

TRANSTORNOS DE ANSIEDAD

• Introducción

Siguiendo la “Guía Práctica: Discapacidad Intelectual y Salud Mental” (Ayuso et al., 2007) elaborada por la Fundación Carmen Pardo-valcarce, así como la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, las personas con Deficiencias pueden tener serios problemas para entender y explicar cómo se sienten cuando están nerviosas, lo que puede dar lugar a un error de interpretación de estos síntomas o conducir a diagnósticos equívocos, por lo que podemos ayudarles, en general, relatando situaciones en las que una persona experimenta estos síntomas y comprobando si en las circunstancias que les generan ansiedad se sienten de esa forma.

Como se han indicado más arriba, en personas con D será frecuente encontrar equivalentes conductuales como manifestaciones de estados de ansiedad, así como quejas somáticas (por ej. dolores de estómago, jaquecas), en aquellas personas de la población general que sufren ataques de pánico suelen ser frecuentes las sensaciones de “desrealización”, como un abstracto sentimiento de irrealidad que es considerado un síntoma de este tipo de problemas; sin embargo, en personas con DI muchas veces no vamos a encontrar la capacidad cognitiva necesaria para que pueda manifestarse esta sensación y, en caso de que se presente, explorarla y describirla va a resultar complicado, siendo más frecuente que aparezcan equivalentes conductuales.

Por tanto, como en el caso de otros trastornos, los tratamientos generales propuestos para la población general serán más fácilmente aplicables en aquellas personas con DI que presentan menos necesidades de apoyo, así como más habilidades comunicativas, mientras que en los casos de personas con más necesidades de apoyo y limitaciones de expresión y compresión, será necesario realizar un exhaustivo análisis funcional que permita tratar los problemas de conducta relacionados con el problema de ansiedad, si así se diagnosticase. En cuanto a los trastornos neuróticos y relacionados con el estrés, el ¹**DC-LC** (Royal College of Psychiatrists, 2001) incluye en este grupo los siguientes cuadros:

Agorafobia
Fobia Social
Fobias Específicas
trastorno de Pánico
trastorno de Ansiedad Generalizada
trastorno obsesivo-compulsivo
reacción de Estrés Agudo
trastornos de Adaptación

¹ (DC-LD: Diagnostic Criteria- Learning Disabilities). Criterios Diagnósticos- Aprendizaje y discapacidades

otras reacciones a Estrés Grave/Agudo
otros trastornos neuróticos y relacionados con el Estrés

los trastornos de ansiedad son probablemente comunes entre los adultos con DI, aunque es frecuente que sean no diagnosticados ni tratados, existiendo a menudo una larga historia, en ocasiones desde la infancia, lo que hace difícil fechar el momento en el que aparecieron por primera vez los síntomas de ansiedad.

Para satisfacer los criterios diagnósticos, tanto los síntomas de ansiedad, como la evitación causada por la ansiedad anticipatoria, deben ser suficientemente graves y/o frecuentes como para provocar sufrimiento en la persona o el deterioro en su funcionamiento habitual.

Síntomas de ansiedad ocasionales, en situaciones en las que la mayoría de la gente se encontraría ansiosa, no son suficientes para realizar el diagnóstico de un trastorno de ansiedad.

Algunas manifestaciones de la ansiedad son fácilmente observables en personas con DI y similares a las que vemos en la población general (por ej. apariencia de temor, sudor, temblores o ruborizarse).

La descripción subjetiva de los síntomas por parte de la persona, como su observación por terceros están incluidas como criterios. Esto permite el diagnóstico de trastornos de ansiedad en aquellas personas con DI que no son capaces de describir sus síntomas, debido a sus limitaciones intelectuales o la falta de capacidad verbal.

Las personas con DI frecuentemente no son capaces de describir los fenómenos cognitivos más complejos que aparecen en los trastornos de ansiedad, tales como la despersonalización o la desrealización, por lo que se han excluido.

En el caso de las fobias, los criterios DC-LC no requieren que el individuo reconozca su miedo como excesivo e irracional, ya que la mayoría de las personas con DI no son capaces de describir sus síntomas con este grado de insight.

Como siempre, hay una exclusión específica indicando que la ansiedad no es secundaria a otros trastornos psiquiátricos, en particular la psicosis. Por otro lado, las conductas de evitación de situaciones específicas pueden estar limitadas o no aparecer debido a las faltas de oportunidades o las escasas posibilidades de elección en el caso de algunas personas con DI.

Mientras que las manifestaciones cognitivas de los trastornos de ansiedad son expresadas de forma poco frecuente en personas con DI, las manifestaciones conductuales son vistas con frecuencia. La irritabilidad e inquietud son observadas comúnmente en personas con DI, como síntomas de ansiedad, incluyéndose como criterios diagnósticos de estos trastornos.

La irritabilidad puede manifestarse como agresiones hacia sí mismo, otros o la destrucción de la propiedad, pudiendo tratarse de una presentación clínica de los trastornos de ansiedad, especialmente en aquellas personas que no son capaces de describir sus preocupaciones y miedos.

Antes de hacer el diagnóstico de uno de los trastornos de ansiedad, es esencial excluir enfermedades físicas u otros trastornos psiquiátricos que pudieran ser la causa de los

síntomas de la ansiedad. Otros trastornos psiquiátricos que pueden producir síntomas de ansiedad incluyen la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, la depresión y el trastorno obsesivo-compulsivo.

Como siempre, la comorbilidad puede aparecer, indicándose el diagnóstico que describe mejor el cuadro clínico. En este sentido, el retraimiento social debido a agorafobia o fobia social debe ser claramente diferenciado.

Algunos de los puntos generales aplicados a los trastornos de ansiedad son igualmente pertinentes para el diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo en personas con DI.

En particular, el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo en la población general incluye la descripción del fenómeno cognitivo complejo que es difícil de expresar en personas con DI debido a limitaciones intelectuales o verbales.

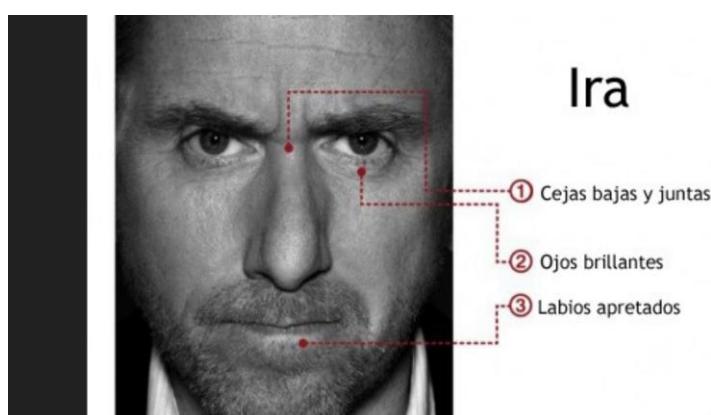
Por este motivo, es complicado obtener una clara descripción de las obsesiones y/o compulsiones cognitivas como producto de la mente de la persona. En consecuencia, el DC-LC exige que no haya evidencias de que éstas sean consideradas por la persona como impuestas por una fuente externa. Como en los trastornos de ansiedad, la persona con DI puede no reconocer o no estar preparada para describir la irracionalidad de sus obsesiones y/o compulsiones, aunque éstas deben ser consideradas como repetitivas y excesivas por otros.

Algunos autores (Franco M., 1998) indican que las dificultades para superar los problemas que se le presentan a las personas con DI en el día a día, así como para afrontarlos hace que los trastornos de ansiedad, en general, sean más frecuentes (Eaton L.F., Menolascino F. J., 1982); además, las dificultades en la relación interpersonal, las expectativas poco realistas de la familia y los problemas en la conducta adaptativa facilitan también su aparición (Menolascino, 1988).

- **RECUERDA:**

Ekman determinó que **las expresiones faciales no están determinadas por las culturas**, sino que son universales, por lo que pueden percibirse las mismas en culturas tan opuestas como las orientales y occidentales. A raíz de esto, Ekman se encargó de establecer seis emociones básicas:

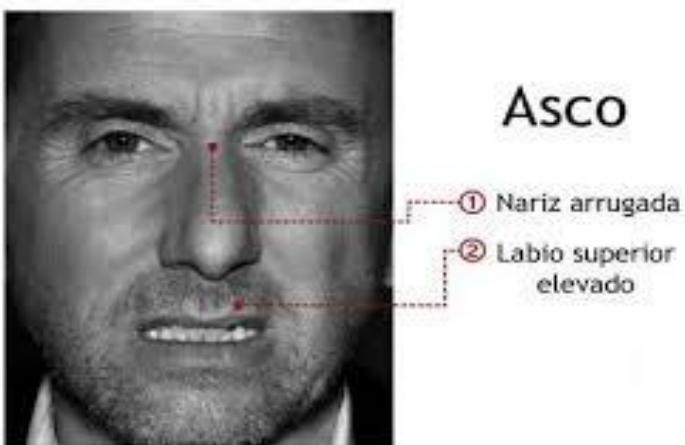
- **Ira**, descrita como un sentimiento de indignación o enfado al ser ofendido o agraviado.



- **Alegria-Felicidad**, la cual consiste en un sentimiento de bienestar y satisfacción.



- **Asco**, haciendo referencia a la sensación de intenso desagrado o condena hacia lo repugnante o repulsivo.



- **Tristeza**, definida como una sensación de infelicidad o desdicha.



- **Sorpresa**, la cual puede ser un asombro o un malestar ante un suceso inesperado.



- **Miedo**, una forma de aprehensión que suele ser originada por la percepción o sentimiento de dolor, peligro o amenaza.



Otros autores incluyen en sus estudios una expresión más **Desprecio**



5. TRANSTORNOS DE ANSIEDAD GENERALIZADA

1. ¿QUÉ ES? Definición, criterios diagnósticos y curso

1.1. DEFINICIÓN

La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es la ansiedad y la preocupación excesiva que se observa durante un período superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. varios aspectos distinguen el trastorno de ansiedad generalizada de la ansiedad no patológica. Por ejemplo las preocupaciones del TAG son difíciles de controlar e interfieren típica y significativamente en la actividad general de la persona, mientras que las preocupaciones normales de la vida diaria son más controlables o no producen malestar. También las preocupaciones del TAG son más permanentes, intensas, perturbadoras y duraderas apareciendo a menudo sin desencadenantes objetivos. Por último, las preocupaciones normales de la vida diaria no suelen acompañarse de síntomas físicos (p.ej. fatiga excesiva, hiperventilación, taquicardia).

1.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

–Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

–Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

–La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

- (1) Inquietud o impaciencia.
- (2) Fatigabilidad fácil.
- (3) Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
- (4) Irritabilidad.
- (5) Tensión muscular.
- (6) Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).

–El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

–La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

–Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo. El DM-ID tan sólo añade sobre el DSM-IV los siguientes criterios diferenciales para diagnosticar TAG en personas con DI:

Considera que en personas con DI grave o profunda no es aplicable el criterio del DSM-IV referido a la dificultad para controlar la preocupación y que de los seis síntomas listados en el DSM-IV para diagnosticar TAG sería suficiente que el sujeto presentara uno de ellos.

1.3. CURSO Y PREVALENCIA

El TAG es un trastorno considerado como crónico ya que la mayoría de los pacientes continúan bastante afectados entre 6 y 12 años después del diagnóstico (Tyrer y Baldwin, 2006). No obstante, existen conductas concretas que mejoran a través de técnicas cognitivo-conductuales y/o intervención farmacológica, lo que redunda en un aumento de la calidad de vida de la persona.

En cuanto a la prevalencia, el TAG se encuentra entre los trastornos de ansiedad más frecuentes en población general. Según el National Comorbidity Survey (NCS) siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-III-R, la prevalencia del trastorno durante un período de 6 meses sería del 3,6% y a lo largo de la vida del 5,1% (Kessler et al., 1994). Por su parte, Goldberg y Lecrubier (1995), siguieron los criterios de la CIE-10 y hallaron una prevalencia del 7,9%, tomando como muestras pacientes de centros de atención primaria. Estudios epidemiológicos europeos sugieren que el trastorno tiene una prevalencia a lo largo de la vida de entre el 4,3% y el 5,9% y en un período de 12 meses, entre el 1,2% y el 1,9% (Tyrer et al., 2006). En España, Chocrón et al. (1995) encontraron en una muestra también de pacientes de atención primaria, una prevalencia del TAG del 7,3%, siguiendo los criterios del DSM-III-R. El NCS reveló también una mayor presencia del trastorno en mujeres que en hombres, a lo largo de la vida, con un 6,6% y un 3,6% respectivamente.

Además, los estudios indican que el TAG aparece con más frecuencia en las mujeres que en los hombres (Brawman-Mintzer and Lydiard, 1996) y en personas con DI que en población general (Deb, Thomas y Bright, 2001). En personas con DI, White, Chant y Edwards (2005), encontraron una prevalencia de trastornos de ansiedad en general del 14% en una muestra de Australia. Por su parte, Shoumitro, Thomas y Bright (2001) encontraron una prevalencia del TAG del 2,2% en personas adultas con DI del Reino Unido.

En España, Salvador-Carulla et al. (2010) en una muestra de 130 sujetos adultos pertenecientes a un Centro Especial de Empleo encontraron que 42 sujetos (32,3%) presentaban algún trastorno psiquiátrico, de los cuales dos casos (1,54%) presentaban TAG como diagnóstico. Emerson (2003) encontró una presencia del TAG en niños y adolescentes con DI del 1,5% frente al 0,6% de prevalencia del trastorno en niños sin DI.

2. ¿CÓMO IDENTIFICARLO? Síntomas, signos e indicadores conductuales. Diagnóstico diferencial.

2.1. SÍNTOMAS, SIGNOS E INDICADORES CONDUCTUALES

Nivel Cognitivo	
Síntomas o Signos	Algunos Indicadores
Nerviosismo	Verbalización de estar nervioso. Deambulación constante. Falta de atención. Respuestas agresivas
Irritabilidad	Respuestas agresivas. Respuesta exagerada a una pequeña molestia. Suspicacia.
Preocupación	Respuestas agresivas. Bloqueo. Verbalización de anticipaciones negativas sin datos que apoyen esa suposición. Ej. “no voy a saber hacer ese trabajo”. verbalización de desasosiego. Subestimar sus capacidades
Dificultad para concentrarse	Incapacidad de permanecer en la tarea un tiempo razonable. Quedarse en blanco. Cambiar de una actividad a otra. Distraibilidad.

Nivel Fisiológico-Emocional	
Síntomas o Signos	Algunos Indicadores
Tensión muscular	Mostrarse rígido en sus movimientos y al tacto. Manifestaciones de dolor.
Elevada tasa cardíaca	Expresar que le palpita rápido o fuerte el corazón
Presión en el pecho	Expresar dolor en el pecho, por ej. poniéndose la mano.
Dificultad para respirar y sensación de ahogo	Respirar demasiado deprisa y por la boca. Llanto. Expresión facial de angustia. Respiración entrecortada e irregular. Rigidez de las manos.
Sudoración. Ráfagas de frío-calor.	Secarse la frente. Quitarse la ropa. Sudoración en las manos o la espalda. Tener la ropa empapada.
Sequedad de boca	Tragar repetidamente. Toser. Cogerse el cuello. Dificultad o negativa a comer.
Náuseas, gastritis crónica, úlcera, diarrea	Vómitos y Mareo. Tirar la comida o Negarse a comer. Descomposición.
Impulsos frecuentes de miccionar	Ir con frecuencia a miccionar. Hacerse micción encima.
Mareos, sensación de debilidad o inestabilidad física	Caerse. Tropezarse. No querer moverse. Evitar hacer actividad física.
Agotamiento o fatiga	Manifestación de cansancio. Oposición para hacer cosas. Negativa a hacer deporte. Menor participación en las actividades
Tremblores o sacudidas	Movimientos de temblor. Tirar algo de las manos; Comprobar si al tomar algo en las manos tiembla o cuando le tomas las manos)
Alerta	Respuesta exagerada a pequeñas sorpresas (asustadizo, sobresaltos). Tensión muscular y Movimientos forzados.

Nivel Conductual	
Síntomas o Signos	Algunos Indicadores
Inquietud motora	Aparición o aumento de alteraciones de conducta como: Respuestas agresivas, estereotipias, autolesiones y respuestas negativistas
Respuestas de evitación o escape	Evitación a estímulos relacionados con su preocupación. Aislamiento ante situaciones que le supongan una exigencia personal. Deterioro de las interacciones sociales.

2.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

²Comorbilidad.

Es importante señalar que muchos estudios informan de elevadas tasas de comorbilidad en pacientes que tienen como diagnóstico principal el TAG; la mayoría de diagnósticos adicionales que aparecían en estos estudios eran fobia social, trastorno por pánico, trastorno distímico y fobia simple (Sanderson y Barlow, 1990; De Ruiter, Ruken, Garssen, van Schaik y Kraaimaat, 1989). También suele concurrir con depresión y otros trastornos de personalidad (Tyrer y Baldwin 2016).

El TAG debe diferenciarse:

- Del trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, en el que los síntomas se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente, p.ej. hipertiroidismo.
- Del trastorno de ansiedad inducido por sustancias, donde la sustancia (p.ej. drogas, fármacos, tóxicos) se considera etiológicamente relacionada con los trastornos de ansiedad.
- Del trastorno de angustia, donde el origen de la ansiedad se debe a la preocupación e inquietud excesiva de sufrir una crisis de angustia.
- De la fobia social si la ansiedad se relaciona p. ej. con situaciones futuras en las que la persona tiene que actuar en público o teme ser evaluado por los demás.
- Del TOC si la ansiedad se refiere p. ej. a la preocupación excesiva de contraer una enfermedad.
- De la anorexia nerviosa cuando la ansiedad surge de la preocupación o el miedo a engordar.
- De la hipocondría cuando la ansiedad aparece debido a la preocupación de padecer una enfermedad grave.

² “Comorbilidad” se aplica cuando una persona sufre dos o más trastornos o enfermedades, que pueden presentarse al mismo tiempo o uno después del otro. La **comorbilidad** también implica cierta interacción entre las enfermedades, la cual puede hacer que ambas empeoren.

- Del trastorno de ansiedad por separación, si la ansiedad surge por la preocupación por el bienestar de las personas queridas o por el hecho de estar alejados de ellas o de casa.
- Del trastorno de estrés postraumático cuando la ansiedad es reactiva a una experiencia vital extremadamente estresante.
- Del trastorno adaptativo cuando la ansiedad aparece en respuesta a estresantes vitales y no se prolonga más de 6 meses después de la desaparición de la situación estresante o de sus consecuencias.
- Si la ansiedad aparece como característica frecuente de un trastorno del estado de ánimo o de un trastorno psicótico no debe considerarse como un TAG.

3. HERRAMIENTAS PARA DETECTARLO

Instrumentos generales de evaluación para personas con discapacidad intelectual:

- Psychiatric Assessment Schedule for Adults with a Developmental Disability –10 (PAS-ADD 10) Interview Moss, Prosser, y Goldberg, (1996). Se trata de una entrevista clínica semiestructurada que se aplica a personas con D.I. y a informantes clave. Utiliza un algoritmo para producir diagnósticos en el marco de la ICD-10 y está guiada por un glosario clínico. Su uso está destinado fundamentalmente a clínicos con formación en psicopatología.
- Kiddie-Sads-Present and Lifetime version (K-SADS-PL) (Kaufman, Birmaher, Brent, Rao & Ryan, 1996). Entrevista diagnóstica semiestructurada diseñada para evaluar distintos trastornos psicopatológicos (episodios actuales y pasados) en niños y adolescentes. Contiene un apartado que permite diagnosticar el trastorno de ansiedad generalizada. Masi et al. (2000) emplearon con éxito esta entrevista para evaluar la ansiedad generalizada en adolescentes con discapacidad intelectual moderada.
- **PAS-ADD Checklist (Moss et al 1998):** es un cuestionario de 25 ítems, redactado en lenguaje coloquial, diseñado para uso fundamentalmente por cuidadores de atención directa y familiares para identificar casos potenciales de enfermedad mental. Su objetivo es ayudar a decidir si se requiere más evaluación de la salud mental del individuo. Por tanto, puede ser empleado para hacer un screening a grupos, como parte de una valoración regular para aquellas personas en situación de riesgo de padecer enfermedad mental. Produce tres puntuaciones relativas a trastornos neuróticos o afectivos, posible condición orgánica (incluyendo demencia) o trastorno psicótico.

4. RECURSOS Y ORIENTACIONES PARA LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL Y FARMACOLÓGICA.

El tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada incluye la utilización de medicación y formas específicas de psicoterapia. Los tratamientos psicológicos que han demostrado una mayor eficacia en el tratamiento específico de la ansiedad generalizada son los basados en procedimientos cognitivo-conductuales.

Los principales objetivos de la psicoterapia en el trastorno por ansiedad generalizada son:

- Reducción de la frecuencia, intensidad y duración de la activación autonómica/ansiedad.
- Reducción de la conducta de evitación, huida o inhibición.
- Facilitación de la adquisición de habilidades de afrontamiento de la ansiedad generalizada.
- Identificación y modificación de la base cognitiva del trastorno: distorsiones cognitivas y esquemas cognitivos (supuestos personales) que hacen vulnerable al sujeto a padecer ansiedad.

Tomando como referencia los esquemas de tratamiento expuestos por Dugas & Ladouceur (1997) y por Kroese, Dagnan & Loumidis (1997), la intervención se estructuraría en torno a **tres grandes bloques**: ayudar a la persona con discapacidad intelectual a identificar sus preocupaciones generadoras de ansiedad, sustituirlas por pensamientos más adaptativos, y reevaluación de las mismas, llevándolo a la práctica en situaciones reales.

Aunque los principios, componentes y procedimientos esenciales se han mantenido en la medida de lo posible, los métodos de terapia cognitiva, así como el programa de tratamiento, deben adaptarse a las necesidades de cada persona con discapacidad intelectual, aunque siempre se incluirán los tres componentes anteriores. En caso de que se trate de una preocupación con base en la realidad, el foco de la intervención estaría situado en el entrenamiento en solución de problemas adaptado. Por el contrario, cuando se trate de preocupaciones sobre acontecimientos muy improbables, se abordaría a través de la exposición funcional cognitiva. En personas con mayores necesidades de apoyo es fundamental la participación de la familia y/o profesionales de referencia para la observación, identificación y registro de signos de ansiedad y conductas.

La conclusión a la que llegan Kroese, Dagnan & Loumidis (1997) tras la intervención llevada a cabo en dos personas con discapacidad intelectual ligera y trastorno de ansiedad generalizada es que las técnicas de la terapia cognitiva para tratar la ansiedad pueden ser simplificadas y adaptadas para esta población, manteniéndose los principales elementos de la misma. Así, terapeuta y usuario establecerán una agenda para las sesiones, identificarán los pensamientos automáticos negativos, así como las creencias irracionales subyacentes, comprobarán la evidencia a favor y en contra de esas creencias, llevando a cabo **role-playing** con maneras más positivas de pensar y animando a esta persona a emplearlas en su vida. A la vez, se mandarán y revisarán las tareas para casa y se registrarán las emociones durante un periodo de tiempo. Luego los principios básicos de la terapia cognitiva se siguieron en la medida de lo posible. La evidencia de mejoría en estas dos personas apoya el uso de estas técnicas con esta población.

4.1. PSICOEDUCACIÓN SOBRE EL PROBLEMA

Al inicio del tratamiento es esencial destinar alguna sesión a la psicoeducación en ansiedad. Es importante que la persona sepa que la ansiedad es una respuesta adaptativa del ser humano ante posibles peligros o amenazas, que nos hace estar alerta. Consta de tres componentes: fisiológico, cognitivo y motor. No es peligroso sentirla; incluso un cierto nivel de ansiedad nos permite rendir mejor (curva ansiedad-rendimiento). Sólo se trataría de una emoción desadaptativa si se da en situaciones en las que no tendría por qué aparecer, o si es excesiva la duración, intensidad o frecuencia de la respuesta de ansiedad.

4.2. AJUSTE DEL ENTORNO

Las medidas para ajustar el entorno irán dirigidas a la reducción de los niveles de estrés. Para ello se pueden adoptar las siguientes estrategias:

- Intervenir con la familia o cuidadores específicos proporcionándoles **información**, apoyos y pautas.
- Adaptar el **entorno a la situación específica** de la persona considerando posibles déficits cognitivos derivados de su alto nivel de activación (regulación de horarios de actividades de la vida diaria, flexibilización de las tareas, exposición graduada a posibles situaciones temidas...).
- **Reducir la aversividad** del entorno y disminuir posibles situaciones aversivas.
- Aumentar la **predictibilidad del entorno** tanto en tiempo como espacio con el fin de proporcionar mayor seguridad a la persona al aumentar la estructuración de su entorno y sus posibilidades de anticipación.
- Garantizar el **respeto a la intimidad** de la persona y generarle espacios y tiempos donde pueda relajarse.
- En personas con más necesidades de apoyo individualizar la atención, asignarle un **momento específico** con el psicólogo en un encuentro enriquecedor y reforzante, no de queja.

4.3. ENSEÑANZA DE HABILIDADES

Dentro de la enseñanza de habilidades destacamos los siguientes posibles procedimientos de intervención.

4.3.1. Reestructuración cognitiva

Incluye diferentes pasos:

→ El primer paso consiste en la presentación del tratamiento y el establecimiento de una agenda. El tener una agenda para las sesiones de terapia permite a la persona con discapacidad intelectual hacer frente a los conceptos más complicados de una forma organizada y sistemática. Por ella misma, la agenda es uno de los aspectos más importantes y explícitos del tratamiento. Puede emplearse un gráfico para escribir en la agenda al principio de cada sesión y enfatizar los puntos principales. Es muy importante utilizar pocas y sencillas palabras para facilitar la comprensión.

- ◆ Otro punto destacado de esta primera fase consiste en identificar los pensamientos negativos o preocupaciones que generan la ansiedad. Lindsay y Kasprowicz (1987) discutieron diferentes métodos para obtener los pensamientos automáticos negativos a través del role-playing. Puede llevarse a cabo rememorando algunas de las experiencias traumáticas que hayan tenido lugar más recientemente en la vida del sujeto. *[Estos autores emplean el caso de una persona con discapacidad intelectual ligera, Pepe (hombre de 19 años, con un C.I. = 66), quien tenía miedo a permanecer en una sala con mujeres. Esta situación fue representada con role-playing después de tres sesiones de terapia durante las que él se había ido sintiendo más relajado y seguro. Durante este role-playing, la ansiedad de Pepe fue evidente y el terapeuta simplemente le preguntó qué estaba pensando. Los pensamientos automáticos salieron a la luz: "no puedo permanecer aquí", "estoy colorado", "se estarán riendo de mí", "esto es terrible", "no me gustan las chicas", "es malo hablar con chicas".]*
- ◆ A la vez, los pensamientos negativos también pueden llegar a obtenerse a través de la entrevista terapéutica. Algunas personas con discapacidad intelectual son capaces de identificar sus pensamientos automáticos a través de las entrevistas; otros encuentran mucha dificultad en expresar lo que han estado pensando, o, como en el caso de Pepe, otros simplemente dirán sencillamente, "no me gusta...".
- ◆ Otro método empleado durante el tratamiento es el intercambio de roles terapeuta-usuario. La persona con discapacidad intelectual, convertida en terapeuta, tendrá entonces que preguntar qué está pensando el "usuario". El "terapeuta" puede entonces hacer preguntas muy reveladoras, que reflejen claramente la naturaleza de los pensamientos que consideran importantes en su propia vida (ej. "¿te preocupa por la noche cuando estás acostado que alguien pueda entrar en tu casa?").
- ◆ ³Los pensamientos automáticos pueden ser también identificados elaborando una secuencia de los acontecimientos que desencadenan la respuesta de ansiedad. Se realizará con tanto detalle como sea posible, comprobando el pensamiento de la persona con discapacidad intelectual en cada etapa de la secuencia. Este método también se emplea para ayudarles a que tomen conciencia de la relación entre pensamiento, emoción y conducta.
- ◆ Una vez finalizada la fase anterior, es necesario identificar las creencias irrationales subyacentes. Generalmente se lleva a cabo identificando el tema principal a través de los pensamientos automáticos. [Lindsay y Kasprowicz (1987) ponen como ejemplo el caso de Carlos (hombre de 27 años, con un C.I. = 67), que tenía pensamientos automáticos tales como "alguien está entrando en mi casa", "si salgo, alguien me atacará", "nadie me encontrará si permanezco aquí"). Estos pensamientos automáticos estaban ligados a la creencia irracional de que estaba completamente solo en el mundo. Sus pensamientos y su creencia de estar solo incrementaron su nerviosismo hasta el punto de ser incapaz de dormir por las noches, sentir que era imposible salir de casa, tener ataques de pánico cuando tenía que salir y estar extremadamente ansioso y agitado cuando permanecía en casa. Este nivel tan elevado de ansiedad y agitación condujo a unos pensamientos y creencias mucho más serios (se detallan más adelante)].

³ Los **pensamientos automáticos** son los **pensamientos** evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento, sino más bien parecen brotar automáticamente. Estos **pensamientos** pueden tener forma verbal ("lo que me estoy diciendo a mí mismo") y/o visual (imágenes).

- ◆ Puede ocurrir que ⁴las creencias irracionales no puedan ser identificadas a través de los pensamientos automáticos. Por ejemplo, en el caso de Pepe no estaba claro si los pensamientos automáticos eran una extensión de la creencia subyacente, ya que él decía estar seguro de que no le desagradaban las chicas, únicamente se ponía muy ansioso en su presencia. Algunos de los pensamientos automáticos podrían indicar un sentimiento más básico hacia las mujeres (ej. “es malo hablar con ellas”). Sin embargo, durante el tratamiento esto fue tratado más como pensamientos automáticos que como creencias irracionales.

→ Tras identificar las creencias irracionales que subyacen a los pensamientos automáticos negativos, habrá que comprobar la veracidad de esas cogniciones. Dugas y Ladouceur (1997) diferencian las preocupaciones en tres tipos:

- ✗ Basadas en la realidad y modificables (ej. un conflicto interpersonal)
- ✗ Basadas en la realidad pero que no son modificables (ej. la enfermedad de un ser querido)
- ✗ Acontecimientos muy improbables que no se basan en la realidad y que, por tanto, no son modificables.

Habrá que ayudar a la persona con discapacidad a determinar de qué tipo de preocupación se trata, a través de preguntas que incidan en si tiene alguna prueba de que pueda ocurrir o si ha sucedido anteriormente, comprobar si el sujeto tiene tendencia a preocuparse incluso cuando no existe un problema real, etc. Para ayudarle se puede emplear alguna escala tipo Likert (0=nada, 9=totalmente). Se continuará con preguntas acerca del carácter modificable del problema objeto de la preocupación. Como con el resto de aspectos de la terapia cognitiva en personas con discapacidad intelectual, la simplicidad y claridad son aspectos esenciales del tratamiento. Para comprobar la veracidad de la creencia deben usarse los métodos más sencillos y directos (ej. cuando Pepe dice “Es malo hablar con chicas” revisaríamos la evidencia de por qué sería malo hablar con ellas; esto conduciría a la conclusión, obviamente ridícula, de que si de hecho es malo hablar con las mujeres, entonces ningún hombre hablaría nunca con ninguna). Por lo tanto, en el ejemplo anterior, los pensamientos de Pepe están siendo relativizados a través de la evidencia lógica y el humor.

- ◆ Otros pensamientos y creencias se han contrastado empleando evidencia más personal (ej. con Carlos fue posible revisar el número de veces que alguien había entrado en su casa (ninguna), tras lo que se cuestionaba hasta qué punto era razonable tener el pensamiento de que alguien iba a entrar cuatro o cinco veces durante la noche cuando, de hecho, su casa nunca había sido asaltada).

→ El siguiente paso consistiría en generar pensamientos alternativos. Una vez más se emplean en el tratamiento los razonamientos más sencillos derivados de la evidencia. Cuando sea posible se realizará a través de la conversión del pensamiento negativo (ej. cuando Pepe se dice a sí mismo “las chicas se van a reír de mí”, el pensamiento contrario que se utilizó fue “nadie se está riendo de mí”, “nadie está molesto conmigo”, “ellas están a lo suyo”; cuando él pensaba “es malo hablar con las mujeres” se empleó el pensamiento contrario “es bueno hablar con las chicas”).

⁴ Las **creencias irracionales** hacen referencia a determinadas ideas o fuertes convicciones **que** guían nuestros pensamientos y nuestras conductas. Por **ejemplo**, algunas personas creen **que** deben agradar a todo el mundo.

En este sentido, y en las situaciones generadoras de ansiedad, su pensamiento puede ser tranquilizador en lugar de aterrador. En el ejemplo del caso de Carlos, los pensamientos alternativos empleados se basaban en la comprobación de la evidencia; fue animado a decirse a sí mismo “nadie ha entrado nunca en mi casa de noche, vuelve a dormir”. En este caso, no resulta apropiado convertir el pensamiento en positivo. Aunque Carlos era consciente de ese hecho, se decía que tal vez podría ser ésta la ocasión en que entraran por primera vez. Por tanto, se emplearon a la vez cogniciones basadas en experiencias previas, junto a las medidas de seguridad que él tomaba y comparaciones con otras personas. Es decir, consiguió pensar “he cerrado todas las puertas y ventanas, así que nadie puede entrar sin hacer ruido”, “¿Por qué alguien iba a querer entrar en mi casa? Sólo tengo cosas sin importancia”.

→ Es fundamental llevar a cabo un registro de los pensamientos y emociones.

Para ello pueden emplearse diferentes sistemas. Aquí utilizaremos el desarrollado por Helsel y Matson (1989) y descrito por Lindsay (1991). Consiste en realizar dibujos que representen la emoción y una escala análoga en la que poder registrar el nivel de la misma. La escala análoga es flexible y puede ser usada para registrar la emoción y el pensamiento a diario o cada hora. Al sujeto, o a la persona de referencia que lleve a cabo la observación y el registro, se le explica cómo debe responder. Las personas con discapacidad intelectual moderada han mostrado ser capaces de usar este registro de manera coherente, y de forma que coincide con la descripción que otras personas han hecho de su estado de ánimo.

- ✗ El role-playing es muy usado en las terapias. Se emplea para identificar pensamientos automáticos negativos. Se representan las situaciones generadoras de ansiedad con el fin de ayudar a la persona con discapacidad intelectual a entender las relaciones entre sus pensamientos, emociones y conducta. Frecuentemente es utilizado, además, para ayudarle a practicar formas más adaptativas de pensar en situaciones críticas. Se realizaría como paso previo a las tareas para casa donde podría aplicar esos pensamientos en la situación real.
- ✗ Otras tareas específicas pueden emplearse cuando el caso lo considere apropiado. [Por ejemplo, en el caso de Pepe se emplearon una serie de dibujos y diapositivas de hombres y mujeres hablando, para medir su grado de malestar y permitirle la práctica en casa de formas más adaptativas de pensar en esas situaciones. Además, pueden ser estímulos para generar discusiones acerca de la base de realidad que tiene su forma de pensar.]
- ✗ El acompañamiento y apoyo en contextos naturales poniendo en práctica las competencias aprendidas, junto con tareas para casa son de vital importancia, tanto para registrar el alcance que el pensamiento negativo ha tenido durante la semana como para facilitar situaciones en las que se puedan practicar respuestas más adaptativas. En los ejemplos que hemos estado citando, fueron animados a practicar pensamientos positivos cuando se enfrentaban a situaciones generadoras de ansiedad. Se les insistió, además, en que registraran su grado de ansiedad y el alcance de su pensamiento automático negativo a lo largo de la semana. Todos los deberes se revisan cuidadosamente en la siguiente sesión terapéutica.

4.3.2. Entrenamiento en relajación.

En paralelo y a lo largo de toda la intervención puede emplearse, por ejemplo, la relajación muscular progresiva de Jacobson y el entrenamiento en respiración abdominal. *Existen otro tipo de técnicas de relajación, más sencillas o lúdicas, que permiten ser adaptadas a personas con mayores necesidades de apoyo (Cautela y Groden, 1986; Nadeu, 2003) ***

4.4. CONTROL DE CONTINGENCIAS.

El manejo de consecuencias puede constituir un complemento útil en el tratamiento de este trastorno. En personas con mayores necesidades de apoyo, los sistemas de refuerzo diferencial pueden adquirir la forma de sistemas de puntos en los que se facilita que la persona pueda visualizar sus logros. En estos programas de control de contingencias es importante contar con la participación de los familiares y cuidadores dado que serán las personas que proporcionarán directamente los reforzadores para que el programa resulte eficaz. Por tanto, un programa de manejo de contingencias debería incluir:

- + Aplicación estructurada de reforzamiento positivo para aumentar y consolidar los logros obtenidos en las conductas de exposición gradual a las distintas situaciones temidas. También puede utilizarse cada vez que realice los ejercicios prescritos de relajación y respiración, de su constancia y mantenimiento en la realización de tareas o ante el establecimiento de interacciones sociales adecuadas.
- + La extinción, (en alternancia con redirección verbal de conducta) dentro del refuerzo diferencial, puede emplearse en cuanto a procurar no hacer contingente la atención a la conducta de queja de forma constante. Se trata de dedicar a la persona un tiempo para escuchar sus preocupaciones, pero hacerlo de forma programada y no de forma inmediata a la aparición de las quejas verbales cuando éstas se presentan de forma continua.

4.5. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Tres grandes familias farmacológicas han demostrado ser eficaces en el tratamiento del TAG: benzodiacepinas, azapironas, y antidepresivos. Entre estos últimos, los datos más sólidos provienen de los tricíclicos (Imipramina), los ⁵ISRS (paroxetina), y los ISRN (venlafaxina). También existen indicios de eficacia de mirtazapina y nefazodona. Otro fármaco que se ha mostrado eficaz para el tratamiento del TAG ha sido la pregabalina a dosis de entre 150-600 mg/día. También se aconseja el tratamiento con Propanolol (beta bloqueante), a dosis de 20-160 mg/día, asociado a otros psicofármacos para el control de los síntomas de la esfera somática de la ansiedad (palpitaciones, temblores, etc.).

⁵ Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (**ISRS**) son los antidepresivos que se recetan con más frecuencia. Pueden aliviar los síntomas de la depresión moderada a grave, son relativamente seguros y, por lo general, ocasionan menos efectos secundarios que otros tipos de antidepresivos.

Consideraciones generales:

–El objetivo principal de la farmacoterapia son los síntomas nucleares del trastorno, que según el DSM-IV TR serían: preocupación excesiva, crónica e incontrolable, fatigabilidad, tensión muscular, irritabilidad, inquietud, dificultades de concentración e insomnio.

–Objetivos accesorios son la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, la reducción del nivel de discapacidad, y la mejoría de la calidad de vida relacionada con la salud.

–El tratamiento agudo (duración inferior a 6 meses), en gran parte de los pacientes, requerirá continuarse con un tratamiento de mantenimiento, para evitar recaídas.

–Dada la necesidad de mantener el tratamiento durante períodos prolongados de tiempo, los fármacos que se utilicen deben tener eficacia mantenida a largo plazo, bajo potencial de abuso y dependencia, y no deben plantear problemas de retirada.

Recomendaciones del grupo Internacional de Consenso en Depresión y Ansiedad

–El tratamiento de primera elección son los ISRS, ISRN o tricíclicos no sedativos, a las dosis antidepresivas habituales.

–En casos de larga evolución, con múltiple patología comórbida o riesgo de suicidio se recomiendan ISRS o ISRN.–Otras opciones terapéuticas que se pueden contemplar son la buspirona, y la hidroxicina.

–Los antipsicóticos no son una elección apropiada para el tratamiento del TAG.

–En caso de que nos encontremos ante una reacción de ansiedad aguda (por ejemplo, con duración de entre 2 y 6 semanas), y no ante un TAG, el tratamiento de elección son las benzodiacepinas.

–Si los pacientes ya han iniciado un tratamiento con benzodiacepinas, la elección del antidepresivo dependerá de las posibles interacciones entre ambos.

Mantenimiento

Dado que este tipo de trastorno tiende a la cronicidad, se recomienda mantener como mínimo hasta el control de los síntomas. Puede intentarse la disminución progresiva de la dosis del fármaco empleado 1 año después de la remisión. Si el proceso se reagudiza se recomienda retomar la dosis eficaz previa, y mantenerla. Una opción que puede resultar consistiría en realizar el mantenimiento únicamente con Psicoterapia.

5. ALGUNOS FACTORES DE VULNERABILIDAD Y PROTECCIÓN

FACTORES DE VULNERABILIDAD	BBPP (Buenas Prácticas) PARA LA INMUNIDAD
⁶ Intolerancia a la incertidumbre	Pensamiento positivo, optimismo
Personalidad dependiente, escasa autodeterminación	Habilidades de autonomía para la vida diaria. Autodeterminación
Perfeccionismo / Elevado nivel de exigencia	Patrón cognitivo flexible
Elevada necesidad de aprobación externa	Patrón de conducta resolutivo
Falta de confianza / seguridad en uno mismo	Autoconfianza
Escasa respuesta assertiva: escasa expresión de emociones, opiniones y puntos de vista	Asertividad
Baja autoestima	Nivel de autoestima adecuado
Antecedentes familiares de trastornos de ansiedad	Ausencia o presencia de historia familiar de trastornos de ansiedad
Estrategia de afrontamiento del estrés desadaptativas	Autocontrol emocional (saber relajarse, detener pensamientos negativos, etc.)
Ambiente familiar con excesiva sobreprotección	Entorno que favorece que la persona responda a los problemas autónomamente
Darle excesivo valor a las sensaciones corporales	Normalización de las sensaciones corporales

⁶ La **intolerancia a la incertidumbre** puede ser descripta como la dificultad de aceptar el hecho de que no es imposible que un evento negativo suceda a pesar de su baja probabilidad.