

INTERACCIÓN ENTRE TEORIA, EVALUACION Y TRATAMIENTO DE LOS  
DESORDENES EMOCIONALES EN LA ADOLESCENCIA.

Carolina Acevedo Zabaleta

Universidad de La Sabana

*Resumen*

Las emociones tienen un impacto directo e intenso en nuestro funcionamiento y desempeño. En el presente artículo se estudiara su etiología, la dimensión biológica, conductual, cognoscitiva, sociocultural y del desarrollo, todas estas, de relevancia en cualquier análisis de las causas de los problemas psicológicos. La adolescencia es una de las etapas críticas de desarrollo, puesto que se modifican muchos factores del individuo y su entorno. También se abordara tratamientos propuestos por el enfoque cognitivo conductual, la cual se caracteriza por abordar la problemática desde una comprensión más profunda del trastorno y no se sujeta a un solo paradigma de aproximación teórica logrando una integración multidimensional. Por último se resalta la importancia e implicación de la evaluación en la terapia.

Palabras Clave: desarrollo adolescente, desordenes emocionales, etiología, dimensión biológica, social, conductual, evaluación, tratamiento.

*Abstract*

The emotions have strong influence in our behavior. Throughout this article review its etiology and its socio – cultural, behavioral, and cognitive dimensions. In addition emphasized in the adolescence, which is a critical stage of the development, due to facts of the individual and his environment are modified. On the other hand, in this article checking cognitive – behavioral treatments, these are characterized to aggregate different paradigms reaching multidimensional integration and a better comprehension of the emotional disorders. Finally appreciate the importance of the evaluation and its implication in the therapy.

Key words: adolescent development, emotionally disturbed, biopsychosocial approach, etiology, treatment effectiveness evaluation.

## INTERACCIÓN ENTRE TEORIA, EVALUACION Y TRATAMIENTO DE LOS DESORDENES EMOCIONALES EN LA ADOLESCENCIA.

### Influencias del Desarrollo

Adolescencia del verbo latín "adolescere" significa crecer hacia la adultez, es una etapa de maduración biológica, psicológica y social que representa la transición entre la infancia y la adultez., que conlleva inherentemente pasar de la dependencia típica del niño a la independencia del adulto.

Este periodo representa para el individuo diferentes tareas del desarrollo que involucran el factor cognitivo, social, emocional, de razonamiento moral y determinación de identidad.

Castillo (1999) afirma que los adolescentes difieren entre si en función de muchas variables tales como la edad, el sexo, el tipo de carácter y el ambiente o entorno familiar y/o social en el que se movilizan. Según este autor, su final es mucho más difícil de determinar, ya que el desarrollo psicológico es mucho menos objetivable que el desarrollo físico.

Para una mejor comprensión de este ciclo de vida, se trabajara con el marco teórico propuesto por el psicólogo Castillo (2000) el cual propone tres etapas de maduración gradual de la personalidad.

La primera etapa denominada adolescencia temprana cuyo rango de edad abarca de los 10 a los 13 años, inicia con la transformación biológica a partir del comienzo de la pubertad, en la cual, se produce un conjunto de cambios endocrinos y fisiológicos que modifica la apariencia física (aumento de la talla y el peso y aparición de las características

sexuales secundarias), se inicia la capacidad reproductiva y con esta el impulso sexual y el concomitante interés por la relación afectiva con otros (dramático cambio de interés hacia los pares, el número de amigos y grupos se incrementa). El advenimiento de la madurez genital, la aparición de los caracteres sexuales secundarios y los cambios neuroendocrinos, afectan psíquicamente al organismo; de ahí se derivan las fluctuaciones a nivel psicológico (afectividad - emotividad; el cual en el plano emocional se caracteriza por niveles moderados de afecto negativo y labilidad emocional), y relacional, ya que los cambios se presentan de forma no sincrónica y puede representar un conflicto en el adolescente en el sentido de su autoimagen, al igual que una encrucijada para los adultos en cuanto a la forma como deben reaccionar frente al incipiente adolescente. Se inicia el desarrollo de la identidad y el pensamiento abstracto.

La segunda etapa o de adolescencia media va de los 14 hasta los 18 años aproximadamente. Es descrita como una época orientada al autoconocimiento y a la auto-comprensión, personalización de la vida moral e interiorización de la vida afectiva (inicio de relaciones sentimentales y separación emocional de los padres). Esta etapa promueve en el proceso, el desarrollo de la vida responsable (individuación familia hacia la independencia), el establecimiento de la identidad personal (quien soy y quien quiero llegar a ser) y la identidad como persona sexual.

Este incremento en su habilidad de pensamiento (capacidad de auto-reflexión, introspección, metacognición y razonamiento lógico más desarrollado), fomenta la evaluación de sí mismo, de sus relaciones y en general del mundo que le rodea, promueve la capacidad de juzgar, planear y confrontar promoviendo un razonamiento moral más sofisticado capaz de tener la perspectiva de los demás. Para un óptimo desarrollo de esta

etapa es relevante la interacción y participación del individuo con su entorno de forma que adquiera o refuerce habilidades pues como lo afirma Rogoff (1997) los adolescentes desarrollan y usan sus habilidades intelectuales no solo en función del nivel de inteligencia que poseen sino también en respuesta a la exposición a situaciones que viven y a la cantidad y naturaleza de problemas a los que se enfrentan en su vida cotidiana.

La tercera etapa o de adolescencia final va de los 19 a los 22 años aproximadamente, se caracteriza por la afirmación de la personalidad, el logro de la estabilidad emocional, el deseo de superación y la madurez de carácter, en esta se dan las grandes elecciones y se puntualiza el proyecto de vida, se completa la autonomía y separación de los padres y a nivel cognoscitivo se alcanzan las habilidades cognoscitivas superiores.

La transición durante estas tres etapas esta mediada por los factores culturales propios de cada contexto, pero, independientemente de éste, será para el adolescente importante establecer una buena red de apoyo que aumente su capacidad de resiliencia al pasar por los diferentes cambios emocionales, enfrentarse y resolver situaciones que le representen conflicto y favorezcan la toma asertiva de decisiones.

Las políticas de promoción de la salud mental sugieren el bienestar emocional como derecho, involucrando a núcleos sociales y no como un factor que se deba tratar individualmente.

Los contextos de mayor influencia para la transición por la etapa adolescente y que inciden en el desarrollo de problemas emocionales son: la familia y los grupos de pares.

El papel de la familia en el desarrollo del adolescente puede verse en términos del estilo de crianza, el cual se ha descrito de cuatro formas:

Autoritarios: Padres poco sensibles pero muy exigentes.

Negligente: Padres poco sensibles y poco exigentes.

Permisivo: padres muy sensibles a las necesidades de sus hijos, pero les hacen mínimas exigencias.

Democrático: padres sensibles y exigentes a la vez.

El estilo de crianza democrático proporciona la atención y orientación necesaria, establece roles y límites acordes con el ciclo de desarrollo, de forma razonable y flexible, lo cual contribuye con un buen ajuste psicológico, desarrollo de la autonomía y la calidez afectiva.

El déficit en actividades compartidas, la ausencia de supervisión y apoyo, retrasa la maduración, por tanto, los padres con un estilo autoritario, negligente y permisivo generalmente promueven ansiedad e ira en sus hijos.

Ohannessian, Lemer, Lemer & Von Eye (1994) reportan que la depresión y la ansiedad en la adolescencia tiene un alto grado de incidencia en familias donde hay discordia.

Según (Bethlyn, 2000) las restricciones a nivel económico, generan altos niveles de estrés al interior de la familia, hay más probabilidad de violencia y de sufrir de depresión.

Los conflictos entre padres e hijos tienden a incrementar durante la adolescencia temprana (12-14 años), mantenerse durante la adolescencia media (alrededor de 14 -17 años y decrementar durante la adolescencia tardía (17 - 20 años). (Sullivan & Sullivan, 1980).

Rice, F. (2000) señala que los adolescentes necesitan saber que son valorados y aceptados y que a sus padres les gusta su forma de ser. También quieren padres que sean tolerantes con la individualidad, la intimidad y las diferencias interpersonales en la familia.

Según Amy Menten (2000) los hermanos son un fuente de protección que previene depresiones, ayuda a desarrollar habilidades para las interacciones con sus pares y a resolver problemas.

Investigaciones han demostrado que las crisis familiares tales como divorcio, hogares monoparentales, conflictos maritales y su nivel de influencia en el adolescente depende de la manera en que esta es afrontada por los padres en términos del estrés experimentado y su impacto en la relación con sus hijos. (Steinberg, 2002).

Valadez (2000) afirma que las interacciones con la familia son parte de las fuerzas que facilitan y a la vez limitan el proceso; cuando la familia reprende de manera comprensiva y afectuosa a los cambios de la adolescencia, la transición es menos abrupta.

Bowlby (1995) hace un interesante aporte de esta relación en la teoría del apego la cual involucra el aspecto psicosocial, precisando que algunos de los comportamientos más corrientemente aberrantes (en un medio ambiente familiar atípico o de relaciones alteradas) corresponden a los siguientes:

Uno de los padres, o bien ambos, no responden al comportamiento del hijo destinado a provocar que le impartan cuidados, y o le descuidan o rechazan activamente.

Discontinuidades en la asistencia parental.

Amenazas persistentes como medio de controlarle.

Amenaza de separación, dar muerte o de suicidio por parte de uno de los padres; utilizado como modo de coaccionar a un cónyuge o método para someter al hijo a disciplina.

Inducir al hijo a sentirse culpable diciendo que su comportamiento es o será responsable de la enfermedad o de la muerte del padre o de la madre.

Bowlby (1995) afirma que cualquiera de estas experiencias puede conducir al niño, al adolescente o incluso al adulto a vivir en constante ansiedad, son inseguros y a menudo se les define como excesivamente dependientes e inmaduros; estas personas sometidas a stress tienden a desarrollar depresiones o algún tipo de fobia. Las secuelas en cuanto a vinculo es de apego angustiado, resentimiento y anhelo inexpressado de amor y apoyo hacia el cuidador (a), lo cual se generaliza según el autor, a todas las relaciones subsecuentes.

Este sentimiento de inseguridad puede manifestarse posteriormente en inhibición y retraimiento en las relaciones sociales teniendo en cuenta los padres son los principales facilitadores de la socialización y la fomentación de competencias.

El objetivo de reconocer las alteraciones que se puedan estar presentando al interior de la familia es identificar cadenas causales con el fin de romperlas o de mejorar sus consecuencias promoviendo el desarrollo de apoyos efectivos que incrementen la interdependencia y por tanto faciliten la integración a la comunidad y provean a la persona de satisfacción personal.

Los Pares contribuyen con el aprendizaje de reglas sociales imperantes, dominio de cambios tecnológicos y científicos; dado que en la participación social se aprenden códigos de pertinencia: ubicación en los espacios sociales de cada ciclo de vida y códigos de prescripción: microroles que desempeña el ser humano.

De esta forma tener en perspectiva el papel de la familia como del grupo de pares es de gran ayuda para poder superar las dificultades que afrontan las personas con algún desorden emocional por medio de una acción colectiva de auto ayuda y reestablecimiento de una red de apoyo que aumente la capacidad de resiliencia.



Otro factor determinante en el desarrollo de algún tipo de problemática a nivel emocional son las características individuales del sujeto tales como el estado físico, las habilidades sociales y cognoscitivas, variables de personalidad (timidez), estados afectivos y motivacionales. El hecho de que implique habilidades y cogniciones representa inherentemente la interacción con los factores psicosociales antes mencionados.

Los cuales se pueden estudiar específicamente a partir de los siguientes niveles:

El objetivo de este bagaje teórico por los diferentes niveles que contribuyen a la etiología de los problemas emocionales es promover la integración en los principales puntos de mira del cambio en el tratamiento, los cuales deben esforzarse por evitar las construcciones reduccionistas de los desordenes emocionales y tener en cuenta los avances y/o aportaciones teóricas multidisciplinares que se han dado al respecto.

#### *Nivel Conductual*

Las situaciones que pueden llevar a mantener o fortalecer algún tipo de problema emocional es la aparición de un estímulo positivo o la desaparición de un estímulo negativo, al mismo tiempo lo disminuye la desaparición del estímulo positivo y la aparición de un estímulo aversivo. Con el fin de determinar estas variables, el clínico puede pedir a la persona que registre los antecedentes, la conducta misma y las consecuencias con el fin de determinar qué está manteniendo el comportamiento. Para determinar esto las conductas necesitan ser definidas específicamente para que no haya confusión sobre los términos que se están utilizando. La relación entre la conducta y las consecuencias y los patrones únicos que pueden provenir de determinada clase de relaciones exige una búsqueda cuidadosa de las consecuencias que mantiene la conducta no deseable que pueden ser reforzadas. (Caballo 2001.)

EL mecanismo conductual del sistema motivacional defensivo: lucha o huida – conducta de congelamiento; La lucha es la tendencia de acción conductual característica que se asocia con la ira y la huida o el escape se relaciona con el temor.

#### *Nivel Cognoscitivo*

Seligman (1975) sugiere que las personas se vuelven ansiosas y se deprimen cuando hacen la atribución de que no tienen ningún control sobre la tensión en su vida.

Lazarus y Folkman (1986) sostiene que la forma en que uno piensa sobre situaciones determina la cualidad e intensidad de la emoción; lo cual significa que la capacidad del individuo de experimentar determinadas emociones depende del nivel de su comprensión de las relaciones sociales.

También afirma que los valores, los objetivos y los compromisos, así como las creencias sobre uno mismo y sobre el mundo son esenciales para experimentar emoción.

Weiner (1978) ha extendido la teoría de la atribución a la emoción, razonando que la forma en que el individuo explica sus éxitos y sus fracasos no sólo afecta a la conducta destinada a la consecución, sino también a los sentimientos que se experimentan después del esfuerzo. EJ.: se puede atribuir el éxito a factores externos como la suerte o la naturaleza de la labor realizada, o bien a factores internos como el esfuerzo o la habilidad personales; más tarde, estas diversas atribuciones influirán sobre la reacción emocional.

Lazarus y Folkman (1986) en cuanto a esto dice que si bien las atribuciones son importantes para las emociones no equivalen a la evaluación cognitiva la cual además, añade la dimensión de importancia de la atribución para el bienestar del individuo es decir el significado o las implicaciones personales que estas tienen.

Generalmente cuando la carencia de competencias personales explica los fracasos, se genera un efecto depresor.

Dado que el adolescente se encuentra en capacidad de auto observación, introspección y metacognición; evaluar el factor cognitivo basándonos en los informes del individuo sobre su propia experiencia escuchando e indagando la forma en que las personas caracterizan y significan su experiencia emocional representa una información importante para definir metas terapéuticas.

Teasdale (1993) dice que las emociones y el estado de ánimo afecta nuestros procesos cognoscitivos, con respecto a esto Lazarus y Folkman (1986) señala que es un error conceptual afirmar que las emociones preceden a los pensamientos o viceversa; afirma que la evaluación cognoscitiva siempre media las reacciones emocionales en mayor o menor grado, aunque las emociones una vez generadas, pueden afectar a su vez los procesos de evaluación.

Beck (1976) propuso que la depresión tal vez sea producto de una tendencia a interpretar los sucesos cotidianos de manera negativa en errores cognoscitivos que él denominó inferencia arbitraria y sobregeneralización. La inferencia arbitraria queda de manifiesto cuando una persona destaca los aspectos negativos más que los positivos de una situación. Por otro lado, la sobregeneralización se da cuando la persona toma una observación aislada de algún aspecto negativo como un todo y suprime los aspectos positivos. Esta forma de pensar sobre sí mismos, su mundo inmediato y su futuro fue llamado por este autor como triada cognoscitiva.

Barlow (2001) afirma que la forma en que la persona ejerza la capacidad de supervisar su propio funcionamiento, puede jugar un papel importante en el desarrollo y

mantenimiento de los desordenes emocionales. Se ha determinado que existe un antagonismo mutuo entre un enfoque sobre el si mismo y sobre el medio, en el sentido de que la cantidad de atención dirigida hacia eventos externos o tareas limita proporcionalmente la cantidad de atención dirigida a eventos internos y viceversa.

Con la atención auto-enfocada se intensifica el trabajo emocional y la percepción de los estados internos tales como cualidades afectivas, valores, estándares de conducta y juicios autocriticos. Las consecuencias del autoenfoco son la intensificación de la excitación, afecto negativo, condiciones bajas para habituarse a estímulos externos y aumento de la sensibilidad de las sensaciones fisiológicas y propioceptivas.

El proceso atencional negativamente afectivo enfocado sobre funcionamiento somático y otras preocupaciones auto - evaluativas puede caracterizar la psicopatología asociada con ansiedad y otros desordenes relacionados.

Beck (1976) teorizo la existencia de un esquema cognoscitivo de hipervigilancia en el cual la realidad es usualmente interpretada o procesada como amenazante o peligrosa, este esquema actúa como una fuente de vulnerabilidad para el desarrollo de la ansiedad y sus desordenes.

Ehlers y Breuer (1992) afirman que pacientes con desordenes de ansiedad ( y quizás otros desordenes como depresión y desordenes somatoformes) evidencia incremento en la atención auto-enfocada a las sensaciones corporales y otros aspectos de su conducta, y que esto está acompañado por preocupaciones auto evaluativas.

El sentido de incontrolabilidad se da en sentido de los antecedentes, componentes y consecuencias de los eventos futuros.

Los individuos que perciben no control de los eventos próximos generan afecto negativo, auto evaluación, auto preocupación.

En un estudio realizado por Weinberg y Col (1994) Bach y Col (1999) Y Alloy y Clementz, (1992) encontraron que sujetos que desplegaban mayor ilusión de control en una tarea de laboratorio experimentaban menor estado de animo negativo después de un fracaso en una tarea, pero era menos probable que presentaran estados de animo depresivos meses después de experimentar eventos negativos en su vida, que los sujetos con menos ilusión de control (componente evaluativo negativo de su respuesta y/o expectativas negativas de su desempeño).

Los individuos que experimentan ansiedad reflejan cuatro categorías de sesgo cognoscitivo: sesgo interoceptivo, sesgo atencional, sesgo de memoria y sesgo interpretativo.

Sesgo atencional: hipervigilancia y atención diferencialmente a la información potencialmente amenazante.

Sesgo de memoria: La memoria para las cogniciones amenazantes es altamente accesible en pacientes con desordenes de ansiedad y es fácilmente determinada por señales internas y externas.

Sesgo interpretativo: tendencia a interpretar diferencialmente material ambiguo como amenazante.

Esto se justifica con la evidencia empírica de que los individuos con ansiedad son mejores que los no ansiosos en detectar los estímulos amenazantes (sesgo interpretativo y atencional) pero luego movilizan sus recursos para evitar los estímulos tanto como sea posible; esto incluye evitar experimentar representaciones de los estímulos amenazantes

almacenados en la memoria u otras estrategias cognoscitivas. No obstante, hay poca evidencia para afirmar que estos sesgos cognoscitivos son rasgos duraderos que pueden reflejar vulnerabilidades psicológicas preexistentes para desarrollar una ansiedad severa o desordenes de ansiedad.

La preocupación como un mecanismo de manejo se vuelve no funcional cuando la concentración sobre las actividades futuras se ven interrumpidas y el antídoto lógico, (el reenfoque de la atención sobre tareas externas) esta usualmente fuera del alcance de los individuos.

Brunzinusky y Borkovec, (1983) encontraron que los sujetos con preocupación crónica estaban significativamente más depresivos y ansiosos que los sujetos sin tal preocupación, dificultad en el control de la atención e interferencia en el desempeño.

La distracción y la dificultad de desconectarse de la actividad de preocupación esta entre los discriminadores más notables de severa preocupación asociada con la ansiedad.

Los sujetos con preocupación crónica mantienen una cadena de pensamientos relacionados con posibles eventos negativos o traumáticos en su futuro y en la forma en la cual ellos podrían tratarlos.

La preocupación autoenfocada incrementa más la intensidad de la aprehensión ansiosa y la excitación asociada con esta.

Para diferenciar la preocupación normal de la patológica hay que evaluar el contenido, la intensidad, interferencia con el funcionamiento y el grado de control percibido.

En definitiva, la preocupación y la ansiedad resultan de una correlación negativa en las habilidades de manejo y de solución de problemas.

Craske (1999) ha argumentado que la preocupación no es sinónimo de aprehensión ansiosa, sino que esta es una consecuencia asociada a la aprehensión ansiosa y puede ser un intento de lidiar con este proceso para muchos individuos, dado que la preocupación ligada a la ansiedad crónica, genera una supresión autónoma mientras que en la aprehensión ansiosa hay una excitación autónoma

#### *Nivel Biológico*

Muchas reacciones aparentemente automáticas parecen desaparecer, o por lo menos dejan de manifestarse, con un cambio ontogenético hacia procesos mentales superiores, del mismo modo en que el desarrollo filogenético del neocortex solo suprime o regula, pero no destierra, las funciones inferiores.

Los avances a nivel de neurociencias según la propuesta teórica de Le Doux, (1996) indica que hay conexiones neurobiológicas directas entre los centros emocionales (amígdala) sin que esto implique un paso por corteza; esto explica el hecho de que una persona experimente emociones sin tener control o ser conciente de estas. En otras palabras,

Modelo diátesis- stress según el cual los individuos heredan tendencia a expresar ciertos rasgos o comportamientos, los cuales pueden activarse posteriormente en condiciones de tensión.

Lo que se piensa más comúnmente en la actualidad es que los sucesos de la vida estresantes activan a las hormonas de la tensión que, a su vez, tienen efectos de gran alcance en los sistemas de neurotransmisores, en particular los que hacen participar la serotonina y la norepinefrina. Los procesos desencadenados a largo plazo por la tensión pueden conducir a la atrofia de las neuronas del hipocampo que ayudan a regular las

emociones. También puede trastocar los ritmos circadianos característico de los trastornos del estado de ánimo.

En definitiva, si examinamos las aportaciones de diferentes modelos o perspectivas teóricas acabamos viendo la necesidad de integrar los enfoques tanto médicos como psicológicos y sociales.

El modelo biológico, cognoscitivo, conductual, y social aportan ideas útiles a la comprensión necesaria de los problemas emocionales y de las respuestas a dar a la misma, por su valor descriptivo y explicativo. Por último la extralimitación en centrar y limitar el objeto de estudio sobre una parte de los problemas y las necesidades que puede tener una persona con problemas emocionales (lo macroestructural) puede llevar a una a la elucidación de cualquier otra actividad beneficiosa para los individuos.

#### *Desordenes Emocionales de Mayor Relevancia en la Adolescencia*

Según Barlow (2001) existen tres formas de presentarse los fenómenos emocionales.

La emoción de temor es una sensación subjetiva de terror, se da en respuesta a un acontecimiento externo y por lo común de corta duración.

El estado de ánimo es un periodo más persistente de emocionalidad.

Los trastornos de ansiedad, se caracterizan también por ser duraderos y crónicos.

Estos se diferencian no solo en cuanto a duración sino en que la conducta, fisiología y procesos cognitivos son diferentes.

#### *Ansiedad*

La ansiedad en términos normales es una respuesta adaptativa de preparación física y mental. La atención en este caso se centra sobre la tarea a realizar y/o eventos externos.



Lo que hace que la ansiedad sea de carácter patológico es la autoevaluación negativa y la disrupción de la atención. Lo cual incrementa los niveles de excitación y decrementa el desempeño.

Barlow (2001) describe la ansiedad como un estado de ánimo caracterizado por un fuerte afecto negativo, síntomas corporales de tensión y aprehensión respecto del futuro (American Psychiatric Association, 1994).

La ansiedad puede caracterizarse como una estructura cognoscitiva-afectiva consistente en un ciclo de retroalimentación negativo, sensación de no poder controlar y predecir eventos internos o externos, acompañado por cambios fisiológicos y la activación de circuitos cerebrales. La excitación inexplicable puede desencadenar un cambio en la atención con la tendencia hacia el autoenfoco, el cual, parece ser un importante aunque bastante descuidado componente de la estructura cognoscitivo-afectivo de la aprehensión ansiosa. Se ha determinado que un enfoque autodirigido hacia lo interno (sensaciones somáticas, componentes afectivos y autoevaluativos del contexto) resulta en mayor incremento de la excitación, lo cual parece implicado en deteriorar el desempeño y la concentración e incrementar la ansiedad.

Scheier et al (1983) afirman en relación con el estrés y los desordenes de ansiedad, que las personas con patrones de personalidad tipo A se centran en eventos externos, ejercen control sobre su mundo y los estresores al concentrarse en la tarea; pero disminuyen la atención interna y la subsecuente carencia de sensibilidad a eventos corporales internos.

Los pacientes con desordenes de ansiedad parecen evidenciar gran conciencia de estados corporales internos y están constantemente vigilantes por cualquier cambio somático que pueda señalar una amenaza potencial.

Cada faceta de la ansiedad es parte de un total y es difícil estudiarla fuera de contexto.

Ahora que la investigación y la teoría sobre la naturaleza de la ansiedad ha sido revisada, es importante considerar diferencias importantes entre la emoción de la ansiedad y el temor.

El temor es una reacción emocional inmediata ante el peligro actual, que se caracteriza por fuertes tendencias escapistas y, con frecuencia, por un impulso en la rama simpática del sistema nervioso autónomo. Barlow, Brown, Craske (1994).

En otras palabras, el temor es una alarma primitiva en respuesta al peligro actual caracterizado por una fuerte excitación y tendencia a la acción. Por el contrario la ansiedad esta orientada hacia el futuro.

Según Barlow (2001) la manifestación clínica del temor es el pánico y el pánico es el sistema de alarma inalterado, antiguo y posiblemente innato que los seres humanos llamamos temor.

Barlow (2001) define el ataque de pánico como una experiencia brusca de temor intenso o de incomodidad acentuada, acompañada por síntomas físicos que comprenden por lo general palpitaciones del corazón, dolor en el pecho, falta de aliento y, posiblemente mareos. a la sobre reacción neurobiológica le sucede ansiedad por la posibilidad de tener otro ataque.

### *Depresión*

Estado de animo gravemente deprimido, sentimientos de poca valía, dificultades para concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte, dificultades para dormir y pérdida de energía. El trastorno depresivo mayor de caso único se define por la ausencia de episodios maníacos o hipomaniacos. Si se dan dos o más episodios depresivos mayores separados

por un periodo de al menos dos meses, durante los cuales el individuo no se deprime, se diagnostica un trastorno depresivo mayor recurrente.

El trastorno distímico comparte muchos de los síntomas del trastorno depresivo mayor pero difiere en cuanto a su curso. Dos años durante los el paciente no puede estar libre de los síntomas por más de dos meses seguidos. También difiere en que la gravedad, la cronicidad y el número de síntomas son más ligeros y menos numerosos pero los cuales duran por más tiempo.

Depresión Doble individuos que sufren tanto de episodios depresivos mayores como de trastorno distímico.

Carlson G. A., & Kanaski J. H. (1988) confirmo que los adolescentes depresivos al compararlos con chicos del mismo rango sin trastorno de depresión, son particularmente vulnerables a la baja autoestima y la timidez.

Según Beck, (1976) los trastornos depresivos se dan con menos frecuencia el los niños que en los adultos pero esta se eleva de manera muy considerable en la adolescencia, cuando, en todo caso la depresión es más común que en la vida adulta

Los adolescentes con trastorno bipolar tal vez se vuelvan agresivos, impulsivos, provocativos sexualmente y sean propensos a los accidentes Carlson G. A., & Kanaski J. H. (1988).

### Evaluación

El enfoque molar tiene por objetivo identificar variables contextuales amplias que apoyen de forma efectiva las conductas positivas adaptativas, que puedan contribuir a un estilo de vida normalizado y satisfactorio en la comunidad.

La evaluación de contextos es identificar cuales o de que forma apoyan la conducta adaptativa en áreas claves relacionadas con aspectos de la vida, relaciones sociales, educación, trabajo y ocio. Evalúa las necesidades del individuo así como las competencias para satisfacer esas necesidades y las demandas de desempeño en su interacción psicosocial.

Con la evaluación molecular se obtienen tres resultados:

1. Se identifican las variables desencadenantes generales y específicas de las conductas problemáticas.
2. Se documentan el nivel y el tipo de conducta.
3. Se puede derivar a partir de estos datos hipótesis tentativas sobre la función de las conductas problemáticas.

Se lleva a cabo un análisis funcional para diferenciar e identificar que aspecto de la situación de demanda es el determinante. Y con base a esto planificar un plan de intervención.

Modelos de formulación clínica que incluyen el análisis molar y molecular:

Caballo y Ángel (2002) sugieren en la etapa pre- terapéutica:

Historia Clínica

Análisis Topográfico. Características de la respuesta. Frecuencia, intensidad, duración.

Análisis Funcional. Identificar y conceptuar los antecedentes y consecuencias.

#### *Objetivos Terapéuticos*

Metas para el tratamiento, general y específicas, a corto, mediano y largo plazo.

Obtención de la línea base. Evaluación del comportamiento. Ej. Medidas de auto informe.

Establecimiento de Tratamiento. Línea de intervención y selección de los procedimientos terapéuticos.

Evaluación de la motivación, las habilidades y los recursos disponibles. Reconocer las conductas alternativas a las problemáticas.

#### *Contrato Terapéutico*

Castro y Ángel de Greiff (1998) Sugieren el siguiente modelo de formulación se basa en los principios del método científico. La evaluación conductual (descriptiva) permitiendo la formulación clínica (explicativa).

Etapa I. Descripción del motivo de consulta.

Etapa II. Información general y contextual.

Etapa III. Análisis histórico molar. Historia familiar, personal, hipótesis sobre factores de adquisición.

Etapa IV. Introducción a la información molecular. Análisis funcional el cual involucra componentes de la respuesta en términos e frecuencia, intensidad, topografía y magnitud y relación entre los antecedentes, los componentes de la respuesta y las consecuencias.

Etapa V. Integración de la formulación clínica conductual por procesos.

#### *Matriz de formulación clínica*

I Nivel: proceso biológico, cognitivo, aprendizaje y sistema motivacional.

II Nivel: hay relaciones interprocesos que conforman a su vez los derivados de los del segundo orden como el afectivo y el emocional.

III Nivel: entidades clínicas, modelos taxonómicos, comorbilidad.

IV Nivel: manifestaciones clínicas específicas o motivos de consulta.

Relación entre los niveles de formulación, verificar las hipótesis y determinar los procedimientos a intervenir.

Etapa VI: tratamiento, evaluación regular de los resultados e la intervención para ajustar o continuar el proceso.

Gran parte de la información se obtiene a partir de entrevistas semiestructuradas con el paciente en donde se involucren tanto los objetivos de la misma como los aspectos que se vayan obteniendo.

Por medio de cuestionarios se puede recoger información demográfica del paciente y su entorno.

Los auto-registros es uno de los elementos de inclusión de gran utilidad para el análisis funcional de la conducta ya que permite que el paciente haga registros específicos de su comportamiento.

Otra fuente importante para el clínico es la observación directa el cual incluye la apariencia y presentación del paciente, el comportamiento postural y gestual, comportamiento verbal (forma y contenido).

#### Tratamientos que aporta la ciencia cognoscitivo comportamental

Es especialmente importante la identificación de esos antecedentes que controlan las conductas positivas, que pueden competir potencialmente, y en último caso reemplazar, a las conductas problemáticas.

#### *La psicoterapia Interpersonal*

Identificar y corregir las deficiencias en las destrezas sociales que evitan que la persona inicie o conserve relaciones interpersonales.

### *Entrenamiento en habilidades sociales*

#### Desensibilización sistemática

La estrategia de tratamientos basada en la exposición busca disponer las condiciones en las cuales el paciente enfrenta poco a poco las situaciones atemorizantes y aprende que en realidad no hay nada que temer.

### *Entrenamiento en habilidades de afrontamiento*

Proporción de mecanismos de afrontamiento psicológico. La relajación y el reentrenamiento de la respiración.

Entrenamiento en actividades alternas a la conducta problema.

### *Relajación*

En la relajación progresiva de músculos Jacobson, (1996) las personas adquieren una conciencia plena de cualquier tensión muscular y la contraatacan al relajar ciertos grupos musculares por medio de ejercicios de respiración lenta y regular.

### *Fortalecimiento de la autoestima*

Entrenamiento en habilidades y recursos alternos

Proponer actividades que dirijan al atención hacia un enfoque externo, que reduzca los niveles de ansiedad.

Manejar la tensión mediante un tren de vida saludable: descanso, ejercicio, nutrición, apoyo social.

Musson y Alloy (1988) sugirieron que hay una fuerte relación entre atención autodirigida y las características afectivas, conductuales y cognoscitivas de la depresión y que la distracción reduce las consecuencias negativas de la depresión y el auto-enfoque.

*Involucrar a la familia como fuente importante de apoyo*

La terapia familiar ayuda a las familias a que entiendan los síntomas y desarrollen nuevas destrezas de afrontamiento evita la recaída.

Lesbow y Gurman (1998) trata de impulsar un modelo que involucre la terapia familiar para el tratamiento de las diferentes problemáticas, lo cual, en la adolescencia es de gran relevancia ya que esta se constituye en un factor de apoyo y orientación importante.

Se ha determinado que mezclar las ideas de la teoría de sistemas junto con otras ideas psicoterapeutas procedentes de modelos positivos de tratamiento, desarrollar una red de apoyo, incrementar los valores en la persona.

#### *Reestructuración cognoscitiva*

En la terapia cognoscitiva, se identifican y modifican las actitudes objetivamente inocuas.

Se instruye a los pacientes para que supervisen y registren minuciosamente sus procesos de pensamiento

#### *Relación cliente terapeuta*

Carl Rogers, (1987) hace un aporte importante en cuanto a la calidad de toda relación terapéutica como un factor indispensable.

Sugiriendo un interés por parte del terapeuta en las características únicas del individuo y no en el colectivo que caracteriza a la entidad diagnóstica inherente al trastorno.

#### *Retroalimentación*

Es un proceso para hacer que los pacientes adquieran conciencia de funciones fisiológicas específicas como el ritmo cardíaco, la presión sanguínea, la tensión muscular en aras específicas del cuerpo. Los clínicos se valen de un equipo de monitoreo para hacer



que la respuesta sea visible para el paciente y trabaja con él para aprender a controlar la respuesta.

Reducción de las consecuencias negativas para el bienestar emocional.

En la etapa terapéutica Caballo y Angel (2002) expone en combinación con la aplicación del programa terapéutico hacer un mantenimiento de registro de conductas y asignar permanentes actividades intercesiones, tareas de aplicación de lo aprendido en sesiones de forma que se extendido a otros contextos.

#### *Etapa Final y de Seguimiento*

Evaluación de los resultados. Comparar las medidas de línea base con nuevas medidas del comportamiento problema. Obtener también medida de los comportamientos alternativos en curso y garantizar la generalización y mantenimiento de los resultados.

## CONCLUSIONES

La mirada de los profesionales no debe estar puesta en servicio sin cuestionar la etiología de la problemática a intervenir. Por tanto, es importante analizar tanto las deficiencias, como problemas de funciones y estructuras corporales más emparentadas con el modelo médico, como las actividades y participación del individuo en la comunidad más emparentado con los modelos psico-sociales, con el fin de prestarle un servicio integral a la persona.

Las aportaciones de científicos y profesionales han servido para cambiar sustancialmente la propuesta de tratamiento que incluye de manera más cercana y operativa los aspectos de funcionamiento personal y social de los individuos en la sociedad.

Se debe tener en cuenta la mutidimensionalidad de los problemas emocionales como covariación o como enfermedad misma, para generar una comprensión completa y una mejorar la práctica clínica.

El modelo cognoscitivo conductual trata de reducir al máximo las barreras físicas y psico- sociales que limitan al individuo con desordenes emocionales. En definitiva se plantea romper con la barrera entre teoría y tratamiento incluyendo en la intervención los diferentes aportes del área de la neurociencia, psicosociales, y la ciencia cognitiva-conductual; en los cuales participan profesionales de otras disciplinas como la medicina en cuya investigación y obtención de resultados involucran la participación de las personas que vivencian la problemática, en este caso de orden emocional.

El modelo cognitivo comportamental, de amplia aplicación en personas con trastornos del estado de ánimo y de ansiedad han tenido éxito en la medida en que amplían su intervención, al individuo, a la familia y los contextos de desempeño y funcionamiento de la persona; haciendo énfasis en las consecuencias en términos del análisis que mantiene las conductas problemáticas, así como en las estrategias de intervención diseñadas para combatir estas problemáticas promoviendo intervenciones significativas.

Además de manera explícita se tiene en cuenta los factores personales y ambientales que son aspectos contextuales determinantes de la situación de trastorno, pero se habla también de individuo y no se plantean situaciones de grupos desde complejos análisis universales estandarizados. Teniendo en cuenta que un tratamiento de intervención debe estar focalizada dentro de la experiencia de las propias personas para construir los objetivos terapéuticos y desarrollar servicios proporcionados con sus propias necesidades autodefinidas.

Así, los terapeutas tienen la responsabilidad de integrar y dar coherencia a los avances a veces dispersos en distintas áreas y campos de la ciencia, lo cual implica hacer un esfuerzo que tenga en cuenta las diferentes áreas de conocimiento con el fin de mejorar las prácticas de apoyo y la evaluación e intervención con la finalidad de ayudar, apoyar y fomentar una mejor calidad de vida de las personas con desordenes emocionales.

La vertiente clínica profesional de la evaluación e intervención aporta habilidades y competencias de gran importancia para el psicólogo, lo que les permite diseñar y aplicar programas y actividades de apoyo a las personas en sus contextos con el máximo de fundamento.

No obstante, la integración de conocimientos es todavía muy incipiente, y a pesar de los grandes avances en los últimos años queda mucho camino por recorrer. Muchas y diferentes disciplinas deben avanzar en la investigación sobre los problemas emocionales, siendo este uno de los desordenes que comprometen diferentes entidades diagnosticas.

### Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4 edition. Washington.
- Barlow, Brownny & Craske. (1994). citados por Barlow, D. (2001). *Psicología Anormal*. Thomson editores. Mexico.
- Barlow, D. (2001). *Psicología Anormal*. Thomson editores. Mexico.
- Beck, A. (1976). *Cognitive Therapy and the emotional Disorders*. International Universities. New York.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders*. Second Edition. Guilford Press. New York. Chapter 3. The Nature of Anxious Apprehension. 64-105.
- Bethlyn Dell, (2000). *Adolescence: Change and Continuity*. Changes In Family Needs and Functions. Bethlyn [Dell-bad118@psu.edu](mailto:Dell-bad118@psu.edu).
- Bowlby, J. (1995). *Vínculos Afectivos. Formación, desarrollo y pérdida*. Segunda edición. Morata Editor. Madrid España.
- Brunzinusky y Borkovec. (1983). citado por Barlow, D (2002). *Anxiety and its disorders*. Guilford Press. New york.
- Caballo, V. Ángel, S. (2002). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente. Transtornos Específicos*. Psicología Pirámide. Madrid.
- Carlson G. A., & Rashini, J.H. (1988). citado por Barlow, D (1988). *American Journal of Psychiatric*.
- Craske. (1999). citado por Barlow, D (2002). *Anxiety and its disorders*. Guilford Press. New york.
- Castillo, G. (1999). *Tus hijos Adolescentes*. Ediciones Palabra. Madrid.

- Castillo, G. (2000). *El adolescente y sus retos*. Ediciones Pirámide. Madrid.
- Castro, L. y Ángel de Greiff E. (1998). Citados por Vicente Caballo (1998) Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. Vol.2 Cáp.1. Formulación Clínica Conductual.
- Ehlers, A. y Breuer, P. (1992). citado por Barlow, D (2002). *Anxiety and its disorders*. Guilford Press. New York.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Segunda edición. Martínez Roca S.A. España.
- Le Doux. (1996). citado por Barlow, D. (2001). *Psicología Anormal*. Thomson editores. Mexico.
- Lesbow, J. & Gurman, A. (1998). *Family Systems and Family Psychology*. N.Y. Elsevier Science Ltda.
- Jacobson. (1996). citado por Barlow, D. (2001). *Psicología Anormal*. Thomson editores. Mexico.
- Menten, A. (2000). *Adolescence: Change and Continuity*. Sibling in the Social Network. AmyMenten <mailto:aem127@psu.edu>
- Musson y Alloy. (1988). citado por Barlow, D (2002). *Anxiety and its disorders*. Guilford Press. New York.
- Ohannessian, Lemer, Lemer and Von Eye. (1994). citados por Amy Menten (2000). *Adolescent: Change and Continuity*. Siblings prevent depression. AmyMenten <mailto:aem127@psu.edu>.
- Rice, F. (2000). *Desarrollo, Relaciones y Cultura*. Prentice Hall. Madrid.

Rogoff, (1997). *Cognition as a collaborative process*. Handbook of child psychology.

Quinta Edición vol 2. New York. Wiley.

Rogers Carl. (1987). *psicoterapia centrada en el cliente*. Practica, implicaciones y teoría.

Ediciones Paidós. Barcelona.

Scheier et al. (1983). citado por Barlow, D (2002). *Anxiety and its disorders*. Guilford

Press. New york.

Seligman, M. (1975). *Helplessness: On Depression, Development and Death*. San

Francisco.

Sullivan, K., & Sullivan, A. (1980). *Adolescent-Parent Separation*. Developmental

Psychology, 16, 93-99.

Steinberg. (2002). *Adolescente*. New York. McGraw-Hill Companies.

Teasdale. (1993). citado por Barlow, D. (2001). *Psicología Anormal*. Thomson editores.

Mexico.

Valadez, M. (2000). *Ser Adolescente*. Editorial trillas.

Weiner. (1978). citado por Lazarus, R. Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*.

Segunda edición. Martínez Roca S.A. España.

Weisberg y Col. (1994) Bach y Col. (1999) Alloy y Clements (1992) citado por Barlow, D

(2002). *Anxiety and its disorders*. Guilford Press. New york.

