



PSICOLOGO CENTRO DE ATENCION SOCIAL EN ARROYO DE LA ENCOMIENDA VALLADOLID

Tema 65 Trastornos de ansiedad. Aspectos etiológicos y clínicos.
Evaluación, diagnóstico y tratamiento psicológicos

Temarios
oposiciones

TFNO 621 088 797

TRASTORNOS DE ANSIEDAD. ASPECTOS ETIOLÓGICOS Y CLÍNICOS. EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS.

1. Introducción

Los trastornos de ansiedad constituyen uno de los grupos diagnósticos más frecuentes en salud mental. Se caracterizan por una respuesta de miedo o ansiedad desproporcionada que interfiere significativamente en la vida del individuo. Comprender su etiología, sintomatología y abordaje terapéutico es esencial para la intervención efectiva.

2. Definición y Clasificación de los Trastornos de Ansiedad

2.1. Definición general

Los **trastornos de ansiedad** constituyen un conjunto de trastornos mentales que se caracterizan por la presencia **persistente, intensa y disfuncional de ansiedad, miedo o preocupación**, que exceden el umbral normativo de adaptación frente a situaciones de amenaza real o imaginada. Estas experiencias subjetivas, cuando se tornan patológicas, se traducen en un conjunto de **síntomas fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales**, que afectan de forma significativa y sostenida la calidad de vida, el rendimiento social, laboral, académico y familiar del individuo.

Naturaleza multidimensional del fenómeno ansioso

La ansiedad patológica no se manifiesta de forma unitaria, sino como un fenómeno complejo que abarca diversos sistemas funcionales:

- **Nivel fisiológico:** Activación del sistema nervioso autónomo (especialmente el sistema simpático), con manifestaciones como sudoración, taquicardia, palpitaciones, hiperventilación, tensión muscular, sequedad de boca, molestias gastrointestinales, temblores y fatiga persistente. Estas respuestas tienen una función evolutiva protectora, pero se tornan disfuncionales cuando se activan en ausencia de peligro real.
- **Nivel cognitivo:** Aparición de pensamientos distorsionados o disfuncionales, tales como **anticipación catastrofista**,

preocupación excesiva, hipervigilancia, dudas irracionales, pensamientos intrusivos o sensación de inminencia de daño. Estas cogniciones refuerzan el circuito ansioso y contribuyen a su mantenimiento.

- **Nivel emocional:** Predomina el **miedo intenso**, la **angustia**, la **inquietud**, la sensación de pérdida de control o de amenaza inminente. El individuo experimenta emociones negativas de difícil regulación, lo que genera un estado de hipersensibilidad afectiva.
- **Nivel conductual:** Se producen conductas de **evitación activa o pasiva**, conductas de escape, búsqueda de seguridad, inhibición social, compulsiones o hipercontrol del entorno. Estas respuestas, aunque inicialmente reducen la ansiedad, a largo plazo refuerzan su persistencia mediante mecanismos de reforzamiento negativo.

Ansiedad adaptativa vs. ansiedad patológica

Desde una perspectiva evolutiva, la ansiedad ha tenido una función adaptativa y protectora. Ante estímulos potencialmente peligrosos (un animal salvaje, un entorno amenazante), el sistema ansioso prepara al organismo para responder con conductas de **lucha, huida o inmovilización**. Esta respuesta rápida y automática ha sido clave para la supervivencia de la especie.

Sin embargo, cuando el sistema ansioso se activa de forma excesiva, persistente o inadecuada al contexto —es decir, ante estímulos neutros o incluso en ausencia de estímulos externos—, se produce un **desajuste clínico**. Este es el punto de inflexión entre la **ansiedad adaptativa** y la **ansiedad patológica**. Las principales diferencias se pueden resumir así:

Aspecto	Ansiedad Adaptativa	Ansiedad Patológica
Función	Protección, alerta, preparación ante peligro real	Disfunción, interferencia, sufrimiento sin causa real
Duración	Limitada en el tiempo	Prolongada, crónica o repetitiva

Aspecto	Ansiedad Adaptativa	Ansiedad Patológica
Proporcionalidad	Adecuada al estímulo o amenaza	Excesiva, desproporcionada
Control consciente	Posible autorregulación	Sensación de pérdida de control
Impacto funcional	Mejora del rendimiento ante retos	Deterioro funcional en varias áreas

Clasificación según el DSM-5-TR

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición, texto revisado (DSM-5-TR), establece una clasificación sistemática de los trastornos de ansiedad como una categoría diagnóstica autónoma, con criterios específicos para cada entidad clínica. Aunque trastornos como el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y los trastornos relacionados con traumas presentan síntomas ansiosos, se ubican en bloques diagnósticos distintos debido a su etiopatogenia y perfil clínico diferencial.

Los trastornos de ansiedad propiamente dichos se caracterizan por una respuesta disfuncional de miedo o ansiedad ante estímulos específicos o difusos, mantenida en el tiempo, desproporcionada al peligro real y generadora de deterioro significativo.

Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

El TAG se caracteriza por una **preocupación excesiva, persistente e incontrolable** acerca de una variedad de eventos o actividades del día a día (por ejemplo, el rendimiento en el trabajo, la salud propia o de seres queridos, problemas financieros, la seguridad o tareas cotidianas).

Criterios clínicos principales:

- Presencia de ansiedad y preocupación durante **la mayoría de los días por al menos 6 meses**.
- Dificultad para controlar dicha preocupación.
- Asociada a tres o más de los siguientes síntomas (uno en niños): **inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño**.

El individuo suele **reconocer la irracionalidad de sus pensamientos**, pero es incapaz de detenerlos, lo cual provoca **malestar clínicamente significativo e interferencia funcional**. El TAG se asocia a una elevada comorbilidad con trastornos depresivos y somatomorfos.

Trastorno de Pánico

Este trastorno se manifiesta mediante la ocurrencia de **ataques de pánico inesperados y recurrentes**, definidos como episodios de miedo o malestar abruptos, que alcanzan un pico máximo en pocos minutos y que se acompañan de múltiples síntomas somáticos y cognitivos.

Síntomas principales durante el ataque:

- Palpitaciones o taquicardia
- Sudoración
- Temblores
- Sensación de ahogo o asfixia
- Náuseas o molestias abdominales
- Mareo, inestabilidad
- Escalofríos o sofocos
- Sensación de irrealidad (desrealización) o de estar fuera del cuerpo (despersonalización)
- Miedo a perder el control, volverse loco o morir

Criterio diagnóstico adicional:

- Al menos un ataque ha sido seguido de **un mes o más** de preocupación persistente por tener nuevos ataques y/o por sus consecuencias, acompañado de un cambio conductual significativo (por ejemplo, evitar actividades físicas o lugares que puedan inducir síntomas).

El trastorno de pánico puede o no estar acompañado de agorafobia, aunque en el DSM-5-TR ambos se diagnostican por separado.

Fobia Específica

Es un trastorno caracterizado por un **miedo marcado e irracional hacia un objeto o situación específica**, que desencadena una respuesta de ansiedad inmediata y desproporcionada.

Ejemplos comunes de estímulos fóbicos:

- Animales (arácnidos, perros, insectos)
- Entornos naturales (alturas, tormentas, agua)
- Sangre, inyecciones o lesiones

- Situaciones específicas (viajar en avión, conducir, túneles, ascensores)

Criterios diagnósticos clave:

- El objeto fóbico **casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata**.
- El individuo evita activamente el estímulo o lo soporta con intensa angustia.
- El miedo es **desproporcionado al peligro real**, persistente (al menos 6 meses), y genera deterioro funcional.

Aunque la persona reconoce que su temor es irracional (excepto en niños), no puede controlar su respuesta. Es uno de los trastornos más prevalentes y suele tener **inicio en la infancia o adolescencia**.

Agorafobia

La agorafobia consiste en una **ansiedad intensa ante situaciones o lugares donde escapar pueda ser difícil o no se disponga de ayuda en caso de experimentar síntomas incapacitantes o embarazosos** (como un ataque de pánico o pérdida de control).

Situaciones comúnmente temidas:

- Transporte público
- Espacios abiertos (plazas, puentes)
- Espacios cerrados (tiendas, cines)
- Estar en filas o multitudes
- Estar solo fuera del hogar

Criterios del DSM-5-TR:

- El miedo o la evitación afecta **al menos dos situaciones distintas**.
- La situación es evitada activamente o se soporta con acompañante.
- El temor es desproporcionado, persistente (mínimo 6 meses), y limita de forma significativa el funcionamiento.

La agorafobia puede presentarse con o sin trastorno de pánico y se asocia a un alto nivel de discapacidad si no se trata.

Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social)

Este trastorno se define como un **miedo o ansiedad intensa en situaciones sociales en las que el individuo se expone al escrutinio de los demás**.

Situaciones típicamente temidas:

- Hablar en público

- Comer o beber en presencia de otros
- Participar en reuniones sociales
- Ser observado al realizar tareas

Aspectos diferenciales:

- El miedo se centra en la **posibilidad de ser juzgado negativamente, humillado o avergonzado.**
- La persona evita o soporta con angustia extrema dichas situaciones.
- En niños, puede observarse **mudez selectiva, inhibición o llanto persistente.**

Los síntomas deben durar al menos **6 meses** y tener una repercusión clínica relevante. Puede presentar un subtipo llamado "de rendimiento", en el que el miedo se limita a actividades públicas específicas (por ejemplo, hablar en público).

Trastorno de Ansiedad por Separación

Aunque tradicionalmente se consideraba un trastorno infantil, el DSM-5-TR reconoce su **presentación en adolescentes y adultos.**

Manifestaciones clínicas:

- Ansiedad intensa ante la posibilidad de separarse de personas con fuerte vínculo afectivo (padres, pareja, hijos).
- Miedo a que a la figura de apego le suceda algo malo.
- Pesadillas de separación, resistencia a estar solo, quejas físicas cuando se anticipa la separación.

Duración mínima:

- **Niños:** al menos 4 semanas.
- **Adultos:** al menos 6 meses.

Este trastorno interfiere en la independencia, el desarrollo social y puede limitar severamente la autonomía del individuo.

Mutismo Selectivo

Se trata de un trastorno poco frecuente que se diagnostica casi exclusivamente en **niños en edad escolar**, aunque puede persistir si no se interviene.

Criterios diagnósticos:

- Incapacidad constante para hablar en situaciones sociales específicas (como en el aula), a pesar de que el niño **sí se comunica con normalidad en otros entornos familiares** (por ejemplo, en casa).
- La alteración **interfiere con los logros educativos o la comunicación social**.
- No se explica por una falta de conocimiento del idioma ni por otros trastornos del desarrollo.

El mutismo selectivo suele estar relacionado con **niveles altos de ansiedad social, temperamento inhibido y sobreprotección parental**. El pronóstico mejora con intervención psicológica temprana.

Clasificación según la CIE-11

La **CIE-11**, publicada por la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** en 2019 y en vigor desde enero de 2022, es una herramienta de clasificación que tiene como objetivo la codificación de todas las enfermedades, incluidos los trastornos mentales. A diferencia del DSM-5-TR, que es elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría, la CIE-11 tiene una **aplicación universal y más orientada al ámbito clínico general y epidemiológico**.

Características distintivas de la CIE-11 en relación a los trastornos de ansiedad:

- **Agrupación estructural más flexible:** Los trastornos de ansiedad se ubican en el bloque "**Trastornos de ansiedad o miedo**", dentro del capítulo "**Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo**".
- **Terminología ligeramente diferente:** Utiliza expresiones como "trastorno por pánico" en lugar de "trastorno de pánico", o "trastorno de ansiedad social" sin la etiqueta de "fobia social", aunque ambos se refieren a cuadros equivalentes.
- **Reconocimiento de presentaciones clínicas mixtas:** Se contemplan formas combinadas como el **trastorno de pánico con agorafobia**, que en el DSM-5-TR se diagnostican por separado.
- **Inclusión de la ansiedad en la infancia y adolescencia** como subcategorías específicas, reconociendo su curso y presentación evolutiva diferenciada.
- **Utilización de descriptores clínicos opcionales**, que permiten especificar el grado de gravedad, el curso temporal o los factores contextuales del trastorno.

Ejemplos de códigos diagnósticos en la CIE-11:

- 6B00: Trastorno de ansiedad generalizada
- 6B01: Trastorno de pánico
- 6B02: Fobia específica
- 6B03: Trastorno de ansiedad social
- 6B04: Agorafobia
- 6B05: Trastorno de ansiedad por separación
- 6B06: Mutismo selectivo

Este sistema busca **facilitar la interoperabilidad internacional**, la gestión de datos de salud pública y la investigación en contextos sanitarios amplios, manteniendo compatibilidad con múltiples culturas y sistemas de salud.

El enfoque dimensional del RDoC (Research Domain Criteria)

El modelo **RDoC**, desarrollado por el *National Institute of Mental Health (NIMH)* en Estados Unidos, representa una **revolución conceptual** frente a los sistemas categoriales como el DSM o la CIE. Se basa en un enfoque **dimensional, transdiagnóstico, neurobiológico y funcional**, que busca entender la psicopatología en términos de **circuitos cerebrales, dominios de funcionamiento y niveles de análisis integrados** (desde lo molecular hasta lo conductual).

Principales características del RDoC:

- **Rechazo de categorías diagnósticas rígidas:** No se centra en etiquetas clínicas, sino en **constructos o dimensiones** que atraviesan múltiples trastornos.
- **Foco en la investigación neurocientífica:** Tiene como objetivo identificar **biomarcadores y correlatos cerebrales** comunes a varios cuadros clínicos.
- **Cinco dominios de funcionamiento analizados:**
 1. Sistemas negativos de valencia (miedo, amenaza, frustración)
 2. Sistemas positivos de valencia (recompensa, motivación)
 3. Procesamiento cognitivo
 4. Procesos sociales
 5. Sistemas de activación/regulación

Dentro del primer dominio (sistemas negativos de valencia), se estudian **constructos directamente relacionados con la ansiedad**, como:

- **Amenaza aguda** (base del miedo inmediato)
- **Amenaza potencial** (preocupación sostenida, anticipación del daño)
- **Perdida sostenida** (vínculo con ansiedad por separación)

Implicaciones del modelo RDoC para los trastornos de ansiedad:

- Se considera que trastornos como el TAG, la fobia específica, el trastorno de pánico o la ansiedad social **comparten dimensiones comunes**, como el neuroticismo, la hipervigilancia, la sensibilidad a la amenaza o la evitación conductual.
- El modelo facilita **investigaciones transdiagnósticas** y el desarrollo de **tratamientos personalizados**, basados en perfiles individuales de funcionamiento, más allá del diagnóstico convencional.

Comparación general entre sistemas

Criterio	DSM-5-TR	CIE-11	RDoC
Enfoque	Categorial, clínico	Categorial, clínico-epidemiológico	Dimensional, neurocientífico, transdiagnóstico
Uso principal	Práctica clínica en EE. UU. y otros	Aplicación mundial en sistemas de salud	Investigación básica y aplicada en neurociencia
Clasificación de ansiedad	Diagnósticos específicos	Subtipos con códigos estandarizados	Dimensiones como amenaza aguda o evitación
Utilidad en investigación clínica	Alta, pero limitada a categorías	Alta en salud pública, compatible con DSM	Alta en identificación de biomarcadores y nuevas terapias

ETIOLOGÍA.

PREDISPOSICIÓN GENÉTICA Y TEMPERAMENTO INFANTIL EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Influencia hereditaria: base genética de la ansiedad

La predisposición genética constituye uno de los pilares fundamentales en la etiología de los trastornos de ansiedad. Estudios familiares, de gemelos y de adopción han demostrado que existe una heredabilidad significativa para estos trastornos, estimada en una horquilla entre el 30 y el 50 %, aunque algunos subtipos, como el trastorno de pánico o la fobia social, pueden alcanzar cifras aún mayores. Esta influencia genética no implica una determinación absoluta, sino una mayor vulnerabilidad a desarrollar ansiedad en interacción con factores ambientales. En particular, se han identificado variantes genéticas asociadas a la regulación de neurotransmisores como la serotonina (gen 5-HTTLPR), la dopamina (DRD4, COMT) y el GABA (GABRA2), todos ellos implicados en los circuitos cerebrales que regulan el miedo, la inhibición conductual y el afrontamiento ante el estrés.

Epigenética y expresión génica en entornos estresantes

La epigenética ha enriquecido esta visión al demostrar que no solo importa la carga genética per se, sino cómo se expresan o silencian ciertos genes en función del entorno. Por ejemplo, niños con polimorfismos en el gen transportador de serotonina que crecen en ambientes adversos muestran un riesgo elevado de desarrollar ansiedad y depresión, mientras que en contextos positivos ese mismo gen puede no activar ningún trastorno. Estos hallazgos ponen de relieve la importancia de considerar los factores genéticos en relación dinámica con las experiencias de vida, especialmente durante la infancia y adolescencia, periodos críticos para el desarrollo cerebral y emocional.

El temperamento infantil como marcador de vulnerabilidad

El temperamento se refiere a los estilos emocionales y conductuales innatos que emergen desde los primeros meses de vida, influenciados por la genética pero también moldeados por el entorno. Entre los perfiles temperamentales más relacionados con la ansiedad destaca la **inhibición conductual**, definida como una tendencia persistente a mostrar retraimiento, miedo o rechazo ante personas, situaciones u objetos nuevos. Este patrón puede observarse incluso en bebés que reaccionan con llanto excesivo, hipersensibilidad al ruido o dificultad para calmarse, y se consolida a lo largo de los primeros años de vida.

Numerosos estudios longitudinales han confirmado que la inhibición conductual es un fuerte predictor del desarrollo de trastornos de ansiedad, particularmente del trastorno de ansiedad social, las fobias específicas y en algunos casos el trastorno de ansiedad generalizada. Niños que muestran una inhibición marcada tienen más probabilidades de evitar interacciones sociales, sentirse sobrepasados por las exigencias académicas o de grupo, y desarrollar estrategias de afrontamiento disfuncionales como la evitación o el aislamiento.

Neurobiología de la inhibición conductual

A nivel neurofisiológico, la inhibición conductual se asocia con una hiperreactividad de estructuras cerebrales clave implicadas en el procesamiento del miedo y la evaluación de amenazas, como la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal ventromedial. La amígdala, en particular, muestra una mayor activación ante estímulos sociales o ambiguos en estos niños, lo que se traduce en respuestas emocionales intensas y sostenidas, como miedo o ansiedad, incluso ante situaciones que para otros niños serían neutrales o positivas. Además, existe una menor conectividad funcional entre la amígdala y las áreas de la corteza prefrontal encargadas de la regulación emocional, lo que limita la capacidad del niño para reestructurar cognitivamente sus temores o inhibir sus reacciones automáticas.

Impacto del entorno sobre el temperamento ansioso

Aunque el temperamento tiene una base biológica, no es inmutable. La calidad del entorno familiar y escolar puede amplificar o amortiguar su expresión. Un estilo parental sobreprotector o intrusivo, por ejemplo, puede reforzar la evitación y la dependencia del niño, validando su percepción del mundo como peligroso. En cambio, padres que favorecen la exposición progresiva a situaciones novedosas, ofrecen seguridad sin sobrecontrolar y fomentan la autonomía emocional, pueden ayudar a que el niño desarrolle estrategias adaptativas y supere gradualmente su retraimiento inicial.

Por tanto, la predisposición genética y el temperamento infantil no deben considerarse condenas inevitables, sino factores de riesgo que, en interacción con el ambiente, moldean la trayectoria emocional del individuo. Una detección temprana de la inhibición conductual, combinada con intervenciones preventivas adecuadas, puede ser clave para evitar la consolidación de trastornos ansiosos en etapas posteriores del desarrollo.

MODELOS PARENTALES ANSIOSOS Y APRENDIZAJE SOCIAL EN LA GENÉTICA DE LA ANSIEDAD

Influencia del entorno familiar en el desarrollo emocional

El entorno familiar constituye el primer escenario donde se forjan los esquemas cognitivos, emocionales y conductuales que moldearán la personalidad y la manera en que el individuo percibe el mundo. En este contexto, el papel de los padres o cuidadores principales resulta determinante, no solo por las prácticas educativas que adoptan, sino por el modo en que regulan sus propias emociones frente al estrés o la incertidumbre. Los hijos aprenden observando, imitando y adaptando las reacciones emocionales de sus figuras de referencia, por lo que si éstas exhiben un patrón ansioso, es muy probable que los niños interioricen esas respuestas como formas válidas o inevitables de afrontar la realidad.

Estilos parentales disfuncionales y su impacto en la ansiedad

Diversos estudios han identificado ciertos estilos parentales que favorecen el desarrollo de síntomas ansiosos en la infancia y adolescencia. En particular, los estilos sobreprotectores, intrusivos o excesivamente controladores tienden a minar la autonomía emocional del niño. Padres que anticipan peligros constantes, limitan la exploración o resuelven de inmediato cualquier dificultad que enfrente el menor, envían un mensaje implícito de fragilidad y amenaza permanente. Este tipo de crianza, aunque a menudo bien intencionada, puede hacer que el niño no desarrolle competencias de afrontamiento adecuadas y que perciba el mundo como incontrolable o peligroso.

También se ha observado que padres que expresan altos niveles de preocupación, miedo o catastrofismo ante situaciones cotidianas modelan un estilo de pensamiento ansioso que los hijos reproducen. Por ejemplo, una madre que expresa temor ante hablar con desconocidos o ante cambios imprevistos puede inducir en el hijo una respuesta similar de evitación o hipervigilancia ante contextos sociales o nuevos. Este aprendizaje por observación —denominado aprendizaje vicario o modelado— constituye una vía fundamental en la transmisión intergeneracional de la ansiedad.

Experiencias tempranas traumáticas y esquemas cognitivos disfuncionales

Más allá del modelado emocional, ciertas experiencias adversas en la infancia tienen un efecto profundo y duradero en la formación de esquemas mentales. Situaciones como el maltrato físico o emocional, el abuso sexual, la negligencia o la exposición a enfermedades graves propias o de un familiar cercano constituyen traumas que pueden desorganizar el desarrollo afectivo y cognitivo. Estos eventos no solo generan dolor emocional inmediato, sino que alteran la forma en que el niño interpreta el mundo, sus relaciones y su propia valía.

En el marco de la terapia cognitivo-conductual, se entiende que estos traumas pueden originar **esquemas cognitivos disfuncionales** como la percepción de que “el mundo es peligroso”, “no tengo control sobre lo que me sucede” o “no puedo confiar en los demás”. Estos esquemas actúan como filtros a través de los cuales se procesan los estímulos cotidianos, favoreciendo interpretaciones catastróficas y respuestas de miedo desproporcionadas. Así, situaciones neutras o mínimamente amenazantes pueden ser vividas como amenazas graves, activando respuestas ansiosas intensas.

Sensibilización emocional y mecanismos de evitación

Otro aspecto relevante del entorno familiar es la forma en que se responde a las emociones del niño. En hogares donde se invalidan los sentimientos, se minimiza el miedo (“no es para tanto”) o se ridiculizan las reacciones emocionales (“no seas cobarde”), los menores aprenden a reprimir o negar sus emociones. Esta represión puede impedir el desarrollo de estrategias adaptativas de autorregulación emocional, dando lugar a una mayor sensibilización ante el estrés. Por el contrario, cuando el entorno permite la expresión emocional, valida el miedo sin amplificarlo y promueve gradualmente la exposición a situaciones temidas, el niño adquiere recursos para enfrentar la ansiedad y construir confianza en sus propias capacidades.

Finalmente, es importante destacar que estos factores no actúan de forma aislada, sino en interacción. Un niño con un temperamento inhibido, que vive en un entorno familiar ansioso y además experimenta un evento traumático, presenta un riesgo mucho mayor de desarrollar un trastorno de ansiedad que aquel que posee uno solo de estos factores. Por ello, la intervención preventiva debe centrarse tanto en modificar patrones parentales como en fortalecer la resiliencia infantil mediante entornos seguros, predecibles y emocionalmente sostenibles.

IMPACTO DEL ESTRÉS AMBIENTAL EN LA GENÉTICA Y DESARROLLO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Eventos vitales estresantes como desencadenantes primarios

El estrés ambiental es uno de los factores más relevantes en la aparición y exacerbación de los trastornos de ansiedad. Si bien su influencia depende del grado de vulnerabilidad individual —ya sea por predisposición genética, experiencias previas o estrategias de afrontamiento—, se ha comprobado que ciertos eventos vitales pueden actuar como catalizadores de sintomatología ansiosa. Estos eventos estresantes, también denominados estresores mayores, incluyen circunstancias abruptas y altamente disruptivas como una separación afectiva, la muerte de un ser querido,

accidentes graves, diagnósticos de enfermedades crónicas o pérdida del empleo.

Estos acontecimientos tienen en común la introducción de un alto grado de incertidumbre, pérdida de control, ruptura de rutinas y amenaza a la integridad física o emocional del individuo. En sujetos predispuestos, estas situaciones pueden activar un estado de hiperalerta persistente, pensamientos intrusivos, rumiación anticipatoria y conductas de evitación, todos ellos rasgos característicos de los trastornos de ansiedad. Además, el estrés agudo interfiere con la regulación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA), provocando una liberación sostenida de cortisol, la hormona del estrés, que puede tener efectos tóxicos sobre el sistema nervioso central si se mantiene en el tiempo.

La acumulación de estresores cotidianos: una amenaza silenciosa

Aunque los grandes eventos traumáticos son más fácilmente identificables como desencadenantes, la investigación en psicología del estrés ha señalado la importancia crítica de los estresores menores pero crónicos. La **teoría del estrés acumulativo**, desarrollada en el ámbito de la psicología de la salud, sostiene que la exposición continuada a pequeñas fuentes de tensión — como problemas interpersonales recurrentes, sobrecarga laboral, dificultades económicas o conflictos familiares— puede tener un impacto tan perjudicial como los traumas mayores, especialmente si no se cuenta con recursos personales o sociales adecuados para manejarlos.

Esta acumulación de microestresores genera un estado de activación fisiológica constante que agota los mecanismos de autorregulación del organismo. Al no permitir una recuperación adecuada, el individuo puede entrar en un ciclo de vulnerabilidad progresiva: se incrementa la reactividad emocional, disminuye la tolerancia a la frustración, se deteriora la calidad del sueño, y aumentan los pensamientos negativos automáticos. Todo ello contribuye a un estado generalizado de ansiedad que puede derivar en trastornos clínicos como el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el trastorno de pánico o los trastornos adaptativos con síntomas ansiosos.

Factores moduladores: resiliencia, apoyo social y afrontamiento

No todas las personas expuestas a estrés ambiental desarrollan ansiedad patológica, lo que pone de relieve la importancia de los **factores moduladores**. La **resiliencia**, entendida como la capacidad para adaptarse positivamente a situaciones adversas, juega un papel clave. Las personas resilientes tienden a reinterpretar las situaciones estresantes como desafíos superables, mantienen una actitud proactiva, y utilizan estrategias de afrontamiento centradas en la solución de problemas o en la regulación emocional.

Asimismo, el **apoyo social** —especialmente el de calidad, como el que proviene de relaciones estrechas, estables y empáticas— actúa como amortiguador del estrés. La percepción de que uno cuenta con ayuda, comprensión y respaldo en momentos difíciles reduce la activación fisiológica del sistema de alarma y disminuye la probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad.

Ciclos de retroalimentación entre estrés y ansiedad

Finalmente, es importante destacar que el estrés ambiental no solo actúa como desencadenante inicial, sino que puede formar parte de un ciclo de retroalimentación negativa con la ansiedad. Las personas ansiosas tienden a interpretar de forma catastrófica los estresores, anticipando consecuencias negativas, lo que a su vez incrementa la percepción subjetiva de amenaza. Esta hiperactivación cognitiva y emocional puede llevar a evitar situaciones sociales, perder oportunidades laborales o deteriorar relaciones, generando nuevas fuentes de estrés que perpetúan y agravan el trastorno.

ALTERACIONES NEUROFISIOLÓGICAS IMPLICADAS EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Hiperreactividad del sistema nervioso autónomo: respuestas de alarma exageradas

Uno de los componentes más característicos de los trastornos de ansiedad es la disfunción del **sistema nervioso autónomo (SNA)**, particularmente del eje simpático. Este sistema, encargado de activar las respuestas automáticas frente a situaciones de amenaza, actúa como una alarma fisiológica que prepara al organismo para la huida o la lucha. En individuos con trastornos de ansiedad, este sistema presenta una **hiperreactividad crónica**, lo que significa que reacciona de manera desproporcionada incluso ante estímulos que no suponen un peligro real. Este fenómeno se traduce en síntomas físicos típicos como taquicardia, respiración acelerada (hiperventilación), sudoración excesiva, temblores, tensión muscular, y sensación de ahogo o mareo.

Esta sobreactivación simpática no solo contribuye a la sintomatología visible de la ansiedad, sino que también tiene efectos a largo plazo sobre el sistema cardiovascular, endocrino e inmunológico, dado que el cuerpo permanece en un estado de “alerta permanente” que impide una recuperación fisiológica adecuada. El desequilibrio entre la rama simpática (activadora) y parasimpática (relajante) del SNA puede llevar a una **incapacidad para volver al estado basal de calma**, generando un bucle de ansiedad que se retroalimenta.

Desregulación neuroquímica: el papel de los neurotransmisores

A nivel de neurotransmisión, se ha identificado una alteración funcional en varios sistemas neuroquímicos clave en los trastornos de ansiedad. El principal de ellos es el **sistema serotoninérgico**, que regula el estado de ánimo, la ansiedad, el sueño y el apetito. Diversas investigaciones han mostrado que niveles bajos de serotonina o una menor sensibilidad de sus receptores se asocian con mayor vulnerabilidad a trastornos como el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y la fobia social. La eficacia clínica de los **inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)**, como la sertralina, paroxetina o escitalopram, en el tratamiento de estos trastornos respalda la hipótesis de la disfunción serotoninérgica.

Otro sistema clave es el **ácido gamma-aminobutírico (GABA)**, el principal neurotransmisor inhibitorio del sistema nervioso central. El GABA actúa como freno de la excitación neuronal, ayudando a mantener la calma y a prevenir respuestas excesivas frente a estímulos. Niveles reducidos de GABA se han vinculado con una menor capacidad para controlar la activación emocional y fisiológica, facilitando la aparición de crisis de ansiedad y trastornos del sueño. De hecho, las benzodiacepinas —fármacos ansiolíticos que potencian la acción del GABA— han sido durante años una opción terapéutica de elección para el tratamiento de la ansiedad aguda, aunque su uso prolongado está desaconsejado por los riesgos de dependencia y tolerancia.

La **noradrenalina**, otro neurotransmisor implicado, tiene un papel primordial en la respuesta al estrés, aumentando la vigilancia, la atención y la frecuencia cardíaca. En individuos ansiosos, se observa una hiperactividad del locus coeruleus, núcleo cerebral que regula la liberación de noradrenalina, lo cual favorece un estado de alerta patológico. Finalmente, la **dopamina**, vinculada a los circuitos de recompensa y motivación, también presenta alteraciones, especialmente en los trastornos con componente anticipatorio, como la ansiedad social o el trastorno obsesivo-compulsivo.

Estructuras cerebrales implicadas en el procesamiento del miedo

La ansiedad está estrechamente vinculada con disfunciones en ciertas estructuras cerebrales, particularmente la **amígdala**, el **hipocampo** y la **corteza prefrontal**. La amígdala, centro del procesamiento del miedo, muestra una sobreactivación persistente en individuos con ansiedad, lo que conduce a una **hipersensibilidad a señales de amenaza**, incluso cuando estas son ambiguas o inofensivas. Esta sobreactivación amigdalar también dificulta la extinción del miedo, es decir, la capacidad del cerebro para desactivar una respuesta de alarma una vez que se ha comprobado que el estímulo no es peligroso.

El hipocampo, responsable de contextualizar la memoria emocional, puede estar reducido en volumen en personas que han vivido estrés crónico, afectando así su capacidad para diferenciar entre situaciones amenazantes reales y seguras. Por otro lado, la corteza prefrontal dorsolateral y ventromedial, encargadas de la regulación emocional y del juicio racional, presentan una conectividad deficiente con la amígdala en sujetos ansiosos, lo que impide modular adecuadamente las respuestas de miedo.

Implicaciones clínicas y terapéuticas

La comprensión de estas alteraciones neurofisiológicas ha permitido avanzar en el diseño de intervenciones más específicas. Además del tratamiento farmacológico, técnicas psicoterapéuticas como la terapia cognitivo-conductual (TCC) han demostrado ser eficaces al trabajar con la reestructuración de pensamientos irracionales que activan la respuesta de ansiedad. Asimismo, técnicas de **biofeedback**, **mindfulness** y **entrenamiento en respiración diafragmática** buscan restablecer el equilibrio autonómico, reducir la activación simpática y fortalecer la autorregulación emocional.

En suma, los trastornos de ansiedad tienen una base neurobiológica sólida que se entrelaza con factores psicológicos y ambientales. Esta perspectiva integradora permite una comprensión más completa del fenómeno ansioso y respalda un abordaje multidisciplinar en su evaluación, tratamiento y prevención.

ASPECTOS CLÍNICOS

Síntomas físicos: el cuerpo como escenario del malestar

En los trastornos de ansiedad, las manifestaciones físicas son una expresión clara de la sobreactivación del sistema nervioso autónomo, en particular del eje simpático, que se activa como si la persona estuviera en una situación de amenaza real. Este sistema, encargado de preparar al organismo para la “lucha o huida”, desencadena una serie de respuestas fisiológicas que, al no haber un peligro externo tangible, se vuelven disfuncionales y generan un importante malestar.

Dentro de los síntomas **cardiovasculares**, destacan las **palpitaciones**, que consisten en una percepción consciente, molesta y angustiante de los latidos del corazón, así como la **taquicardia**, que es un aumento anormal de la frecuencia cardíaca incluso en estado de reposo. Muchas personas experimentan estos síntomas con miedo a sufrir un infarto, lo que puede llevarlas a acudir repetidamente a urgencias médicas.

En el aparato **gastrointestinal**, la ansiedad puede causar **náuseas**, **vómitos**, **diarrea**, **distensión abdominal** y **malestar estomacal generalizado**. Este tipo de síntomas reflejan la intensa conexión entre el sistema nervioso y el

sistema digestivo, lo que ha llevado a algunos investigadores a hablar del "segundo cerebro" ubicado en el intestino (sistema nervioso entérico).

El componente **neuromuscular** se manifiesta a través de **temblores involuntarios, tensión o rigidez muscular, calambres, movimientos espasmódicos o tics nerviosos**. Estos síntomas suelen concentrarse en zonas como el cuello, la espalda o las extremidades y pueden aumentar significativamente en situaciones percibidas como amenazantes. Es habitual que las personas sientan fatiga constante debido al mantenimiento prolongado del tono muscular elevado.

Componente cognitivo: pensamientos disfuncionales y procesamiento del peligro

A nivel cognitivo, los trastornos de ansiedad están marcados por una actividad mental intensa, reiterativa y desadaptativa. Uno de los principales síntomas es la **preocupación persistente e intrusiva**, es decir, pensamientos que aparecen de forma no voluntaria, que se repiten con frecuencia y que la persona no puede detener. Estos pensamientos suelen centrarse en peligros futuros, errores cometidos o escenarios negativos hipotéticos, generando una sensación constante de amenaza.

Un aspecto clave en este componente es la **anticipación catastrófica**, una distorsión cognitiva por la cual el individuo tiende a interpretar cualquier estímulo ambiguo como potencialmente peligroso. Por ejemplo, un pequeño dolor de cabeza puede ser interpretado como señal de un tumor cerebral. Este estilo de pensamiento fomenta una sobreestimación del riesgo y una subestimación de los recursos propios para afrontarlo.

También es frecuente la aparición de **dificultades para concentrarse, bloqueos mentales, rumiaciones, indecisión e inseguridad persistente**, lo que puede interferir significativamente en el rendimiento académico, laboral o social. Estas alteraciones no solo aumentan la ansiedad, sino que también alimentan un ciclo de frustración y autoexigencia que perpetúa el trastorno.

Conductas observables: patrones de evitación y agitación externa

Las conductas que adoptan las personas con ansiedad suelen ser el resultado de intentos de protegerse o reducir la angustia percibida. Una de las más comunes es la **evitación de situaciones temidas**, que puede manifestarse en múltiples niveles: evitar espacios públicos, interacciones sociales, lugares cerrados, hablar en público o incluso salir de casa en casos graves. Esta conducta, aunque proporciona alivio inmediato, refuerza el miedo a largo plazo y limita progresivamente la autonomía del individuo.

Otro patrón conductual observable es la **hipervigilancia**, una actitud de alerta constante frente a estímulos del entorno. Las personas escanean continuamente su entorno en busca de señales de peligro, lo cual agota sus recursos atencionales y aumenta su sensibilidad a cambios mínimos. Este

estado de alerta también se expresa físicamente con una **inquietud motora** visible: movimientos repetitivos de pies o manos, balanceos, caminar sin rumbo, cambios continuos de posición, entre otros.

Estos comportamientos son percibidos por el entorno, lo que puede generar incomprensión, aislamiento social o conflictos interpersonales. A menudo, familiares y allegados no comprenden que estas conductas son respuestas involuntarias al malestar psíquico, lo cual puede deteriorar aún más el estado emocional de la persona afectada.

Alteraciones emocionales: una vida emocional intensa y desregulada

La ansiedad trastorna profundamente la vida emocional del individuo. Uno de los síntomas más frecuentes es la **irritabilidad**, es decir, una sensibilidad aumentada frente a estímulos comunes que normalmente no generarían una respuesta negativa. La persona se muestra reactiva, impaciente o agresiva ante situaciones cotidianas, lo cual suele afectar la convivencia familiar o laboral.

Otra característica central es la **sensación persistente de peligro inminente**, que muchas veces no se vincula con una amenaza concreta. Es una sensación difusa, pero constante, de que algo malo está por suceder, lo que mantiene al sujeto en estado de alerta e impide que experimente momentos de tranquilidad o disfrute. Este estado de alarma emocional suele estar acompañado de sentimientos de vulnerabilidad, desprotección y pérdida de control.

Asimismo, es común que estas alteraciones emocionales se acompañen de **cambios en el estado de ánimo, dificultades para relajarse, labilidad emocional, tristeza, desesperanza y llanto frecuente**, lo cual puede dificultar el diagnóstico diferencial con trastornos depresivos o trastornos mixtos de ansiedad y depresión.

Interacción entre dimensiones: un cuadro clínico multifacético

Es importante señalar que estas cuatro dimensiones —física, cognitiva, conductual y emocional— no funcionan de forma aislada, sino que interactúan constantemente entre sí, retroalimentándose. Por ejemplo, un pensamiento catastrófico puede generar síntomas físicos como palpitaciones, lo cual aumenta la sensación de peligro, desencadena una conducta de evitación y perpetúa la preocupación. Esta interconexión compleja es lo que hace que los trastornos de ansiedad sean tan persistentes y difíciles de manejar sin una intervención adecuada.

El abordaje clínico debe contemplar esta multidimensionalidad mediante tratamientos que integren **psicoterapia cognitivo-conductual, técnicas de relajación, entrenamiento en habilidades sociales, farmacoterapia cuando esté indicada**, y sobre todo una buena **psicoeducación** del paciente y su entorno para fomentar la comprensión del trastorno y reducir el estigma.

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Comprensión general del proceso de evaluación clínica

- El proceso de evaluación y diagnóstico en los trastornos de ansiedad constituye una fase crítica dentro del abordaje terapéutico, ya que de su precisión dependerá el éxito del tratamiento y el pronóstico del paciente. Este procedimiento no se limita a la identificación superficial de síntomas, sino que requiere una valoración exhaustiva, multidimensional y respaldada por herramientas científicas validadas que garanticen una adecuada diferenciación entre trastornos clínicos, manifestaciones situacionales y condiciones médicas o farmacológicas subyacentes. Los trastornos de ansiedad, al estar entre las condiciones de salud mental más prevalentes, demandan una aproximación rigurosa, empática y basada en la evidencia.

La entrevista clínica estructurada como herramienta diagnóstica primaria

- La entrevista clínica estructurada es la piedra angular de la evaluación en salud mental. Permite al profesional obtener una visión profunda y sistemática del funcionamiento psicológico del individuo, indagando sobre aspectos biográficos, historia médica, antecedentes familiares, contexto social, trayectoria sintomática y estrategias de afrontamiento. En el caso particular de los trastornos de ansiedad, es fundamental confirmar la presencia de síntomas como preocupación excesiva, tensión muscular, fatiga, irritabilidad, dificultad para concentrarse y alteraciones del sueño, los cuales deben persistir durante un periodo igual o superior a seis meses para cumplir con los criterios diagnósticos del DSM-5-TR para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

- Además de verificar la duración, se analiza la repercusión funcional de los síntomas, es decir, si interfieren significativamente en el desempeño laboral, académico, interpersonal o en la calidad de vida general del paciente. Igualmente, se exploran pensamientos automáticos negativos, patrones de rumiación y expectativas catastróficas que suelen caracterizar a los trastornos de ansiedad, así como conductas de evitación que refuerzan el miedo irracional y contribuyen a la cronificación del trastorno.

Aplicación de instrumentos estandarizados: cuantificación objetiva del malestar

- Para complementar y objetivar la información obtenida en la entrevista clínica, se recurre al uso de instrumentos psicométricos validados. Uno de los más empleados es el **GAD-7**, una escala autoadministrada que consta de 7 ítems diseñados para detectar síntomas de ansiedad generalizada en las últimas dos semanas. Este instrumento permite una rápida identificación de pacientes con probabilidad de TAG y es útil tanto en el ámbito clínico como en investigaciones epidemiológicas.

- Por su parte, la **Escala de Hamilton para la Ansiedad (HAM-A)**, desarrollada en 1959, sigue siendo un referente en la evaluación de la intensidad de los síntomas ansiosos. A través de 14 ítems que miden aspectos físicos (como temblores, sudoración, somnolencia) y psicológicos (miedo, tensión, inseguridad), proporciona una puntuación que clasifica la gravedad del trastorno, lo cual resulta crucial para valorar la necesidad de tratamiento farmacológico, psicoterapéutico o combinado.

- El **Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)** aporta un matiz esencial al permitir discriminar entre la ansiedad "estado", que es transitoria y relacionada con situaciones concretas, y la ansiedad "rasgo", que refleja una predisposición constante del individuo a responder con ansiedad ante una variedad de circunstancias. Esta diferenciación permite al clínico definir si está ante un trastorno de ansiedad propiamente dicho o una respuesta adaptativa excesiva pero temporal.

Diagnóstico diferencial: clave para la precisión clínica

- Una vez identificada la sintomatología ansiosa, es imprescindible descartar la existencia de otras condiciones médicas que puedan manifestarse con síntomas similares. El **hipertiroidismo**, por ejemplo, puede provocar palpitaciones, insomnio, inquietud e irritabilidad, todos ellos signos también presentes en los trastornos de ansiedad. De igual forma, enfermedades respiratorias como el **asma** o problemas cardíacos pueden generar disnea, opresión torácica y sensación de muerte inminente, confundándose fácilmente con un ataque de pánico.

- El **consumo de sustancias psicoactivas** representa otro factor crucial a considerar. Estimulantes como la cafeína, la nicotina, las anfetaminas y algunos antidepresivos pueden inducir síntomas ansiosos. También es necesario evaluar el uso de alcohol, benzodiazepinas u otras sustancias que pueden generar síndrome de abstinencia con síntomas similares a la ansiedad. Este análisis toxicológico y farmacológico forma parte del proceso diferencial y debe ser abordado con precisión, ya que tiene implicaciones terapéuticas significativas.

Importancia de un abordaje multimodal e interdisciplinar

- El diagnóstico de un trastorno de ansiedad no debe basarse en un solo criterio o fuente de información, sino que requiere un enfoque integrador que combine la información cualitativa derivada de la entrevista clínica, los datos cuantitativos proporcionados por las escalas estandarizadas y la evidencia médica obtenida a través de pruebas complementarias (analíticas, electrocardiogramas, etc.). Esta integración permite no solo establecer un diagnóstico certero, sino también trazar un plan terapéutico individualizado que contemple las características específicas del paciente, sus recursos personales y el contexto sociocultural en el que se desenvuelve.

- Asimismo, es fundamental tener en cuenta la comorbilidad, ya que los trastornos de ansiedad frecuentemente coexisten con otras condiciones como la depresión, los trastornos del sueño, el abuso de sustancias o las enfermedades somáticas crónicas. Una evaluación exhaustiva permitirá al clínico detectar estas asociaciones y establecer prioridades terapéuticas para un manejo efectivo.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

La Terapia Cognitivo-Conductual: el tratamiento de referencia basado en evidencia científica

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es reconocida como la intervención psicológica más eficaz para los trastornos de ansiedad. Su eficacia ha sido validada mediante múltiples ensayos clínicos controlados y meta-análisis, y es recomendada por organismos internacionales como la Asociación Americana de Psicología (APA) y el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE). La TCC se fundamenta en la premisa de que los pensamientos, emociones y conductas están interrelacionados, y que al intervenir en uno de estos componentes se pueden producir mejoras en los otros dos.

Uno de los pilares centrales de la TCC es la *reestructuración cognitiva*, que consiste en identificar los pensamientos automáticos negativos que generan y mantienen la ansiedad. Estos pensamientos, como “no podré controlarme”, “todos me van a juzgar” o “seguro algo malo va a pasar”, son analizados mediante un proceso guiado por el terapeuta para descubrir sus distorsiones lógicas y sustituirlos por interpretaciones más ajustadas a la realidad. Este trabajo cognitivo promueve una mayor autocomprensión, reduce el catastrofismo y fortalece la capacidad del paciente para enfrentar situaciones temidas.

La *exposición gradual* constituye otro componente esencial. A través de un proceso sistemático, el paciente se enfrenta de forma planificada a las situaciones, objetos o pensamientos que le generan ansiedad. La exposición puede ser *in vivo* (real), *en imaginación* (visualización guiada) o mediante *realidad virtual*, que es especialmente útil en casos como la fobia a volar o agorafobia. Este procedimiento busca la habituación progresiva y la extinción del miedo condicionado, al mismo tiempo que se reduce la conducta evitativa, que suele perpetuar la ansiedad. El éxito de la exposición radica en su planificación escalonada, adaptada a la jerarquía del miedo del paciente, y en el acompañamiento terapéutico durante el proceso.

El *entrenamiento en habilidades* es otro componente clave que incluye técnicas fisiológicas de autorregulación. Entre ellas destaca la *relajación muscular progresiva*, desarrollada por Jacobson, que enseña al paciente a

reconocer y reducir la tensión corporal. También es esencial la *respiración diafragmática*, que permite desacelerar la respiración, reduciendo la hiperventilación, uno de los síntomas más frecuentes durante episodios de ansiedad aguda. Estas técnicas permiten recuperar el control físico sobre el cuerpo y sirven como estrategias de afrontamiento inmediatas.

Terapias de tercera generación: una evolución hacia la aceptación y los valores personales

Las denominadas terapias de tercera generación o terapias contextuales han ampliado el marco teórico y práctico de la TCC tradicional. Estas terapias reconocen que el intento de eliminar o controlar pensamientos y emociones puede, en algunos casos, intensificar el sufrimiento. Por ello, promueven una relación distinta con los eventos internos: no para suprimirlos, sino para cambiar la forma en que se experimentan.

El *mindfulness*, o atención plena, es una de las técnicas más relevantes en esta corriente. Consiste en entrenar la conciencia del momento presente sin juicio, observando pensamientos, emociones y sensaciones físicas tal como surgen, sin intentar modificarlos. Diversos estudios han demostrado que el *mindfulness* disminuye la reactividad emocional y fortalece la regulación afectiva. Además, promueve una actitud de aceptación y autocompasión que reduce significativamente los niveles de ansiedad y estrés.

La *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*, desarrollada por Steven Hayes, propone un enfoque innovador centrado en la *aceptación de experiencias internas difíciles* y en el *compromiso con acciones orientadas a los valores personales*. En lugar de luchar contra los pensamientos ansiosos, se invita al paciente a reconocerlos como eventos mentales pasajeros que no deben dictar su conducta. Así, el objetivo de la terapia no es eliminar la ansiedad, sino aumentar la *flexibilidad psicológica*, es decir, la capacidad de actuar con coherencia frente a los propios valores a pesar del malestar emocional.

Intervenciones complementarias: un apoyo valioso en el proceso terapéutico

Junto con las terapias estructuradas, las intervenciones complementarias desempeñan un papel importante en el proceso de recuperación. La *psicoeducación* es una de las herramientas iniciales más efectivas. Consiste en explicar al paciente cómo funciona la ansiedad desde una perspectiva neurofisiológica: el rol de la amígdala como centro de detección de amenazas, el circuito de activación del sistema nervioso simpático, y las respuestas típicas de lucha o huida. Comprender que la ansiedad es una respuesta natural del organismo puede disminuir el miedo a los propios síntomas y aumentar la motivación para el cambio.

Los *grupos de apoyo* representan una estrategia valiosa, especialmente para personas que se sienten solas en su experiencia con la ansiedad. Compartir vivencias y estrategias con otros individuos en situaciones similares favorece

la normalización del trastorno, refuerza la autoestima y proporciona un entorno de contención emocional. En estos espacios también se fomenta el aprendizaje vicario, es decir, aprender observando el progreso de los demás.

Resultados terapéuticos y criterios de eficacia clínica

La eficacia de las intervenciones psicológicas para la ansiedad se mide tanto por la reducción de los síntomas como por la mejora funcional del paciente. Las investigaciones indican que entre un 60% y un 80% de los pacientes experimentan una mejoría clínica significativa tras recibir entre 8 y 12 sesiones de tratamiento con TCC o terapias contextuales. Este porcentaje puede incrementarse cuando el tratamiento incluye una combinación de intervenciones adaptadas a las características individuales del paciente.

La personalización del tratamiento es crucial: no todos los pacientes responden de igual manera a una misma técnica. Por ello, los terapeutas deben realizar una evaluación exhaustiva del tipo de ansiedad (fobia específica, ansiedad social, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, etc.), los factores de mantenimiento (evitación, hipervigilancia, rumiación), el nivel de funcionamiento y las preferencias del paciente.

CUADRO RESUMEN

ÁREA / TEMA	PUNTOS CLAVE
Definición y Clasificación	• Ansiedad desproporcionada y persistente. • Afecta funcionalidad social, laboral y personal. • Clasificación DSM-5-TR: TAG, trastorno de pánico, fobia específica, agorafobia, ansiedad social, ansiedad por separación, mutismo selectivo. • CIE-11 incluye presentación mixta, categorías infantiles. • RDoC: enfoque dimensional neurobiológico.
Ansiedad Adaptativa vs Patológica	• Función protectora vs disfunción. • Temporal vs prolongada. • Controlable vs pérdida de control. • Proporcional vs desproporcionada. • Mejora del rendimiento vs deterioro funcional.
Síntomas Clínicos	Físicos: • Taquicardia, sudoración, temblores. • Náuseas, fatiga, tensión muscular. Cognitivos: • Pensamientos intrusivos, rumiación, catastrofismo. • Dificultad para concentrarse.

ÁREA / TEMA

PUNTOS CLAVE

Etiología Biopsicosocial	Conductuales: • Evitación, hipervigilancia, agitación motora. Emocionales: • Irritabilidad, miedo inminente, pérdida de control. Genética y Temperamento: • Herencia 30-50%. • Genes serotonina (5-HTTLPR), dopamina (DRD4, COMT), GABA. • Inhibición conductual infantil como predictor. Ambiente Familiar: • Estilos parentales sobreprotectores o ansiosos. • Modelado emocional y aprendizaje vicario. Traumas Tempranos: • Maltrato, negligencia, enfermedad. • Generación de esquemas disfuncionales.
	• Eventos vitales críticos: pérdidas, enfermedades, desempleo. • Estrés crónico acumulado. • Alteración eje HHA – exceso de cortisol. • Factores protectores: resiliencia, apoyo social, estrategias adaptativas.
	• Hiperreactividad simpática: respuestas de alarma exageradas. • Disfunción neurotransmisores: - Serotonina baja. - GABA reducido. - Noradrenalina elevada. - Dopamina alterada. • Amígdala hiperactiva, hipocampo reducido, corteza prefrontal desregulada.
	• Entrevista clínica estructurada. • Evaluación funcional y duración de síntomas. • Escalas: GAD-7, HAM-A, STAI. • Diagnóstico diferencial: hipertiroidismo, uso de sustancias. • Importancia de abordaje multimodal e interdisciplinar.
Tratamiento Psicológico	TCC (Terapia Cognitivo-Conductual): • Reestructuración cognitiva.

ÁREA / TEMA

PUNTOS CLAVE

- Exposición gradual (in vivo, imaginada, virtual).
- Relajación muscular progresiva.
- Respiración diafragmática.

Terapias de tercera generación:

- Mindfulness.
- ACT (Aceptación y Compromiso).
- Fomento de la flexibilidad psicológica.

Intervenciones complementarias:

- Psicoeducación.
- Grupos de apoyo.

Eficacia Terapéutica

- 60-80% mejora clínica tras 8-12 sesiones.
- Individualización según tipo de trastorno, factores de mantenimiento y preferencias.