

ALBERTO PICAZO DENIA  
Psicólogo Clínico y Psicoterapeuta

*Los trastornos de ansiedad.*

## *Los trastornos de ansiedad.*

En esta exposición trataré de la ansiedad como una de las alteraciones psicológicas más frecuentes, siendo una de las áreas donde tradicionalmente ha intervenido la Psicología Clínica. Efectivamente, alguno de los trastornos de ansiedad como la crisis de angustia puede afectar al 30% de la población en algún momento de su vida.

La ansiedad es un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, alarma que hace que la persona se sienta molesta. Decimos que es subjetiva porque es una sensación de la persona sin una causa objetiva. La respuesta de la persona ante esta situación es evitar la ansiedad de diferentes maneras que después veremos.

La ansiedad que también llamamos angustia, es una emoción que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro, ya sea en el interior de la persona o en su exterior.

Los miedos normales o los miedos patológicos que también llamamos fobias son una respuesta ante situaciones o estímulos concretos. Sin embargo, en la ansiedad la causa permanece oculta.

La tensión interior no se halla ligada a ninguna causa específica, es una tensión interna, difusa y envolvente, no controlada ni vinculada a estímulos claros. Por tanto, la persona no sabe de qué huir o que hacer, o le resulta difícil huir de las propias ideas que le producen la sensación de ansiedad.

Por un lado, la ansiedad en un grado moderado puede considerarse una emoción normal y tiene una función activadora que facilita la capacidad de respuesta de las personas ante los peligros. Sin embargo, se considera patológica cuando ésta es:

- Excesiva en duración (cronicidad)
- Excesiva en intensidad y/o frecuencia
- Aparece asociada a estímulos que no representan una amenaza real para el organismo
- Produce alteraciones en el funcionamiento del sujeto.

Por otro lado los síntomas de ansiedad podemos agruparlos en tres áreas:

·Área cognitiva o del pensamiento: Ocurren sensaciones de temor, expectativa de un peligro, sentimientos pesimistas, preocupación por el futuro, malestar difuso. También puede existir un mal funcionamiento de la atención, la memoria o la concentración.

·Área conductual, hace referencia a lo que hacemos o cómo nos comportamos. Se observa irritabilidad, inquietud, temblores, discusiones, tensión familiar y ambiental, etc.

·Área fisiológica o somática. Aquí se produce una hiperactivación vegetativa. Se producen síntomas como taquicardia y palpitaciones, sudoración, sensación de ahogo de atragantarse, opresión torácica, náuseas, mareos, sofocaciones, etc.

Estos síntomas se observan en cada persona de una manera particular, no se dan todos los síntomas igual en todas las personas, e incluso en la misma persona varían en diferentes momentos. Por eso cuando predominan los síntomas somáticos, corporales, como son los vértigos, taquicardia o sensación de ahogo las personas suelen achacarlo a una causa orgánica y consultan con el médico (cardiólogo, neumólogo o neurólogo). Sin embargo, la causa es psicológica y debe intervenir con tratamiento psicológico.

Existen diferentes trastornos de ansiedad. Entre otros, se pueden citar el trastorno de angustia con y sin agorafobia, trastorno de por estrés agudo, trastorno por estrés postraumático, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo-compulsivo. Dada la limitación de espacio que tenemos aquí a mí me gustaría destacar los conceptos de crisis de angustia y la agorafobia.

La crisis de angustia es la aparición aislada de miedo o malestar muy intenso, que se acompaña de numerosos síntomas corporales y/o psicológicos. La crisis se inicia de forma brusca, en la primera crisis la persona no sabe lo que le está sucediendo. Estas crisis tienen una duración media de 20 ó 30 minutos. Las personas pueden llegar a sentir una conmoción importante, pueden creer aunque no sea así, que pueden llegar a morir, perder el control, volverse locos o sufrir un accidente cerebrovascular. Por lo general, el paciente no puede asociar su crisis con una situación de índole psicológica o emocional. Podíamos decir que la persona se muestra ciega para reconocer la naturaleza emocional de la crisis.

Por otra parte, la característica principal de la agorafobia es la aparición de la ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o complicado, o donde en caso de aparecer una crisis de angustia o síntomas similares, puede no disponerse de ayuda. Esta ansiedad suele puede conducir de forma permanente o crónica a comportamientos de evitación de múltiples situaciones, por ejemplo evitar estar solo dentro o fuera de casa, mezclarse con la gente, viajar en automóvil, autobús o avión o encontrarse en un puente o en un ascensor. A veces la persona puede enfrentarse a estas situaciones sola o también en compañía de alguien pero con una importante sensación de temor. En cualquiera de los casos, este comportamiento de evitación puede llevar a una grave incapacidad para enfrentarse a las responsabilidades cotidianas o realizar viajes.

Estos dos conceptos pueden combinarse y dar lugar a los trastornos de crisis de angustia con agorafobia o trastorno de crisis de angustia sin agorafobia.

Por otra parte, además de considerar la ansiedad como un trastorno específico, también puede acompañar a la mayoría de los pacientes que consultan por otro trastorno mental como es en la depresión, esquizofrenia, situaciones de estrés, etc. En este sentido, las personas con trastorno de angustia presentan una notable incidencia con el trastorno depresivo mayor.

Desde la Psicología dinámica se entiende que la angustia es una advertencia interna para la persona de rotura del equilibrio psíquico, debido a la emergencia de algún impulso reprimido o bien del alejamiento de algún “objeto de apego” del sujeto. Este objeto de apego puede ser una persona, una situación, etc.

Desde el punto de vista farmacológico, se puede utilizar los ansiolíticos o tranquilizantes, siempre se administrarán bajo prescripción médica. Siguiendo unos criterios puede ser útil combinar de forma complementaria los fármacos que hemos citado y la psicoterapia psicológica. De acuerdo a la evolución del paciente y sus características, la administración de estos fármacos puede ser adecuada en diferentes momentos del tratamiento psicológico, especialmente al principio de la intervención, cuando la persona está más angustiada. Conforme avanza el tratamiento psicológico estos fármacos podrían ir eliminándose con el fin que la persona afronte con plena capacidad sus dificultades en la psicoterapia. Puesto que el objetivo es que la persona sea capaz de afrontar su vida de manera autónoma.

Dependiendo de la gravedad, las circunstancias y las características de la persona pueden utilizarse la psicoterapia focal o breve, la psicoterapia de larga duración o psicoanálisis.