

## ANSIEDAD NORMAL, ANSIEDAD PATOLÓGICA Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD ¿UN CAMINO DISCONTINUO?

K.Salaberría-J.Fernández-E.Echeburúa

Karmele Salaberría Irizar, Javier Fernández-Montalvo y Enrique Echeburúa Odriozola pertenecen al Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos (Avda. de Tolosa 70, 20009-San Sebastián) de la Facultad de Psicología en la Universidad del País Vasco.

### Introducción

Todos los seres humanos experimentan diversas emociones (miedo, tristeza, alegría, rabia, culpa, etc.) ante las diferentes situaciones—internas o externas—que se les plantean en la vida cotidiana. La experimentación de

emociones es, por ello, inherente al ser humano. De hecho, la dificultad en la identificación y en la expresión de las emociones se relaciona con la alexitimia y la represión emocional, que facilitan la predisposición a padecer trastornos psicósomáticos (Fernández-Montalvo y Yarnoz, 1994).

Las reacciones emocionales están constituidas por conductas motoras, cognitivas y fisiológicas que, junto con las influencias socioculturales y los determinantes biológicos, configuran de forma interactiva el comportamiento humano y ejercen una influencia importante en los trastornos de conducta e incluso en la salud física de una persona (Echeburúa y Páez, 1989). No es siempre fácil determinar la primacía de alguna de estas variables sobre la conducta emocional global debido a su grado de interrelación. Del mismo modo, los procedimientos terapéuticos específicos que actúan en concreto sobre alguna de estas áreas repercuten en el estado emocional global de la persona.

Las emociones desempeñan una función adaptativa y son, desde esta perspectiva, necesarias para la supervivencia de la persona. El miedo, por ejemplo, sirve para alertar a una persona de posibles peligros; la tristeza es la expresión de un pesar que facilita la compasión o el

apoyo emocional por parte de los demás; la culpa, en lo que supone de malestar profundo, dificulta la transgresión de las normas éticas; y la ira tiene un efecto energizante que facilita la adopción de las conductas adecuadas para hacer frente a la frustración.

No obstante, estas emociones pueden activarse en algunas condiciones sin este sentido funcional y ser, por ello, responsables de consecuencias negativas en la salud física y/o psicológica. Lo que confiere un carácter patológico a las emociones es, en unos casos, la inadecuación de las mismas a las situaciones que las han puesto en marcha; en otros, la excesiva intensidad y/o duración de las respuestas emocionales en relación con los estímulos que las han provocado. En estas circunstancias las emociones tienen una capacidad de bloqueo e interfieren en el funcionamiento normal de una persona, bien porque generan un trastorno de conducta específico (la depresión o un trastorno de ansiedad, por ejemplo), bien porque influyen de forma directa en la aparición de algunos trastornos funcionales (como la úlcera gastroduodenal) o bien porque obstaculizan la acción terapéutica en problemas graves de salud (como en el caso del cáncer, de los trasplantes de órganos o de las enfermedades crónicas graves).

En este trabajo se analiza, en concreto, la ansiedad en sus distintas acepciones psicológicas. No existe ninguna otra emoción —ni siquiera ningún otro concepto— que sirva para dar nombre al mismo tiempo a una reacción adaptativa normal, a un rasgo de personalidad y a un grupo de trastornos de conducta (los trastornos de ansiedad).

### **La ansiedad: un término polisémico**

En el ámbito del estudio de la ansiedad existe una amplia variedad de términos, que habitualmente se solapan en su significado y que resultan poco operativos, cuando no confusos, para el quehacer clínico. Por ello, resulta fundamental la delimitación conceptual de la ansiedad y de los componentes relacionados con ella.

Coloquialmente se ha utilizado el término de *nerviosismo* para referirse a un estado de inquietud, de mayor o menor intensidad, más o menos persistente. Este estado de inquietud no sólo se produce ante situaciones altamente estresantes, sino también ante circunstancias normales de la vida cotidiana. En cierto modo la psicología clínica ha acuñado el término de *ansiedad* para referirse al concepto de nerviosismo, sólo que de una forma más precisa y menos ambigua.

La *ansiedad* puede definirse como un patrón complejo y variable de conductas, caracterizado por sentimientos subjetivos de aprensión y tensión emocional, asociado a una intensa activación fisiológica y a determinadas conductas de evitación y escape, que tienen lugar en

respuesta a determinados estímulos, tanto internos como externos, del medio en que se desenvuelve el sujeto (Carrobles, 1985). La ansiedad es, en último término, un concepto global que abarca, con pequeños matices, conceptos tan variados como el pánico, el miedo, las fobias y el estrés.

La *angustia* y la *ansiedad* son conceptos difícilmente diferenciables (Ayuso, 1988); en realidad, son matices de una misma expresión. La *angustia* es más física, más inmovilizante y más sobrecogedora. La *ansiedad*, en cambio, remite a componentes más psíquicos y se vivencia con mayor inquietud y sobresalto. Desde un punto de vista físico, la *angustia* se manifiesta con opresión precordial o epigástrica principalmente. La *ansiedad*, en cambio, lo hace fundamentalmente a través de la sensación de falta de aire.

El *miedo* es un temor específico y determinado que se produce ante estímulos potencial y objetivamente peligrosos. Constituye, por tanto, una emoción adaptativa. Una *fobia*, por el contrario, es un temor irracional o desproporcionado que se produce ante estímulos que no son objetivamente peligrosos y que conduce a la evitación de situaciones, personas o hechos (Rojas, 1990). Las fobias no son incapacitantes necesariamente —por ejemplo, el miedo a volar en avión en una persona que no le gusta ni necesita viajar. Cuando una fobia interfiere en un grado alto en la vida cotidiana, se constituye en una *fobia clínica*, que es el tipo de fobias que suscitan una demanda terapéutica.

El *estrés*, a su vez, es la respuesta de un organismo sometido a un estado de tensión excesiva y permanente. Desde un punto de vista biológico, el *estrés* se define como un estado de activación autonómica y neuroendocrina de naturaleza displacentera, que implica un fracaso en la adaptación a la vida cotidiana y que trae consigo cogniciones de indefensión y una inhibición inmunológica y conductual (Valdés y Flores, 1985).

Por último, el *pánico* es la aparición brusca e inesperada de un miedo profundo que se acompaña de manifestaciones somáticas intensas (disnea, palpitaciones, temblor, mareo, etc.) y de anticipaciones cognitivas catastrofistas (miedo a morir o miedo a perder el control). A veces surge ante situaciones inespecíficas y resulta inexplicable para el sujeto (Sandín y Chorot, 1991).

### **La ansiedad como emoción adaptativa y la ansiedad como trastorno de conducta**

La ansiedad es un componente básico de la condición humana. Se trata de un fenómeno experimentado universalmente que surge como reacción emocional ante diferentes situaciones. Como mecanismo de

vigilancia del organismo, sirve para alertar a una persona de posibles peligros y, por ello, desempeña un papel protector en la preservación del individuo y de la especie (Echeburúa, 1993a).

**Tabla 1**  
**Respuesta Adaptativa de Ansiedad**  
(Michal, 1992)

Cambios fisiológicos	Beneficios
Dilatación de la pupila	Aumenta la discriminación visual para facilitar la respuesta de defensa o de ataque
Aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión sanguínea	Se bombea más sangre al cerebro, pulmones, brazos y piernas, aportando más combustible y oxígeno
Aumento de la respiración	La respiración se hace más profunda y rápida para suministrar más oxígeno a los músculos
Tensión muscular	Los músculos se tensan y se preparan para la acción
Aumento de la transpiración	Refrigera el exceso de calor muscular
Secreción de glúcidos y lípidos al torrente sanguíneo	Aporta combustible para disponer rápidamente de energía
Liberación de factores de coagulación sanguínea	Se coagulan más rápidamente las heridas, lo que previene las hemorragias
Lentitud en la digestión	Se suministra mayor cantidad de sangre al cerebro y a los músculos

La ansiedad emerge ante la percepción de amenaza a la integridad física y/o psicológica de la persona y se manifiesta a nivel motor, a nivel cognitivo y a nivel fisiológico:

a) *A nivel motor*: conductas de evitación y escape, inquietud motora, conductas compulsivas, inhibición motriz, alteraciones en la conducta asertiva, etc.

b) *A nivel cognitivo*: preocupación, desmoralización, dificultades en la atención y en la concentración, etc.

c) *A nivel fisiológico*: alta activación del Sistema Nervioso Autónomo, que trae consigo una serie de cambios fisiológicos: taquicardia, mareos, sudoración, rubor, tensión en el estómago, dificultades respiratorias, etc.

Todos estos síntomas reflejan la reacción de un organismo que ve amenazado su equilibrio interno ante determinados estímulos (situacionales o cognitivos) y suponen un intento de adaptación a las nuevas circunstancias (Echeburúa, 1993a). A modo de ejemplo, en la Tabla 1 aparecen los efectos adaptativos de los principales cambios fisiológicos.

Sin embargo, en determinadas circunstancias todos estos cambios de conducta —esenciales para la supervivencia del individuo— pueden convertirse en patológicos si se presentan ante estímulos insignificantes, son de una intensidad exagerada o persisten más allá de lo necesario (Echeburúa, 1993a). En estos casos interfieren en el desarrollo de la vida cotidiana y dificultan las relaciones sociales, laborales y familiares, además de producir un sufrimiento notable.

**Tabla 2**  
**Límites entre la Ansiedad Normal y la Ansiedad Patológica**  
(Biondi, 1989, modificado)

	<b>Ansiedad normal</b>	<b>Ansiedad patológica</b>
<b>Características generales</b>	Episodios poco frecuentes Intensidad leve o media Duración limitada	Episodios repetidos Intensidad alta Duración prolongada
<b>Situación o estímulo causante</b>	Reacción esperable y común a la de otras personas	Reacción desproporcionada
<b>Grado de sufrimiento</b>	Limitado y transitorio	Alto y duradero
<b>Grado de interferencia en la vida cotidiana</b>	Ausente o ligero	Profundo

Es difícil delimitar con precisión la *ansiedad normal* de la *ansiedad patológica*. Hay, sin embargo, cuatro aspectos diferenciadores que pueden ayudar a distinguir una de otra y que se relacionan tanto con las causas como con los efectos de la ansiedad (Biondi, 1989) (Tabla 2):

- a) intensidad, frecuencia y duración de la ansiedad;
- b) proporción entre la *gravedad* objetiva de la situación y la *intensidad* de la respuesta de ansiedad;
- c) grado de sufrimiento subjetivo determinado por la ansiedad;
- d) grado de interferencia en la vida cotidiana del sujeto (funcionamiento laboral, relaciones sociales, actividades de ocio, etc.).

Así, por ejemplo, una respuesta de ansiedad moderada ante las enfermedades somáticas de importancia médica, quirúrgica o de tipo crónico —como la diabetes, la hipertensión o el asma— tiene un carácter adaptativo porque ayuda a la persona a afrontar una realidad nueva, en cierto modo amenazadora, y a adoptar medidas de prevención —supresión del tabaco, control de la dieta, práctica de ejercicio, regularidad en los controles médicos, etc. Sin embargo, en algunas personas esta situación de ansiedad puede ser demasiado intensa e interferir negativamente en el proceso de recuperación. La aparición de un tipo u otro de ansiedad depende de diversas variables. La gravedad objetiva de la enfermedad, el tipo de personalidad del sujeto, las estrategias de afrontamiento disponibles y la presencia o ausencia de apoyo social y emocional contribuyen a modular la mayor o menor intensidad de la ansiedad experimentada (Biondi, 1989).

Una situación de ansiedad crónica —o de estrés; en realidad, la otra cara de la misma moneda— mantiene en alerta permanentemente al organismo, afecta al sistema inmunológico y, por tanto, disminuye el nivel de resistencia de la persona ante ciertas enfermedades. Asimismo, el aumento de flujo sanguíneo por los músculos exige un aumento de la tensión arterial que puede terminar por provocar una hipertensión esencial.

### Manifestaciones de la ansiedad patológica

La ansiedad patológica no siempre se manifiesta de igual manera en todas las circunstancias. De hecho, existe una amplia variedad de conductas patológicas de ansiedad, que se corresponden con los diferentes trastornos de ansiedad. En concreto, la ansiedad patológica aparece en la clínica con las siguientes variantes (Galletero y Guimón, 1989):

1) De forma *brusca y episódica*, a modo de crisis aguda en circunstancias inesperadas, como en los *ataques de pánico*.

2) De una manera *persistente o continua*, con preocupaciones e inquietudes excesivas ante cualquier tipo de circunstancia, como en el *trastorno de ansiedad generalizada*. Las circunstancias ante las que se ponen en marcha las respuestas de ansiedad pueden ser muy diversas:

inquietudes económicas, preocupaciones por la salud, temor a la pérdida de un ser querido, etc.

3) Como *consecuencia de un suceso estresante identificable* que ha resultado amenazante, sobre todo cuando éste surge de forma brusca y está fuera, si bien no necesariamente, de las experiencias humanas habituales (por ejemplo, violación, maltrato doméstico, tortura, secuestros, muerte de familiares por asesinato, etc.), como ocurre en el *trastorno de estrés postraumático*.

4) Ante *estímulos concretos* internos o externos, que se pueden presentar de forma aislada, como en el caso de las *fobias específicas*, o en forma de un conjunto de estímulos muy amplio, como en el caso de la *agorafobia*.

5) Ante el *miedo exagerado a la evaluación negativa* en las relaciones interpersonales, como en el caso de la *fobia social de tipo generalizado*.

6) Ante la resistencia ofrecida a las *ideas recurrentes y/o los rituales repetitivos*, como ocurre en el caso del *trastorno obsesivo-compulsivo*.

Desde otra perspectiva, la ansiedad se puede presentar como un trastorno primario o un trastorno secundario. En el primer caso, la ansiedad es el foco principal de los problemas, como ocurre en el caso de un fóbico social que desarrolla secundariamente síntomas depresivos. En el segundo caso, la ansiedad es consecuencia de otro problema, como ocurre en el caso de las enfermedades físicas graves. No obstante, la ansiedad y las enfermedades físicas guardan una estrecha relación, pero en un sentido bidireccional. La ansiedad patológica puede ejercer un efecto negativo sobre muchos de los sistemas del organismo. A su vez, las enfermedades somáticas pueden ser fuente de estrés y ansiedad.

La ansiedad patológica, en ausencia de tratamiento, puede dar lugar a la aparición de graves trastornos psicopatológicos, como el alcoholismo —o el abuso de sustancias—, la depresión, o a enfermedades físicas. Ciertas conductas inadecuadas, como comer en exceso, fumar, automedicarse, etc., se utilizan a veces como estrategias para aliviar la tensión, pero, en realidad, contribuyen a agravar y mantener el problema a largo plazo.

Por otra parte, la ansiedad patológica puede formar parte de la estructura de personalidad del individuo. Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970) distinguen entre la *ansiedad-estado* —la respuesta que emite un sujeto ante una situación amenazante y que constituye un estado emocional transitorio— y la *ansiedad como rasgo de personalidad* —un estilo de respuesta que se mantiene estable a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones.

Las personalidades ansiosas se caracterizan por un temperamento temeroso, por la indecisión y por una tendencia a postergar o evitar situaciones comprometidas (Tobeña, 1986). Se trata de personas que muestran un estilo de vida caracterizado por la impaciencia, la dependencia emocional, la inseguridad personal, etc., pero que no llegan necesariamente a desarrollar conductas patológicas de ansiedad.

Desde una perspectiva más clínica, el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) señala la existencia de un grupo de trastornos de personalidad, cuya base común es la temerosidad, la dependencia, el neuroticismo —o la inestabilidad emocional— y la introversión. Estos sujetos se caracterizan por un miedo patológico, que se puede manifestar, en función del tipo de trastorno, de diferentes formas. Son personas muy sensibles, muy reactivas emocionalmente y poco tolerantes al castigo, con unas estrategias de afrontamiento defectuosas —basadas frecuentemente en la evitación— ante las dificultades de la vida cotidiana. El equilibrio emocional y el funcionamiento autónomo en estas personas aparecen, por ello, seriamente comprometidos (Echeburúa, 1994). En la Tabla 3 se describen las características principales de este grupo de trastornos.

**Tabla 3**  
**DSM-IV: Sujetos Temerosos**

DIAGNÓSTICO	CARACTERÍSTICAS ESENCIALES
Trastorno por evitación	Hipersensibilidad al rechazo y a la humillación. Retraimiento social no deseado. Baja autoestima.
Trastorno por dependencia	Dejación a los demás de las decisiones y responsabilidades. Pasividad y dependencia de los demás. Falta de autoconfianza.
Trastorno obsesivo-compulsivo	Perfeccionismo. Orden. Rigidez. Indecisión. Excesiva dedicación al trabajo. Dificultad para expresar emociones.

Desde este punto de vista, el patrón de conducta de tipo A constituye un claro ejemplo de la manifestación de la ansiedad como un rasgo de personalidad. Este patrón de conducta se relaciona con la propensión a padecer trastornos cardiovasculares y se caracteriza por la hostilidad, la impaciencia, la premura de tiempo, la consecución de metas, la competi-



tividad y los altos niveles de autoexigencia (Friedman y Rosenman, 1974).

Una vía interesante de estudio es la relación existente entre los rasgos de personalidad y el desarrollo de un trastorno de ansiedad. Sin embargo, la relación causa-efecto entre ambos factores permanece aún, en gran parte, desconocida.

### **Aspectos cognitivos diferenciales en los trastornos de ansiedad**

La ansiedad patológica se caracteriza por la presencia de numerosas distorsiones cognitivas. Se desconoce si estas alteraciones son causa o consecuencia de los trastornos de ansiedad, pero desempeñan un papel extraordinariamente importante en su mantenimiento.

A diferencia de la depresión, en la que las cogniciones se caracterizan por un contenido de *indefensión* y de *desesperanza*, el común denominador en las cogniciones de los trastornos de ansiedad es la *percepción de peligro*.

En todos los trastornos de ansiedad están siempre presentes la anticipación de consecuencias negativas, los pensamientos extremos, las generalizaciones negativas continuas, la infravaloración de los propios recursos de afrontamiento y la sobrevaloración de la probabilidad de ocurrencia de sucesos negativos al azar (Clark, 1986). Todos ellos constituyen, entre otros, los errores cognitivos más frecuentes de los trastornos de ansiedad. Sin embargo, la manifestación cognitiva de una emoción patológica de ansiedad varía considerablemente de un cuadro clínico a otro. En la Tabla 4 figuran los pensamientos distorsionados que aparecen más a menudo en los diferentes trastornos.

Las preocupaciones excesivas o no realistas, que el sujeto percibe como incontrolables en función de unos recursos de afrontamiento defectuosos, constituyen el sesgo cognitivo global más nuclear del *trastorno de ansiedad generalizada*.

El contenido de las preocupaciones está relacionado habitualmente con la incapacidad subjetiva para hacer frente a las dificultades cotidianas (económicas, laborales, conyugales, etc.), con el temor exagerado a las críticas de los demás y con una preocupación excesiva por la salud de uno mismo o de los familiares más próximos. Esta tendencia a pensar en lo peor lleva al sujeto a tomarse muy a pecho todas las cosas y a no disfrutar de la vida cotidiana (Echeburúa, 1993b).

Tabla 4  
Sesgos cognitivos presentes en los diferentes trastornos de ansiedad

TIPO DE TRASTORNO	SESGO COGNITIVO PREDOMINANTE	EJEMPLOS
Trastorno de ansiedad generalizada	Preocupaciones constantes	"Más vale pensar en lo peor" "¿Y si tiene un accidente alguien de mi familia?" "No vamos a poder hacer frente a esto" "Seguro que voy al paro"
Agorafobia y Trastorno de pánico	Temor a los ataques de pánico y a los síntomas físicos	"Me voy a volver loca" "Cualquier día me da un ataque, mejor me quedo en casa" "Me va a estallar la cabeza, me voy a ahogar, me va a dar un infarto" "Si me monto en el autobús, perderé el conocimiento y me desmayaré"
Fobia social	Temor exagerado a las críticas	"Se van a reír de mí" "No voy a ser capaz de decir nada" "¿Y si no sé contestar?" "Total ¿para qué hablar?, otros ya lo han hecho"
Trastorno de estrés postraumático	Atribución de lo ocurrido a errores propios	"Me puede volver a ocurrir algo parecido" "Si no hubiera ido tan tarde a casa, no me habrían agredido" "No tenía que haberme fiado de él" "No veo la forma de quitarme de encima estos recuerdos"
Trastorno obsesivo-compulsivo	Evidencia de la certeza del pensamiento intrusivo	"Mi hijo se contaminará si no le quito la ropa" "Si cojo el cuchillo, puede que hiera a alguien" "Estoy seguro de que tengo un tumor a pesar de lo que me ha dicho el médico" "Tengo que revisar otra vez el trabajo"

Los síntomas cognitivos centrales en la *agorafobia* y en el *trastorno de pánico* remiten al temor a una amenaza grave e inmediata y, más en concreto, al miedo a los ataques de pánico, así como a una falta de confianza en la capacidad de afrontamiento del malestar somático. Asimismo son frecuentes el temor a la pérdida de control y la atribución errónea de los síntomas físicos de ansiedad. Así, se pueden asociar las palpitaciones al ataque cardíaco, la disnea a la muerte y el mareo o la inestabilidad a la pérdida de control (Borda y Echeburúa, 1991):

En la *fobia social* las alteraciones cognitivas giran alrededor del miedo exagerado a la evaluación negativa, que el sujeto percibe como una amenaza a la integridad psicológica. Este temor desproporcionado a las críticas lleva a la persona a sobrevalorar los síntomas psicofisiológicos, como el rubor o el temblor, a focalizar excesivamente la atención en uno mismo, al pensar que los demás están pendientes exclusivamente de él, y a interpretar erróneamente de forma negativa las señales procedentes de las relaciones sociales. Todos estos sesgos, así como la infravaloración de las habilidades sociales propias, interfieren en la ejecución de las tareas sociales, intensifican las reacciones emocionales y hacen aumentar la probabilidad de atribuciones internas (Salaberría, 1994).

Los síntomas cognitivos más significativos en el *trastorno de estrés postraumático* son la reexperimentación involuntaria del suceso traumático, la evitación cognitiva de lo ocurrido, los fenómenos disociativos (en forma de amnesia psicógena o de atribución de los síntomas actuales a circunstancias ajenas al trauma) y el sentimiento de culpa, a modo de atribución sesgada de lo ocurrido a errores propios o en relación con lo que se pudo hacer y no se hizo (Corral, Echeburúa, Sarasua y Zubizarreta, 1992).

Respecto al *trastorno obsesivo-compulsivo*, el sesgo cognitivo más importante es la certeza del desastre presente en el pensamiento obsesivo—la confusión del pensamiento con la realidad— si no se ejecuta el ritual compulsivo. El miedo a perder el control, la indecisión, la rigidez, la ausencia de flexibilidad, el perfeccionismo, las dificultades en la discriminación de lo relevante de lo irrelevante en una situación, etc., contribuyen a agravar la intensidad de esta alteración cognitiva (Avia, 1992).

Por último, en las *fobias específicas* las alteraciones cognitivas son muy concretas y están directamente relacionadas con la percepción de peligro referida a la situación temida (la mordedura de un perro, el miedo a estrellarse con el avión, el temor a quedarse encerrado en el ascensor, etc.). Fuera de estas situaciones específicas, los sesgos cognitivos son irrelevantes.

### Conclusiones

La ansiedad es una respuesta adaptativa que posee el ser humano para hacer frente a las situaciones amenazantes que le rodean. Existen personas, sin embargo, en que las respuestas de ansiedad no ejercen esta función adaptativa, se disparan de forma descontrolada y son causa de sufrimiento para quienes las experimentan. En estos casos la ansiedad anticipatoria —por lo demás, inexistente en el mundo animal— posibilita una respuesta de tensión emocional al revivir recuerdos desagradables, imaginar situaciones amenazantes o pensar con temor en el presente o en el futuro. Sin duda, uno de los retos de la investigación actual es cómo controlar los aspectos perjudiciales de las respuestas de miedo conservando, sin embargo, sus beneficios protectores.

En conjunto, los trastornos de ansiedad, junto con las adicciones y la depresión, son los cuadros clínicos más frecuentes en la población general y afectan, aproximadamente, al 8.9% de la población (Myers, Weissman y Tischler, 1984; Weissman, 1985). Si se tiene en cuenta que los síntomas son más frecuentes que los trastornos, otro 11% adicional de la población padece síntomas de ansiedad importantes relacionados con enfermedades físicas. Así, parece que, en total, un 20% de la población puede llegar a sufrir trastornos o síntomas significativos de ansiedad a lo largo de su vida (Pasnau, 1987). En la Tabla 5 figuran las tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad.

**Tabla 5**  
**Epidemiología de los trastornos de ansiedad**  
(Echeburúa, 1993c)

Cuadro clínico	Tasa de prevalencia <sup>1</sup>
Fobias específicas	4.1-7.7%
Trastorno de ansiedad generalizada	6.4-7.6%
Agorafobia	1.2-3.8%
Fobia social	1.7-2%
Trastorno obsesivo-compulsivo	1.6-2.5%
Trastorno de estrés postraumático	1%
Trastorno de pánico	0.8-1%
<b>TOTAL</b>	<b>8.9%</b>

<sup>1</sup> El total no se corresponde exactamente con la suma de las cifras parciales porque algunos cuadros clínicos pueden aparecer concurrentemente en el mismo paciente.

Por razones no muy bien conocidas las mujeres se ven más aquejadas que los hombres por los cuadros clínicos de ansiedad, excepto en el caso de la fobia social y del trastorno obsesivo-compulsivo, en los que no hay diferencias entre ambos sexos (Echeburúa, 1993c). Por otra parte, y según las investigaciones transculturales, los trastornos de ansiedad se encuentran ampliamente distribuidos en todo tipo de países y de culturas y no pueden, por tanto, ser considerados como un producto "privilegiado" del estrés de los países occidentales (Marks, 1987).

Si bien la prevalencia de estos trastornos en la consulta es muy alta —de hecho, son los cuadros clínicos, junto con la depresión y las adicciones, que mayor demanda terapéutica suscitan—, el conocimiento sobre su etiología es más bien escaso. Los mecanismos de adquisición de la ansiedad (condicionamiento clásico, aprendizaje social, etc.), los mecanismos de mantenimiento (la evitación por refuerzo negativo y los patrones de distorsión cognitiva, principalmente), los factores predisponentes (componentes genéticos, características biológicas y rasgos de personalidad) y, por último, los factores precipitantes (sucesos estresantes, bajo apoyo social, enfermedades físicas, etc.) constituyen aún en buena parte una incógnita que no está suficientemente dilucidada. Es decir, la forma en que se produce la interacción entre la vulnerabilidad biológica —la reactividad fisiológica ante los estímulos amenazantes—, la vulnerabilidad psicológica —la sensación de impredecibilidad y de incontrolabilidad de la conducta— y los sucesos de vida estresantes debe ser objeto de investigaciones más cuidadosas. De hecho, no se dispone todavía de resultados concluyentes que indiquen por qué unas personas desarrollan un trastorno de ansiedad y otras no (Echeburúa y Corral, 1990).

No obstante, la ausencia de conocimientos precisos sobre la etiología de los trastornos de ansiedad no ha sido óbice para el desarrollo de técnicas de tratamiento de eficacia contrastada (exposición, técnicas cognitivas, relajación y entrenamiento en habilidades sociales, principalmente), con resultados satisfactorios a largo plazo. Las investigaciones llevadas a cabo en los últimos años ponen de manifiesto la utilidad de los tratamientos psicológicos —y en concreto, de las técnicas conductuales— para reducir y eliminar la ansiedad patológica (Echeburúa, 1993b). Existe, por tanto, un futuro esperanzador para todas aquellas personas que sufren las consecuencias de un trastorno de ansiedad.

## Referencias

- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th. ed.)*, APA: Washington.
- Avia, M.D. (1992): Adhesión al tratamiento en el trastorno obsesivo-compulsivo. En E. Echeburúa (Ed.). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Ayuso, J.L. (1988): *Trastornos de angustia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Biondi, M. (1989): *Psicobiología y terapéutica de la ansiedad en la práctica médica*. Barcelona: Lab. Wyeth.
- Borda, M.-Echeburúa, E. (1991): La autoexposición como tratamiento psicológico en un caso de agorafobia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 101-123.
- Carrobbles, J.A. (1985): La ansiedad: naturaleza, incidencia y modelos explicativos. En J.A. Carrobbles (Ed.) *Análisis y modificación de conducta II*. Madrid: UNED, vol. 1º.
- Clark, D.M. (1986): Cognitive therapy for anxiety. *Behavioral Psychotherapy*, 14, 283-294.
- Corral, P.-Echeburúa, E.-Sarasua, B.-Zubizarreta, I. (1992): Estrés postraumático en ex combatientes y en víctimas de agresiones sexuales: nuevas perspectivas terapéuticas. *Boletín de Psicología*, 35, 7-24.
- Echebarría, A.-Páez, D. (1989): *Emociones: perspectivas psicosociales*. Madrid: Fundamentos.
- Echeburúa, E. (1993a): *Ansiedad crónica: evaluación y tratamiento*. Madrid: Eudema.
- Echeburúa, E. (1993b): Evaluación y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada: nuevas perspectivas. *Psicología Conductual*, 1, 233-254.
- Echeburúa, E. (1993c): *Evaluación y tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Echeburúa, E. (1994): Trastornos de personalidad: concepto, evaluación y tratamiento. En E. Echeburúa (Ed.) *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E.-Corral, P. (1990): Insuficiencias de los modelos de condicionamiento en la conceptualización de los trastornos de ansiedad. *Boletín de Psicología*, 28, 59-77.
- Fernández-Montalvo, J.-Yarnoz, S. (1994): Alexitimia: concepto, evaluación y tratamiento. *Psicothema*, 6,
- Friedman, M.-Rosenman, R.H. (1974): *Type A behavior and your heart*. Nueva York: Knopf.
- Galletero, J.M.-Guimón, J. (1989): Clínica de los trastornos de ansiedad. En: J. Guimón y J.M. Galletero (Eds.). *Neurosis de angustia*. Madrid: Jarpyo Eds. (Monografías de psiquiatría, núm. 4).
- Marks, I.M. (1987): *Fears, phobias and rituals*. New York: Oxford University Press (traducción, Martínez-Roca, 1990).
- Michal, M. (1992): *Estrés. Signos, fuentes, síntomas, soluciones*. Basilea: Lab. Roche.
- Myers, J.K.-Weissman, M.M.-Tischler, G.L. (1984): Six-months prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Archives of General Psychiatry*, 41, 959-967.
- Pasnau, R.O. (1987): Los trastornos de ansiedad. En R.O. Pasnau (Ed.) *Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Laboratorios Upjohn
- Rojas, E. (1990): *La ansiedad*. Madrid: Ediciones Temas de Hoy.
- Salaberría, K. (1994): Efecto de la reestructuración cognitiva en el tratamiento por exposición de la fobia social de tipo generalizado (Tesis doctoral).

- Sandín, B.-Chorot, P. (1991): Trastornos de pánico: consideraciones sobre su naturaleza, etiología y tratamiento. En G. Buela-Casal y V.E. Caballo (Comps.) *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid: Siglo XXI.
- Spielberger, C.D.-Gorsuch, R.L.-Lushene, R.E. (1970): *The state-trait anxiety inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Tobeña, A. (1986): *Trastornos de ansiedad: orígenes y tratamiento*. Barcelona: Alamex.
- Valdés, M.-Flores, T. (1985): *Psicobiología del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Weissman, M.M. (1985): The epidemiology of anxiety disorders: rates, risks and familial patterns. En H. Tuma y J. Maser (Eds.) *Anxiety and anxiety disorders*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.