

MÓDULO II

Trastornos de ansiedad: Definición,
clasificación y modelos teóricos

Ansiedad *normal* y *patológica*

La ansiedad representa una condición humana evolutivamente desarrollada que confiere ventajas en comparación con otras especies, tratándose de una respuesta emocional compleja activada por procesos de evaluación cognitiva y reevaluación. Así, este proceso permite al individuo recopilar y analizar información relevante sobre la situación, los recursos disponibles y los resultados esperados, con el propósito estratégico de actuar en consecuencia.

Podría decirse que la ansiedad *normal* desempeña una función adaptativa fundamental, orientando el comportamiento para afrontar situaciones anticipadas como aversivas o desafiantes. Por ende, en niveles moderados, impulsa y mejora el rendimiento físico e intelectual, movilizando al sujeto hacia la resolución de problemas y facilitando la adaptación en contextos novedosos o desafiantes.

En cambio, la ansiedad *patológica*, refiere a una respuesta emocional exagerada y desproporcionada en relación con la evaluación objetiva de amenaza presente en la situación. Esta forma de ansiedad se origina en cogniciones disfuncionales que distorsionan la valoración del peligro, por lo que activa esquemas inadaptativos que sesgan el procesamiento de la información mediante contenidos proposicionales relacionados con amenazas físicas o psicológicas, y sentimientos de vulnerabilidad. Además, interfiere directamente con la gestión efectiva y adaptativa de situaciones adversas o difíciles, llegando incluso a afectar el funcionamiento diario en ámbitos sociales, laborales y otras áreas.

Se manifiesta de manera persistente e implica un estado prolongado denominado aprensión ansiosa, que incluye, además del miedo, la percepción de aversibilidad, incontrollabilidad, incertidumbre y vulnerabilidad, junto con la incapacidad para alcanzar los resultados esperados. Sumado a lo anterior, puede presentarse forma espontánea, inesperada y recurrente en ausencia de un estímulo amenazante específico. Y, además, puede ser desencadenada por un amplio rango de situaciones o señales, tanto internas como externas, cuya intensidad de amenaza es relativamente baja.



Características básicas y tipos de trastornos de ansiedad

La ansiedad se experimenta en respuesta a amenazas que son distales o inciertas, lo que implica cambios en el estado subjetivo, las respuestas autonómicas y el comportamiento. Ahora, a pesar de que las respuestas de ansiedad suelen cumplir una función adaptativa, sucede que, cuando son desproporcionadas, carecen de regulación y se extienden de manera generalizada, pueden tornarse inadecuadas. Este desajuste conlleva a la experimentación de angustia y a la evitación de situaciones que podrían percibirse como amenazantes.

Aunque los trastornos de ansiedad pueden manifestarse de diversas maneras, la coexistencia de estos trastornos (y, de hecho, de todos los trastornos psiquiátricos) es más común que excepcional. Las tasas de comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y otros trastornos internalizantes, como la depresión, son considerablemente elevadas a lo largo de la vida. Esta coexistencia afecta negativamente la eficacia del tratamiento, siendo un factor importante para considerar en la búsqueda del éxito terapéutico.

Entre algunos de sus determinantes, una característica distintiva de los trastornos de ansiedad es la tendencia a sobrevalorar la amenaza, manifestada mediante una asignación aumentada de recursos para el procesamiento de información aversiva o amenazante. Tanto en niños, adolescentes como en adultos con trastornos de ansiedad, se observa un sesgo de atención ampliado hacia la amenaza. Además, las personas afectadas por trastornos de ansiedad tienden a interpretar de manera negativa situaciones ambiguas. Este sesgo negativo se extiende a la percepción del yo, ya que aquellos con trastornos de ansiedad y depresión muestran una mayor inclinación hacia atributos autorreferenciales negativos en comparación con los atributos positivos.

Finalmente, y junto con una mayor atención a las amenazas, el aprendizaje sobre las amenazas también se ve afectado por los trastornos de ansiedad. Así como la generalización de las respuestas de amenaza a los estímulos no amenazantes. Por otro lado, la incertidumbre sobre los resultados, combinada con el sesgo hacia la amenaza, puede combinarse para crear un estado persistentemente excitado e hipervigilante, lo que puede sesgar al consultante hacia la evitación (Kenwood et al., 2022).



Tabla 1

Principales trastornos de ansiedad y sus características

Trastorno	Características clínicas centrales	Otros criterios para el diagnóstico [*]
TA por separación	Miedo o ansiedad intensos y persistentes relativos al hecho de tener que separarse de una persona con la que le une un vínculo estrecho, y que se evidencia en un mínimo de tres manifestaciones clínicas centradas en preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares [escuela, trabajo, etc.] y/o presencia de pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación o su anticipación.	El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes mínimo de 6 meses en adultos y de 4 semanas en niños y adolescentes.
Mutismo selectivo	Incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica en que se espera que debe hacerse, a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones [protótipicamente en casa y en presencia de familiares inmediatos].	Duración mínima de 1 mes [no aplicable al primer mes en que se va a escuela].
Fobia específica	Aparición de miedo o ansiedad intenso y persistente, prácticamente inmediata e invariable respecto a un objeto o situación específica, que se evitan o soportan a costa de intenso miedo-ansiedad.	Especificaciones en función del tipo de estímulo fóbico: Animal, Entorno natural, Sangre-heridas-inyecciones, Situacional, Otras. El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.

TA social	Miedo o ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre en relación con una o más situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores.	Especificación: Únicamente relacionada con la ejecución (en caso de que el miedo fóbico esté restringido a hablar o actuar en público). El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.
Trastorno de angustia	Presencia de crisis de angustia inesperadas recurrentes. Al menos una de ellas va seguida durante un mínimo de un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio significativo y desadaptativo en el comportamiento que se relacione con las crisis de angustia.	
Agorafobia	Miedo o ansiedad acusados que aparecen prácticamente siempre respecto a dos o más situaciones prototípicamente agorafóbicas (transportes públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colas o estar en medio de una multitud, y/o estar solo fuera de casa) que, además, se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se soportan a costa de intenso miedo o ansiedad.	El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.

	La persona teme o evita dichas situaciones por temor a tener dificultades para huir o recibir ayuda en caso de aparición de síntomas similares a la angustia, u otros síntomas incapacitantes o que pudieran ser motivo de vergüenza.	
TA generalizada	Ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y que las personas tienen dificultades para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de sobreactivación fisiológica.	La ansiedad o preocupación deben estar presentes la mayoría de días durante un mínimo de 6 meses.
TA inducido por sustancias/medicación	El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad y en el que existen evidencias de que dichos síntomas se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia o por la toma de medicación capaces de producir dichos síntomas.	No se dan exclusivamente durante <i>delirium</i> .
TA debido a enfermedad médica	El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad, con evidencias de que ello es consecuencia patofisiológica directa de otra condición médica.	No se dan exclusivamente durante <i>delirium</i> .

Otros TA especificados	Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos. Se especificará la razón concreta por la que no se cumplen todos los criterios diagnósticos.	Se ponen como ejemplos las crisis de angustia limitadas o la ansiedad generalizada que no cumple con el criterio temporal de estar presente la mayoría de los días.
TA no especificado	Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos. No se especifican las causas por las que no se cumplen los criterios diagnósticos por falta de información (e.g. en urgencias).	

Nota. Tortella-Feliu (2014, p. 63-65). [*] En esta columna se omiten los criterios que tienen que ver con: [a] no se explica mejor por otro trastorno psicopatológico u otras patologías médicas – ingesta de sustancias y [b] causan malestar psicológico significativo y/o deterioro en el funcionamiento social, laboral/escolar o en otras áreas.

Diagnóstico diferencial: Distinciones con otros trastornos

- La **depresión mayor** se caracteriza por una profunda tristeza y una pérdida de interés o placer en actividades que antes resultaban gratificantes, lo que a menudo supera la presencia de ansiedad. Los síntomas como cambios en el peso o el apetito, alteraciones del sueño y sentimientos de inutilidad o culpa son comunes en la depresión mayor y pueden diferenciarla de los trastornos de ansiedad. Además, los pensamientos recurrentes de muerte o suicidio son frecuentes en la depresión, pero no necesariamente en los trastornos de ansiedad.

- El **trastorno bipolar**, por su parte, destaca por episodios alternantes de depresión y manía o hipomanía. Durante los episodios de manía, los individuos pueden experimentar un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable, acompañado de cambios significativos en el pensamiento y el comportamiento. Esta alternancia entre estados de ánimo opuestos es distintiva del trastorno bipolar y no se encuentra en los trastornos de ansiedad.
- Por otro lado, el **trastorno de estrés postraumático** (TEPT) está vinculado a un evento traumático específico y se manifiesta a través de síntomas como recuerdos intrusivos, evitación de estímulos asociados con el trauma, cambios en el estado de ánimo y reactividad fisiológica. Así, aunque la ansiedad es común en el TEPT, los síntomas específicos y su relación con el evento traumático marcan la diferencia clave.
- El **trastorno obsesivo-compulsivo** (TOC) se caracteriza por la presencia de obsesiones recurrentes y persistentes que generan ansiedad significativa, así como compulsiones que se realizan para aliviar esa ansiedad. La naturaleza obsesiva de los pensamientos y la compulsividad de los comportamientos distinguen al TOC de los trastornos de ansiedad generalizada o social.
- El **trastorno de personalidad límite** se caracteriza por la inestabilidad emocional y las relaciones interpersonales turbulentas, junto con la impulsividad y los comportamientos autodestructivos. Si bien la ansiedad puede ser un síntoma en el trastorno límite, la naturaleza de los síntomas y su relación con la identidad y las relaciones personales diferencian este trastorno de los trastornos de ansiedad.
- Los **trastornos de la conducta alimentaria**, como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, se caracterizan por la preocupación excesiva por el peso, la alimentación y la imagen corporal, junto con comportamientos alimentarios desadaptativos como la restricción, los atracones o las purgas. Ciertamente que la ansiedad puede estar presente en dichos trastornos, pero los síntomas específicos relacionados con la alimentación y la imagen corporal los distinguen de los trastornos de ansiedad.
- Finalmente, el **trastorno por déficit de atención e hiperactividad** (TDAH) se caracteriza por dificultades persistentes en la atención, la concentración y la hiperactividad. Y, aunque la ansiedad puede coexistir con el TDAH, los síntomas específicos relacionados con la atención y la hiperactividad son más prominentes.

Modelos teóricos sobre los trastornos de ansiedad

El avance de la disciplina psicológica y la aparición de diversas teorías dieron lugar a múltiples perspectivas sobre el fenómeno complejo de la ansiedad. Tales perspectivas surgieron y evolucionaron simultáneamente, contribuyendo de manera recíproca entre sí. Con esto, sus contribuciones posibilitaron la definición y progreso del concepto, aportando a una comprensión más profunda del mismo. En consecuencia, hoy en día, existen numerosos modelos explicativos para este trastorno, ampliamente documentados en la literatura clínica, tanto psiquiátrica como psicológica.

Los modelos pueden clasificarse en dos enfoques principales, dependiendo de la importancia atribuida: aquellos que destacan la influencia de factores genéticos y estructurales a nivel orgánico, y aquellos que enfatizan la relevancia de procesos cognitivos, afectivos y sociales específicos. Ahora, si bien los modelos y teorías sobre los problemas de ansiedad datan de largo recorrido histórico, véase el modelo psicoevolutivo de ansiedad de Freud [1920], de respuesta de lucha o huida de Cannon [1932], de ansiedad de aprendizaje de Eysenck [1950] o el conocido modelo de diátesis-estrés [1967] de Lazarus, o el tan mencionado modelo cognitivo de la ansiedad de Aaron T. Beck [desarrollado principalmente en la década de 1970], entre muchos otros, nos centraremos en algunas perspectivas teóricas más conductuales que han sido desarrolladas y refinadas por varios investigadores a lo largo de las décadas y han proporcionado estrategias concretas y personalizadas para gestionar la ansiedad, relacionando sus principios con la terapia de activación conductual.

Teoría bifactorial del miedo

La teoría bifactorial del miedo de Mowrer [Mowrer, 1947; Weisman & Litner, 1972], presenta una perspectiva amplia sobre la adquisición y mantenimiento del miedo, centrándose en dos procesos fundamentales: el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante. El primero sucede inicialmente a manera de miedo o impulso adquirido ante la señal del estímulo aversivo o evento temido de forma primaria. Luego del condicionamiento clásico viene un condicionamiento instrumental que consiste en un reforzamiento negativo, en el que la consecuencia de la conducta de evitación es la reducción del impulso adquirido.

En este caso, la terapia de activación conductual, al abordar la evitación conductual y promover la exposición gradual a estímulos temidos, puede integrarse eficazmente con la teoría bifactorial dado que la exposición sistemática y la modificación de respuestas de evitación son elementos clave para desensibilizar las respuestas condicionadas de ansiedad. Así, el enfoque de activación desafía y modifica las respuestas de evitación, lo que contribuye a la desactivación de las asociaciones condicionadas y a la reducción de la ansiedad [Pérez Acosta, A-. M., 2005].

Modelo de vulnerabilidad estrés

Desarrollado en 1977 por Zubin y Spring para explicar el desarrollo de la esquizofrenia, la base del modelo descansa en la interacción entre factores individuales de vulnerabilidad y factores estresantes ambientales en la aparición y desarrollo de trastornos como la ansiedad. Se propone que dicho concepto de *vulnerabilidad*, no exento de críticas, puede tener bases genéticas, biológicas, psicológicas o sociales, y la presencia de estrés ambiental puede desencadenar o exacerbar los síntomas. En este contexto, el estrés puede provocar una gama compleja de respuestas psicológicas y conductuales, que pueden disminuir a medida que el factor estresante desaparece o a medida que el individuo se adapta a un factor estresante persistente [Scott et al., 2022].

La terapia de activación conductual puede alinearse con lo planteado en el modelo en cuanto al manejo del estrés, por ejemplo, al ofrecer estrategias prácticas para gestionarlo y promover la participación activa en actividades positivas, reduciendo así los efectos negativos del estrés en la ansiedad. Del mismo modo, uno de los aspectos destacados del modelo es la resiliencia, entendiéndose como la capacidad y el proceso dinámico de superar de forma adaptativa el estrés y la adversidad mientras se mantiene un funcionamiento psicológico normal. Con base a esto, la terapia también contribuye a su fortalecimiento al centrarse en los aspectos mencionados previamente. Así pues, podría decirse que, la búsqueda de modificación de patrones de comportamiento disfuncionales para abordar los estresantes ambientales a través de la participación activa en situaciones y actividades, contrarresta las respuestas ansiosas asociadas con el modelo de vulnerabilidad estrés.

Modelo de evitación experiencial

Como parte de la terapia de aceptación y compromiso, y propuesto por Steven C. Hayes, Kirk D. Strosahl y Kelly G. Wilson en la década de 1990, ofrece una perspectiva conductual sobre los trastornos de ansiedad centrándose en la evitación experiencial como un mecanismo central en la génesis y mantenimiento de la ansiedad. Desde esta, se postula que la ansiedad se perpetúa cuando las personas intentan evitar experiencias internas desagradables, como pensamientos, emociones o recuerdos perturbadores. Así, la preocupación constante y la rumiación se interpretan como estrategias de evitación destinadas a eludir el enfrentamiento directo con dichas experiencias aversivas. Es decir, intentos de comportamiento rígidos de alterar la forma, la frecuencia o la intensidad de los eventos privados no deseado [Berghoff et al., 2017].

La evitación experiencial, al consistir en el distanciamiento de experiencias relevantes y contingencias de vida, contribuye al aumento de la angustia y a la perpetuación de un ciclo de evasión. Se ha postulado la hipótesis de que la evitación experiencial desempeña un papel crítico en la etiología, mantenimiento y modificación de diversas formas de psicopatología, constituyendo un factor central de vulnerabilidad para el sufrimiento emocional. En contraste, la aceptación-activación representa la respuesta opuesta, caracterizada por el contacto activo con las experiencias psicológicas de manera directa y completa, sin recurrir a defensas innecesarias, mientras se manifiesta un comportamiento efectivo [Fernández-Rodríguez et al., 2018].

La conocida terapia de aceptación y compromiso, en la que se basa este modelo, propone que la aceptación de tales experiencias internas, en lugar de evitarlas, es crucial para disminuir la ansiedad. Para ello, el enfoque utiliza diversas estrategias, incluida la atención plena, con el objetivo de ayudar a los individuos a desarrollar una relación más flexible y abierta con sus experiencias internas. Aspecto muy similar a la finalidad de la terapia de activación conductual al alentar en la participación en actividades significativas y alineadas con los valores del cliente, abordando, por tanto, la evitación experiencial.

Terapia conductual basada en la aceptación

El modelo propuesto por Lizabeth Roemer y Susan Orsillo en 2005, integra elementos clave del modelo de preocupación de Borkovec [1994] y los desarrollos del mecanismo de evitación experiencial de la terapia de aceptación y compromiso de Hayes et al. [1996]. En este modelo, la preocupación se percibe como una estrategia de evitación de experiencias internas que se perciben como amenazantes o negativas. Dicha evitación conlleva una restricción de acciones valoradas o actividades significativas en la vida de la persona. Se propone, así, un enfoque terapéutico que fomente la aceptación experiencial como una forma de abordar el mecanismo de evitación [Garay et al., 2019].

El objetivo fundamental es que los pacientes logren una mayor aceptación de su experiencia presente, mientras amplían su repertorio de acciones valoradas. En tal sentido, la terapia de activación conductual comparte con ello la premisa fundamental de promover la participación activa en conductas valoradas como una estrategia terapéutica, buscando ampliar el repertorio de acciones significativas y mejorar la aceptación de la experiencia presente para abordar eficazmente los síntomas ansiosos.



Tratamientos principales de actuación

Las intervenciones para los trastornos de ansiedad se enmarcan en un abordaje psicológico integral, destinado a modular los procesos cognitivos y conductuales subyacentes en estas condiciones patológicas. Entre las estrategias terapéuticas por excelencia destaca la aplicación de técnicas de exposición gradual, mediante las cuales los individuos son guiados a enfrentar progresivamente situaciones temidas. Esta exposición sistemática permite la desensibilización y reestructuración cognitiva, reduciendo así la respuesta ansiosa asociada.

Otra intervención central es la implementación de técnicas de prevención de respuesta, dirigidas a identificar y modificar los comportamientos de evitación y rituales compulsivos que perpetúan la ansiedad. Un enfoque que se apoya en la premisa de que al interrumpir los patrones de respuesta maladaptativos, se puede desarticular el ciclo de la ansiedad.

En cuanto a la herramienta de la exposición, habría de tenerse en cuenta una implementación adecuada que podría constar de:

- **Identificación de actividades placenteras:** El terapeuta colabora con el paciente para identificar actividades que el paciente solía disfrutar pero que ha evitado debido a la ansiedad. Por ejemplo, si el paciente solía disfrutar pintando, pero ha dejado de hacerlo debido a la ansiedad, se le animaría a retomar esta actividad.
- **Programación de actividades graduales:** Una vez identificadas las actividades placenteras, el consultante y el terapeuta trabajan juntos para planificar una serie de actividades graduadas que impliquen enfrentarse a situaciones que generen ansiedad de manera gradual. Volvemos al ejemplo, si el consultante evita socializar debido a la ansiedad, se puede comenzar con actividades sociales breves y poco amenazantes, como tomar un café con un amigo en un entorno tranquilo.
- **Exposición gradual:** Durante las actividades programadas, el profesional guía al paciente para que se exponga gradualmente a situaciones que generen ansiedad, permitiendo que la ansiedad disminuya naturalmente a medida que el paciente se enfrenta a ellas. Así, si la persona tiene miedo a volar, se puede empezar por mirar imágenes de aviones, luego visitar el aeropuerto, y finalmente realizar un vuelo corto.
- **Registro de logros y dificultades:** El paciente lleva un registro de sus logros y dificultades durante la terapia, lo que le permite identificar patrones y aprender de sus experiencias. Por ejemplo, puede registrar cómo se sintió antes, durante y después de una actividad programada, así como cualquier pensamiento negativo que surgió y cómo lo manejó.

- Reforzamiento positivo: El terapeuta refuerza positivamente los logros del paciente y le proporciona apoyo y aliento durante todo el proceso. Asimismo, el experto elogia al cliente por enfrentarse a una situación temida y resaltar los aspectos positivos de su experiencia, como sentirse orgulloso de haberlo intentado.

Con todo lo anterior, además, la terapia cognitivo-conductual juega un papel fundamental al abordar y reconstruir los esquemas de pensamiento disfuncionales que subyacen a los trastornos de ansiedad. Así, gracias a la identificación y cuestionamiento de pensamientos automáticos irracionales, se busca promover una reevaluación más realista de las situaciones estresantes.

Por su parte, y en términos de técnicas específicas, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, la relajación progresiva y la atención plena (mindfulness) también son prácticas complementarias que fortalecen la resiliencia emocional y la gestión adaptativa del estrés. Estas intervenciones, integradas dentro de un marco terapéutico coherente, ofrecen una perspectiva holística para abordar los trastornos de ansiedad desde múltiples dimensiones psicológicas y conductuales. Veremos luego su inclusión en la intervención de la terapia de activación conductual.

