador. La ansiedad o el estrés son causa común de pesadillas que también afectan negativamente a nuestro descanso: en el 60% de los casos, las pesadillas están precedidas de un suceso angustioso o preocupante. La ansiedad facilita los estados de alerta y vigilancia, tiende a mantenernos despiertos. Así pues, la vigilia es inherente a la ansiedad por su propia naturaleza.

Acabamos de describir brevemente qué efectos puede tener la ansiedad sobre el sueño. En este capítulo, no obstante, vamos a analizar esta relación, pero en sentido inverso: cómo puede una mala calidad de sueño generar ansiedad.

¿Qué es el sueño?

Durante mucho tiempo se ha tendido a pensar que el sueño es una actividad completamente pasiva. Al observar a una persona durmiendo los niveles de actividad percibidos son prácticamente nulos: algún movimiento de acomodación, una respiración lenta,... por lo que deducimos que debe ser un estado prácticamente de hibernación.

Sin embargo, mientras dormimos nuestro metabolismo se mantiene en plena actividad realizando una serie de funciones específicas del sueño e imprescindibles para la supervivencia.

Durante el sueño pasamos normalmente por cinco fases distintas: las fases 1, 2, 3, 4 y REM (*Rapid Eye Movement*). Estas fases son consecutivas. Empiezan por la fase 1 y van pasando a las siguientes hasta llegar a la fase REM, después de la cual vuelve a empezar en la fase 1. Aproximadamente el 50% del tiempo que dormimos lo pasamos en la fase 2, un 20% en la REM y el 30% restante repartido entre las fases 1, 3 y 4. La proporción de sueño REM va disminuyendo a medida que nos hacemos mayores; cuando somos bebés dedicamos la mitad de nuestro sueño a esta fase.

Las cinco fases corresponden a los siguientes estados:

- Fase 1 - somnolencia
- Fase 2 - sueño ligero
- Fase 3 - sueño profundo
- Fase 4 - sueño profundo de ondas lentas
- Fase 5 - movimientos oculares rápidos, o REM

En la primera fase aún somos muy sensibles a estímulos externos que puedan despertarnos; los ojos se mueven lentamente y la actividad muscular va disminuyendo. En la fase 2 los ojos se detienen. En las fases 3 y

4 el sueño es profundo y somos mucho más resistentes a estímulos externos que puedan despertarnos; la inactividad muscular también se acerca a sus cotas máximas. Finalmente, en la fase REM la musculatura queda completamente inmóvil de forma temporal a excepción de los globos oculares; los ojos empiezan a moverse rápidamente y la tensión arterial sube. Se considera que el sueño REM está profundamente relacionado con el aprendizaje y la memoria, ya que durante esta fase se estimulan intensamente zonas del cerebro encargadas de estas funciones. Se piensa que eso es así porque durante ésta fase se incrementa mucho la síntesis de proteínas relacionadas con la consolidación de la memoria y se reduce el ritmo al que se van destruyendo.

■ *¿Cuánto necesitamos dormir?*

La necesidad de horas de sueño como muchos otros aspectos de nuestras vidas depende de cada persona y puede verse alterado por la edad, el nivel de actividad durante la vigilia, la salud,... Cuando somos bebés necesitamos muchas horas de sueño, más de la mitad del día, sobre unas 16 horas. A medida que vamos creciendo esa necesidad va disminuyendo hasta una media en la adultez de 7 u 8 horas. Sin embargo, podemos encontrarnos con gente adulta que le baste con 5 horas de sueño al día o con otros que necesiten 10. Parece que estas diferencias pueden ser debidas a distintos ritmos en los procesos metabólicos que deben completarse durante el sueño.

■ *¿Qué puede ocurrir si no dormimos?*

Dormir es necesario para sobrevivir. Aunque hay todavía muchos aspectos desconocidos del sueño, es una evidencia que forma parte de aquellas operaciones que nuestro organismo necesita realizar para poder seguir funcionando. Privar a nuestro cuerpo de esa función conllevará entonces, inevitablemente, perjuicios para nuestra salud.

Se ha demostrado que una mala calidad de sueño, o arrastrar un déficit de sueño (dormir menos horas de las que necesitamos) indefinidamente, puede afectar seriamente a la capacidad del organismo para realizar funciones metabólicas básicas tales como almacenar carbohidratos o regular la secreción hormonal.

En una investigación se disminuyeron a cuatro las horas de sueño diarias de las que disponían los sujetos. En menos de una semana se observaron resultados, en analíticas de sangre, comparables a las que se obtienen a consecuencia del envejecimiento o a estadios iniciales de diabetes. Cuando los pacientes recuperaban sus horas normales de sueño, los valores iban recuperando sus niveles habituales.

Asimismo, se ha comprobado en distintos estudios que la falta de sueño tiene también importantes efectos en nuestras capacidades cognitivas (memoria, concentración, procesamiento de información,...) o de alerta. Reducir nuestro sueño en tan solo una hora y media durante una sola noche puede reducir nuestra capacidad de alerta hasta un 32%.

Cuando se prolonga un estado de privación del sueño puede aparecer irritabilidad, hostilidad y cambios de humor bruscos; en casos extremos de privación total de sueño por periodos muy prolongados pueden llegar a producirse alucinaciones.

Algunas fases del sueño son necesarias para la regeneración neuronal de la corteza cerebral (hablamos siempre de regeneración neuronal como recuperación, reposo o reparación, no de génesis de nuevas neuronas, pues algunos de estos aspectos están actualmente bajo debate científico), mientras que otras fases parecen estar relacionadas con la generación de nuevas conexiones entre células nerviosas. Buena parte de la regeneración de tejidos del cuerpo se realiza mientras dormimos. No dar tiempo para que se produzca de forma adecuada tendrá efectos perniciosos en cada uno de ellos (desde una piel con aspecto poco saludable hasta una mayor muerte neuronal).

Se ha observado también que el déficit de sueño acarrea un debilitamiento de nuestro sistema inmunitario: no sólo disminuyen la cantidad de glóbulos blancos en sangre sino que además los que quedan muestran menos actividad. En estudios con ratas, éstas no sobreviven más de tres semanas sin dormir, debido generalmente al gran debilitamiento de sus defensas.

A largo plazo, la falta de sueño puede provocar:

- Presión sanguínea elevada.
- Problemas cardíacos.
- Inmunodeficiencia.
- Disfunciones del sistema nervioso.
- Problemas hormonales.
- Obesidad.
- Problemas de ansiedad y estado de ánimo.
- Bajo rendimiento intelectual.
- Retraso en el crecimiento fetal e infantil.
- Baja calidad de vida.

Sueño, ansiedad y estado de ánimo

Después de todo lo que hemos dicho, resulta evidente que una falta de sueño o un sueño de mala calidad va a tener efectos sobre nuestra ansiedad. Sin el descanso necesario se provocan una serie de reacciones en cadena que directa o indirectamente afectan de forma drástica a nuestra ansiedad y estado de ánimo, entrando a menudo en un círculo vicioso difícil de romper. Si no atendemos a tiempo estos aspectos podemos llegar a desarrollar cuadros más graves de ansiedad y depresión.

El estrés se define como el esfuerzo que debe realizar un organismo para adaptarse a los requerimientos del entorno. Así pues, alguien que

esté sufriendo síntomas de déficit de sueño tendrá que realizar mayores esfuerzos, y por lo tanto experimentará mayor estrés. Si añadimos los cambios a nivel fisiológico de los que ya hemos hablado, el resultado puede conllevar problemas a corto plazo en cómo nos sentimos: podemos experimentar irritabilidad y mal humor, tanto con uno mismo como con los demás, y probablemente vamos a tener menos control emocional y de impulsos.

El control de impulsos, el razonamiento y la atención están muy relacionados con una zona del cerebro llamada corteza prefrontal, que se regenera especialmente durante la primera fase del sueño, por lo que breves siestas nos pueden permitir sentirnos mejor en esos aspectos durante un tiempo.

Sin un sueño reparador nuestro cerebro se deteriora, y consecuentemente, todas nuestras facultades se verán afectadas.

Higiene del sueño

Siga estos sencillos consejos. Le ayudarán a mejorar la calidad del sueño y a combatir los efectos negativos que hemos referido a lo largo del capítulo:

- Márquese un horario: vaya a la cama cada noche y levántese cada mañana siempre a la misma hora. Ajuste su horario a sus necesidades de actividad y de sueño, normalmente con planificar ocho horas para dormir es suficiente. Los llamados *ritmos circadianos* son patrones que determinan el nivel de activación de nuestro cuerpo en ciclos de 24 horas aproximadamente, son nuestro reloj biológico diario, tener horarios caóticos perjudica su regulación. Dormir hasta más tarde los fines de semana hace más complicado levantarse el lunes porque desplaza su ciclo de sueño-vigilia, se recomienda no exceder un margen de media hora o cuarenta y cinco minutos. Aunque un día

vaya a dormir más tarde de lo planificado manténgase fiel a su horario, al día siguiente le resultará más sencillo conciliar el sueño.

- Distraerse es bueno: antes de ir a la cama es bueno dedicar por lo menos un par de horas a distraerse, realizar alguna actividad agradable y relajada que nos permita dejar los problemas del trabajo apartados.
- Haga ejercicio entre 20 y 30 minutos al día, pero nunca en las tres o cuatro horas anteriores al momento de meterse en la cama. Podría sobreactivarse y dificultar así la conciliación del sueño.
- Evite la cafeína, la nicotina y el alcohol: la cafeína le mantendrá despierto; la nicotina tiende a provocar un sueño más superficial y provoca despertares más frecuentes por la abstinencia; y el alcohol le va a privar de fases de sueño profundo y REM, dejándole en las fases más superficiales.
- Relájese antes de acostarse: Un baño caliente, leer, o alguna otra rutina que le resulte agradable puede facilitar la conciliación del sueño. Otra opción es aprender técnicas de relajación, respiración o meditación que le ayuden a inducir un estado de somnolencia. Crear rituales antes de acostarse puede hacer que su cuerpo asocie esas actividades con el prepararse para dormir.
- La cama debe ser para dormir: hay que enseñar al cuerpo que cuando nos metemos en la cama es para dormir; para ayudar a realizar éste aprendizaje es útil ir a la cama sólo cuando ya tengamos sueño, no antes. No debemos realizar otras actividades en ella (a excepción del sexo). Ver la tele, hablar por teléfono, trabajar en la cama van a dificultar la asociación entre el sitio y su función. Si quiere leer en la cama, que sean textos sencillos y relajantes.
- Duerma hasta que haya luz natural: si es posible, levántese cuando el sol ya ha salido. La luz del sol ayuda a sincronizar el reloj biológico de nuestro cuerpo. Se recomienda exponerse a una hora de luz solar a aquellas personas que tienen problemas para dormir.
- No se quede despierto en la cama: si no se puede dormir, levántese, no se quede dando tumbos y revolviéndose; haga otra cosa

como leer, ver la tele o escuchar música hasta que le venga el sueño; no realice actividades estimulantes como hacer deporte o conectarse a Internet, debe ser algo pasivo. La ansiedad que genera el sentirse incapaz de dormir contribuye al insomnio.

- No realice comidas copiosas antes de acostarse: una comida abundante antes de irse a la cama puede interferir en la conciliación del sueño y en la calidad del descanso. Ingerir mucho líquido también puede ser problemático puesto que implicará despertares en medio de la noche para ir al baño. Una cena suave y la ingesta de leche u otros productos que contengan triptófano (pavo, pollo, queso, pescado, huevos, tofu,...) puede ayudar a conciliar el sueño. En general evite acostarse con la digestión a medias, pero tampoco vaya a la cama con sensación de estómago vacío. Debe dejar transcurrir hora y media o dos horas entre el fin de la cena y la hora de acostarse.
- Controle las condiciones del contexto: mantenga una temperatura confortable en el dormitorio. Las temperaturas elevadas o demasiado bajas pueden interrumpir el sueño o dificultar que se concilie. Mientras duerme, la habitación debe permanecer a oscuras y sin ruidos, cierre las ventanas, persianas y/o cortinas para facilitar que eso sea así. La cama y almohada deben estar en buen estado y ser cómodas. Para dormir utilice prendas cómodas, que no le molesten ni aprieten.
- Los fármacos para dormir pueden ayudar a conciliar y mantener el sueño en casos graves, sin embargo nunca debe tomarlos sin prescripción y control médico.
- Si tiene problemas de sueño que no consigue resolver, consulte a un especialista: si no duerme bien o a pesar de dormir suficientes horas se siente cansado al día siguiente, pida ayuda.

2.1.9. Consumo de drogas y ansiedad

Numerosos trabajos ponen de manifiesto la importante relación existente entre el uso y el abuso de algunas sustancias y la presencia de

problemas de ansiedad. Sin embargo, es difícil establecer cuál es el papel específico que juega el consumo de cada sustancia en el inicio, mantenimiento o empeoramiento del problema. Esto se debe a varios motivos: en primer lugar, la mayoría de las sustancias suelen consumirse en asociación a otras (por ejemplo, el alcohol y el tabaco, se habla entonces de policonsumo). En segundo lugar, se considera que en muchas ocasiones el comienzo del problema de ansiedad podría ser anterior al uso de la sustancia, o simplemente coincidir en el tiempo. Finalmente, los problemas de ansiedad y estado de ánimo suelen ir asociados a otros trastornos (comorbilidad), por lo que es complicado establecer la relación específica entre la sustancia y cada problema en particular.

Por otro lado, los efectos del consumo de una droga sobre el organismo pueden ser distintos en cada persona. No todas las personas que han consumido alguna sustancia desarrollan los mismos problemas. La adicción a las drogas se origina probablemente por una combinación de factores ambientales y genéticos. Varios estudios familiares, de adopción y de gemelos, apoyan la vulnerabilidad genética a la adicción. Sin embargo, es difícil saber qué gen o genes están implicados de forma específica en la dependencia a cada droga. Como se comentaba en otro capítulo, es la combinación de diversos genes, más que la contribución específica de uno de ellos, lo que conduce a una mayor o menor probabilidad de padecer un trastorno por abuso de sustancias.

En este capítulo se abordará la relación entre la ansiedad y sustancias como el alcohol, el café y el tabaco, conocidas como drogas legales, así como su asociación con drogas ilegales, como el cannabis, la cocaína, las anfetaminas, las drogas de síntesis, los alucinógenos, los inhalantes y los opiáceos. Se señala finalmente la relación entre ansiedad y barbitúricos, tranquilizantes e hipnóticos.

La relación entre ansiedad y drogas se puede establecer a dos niveles: el consumo de la sustancia como factor de riesgo de desarrollar un problema de ansiedad (causa) y como consecuencia de padecerlo (efec-

to). El consumo regular y prolongado de una sustancia puede conducir a la aparición de diversas patologías. Por otro lado, el consumo de la mayoría de sustancias que aquí se describen está asociado a contextos lúdico-festivos. Las personas toman esa droga porque quieren divertirse, se sienten más eufóricos, más sociables y desinhibidos. Es posible que algunas personas no sean capaces de disfrutar e interactuar a nivel social si no consumen alguna sustancia (por ejemplo, el alcohol), o tengan dificultades para afrontar sus problemas cotidianos o exigencias diarias si no es gracias a alguna de ellas (por ejemplo, a los tranquilizantes o, en otros casos, a la cocaína). En estas situaciones diremos que el consumo de sustancias es un efecto o consecuencia de problemas previos (por ejemplo, de una excesiva timidez).

Uso, abuso y dependencia de sustancias

Se habla de *uso* de una sustancia cuando su consumo es ocasional y no interfiere en ningún ámbito de la vida de una persona (social, laboral, familiar, etc.). Según la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, DSM-IV-TR, 2000), se habla de *abuso* cuando el consumo de una o más sustancias conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos y se observan uno o más de los siguientes síntomas durante un periodo mínimo de 12 meses:

- Consumo repetido de la/s sustancia/s, que implica el incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.
- Consumo repetido de la sustancia en situaciones en que es peligroso hacerlo (por ejemplo, conduciendo un vehículo).
- Problemas legales relacionados con la sustancia.
- Consumo continuado de la sustancia a pesar de los problemas sociales o interpersonales que éste ha causado o exacerbado.

La *dependencia* se produce como consecuencia de repetidos abusos. Según la APA, para diagnosticar la dependencia de una sustancia se

debe observar un deterioro o malestar clínicamente significativo y se deben cumplir uno o más de los criterios que aparecen a continuación durante un periodo mínimo de 12 meses:

- Necesidad de consumir cada vez una cantidad mayor de la sustancia para conseguir los mismos efectos que antes (tolerancia) o bien el efecto de la misma cantidad de sustancia disminuye claramente tras su consumo continuado (habituación).
- Abstinencia: la supresión o cese de la toma de la sustancia provoca malestar y una serie de síntomas (específicos en cada droga). En muchos casos, se consume la misma sustancia o una similar para aliviar o evitar dichos síntomas.
- La sustancia se toma en mayor cantidad o por un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o dejar de consumir esa sustancia.
- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención y/o el consumo de la sustancia o en la recuperación de sus efectos.
- Reducción de actividades sociales, laborales o recreativas a pesar de tener conciencia de problemas físicos o psicológicos causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

■ *Tabaco*

La nicotina es la principal sustancia psicoactiva del tabaco. Esta sustancia tiene un efecto muy importante sobre el sistema nervioso central (SNC) y periférico (SNP). Se absorbe rápidamente y llega en pocos segundos al cerebro atravesando la barrera hematoencefálica con facilidad. Su poder adictivo es muy importante, especialmente debido a estos factores: produce múltiples efectos placenteros (mejora la concentración, el estado de ánimo, disminuye la agresividad); el efecto de una inhalación de esta sustancia es muy rápido (la nicotina tarda menos de diez

segundos en llegar al cerebro); la ingestión de nicotina se produce muchas veces al día (depende del número de cigarrillos que se consuma) y se asocia a muchas situaciones (Becoña, 2004).

Aunque el tabaco es una droga estimulante, la mayoría de los fumadores fuman para relajarse. De hecho, fumar un cigarrillo calma la ansiedad provocada por su falta en las situaciones asociadas al consumo. Se considera que el tabaco es una potente herramienta psicológica que se suele utilizar para reducir el estrés o manejar mejor un estado de ánimo negativo, para afrontar una situación problemática, para controlar el peso, etc. (Becoña, 2003). Por otro lado, se trata, hasta la fecha, de una sustancia comúnmente aceptada por la sociedad, potenciada durante mucho tiempo desde los medios de comunicación y con una percepción de riesgo o peligrosidad por parte de la población escasa. Es posible que esta situación esté cambiando a raíz de la entrada en vigor de las *normativas antitabaco*.

Se puede hablar de dependencia y de abstinencia de nicotina. Estos síntomas aparecen al cabo de unas pocas horas (2-12 horas) y pueden durar un promedio de cuatro semanas o más tiempo. La interrupción o reducción de la cantidad de nicotina puede provocar disforia o estado de ánimo deprimido, insomnio, irritabilidad, frustración o ira, ansiedad, dificultad de concentración, nerviosismo o aumento del apetito y/o el peso, entre otros.

Las consecuencias del consumo continuado de tabaco en la salud lo convierte en uno de los principales problemas de salud pública en la actualidad. Fumar constituye un poderoso factor de riesgo de padecer cáncer, enfermedades cardiovasculares y respiratorias.

El consumo de tabaco se ha visto asociado a diferentes problemas psicológicos, entre ellos el estrés y la ansiedad. Se considera que muchas personas no afrontan de forma efectiva sus problemas cotidianos, recurriendo al consumo de tabaco para aliviar la ansiedad que estos generan.

De hecho, muchas personas recaen en el consumo de tabaco cuando deben afrontar situaciones conflictivas. Otros estudios han asociado el tabaco con una mayor incidencia de ataques de pánico, particularmente en pacientes más sensibles a los efectos de la nicotina.

■ *Cafeína*

El café es muy probablemente una de las bebidas más consumidas en los países desarrollados, ha pasado a formar parte de los hábitos alimentarios de la gran mayoría de las personas y constituye *una buena inyección de energía por la mañana*. De hecho, su principal componente, la cafeína, tiene propiedades estimulantes.

La cafeína se encuentra en el café, en el té, en los refrescos de cola, en muchas bebidas gaseosas y energéticas, y en productos derivados del chocolate. También es un ingrediente común en medicamentos que se recetan para contrarrestar la fatiga, tratar la migraña y otros tipos de cefalea.

Se trata de una sustancia que atraviesa la barrera hematoencefálica con mucha facilidad. Su efecto dura entre dos y seis horas. A dosis bajas o moderadas (por ejemplo entre la mitad de una taza y tres tazas de café instantáneo) proporciona energía, estado de alerta, motivación y concentración. Sin embargo, a dosis elevadas puede provocar inquietud, nerviosismo, excitación, insomnio, diarrea, taquicardia y sudoración, entre otros. Algunas personas que consumen grandes cantidades de cafeína pueden desarrollar dependencia y presentan tolerancia y quizás abstinencia.

No está claro qué cantidad de cafeína es necesaria para hablar de dependencia e incluso para determinar el grado en que su consumo puede provocar efectos perjudiciales. Algunos trabajos consideran que el consumo de café es elevado si es igual o superior a cuatro tazas

(300-400 mg de cafeína) diarias. En la Tabla 2.2 se puede observar la cantidad de cafeína que contienen algunas sustancias de consumo habitual, como el chocolate, el té o el café.

Tabla 2.2: Contenido de cafeína en productos de consumo habitual.

Productos habituales	Dosis de cafeína (en mg)
Chocolate con leche (100 g)	20
Café espresso, taza de 30 ml	40
Infusión de té, taza de 235 ml	50
Coca-Cola, botella de medio litro	57
Red Bull, una lata	80
Aspirina, dos comprimidos	100
Café filtrado, taza de 355 ml	200

(Fuente: T.R. Reid, National Geographic, 2005)

Se considera que el uso prolongado y de cantidades elevadas de esta sustancia puede provocar complicaciones físicas a diferentes niveles. Los principales efectos del consumo abusivo y prolongado de la cafeína sobre el organismo son:

- Úlceras gástricas.
- Incremento en el nivel del colesterol.
- Alteraciones del sueño.
- Disfunciones cardíacas (hipertensión arterial y arritmias).
- Aparición de ciertos tipos de cáncer asociados a los alquitranes del café.
- Migrañas.

Por otro lado, el consumo de café y de otras bebidas estimulantes puede causar alteraciones en el estado de ánimo y está contraindicado en personas que padecen ansiedad, ya que podría potenciar la aparición de los síntomas. Asimismo, puede intensificar los síntomas del síndrome

premenstrual, de los trastornos del humor e incluso de cuadros psicóticos ya presentes.

Tras el cese brusco de consumo de café o de otras bebidas que contienen cafeína, una persona puede experimentar un síndrome de abstinencia que puede durar incluso varios días. Los síntomas varían en severidad según la persona, pero generalmente incluyen dolor de cabeza, fatiga, somnolencia, apatía, irritabilidad y nerviosismo.

■ *Alcohol*

El alcohol es sin duda la droga más consumida por la población, en todos los grupos de edad y en ambos sexos. Su uso aparece asociado a contextos lúdicos y festivos y forma parte de los hábitos alimentarios diarios de muchas personas. El consumo de alcohol, especialmente entre los jóvenes, sigue siendo un tema de candente actualidad y de preocupación a nivel de salud pública. Su consumo se ha convertido en un componente esencial de las noches de fin de semana, constituye una de las principales causas de los accidentes de tráfico, y tiene consecuencias muy graves a nivel físico, psicológico y social si se utiliza de forma abusiva. Pese a ello, existe una importante tolerancia social respecto al uso de esta sustancia. Se trata de una droga percibida como poco peligrosa, siendo frecuente la banalización de su consumo (Sánchez Pardo, 2002b).

El alcohol es un depresor del Sistema Nervioso Central. La sensación inicial tras su consumo es de euforia, alegría y desinhibición, calma la ansiedad y el dolor. Sin embargo, le sigue un estado de somnolencia con visión borrosa, incoordinación muscular, lentitud de reflejos, vértigo y visión doble, pérdida de equilibrio y lenguaje farfullante.

En la Tabla 2.3 se señalan los principales efectos agudos (a corto plazo) y crónicos (a largo plazo) del consumo excesivo de alcohol en la salud.

Tabla 2.3: Principales efectos del consumo excesivo de alcohol.**1. Efectos agudos:**

- a) *A nivel físico:* acidez de estómago, vómitos, diarrea, descenso de la temperatura corporal, sed, dolor de cabeza, deshidratación; la intoxicación etílica aguda (borrachera) puede implicar depresión respiratoria, coma (coma etílico) y ocasionalmente la muerte.
- b) *Efectos psicológicos:* falsa sensación de seguridad en sí mismo, percepción irreal del riesgo, alteraciones en la coordinación, la visión y el tiempo de reacción (efectos asociados a la realización de conductas temerarias o de riesgo).

2. Efectos crónicos:

- a) *A nivel físico:* alteraciones neurológicas (síndrome de Wernicke-Korsakoff, entre otros), gastrointestinales (cirrosis, hepatitis, etc.), cardiovasculares (arritmias, hipertensión), respiratorias, endocrinas y metabólicas (diabetes, por ejemplo), así como complicaciones en el sistema reproductivo, musculoesquelético, en la sangre y durante el embarazo y el parto.
- b) *Efectos psicológicos:* tolerancia y dependencia del alcohol; síndrome de abstinencia (puede cursar con inquietud, nerviosismo y gran ansiedad, calambres musculares, temblores, náuseas, vómitos, irritabilidad, insomnio e incluso crisis epilépticas), «*delirium tremens*» (estado confusional, delirios y alucinaciones).
- c) *Efectos a nivel social:* problemas a nivel familiar (pérdida de responsabilidad, maltrato, violencia familiar), en las relaciones interpersonales (agresividad, beligerancia, delitos) y a nivel laboral (absentismo, inestabilidad).

El alcoholismo se puede asociar a trastornos afectivos (depresión, manía), trastornos de ansiedad, trastornos de la personalidad (especialmente personalidad antisocial) y esquizofrenia, y al abuso o dependencia de otras sustancias (principalmente cocaína, opiáceos y benzodiacepinas) (Casas y Guardia, 2002). La asociación o comorbilidad con otros problemas psicológicos empeora el pronóstico del alcoholismo: se observan más recaídas, más complicaciones psicosociales y un mayor riesgo de suicidio.

La intoxicación o la abstinencia de alcohol podría conducir a la presencia de determinados síntomas o trastornos psiquiátricos que reciben

el nombre de *trastornos inducidos por el alcohol*, según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV-TR, APA, 2000).

-Entre ellos, destacan:

- *Trastorno del estado de ánimo*: se considera que los estados depresivos inducidos tras el consumo prolongado de alcohol pueden ser graves pero transitorios.
- *Trastornos de ansiedad*: el consumo prolongado de alcohol podría inducir estos trastornos en personas con cierta vulnerabilidad, ante la presencia de acontecimientos estresantes o por episodios repetidos de abstinencia.

Se considera que muchos de los problemas psicológicos que se asocian al alcoholismo son previos al inicio del consumo de alcohol. Los trastornos de ansiedad podrían aparecer antes que los problemas de alcohol. Se ha señalado que entre un 23 y un 70% de los pacientes con problemas de alcoholismo presentan también problemas de ansiedad. Por otro lado, del 20% al 45% de los pacientes con trastornos de ansiedad presentan elevados consumos de alcohol. Entre los trastornos de ansiedad que aparecen asociados con mayor frecuencia al alcoholismo se encuentran la agorafobia (con o sin trastorno de pánico), la ansiedad generalizada, la fobia social y las fobias específicas (Casas y Guardia, 2002).

Los pacientes con problemas psiquiátricos podrían beber para reducir los síntomas de ansiedad o *evadirse* de sus problemas y para mitigar un estado de ánimo deprimido. En el caso de las personas con fobia social, por ejemplo, el consumo de alcohol y la desinhibición consecuente puede facilitar su comportamiento en situaciones sociales. En el caso de personas con agorafobia o ataques de pánico, el consumo de alcohol puede calmar la ansiedad que experimentan en esas situaciones. Sin embargo, el uso continuado del alcohol puede agravar estados de ánimo negativos y aumentar precisamente esos síntomas de ansiedad que los pacientes pretendían mitigar con su consumo.

■ *Cannabis*

El cannabis, conocido también como marihuana (haciendo referencia a las hojas de la planta) o hachís (si se consume su resina) es, después del tabaco y el alcohol, la droga cuyo uso está más extendido en España y en la mayoría de los países occidentales. Las tasas de consumo experimental y regular de esta sustancia han ido incrementándose en los últimos años. Su consumo es especialmente elevado entre los más jóvenes, que se inician en él cada vez a edades más tempranas: la edad promedio de inicio en el consumo se sitúa entre los 14 y 15 años. Cada vez son más numerosos los estudios que consideran que el cannabis es una droga de *acceso o puerta de entrada* al consumo de otras drogas más *fuertes*, como las anfetaminas, los alucinógenos o la cocaína (Vázquez y Becoña, 2000). Por otro lado, los estudios que examinan la percepción de riesgo o de peligrosidad asociada a esta droga señalan que la mayoría de las personas consideran al cannabis poco peligrosa, y por tanto, de bajo riesgo.

La vía de administración más usual y extendida del cannabis es la fumada. Las sustancias psicoactivas del cannabis, los cannabinoides, son absorbidas por los bronquios, pasan a la sangre y atraviesan la barrera hematoencefálica muy fácilmente debido a su gran liposolubilidad. Los cannabinoides actúan sobre diversos receptores del SNC. Sus efectos suelen durar de una a cuatro horas después de su consumo.

Se puede considerar que el efecto de esta sustancia en las personas es principalmente depresor, si bien los efectos agudos más conocidos de esta droga son un estado de euforia y bienestar, aumento de la sociabilidad y desinhibición, aumento de la percepción sensorial, analgesia y relajación. Tras el consumo de un *porro*, una persona se siente más animada, relajada y desinhibida. Debido a estos efectos, su consumo se suele asociar a situaciones sociales. Por otro lado, sus propiedades relajantes lo relacionan con estados de ansiedad y de depresión. En la Tabla 2.4 aparecen los principales efectos agudos y crónicos del consumo de cannabis (Quiroga, 2000).

Tabla 2.4: Efectos del cannabis sobre el organismo.

Efectos agudos:

- *Efectos conductuales y psicológicos:* alteración de la percepción sensorial, enlentecimiento de los procesos de pensamiento y dificultades de concentración y de memoria; confusión, lagunas, lenguaje monótono; dificultades para el manejo de máquinas complejas (su consumo se asocia a un mayor riesgo de accidentes de tráfico, laborales, etc.).
- *Efectos físicos:* efectos perjudiciales sobre el sistema respiratorio, el sistema cardiovascular, el aparato digestivo, hipotermia, sequedad de boca, sed y aumento del apetito.

Efectos crónicos:

- *Físicos:* problemas en el sistema respiratorio, reproductor, cardiovascular endocrino, menor actividad del sistema inmunitario y efectos perjudiciales en el desarrollo del feto.
- *Psicológicos:* alteraciones en los procesos de atención, memoria y aprendizaje. Puede producir dependencia y su interrupción un síndrome de abstinencia. El consumo prolongado a dosis elevadas puede conducir a un estado de pasividad e indiferencia conocido por «síndrome amotivacional».

El uso prolongado de esta sustancia y, en ocasiones, el uso puntual por parte de sujetos con cierta predisposición, puede provocar episodios breves de ansiedad, pánico, tristeza o depresión. En otras ocasiones las personas presentan alucinaciones (especialmente visuales) o delirios. Estos síntomas aparecen por periodos breves de tiempo y suelen desaparecer al cabo de pocas horas o pocos días.

El consumo prolongado del cannabis puede provocar un síndrome de dependencia, similar al producido por otras drogas, y su interrupción conducir a un síndrome de abstinencia caracterizado por ansiedad, depresión, irritabilidad, alteraciones del sueño y disminución del apetito.

Como se ha comentado anteriormente, el efecto inmediato del cannabis es euforizante y relajante. El consumo de esta sustancia se ha asociado a problemas de ansiedad principalmente por sus propiedades relajantes.

La desinhibición asociada a esta sustancia permite al sujeto desprenderse de sus miedos y complejos mientras dura su efecto. El enlentecimiento psicomotor y atencional permiten *bajar la guardia* a personas que constantemente se encuentran sobreactivadas e hipervigilantes a cuanto acontece a su alrededor. Sin embargo, la aparición de episodios breves de pánico o ansiedad, o la taquicardia que suele acompañar al consumo, pueden hacer desaparecer estos efectos *deseables*.

Las personas que presentan un bajo estado de ánimo pueden verse *atraídas* por esta sustancia elicitadora de bienestar, euforia, una sonrisa fácil y un aumento de la sociabilidad. Sin embargo, el consumo continuado de esta droga en personas con depresión puede incrementar las dificultades atencionales, enlentecimiento psicomotor y deterioro laboral y social característicos de este trastorno.

■ *Cocaína*

La cocaína es un estimulante del Sistema Nervioso Central que provoca sensación de euforia, bienestar, aumenta la comunicación verbal, la sociabilidad y disminuye la sensación de fatiga o sueño. Se consume asociada a contextos de ocio, donde el objetivo principal es la búsqueda de placer y diversión y aumentar la energía, y en el ámbito laboral para aumentar el rendimiento. El uso de cocaína aumenta la comunicación y disminuye la inhibición en situaciones sociales. Es muy probable que personas con ciertas dificultades para establecer relaciones sociales o moverse con comodidad en ambientes de ocio y diversión hagan uso de esta droga para superar sus limitaciones. En otros casos, algunas personas consumirían esta sustancia para mejorar su estado de ánimo y podrían recurrir a ella cuando se sienten desanimados tras algún acontecimiento negativo (problemas laborales, personales).

La cocaína se asocia al consumo de otras sustancias como el alcohol, el tabaco, el cannabis y otros estimulantes. La vía de administración

más frecuente es la esnifada, aunque algunos también la consumen fumada combinada con tabaco o marihuana, o mezclada con heroína. Un número elevado de consumidores de heroína también utilizan la cocaína por vía intravenosa o fumada (crack).

En la Tabla 2.5 aparecen los principales efectos agudos y crónicos del consumo de cocaína (Balcells, 2001; Llopis, 2001).

Tabla 2.5: Efectos de la cocaína sobre el organismo.

Efectos agudos:

- *Efectos conductuales y psicológicos:* euforia inicial, aumento de la comunicación verbal, inquietud psicomotora, aumento de la sensación de seguridad en uno mismo; puede provocar irritabilidad, impulsividad y agresividad, alteraciones senso-perceptivas (alucinaciones visuales o táctiles).
- *Efectos físicos:* taquicardia, alteraciones de la tensión arterial, sudoración, escalofríos, náuseas o vómitos, disminución de la fatiga, el sueño y el apetito, efectos anestésicos a nivel local, midriasis (mirada 'cristalina') y sequedad de boca.

Efectos crónicos:

- *Físicos:* alteraciones cardiovasculares, alteraciones neurológicas, complicaciones respiratorias y gastrointestinales, cefaleas, lesiones locales de la mucosa nasal.
- *Psicológicos:* depresión, crisis de angustia, irritabilidad y agotamiento general, déficits de atención y memoria, compulsiones, alteraciones del deseo sexual, intentos de suicidio, inhibición y retraimiento social, rumiación del pensamiento; se ha asociado a trastornos psicóticos (paranoia y esquizofrenia) y al trastorno bipolar; el consumo prolongado de esta sustancia puede derivar en un problema de dependencia, y su interrupción provocar un síndrome de abstinencia.

El consumo prolongado de cocaína puede generar tolerancia a la droga y dependencia. Los sujetos con dependencia suelen gastar mucho dinero en un espacio breve de tiempo e implicarse en robos o solicitar anticipos para comprar la droga. Frecuentemente aparecen alteraciones en el funcionamiento a nivel familiar, social o laboral. El síndrome de abs-

tinencia se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, apatía, fatiga, pesadillas, insomnio o hipersomnia, aumento del apetito e intranquilidad, acompañados de un deseo irresistible de consumir nuevamente la droga.

El consumo de cocaína se ha asociado a depresión y ansiedad. Aunque puede ser complicado diferenciar si el trastorno afectivo es previo o una consecuencia del uso de la droga, la mayoría de estudios apuntan a que la depresión aparece después de iniciar el consumo de cocaína. Otros trabajos señalan que el consumo de esta droga exacerbaría el estado de ánimo deprimido previo, aumentando, tras el consumo, la intensidad de los síntomas. Su uso, puntual o reiterado, también puede provocar ansiedad. El sujeto puede experimentar intranquilidad (especialmente tras la interrupción del consumo) y crisis de angustia.

■ *Drogas de síntesis*

En este apartado se hablará de drogas de diseño o de síntesis, a veces llamadas también recreativas, como el MDMA (éxtasis), MDA o *píldora del amor*, MDEA o *Eva*, del GHB o éxtasis líquido, la ketamina.

Estas sustancias se consideran facilitadoras de la sociabilidad, por lo que se consumen principalmente en contextos de ocio y diversión. Como se ha indicado, su consumo está aumentando entre los más jóvenes, se asocia a salidas nocturnas de fin de semana, se suele dar en discotecas, pubs, bares o fiestas, y se relaciona frecuentemente con el consumo de otras sustancias psicoactivas como el alcohol, el tabaco, el cannabis y la cocaína (Plan Nacional Sobre Drogas, 2002). El nivel de riesgo percibido ante el consumo de éxtasis y de alucinógenos es bastante elevado, si bien es menor entre los hombres que entre las mujeres y en los jóvenes en comparación con los adultos.

El consumo de drogas de síntesis provoca cambios en la conducta, como euforia y desinhibición. Disminuye la sensación de hambre y cansancio,

puede mejorar la capacidad de concentración e incrementar la actividad física. Algunas de ellas puede provocar efectos alucinógenos breves. Asimismo, a alguna de estas sustancias se le ha atribuido un efecto afrodisíaco, aunque los estudios científicos no han confirmado este hecho.

En los últimos años han aumentado los trabajos que relacionan el consumo de estas sustancias con problemas psicológicos, alteraciones físicas, accidentes de tráfico y aumento de conductas de riesgo. En la Tabla 2.6 se señalan los principales problemas agudos asociados al uso de drogas de síntesis que se han descrito hasta el momento (Bobes y Sáiz, 2003; Plan Nacional Sobre Drogas, 2002).

Tabla 2.6: Problemas agudos asociados al consumo de drogas de síntesis.

Físicos:

- Anfetaminas y éxtasis: sobreestimulación del SN simpático, sequedad de boca, sudoración, sofocos (*golpes de calor*) o una mayor sensibilidad al frío, pupilas dilatadas, visión borrosa y percepción distorsionada de los colores, tensión muscular, entumecimiento, aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial, agitación o palpitaciones, vómitos o pérdida del apetito y de energía, alteraciones a nivel hepático (ictericia, hepatitis), posibles complicaciones a nivel cardiovascular (accidentes cerebrovasculares, edemas cerebrales o convulsiones).
- LSD: sus efectos son principalmente emocionales y perceptivos, por lo que la aparición de complicaciones físicas es muy poco frecuente.

Psicológicos:

- Anfetaminas y éxtasis: en algunos casos alucinaciones, ansiedad, agresividad, paranoia, verborrea, alteraciones del sueño o de la conciencia y convulsiones.
- LSD: pueden aparecer crisis psicóticas o ataques de pánico.

Sociales:

- Conducir bajo sus efectos puede aumentar el riesgo de tener un accidente de tráfico. Estas sustancias disminuyen la capacidad de concentración, los reflejos y la visibilidad, aumentan el tiempo de reacción y pueden alterar la percepción y valoración del riesgo.

Entre los problemas crónicos, además de daños a nivel cerebral, el consumo de estas sustancias se ha visto asociado a problemas cognitivos a corto plazo, como déficits en la memoria, la atención y el aprendizaje. Su consumo continuado puede generar dependencia y síndrome de abstinencia. En el caso de los derivados anfetamínicos, el síndrome de abstinencia puede cursar con estado de ánimo deprimido, fatiga, pesadillas, alteraciones del sueño, aumento del apetito y alteraciones motoras (enlentecimiento o agitación). El consumo de estas sustancias puede conducir a trastornos del estado de ánimo o ansiedad.

La revisión de numerosos casos clínicos sugiere que el uso prolongado de MDMA, quizás una de las drogas recreativas más estudiadas, puede asociarse a trastornos psiquiátricos como psicosis, trastornos de pánico, despersonalización, depresión y *flashbacks*. La presencia de estos problemas persiste tras el cese del consumo de esta sustancia. Se considera que un consumo regular puede alterar el funcionamiento de un neurotransmisor, la *serotonina*, implicada en la regulación del humor, la ansiedad, la impulsividad y agresividad, la actividad sexual, la ingesta, el sueño y el dolor, entre otros. Sin embargo, el policonsumo asociado al uso de estas drogas hace difícil asegurar que el MDMA sea el precursor o la causa principal de estos trastornos psiquiátricos. La predisposición genética a padecer alguno de estos problemas, unida a la presencia de trastornos psicológicos previos, puede incrementar la probabilidad de presentar alguno de estos trastornos tras el uso continuado de MDMA.

■ *Opiáceos*

Los opiáceos más conocidos son el opio, la morfina, la heroína y la metadona. Se trata de sustancias con una potente acción depresora y analgésica sobre el sistema nervioso central. La heroína es, sin duda, el opiáceo más consumido como droga de abuso. La principal vía de admi-

nistración sigue siendo la endovenosa, si bien está incrementando el número de consumidores que la toman esnifada o fumada debido al peligro de transmisión del SIDA y porque prevalece el concepto erróneo de que estas formas de empleo son más seguras.

Tras el consumo de heroína y durante un intervalo de 2-3 horas, el sujeto percibe una sensación de intenso placer (*flash*) y euforia seguida de apatía y somnolencia. En el aspecto físico, los efectos inmediatos de la ingestión de heroína son sequedad de boca, disminución del tamaño de la pupila, enlentecimiento de la respiración, estreñimiento y disminución de la temperatura corporal. En los usuarios de esta sustancia es muy habitual el policonsumo: la mayoría de ellos también usan cocaína, tabaco, cannabis o ansiolíticos, entre otras sustancias.

Las consecuencias del consumo prolongado de heroína sobre el organismo dependen del tiempo de consumo de la droga, de la vía de administración y dosis, de los hábitos higiénicos utilizados y del estilo de vida.

La heroína tiene un elevado poder adictivo, por lo que su consumo puede generar, en un periodo breve de tiempo, dependencia y tolerancia. Durante el síndrome de abstinencia de esta droga puede aparecer tristeza, irritabilidad, náuseas o vómitos, dolores musculares, temblores y convulsiones, lagrimeo, dilatación de las pupilas, sudoración, diarrea, bostezos, fiebre e insomnio. Su consumo continuado suele comportar un gran deterioro del funcionamiento de la persona a nivel familiar, social (ruptura de relaciones interpersonales, problemas con la justicia), laboral y económico (desempleo, problemas económicos). Debido a todas estas consecuencias, es frecuente que los consumidores de heroína presenten asociados problemas del estado de ánimo. Por otro lado, también se han descrito alteraciones de la memoria y la atención, estados confusionales, delirium y trastornos psicóticos inducidos por el consumo de esta sustancia.

■ *Inhalantes*

Se hace referencia a un numeroso grupo de sustancias químicas como pegamentos y disolventes que se administran por vía oral o nasal. Entre ellas se encuentran algunos productos derivados del petróleo, como lacas, pinturas, quitamanchas, gasolinas, etc.) Su uso es más habitual en niños y jóvenes que viven en condiciones de pobreza y hacinamiento.

Estas sustancias tienen efectos depresores sobre el SNC. Los efectos inmediatos son la exaltación del humor, la euforia y la alegría, la agresividad y la hiperactividad motriz. También pueden aparecer alucinaciones y delirios. Pasados estos efectos iniciales, se experimenta somnolencia, confusión y disminución del ritmo cardíaco. Si la inhalación continúa se puede alcanzar una intoxicación grave semejante a la embriaguez etílica, con amodorramiento profundo e incluso pérdida de conciencia. A ello se unen síntomas no buscados por el consumidor como náuseas, vómitos, tos, lagrimeo, etc. La mezcla con otras drogas depresoras (tranquilizantes, somníferos, alcohol) incrementa peligrosamente el riesgo de muerte por sobredosis.

A largo plazo se produce fatiga permanente, una disminución de la memoria y de la concentración, pérdida del equilibrio, irritabilidad, conducta agresiva, alteraciones hepáticas, renales, pulmonares y cardíacas, neuropatías, etc.

El uso continuado de estas sustancias puede generar dependencia. Muchos inhaladores crónicos presentan un alto grado de ansiedad ante la falta de la sustancia y un fuerte deseo de inhalar, a la vez que deben aumentar la dosis para conseguir los mismos efectos que, tiempo atrás, alcanzaban con cantidades inferiores. Por otro lado, se ha descrito la relación entre el uso regular de inhalantes y trastornos psicóticos agudos, trastornos del estado de ánimo y ataques de pánico. Algunos autores sugieren que las personas con un estado de ánimo deprimido podrían consumir estas sustancias para evadirse de sus problemas.

■ *Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos*

En el mercado hay muchas de estas sustancias y debido a la facilidad con la que se han prescrito desde el ámbito médico, su uso se ha popularizado entre la población. Algunos medicamentos como *Trankimazín*, *Lexatín*, *Tranxilium*, *Valium*, *Orfidal*, etc., son fármacos clasificados dentro del grupo de las *benzodiacepinas*, que suelen tomarse para reducir los síntomas de ansiedad y la tensión muscular. Tienen efectos relajantes e inductores del sueño.

Las benzodiacepinas, unidas a algunos antidepresivos, constituyen el tratamiento farmacológico para ciertos trastornos de ansiedad, como la agorafobia, el trastorno de ansiedad generalizada o el trastorno de angustia. En dosis prescritas por un médico y controladas de forma periódica, estas sustancias mejoran el rendimiento del paciente y provocan relajación. Dosis elevadas provocan náuseas, aturdimiento, confusión, disminución de la coordinación psicomotriz, etc. El efecto de estas sustancias si se utilizan asociadas al alcohol se ve incrementado, hasta el punto que la mezcla de ambos puede conducir a una sobredosis. El uso de esta medicación se suele recomendar cuando los síntomas de la ansiedad son incontrolables y muy intensos. Sin embargo, tomar estas sustancias no soluciona el problema. Su uso continuado provoca tolerancia y dependencia. Por este motivo, se recomienda no utilizar esta droga durante un periodo prolongado y sustituirla poco a poco por estrategias psicológicas de afrontamiento. La retirada brusca de la droga puede resultar peligrosa y provocar un síndrome de abstinencia que se caracteriza por aumento de la ansiedad, insomnio, irritabilidad, náuseas, dolor de cabeza, tensión muscular, temblor, palpitaciones y disforia. Para poder controlar la ansiedad es necesario *atacar* la base del problema, y esto comporta aplicar estrategias para reducirla y reaccionar ante ella de forma diferente. En ocasiones, algunas personas recurren a la *auto-medicación* y se autoprescriben benzodiacepinas para poder afrontar los problemas de la vida cotidiana. Si se requiere medicación, ha de ser siempre bajo prescripción y estricto control médico.

2.1.10. Ansiedad y soluciones boomerang

Nos referimos aquí a diversas actividades que son momentáneamente reductoras de la ansiedad, por diversas razones, pero que a medio plazo contribuyen a incrementarla o dificultan el establecimiento de procedimientos alternativos más adecuados.

Se trata de comportamientos por otro lado normales, necesarios y positivos, pero que emitidos abusivamente y como forma básica de controlar la ansiedad, se desvirtúan, se vuelven contraproducentes y se producen de modo compulsivo: hiperactividad (o hiperocupación); adormecimiento; ingesta o sexo compulsivos; abuso de videojuegos, máquinas tragaperras, ordenador, internet; consultas a videntes, etc.

Hiperactividad o hiperocupación

Algunas personas con ansiedad tienden a generar un ritmo frenético de actividad en prácticamente todos los ámbitos en los que se ocupan (trabajo, relaciones sociales, ocio). Tienen su agenda llena de compromisos, gestiones, tareas, siempre urgidos por la prisa, e inmersos en medios y contextos demandantes. En el *tiempo libre* —que en realidad se trata de no tener— se llenan de actividades y obligaciones, a ser posible interactivos, poco mecánicos y que requieran movimientos.

En el fondo, aunque no son plenamente conscientes de ello, se trata de no parar quieto, de no tener la cabeza desocupada, de disponer *acción contra pensamiento*, de forma que no tengan ocasión de venir a la mente preocupaciones, temores, cuestiones personales no resueltas, que, si aparecieran, generarían angustia en sus diferentes manifestaciones.

En cierto modo, se trata de buscarse urgencias para no plantearse y afrontar lo importante o inquietante. Son personas que cuando paran se sienten peor, por la razón que acabamos de aducir, y porque las con-

diciones de estrés a que someten al organismo favorecen, al desactivarse y salir de la situación de sobreesfuerzo, la aparición de diversos reajustes fisiológicos que ocasionan molestias: dolores de cabeza, aturdimiento, fatiga, molestias digestivas, etc. Algunos especialistas en ansiedad y estrés hablan, al respecto, del *enfermo de fin de semana*. Algunas personas, frente a este problema, tienden a resolverlo mediante una *huida hacia delante*, aumentando la actividad y generando progresivamente más condiciones de estrés que, tarde o temprano, llevarán a una situación explosiva, crítica e insostenible.

Adormecimiento

Otra forma de tratar de *desconectar* y quitarse de encima los pensamientos negativos, anticipaciones amenazantes, ideas intrusivas y desasosegantes, es cambiar el estado de conciencia. A veces se recurre al consumo de sustancias para conseguirlo. Pero no vamos a referirnos aquí a esta cuestión, tratada ya en otro capítulo del libro. Nos referimos en este caso, al paso de la conciencia vigil al sueño, fuera de los horarios establecidos para dormir. Algunas personas del grupo citado anteriormente al hablar de la sobreactividad, recurren también a este procedimiento: o están hiperocupados o duermen. Otras personas, sin embargo, procuran reducir al máximo las actividades y compromisos de todo tipo, y tienden a adormilarse tumbándose en el sofá o en la cama. Este procedimiento es inducido normalmente por la propia persona de manera voluntaria, disponiendo las condiciones adecuadas para su ocurrencia, sin embargo en algunas casos es un mecanismo automático de defensa. Es característico, a este respecto, el caso de algunos estudiantes a quienes, cuanto más cerca están de los exámenes, más les invade una intensa sensación de sueño, a pesar de haber dormido lo suficiente y ser personas estudiosas, voluntariosas e interesadas en la materia.

Las personas que recurren con frecuencia y regularidad a este procedimiento, acaban por hacer una vida de *casi-convalecientes* que paraliza

más, si cabe, el desarrollo de su vida social, familiar, etc., lo que a la larga genera o agudiza conflictos e insatisfacciones, a la par que intensifica el sentimiento y rol de *enfermo*.

Videojuegos, tragaperras, ordenadores, internet

Dentro de las actividades que generan efectos evasivos, tienen singular importancia, y son relativamente comunes, el uso abusivo o compulsivo de juegos electrónicos, internet o máquinas tragaperras. Se trata de actividades absorbentes, interactivas, de respuesta inmediata y rápida, envolventes, con muchos elementos de reclamo sonoros y visuales, capaces de alejarnos de nuestra propia realidad, aislándonos del entorno y de nuestros propios pensamientos.

Consultas a videntes, tarot y otros

La incertidumbre es una de las cosas que puede generar más ansiedad a algunas personas. La incerteza sobre el posible cumplimiento o no de deseos o temores, la impaciencia, las dudas, las desconfianzas, la indecisión, se viven a veces como obsesionantes e insufribles. Algunas personas, acuciadas por esta angustia, tratan de reducirla buscando respuestas, adivinaciones y conocimiento a través de consultas a videntes, *tarotistas* y otros profesionales exotéricos. La respuesta obtenida puede aliviar momentáneamente la angustia y detener el aludido de pensamientos que la acompañan. Sin embargo ese efecto es corto, y además puede generarse una necesidad de recurrir a dicho procedimiento de manera cada vez más frecuente e impulsiva. Más allá de los posibles costes económicos, se produce una falta de confianza cada vez mayor en la propia capacidad de discernimiento y decisión, pérdida de autonomía y mayor dependencia de terceros.

Ingesta compulsiva

La ingesta de comida, por sus efectos vagotónicos, puede producir un alivio momentáneo de los síntomas de ansiedad, angustia e insatisfacción. Algunas personas, para paliar un estado emocional desagradable (estrés, aburrimiento, ansiedad, depresión, ira, y soledad), recurren a la comida. Suele tratarse de episodios de ingesta excesiva de alimentos, que se vive como descontrolada. No suelen darse conductas purgativas (vómito, uso de laxantes). Antes y después de estos atracones hay un estado afectivo negativo, donde predomina la ansiedad elevada o el estrés. En estos extremos, la ingesta ya no responde a factores nutricionales y de placer gastronómico-social. El atracón sirve para relajar este estado de tensión. Pero si se usa habitualmente esta estrategia, la autoestima se ve afectada, aparecen hirientes sentimientos de culpa y el mismo estado que se quiere evitar tiende a empeorar.

Otros

El sexo compulsivo, las compras compulsivas, el ejercicio físico excesivo, podrían ser otras de las conductas que, inicialmente destinadas a combatir los pensamientos importunos y la ansiedad, terminan por repetirse sin control y fuera de su motivación básica y originaria: el sexo ya no responde a necesidades de satisfacción sexual, se compran ropas u objetos que no se utilizarán, etc.

2.2. ANSIEDAD Y ÁMBITO SOCIOFAMILIAR

2.2.1. Educando a los niños para prevenir la ansiedad

Como se ha comentado en otros capítulos, en la ansiedad se hallan implicados mecanismos biológicos y genéticos, que pueden actuar como predisponentes; factores ambientales, como las circunstancias que ro-

dean a la persona; y otros factores que denominaremos *personales* y que hacen referencia a la personalidad y a los recursos de que dispone el individuo para hacer frente a diferentes situaciones. Si bien es difícil prevenir la ansiedad actuando sobre los factores biológicos y genéticos implicados, sí es posible reducir la probabilidad de aparición de un problema de este tipo incidiendo sobre los factores ambientales y personales que participan en ella.

El niño aprende a comportarse y a enfrentarse a los problemas mediante diferentes mecanismos (véase epígrafe 1.4). Observa cómo se comportan los demás, experimenta por sí solo las consecuencias de sus actos, deduce el comportamiento a seguir a partir de experiencias anteriores, etc. Este proceso de aprendizaje se lleva a cabo en diferentes ámbitos de socialización: en casa, en la escuela, con los amigos, etc. En cada uno de estos ámbitos, las personas que lo rodean pueden influir en su historia de aprendizaje y ayudar a aumentar los recursos de que dispone para enfrentarse a los problemas.

Las personas más próximas al niño, que llamaremos *agentes de socialización*, tienen un papel muy importante en la prevención de la ansiedad. Los padres, los profesores y otros cuidadores pueden reducir el impacto de las situaciones o acontecimientos vitales estresantes que viva el niño, pueden educarlo para potenciar sus recursos personales, promover nuevas experiencias de socialización y fomentar hábitos de vida saludables. El arma más poderosa con que cuentan estos agentes de socialización es la educación. Estos agentes son modelos de comportamiento a seguir por los niños y deben educarlos en un ambiente de aceptación, comprensión, cariño y apoyo.

En este capítulo se expondrán las principales directrices que los cuidadores del niño deben seguir en su educación para prevenir en la medida de lo posible que éste desarrolle un problema de ansiedad. Estas directrices o pautas se articulan en torno a tres ejes:

- Disminuir el impacto de los acontecimientos estresantes.
- Potenciar sus recursos personales.
- Promover nuevas experiencias de socialización y fomentar hábitos de vida saludables.

Disminuir el impacto de los acontecimientos estresantes

Los niños pueden carecer de recursos para afrontar de forma adecuada situaciones o acontecimientos vitales estresantes o traumáticos. La vivencia de una separación, la muerte de un familiar o amigo, un desastre natural (incendio, inundación), un robo o un accidente, pueden superar su capacidad para reaccionar de forma adaptativa. En estos casos, las personas próximas al niño deberían:

- Hablar con él de lo que le preocupa, de cómo se siente. Permitir que se desahogue y exponga sus preocupaciones y dudas. No forzar al niño a hablar de sus sentimientos si no quiere. Hay que tener en cuenta que no todas las personas reaccionamos de la misma forma ante una situación traumática. No hay que esperar que lo haga de un modo determinado. Debemos respetarlo y estar dispuestos a brindar nuestra ayuda cuando él lo necesite.
- Actuar como modelos de conducta y afrontamiento: los niños aprenden a actuar y a afrontar los problemas imitando y adoptando como propios los modos de actuación de personas cercanas a ellos (Echeburúa, 1993).
- Mostrar los sentimientos, no ocultarlos. Si usted muestra los suyos el niño aprenderá a hacerlo. Sin embargo, no es recomendable desbordarle con preocupaciones y problemas que le son ajenos. Es importante que el niño vea que sus padres no esconden sus emociones de alegría, enfado o tristeza, pero también es necesario que éste no sea partícipe de problemas o fuentes de preocupación que pueden repercutir negativamente en su bienestar (problemas de pareja, problemas económicos, etc.).

- Afrontar los problemas, no evitarlos: si el niño tiene miedo a alguna situación es importante que le anime a enfrentarse a ella. ¿Cómo?

- Hacer de modelo para el niño: darle ejemplo afrontando la situación primero, sin forzar al niño a que lo haga: de este modo comprobará que estar cerca de ese objeto temido (perro, ascensor, etc.) o en esa situación no es peligroso ni tiene consecuencias negativas.
- Ayudar a exponerse a la situación de forma gradual: primero acompañado, luego solo, comenzar por la situación más fácil, poco a poco aumentar la dificultad...
- Felicitarle por los avances.

En otros casos, acontecimientos como el nacimiento de un hermano, la entrada al colegio, los problemas con otros compañeros, etc., pueden ser una fuente de preocupación para el niño. Los padres y cuidadores deberían:

- Ponerse en el lugar del niño. Comprender lo importante que para él es esa situación. No hay que restar importancia a acontecimientos que para un adulto pueden resultar intrascendentes, como una pelea con otro compañero, un cambio de profesor, la dificultad en alguna materia escolar, etc.
- Hablar con él de todo aquello que le preocupa. ¿Qué es lo que teme? ¿Qué es lo peor que puede pasar?.
- Adoptar una actitud propicia a la resolución del conflicto o problemas: ¿qué puede hacer el niño para solucionar ese problema? ¿cómo puede hacerlo? ¿está en su mano el solucionarlo? Es importante que los cuidadores no adopten un papel demasiado directivo: el niño debe aprender a solucionar sus propios problemas. Solucionárselos no le enseña a ser autónomo, sino a depender de los padres o cuidadores y recurrir a ellos cada vez que tenga un pequeño contratiempo.

- Interesarse por la evolución del problema.
- Animar al niño, felicitarle por su actitud activa para solucionar el problema y por los avances conseguidos.

Potenciar sus recursos personales

La respuesta ante una situación que genera ansiedad depende en parte de los recursos de que dispone el individuo para afrontar ese problema y de si percibe que es capaz de resolverlo. Dicho de otro modo, no basta con tener las armas para enfrentarse a un problema, hay que creer que se puede luchar contra él y superarlo. Este sentimiento de autoeficacia tiene mucho que ver con la autoestima (véase epígrafe 2.1.2). La autoestima se podría definir como la valoración personal y subjetiva que cada persona hace de uno mismo. Si el niño tiene una buena autoestima, es probable que se vea capaz de aplicar los recursos o estrategias de que dispone y que crea que puede superar ese problema. Si, por el contrario, su autoestima es baja, dudará de su capacidad para enfrentarse con éxito a esa situación. En la formación de la autoestima cobran especial importancia la familia y la escuela. ¿Qué se puede hacer para fomentar una buena autoestima en el niño? Amor incondicional: la aceptación sin condiciones de los padres es, sin duda, la mejor estrategia para fomentar en su hijo una buena autoestima. Éste debe estar seguro del amor de sus padres hacia él por sí mismo, no por lo que hace. Muchos trabajos han señalado que los niños que tienen una baja autoestima se sienten poco aceptados o rechazados por sus padres (Herz y Gullone, 1999; Mayhew y Lempers, 1998). Aceptar a un hijo implica, por ejemplo:

- Demostrarle afecto, mostrarle que se siente orgulloso de él, que disfruta de su compañía.
- Demostrar que entiende lo que le preocupa, interesarse por sus problemas.
- Aceptar sus limitaciones, no pretender que sea perfecto.

- Demostrarle afecto incluso cuando se porta mal.
- Brindarle apoyo: los padres deben hacer saber a su hijo que estarán allí cuando él necesite ayuda; los profesores deben demostrar al niño que pueden ayudarlo cuando tenga dificultades en sus tareas escolares.
- Ayudarle a encontrar intereses y actividades que le gusten. Reforzar y potenciar sus capacidades: animarle a mejorar sus habilidades en las tareas que realiza de forma deficitaria y, sobre todo, potenciar aquellas que más le gustan y que mejor o más fácilmente realiza.
- Corregirle cuando hace algo mal. Es importante que se critique su actuación, pero no su forma de ser (Garber, Garber y Spizman, 2001). Es más adecuado decir «no has hecho bien la cama» que «eres un gandul, torpe...», mejor señalar «si hubieras estudiado más habrías aprobado este examen» que «eres vago y tonto»...
- Elogiarle por sus avances, por las cosas que hace bien. No exigir perfección ni rapidez. Valorar como válidos los resultados que vaya consiguiendo aunque no sean perfectos. A medida que haga las cosas le saldrán mejor y más deprisa.
- No ser excesivamente sobreprotector. Se ha visto que los niños que están muy sobreprotegidos por sus padres tienen frecuentemente una baja autoestima. La sensación de podernos valer por nosotros mismos se construye día a día y depende de las actividades que realizamos y los problemas que afrontamos. Hay que dejar que se enfrente por sí solo a sus problemas y que aprenda estrategias para superarlos. Los padres no estarán siempre ahí para resolver todos los problemas de su hijo. En este sentido, es importante fomentar en el niño la aplicación de estrategias efectivas de resolución de problemas. Para ello, los padres deben transmitir una actitud activa dirigida a la resolución de problemas:
 - Valorar un problema como un desafío en vez de como una amenaza.
 - Creer que los problemas son resolubles.

- Creer en la propia capacidad para resolver bien los problemas.
- No esperar que los problemas se resuelvan por sí solos, no posponer la resolución del problema, no evitarlo.
- Búsqueda activa de soluciones.

Está claro que no basta con animarle a actuar de esta forma, los padres y otros cuidadores deben comportarse del mismo modo, actuar de modelos de conducta a seguir para el niño.

Fomentar su autonomía

Es importante que el niño desde pequeño adquiera responsabilidades en casa y en la escuela: ayudar en pequeñas tareas de casa (poner la mesa, fregar los platos, hacer su cama, etc.), recoger su pupitre, ayudar a mantener en orden el aula... Estas tareas serán tanto más complejas conforme aumente la edad. Sin embargo, la autonomía va más allá de que el niño sepa valerse por sí mismo en las tareas cotidianas. Los padres no deben ser excesivamente directivos y sí, en cambio, promover que su hijo sea capaz de tomar sus propias decisiones, aún a riesgo de equivocarse, y de tener diferentes experiencias, aún a riesgo de ser negativas. Esto implica que es mejor aconsejar que ordenar, sugerir que imponer.

No ser excesivamente exigente

Algunos padres fijan metas muy elevadas y esperan que sus hijos obtengan resultados excelentes. Otros padres no expresan de forma explícita este interés pero sí refuerzan al niño de forma diferencial en función de los resultados. Un exceso en las demandas externas que realiza la familia puede conducir a estados de elevada ansiedad en el niño. Éste puede estar preocupado por defraudar a sus padres si sus notas no son tan buenas como ellos esperan. En otros casos, son los

propios niños los que se fijan metas muy elevadas. La mayoría de las veces se trata de niños y adolescentes inseguros y muy perfeccionistas, que basan su autoestima en conseguir ser el/la mejor en todo. En estos casos habría que:

- Disminuir el nivel de exigencia de los padres. Éste debe ser realista e ir acorde con la capacidad del niño.
- Crear un ambiente de aceptación: el niño debe saber que sus padres no van a dejar de quererlo si saca malas notas.
- Fomentar una vida equilibrada: el rendimiento en la escuela no lo es todo, también son importantes las diversiones.
- Evitar hábitos perfeccionistas: estudiar hasta altas horas de la noche o repetir muchas veces un trabajo hasta que esté perfecto no es saludable. Es conveniente establecer un horario y unos objetivos de estudio realistas.
- Programar actividades deportivas y culturales que le gusten al niño.

Promover nuevas experiencias de socialización y fomentar hábitos de vida saludables

Es muy aconsejable que los niños vivan experiencias muy variadas. Esto les permitirá conocer a gente diferente, conocerse mejor a sí mismos y saber cuáles son sus aptitudes e intereses más destacados, encontrarse con diferentes problemas y desarrollar habilidades y estrategias para resolverlos, etc. En definitiva, fomentar nuevas experiencias en él puede fortalecer su autoestima y sus recursos de afrontamiento y establecer una red de relaciones sociales que le brinde apoyo. El apoyo social es, sin duda, uno de los recursos más importantes de que disponemos para prevenir los problemas psicológicos, entre ellos los trastornos de ansiedad. Es importante fomentar sus relaciones sociales: animarlo a realizar salidas con otros niños, excursiones, dormir en casa de amigos, fijar una hora de regreso a casa que sea prudente pero no demasiado restricti-

va... Cuantas más experiencias diferentes tenga el niño más estrategias desarrollará para afrontar problemas. Cuantos más amigos tenga mejor y más apoyado se sentirá para poder superar las dificultades. No obstante, no hay que excederse ni en la cantidad de actividades a realizar ni en lo que se espera de ellas. Los niños con un exceso de actividades extraescolares muestran cansancio, estrés y se sienten presionados. Tienen la necesidad de cumplir con todo y con todos y se dan cuenta de que no pueden. Esto puede repercutir de forma negativa en su salud mental. Es recomendable:

- No *llenar* la agenda de actividades. Planificar un horario con el niño y destinar un tiempo suficiente a las tareas escolares, extraescolares y a su descanso. El horario debe ser realista.
- Planificar actividades gratificantes. Por ejemplo, si al niño le gustan las matemáticas se pueden destinar algunas horas a la semana a repasar esta materia, pero también a realizar otras actividades que le resulten más agradables: fútbol, música...
- Las actividades deben gustar al niño, no sólo a los padres. Algunos padres quieren que su hijo estudie o practique una actividad que ellos no pudieron realizar en su infancia. Hay que escuchar lo que quiere el niño.
- No hay que ser excesivamente exigentes con él. Hay que animarlo a que lo haga lo mejor que pueda, y reforzarlo por los pequeños avances, no sólo respecto a los resultados, si no, muy particularmente, sobre la actitud y disposición.
- Fomentar hábitos saludables: comer de forma sana y equilibrada, realizar ejercicio físico de forma habitual. El ejercicio físico ayuda a mejorar el estado de ánimo y a relajarse. Se trata de un *antídoto* natural contra el estrés.

Una última nota. Como se ha comentado a lo largo del texto, en la educación del niño y del adolescente participan tanto los padres como los profesores y otras personas próximas al niño. Es importante que:

- Haya comunicación entre todas las personas que se encargan de la educación del niño y se informen mutuamente de los problemas que tenga.
- Se haga un frente común para solucionar estos problemas; esto implica que debe haber unidad de criterios y que todos deben trabajar en la misma dirección.

2.2.2. Cómo pueden ayudar los familiares

Los familiares y amigos de las personas que sufren problemas de ansiedad se encuentran ante una nueva situación que, en muchas ocasiones, no saben cómo manejar, y esto puede conducirles a sentirse confundidos y frustrados. No saber cómo conviene actuar puede llevarnos a actitudes o intentos de solución fallidos que contribuyen a intensificar y perpetuar el problema.

Es muy habitual que la persona que padece un problema de ansiedad manifieste, en un principio, cambios en su comportamiento. Dichos cambios pueden ser una consecuencia de la ansiedad, o bien, pueden responder al intento de disimular o esconder el problema (en caso de que la persona sienta vergüenza, miedo al rechazo, o no quiera que otros *se preocupen*). Algunos ejemplos de dichos cambios de comportamiento pueden ser: la disminución del interés por realizar determinadas actividades, las excusas, la irritabilidad, cambios en el humor...

En este capítulo nos disponemos a ofrecer unas directrices, secuenciadas, que van desde las acciones más básicas hasta las encaminadas a buscar recursos profesionales externos al entorno familiar para los casos de mayor gravedad.

Hemos agrupado los pasos a seguir en cuatro grandes categorías: informarse, contener, brindar apoyo, y propiciar las ayudas externas, si se requiere.

Informarse

Lo primero es interesarse e informarse de lo que pasa. La información dota de significado o sentido a las cosas, aumenta nuestro nivel de conocimiento sobre ellas, y facilita la toma de decisiones. En este caso, las primeras dos fuentes de información podrían ser:

- *La persona que sufre el problema:* escuche de forma activa a la persona que sufre el problema de ansiedad e intente comprender lo que le está pasando, sin desacreditarla ni desconfiar de ella.
- *Documentos especializados de carácter divulgativo:* para una mejor comprensión del problema puede ser de gran utilidad consultar a fondo documentos especializados sobre qué es la ansiedad, cómo se manifiesta, con qué factores guarda relación, etc. La etiqueta *problemas de ansiedad* comprende muchas entidades diagnósticas diferentes (trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, trastorno por estrés agudo,...). Leer sobre las manifestaciones de cada uno de los problemas permitirá centrar mejor el problema.

Contener

La contención va un paso más allá de la escucha activa, se refiere a la capacidad de *hacerse depositario* de la situación problemática. Implica mantener una actitud empática, ser capaz de ponerse en el marco de referencia de la persona que padece, y mostrarse dispuesto a ayudar. Contener implica:

- *Una actitud de entendimiento, comprensión, disponibilidad y asistencia.* Entendimiento y comprensión no significan hablar demasiado, o continuamente, de las sensaciones desagradables que produce la ansiedad, ya que esto podría contribuir a mantenerlas.

- *Hacerse depositario, prestarse a compartir para descargar a la otra persona.* En ocasiones, verbalizar los miedos y preocupaciones hace que nos sintamos aliviados. Es un alivio provisional, dado que por el simple hecho de compartirlos no van a desaparecer, pero lo cierto es que suponen una tregua al malestar.
- *Evitar la trivialización y las descalificaciones.* Se trata de intentar eliminar las broncas, los reproches, los comentarios irónicos, los juicios morales,... Este tipo de comportamientos propiciarán que la persona se sienta prejuzgada, ridiculizada y rechazada.
- *Evitar la culpabilización.* Culpabilizar implica que se atribuye toda la responsabilidad de la situación problemática a la persona que la está sufriendo. Puede ser que la propia alteración no permita a la persona hacerse cargo de la situación o aplicar soluciones que en otras circunstancias parecen fáciles. Culpabilizarla puede hacer que se sienta más angustiada e incapaz.
- *No dramatizar o angustiarse tanto o más que el propio paciente.* Esta manera de proceder crearía más alarma todavía e incrementaría el *efecto mancha de tinta* de la ansiedad, que tendería a sobredimensionarse.
- *Ayudar a objetivar las situaciones.* La ansiedad implica una tendencia a sobrevalorar las amenazas e infravalorar los recursos. Podemos ayudar a analizar de forma más objetiva y realista la situación para animar a la persona a hacer frente a la misma, en lugar de sobreprotegerla y corroborar sus miedos.
- *Generar expectativas realistas de solución.* Interesa que la persona sepa que a pesar de tener ansiedad puede llegar a disponer de las estrategias necesarias para que ésta pueda superarse: Si en otros momentos ha sido capaz de encontrar respuestas a problemas que parecían insolubles, también podrá conseguirlo en esta ocasión.

Brindar apoyo

Los principales efectos del apoyo social y del apoyo instrumental son la reducción de los estresores percibidos, el incremento de la sensación de satisfacción y la reducción de los sentimientos de ansiedad y depresión. Apoyar, ¿de qué modo?:

- Animar al paciente a enfrentarse progresivamente a los miedos y a las situaciones y o circunstancias que los ocasionan: es fácil que no encuentre el momento, el miedo no hace atractivas las situaciones de las que se adueña. Dedicaremos, regularmente, una parte de nuestro tiempo para apoyar e incentivar iniciativas de ese tipo: «lo intentaremos el miércoles por la tarde».
- Estar muy atento a los argumentos que sostiene la persona cuando se muestra reticente a enfrentarse a lo miedos, dado que es posible que el miedo quede enmascarado entre excusas muy bien elaboradas que pueden llegar a sonar convincentes.
- Reforzar los avances que se van consiguiendo (alabanzas, elogios, felicitaciones, invitar a cenar, espectáculo,...) y, sobre todo, demostrar satisfacción por los esfuerzos realizados.
- Ofrecer ayudas sin sobreproteger, que se retirarán a medida que el paciente mejora y para que mejore: es comprensible que cuando vemos sufrir a alguien que queremos o nos importa, tendamos a intentar aliviar ese sufrimiento a corto plazo de la forma más rápida que conozcamos. La sobreprotección no es una buena estrategia de ayuda para superar el problema, contribuye a mantener el problema a largo plazo.
- Evitar que el problema se extienda: podemos facilitar recursos o condiciones que limiten las consecuencias de la ansiedad en ámbitos que inicialmente no se habían visto interferidos por el problema, de forma que sus efectos perjudiciales se extiendan lo menos posible.
- Evitar fuentes de estrés innecesarias: es importante tener en cuenta que la persona que sufre el problema de ansiedad se encuentra en una situación en la que cualquier pequeño contratiempo pue-

de actuar como disparador de su ansiedad y mantener e intensificar el problema.

Se considera que existen cuatro formas potenciales de ofrecer apoyo. Elegiremos en cada momento el más conveniente en función del caso.

Tabla 2.7: Tipos de apoyo social.

Tipos de apoyo:

1. **Apoyo emocional:** comprende la empatía, el cuidado, el amor, la confianza,... es el tipo de apoyo más importante para la reducción del estrés.
2. **Apoyo instrumental:** alude a las acciones que desempeñamos para ayudar a quien lo necesita. Supone posibilitar condiciones o medios que faciliten la superación del problema.
3. **Apoyo informativo:** se refiere a la información ofrecida a otras personas para que la puedan utilizar con el fin de hacer frente a situaciones problemáticas. En este caso la información puede contribuir a hacer un análisis más objetivo de las situaciones, a dejar de sobrevalorarlas.
4. **Apoyo evaluativo:** implica la transmisión de información que puede ser relevante para que la otra persona pueda autoevaluarse y mejorar así en ciertos aspectos.

Propiciar las ayudas externas, si se requiere

En caso de que detecte que la ansiedad empeora con el paso del tiempo y compruebe que las medidas preventivas no están funcionando, puede ser de gran utilidad que facilite al afectado información para que pueda acceder a un tratamiento adecuado. Ayude a generar expectativas de recuperación:

- *Buscando algún texto de autoayuda que se adecúe al caso:* una vez conozcamos qué tipo de problema de ansiedad presenta la persona, podemos recurrir a literatura especializada que aporte sugerencias o soluciones.

- *Participando activamente en la búsqueda de ayuda especializada:* La búsqueda de ayuda profesional puede suponer una fuente de estrés adicional a la persona que sufre el problema. Implicarse en dicha búsqueda es una forma de apoyo emocional e instrumental.
- *Colaborando con los especialistas en la aplicación de alguna parte del programa terapéutico, si fuera necesario o ventajoso:* la participación en el proceso de intervención como *coterapeuta*, dependiendo del tipo de problema de ansiedad, suele ser una parte fundamental del programa de tratamiento. Su colaboración será muy bien recibida y será de mucha ayuda.

2.3. ¿DÓNDE ACUDIR LLEGADO EL CASO? TRATAMIENTOS QUE FUNCIONAN

2.3.1. Cuándo consultar

Como hemos visto a lo largo del libro, la ansiedad es un mecanismo de defensa normal y adaptativo, que mejora nuestro rendimiento y las posibilidades de éxito frente a diferentes circunstancias.

El problema se presenta cuando la ansiedad no aparece circunscrita a determinadas situaciones, no dura un tiempo limitado, y su intensidad es excesiva. En estos casos, se convierte en algo disfuncional y que compromete la salud física y psicológica. Llegados a este punto, es conveniente, y muchas veces imprescindible, consultar con un especialista que pueda valorar y, si es necesario, tratar el problema.

He aquí algunas condiciones y circunstancias que aconsejan consultar:

- Cuando la *frecuencia* de aparición de la *ansiedad problemática* es cada vez más elevada.
- Cuando la *intensidad* con la que aparecen los síntomas de ansiedad supone un problema para el bienestar personal.

- Cuando la *duración* de los episodios es cada vez más prolongada.
- Cuando la *afectación o interferencia* en otras áreas de la vida es cada vez mayor. En ocasiones, el problema de ansiedad empieza en una situación determinada y se va extendiendo a otros ámbitos como si fuera una mancha de tinta. Imaginemos el caso de una persona que desarrolla miedo a viajar en los transportes públicos y empieza a evitar viajar en ellos. Dicha evitación supone una restricción importante de su movilidad y de su independencia. Puede que deje de hacer cosas que antes solía, e incluso se vea incapaz de acudir a su trabajo.
- Cuando una *persona significativa o un especialista* (médico, farmacéutico, asistente social...), conocedores del caso, lo aconsejan.
- Cuando las *soluciones intentadas* han resultado fallidas. Muchas personas antes de acudir a un tratamiento especializado para los problemas de ansiedad, han intentado resolver el problema por su cuenta. Podemos agrupar dichos intentos en tres categorías:

- **Intentos útiles:** son aquellos que han facilitado la contención o desaparición del problema. Suponen una solución total o parcial del mismo.
- **Intentos inútiles:** son aquellos que han supuesto un esfuerzo a diferentes niveles, esfuerzos que no han repercutido en una mejora del problema.
- **Intentos contraproducentes:** son aquellos que, lejos de suponer una solución al problema, contribuyen a su mantenimiento y perpetuación. Cuanto más esfuerzos hacemos, más enfermamos.

Si llegamos a la conclusión de que el problema de ansiedad merece consideración, el primer paso puede ser acudir al médico de cabecera. Así obtendremos una valoración inicial del caso donde se contemple la conveniencia de ponerse en manos de especialistas.

Los especialistas que intervienen en los problemas de ansiedad son los psiquiatras y los psicólogos clínicos y de la salud. La decisión de acudir a un especialista u otro, o bien de recibir un tratamiento combinado, depende de diferentes factores. En los epígrafes siguientes se ofrece una descripción detallada de los tres tipos de intervenciones, y de las variables que determinan la indicación de cada uno de ellos.

2.3.2. Tratamientos psicológicos

Los psicólogos son especialistas en los problemas de comportamiento humano. El tratamiento de los problemas de ansiedad lo efectúan psicólogos especializados en psicología clínica y de la salud, que utilizan técnicas de evaluación y de tratamiento cuya eficacia ha sido probada mediante investigaciones científicas.

No todos los tratamientos psicológicos han sido sometidos a prueba para comprobar su efectividad. Según la Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud (2002) «conocer qué tratamientos psicológicos concretos son más efectivos para el problema que nos afecta es fundamental. De ello depende en gran medida, el éxito de la intervención que se va a recibir. En general los tratamientos psicológicos más efectivos tienen objetivos claros, están centrados en la solución de problemas inmediatos, son más bien de corta duración (de 2 a 6 meses, aunque es mayor cuando hay problemas graves o hay varios problemas) y producen una mejoría tras las 8-10 primeras sesiones. Si un tratamiento no tiene unos objetivos claros, se dilata en el tiempo, y no se obtienen resultados apreciables (al menos parciales) en un periodo de tiempo razonable, se puede desconfiar de su eficacia».

Los psicólogos, a diferencia de los psiquiatras, no prescriben medicación. Para el caso de los problemas de ansiedad, los tratamientos psicológicos que hasta la fecha han demostrado una mayor eficacia son los llamados procedimientos *cognitivo-conductuales*. Se trata de pro-

cedimientos que están basados en el aprendizaje, el procesamiento de la información y la modificación de conducta. Tras la evaluación objetiva y sistemática del caso, el psicólogo enseña al paciente una serie de estrategias y técnicas que éste deberá poner en práctica regularmente. Los tratamientos psicológicos no tienen por objetivo el desahogo verbal del paciente, ni aspiran a la mejora de los problemas simplemente por hablar de ellos. Naturalmente, el paciente y el especialista se entenderán hablando, pero la intervención psicológica va más allá de la simple comunicación verbal y el análisis de los problemas: se requiere del paciente una elevada implicación en la resolución de sus problemas y ha de seguir diferentes procedimientos, muchos de ellos fuera de la consulta, para conseguir el cambio que se busca a través del control de los síntomas, la corrección de pensamientos automáticos negativos o interpretaciones inadecuadas, el replanteamiento de las situaciones, y el afrontamiento más efectivo de la ansiedad, lo que la origina y lo que la mantiene. Para ello se utilizan diversas técnicas: desactivación de procedimientos contraproducentes o soluciones intentadas por el paciente que son inadecuadas y agravan el problema; técnicas de relajación; reestructuración cognitiva; desensibilización sistemática; técnicas de exposición (en vivo, interoceptiva, prevención de respuesta, etc.); desarrollo de habilidades de afrontamiento; control de estímulos, etc.

Habitualmente, los tratamientos incluyen aspectos relacionados con la recuperación de la salud, si se ha perdido, aspectos relacionados con la prevención, y aspectos relacionados con el desarrollo personal del paciente que de un modo u otro tienen que ver con lo que le pasa.

Normalmente, los tratamientos psicológicos se desarrollan individualmente. En algunos casos, no obstante, puede estar indicado el seguimiento de programas grupales de tratamiento. Todas las personas del grupo comparten el mismo diagnóstico, y siguen mismo el programa, previamente establecido, de principio a fin.

La terapia cognitivo-conductual tiene una estructura bastante definida. Podemos dividirla en cuatro fases:

1. *Evaluación:*

Esta fase suele durar entre dos y cuatro sesiones aproximadamente. Durante éstas, su terapeuta llevará el timón de la sesión, indagando sobre aquellos aspectos que crea importantes sobre su problema. Aunque ésto sea así, no significa que usted no pueda introducir temas sobre los que no le hayan preguntado o insistir en los que crea que no se ha insistido lo suficiente. No debe preocuparse tampoco si se le pregunta sobre algunos temas que cree que no tienen relación con su motivo de consulta, seguramente sí que lo tienen. De todos modos puede preguntar por ello.

Se le pedirá también que responda a algunos cuestionarios, ya sea en sesión o cuando marche a casa. Estos tests sirven para medir algún aspecto relacionado con su motivo de consulta, y le servirán a su terapeuta para hacerse una idea de la intensidad de la variable que está midiendo, de su contenido, y para apreciar la evolución durante el tratamiento.

Finalmente, es muy posible que también se le pida que rellene durante la semana unas hojas llamadas autorregistros. En ellas registrará algunas cosas como lo que piensa, lo que siente o lo que le sucede en el momento (o poco después) en el que ocurre el problema. También servirán para un análisis más detallado del caso, y para evaluar la evolución del tratamiento.

2. *Devolución:*

Se trata de la sesión posterior a la evaluación, donde su terapeuta le explicará con todo detalle los resultados del análisis de su problema. Le explicará el porqué de éste y cuáles son los elementos que hacen que el problema continúe existiendo. Esto servirá para justificar el tratamiento, es decir, qué se hará y porqué razones, estableciendo

unos objetivos. Su opinión, al respecto, es también importante y necesaria.

3. Tratamiento:

El grueso de la intervención reside en la fase de tratamiento. Se potenciarán los recursos de los que ya dispone y recibirá entrenamiento, paulatinamente, en nuevas habilidades que le servirán para combatir su problema.

Al mismo tiempo se irá reevaluando el estado del problema, para comprobar la eficacia del tratamiento y controlar si surgen nuevos datos relevantes. El tratamiento es un proceso dinámico que, a pesar de tener unas directrices generales que deberán seguirse, será lo suficientemente flexible para adecuarse a variaciones del estado del problema, nuevos problemas, el propio ritmo del paciente, etc.

4. Seguimiento:

El tratamiento puede finalizar por distintos motivos, normalmente por la consecución de los objetivos. En la mayoría de los casos, el terapeuta propondrá unas sesiones de seguimiento, gradualmente espaciadas en el tiempo, para comprobar su evolución una vez terminada la terapia, prevenir recaídas, consolidar la mejora, etc.

2.3.3. Tratamientos farmacológicos

Los tratamientos farmacológicos pueden ser aplicados por los médicos de familia o de cabecera, que frecuentemente son los primeros que reconocen la sintomatología de origen ansioso, y solicitan las primeras pruebas de diagnóstico diferencial para descartar otras posibles causas de los síntomas. No obstante, los médicos especialistas en problemas de salud mental son los psiquiatras, quienes, normalmente, tratan de intervenir a través de la medicación sobre los factores biológicos relacionados

con las alteraciones objeto de intervención, en particular sobre el sistema nervioso (puede consultar a este respecto el epígrafe 1.4).

El sistema nervioso está compuesto fundamentalmente por unas células denominadas *neuronas*. Las neuronas constituyen las unidades elementales para la transmisión de información del sistema nervioso. La información dentro de una misma célula viaja de un extremo al otro mediante impulsos eléctricos. Pero este impulso eléctrico no puede pasar directamente de una neurona a la otra, dado que entre ellas hay un espacio (el llamado espacio *sináptico*) y no se tocan. La comunicación de una neurona con otra se produce mediante *neurotransmisores*, que son sustancias químicas liberadas por los terminales neuronales. Estos neurotransmisores, que para entendernos son como llaves químicas, son liberados al espacio sináptico (un espacio microscópico líquido que separa una neurona de la contigua) por donde viajan hasta alcanzar los receptores de la neurona siguiente (digamos que son como cerraduras químicas), originando cambios en la permeabilidad de su membrana, lo que genera un nuevo impulso o potencial eléctrico, que viajará a lo largo de la célula, hasta el otro extremo, y así sucesivamente hasta que sea necesario.

La mayoría de los tratamientos psicofarmacológicos empleados en la actualidad por la psiquiatría actúan químicamente sobre los sistemas de neurotransmisión tratando de regular, convenientemente, la actividad de determinadas áreas del sistema nervioso implicadas en el trastorno que se desea tratar.

En el tratamiento de la ansiedad se emplean habitualmente dos tipos de fármacos: los ansiolíticos y los antidepresivos.

Los ansiolíticos más utilizados pertenecen al grupo de las *benzodiazepinas* de alta potencia (*Alprazolam, Lorazepam, Diazepam, Cloracepam,...*). Producen un efecto tranquilizante. Actúan reduciendo los síntomas de ansiedad en cuestión de minutos y disminuyendo tanto la intensidad como

la frecuencia de los episodios de angustia. Los principales efectos adversos de las benzodiacepinas consisten en somnolencia, alteraciones de la memoria, alteraciones de la atención y de la concentración. El deterioro de estas funciones cognitivas suele ser transitorio (se experimenta mientras se está tomando el medicamento) y sólo se produce con dosis elevadas y prolongadas en el tiempo. Otro inconveniente es que su consumo prolongado puede generar efectos de dependencia (adicción) y tolerancia (pérdida progresiva de efectividad con el paso del tiempo).

Los antidepresivos constituyen el tratamiento de elección primaria y preferente en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Los más empleados hoy en día son los ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina). Diversos estudios apuntan a la implicación de la serotonina como principal neurotransmisor involucrado en los trastornos de ansiedad, aunque hay otros. El grupo de los ISRS está constituido por la Fluoxetina, Paroxetina, Fluvoxamina, Sertralina, Citalopram y Escitalopram. Poseen una alta especificidad contra la ansiedad, escasos efectos colaterales, apenas presentan interacciones con otros medicamentos, no crean dependencia y mantienen su efectividad a lo largo del tiempo.

Como inconvenientes de los ISRS se cuentan los efectos secundarios de los primeros días (náuseas, dolores de cabeza, incremento transitorio de la ansiedad, etc.). Por ello, es práctica común iniciar el tratamiento con dosis bajas de aproximación, y asociar tranquilizantes las primeras semanas. En algunos pacientes, dependiendo también del fármaco elegido, pueden ocasionar alguna ganancia de peso, o cierta pérdida de apetito o respuesta sexual. Normalmente, el médico informará al paciente sobre el carácter leve y transitorio de estos posibles síntomas adversos. Otro inconveniente es que el efecto terapéutico no se desarrolla hasta las 2-3 semanas de iniciar las tomas del antidepresivo.

Algunos efectos indeseables y adversos son debidos al uso incorrecto o no supervisado de la medicación: automedicación, cumplimiento

incorrecto de las prescripciones, combinación con alcohol u otros tóxicos, supresiones bruscas o prematuras, etc.

El uso de medicación está especialmente indicado en los casos, y fases, de sintomatología más severa e incapacitante, y en aquellos en que los problemas de ansiedad están asociados a otros problemas físicos o psiquiátricos relevantes.

2.3.4. Tratamientos combinados

Si bien en la mayoría de los casos el tratamiento psicológico es el preferible en primera opción, ofrece una mejora mayor y sus efectos son más perdurables a lo largo del tiempo, en ocasiones puede ser conveniente, y a veces imprescindible, ayudarse también de medicación.

En algunos casos, los tratamientos farmacológicos pueden potenciar la aplicación y/o eficacia de los psicológicos:

- En los pacientes con sintomatología más severa e incapacitante, el uso de las medicaciones permite una reducción sintomatológica más rápida y propicia la aplicación de los tratamientos psicológicos.
- En pacientes con trastornos de ansiedad que presentan alteraciones significativas del estado de ánimo que pudieran incidir negativamente en la efectividad de los tratamientos psicológicos (importantes problemas motivacionales, interferencia de síntomas depresivos en programas de exposición) es conveniente utilizar antidepresivos.

En otros casos los tratamientos psicológicos potencian los farmacológicos:

- Los tratamientos psicológicos pueden favorecer la toma de la medicación y el seguimiento adecuado de las prescripciones.

- Los tratamientos psicológicos pueden ser muy importantes en la fase de supresión o discontinuación de la medicación, particularmente en aquellos pacientes que han estado tomando tranquilizantes durante mucho tiempo.

Finalmente en otras ocasiones el tratamiento farmacológico puede interferir con el tratamiento psicológico.

- El uso de ansiolíticos (benzodiacepinas) durante los programas psicológicos de exposición puede interferir en los efectos de extinción de la ansiedad que se derivan de estas técnicas.
- Algunos pacientes, una vez aliviados en sus síntomas por efecto de la medicación, se despreocupan del origen del problema, no toman medidas para regularlo y no ejercitan adecuadamente las estrategias psicológicas que les permitirían manejar la ansiedad por sus propios medios, lo que les ayudaría a mantener la mejora una vez suprimida la medicación.

Diversos estudios indican que los tratamientos combinados consiguen una mejora más rápida y mayor a corto plazo que los tratamientos aplicados separadamente. También posibilitan la mejora de un mayor número de pacientes, entre un 20-25% más. Sin embargo, faltan estudios a más largo plazo que permitan confirmar o no la consistencia de estas afirmaciones.

En cualquier caso, a la hora de ponerse en tratamiento, se recomienda acudir a consultas o centros de salud donde el psicólogo y el psiquiatra colaboren profesionalmente, no simplemente realizando intervenciones paralelas, sino tratamientos integrados y coordinados. Parece ser, precisamente, que donde radica la mayor potencialidad de los tratamientos combinados es en su adecuada secuenciación y ordenamiento, lo que necesariamente requiere un trabajo conjunto de los especialistas.

Epílogo triste con final feliz: ¿la ansiedad se cura?

3

Lector: Muy bien, hasta aquí todo claro, pero me queda una duda importante por resolver. ¿La ansiedad se cura?

Autor: Ésa es una pregunta que requiere muchas respuestas, y alguna pregunta más. ¿El dolor es bueno o es malo?

L: ¿El dolor? ¿Que tiene que ver el dolor con lo que estamos hablando? No intente desviar el tema como han hecho otros psicólogos a los que he preguntado.

A: Después de todo lo que ha leído creo que ya nos habrá cogido cierta confianza, permítame ésta última licencia,... el dolor, entonces,...

L: Está bien. Supongo que la respuesta más fácil sería que el dolor es malo, pero probablemente no me haría esta pregunta si la solución fuese tan sencilla, por lo que debo suponer que tiene una vertiente positiva.

A: Buena observación. Le sugiero que imagine la vida de un sujeto sin sensibilidad al dolor desde su nacimiento.

L: ¿Sujeto? Le agradecería que no utilice esos términos para hablar conmigo. En el caso que me propone,... no parece tan malo ser completamente inmune al dolor,... pero claro, eso tendría implicaciones: no sabría cuándo algo marcha mal en su interior, le resultaría muy complicado saber cuándo está enfermo,... probablemente resultaría ser una grave discapacidad.

- A: Vayamos a experiencias tempranas: ¿Cómo aprendemos que el fuego es peligroso?
- L: ¡Claro! ¡La primera vez que acercase su mano al fuego probablemente le quedaría completamente inutilizable por quemaduras! Y así podríamos encontrar muchos ejemplos en la misma línea. El sentido del dolor es entonces protegernos y alertarnos de peligros para nuestro organismo.
- A: Exacto, nos encontramos ante uno de los mecanismos de defensa de nuestro cuerpo, los niños que presentan este tipo de problemas difícilmente llegan a la adultez. Algo muy parecido a lo que ocurre con la ansiedad. Como tendrá claro a estas alturas, la ansiedad es también un mecanismo de defensa que activa la respuesta de lucha/huida y que, al igual que el dolor, en determinadas circunstancias se experimenta como algo muy desagradable, pero que tiene una función protectora del organismo. Muy bien, llegados a este punto me veo obligado a hacerle otra pregunta: ¿Sería deseable hacer que un adulto no volviera a sentir dolor jamás?
- L: Ya veo por donde me quiere llevar. Evidentemente, no. Si un adulto deja de sentir dolor queda desprotegido ante posibles lesiones externas o internas y *ciego* a cómo está funcionando su organismo. Y de ahí quiere que saque la conclusión de que es igualmente indeseable eliminar la ansiedad. Debo reconocer que es una maniobra hábil pero también tengo que decirle que no satisface mi inquietud, yo y los que sufrimos ansiedad buscamos soluciones para curarnos.
- A: Curación. Ésa es la otra parte de su pregunta que genera nuevas preguntas: ¿qué entendemos por «curar»? La Real Academia de la Lengua Española nos dice que curar es «aplicar con éxito a un paciente los remedios correspondientes a la remisión de una lesión o dolencia». Curar lleva asociadas connotaciones de eliminar algo maligno, erradicar o arrancar físicamente aquello que causa daño. Curamos un tumor o un quiste (lo extirpamos), curamos una infección (eliminamos las bacterias que la han producido)... ¿Es la ansiedad algo que podamos curar de esta forma?
- L: No, está claro, la ansiedad en sí no es un «ente físico» al que podamos exterminar.

- A: Hasta aquí pues, podemos decir que LA ANSIEDAD NO SE CURA, es más NO DEBE CURARSE, ni tiene sentido que hablemos de ello, de la misma forma que no hablamos de que a alguien se le tenga que curar la respiración, que es otra de las funciones adaptativas que garantizan la supervivencia del individuo.
- L: Pero existe también otra forma de curar: recuperar una funcionalidad perdida, ajustar un funcionamiento descompensado,...
- A: ¡Correcto! Y ese es el punto al que quería llegar. Aquí termina la parte triste y empieza a gestarse el final feliz. Aunque no tiene sentido hablar de curar la respiración, sí lo tiene curar el asma; aunque no tenga sentido decir que tenemos que curar la circulación, sí lo tiene curar arritmias. Entonces, no tiene sentido hablar de curar la ansiedad pero sí lo tiene hablar de recuperar su funcionalidad adaptativa.
- L: Bien, por eso hablamos de trastornos de ansiedad, ¿no? Aquellos casos en los que la ansiedad ha perdido su funcionalidad y se activa en situaciones en las que no es adaptativa, en las que no tiene sentido que se ponga en marcha y nos supone más un inconveniente que una ventaja. Entendido, ¿debemos entonces aprender a controlar esas disfunciones de la ansiedad?
- A: Controlar también es un término confuso, pero lo aceptaremos durante los próximos párrafos para retomarlo después. En efecto, la clave estará en aprender a regular, modular, rebajar, los niveles de ansiedad para que no resulten molestos, para que no interfieran en nuestra vida.
- L: Interferir. Por lo que he leído, ésa es la clave en el momento de determinar si se presenta o no un trastorno de ansiedad ¿no es así? El grado en el que el problema nos está suponiendo una discapacidad, algo que entorpece o dificulta nuestra actividad normal y hace mucho más complicadas o incluso imposibles actividades que antes éramos capaces de realizar sin esfuerzo. ¿Entonces podríamos decir que curar un trastorno de ansiedad consiste en conseguir que su grado de interferencia en nuestras vidas se reduzca y deje de ser significativo?
- A: Yo no lo habría dicho mejor.

- L: Reformulemos la pregunta ¿Se puede reducir el nivel de interferencia de los trastornos de ansiedad hasta recuperar una vida normalizada?
- A: SÍ, SE PUEDE, por dos caminos, que siempre van muy relacionados: a) porque hemos conseguido rebajar los niveles de ansiedad, a través de distintas vías; o b) porque hemos aprendido a manejarlos y ya no nos suponen un problema.
- L: ¡Manejar! La palabra mágica, ustedes siempre hablan de manejar la ansiedad ¡Como si de una moto o una videoconsola se tratara! Cuando ustedes nos hablan de manejar, nosotros hace años que intentamos dominarla, ¡y no se puede!
- A: Llegamos ahora a otro punto importante y es el momento de retomar el concepto que antes hemos «aceptado cautelarmente». De nuevo permítame una pregunta: ¿Ha luchado usted contra su ansiedad?
- L: Llevo años haciéndolo.
- A: ¿Qué mecanismo hemos dicho a lo largo del libro que la ansiedad pone en marcha?
- L: El de lucha/huida.
- A: ...
- L: Ya veo, luchar contra la ansiedad es apagar un fuego con gasolina.
- A: En efecto, actitudes de lucha con el objetivo de escapar o controlar, someter o dominar la ansiedad darán como resultado un aumento de ésta porque justamente ésa es su base: el prepararse para la lucha o la huida. Si vemos la ansiedad como un peligro, la respuesta natural es activar los mecanismos que tenemos para defendernos de los peligros, y uno de esos mecanismos es justamente LA ANSIEDAD. Cuando peleamos con ella o cuando tratamos de evitarla, la hacemos más fuerte.
- L: ¿No pretenderá que nos alegremos por ello cuando sufrimos ansiedad?
- A: No, por supuesto. Pero caer en la confrontación es una trampa que mantiene y agrava el problema. Cuando, con la ayuda de la información y de algunas técnicas, dejemos de verla como un peligro, ya tendremos hecha buena parte del camino. La aceptación y normalización de la ansiedad es un requisito indispensable para su «curación».

La lucha entendida como perseverancia y disposición positiva siempre será una ayuda, pero la lucha como confrontación será un lastre.

L: Lo que dice me recuerda algunas filosofías orientales: el agua del río no se puede parar, se puede canalizar,... o el yudo, que se basa en no oponerse a la fuerza del adversario sino en utilizarla a favor de uno mismo para vencerle.

A: Ésas son buenas metáforas de la actitud que nos ayudará a superar los problemas de ansiedad. Cuando decimos que hay que aprender a manejar la ansiedad estamos hablando de aprender a *canalizar el agua*, o a *utilizar llaves para vencer las dificultades* y poder seguir nuestra vida con normalidad.

L: ¡Pero a veces el río es el Amazonas y el rival nos saca dos palmos!

A: Sin duda ahí entramos en el mundo de las diferencias individuales, de las que ya hemos hablado también. Cuantos más factores de riesgo estén presentes para que alguien sufra un trastorno de ansiedad, tendrá que realizar mayores esfuerzos y va a necesitar más ayudas para superarlo, pero los principios de los que hemos hablado tendrán la misma validez para esta persona.

L: ¿O sea que, a pesar de las diferencias y de posibles complicaciones, todo el mundo puede beneficiarse de ayudas para mejorar su calidad de vida y superar sus problemas de ansiedad?

A: Nunca se pueden hacer afirmaciones universales, pero en términos generales es así.

L: Bueno, parece que después de tantas preguntas mutuas hemos llegado a algo que parece una respuesta: 1) La ansiedad es un mecanismo de defensa que debe seguir existiendo para nuestra supervivencia; 2) el problema aparece cuando su respuesta es exagerada o inadecuada que provoca un problema de salud; 3) normalizar esa respuesta y minimizar su interferencia en la vida diaria es el objetivo de los tratamientos de ansiedad; 4) recuperar la funcionalidad de la ansiedad y aprender a manejar o modular sus manifestaciones son indicadores de éxito de ese objetivo; y 5) si no es posible conseguirlo uno mismo disponemos de ayudas para hacerlo.

A: Yo no hubiera podido acabar mejor.

Bibliografía

- APA. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV). Barcelona: Masson, 2000.
- Balcells, M. Complicaciones orgánicas de la cocaína. En Pascual, F., Torres, M. y Calafat, A. (Eds.) *Monografía Cocaína. Adicciones, 13* (suplemento 2), p.167-177, 2001.
- Ballespí, S. PAIC 3-6. *Protocol d'Avaluació de la Inhibició Conductual per nens de 3 a 6 anys*. Tesis Doctoral. Departament de Psicologia de la Salut i Psicologia Social. Universitat Autònoma de Barcelona, 2004.
- Bandura, A. *Pensamiento y acción*. Ed Martínez Roca, 1987.
- Barrio, V. Del. Evaluación de características estilísticas de personalidad. En R. Fernández Ballesteros (Ed.). *Introducción a la Evaluación Psicológica II*. Madrid: Pirámide, 2000.
- Bayés, R. y Pinillos, J.L. (Eds.). *Aprendizaje y condicionamiento. Tratado de psicología general*. Vol.2. Madrid: Ed. Alhambra, 1989.
- Beck, A.T. y Clark, D. A. An Information Processing Model of Anxiety: Automatic and Strategic processes. *Behavior Research and Therapy*, 35,1, 49-58, 1997.
- Becoña, E. Adquisición y mantenimiento de la conducta de fumar. En Bobes, J., Casas, M. y Gutiérrez, M. (Eds.). *Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias*. Barcelona: Ars Médica, 2003.
- Becoña, E. *Guía clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar*. Valencia: Socidrogalcohol, 2004.
- Becoña, E., Rodríguez, A. y Salazar, I. (Eds.). *Drogodependencias. III Drogas Ilegales*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela, 1996.

- Biondi, M. *Psicobiología y terapéutica de la ansiedad en la práctica médica*. Barcelona: Lab. Wyeth, 1989.
- Bobes, J., Sáiz, P.A. (Eds.). Monografía Drogas Recreativas. *Adicciones*, 15 (suplemento 2), 2003.
- Bobes, J., Sáiz, P.A., González, M.P. y Bascarán, M.T. Epidemiología del uso/abuso de cocaína. En Pascual, F., Torres, M. y Calafat, A. (Eds.) Monografía Cocaína. *Adicciones*, 13 (suplemento 2), p.23-36, 2001.
- Bourne, E.J., 'The Anxiety and Phobia Workbook', p.333 -337 passim., 1995.
- Burns, D.D. *The Feeling Good Handbook*. New York. New York. Plume, 1999.
- Caballo, V.E. Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Siglo XXI de España Editores. Madrid, 1993.
- Casas, M. y Guardia, J. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. En Gual, A. (Ed.) Monografía Alcohol. *Adicciones*, 14 (suplemento 1), p.195-219, 2002.
- Castañer, O. Asertividad: expresión de una sana autoestima. D.D.B. Editores. Bilbao, 1996.
- Clark, L.A., Watson, D., y Mineka, S. Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 103-116, 1994.
- Cohen, F. y Lazarus, R.S. Coping with stress and illness. En G.C. Stone et al. (eds.) *A Handbook: Theories, Applications, and Challenges of a Psychological Approach to Health care System*. San Francisco: Jossey Bass, 1979.
- Cohen, F. y Syme, S.L. *Social support and Health*. Nueva York: Academic Press, 1985.
- Coplan, J. *Bases biológicas del pánico y otros trastornos de ansiedad*. Papeles UOC, 2000.
- Craske, M.G. y Barlow, D.H. Panic disorder and agoraphobia. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders*. Nueva York: Guilford, 1993.
- Davis, C. Exercise abuse. *International Journal of Sport Psychology*, 31, 278-289, 2000.

- Echeburúa, E. *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Colección 'Ojos Solares'. Madrid: Pirámide, 1993.
- Garber, S., Garber, M. y Spizman, R. *Portarse bien. Soluciones prácticas para los problemas comunes de la infancia*. Barcelona: Ediciones Medici, 2001.
- Gecas, V. y Seff, M.A. Families and adolescents: A review of the 1980s. *Journal of Marriage and the Family*, 52(4), 941-958, 1990.
- Gutiérrez Calvo, M., Espino, O., Palenzuela, D.L. y Jiménez Sosa, A. Ejercicio físico regular y reducción de la ansiedad en jóvenes. *Psicothema*, 9(3), 499-508, 1997.
- Herz, L. y Gullone, E. The relationship between self-esteem and parenting style: A cross-cultural comparison of Australian and Vietnamese Australian adolescents. *Journal of Cross-cultural Psychology*, 30, 742-761, 1999.
- Holmes, T. y Rahe, R.: The Social Readjustment Rating Scale. *J. Psychosom. Res.*, 1967, 11: 213-218, 1967.
- International Society of Sport Psychology. Physical activity and psychological benefits: A position statement. *International Journal of Sport Psychology*, 23 (1), 86-91, 1992.
- Kendler, K.S., Karkowski, L.M., y Prescott, C.A. Fears and phobias: reliability and heritability. *Psychological Medicine*, 29, 539-553, 1999.
- Kendler, K.S., Neale, M.C., Kessler, R.C., Heath, A.C., y Eaves, L.J. Generalized anxiety disorder in women: a population-based twin study. *Archives of General Psychiatry*, 49, 267-272, 1992.
- Lazarus Richard S. y Susan Folkman. *Estrés y procesos cognitivos*. Ed Martínez Roca, 1986.
- LeDoux, J. *El Cerebro emocional*. Barcelona: Ariel-Planeta, 1999.
- Llopis, J.J. Dependencia, intoxicación aguda y síndrome de abstinencia por cocaína. En Pascual, F., Torres, M. y Calafat, A. (Eds.) Monografía Cocaína. *Adicciones*, 13 (suplemento 2), p.147-165, 2001.
- Martín, G., Pulido, R. y Vera, R. *Perfil psicosocial de los adolescentes de la Comunidad de Madrid*. Comunicación oral presentada en VII European Conference on Psychological Assessment (Málaga, 2004).
- Mayhew, K.P. y Lempers, J.D. The relation among financial strain, pa-

- renting, parent self-esteem, and adolescent self-esteem. *Journal of Early Adolescence*, 18, 145-172, 1998.
- Miller G.A., E. Galanter y K.H. Pribram. *Planes y estructura de la conducta*. Clásicos de la psicología. Ed Debate, 1983.
 - Mussgay, L., Schmidt, F., Morad, E. y Rüddel, H. Does aerobic exercise modulate baroreflex sensitivity in patients with anxiety and somatization disorders? *Homeostasis in Health and Disease*, 42 (6), 277-287, 2003.
 - Palmero, F. : Aproximación biológica a mundo de la emoción. *Anales de psicología*, 12(I),61-68, 1996.
 - Panksepp, J.: Affective Neuroscience: A conceptual framework for the neurobiological study of emotions. En K.T. Strongman (Ed.) *International review of Studies of emotion* (pp. 59-99). New York: John Wiley and Sons, 1991.
 - Parés, A. y Caballería, J. Patología Orgánica. En Gual, A. (Ed.) Monografía Alcohol. *Adicciones*, 14 (suplemento 1), p.155-173, 2002.
 - Perugi, G., Toni, C., Benedetti, A., Simonetti, B., Simoncini, M., y *et al.* Delineating a putative phobic-anxious temperament in 126 panic-agoraphobic patients: Toward a rapprochement of European and US views. *Journal of Affective Disorders*, 47(1-3), 11-23, 1998.
 - Plan Nacional Sobre Drogas. *Drogas de síntesis: Consecuencias para la salud*. Ministerio del Interior, 2002.
 - Quiroga, M. Cannabis: efectos nocivos sobre la salud física. En Bobes, J., y Calafat, A. (Eds.). Monografía Cannabis. *Adicciones*, 12 (suplemento 2), p.117-134, 2000.
 - Reid, T.R. *¿Qué es la cafeína?* National Geographic España. Enero 2005.
 - Rheaume, J., Ladouceur, R., y Freeston, M.H. The prediction of obsessive-compulsive tendencies: does perfectionism play a significant role? *Personality and Individual Differences*, 28, 583-592, 2000.
 - Robles, G. Presentación. En Bobes, J., y Calafat, A. (Eds.). Monografía Cannabis. *Adicciones*, 12 (suplemento 2), p.5-6, 2000.
 - Sáiz, P., García-Portilla, P., Martínez, S., Bascarán, T., Bousoño, M. y Bobes, J. Complicaciones psicopatológicas asociadas al consumo de drogas recreativas. En Bobes, J., Sáiz, P.A. (Eds.). Monografía Drogas

- Recreativas. *Adicciones*, 15 (suplemento 2), p. 217-231, 2003.
- Sánchez, L. Consumo alcohólico en la población española. En Gual, A. (Ed.) Monografía Alcohol. *Adicciones*, 14 (suplemento 1), p.99-113, 2002b.
 - Sánchez, L. Consumo de alcohol en la población juvenil. En Gual, A. (Ed.) Monografía Alcohol. *Adicciones*, 14 (suplemento 1), p.79-97, 2000b.
 - Selye, H. The stress of life. Mc Graw Hill, New York, 1956.
 - Snyder, S. H. *Drogas y Cerebro*. Barcelona: Prensa Científica, 1993.
 - Sociedad Española de Investigación sobre Cannabinoides. *Guía Básica sobre los Cannabinoides*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2002.
 - Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud. La eficacia de los tratamientos psicológicos, 2002. (Puede leerse en www.sepays.org).
 - Tsuang, M.T. *Epidemiología genética del pánico y la ansiedad generalizada*. IX Symposium Internacional sobre Actualizaciones y Controversias en Psiquiatría (Barcelona, 21-22 Marzo 2002).
 - Vázquez, F. y Becoña, E. Factores de riesgo y escalada cannabinoide. En Bobes, J., y Calafat, A. (Eds.). Monografía Cannabis. *Adicciones*, 12 (suplemento 2), p.175-184, 2000.

