

La ansiedad, aspectos teóricos y clínicos

Perspectiva cognitivo-comportamental

Carlos Cuceli

Introducción

El objetivo principal del presente trabajo apunta a desarrollar los constructos y modelos cognitivos primordiales de la ansiedad, desde la perspectiva cognitiva contemporánea. Estos modelos son poco conocidos en nuestro medio, pero ameritan serlo por nuestros clínicos, puesto que son la base de la psicoterapia cognitivo-comportamental de los trastornos de ansiedad, que tan eficaces están demostrando ser.

Se intentará dilucidar el sentido interaccionista que algunos autores han propiciado al modelo, sobretodo en lo referente al Aprendizaje Social, a las Teorías del Comportamiento y a los avances en Neuropsicología Cognitiva.

Sin adentrarse específicamente en algún cuadro psicopatológico específico de la ansiedad, se intentará delimitar fenómenos funcionales que son comunes a todos estos cuadros.

Etimológicamente, el término *ansiedad* viene del latín: *anxietas*, congoja, aflicción. Es un estado psicofísico caracterizado por un sentimiento de perentoriedad, inseguridad, que puede vivenciarse como una amenaza inminente. Desde el punto de vista psicoevolutivo, es una respuesta adaptativa ante estímulos endógenos o exógenos que tiende a la supervivencia, puesto que contempla una dinámica neurovegetativa, neuromuscular, cognitiva y emocional que pone en marcha mecanismos automáticos de anticipación de peligros, detección de amenazas y activación de conductas para enfrentar, evitar o huir ante lo percibido como peligroso.

Desde el punto de vista ontogenético, la ansiedad, puede ser leve (sensación de inquietud, intranquilidad), moderada (desasosiego, expectancia ante peligros) o extrema (pánico, desesperación). Es evidente la implicancia entre "peligro" y "ansiedad". En los humanos esa relación no es unívoca puesto que el peligro es "*significado*", hecho que posibilita que la angustia en los humanos puedaemerger ante peligros no reales, que no ponen en jaque necesariamente su vida pero que, sin embargo, desencadenan una serie de respuestas que pueden desembocar en el pánico. Si hablamos de peligros reales y no reales, esto permite inferir una *instancia intermediaria* que, con evidencia empírica, ha demostrado ser un factor determinante en el desenlace emocional, cognitivo y comportamental que tendrá el sujeto (Bandura, 1982. Beck, 1967, 1983, 1985. Clive et al., 1997).

Esta instancia es el *locus* de pertinencia de los enfoques cognitivos en el

tratamiento de la ansiedad clínica.

El Conductismo Clásico ya no puede ser un paradigma que encuadre *todas las conductas*, salvo en los tratamientos cognitivo-conductuales de los Trastornos de ansiedad (fobias monosintomáticas, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de pánico con o sin agorafobia, etc.), ya que en una de sus fases, las técnicas comportamentales, en el foco indicado, muestran efectividad clínica (Chappa, 1997).

Trastornos de Ansiedad-Perspectiva Cognitiva en Psicopatología

Con el surgimiento del DSM-III en 1980, comienza una redistribución y, por qué no, un desmembramiento del concepto de neurosis, que ameritó una interesante interpelación al consistente edificio taxonómico freudiano de las neurosis. Se produjo una delimitación en base a trastornos que, desde el punto de vista nosológico, visualizaba axialmente los matices sintomáticos de los cuadros, dando base semiológica a la efectividad específica -empíricamente comprobada- para el tratamiento de cada trastorno.

Esta conversión comprende a los Trastornos de ansiedad que agrupa las *Crisis de angustia (panic attack)*, el *Trastorno de angustia con o sin agorafobia* y el *Trastorno de ansiedad generalizada* como los equivalentes de la neurosis de angustia (en la clasificación freudiana); la *Agorafobia* sin historia de Trastorno de angustia, las *Fobias específicas* y las *Fobias sociales* como los equivalentes de la neurosis fóbica, mientras que las neurosis obsesiva y traumáticas están representadas en el *Trastorno obsesivo-compulsivo* y el *Trastorno por estrés postraumático* ("Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", 1997).

En este sentido, la psicoterapia cognitiva -y su combinatoria comportamental- está a la cabeza en el testeo de eficacia comprobada, por su prestancia en la delimitación de marcadores causales, predisponentes y precipitantes, como de cambio, para la investigación; hecho relativamente novedoso en el terreno de las psicoterapias tradicionales. Un reciente estudio de investigación en Trastornos de Pánico y Agorafobia en pacientes externos hospitalarios de EEUU (Sharp et al., 1998) muestra los resultados comparados en los tratamientos en términos de cambio, tanto estadística como clínicamente significativos según la Escala Hamilton de ansiedad. En un seguimiento de 6 meses, luego de finalizados los tratamientos, se demostró que los grupos tratados con terapia cognitivo-comportamental (TCC) específica presentaban ventajas altamente significativas respecto de los grupos placebo. Asimismo los grupos tratados con TCC y fluvoxamina mostraron una eficacia comparable con los tratados con TCC solamente. Además se comprobó que muchos de los que fueron tratados solamente con fluvoxamina tuvieron recaídas a los 6 meses, no así la mayoría de los tratados con TCC.

El paradigma cognitivo comienza a ensamblarse en la década de los '60 en el campo de la práctica clínica y la psicología académica. Actualmente, hay al menos

veinte modelos de psicoterapia cognitiva con diferentes matices, que comparten el paradigma central, basado en que las alteraciones idiosincrásicas y la cognición son una variable ineludible en su focalización y tratamiento de los trastornos emocionales, para la mejoría y alivio de los sujetos.

Fue Aaron Tim Beck el que, en la década de los '70, consolidó definitivamente una "psicoterapia cognitiva de la Depresión" (Beck, 1983) que, en años posteriores, se fue especificando y extendiendo para el tratamiento de los Trastornos de Ansiedad (Beck, 1985; Clark, 1996; Salkovskis, 1996, 1996) como las Fobias Sociales, los Trastornos Obsesivos Compulsivos, los Trastornos por Ansiedad Generalizada, el Estrés Pos-traumático y los Trastornos por Pánico, con o si Agorafobia. Ya es indiscutida su eficacia en Depresión (Dobson, 1989; Hollín y Najavits, 1988; Blackburn, et al., 1986), Trastorno de Ansiedad Generalizada (Power, et al., 1989; Sanderson y Beck, 1990; Durham, et al., 1987; Lindsay, et al., 1984; Power, et al., 1989; Butler, et al., 1991), Trastorno por Pánico (Beck, et al., 1989; Clark, 1991; Newman, et al., 1990).

Beck, con formación previa en psicodinámica (Beck no surge del tronco del Conductismo norteamericano), presenta un modelo teórico y de intervención esencialmente interaccionista, puesto que su modelo balancea constructos psicodinámicos, cognitivos, del paradigma del procesamiento de la información y de la Teoría del Aprendizaje social de Albert Bandura (1982). Este último, fundamental promotor de la ruptura de los modelos conductistas ortodoxos, planteó la introducción de los procesos intermediarios cognitivos como foco que había sido excluido por el conductismo tradicional (Bandura, 1969).

Estudios experimentales hechos por Bandura (1969, 1982) dan cuenta de la insuficiencia del modelo conductista, tanto Clásico como Operante de Skinner, dándole entrada definitiva a *los procesos de Codificación y Expectativas* del sujeto, en la "regulación simbólica de la conducta" (Bandura, 1982). A decir de Bandura, los sujetos se guían por las *consecuencias esperadas* de sus conductas, no por las *consecuencias reales*.

En este sentido, la emergencia de ansiedad, normal o clínica, supone un desencañamiento cognitivo idiosincrásico del sujeto. Las investigaciones de Clark (1996) han mostrado que las *interpretaciones catastróficas* de los síntomas corporales pueden desencadenar una *crisis de pánico*. Richard Lazarus, reconocido investigador comportamental, plantea que las expectativas de los sujetos son las que configuran un estilo de respuesta, desarticulando cualquier programa predictor, basado exclusivamente en los estímulos reforzantes positivos o negativos, por cuanto los reforzamientos de las conductas no garantizaban *per se* los posteriores procederes de los individuos. Según Bandura, si las "Expectativas de Eficacia" son deflacionarias, los refuerzos positivos que reciba el sujeto no garantizan el posterior rendimiento (Bandura, 1982). Esto significa que los sujetos pueden ejercer una conducta o tomar una decisión, aunque sepan de antemano que las consecuencias serán negativas.

Lazarus sistematizó lo que se llamó un primer modelo cognitivo de la ansiedad, que más adelante analizaremos (Lazarus, R., 1986).

También fue definitoria la discusión que plantea Chomsky al exponer la insuficiencia del modelo conductista Operante de Skinner para explicar el lenguaje (Gardner, 1985). Sumándose a estas críticas, Bandura considera que el lenguaje es una habilidad muy compleja para que un niño la incorpore tan rápidamente por condicionamiento; a partir de lo cual se refiere a los procesos de codificación facilitados por un medio social (Bandura, 1982).

Evidencias recientes de la Neuropsicología Cognitiva sinergizan estos descubrimientos; también la investigación puso en evidencia estos procesos cognitivos complejos (Sallice, 1986). Recientemente, la Neuropsicología Clínica incorporó estudios sobre la relación entre el cerebro y las emociones, como el temor y su capacidad inductora de desencadenar un *feed back* de procesos cerebrales y cognitivo-comportamentales (Ledoux, 1999).

La convergencia de estas evidencias y modelos va consolidando cada vez más el estudio científico del funcionamiento y alteraciones del sistema cognitivo humano, aplicable al campo de la clínica de los Trastornos de ansiedad.

Modelo Cognitivo de la Ansiedad

Richard Lazarus (1986) fue un pionero en plantear un modelo muy simple de la ansiedad (fig. 1) y al referir que la respuesta de un individuo, ante una situación desencadenante, no se puede explicar por la situación en sí misma, sino por una serie de procesamientos (que él plantea en serie): 1) el sujeto evalúa la magnitud de la situación en términos de *amenaza* (*evaluación primaria*); si no reviste amenaza, la situación será neutral; 2) estima o desestima sus *recursos* (*evaluación secundaria*); 3) siente confianza en sí mismo o se siente vulnerable; 4) si se siente vulnerable, realizará un viraje en su procesamiento cognitivo (giro cognitivo) de sus habilidades a sus debilidades; sucesos que propiciarán propicia una determinada respuesta de afrontamiento, huída o colapso.

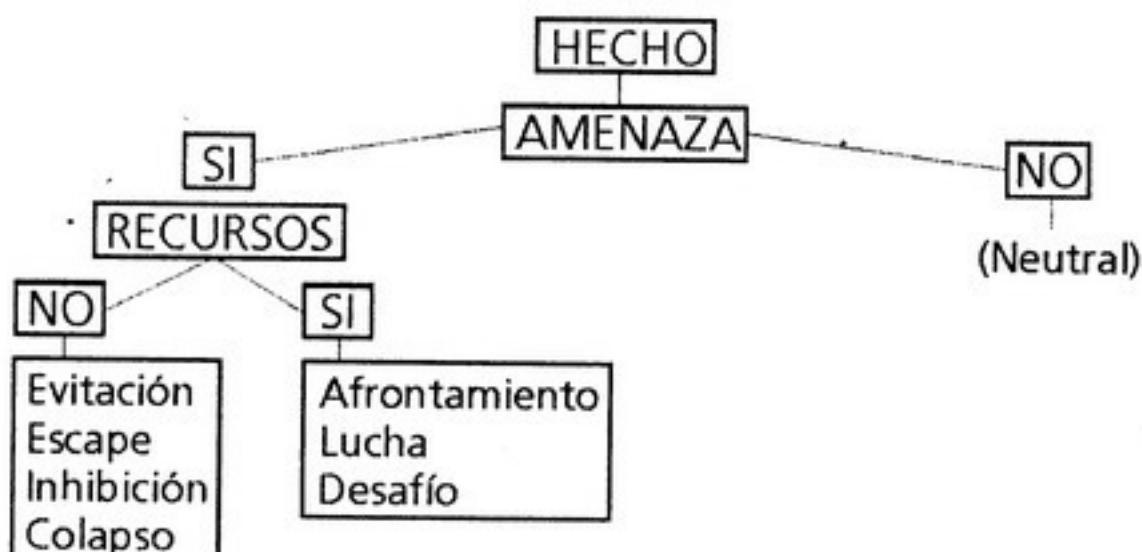


Fig. 1: Modelo cognitivo de la Ansiedad de Lazarus.

La idea central del modelo de Beck (tanto para la Depresión, como posteriormente fundamentado para los Trastornos de ansiedad) plantea una *interacción reciproca* y en *paralelo*, entre las *cogniciones*, los *afectos* y las *conductas*. Su modelo explicativo y de intervención es altamente interaccionista ya que, si bien es clara la supremacía en el tratamiento de los factores cognitivos, las conductas y emociones que implementa el sujeto son factores condicionados y condicionantes de la forma en que el sujeto atribuye significados al mundo y a sí mismo. “Es la significación de los hechos lo que gatilla las emociones más que los hechos mismos” (Beck, 1983). Beck y Emery (1985) proponen, en *Anxiety Disorders and Phobias A Cognitive Perspective*, que la ansiedad se refiere a la *percepción* de una amenaza tanto física como psíquica, tanto real como imaginaria; asimismo, diferencian la ansiedad del miedo, por cuanto este se manifiesta ante una situación de “peligro real” y predominantemente específica.

La dimensión comportamental

El *tratamiento del comportamiento* del modelo cognitivo incorpora, en el terreno comportamental, investigaciones como las de Isaac Marks (1970), en fobias; Joseph Wolpe (1958), con su método de Desensibilización Sistémica; así como las de otros clínicos comportamentales que se implicaron en el movimiento de terapia cognitivo-conductual, tales como Davison, Golfried, Lazarus, Mahoney, Michenbaum, que luego evolucionaron para desarrollar la llamada Psicoterapia de Integración.

Las conductas evitativas de los pacientes con crisis de ansiedad son manifestaciones defensivas en un estilo cognitivo determinado. Su sostenimiento no hace más que confirmar el *significado* temido de lo evitado y, al mismo tiempo, la *autopercepción* como sujeto vulnerable con déficits de recursos.

Este es el principal factor que justifica las intervenciones comportamentales en los protocolos de tratamiento cognitivo de la ansiedad.

La dimensión cognitiva

Respecto a las cogniciones, la teoría cognitiva sostiene que las personas con ansiedad *creen* estar expuestas a amenazas, sean éstas reales o imaginarias, y pueden distorsionar la información *confirmando* el peso de lo temido y *desestimando* sistemáticamente todo dato que contradiga esa creencia.

Beck da a entender que el sistema cognitivo humano no es un “aparato” que refleja fielmente la realidad, sino que sistemáticamente modifica y distorsiona la información con fines funcionales o disfuncionales. La concepción de Beck rompe la tradición cognitivo-sensorial para la cual el dato sensorial es fielmente captado en una sumatoria de estímulos puros que configuran un constructo representacional (Beck, 1967, 1973, 1983).

En este sentido, como explica Salkovskis (1996), la *experiencia* de una persona presa del pánico, que *cree* errónea y *distorsionadamente* (catastrofización) sufrir un ataque cardíaco, es muy similar a la de quien realmente lo padece. En esta misma línea, la terapia cognitivo-comportamental hace una distinción psicopatológica entre Factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento en las crisis y trastornos de ansiedad.

La Ansiedad y los Niveles del procesamiento cognitivo humano

Las principales líneas en psicoterapia cognitiva, tomando evidencias clínicas y los últimos aportes en Neuropsicología Cognitiva (Sallice, 1986. Travel, 1992), plantean que las cogniciones conforman un sistema diferenciado con distintos niveles de organización y consistencia. Se las define como “formas de conocimiento” y como presunciones, fantasías, ensoñaciones y sensaciones. Las cogniciones son un registro representacional de los estímulos externos e internos. Los últimos aportes del constructivista Vittorio Guidano (1991) plantean que el sujeto humano es un constructor proactivo de significados, en razón de las cogniciones expuestas y en un sentido más amplio que el fijado por la ciencia cognitiva básica que lo circunscribe a lo sensorio e intelectual.

Las últimas investigaciones en Neuropsicología Cognitiva vienen demostrando que es un “*sistema ejecutivo*” (*cognitivo*) el que administra los recursos sensoriales y representacionales disponibles (Travel, 1992) en el estudio de la memoria a corto plazo (Baddeley, 1992), en la atención (Sallice, 1986) y en las llamadas “funciones ejecutivas” que abarcan el comportamiento global del sujeto para la ejecución y toma de decisiones. Sin este recurso, inferimos, nuestra conciencia sería como un caleidoscopio de estímulos dispersos.

Beck plantea la operación de *dos procesadores cognitivos* que trabajan en simultáneo y en paralelo. Un *procesador racional* (homólogo al proceso secundario del psicoanálisis), que es dirigido y voluntario, sometido a los principios de identidad y a la lógica aristotélica, y un *procesador automático* (homólogo al proceso primario en psicoanálisis), que es involuntario e irracional, y que es el último responsable de las *reacciones emocionales y conductuales de la ansiedad*. Estos postulados se ven corroborados por las últimas evidencias de la Ciencia Cognitiva y de la Neuropsicología Cognitiva. Así, en experimentos con lesionados cerebrales, se puso en evidencia la existencia y eficacia de los llamados *procesos cognitivos tácitos*, que desvían la toma de decisiones de los sujetos en experimentación (Ellis, 1992). Este *procesador automático* no es unitario, sino que a su vez está conformado por dos decursos: uno preconsciente, el de los llamados *pensamientos automáticos*, que son planteados como imágenes, pensamientos, sensaciones de aparición rígida y fugaz; y otro inconsciente, el de los llamados *Esquemas*, que es el nivel más estable en la organización cognitiva, estamento que sienta las bases de la identidad de los

sujetos y contiene las *reglas aprendidas* para la codificación de las representaciones externas e internas, hecho que permite otorgarles *significación* (Keegan, 1998).

Los pensamientos automáticos

El concepto es incorporado por Beck en la investigación de los estados depresivos. Beck (1983) corrobora clínicamente que los sujetos depresivos, paralelamente a sus relatos conscientes, se ven influenciados por pensamientos, imágenes, sensaciones que dan consistencia a su estado deflacionario. Además producen efectos que consolidan una manera de pensar (cogniciones), de sentir (afectos) y de actuar (comportamientos). Paulatinamente, estos pensamientos automáticos fueron también evaluados clínicamente en los Trastornos por Ansiedad (Beck, 1997) y en los Trastornos de la Personalidad (Beck, 1999). Beck fue el pionero en procedimientos de registro, detección y tratamiento de los mismos (Beck, 1983).

La impronta de los contenidos de estos pensamientos en las respuestas ansiosas ha sido comprobada, por ejemplo, en las de los sujetos con fobia social, que son interceptados por estos pensamientos involuntarios, con la forma de autoafirmaciones o imágenes que patentizan un estado de inadecuación y crítica de los demás percibida, por lo general, como negativa.

Los Esquemas

Este concepto tiene una historia relativamente larga en Psicología académica y clínica (Barlett, 1932, 1958, y Piaget, 1926, 1936/1952). Los *esquemas* han sido descriptos como estructuras inferenciales que adscriben significado a los hechos.

Desde el punto de vista cognitivo, la personalidad puede concebirse como una organización relativamente estable, compuesta por sistemas, subsistemas y modalidades. Los sistemas más estables son los esquemas: sistemas ejecutores tácitos responsables de la secuencia, que va desde la recepción de un estímulo hasta el punto final de una respuesta conductual y emocional (Beck, 1999).

Los esquemas pueden ser definidos como una unidad estructural de conocimiento en forma de redes asociativas de conceptos, supuestos y creencias que varían en su contenido de un individuo a otro, configurando un interjuego entre predisposición y experiencia adquirida, en procesos de *asimilación* y *acomodación* (Piaget, 1991).

Los esquemas también se definen, desde lo *dinámico*, como una estructura cognitiva para la *detección, codificación y evaluación de los estímulos que actúan sobre el organismo*.

Los Factores Cognitivo-comportamentales en la Ansiedad

Puesta en Marco

¿Las cogniciones causan la ansiedad que puede desencadenar un trastorno? La pregunta no distingue el tipo de *causas* que se manejan en las líneas cognitivas contemporáneas. Estas líneas excluyen las *causas eficientes* provenientes del modelo físico de Newton. Causas usadas en exceso en los modelos reduccionistas psicológicos, de cualquier orientación (incluso algunos cognitivos, que se convirtieron en “ismos”). Estas causas eficientes de la física newtoniana (A entonces B) no resisten la evidencia de los fenómenos de *feedback* (retroalimentación) en la autorregulación de la conducta y de los procesos activos de *feedforward* propuestos por Mahoney (1983).

Una explicación cognitiva de la ansiedad, en parámetros de causas eficientes, obligaría a medir la eficacia de estos modelos en términos de evidencias causales, que parecen ser estrechos ante el hecho psíquico (sea cognitivo, emocional y para las conductas complejas). En este sentido, muchos investigadores plantean el rigor metodológico y eficacia de resultados de los modelos psicológicos de intervención en términos *probabilísticos* significativos, más que causales en sentido clásico (Opazo, 1992).

Por lo tanto, cuando se habla de causas, se lo hace *en un sentido discreto dentro de una dinámica de factores* y no en un sentido absoluto. En convergencia con esto, Beck plantea (1985) un interjuego de Factores precipitantes y predisponentes (esquemas subyacentes, historia del aprendizaje) que activan la ansiedad.

Los Factores

En el espectro que va desde la reacción ansiosa normal, esperable y funcional, hasta la inmovilizante y panicosa, intervienen dos clases de factores que dan lugar a *interpretaciones ansiógenas* (22): A) los que *causan y precipitan* esas interpretaciones (factores causales) y B) los que *mantienen* niveles elevados de ansiedad (factores de mantenimiento).

A) La teoría cognitiva de la depresión postuló que en el sujeto debían existir experiencias infantiles que determinasen la constitución de *esquemas* que lo hicieran más vulnerable a las interpretaciones depresógenas (Beck). Posteriormente, Beck confirmó clínicamente este precepto en los trastornos por ansiedad, afirmando que las personas más vulnerables a la ansiedad debían haber atravesado experiencias infantiles que habrían construido ciertas *creencias* susceptibles de conducir a la exacerbación de la peligrosidad de ciertas situaciones. Beck llamó *Vulnerabilidad a la Ansiedad* a esta facilitación psíquica, definiéndola como “la autopercepción como sujeto de una amenaza externa o interna sobre la que tiene poco o ningún control”

(Beck, 1985).

Cuando se instala un trastorno de ansiedad, la vulnerabilidad esquemáticamente incorporada desencadena una serie de procesos cognitivos distorsivos y recurrentes por los cuales el sujeto a) subestimará recursos propios y otros aspectos positivos de sí mismo (*minimización*); b) enfocará su atención exclusivamente en sus debilidades y en los estímulos que le confirmen su expectación (*abstracción selectiva*); c) verá de forma amplificada cada impedimento o imposibilidad (*magnificación*); d) anticipará las peores consecuencias (*catastrofización*); e) recuperará de su memoria episódica, selectivamente, los recuerdos de sus errores anteriores y no recuperará sus recursos, si es que los posee, para neutralizar las situaciones ansiógenas; asimismo, f) determinado por las directrices de su vulnerabilidad, sufrirá alteraciones en el *pensamiento formal* que dificultarán la aparición de una perspectiva más objetiva.

Beck infiere que ciertos eventos vitales o situaciones críticas estresoras pueden activar los esquemas de vulnerabilidad de la ansiedad configurando la cadena de acontecimientos psíquicos, graficados a continuación.

ESTRESOR ANSIÓGENO > ESQUEMA > DISTORSIONES > SIGNIFICADO

Otras variables cognitivas que intervienen en la ansiedad son: la *probabilidad percibida de amenaza* y la *significación* que le atribuye el sujeto en relación con la *capacidad percibida de recursos* y los *factores de "rescate percibidos"* (fig. 3). El modelo cognitivo plantea que un sujeto se sentirá más ansioso, puesto que el contenido de sus cogniciones automáticas será vivenciado como plausible y posible, sintiendo que la amenaza se va a concretar inminentemente. Beck, Emery y Greenberg, en su texto *Anxiety Disorders and Phobias*, plantean que el *significado atribuido* y la percepción de la *probabilidad* actúan en forma sinérgica. Esta implicación se puede representar algebraicamente, como se expresa en la figura 3. (Keegan, 1998).

$$\text{ANSIEDAD} = \frac{\text{Probabilidad percibida de amenaza} \times \text{costo percibido (significación)}}{\text{Capacidad percibida de recursos} \times \text{factores de "rescate" percibidos}}$$

Fig. 3: Factores precipitantes de Ansiedad. Keegan.

Este cuadro de situación permite entender por qué, aunque la probabilidad percibida de ocurrencia de un hecho ansiógeno sea mínima y el costo percibido sea muy alto, los mecanismos automáticos de evitación se pondrán igualmente en marcha. Por ejemplo, un sujeto con ansiedad social evitará sistemáticamente exponerse en público por temor a ser evaluado negativamente, aunque estime que

es poco probable que ello ocurra en una situación determinada. Otro sujeto con fobia a volar evitará hacerlo a pesar de ser consciente de la poca probabilidad de catástrofe, ya que mantendrá su creencia de que algo terrible podría suceder.

Esta es una de las razones que nos permite comprender por qué -en el enfoque y tratamiento cognitivo- las *atribuciones de significado* son prioritarias, sobre todo en los estados agudos de ansiedad, configuren o no un trastorno.

La relación entre la capacidad percibida de *recursos* que tendrá el sujeto para afrontar la situación ansiógena (la evaluación secundaria de Lazarus) se sinergiza con los *factores de rescate*. Estos últimos son aquellas situaciones o personas sostenedoras que podrían calmar y resguardar al sujeto ante la expectativa de potenciales peligros. Estos últimos factores estarán condicionados por los estilos de apego que haya configurado el sujeto en su desarrollo, como destaca Bowlby (1983).

B) Según la teoría cognitiva hay tres factores que hacen al mantenimiento de la ansiedad: las perturbaciones del pensamiento, los cambios neurovegetativos, y las conductas evitativas o de seguridad.

Perturbaciones del Pensamiento

Es conocido el dicho, usado por los conductistas, que el que se quema con leche ve una vaca y llora; nosotros agregaríamos que lo hará mientras tenga la creencia de que siempre que tome leche se quemará. La **atención selectiva** alude al hecho de que quienes se creen en peligro tienen mayor sensibilidad a estímulos que confirmen el **peligro temido** (efecto de similaridad). La **hiperconcentración e hipervigilancia** de un sujeto fóbico social, por ejemplo, harán que involuntariamente fije su foco en alguna sonrisa que le parezca burlona cuando hable en público, minimizando -en su campo perceptivo- a las cien personas que lo escuchan atentamente.

La ansiedad nos puede mostrar aparentemente dispersos, sin embargo estamos de manera tácita hiperconcentrados en los signos ansiogénicos. La *pérdida de perspectiva* conduce al compulsivo a bañarse nuevamente porque se ensució las manos o al fóbico social a sentir que todo el auditorio está pendiente del enrojecimiento imperceptible de su rostro (amplificación).

El sistema de alarma y las ideas automáticas propician una intromisión involuntaria continua de pensamientos o imágenes cuyo contenido estará relacionado con un daño potencial. La *pérdida del control voluntario y de la objetividad* producirá, en el sujeto clínicamente ansioso, dificultades para comprender la naturaleza no racional de sus ideas; de ese modo llegará a convencerse (convicción no psicótica) de la plausibilidad de lo temido: "me duele el pecho, es signo de un ataque cardíaco", interpretará distorsionadamente el panico.

La *generalización de los estímulos* es un procesamiento automático que también contribuye al mantenimiento de los estados de ansiedad, por cuanto la continua

búsqueda de señales de peligro de carácter ansiógeno aumentará el número de estímulos comprometidos con la propiedad de generar temor (muy característico en el estrés post-traumático, hipocondriasis y en las fobias). Por la *catastrofización*, el sujeto ansioso anticipará las peores consecuencias de aquello que teme, como planteara Ellis en 1962.

Los estados de ansiedad clínica son, asimismo, retroalimentados por un pensamiento *dicotómico* que enmarca las situaciones en términos no probabilísticos y polarizados, del tipo: "todo o nada, siempre o nunca, puedo o no puedo, me salvo o sucumbo".

Si un estímulo se repite, nuestra atención hacia él se va reduciendo (*habitación*). Los sujetos ansiosos no muestran este fenómeno (Lader et al., 1967), por lo que la ausencia de habitación es un fenómeno comportamental que coadyuva también en el mantenimiento de la ansiedad.

La convergencia de todos estos factores cognitivos es eficaz en la causación y mantenimiento de la ansiedad funcional o clínica, y pone en evidencia el postulado cognitivo que dice que "el sujeto habrá de guiarse más por las consecuencias esperadas que por las reales", como ya demostró Bandura en sus escritos.

Cambios Neurovegetativos

El cambio fisiológico es evidente en la ansiedad, sea funcional o clínica, con la que tiene vínculos directos e indirectos. Cuando un sujeto piensa, tiene la intuición de que está en peligro, esto activa una descarga de adrenalina, la que genera una serie de sensaciones corporales. De acuerdo con la teoría de Clark (1996), si la fuente de peligro es asociada a ciertas sensaciones corporales, dará lugar a una elevación en la percepción del peligro (interpretación catastrófica de las sensaciones) y generará una espiral de retroalimentación positiva que podrá desencadenar un ataque de pánico.

Los sujetos con ansiedad social generalmente temen que los demás perciban esta ansiedad y los tomen por inadaptados; hecho que activaría todo un "set cognitivo" (conjunto de creencias), una respuesta autónoma de sonrojamiento, transpiración y temblor que irá en aumento creciente. Los factores cognitivos y fisiológicos muestran un compromiso de refuerzo mutuo. En las distintas formas clínicas de la ansiedad, este es un patrón común: el compromiso fisiológico y psíquico se amalgama en una lógica implícita de causalidad, analogía y contigüidad. Esta cara fisiológica de la ansiedad, muestra el paradigma de la complementariedad y recíproca influencia de los factores cognitivo-comportamentales y biológicos.

Beck (1967, 1976) plantea un modelo de esquema de alta complejidad, donde incluye los factores fisiológicos.

Las Conductas Evitativas o de Seguridad

Los estados de ansiedad suelen ser promotores de cambios en el comportamiento, que obedecen a la aparición de conductas evitativas ante el peligro percibido; de este modo se configura *el tercer factor de mantenimiento de los estados de ansiedad*. Tradicionalmente, este aspecto ha sido tratado e interpretado desde una perspectiva comportamental como un problema de extinción ante la falta de reforzamiento. En tal sentido, cuando el estímulo ansiogénico es “objetivo”, como en muchas de las fobias simples (por ejemplo, a algunos animales y situaciones), es probada la eficacia terapéutica de la *exposición gradual y sistemática* al estímulo (Marks, 1970) a los efectos de lograr una desensibilización (Wolpe, 1958). Esta metodología resulta operativa en sí misma cuando se considera oportuno que el paciente afronte los aspectos reales de lo evitado, y cuando el abordaje cognitivo amerite complementarse con una fase comportamental, como es el caso del tratamiento cognitivo-comportamental de los Trastornos de pánico con agorafobia (Chappa, 1997).

La teoría cognitiva tiende a circunscribirse dentro de un rango que va desde las conductas funcionales a las conductas iatrogénicas. En este sentido, es perfectamente razonable la implementación de conductas evitativas ante situaciones que pondrán en peligro la vida del sujeto (aglomeraciones, tumultos, estímulos aversivos; etc.). Pero la incumbencia terapéutica cognitiva es prioritaria cuando la percepción del peligro es el resultado de una evaluación distorsionada de la situación, ya que su efecto secundario adverso es la imposibilidad de que la persona ansiosa aprenda que su evitación no tiene fundamento externo (Keegan, 1998); de ese modo consolida sus *expectativas de eficacia personal* negativas (Bandura, 1982).

Las conductas de seguridad o evitativas consolidan, en los sucesivos reforzamientos, la convicción de que “se pudo salvar”, de que “menos mal que no estaba solo, si no me descomponía, me volvía loco”; con lo que se cierran los *inputs* que le permitirían al sujeto desconfirmar la percepción de peligro errónea.

Las investigaciones realizadas en pacientes con trastornos por pánico ya mencionadas mostraron que los grupos tratados con tratamientos cognitivo-comportamentales presentaron una tasa significativamente menor de recaídas respecto de los grupos que habían recibido solamente terapia farmacológica. Los fármacos actúan específicamente sobre los factores de mantenimiento biológicos (vulnerabilidad neurovegetativa de los panicosos), condición necesaria pero no suficiente para evitar el surgimiento de nuevas crisis, una vez disminuidas o suspendidas las dosis. Superado el período agudo del trastorno, el tratamiento cognitivo comportamental implementa una etapa de mantenimiento que apunta a consolidar las habilidades de afrontamiento y los cambios en la *atribución de significados* logrados en el tratamiento. Es esperable que un sujeto panico presente una sensibilidad autónoma genéticamente determinada (síntomas gastrointestinales, respiratorios, taquicardia,

palpitaciones, etc.). No es el mismo caso el de los sujetos que no decodifican ni interpretan catastróficamente estos síntomas (Clark, 1996).

Esto se puede ejemplificar con el caso de la mayoría de las personas con problemas cardíacos, ya que suelen estar pendientes de sus signos vitales y, para ellas, la percepción de cierto malestar o dolor en un determinado momento son señales objetivas de algún procedimiento preventivo a seguir: aumentar o implementar tal medicación indicada, disminuir la marcha, relajarse, llamar al médico. Todas estas son acciones que no podrían llevar a cabo si esa percepción corporal fuera decodificada e interpretada exclusivamente como indicativa de que ocurrirá algo irreversible e inmanejable, dado que se pondría en marcha una cadena de cogniciones ("set") que no darían espacio para otra cosa que no fuera la cruda y sorda desesperación.

El territorio recorrido por el presente trabajo intentó despejar algunas directrices teóricas y clínicas acerca de la ansiedad. Las evaluaciones clínicas apuntaron exclusivamente al *tratamiento breve* de la sintomatología en sujetos clínicamente ansiosos. El tratamiento cognitivo cuenta con un *nivel profundo* y más prolongado de las llamadas *creencias centrales*, típicas de los trastornos de ansiedad.

El nivel profundo es abordado (con la anuencia del paciente) después de haber instaurado el tratamiento cognitivo y comportamental de las crisis agudas, que muchas veces son inhabilitantes para el sujeto.

Conclusión

La ansiedad es una respuesta compleja de un organismo complejo ante una determinada situación, sea real o imaginaria. Como conquista evolutiva tiene fines de supervivencia, pero también puede activarse disfuncionalmente, perturbando la cotidianeidad.

La perspectiva cognitivo-comportamental fue consolidándose durante los últimos 30 años a través de diferentes aportes y escuelas. En la actualidad, la teoría y la investigación convergen en ella volviéndola más consistente entre las ofertas disponibles en el campo de la Psicología aplicada para la ansiedad. El carácter activo y estructurado de los tratamientos da su marco de brevedad en las crisis agudas, con el insustituible vínculo interpersonal.

El modelo teórico y clínico de esta perspectiva pone su acento en la interacción recíproca de los afectos como la ansiedad, las creencias y las conductas. No trata la ansiedad como un fenómeno aislado, sino como un precipitado que "cabalga", se "nutre" y se "manifiesta" a través de las creencias y comportamientos de las personas.

El foco de esta perspectiva está diversificado en dos aspectos fundamentales: a) análisis y modificación de los contenidos representacionales (cogniciones: creencias, pensamientos automáticos, esquemas de pensamiento), que precipitan y mantienen el sufrimiento ansioso; b) análisis y modificación de las conductas,

entendidas como *medio* ineludible para desconfirmar creencias ansiógenas. La complementación de ambos aspectos dan potencia terapéutica y sostenimiento de la mejoría.

De este modo queda al descubierto una comprensión de la ansiedad en su riqueza ideacional y comportamental, más allá de que siempre habrá un camino por recorrer para adecuar, aún más, estos modelos a la riqueza y dinámica humana.

Bibliografía

- BADDELEY, A.: "working Memory". *Science*, 1992.
- BANDURA, A.: *Principles of Behavior Modification*. New York. Holt, Rinhart and Winston, 1969.
- BANDURA, A.: *Teoría del Aprendizaje Social*. Madrid, Espasa-Calpe, 1982.
- BECK, A.: *Depresión: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York. Harper an Row, 1967.
- BECK, A.: *Cognitive Theory and the Emotional Disorders*. New York. International Universities Press, 1976.
- BECK, A.: *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao. Desclee de Brouwer, 1983.
- BECK, A.: "Conferencia con ocasión del premio Paul Hoch, Asoc. Americana de Psicopatología", 3-3-83, incluido por Mahoney M. y Freeman A. (eds) Barcelona. Paidos, 1988.
- BECK, A.; EMERY, G.: *Anxiety Disorders and Phobias. A cognitive perspective*. New York, Basic Books, 1985.
- BECK, A.: "Beyond Belief: A Theory of Modes, Personality and Psychopathology" en: SALKOVSKIS, P. M. (ed): *Frontiers of Cognitive Therapy*, 1-26. New York. Guilford Press, 1996.
- BECK, A.: "Terapia Cognitiva: pasado, presente y futuro", en MAHONEY, M. *Psicoterapias Cognitivas y Constructivistas, teoría investigación y práctica*. Bilbao, Desclee de Brouwer, 1997.
- BECK, A.: *Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad*. Barcelona. Paidos, 1999.
- BOWLBY, J.: *La separación afectiva*. Barcelona. Paidos, 1983.
- CHAPPA, H.: *Pánico y Agorafobia*. Buenos Aires. Salerno. 1997.
- CHAPPA, H.: "Abordaje Cognitivo-integrativo del pánico y la agorafobia". *Rev. Arg. De Psicología Clínica*, Vol. I, 60-69, Buenos Aires, 1992a.
- CLARK, D.: *Panic Disorder: From Theory to Therapy*, 318-364. New York. Guilford Press, 1996.
- CLARK, D.: "A Cognitive model of Panic", en RACHMAN S. y MASER J. (eds.) *Psychological Perspectives*, Hillsdale Erlbaum.
- CLIVE, J.; ROBINS; HAYES, A.: "Una valoración de la Terapia Cognitiva", en:

MAHONEY, M. *Cognición y Psicoterapia, teoría, investigación y práctica*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1997.

- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. American Psychiatric Association, 1994.
- ELLIS y YOUNG: *Neuropsicología Cognitiva Humana*, Barcelona, Masson, 1992.
- FRANCHI, S.: "Trastorno por Ansiedad Generalizada", trabajo perteneciente a la curricula del *Curso de Postgrado en Psicoterapias Cognitivas e Integrativas*. U.N.L.P. La Plata, 2001.
- GUIDANO, V.: *The self in process*. New York, Guilford Press, 1991.
- KEEGAN, E.: "Trastornos de Ansiedad: la perspectiva cognitiva", en: *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiatría*, Vol. IX: 197-209. Buenos Aires, 1998.
- LAZARUS, R y FOLKMAN, S.: *Stress y Procesos Cognitivos*, Barcelona, Martínez Roca, 1986.
- LEDOUX, J.: *El cerebro emocional*. Barcelona, Planeta, 1999.
- MAHONEY, M.: *Cognición y modificación de la Conducta*. México. Trillas, 1983.
- MARKS, I.: *Tratamiento de las Neurosis*. Barcelona. Martínez Roca, 1970.
- OPAZO, R.: "Postulados básicos de una Psicoterapia Integrativa". *Rev. Arg. de Clínica Psicológica*, Vol I, Nº2, 1992.
- PIAGET, J.: "Seis estudios de Psicología". Colombia. Labor, 1991.
- SALKOVSKIS, P.: "Cognitive Therapy and A. Beck", en "Frontiers of Cognitive Therapy, op. cit., 533-539, 1996.
- SALKOVSKIS, P.: "The Cognitive approach to Anxiety: Threat Beliefs, Safety-Seeking Behavior, and the special case of Health Anxiety and Obsessions", en "Frontiers of Cognitive Therapy. 1996.
- SALLICE, T.: "From Neuropsychology to Mental Structure". Cambridge University Press, 1986.
- TRAVEL, D.; ANDERSON, S.; BENTON, A.: "Development of the concept of Executive Functions and its relationship to the Frontal Lobes". *Hand Book of Neuropsychology*, 1992.
- SHARP, D.; POWER, K.; SWANSON, V.: "The Psychological and Pharmacological treatment of Panic Disorder and Agoraphobia in Primary care", en *Vertex, Rev. Arg. De Psiquiatría*, Vol. IX: 178-189. Buenos Aires, 1998.
- WOLPE, J.: "Psychotherapy by Reciprocal Inhibition". Stanford University Press, 1958.