

Conceptos básicos

Ansiedad normal vs ansiedad patológica

- **Ansiedad normal:** es un estado de ánimo caracterizado por síntomas corporales de tensión física y aprensión respecto al futuro. Se relaciona estrechamente con la *depresión*.

Aunque parezca sorprendente, la ansiedad es buena para nosotros, al menos en cantidades moderadas, ya que reaccionamos mejor cuando estamos un poco ansiosos: la ansiedad impulsa y mejora el rendimiento físico e intelectual.

- **Ansiedad patológica:** se produce cuando la persona tiene demasiada ansiedad y ésta no desaparece, aun sabiendo que no hay nada en realidad por qué sentirnos temerosos. Por ej., una persona con claustrofobia es consciente de que hay poco que temer en esas situaciones en las que se hallan tan tensos.

Conceptos relacionados

Angustia

Miedo: es una reacción de alarma inmediata ante el peligro, y al igual que la ansiedad puede ser bueno para nosotros. Sin embargo, a diferencia de la ansiedad, es una reacción emocional inmediata ante un peligro actual que se caracteriza por fuertes tendencias escapistas y por un impulso en la rama simpática del SNA.

Ataque de pánico: se produce cuando se experimenta la respuesta de alarma cuando no hay nada que temer, y se define como una experiencia brusca de miedo intenso o de malestar agudo, acompañada por síntomas físicos que por lo general comprenden palpitaciones en el corazón, dolor en el pecho, sensación de ahogo y mareos. Esta reacción se denomina así en honor a los momentos de furia del dios de la mitología griega "Pan".

"Tenía a 25 años cuando me dio el primer ataque. Fue unas semanas después de regresar a casa del hospital. Me extirparon el apéndice. La operación resultó bien, y no estuve en ningún momento en peligro, y por ello no me explico lo que sucedió. Pero una noche me fui a dormir y al cabo de unas horas me desperté -no estoy segura de cuánto tiempo después-, con esa vaga sensación de aprensión. Lo que recuerdo a grandes rasgos es la forma en cómo comencé a latirme el corazón. Y me dolía el pecho; sentía como si me estuviera muriendo, como si me estuviera dando un paro cardíaco. Y me sentía muy extraña, como si fuera ajena a la experiencia. Parecía como si mi habitación estuviera cubierta por una bruma. Corrí a la habitación de mi hermana, pero me daba la impresión, mientras corría, de que era una muñeca o un autómatas que se hallaba bajo el control de alguien más. Creo que ella se asustó casi tanto como yo misma lo estaba y llamé a una ambulancia".

Dentro de los ataques de pánico se encuentran los *inesperados*, y los de *predisposición situacional*: probables pero impredecibles en una situación específica. Por ej., cuando ha sufrido un ataque anteriormente en un centro comercial, vuelve a ir a un centro comercial sin saber que le va a volver a pasar y le sucede de nuevo.

Fobia: dentro de esta se encuentran los ataques de pánico *determinados por las situaciones sociales*: siempre se dan en situaciones concretas. Por ej., temer a los lugares elevados o a conducir por puentes largos.

Neurosis: enfermedad funcional del SN caracterizada principalmente por inestabilidad emocional.

Componentes de la ansiedad: triple sistema de respuesta

Componente fisiológico - somático

Se produce un aumento de la actividad del SNA:

- **Cambios observables:**
 - ◆ Sudoración
 - ◆ Dilatación pupilar
 - ◆ Rubor facial
- **Cambios internos:**
 - ◆ Aceleración tasa cardiaca o respiratoria
 - ◆ Descenso salivación
 - ◆ Aumento conductancia

Componente cognitivo-subjetivo

Se produce una evaluación subjetiva de los estímulos y estados ansiosos, y un estado emocional subjetivo desagradable y semejante al miedo:

- Miedo, pánico
- Alarma, inquietud
- Preocupación, aprensión
- Pensamientos recurrentes o intrusivos

Componente motor-conductual

Componentes observables

- Expresión facial
- Movimientos
- Posturas corporales
- Respuestas instrumentales de escape y evitación

Trastornos de ansiedad

Trastorno de ansiedad generalizada

Características generales

El proceso de preocupación en sí mismo no es placentero, pero sin embargo nada iría bien. El problema aparece cuando:

- **Aprensión ansiosa y preocupación excesivas:** esto es lo que distingue la preocupación patológica de la inquietud normal que todos experimentamos de vez en cuando en el momento de prepararnos para un suceso o desafío que está por llegar.
- **Ansiedad intensa y persistente:** la persona tiene dificultades para controlar la preocupación, es decir, no puede dejar de preocuparse a pesar de que ello no conduce a nada bueno, mientras la mayoría de nosotros nos preocupamos por un tiempo pero podemos dejar el problema de lado y pasar a otra tarea.
- **Preocupación indiscriminada** por cualquier cosa: se preocupan por los hechos menores de la vida diaria.

De hecho, cuando se les pregunta: “Se preocupa usted excesivamente por cosas menores?”, el 100% de los individuos con TAG responde que sí, en comparación con un 50% de los individuos con otras categorías de trastornos de ansiedad. Aunque los sucesos mayores se vuelven también un foco de ansiedad e inquietud.

- **Niños:** se preocupan por su desempeño académico, atlético o social, y por posibles daños físicos.
- **Adultos:** se concentran en las posibles desgracias que pudieran sucederles a sus hijos, la salud de la familia, las responsabilidades en el trabajo, y minucias como los quehaceres domésticos o llegar a tiempo a las citas.
- **Ancianos:** suelen concentrarse en la salud, y tienen dificultades para dormir, lo cual hace que la ansiedad empeore.
- **Síntomas somáticos distintos del pánico:** la ansiedad y la preocupación están asociadas a al menos 3 (3 más) de los siguientes síntomas:
 - Inquietud o nerviosismo intenso
 - Sentirse fatigado físicamente
 - Dificultad para concentrarse o mente en blanco: concentrar la atención resulta difícil ya que la mente pasa rápidamente de una crisis a otra.
 - Agitación mental
 - Irritabilidad
 - Tensión muscular
 - Trastorno del sueño: dificultad para dormirse o dormir de un tirón, o sueño inquieto e insatisfactorio.

Para los *niños* basta sílo con un síntoma físico.

- Duración igual o superior a **6 meses** y al menos la mayor parte de los días.
- El foco de la ansiedad y preocupación no se limita a las características de los trastornos del Eje I, es decir, la ansiedad y preocupación no aparecen en forma de un ataque de pánico, de vergüenza ante el público (fobia social), de temor a contaminarse (TOC), a engordar (anorexia nerviosa) o a padecer una enfermedad grave (hipocondría), y no se incluye dentro de un trastorno de estrés posttraumático.
- La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan molestias clínicas significativas o disfunciones sociales, ocupacionales o de otras tareas importantes de la vida.
- No es fruto de efectos directos de una **sustancia** (consumo de drogas o medicación) o un estado de **enfermedad** general (por ej., hipertiroidismo) y no ocurre exclusivamente durante un trastorno de humor, trastorno psicótico o trastorno de desarrollo extenso.

Estadísticas

- Cerca del **4%** de la población general entra en los criterios del TAG durante el periodo determinado de 6 meses: es una cifra muy elevada, lo que hace del TAG uno de los trastornos de ansiedad más comunes. Tasas similares se encuentran en todo el mundo; sin embargo, relativamente pocas personas solicitan tratamiento en comparación con pacientes con ataques de pánico.
- La proporción de mujeres a hombres es **2:1**: aproximadamente 2/3 de las personas con TAG son mujeres. Pero esta proporción por sexos podría ser específica de los países desarrollados, ya que en un estudio realizado en Sudáfrica el TAG era más común entre hombres.
- Algunas personas manifiestan la aparición del TAG en la edad adulta, en respuesta a un estresor vital (comienzo insidioso): pero la mayor parte de los estudios indica que el TAG se asocia con una aparición más temprana y gradual que la mayor parte de los otros trastornos de ansiedad.

Una vez que aparece se vuelve *crónico*.

- El TAG es muy frecuente entre las personas de edad avanzada: un estudio encontró que el TAG era el más común en el grupo de personas de más de 45 años y el menos frecuente en el grupo de edad de 15 a 24 años.

Causas

Como en la mayor parte de los trastornos de ansiedad, tal vez en el TAG haya también una contribución genética: de hecho hay estudios que demuestran que el TAG suele transitar en las familias. Aunque estudios posteriores confirmaron que lo que parece ser hereditario es la tendencia a volverse ansioso más que el TAG en sí mismo.

Trastorno de pánico

Trastorno de pánico con agorafobia (TPA): en este los individuos experimentan graves ataques de pánico inesperados, donde pueden pensar que se están muriendo o perdiendo el control. En virtud de que no saben nunca cuándo va a ocurrir un ataque, desarrollan agorafobia: temor y evitación de situaciones en las que sería difícil o vergonzoso escapar para llegar a casa o al hospital.

En casos graves, las personas con TPA son completamente incapaces de salir de casa, a veces durante años.

De manera que se combinan la ansiedad y el pánico con la evitación fóbica en una relación intrincada que puede volverse devastadora.

Trastorno de pánico sin agorafobia: no todas las personas que tienen ataques de pánico desarrollan por fuerza el trastorno de pánico, de la misma manera que no todos los trastornos de pánico se presentan con agorafobia:

Características generales

Para satisfacer los criterios del trastorno de pánico (con o sin agorafobia), la persona tiene que:

- Experimentar ataques de pánico inesperados: la ansiedad se enfoca en el siguiente ataque de pánico.
- Desarrollar una ansiedad sustancial, preocupación o miedo por la posibilidad de tener otro ataque o por las complicaciones o consecuencias de éste. Es decir, tiene que pensar que cada ataque es un signo de muerte o capacidad inminente.

Algunos individuos modifican su comportamiento de forma que indica la angustia que les ocasionan los ataques; así, tal vez eviten ir a ciertos lugares o se desentiendan de sus obligaciones en la casa por temor a que ocurra un ataque si se muestran muy activos.

- Agorafobia: temor a o evitación de situaciones.
- Los síntomas y la preocupación duran **1 mes** o más.

Estadísticas

- Cerca del **3.5%** de la población encaja en los criterios del trastorno de pánico en algún momento de su vida, y otro **5.3%** satisfacen los criterios de la agorafobia. Por lo que la mayoría de la gente con el trastorno de pánico presenta evitación agorafóbica.
- **2/3** son mujeres: de hecho, el 75% más de quienes padecen agorafobia son mujeres. La explicación más lógica es de orden *cultural*: se acepta más que las mujeres manifiesten temor y eviten diversas situaciones, mientras que de los varones se espera más fortaleza y valentía.

- La aparición por lo general ocurre en la edad adulta temprana, siendo la edad promedio entre los 25-29 años y el comienzo suele ser agudo.

La mayor parte de los ataques de pánico inesperados iniciales comienza en la pubertad o después de esta: de hecho, la pubertad parece ser mejor indicador de ataques de pánico que la edad.

Agorafobia

Término acuñado en 1871, que en griego alude al temor en las plazas públicas: el *ágora*, la plaza pública de los griegos, era un área muy concurrida y de mucho movimiento. Uno de los lugares más estresantes para los agorafóbicos de nuestros días son los centros comerciales (ágoras modernas).

La **conducta de evitación agorafóbica** es sencillamente una complicación de graves ataques de pánico inesperados.

Características

- Temor y evitación de situaciones donde sería inseguro tener un ataque de pánico: centros comerciales, autobuses, aviones, tóneles, sentado silla dentista, etc. En el caso de los individuos con agorafobia, la ansiedad disminuye si consideran que un sitio o una persona son seguros, aun cuando no haya nada que la persona pueda hacer si algo malo sucediese.

Por ej., si se encuentra en un centro comercial o en una sala de cine repleta de gente, no sólo le será difícil salir, sino que probablemente pase vergüenza si lo intenta. Por estas razones, siempre que tienen que ir al cine se sientan cerca de la puerta.

- En último extremo se puede producir una incapacidad para salir de casa o incluso de una habitación.
- Empieza después de un ataque de pánico, pero puede llegar a durar años incluso sin que ocurra un nuevo ataque: aunque en principio la conducta agorafóbica tenga vínculos estrechos con los ataques de pánico, puede volverse relativamente independiente de éstos.

De manera que la evitación agorafóbica parece estar determinada por el grado en el que el sujeto piensa o espera que pudiera tener otro ataque, más que por la cantidad de ataques sufridos en realidad o lo graves que éstos hayan sido. Así, la evitación agorafóbica es sólo una forma de afrontamiento de ataques de pánico inesperados.

Situaciones comunes que evita una persona con agorafobia: centros comerciales, automviles, autobuses, trenes, transporte subterráneo, avenidas, tóneles, restaurantes, teatros, cines, estar lejos de casa, quedarse a solas en casa, esperar en una fila, supermercados, tiendas, multitudes, aviones, ascensores y escaleras mecánicas.

Fobias específicas

Fobia específica: es un temor irracional a un objeto o a una situación que interfiere marcadamente en la capacidad funcional de un individuo.

Muchas personas temen a algo que no es peligroso; de hecho, estudios recientes señalan que los temores específicos a una gran variedad de objetos o situaciones se dan en casi toda la población. Sin embargo, la frecuencia de los temores hace que la gente minimice esa fobia específica.

Características

- **Temor acusado y persistente** que es excesivo e irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos: volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre...
- Interfiere en el **funcionamiento** de la persona, pudiendo conducir a la persona a la evitación de por ej., viajes en barco.
- Se admite que el miedo es **irracional**: aunque en los *niños* puede faltar ese reconocimiento.
- La situación se evita o se soporta a costa de una intensa **ansiedad** o **malestar**: la exposición al estímulo provoca una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional. En los *niños* la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos

Tipos

- **Fobia a las inyecciones, sangre y/o a las heridas**: tiene un componente familiar más fuerte que cualquier otro trastorno fóbico. Las personas con esta fobia heredan una respuesta vasovagal a la sangre, las heridas o a la posibilidad de una inyección, la cual ocasiona una disminución de la presión sanguínea y una tendencia a desmayarse: de hecho la fobia se desarrolla por la posibilidad de tener esa respuesta.

Aunque hay personas que informan sentir el aumento de su frecuencia cardíaca y presión sanguínea, casi siempre difieren en cuanto a su reacción fisiológica de las personas con otros tipos de fobia.

Edad promedio de aparición: 9 años.

- **Fobias situacionales**: caracterizadas por el temor al transporte público o a los sitios cerrados. Por ej., la claustrofobia: temor a los espacios cerrados.

Semejanzas con el TPA:

- ◆ Edad promedio de aparición: 20-25 años.
- ◆ Cerca del 30% de las relaciones de primer grado tienen la misma fobia o una similar.

Diferencias con el TPA:

- ◆ La gente que sufre las fobias nunca experimenta ataques de pánico fuera del contexto del objeto o la situación que genera el trastorno.
- **Fobia a los ambientes naturales**: caracterizadas por el temor a situaciones o sucesos ocurridos en la naturaleza. Los principales ejemplos son las *alturas*, las *tormentas* y el *agua*. Estos temores se presentan en racimos o conjuntos; por ej., si usted teme a las aguas profundas quizá también a las tormentas.

Cuando el temor es entre leve y moderado, el individuo puede adaptarse a las circunstancias. Por ej., ser cuidadoso en un sitio elevado o en aguas profundas. No son fobias si sólo se trata de temores pasajeros.

Edad promedio de aparición: 7 años.

- **Fobias a los animales**: caracterizadas por el temor a los animales o insectos. Estos miedos son comunes, volviéndose fóbicos sólo si se dan interferencias graves en el funcionamiento.

Por ej., personas con fobia a las serpientes incapaces de leer revistas por temor a toparse inesperadamente con una imagen de alguno de estos animales.

Edad promedio de aparición: 7 años.

- **Otras fobias**: evitación fóbica de situaciones que pueden provocar aturdimiento, vértigo o adquisición de una enfermedad; en los *niños*, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas.

Estadísticas

- ♦ Afecta a un **11%** de la población: esta cifra parece aumentar en las generaciones más jóvenes. Es un porcentaje muy elevado, lo que hace de las fobias específicas uno de los trastornos psicológicos más comunes en EE.UU.
- ♦ Las **mujeres** son mayoría: la proporción de género para las fobias específicas es de **4:1**.
- ♦ El curso suele ser **crónico**: una vez que se desarrolla la fobia suele durar toda la vida.
- ♦ La edad de comienzo está entre los 15-20 años
- ♦ La prevalencia de las fobias específicas varía de una **cultura** a otra.

Fobia social

El tipo más común de fobia social es hablar en público; otras situaciones comunes son: comer en un restaurante, firmar un documento delante de un empleado en una tienda o un banco u orinar en un baño público (vejiga vergonzosa).

Características

- **Temor/timidez** acusado y persistente: el individuo reconoce que este temor es **excesivo** o **irracional**.

En los *niños* puede faltar este reconocimiento.

- Centrada en **situaciones sociales** y/o de **ejecución** (actuaciones en público) en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás, y donde teme actuar de un modo que sea humillante o embarazoso.

Los individuos con una *ansiedad de ejecución* por lo común no tienen dificultades con las interacciones sociales, pero cuando deben hacer algo frente a la gente, la ansiedad se apodera de ellos.

En los *niños* es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no solo en cualquier interacción con un adulto.

- Interfiere marcadamente en el **funcionamiento**: los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar que aparece en la situación en público temida interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo.
- Las situaciones sociales o las actuaciones en público temidas se evitan o se experimentan con **ansiedad** o **malestar intensos**.
- **Generalizada**: si los temores o la timidez hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales. En ocasiones se denomina trastorno de ansiedad social, y es particularmente destacado en los *niños*.

Estadísticas

- El **13,3%** de la población en general padece fobia social en algún momento de su vida: esto hace de la fobia social el trastorno psicológico con mayor prevalencia
- Se da algo más frecuentemente en mujeres: **1,4:1** la proporción de género favorece a las mujeres sólo en parte. Aunque esta proporción difiere de la proporción de género de los fóbicos sociales que aparecen en las clínicas, que es casi de 50 a 50.
- Comienza generalmente en la adolescencia, siendo la edad de máxima aparición los **15 años**
- Suele ser más frecuente en las personas más jóvenes (18-29 años), de baja instrucción, solteras y de clase socioeconómica baja.
- Las fobias sociales se distribuyen más o menos de la misma manera entre los diferentes grupos étnicos.

Trastorno de estrés posttraumático

TEPT: es el trastorno emocional que surge como consecuencia de la exposición a un acontecimiento traumático durante el cual se experimenta temor, desamparo u horror. Posteriormente las víctimas vuelven a experimentar el acontecimiento a través de recuerdos y pesadillas.

La exposición cercana al trauma parece ser necesaria para desarrollar este trastorno.

Características

- La persona ha estado expuesta a un **suceso traumático**, en el que han existido 1 y 2:
 - La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado un acontecimiento caracterizado por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
 - La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intenso. En *niños* estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.
 - El suceso traumático es **reexperimentado** persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:
 - ◊ Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. En *niños* esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma
 - ◊ Sueños o pesadillas de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. En *niños* puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
 - ◊ Flashbacks: el individuo actúa como si, o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está sucediendo. Los *niños* pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.
- **Evitación** de objetos/situaciones asociados al trauma
- **Embotamiento emocional**, de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma): manifiestan una restricción o insensibilidad de la receptividad emocional que puede ser muy perturbadora para las relaciones interpersonales, por lo que son frecuentes los problemas interpersonales. En ocasiones son incapaces de recordar ciertos aspectos del suceso.
- Existen **síntomas persistentes** de aumento de la activación, ya que tienen dificultades para conciliar o mantener el sueño, se sobreactivan de manera crónica, se asustan con facilidad y se enfadan fácilmente.

- Interfiere en el desempeño cotidiano
- Se diagnostica tras **1 mes** o más del suceso

Especificar si:

- Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses
- Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.
- De inicio moderado: si entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como máximo 6 meses.

Teorías explicativas

Modelo de vulnerabilidad - estresores

- **Vulnerabilidad** para la ansiedad, no para trastornos específicos: una vulnerabilidad biológica a la ansiedad no es ansiedad en sí misma.
- Un **estresor** determinado podrá activar las tendencias biológicas a la ansiedad y las tendencias psicológicas a sentir que tal vez no sea capaz de manejar la situación y controlar la tensión.

Alarmas aprendidas: aun cuando una persona tenga una respuesta de temor legítima a una situación peligrosa (alarma real), su reacción puede asociarse con una gran variedad de *claves* que pueden llegar a desencadenar un ataque en ausencia de cualquier peligro, convirtiéndola en una alarma aprendida.

Factores psicológicos

Freud: pensaba que la *ansiedad* era una reacción psicológica ante el peligro que rodea la reactivación de una situación infantil atemorizante.

Perspectiva conductual: ve la *ansiedad* como el resultado de condicionamiento clásico, operante, el modelado u otras formas tempranas de aprendizaje (Bandura, 1986).

Perspectiva cognitiva: en la niñez, adquirimos una conciencia de que los sucesos no siempre están bajo nuestro control (experiencias tempranas de incontrolabilidad/impredicibilidad). El continuo de esta percepción puede oscilar entre la *confianza* total en el control de todos los aspectos de nuestra vida y una profunda *incertidumbre* sobre nosotros mismos y nuestra capacidad para enfrentar futuros sucesos.

La actitud que adoptan los padres durante la primera etapa de la infancia parece fomentar ese sentimiento de control o descontrol:

- Los padres que interactúan de una manera muy positiva y predecible con sus hijos, respondiendo a sus necesidades, especialmente cuando el niño las comunica exigiendo la atención a sus demandas, les enseñan que pueden tener control sobre su entorno y que sus respuestas tienen un efecto sobre sus padres y ambiente. Esto permite que los niños desarrollen un “sentido de control”.
- Por el contrario, los padres sobreprotectores, excesivamente invasivos, que “allanan el camino” a sus hijos no dejándoles experimentar adversidad alguna, generan una situación en la que el niño jamás aprende a manejar las adversidades cuando se presentan, por lo que no aprenden que pueden controlar su entorno. Esto hace que tal vez surja de forma temprana un “sentido de falta de control” general: este parece ser el factor psicológico que, posteriormente en la vida, nos hace más vulnerables a la ansiedad.

Casi todas las explicaciones de pánico se acogen a razones de **condicionamiento** y **cognitivas** que resultan

difíciles de separar.

Por ej., una fuerte respuesta de miedo se puede dar inicialmente durante el estrés extremo o tal vez como resultado de una circunstancia peligrosa en el entorno (una verdadera alarma).

La respuesta emocional de temor se asocia después con una gran variedad de claves externas e internas que pueden provocar la respuesta estresante o no presente la realidad:

- ◊ Claves externas: son lugares o situaciones similares a aquellas en las que se produjo inicialmente el ataque de pánico.
- ◊ Claves internas: son incrementos de la frecuencia cardíaca o respiratoria que se asociaron con el ataque de pánico inicial, aunque ahora se deban a circunstancias perfectamente normales, como el ejercicio.

Además, se puede no ser del todo consciente de las claves o desencadenantes del miedo intenso, debido a que éstas puede “viajar” directamente desde los ojos hasta la amígdala sin pasar a través de la corteza (fuente de la conciencia).

Factores sociales

- Los sucesos vitales **estresantes** desencadenan nuestra vulnerabilidad biológica y psicológica a la ansiedad.
- La mayor parte de estos estresores son de naturaleza **interpersonal**: el matrimonio, el divorcio, dificultades laborales, la muerte de un ser querido... Asimismo, las presiones sociales (sobresalir en la escuela...) podrán proporcionar también la suficiente tensión como para desencadenar la ansiedad.
- La forma en que reaccionemos a la tensión parece ser una característica **familiar**: por ej., si tiene ataques de pánico, probablemente a otros miembros de su familia también les ocurran. Esto sugiere una posible contribución genética, al menos para los ataques de pánico iniciales.

Resumen

- Los **trastornos de ansiedad** son el grupo más amplio en psicopatología.
- De lo normal a lo **patológico**:
 - Requiere la consideración de factores biológicos, psicológicos, sociales y relativos a la experiencia.
 - Ansiedad en ausencia de peligro o amenaza real.
 - Hay evitación, interferencia funcional.
 - Causa malestar y deterioro significativo en el funcionamiento
- **Tratamientos psicológicos**:
 - La terapia cognitivo-conductual es muy eficaz.
 - Exposición estructurada y consistente de forma gradual
 - Son superiores a largo plazo a los tratamientos biológicos
 - Incluyen componentes similares
 - Ponen de manifiesto que los trastornos de ansiedad son procesos similares: de hecho, a menudo éstos coexisten comorbilidad: es la combinación de dos o más trastornos. El porcentaje de comorbilidad para los trastornos de ansiedad es del **50%**.