



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 28 No. 2

Junio de 2025

<https://doi.org/10.22402/REPI.2025.28.02.08>

¿QUÉ ES LA ANSIEDAD? ALCANCE CONCEPTUAL Y RETOS DEL PROFESIONAL

Andrés Guadalupe Morales Escobar¹, José Luis Bucio Rivera²
y Jesús Peralta Hernández³

Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

La ansiedad es un fenómeno que se ha visto aumentado como consecuencia de la pandemia y el concepto ha obtenido popularidad a través de la cultura pop y las redes sociales. Esto facilita que una persona inexperta y con poco acercamiento al área, así como el estudiante en formación de la psicología, utilice el concepto de forma inadecuada, influenciados por la información que circula en internet, pero que a menudo no es confiable. El presente artículo tiene el objetivo de poner a disposición del profesional de la salud mental y del psicólogo en formación, información accesible y clara para un entendimiento adecuado del fenómeno, a partir de una revisión general de la historia del concepto, descripciones desde distintos enfoques, estadísticas, tratamiento más adecuado y una revisión de las competencias que el psicólogo clínico interesado, en conocer y tratar el tema, debe adquirir en su proceso de formación. Con ello, se busca destacar los retos que tiene el profesional para tratar con este fenómeno. Además, en el trabajo se promueve la investigación más profunda a partir de aportar recursos básicos para profundizar el tema. Por último, se invita al profesional a investigar y hacer uso correcto del concepto, así como de hacer trabajo de difusión.

Palabras clave: Ansiedad, Antecedentes, Teoría, Estadísticas.

¹ Lic. en Psicología, UNAM y Estudiante de Maestría en Evaluación Educativa, UNAM
moralesescobarandres@gmail.com

² Lic. en Psicología, UIA y Estudiante de Maestría en Trastornos del Dormir, UNAM
josebucio1997@comunidad.unam.mx

³ Lic. en Psicología, UNAM y Dr. en Psicología Educativa y del Desarrollo, UNAM.
jesus.peralta@iztacala.unam.mx

ABSTRACT

Anxiety is a phenomenon that has increased as a consequence of the pandemic, and the concept has gained popularity through pop culture and social media. This makes it easier for an inexperienced person, as well as psychology students in training, to misuse the concept, influenced by the information circulating on the internet, which is often unreliable. This article aims to provide mental health professionals and psychology students with accessible and clear information for a proper understanding of the phenomenon, based on a general review of the history of the concept, descriptions from different perspectives, statistics, the most appropriate treatment, and a review of the competencies that clinical psychologists interested in understanding and addressing the topic should acquire during their training process. The goal is to highlight the challenges that professionals face in dealing with this phenomenon. Additionally, the article promotes further research by providing basic resources for delving deeper into the topic. Finally, it encourages professionals to research and correctly use the concept, as well as to engage in dissemination efforts.

Keywords: Anxiety, Background, Theory, Statics.

Antecedentes históricos

La palabra ansiedad tiene su origen en la palabra indoeuropeo *angh* que da origen a la palabra *anxietas* y *ango*. *Anxietas* hace referencia a una agitación, inquietud o zozobra del estado de ánimo y la palabra *ango* se refiere a la angustia. Ciceron y Virgilio usaban ambos conceptos de manera indefinida (Sarudiansky, 2012; Sandin y Chorot, 2009 y Sierra et. al, 2003).

Ciceron describió un trastorno (*aegritudo*) conformado por la aflicción, preocupación y ansiedad (*angor*) que afectaba a la mente y al cuerpo (Crocq, 2015). Séneca daba pautas de cómo una persona debía librarse de ella, refiriendo que el pensamiento sobre la muerte no permite que una persona goce de su existencia. Para principios del siglo XVII, Robert Burton en su tratado *The anatomy of melancholy* utilizó el término de melancolía para referirse a una amplia gama de cuadros clínicos que tenían efectos negativos y síntomas internalizados, destacando la inactividad de la persona. Este concepto (melancolía) mezclaba los síntomas de ansiedad y depresión.

Posteriormente William Cullen en la segunda mitad del siglo XVIII introdujo el concepto “neurosis” como una enfermedad sin bases anatómicas y patológicas (Dorsch, 2002; Pichot, 2003). Éste fue retomado en el siglo XIX y descrito como una enfermedad que englobaba diversas afecciones con localización precisa en el

organismo, pero sin una inflamación o lesión estructural, siendo considerada como una enfermedad nerviosa (Laplanche y Pontalis, 2004). El concepto de neurosis fue evolucionando. Étienne Georget describió la neurosis como una enfermedad crónica e intermitente, sin evidencia de lesiones pos-mortem y que no eran un peligro para la persona, pero sí generaba un malestar exuberante para quien la padecía (Sarudiansky, 2012). Para 1866, Morel conceptualizó los síntomas de la ansiedad como una muestra de la perturbación de la emotividad provocada por una disfunción del sistema nervioso autónomo, es decir una neurosis específica (Pichot, 2003).

El médico George Miller Beard utilizó, en 1869, el término neurastenia para describir una enfermedad de los nervios (Beard, 1869, citado en Pizarro, 2012; Pichot, 2003) que incluía varios síntomas, como el debilitamiento general, pesadez en las extremidades inferiores, problemas de concentración, memoria e interés, pero sin la presencia de una lesión estructural anatómica (Pichot, 1994, citado en Pizarro, 2012). En 1880, se introdujo el término *anxiety* (con raíz en el verbo latino *ango*) que se refiere a estrechar o apretar (Pichot, 2003).

El concepto de neurosis fue tomando forma hasta el nacimiento del psicoanálisis y desde esta corriente, se conceptualizó como una afección psicógena, con síntomas venideros de conflictos psíquicos con orígenes en la infancia (Laplanche y Pontalis, 2004). El concepto de neurastenia fue cambiado sustituido en 1895 por Freud, al estudiar la histeria y la neurosis con William Flies. Propusieron que debía dividirse en 2 categorías, que eran la neurosis de angustia y la neurastenia que tenía como síntomas característicos a la angustia (Freud 1895 citado en Pizarro, 2012; Pichot, 2003 y Crocq, 2015). Esto tomó parte en la teoría que Freud formuló de la neurosis. El término proviene del concepto alemán *angst* y de la palabra germana *eng*. Este término hace referencia a algo estrecho, convertido en algún malestar o apuro (López-Ibor, 1969 citado Sierra et. al, 2003).

Freud hablaba de angustia utilizando la palabra alemana *angst*, está al inglés se tradujo como “anxiety”, en español se tradujo con dos términos distintos, con el objetivo de diferenciar los aspectos fisiológicos con la palabra ansiedad y a los aspectos psicológicos con el término angustia. Sin embargo, hoy en día ambos

términos se consideran sinónimos en casos clínicos (Sandín y Chorot, 2009; Hanns, 2001; Virgen et. al, 2005) y refiriéndose al mismo fenómeno (Tobal, 1990 citado en Díaz y De la Iglesia, 2019).

La *American Psychology Association (APA)* ha publicado desde 1950 el Manual de Diagnóstico y Estadístico (DSM) y este ha sufrido cambios, teniendo influencias de distintas corrientes psicológicas, agrupando y conceptualizando distintos trastornos mentales, para el caso de la ansiedad ha tenido una evolución en la cual no es un fenómeno unitario, sino que se expande a diferentes etiologías según el origen y los síntomas presentados.

Ansiedad desde distintos enfoques

Enfoque psicoanalítico

La ansiedad es compleja y variada, su conceptualización va a depender de cada escuela psicoanalítica, por lo que nos centraremos en conceptos básicos. Freud postuló una teoría sobre la neurosis, que vio como una consecuencia de una represión no completada por el “Yo” sobre los impulsos. La represión es insuficiente para erradicar la amenaza de que ciertos impulsos entren y actúen en la conciencia y acciones de la persona. Como defensa, los síntomas neuróticos proporcionan una satisfacción sustitutiva en un intento para eliminar las irrupciones del “Ello” (Dorsch, 2002).

Este mismo autor hizo una distinción de las neurosis según ciertas características de duración e intensidad de los conflictos provocados y del modo de elaboración (Dorsch, 2002).

- Neurosis actual: Los síntomas son expresiones del movimiento afectivo actual. Consiste en la acción instantánea de impulsos afectivos en forma de trastornos en los que se integra la neurosis de angustia, de espanto y la neurastenia, propuestas por Beard (1869, citado en Pizarro, 2012).
- Psiconeurosis: Síntomas psíquicos y somáticos que son consecuencia de una represión incompleta de los impulsos instintivos. Estos pueden abarcar el síndrome histérico, fóbicos, los síndromes anancásticos y neurosis caratteriales.

- Neurosis traumática: Mismos síntomas que las dos anteriores, pero con una génesis específica, desarrollada a raíz de un evento traumático, es exacerbado y mantenida por la expectativa de recibir una indemnización o compensación.

Freud estableció un concepto, que era la angustia, como el componente central de la neurosis y para referirse a los malestares emocionales, mientras que, para hablar de las defensas contra la misma, utilizó el término angustia (Belloch et. al, 2009), concepto que introdujo en 1894 con su término alemán *angst* (Díaz y De la Iglesia, 2019), como un estado de sufrimiento y miedo a lo que llamó *angst* que puede ser traducido como ansiedad. Así mismo, lo integró a la estructura del aparato psíquico. En primera instancia lo relacionó con la insatisfacción de las pulsiones, porque si una pulsión no se satisface, la energía psíquica se acumula y esto da como consecuencia la ansiedad, que genera tensión, dolor y miedo. También colocó a la ansiedad como una forma en que el cuerpo busca alertar al “Yo” de amenazas, sin importar si dichas amenazas sean reales, imaginarias o provienen del mundo externo o del “ello” (Giardini et. al, 2017).

Enfoque conductual

La ansiedad es un tipo de impulso que ocurre como consecuencia de la conducta del individuo. Hull (1943) mencionó a la ansiedad como un impulso motivacional ante una situación o estímulo, convirtiéndose en un estímulo condicionado que puede generalizarse, siendo evocada por otros estímulos (Gonzalez-Martinez, 1993).

Desde la perspectiva del condicionamiento clásico, Watson y Reiner (1920) desarrollaron una teoría experimental sobre el aprendizaje del miedo. Según este modelo, un estímulo neutro se transforma en un estímulo condicionado que provoca ansiedad, lo que puede llevar a una generalización, en la que la ansiedad sea desencadenada por otros estímulos. Este trabajo y su teoría representaron el primer modelo para comprender las fobias específicas (Sandín, 2009).

Posteriormente surgió la teoría de los dos factores de Mowrer (1939 y 1960) cuyo objetivo fue entender la conducta de evitación de las personas con ansiedad, así como la persistencia de los miedos. Muchas de las técnicas de intervenciones

conductuales, que han sido reconocidas como efectivas para tratar la ansiedad, tuvieron como origen esta teoría (Clarck y Beck, 2012). Existen dos fases; en la primera se da una respuesta condicionada de miedo, adquiere propiedad de impulso secundario que puede mediar y motivar a la persona a iniciar la conducta de evitación o de escape. En la segunda fase, la persona aprende a escapar a la exposición del estímulo aversivo y al lograr escapar se reduce el miedo, por lo que el escape se convierte en un reforzador negativo de la respuesta de escape. Por ello el modelo se llama Bifactorial mediacional, ya que se aplica el condicionamiento clásico en la primera fase y condicionamiento instrumental con el reforzamiento negativo que da como resultado la reducción de miedo (Sandín, 2009). El autor explicó que la falta de extinción se debe a que no es posible una aproximación sucesiva, dado que la persona tiene conductas evitativas hacia el estímulo condicionado (Clarck y Beck, 2012).

Seligman (1971) formuló la teoría de la preparación que buscaba dar una explicación para saber por qué ciertos estímulos estaban condicionados a una mayor velocidad que otros, y tardaban más en extinguirse. La preparación describe a un estímulo que se asocia a ciertas respuestas de evitación o miedo por carga biológica, indicando que el organismo ya está preparado de manera filogenética para crear asociaciones con estímulos de manera más sencilla que otros estímulos. Wolpe (1968) propuso el modelo de Inhibición recíproca describiéndolo como una técnica para superar la neurosis en las personas. Aunque no explicaba cómo se mantenía una fobia y tampoco los mecanismos que se implican en la ansiedad. Es aquí donde surgió una nueva teoría que fue la incubación de Eysenck (1968). Esta teoría buscó explicar el condicionamiento de la ansiedad, diferenciando entre un condicionamiento clásico de tipo A, donde la motivación es externa y las respuestas son diversas, y un tipo B, donde la motivación proviene del propio condicionamiento y las respuestas condicionadas e incondicionadas son similares.

La ansiedad se adquiere principalmente a través del condicionamiento tipo A, y es la ansiedad misma la que refuerza y mantiene el condicionamiento de tipo B. Además, la presentación del estímulo condicionado no necesariamente extingue la respuesta de ansiedad; esta puede mantenerse o incrementarse según la

naturaleza de la respuesta y su motivación (Sandín, 2009 y Díaz y De la Iglesia, 2019).

Seligman y Johnston en 1973, utilizando el concepto de expectativa de resultado, explicaron un estado que representa las contingencias entre respuestas y resultados. Los autores anexaron el concepto de preferencia, que enmarca un estado en el que hay un control de las respuestas sobre los resultados que se esperan. Aunque se extinguiera el miedo, la conducta de evitación podría continuar, incluso podía ser más limitante que la teoría bifactorial de Mowrer. Sin embargo, esta teoría tuvo implicaciones en las posteriores teorías cognitivas (Sandín, 2009). Más adelante surgió un modelo de la expectativa propuesto por Reiss (1980), que explicaba que la adquisición del miedo daba importancia a la expectativa del sujeto, siendo dos las existentes; la expectativa de ansiedad (sensibilidad a tener ansiedad) y a la expectativa (expectativa de sufrir un daño del exterior). También integra aspectos como el reforzamiento negativo y el auto-reforzamiento (Sandín, 2009).

Otro autor que aportó a las teorías conductuales, pero que integra el aspecto cognitivo fue Bandura, quien contribuyó a la teoría de la autoeficacia. Retomó el concepto de expectativa de resultado y definió que la expectativa de autoeficacia es la percepción que la persona tiene sobre la capacidad que posee para realizar ciertas acciones de manera exitosa y adecuada, mientras que la expectativa de resultado es la creencia de la persona acerca de determinadas acciones que lo llevarán a un resultado exitoso (Giardini et. al, 2018). A partir de los resultados obtenidos, el sujeto hace una reevaluación que puede aumentar, disminuir o eliminar la percepción inicial. La ansiedad se explica como una consecuencia de la evaluación y reevaluación (Díaz y De la Iglesia, 2019).

Enfoque cognitivo

Clark y Beck, (2012) propusieron que la ansiedad es un fenómeno que ha sido registrado a lo largo de la historia de la humanidad. Es una emoción que guía hacia el futuro, genera percepciones de falta de control e incertidumbre hacia posibles acontecimientos aversivos y que provoca miedo. Por ello la ansiedad es un estado

donde la persona tiene sentimientos negativos, provocados por una valoración de miedo de una situación.

Barlow y Beck, postularon una definición de la ansiedad que es descrita como un sistema de respuestas fisiológicas, afectivas, cognitivas y conductuales que anticipan hechos percibidos como aversivos que no son previstos, controlados y que pueden afectar la vida de la persona que la padece (Clark y Beck, 2012).

Cuando la ansiedad excede un nivel normal y se convierte en un trastorno, se manifiestan cogniciones disfuncionales en las que la persona percibe amenazas falsas y comete errores de procesamiento. Esto provoca una interferencia en las actividades cotidianas, e incluso puede inmovilizar al individuo. Además, se observa una persistencia anormal del estado de ansiedad, miedo evidente ante situaciones que no representan una amenaza real, y una sensibilidad incrementada ante estímulos potencialmente amenazadores (Clark y Beck, 2012).

Por su parte, Lang (1968) propuso la teoría tridimensional de la ansiedad (García-Fernandez et. al, 2011) y existiendo hasta 2012, 11 cuestionarios distintos que medían la ansiedad desde dicha teoría. Según la teoría la ansiedad se manifiesta a partir de los factores fisiológico, conductual y cognitivo, de este modo la ansiedad es una respuesta de la activación del cerebro ante estímulos y se manifiesta por medio de los tres sistemas de respuesta (Martínez-Monteagudo et. al, 2012):

- **Fisiológico:** Un aumento de actividad en el Sistema Nervioso Autónomo y que da lugar aumento de la frecuencia cardíaca, tono muscular y frecuencia respiratoria.
- **Conductual:** A raíz de los cambios fisiológicos también se dan cambios motores con respuestas como temblores, inquietud, tartamudeo, gesticulaciones anormales, reducción de las reacciones, de aprendizaje y elaboración de tareas y problemas de memoria a corto plazo y respuestas de evitación o de escape del estímulo.
- **Cognitivo:** La ansiedad se muestra a partir de pensamientos o sentimientos de miedo, amenaza o preocupación, pero estos son síntomas de una ansiedad adaptativa, pero cuando se vuelve patológico, los pensamientos o imágenes se vuelven catastróficas.

Es importante señalar que entre estos sistemas puede existir una discordancia y disincronía.

Concepto de ansiedad actual

La ansiedad es un trastorno que tiene diferentes síntomas, como lo son el miedo y preocupación, que conlleva alteraciones en el comportamiento y llevan a padecer síntomas fisiológicos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). La APA (2014) añade un componente de anticipación con relación a síntomas además de llevar manifestar conductas evitativas, o en su defecto que sean cautelosas.

Cuando la ansiedad conserva una frecuencia, intensidad y duración adecuadas, se considera que es una respuesta de adaptación. Por otro lado, se vuelve desadaptativa cuando sobre pasa algunos límites y llega a ser un obstáculo para llevar a cabo las actividades cotidianas del individuo, así como reducir su rendimiento y es desproporcionada al estímulo evocador de la respuesta ansiosa (González-Martínez, 1993). La ansiedad a partir de volverse desadaptativa puede llegar a ser un problema psiquiátrico al convertirse en un trastorno, por lo que requiere de un tratamiento profesional Clarck y Beck, 2012; Orozco y Baldares, 2012; Sandín y Chorot, 2009).

De manera similar la Secretaría de Salud (2015) la define como un estado emocional en donde la persona refiere síntomas que no tiene, también llamado somatización, así como alteraciones psíquicas. Considera que es una patología que se presenta de forma desproporcionada y con una duración amplia que da como consecuencia en la persona una pérdida de la funcionalidad.

Diferencia con otros constructos

Además, la ansiedad involucra un temor pudiendo ser al fracaso, un castigo o a quedar en ridículo, por lo que es una reacción emocional individual y subjetiva (Bertoglia, 2005). Es importante poder distinguir entre el concepto de ansiedad y otros que se han relacionado de manera indistinta.

Ansiedad y Miedo

El miedo es una emoción provocada por una situación que suele ser fácilmente identificable, así caracterizado por una intensidad acorde a la situación (Davidoff, 1989). APA (2014) tiene un concepto similar, pues define que el miedo es una respuesta ante una amenaza inmediata real o imaginaria.

Ansiedad y Estrés

La diferencia principal entre ambos conceptos es el ambiente, ya que se conceptualiza al estrés como una gestión deficiente ante las demandas del entorno. Mientras que la ansiedad es una respuesta a una amenaza posible del entorno (Gross, 2012 y Sierra et. al, 2003).

Ansiedad y Angustia

Otro término que se ha asociado con la ansiedad es la angustia, pero como ya se vio con anterioridad, entre ambos términos no existe una diferencia, ya que actualmente ambos conceptos son usados de manera indistinta, debido al uso y traducciones que se hicieron desde sus primeras apariciones.

Explicación neurofisiológica

La ansiedad es una respuesta adaptativa, ligada a la supervivencia, que da pie a cambios adaptativos de lucha o huida (Eisendrath & Prakken, 2001; Lang, Bradley, y Cuthbert, 1998). Cedillo (2017) describe la ansiedad como resultado de una sobreactividad de los sistemas adrenérgico o serotoninérgico. Estos neurotransmisores están involucrados en las respuestas de supervivencia y con un mayor incremento del sistema simpático, como el aumento de la frecuencia cardíaca o la sudoración, que indican activación del sistema nervioso simpático (Richards & Bertram, 2000), y esto a su vez influye en la actividad del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal (HPA), que regula la liberación de cortisol en respuesta del estrés; con proyecciones del hipocampo ventral hacia el núcleo paraventricular que tiene una correlación inversa con la actividad inhibitoria del GABA, afectando la modulación de la respuesta ansiosa (Ghasemi, et al., 2022).

El sistema límbico, que comprende al cíngulo, amígdala, hipotálamo, hipocampo, entre otras estructuras es considerado como el “centro de control de las emociones”.

Este sistema tiene conexiones con el resto del cuerpo, como es su enervación al tallo cerebral y a hacia el nervio vago que conduce hacia el tórax y los órganos que contiene, como es el corazón e intestinos que se influenciados por la actividad simpática y del HPA, por lo que la ansiedad se ven reflejada en estos órganos, como síntomas gastrointestinales, taquicardia y taquipnea (Cedillo, 2017). En la Tabla 1 se presentan las principales áreas involucradas en la respuesta ansiosa, así como las áreas cerebrales donde proyectan y los neurotransmisores involucrados.

Tabla 1.

Principales estructuras cerebrales involucradas en la ansiedad

Estructura	Función en la ansiedad	Estructuras con las que conecta	Acción mediada por receptores
Amígdala	Regula las reacciones de miedo y alarma ^{ABC}	<ol style="list-style-type: none"> 1. Principalmente hacia la corteza prefrontal y sensorial^A 2. Hipocampo^A 3. Núcleos dorsales del nervio vago (regulan la frecuencia cardíaca y respiratoria)^A 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Noradrenalina^A 2. Serotonina^{AB} (5TH-1A) 3. BDZ^A
Locus Corellus	<ol style="list-style-type: none"> 1. Principal centro noradrenérgico^A 2. Centro de alerta^A 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Núcleos del tallo cerebral^A 2. Corteza insular^A 3. Núcleo hipogloso^A 4. Núcleo paragigantocelular^A 5. Amígdala^A 6. Tálamo^B 7. Hipocampo^A 8. Hipotalamo^{AB} 9. Corteza cerebral^{AB} 10. Amígdala^B 11. Médula espinal^{AB} 	<ol style="list-style-type: none"> 1. GABA-BDZ^A 2. Serotonina^{AB} 3. Péptido vasoactivo^A 4. Acetilcolina^A 5. Noradrenalina^B
Tálamo	1. Canaliza los estímulos hacia la corteza ^A	<ol style="list-style-type: none"> 1. Corteza cerebral^A 2. Amígdala^{AB} 	<ol style="list-style-type: none"> 1. GABA^B 2. Serotonina^B 3. Dopamina^B 4. Noradrenalina^B
Hipotálamo	1. Involucrado en la activación simpática y liberación	1. Zona de tálamos ^A	<ol style="list-style-type: none"> 1. GABA^B 2. Dopamina^B 3. Serotonina^B

		neuroendocrina neuropeptídica ^{BC}	y	
Hipocampo	1. Regulación emocional ^{BC}	1. Sistema límbico ^C 2. Hipotálamo ^C		4. Noradrenalina ^B 1. Serotonina ^B 2. GABA ^{BC} 3. Noradrenalina ^B
Corteza cerebral	1. Recepción de información sensorial ^B	1. Conexiones con otras zonas corticales ^A		1. Serotonina ^B (5HT-2) 2. Noradrenalina ^B 3. GABA ^B 4. Dopamina ^B 5. Glutamato ^B

Nota: ^ACedillo (2017). ^BHu y Reus (2001). ^CGhasemi, Navidhamidi, Rezaei, Azizikia, & Mehranfard (2022)

Se pueden observar las estructuras cerebrales y funciones que tienen en la ansiedad, desde la interpretación de estímulos del exterior, así como las respuestas emocionales, además de la activación nerviosa y secreción de neurotransmisores y neurohormonas (Greist y Jefferson, 2021; Cedillo, 2017). Nótese cómo estructuras y receptores son parte de una interconexión, lo cual se vuelve útil para entender qué se activa, su papel en la respuesta a la ansiedad y poder comprender los mecanismos de las opciones de tratamiento farmacológico, entendiendo que se busca que el fármaco sea un coadyuvante, no el tratamiento principal. Se recomienda al profesional buscar bibliografía especializada en neuropsicología, además de consultar de manera regular las guías clínicas de tratamiento farmacológico y no farmacológico, como las guías de American Psychiatric Association (APA) <https://www.psychiatry.org/>, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) <https://www.aacap.org/> y National Institute for Health and Care Excellence (NICE) <https://www.nice.org.uk/>

Figura 1*Componentes de la ansiedad*

Fuente: Elaboración propia.

Como se ha descrito, los cambios fisiológicos y conductuales, son reacciones del Sistema Nervioso Central, como respuesta ante una situación de peligro, las cuales explican los síntomas somáticos de la ansiedad como inquietud, dolores, temblores, aprehensión (Lang et. al, 1998; Marín et al., 2020 y Westfall, et al., 2018) mismos que se describen con mayor detalle más adelante.

Estadísticas de la ansiedad

En 2015, la Organización Panamericana de Salud (OPS, 2017) reportó que el 3.6% de la población mundial padecía trastornos de ansiedad, 264 millones padecían de la misma. Teniendo mayor prevalencia en las mujeres. La región de Asia sudoriental era la que albergaba el 23% de la cifra total y el Pacífico Occidental con el 20%, seguido por Europa con el 14%, el Mediterráneo Oriental con él con el 12% y por último África con el 10%.

Existió un aumento considerable en el año 2019, pues ya eran 301 millones de personas que sufrían de un trastorno de ansiedad a nivel mundial. Con la pandemia por COVID-19 los niveles crecieron entre 26% y 28% (OMS, 2022).

Debido a la pandemia por COVID-19, los trastornos de ansiedad y depresión tuvieron un aumento del 25% (OPS, 2022). Esto sin duda es algo que debe considerarse, pues los trastornos mentales pueden aumentar la posibilidad de otras enfermedades y en el caso del COVID-19 se ha encontrado que las personas con algún trastorno mental tienen más riesgo de ser hospitalizadas, en comparación con personas que no la padecen (World Health Organization [WHO], 2022).

Por otra parte, en América Latina la OPS (2017) reportó que, en 2015, un 21% de la población sufría algún trastorno de ansiedad, Brasil fue el país con mayor prevalencia, con el 9.3%, seguido por Paraguay con el 7.6%, Chile 6.5%, Uruguay 6.4%, Argentina 6.4%, Colombia 5.8%, Perú y Belice con el 5.7%, Ecuador 5.6% y Panamá 4.5%. En el caso de México la OPS (2017) reportó que el 3.6% de la población padecía algún trastorno de ansiedad (OPS, 2018).

Al revisar la prevalencia en los diferentes subtipos de ansiedad, la ansiedad generalizada es el trastorno más común en la población mexicana siendo un 14.3% quienes la padecen y en 50% de los casos se dan antes de los 25 años. Por ello en 2017 se hicieron cambios en la ley para asegurar que las personas que sufren algún trastorno de ansiedad y otras enfermedades mentales, se les garantice atención profesional (Senado de la República, coordinación de comunicación social, 2017).

Para el año 2021, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2022) reportó en la primer Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE) que el 19.3% de la población adulta tenía síntomas severos de ansiedad, mientras que 31.3% tenían mínima o en algún grado. El estado con mayor prevalencia de síntomas de ansiedad fue Puebla con un 57.8% seguido por Chiapas y Michoacán con 56.8% y 56.4% respectivamente.

Conociendo, los antecedentes, teorías y explicación neurofisiológica de la ansiedad y las estadísticas que describen cómo ha afectado a la sociedad, es importante añadir que el Profesional actual de la psicología, tiene distintos retos, que no solo involucran el conocimiento teórico del fenómeno, sino también requiere de

conocimiento y diferentes habilidades para lograr varios objetivos como lo es la difusión de información a la población, el diagnóstico y el tratamiento para el mismo, el cual recae en el psicólogo clínico.

Competencias del psicólogo clínico

Se debe considerar que un psicólogo clínico es el profesional adecuado para tratar a la población que sufre de ansiedad desde la perspectiva psicológica, sin dejar a un lado la importancia del tratamiento psiquiátrico en conjunto. La psicología clínica es la especialidad que ofrece atención integral de salud mental y de conducta tanto a parejas, familias, grupos e individuos, así como a agencias o comunidades. Ofrece capacitación en educación y puede llevar a cabo prácticas de investigación básica (APA, 2008).

Gross (2012) manifiesta que un psicólogo clínico tiene la labor de evaluar a personas con dificultades de aprendizaje, aplicar pruebas psicológicas, diseñar programas de rehabilitación para pacientes psiquiátricos crónicos, y evaluar la capacidad de personas mayores para llevar vidas independientes. Debe planificar y ejecutar programas de terapia conductual o de psicoterapia, ya sea individual o grupal. Además, debe participar en la atención comunitaria y en la enseñanza a otros grupos de profesionales.

La APA (2008) explica que el conocimiento de psicopatología y evaluación del funcionamiento cognitivo, emocional e interpersonal. Busca integrar información de pruebas con datos obtenidos de observaciones y entrevistas con el paciente. Es importante que el profesional tenga habilidades al aplicar intervenciones que ayuden a mejorar la salud de las personas que acuden a consulta. Se deben establecer relaciones terapéuticas adecuadas, reconozcan cuestiones éticas, así como legales y que tengan comprensión del desarrollo humano para relacionarlo con el contexto social, cultural y biológico, así como con la evolución de la identidad.

Las habilidades utilizadas en esta área son (APA, 2008):

- Evaluación mediante entrevista
- Evaluación del comportamiento
- Administración e interpretación de medidas de pruebas psicológicas

- Intervención con variedad de enfoques basados en evidencia para individuos, familias y grupos
- Supervisión y formación de estudiantes y aprendices según lo guiado por la teoría y la investigación
- Consulta con variedad de profesionales y organizaciones de salud y salud conductual.

Entre los campos de conocimientos que un experto en el área debe cubrir se encuentra la ética, estadística, diferencias individuales, bases biológicas cognitivas y sociales de la conducta, entrenamiento en evaluación y terapia psicológica (APA, 2011).

Con esto en cuenta, el profesional de la psicología clínica debe adquirir en su formación ciertas competencias para asegurar un quehacer psicológico adecuado y basado en la evidencia. La APA (2011) describe que una de las competencias básicas del psicólogo clínico es la base de Conocimientos en Psicología que abarca conocimiento fundamental y comprensión de los conceptos principales, perspectivas teóricas, tendencias históricas y hallazgos empíricos. Habilidades de discusión sobre cómo se aplican los principios psicológicos a fenómenos conductuales. Pero se debe considerar que a nivel internacional existen distintas competencias que debe tener el profesional clínico.

Existen cinco aspectos que la *European Association of Clinical Psychology and Psychological Treatment* (EACLIPT, 2019) describe como competencias que debe tener el psicólogo clínico:

- Conocimiento de procesos psicológicos generales de salud y enfermedad.
- Conocimientos de trastornos conductuales y mentales y procesos psicológicos.
- Conocimiento en diagnóstico psicológico por lo que debe saber evaluar, usar y analizar, así como informar resultados de herramientas de evaluación conociendo criterios de confiabilidad y validez del diagnóstico de aspectos psicológicos.
- Conocimiento de diferentes intervenciones basadas en evidencia científica la prevención y rehabilitación, por lo que debe saber sobre programas de este

tipo, así como conocer la evidencia científica y el uso potencial para la sociedad.

- Conocer sobre enfoques de investigación cuantitativa y cualitativa por lo que deben conocer sobre la planificación, realización análisis e informe de ensayos clínicos y resultados de los mismos útiles para evaluar intervenciones psicológicas de acuerdo con los estándares científicos modernos. La tercera competencia.

Como se puede observar una de las competencias es el conocimiento en diagnóstico que incluye conocimiento de síntomas y pruebas de evaluación adecuadas. Por ello a continuación se describen los síntomas comunes de la ansiedad.

Síntomas de la ansiedad

La ansiedad es una respuesta adaptativa del ser humano que es útil para hacer frente a amenazas de la vida diaria y además de reactivar circunstancias ambientales, puede ayudar a mejorar el rendimiento de la persona y no requiere de una atención psiquiátrica cuando se da en niveles leves. Pero cuando esta se manifiesta de manera desproporcionada, entonces se habla de una patología que bloquea las respuestas adecuadas a la vida diaria, es desadaptativa, reduce el rendimiento de manera significativa, tiene componentes somáticos y se requiere de una atención psiquiátrica porque se da en niveles graves (Orozco y Baldares, 2012). Es importante distinguir que existen 4 sistemas funcionales que se implican en la ansiedad en la teoría cognitiva, que son el conductual, fisiológico, cognitivo y afectivo. Dentro de estos sistemas se pueden distinguir ciertos síntomas, los cuales son descritos en la tabla 2.

Tabla 2.*Síntomas de la ansiedad desde la Teoría Cognitiva*

		Dimensión			
		Fisiológica	Cognitiva	Conductual	Afectiva
Síntomas	Aumento de Ritmo cardiaco		Miedo a perder el control, incapacidad para afrontarlo	Evitación estímulos situaciones amenaza	de o de Nerviosismo, tensión
	Respiración entrecortada o acelerada	o	Miedo a la muerte o algún daño físico	Huida alejamiento	o Sentirse asustado, temeroso o aterrorizado
	Dolor o presión en el pecho		Miedo enloquecer	a Obtención seguridad, reafirmación	de Inquietud, sentirse asustadizo
	Sensación de asfixia	de	Miedo a la evaluación social negativa	Inquietud, agitación	Impaciente frustrado o
	Aturdimiento mareo	o	Pensamientos atemorizantes	Hiperventilación	
	Sudores sofocos o escalofríos		atención estrecha, hipervigilancia hacia la amenaza	Paralizado	
	Problemas estomacales (Náuseas, dolor estómago, diarrea)		Problemas memoria	de Dificultades para hablar	
	Tremores, estremecimientos		Dificultad de razonamiento, pérdida de objetividad		
	Adormecimientos, temblor de brazos o piernas				
	Debilidad, mareos inestabilidad				
			Tensión muscular, rigidez		
			Boca seca		

Nota: La tabla fue extraída de Clark y Beck (2012).

Es importante no dejar de lado que la ansiedad no es un problema unitario, es decir, no se puede reducir a que solo se tiene ansiedad sin considerar el contexto y el origen de esta. Como se comentó con anterioridad, la ansiedad es una reacción adaptativa, pero en niveles intensos y duraderos se convierte en un problema, sin ser considerado patológico. Cuando este se vuelve patológico se presenta con mayor intensidad y en situaciones más específicas. Los trastornos tienen diferencias entre los estímulos que provocan las respuestas ansiosas (APA, 2014), por ello es importante hacer un diagnóstico adecuado, evaluando el origen y el contexto donde se desarrolla y como el DSM-V lo categoriza.

En la siguiente tabla se presenta una breve explicación de cada uno de los trastornos. Se recomienda la revisión del DSM para conocer más profundidad.

Tabla 3.

Resumen de los distintos trastornos de ansiedad descritos en el DSM-V

Trastornos	Breve descripción
Trastorno de Ansiedad por Separación	Conlleva un miedo hacia un posible daño, que las personas a quien está apegada sufran. Este incluye también el miedo a las situaciones que orillan a la separación y generan un rechazo a distanciarse de las personas de apego. Entre los síntomas se pueden encontrar las pesadillas y somatización de angustia. Aunque estos se desarrollan en la infancia, es posible que en la edad adulta puedan seguir manifestándose.
Mutismo Selectivo	La persona no puede hablar cuándo se encuentra en una situación social, a pesar de que la misma persona en otras situaciones sí lo hace. Esto afecta el rendimiento laboral o escolar y en la comunicación que lleva normalmente.
Fobia específica	Se presenta un miedo frente a objetos especificados y el miedo es desproporcionado al riesgo real. Puede darse a diversos objetos, animales o circunstancias.
Trastorno de ansiedad social	Se presenta ansiedad frente a situaciones sociales y que lleven a una evaluación de otras personas. Puede darse en reuniones con desconocidos, situaciones donde se le pueda ver comiendo o bebiendo o en las que deba

		actuar enfrente de otras personas. Se presenta una cognición de ser visto de forma negativa y lleva a sentir vergüenza y humillación.
		La persona que sufre de esto experimenta crisis de pánico de manera inesperada y recurrente. Los síntomas que se sufren en el ataque de pánico pueden ser; palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblor o sacudidas, sensación de dificultad para respirar o de asfixia, sensación de ahogo, dolor o molestias en el tórax, náuseas o malestar abdominal, mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo,
Trastorno Pánico	de	escalofríos o sensación de calor, sensación de entumecimiento o de hormigueo, desrealización (es una sensación de irrealidad) o despersonalización (es sentir una separación de uno mismo), miedo a perder el control o de volverse loco y miedo a morir. Para diagnosticar el trastorno, al menos se deben tener 4 de estos síntomas en el ataque de pánico y al menos uno de ellos, ha seguido una vez al mes inquietud acerca del ataque de pánico y cambios en la adaptación de la persona. Otro punto es que el ataque de pánico no se atribuye a una afección médica, sustancias u otro trastorno.
Trastorno Ansiedad Generalizada	de	Tiene como característica una ansiedad excesiva y persistente, que se presenta ante varios aspectos como el entorno laboral y escolar. Estos aspectos, son percibidos por la persona como difíciles de controlar. Se presentan diversos síntomas como lo son la inquietud, el nerviosismo, fatiga, problemas de concentración, tensión muscular, problemas al dormir e irritabilidad.
Agorafobia		Se presenta un temor al uso del transporte público, estar en espacios abiertos, encontrarse en lugares cerrados, hacer cola o estar en una multitud, y encontrarse solos fuera de casa en otras situaciones por lo que son evitadas. La persona tiene pensamientos acerca de poder tener síntomas como ataques de pánico que sean incapacitantes o humillantes en momentos donde pedir ayuda o huir sea difícil.
Trastorno de Ansiedad inducido por sustancias/medica- mentos	de	Esta se da cuando la ansiedad es provocada por una intoxicación o por el retiro de tratamientos médicos o sustancias. Además, predominan los ataques de pánico, o ansiedad y existen pruebas médicas o físicas del consumo y los síntomas comienzan durante o después de la abstinencia o intoxicación, además de que la ansiedad no se explica mejor por otro trastorno no inducido por sustancias. En este tipo de trastorno

Trastorno de Ansiedad debido a una enfermedad médica

ansioso, existe un deterioro social significativo, así como en otras áreas como el trabajo y familia.

Otro Trastorno de ansiedad especificado

En este tipo de trastorno la ansiedad es consecuencia de alguna enfermedad. No existe algún otro trastorno que lo explique y existen pruebas físicas o de laboratorio que indican un problema médico, que tiene como consecuencia la ansiedad. Aunque lo principal es la ansiedad se pueden dar ataques de pánico. Entre las afecciones médicas que manifiestan ansiedad están las enfermedades endocrinas, problemas cardiovasculares, enfermedades respiratorias, trastornos metabólicos y enfermedades neurológicas.

Otro Trastorno de Ansiedad no Especificado

Esta categoría existe cuando se presentan síntomas de ansiedad que provocan un malestar significativo y existe un deterioro de las diferentes áreas de la vida de la persona, pero no se cumplen los criterios de ningún trastorno. Se diagnostica poniendo otro trastorno de ansiedad especificado sumando la razón por la que no se cumplen los criterios de otro trastorno.

En esta categoría se presentan síntomas de ansiedad que provocan un malestar significativo en las diversas áreas de la vida, pero no cumplen con criterios de ningún trastorno y no se especifica un motivo especial por el que no se cumplen los criterios

Una vez conociendo los síntomas y diferentes trastornos de ansiedad, es importante remarcar que la forma de conocer lo que una persona vive con respecto a la ansiedad u otros problemas de salud mental, se obtiene de una entrevista clínica, pero existen diversas pruebas que permiten tener medidas cuantificables y objetivas de la ansiedad de una persona. Estas pruebas sirven para tener una referencia antes de comenzar un tratamiento y así apoyar el diagnóstico.

Pruebas para evaluar la ansiedad

Las pruebas psicológicas son un procedimiento estandarizado para obtener una muestra de la conducta y describirla con base en categorías o puntuaciones. Además, la mayoría de las pruebas incluyen normas o estándares que permiten utilizar los resultados para predecir otras conductas más importantes (Gregory, 2012).

El conocer sobre las pruebas es otro reto que tiene el profesional, así como conocimientos básicos sobre metodología, estadística y bases de psicometría (EACLIPT, 2019) para seleccionar las pruebas más adecuadas de medición de la ansiedad y sus síntomas. Elegir una prueba requiere de conocer criterios de validez y confiabilidad, así como de adecuación de la prueba a los contextos. Ese tipo de información se sale de los objetivos planteados en el presente artículo, pero se invita al lector a revisar fuentes como los criterios de validez de AERA, APA, y NCME (2014).

Una de las pruebas más comunes para medir la ansiedad es el *Beck Anxiety Inventory* (BAI) que ha mostrado ser un instrumento válido para discriminar y detectar pacientes con patología ansiosa (Sanz et al., 2012). La versión original (Beck et al, 1988) consta de dos factores: cognitivos y físicos. La prueba BAI se incorpora un total de 21 reactivos que ha mostrado un alfa de Cronbach de .911 con, mientras que el AFC con la estructura de dos factores mostró un ajuste adecuado con un Error de aproximación de la media cuadrática (RMSEA) con valor de .064. Actualmente, Blázquez et. al (2020) validaron la prueba en población mexicana de Michoacán, reportando un adecuado ajuste a dos factores como propuso Beck (1988).

Otra prueba que tiene validez en México es la Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS) que es un cuestionario psicológico diseñado para identificar síntomas de varios trastornos de ansiedad, específicamente fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico / agorafobia y otras formas de ansiedad en niños y adolescentes de entre 8 y 15 años.

Esta escala fue elaborada por Spence (1997) en Australia y contiene 44 ítems. Tiene una estructura factorial coincidente con 7 trastornos de ansiedad clasificados en el DSM-IV. De la propuesta de 7 factores, Spence (1997) encontró que la agrupación coherente de los factores se daba en 6 escalas. Siendo el pánico y la agorafobia los que se agrupan en un solo factor. Dicha estructura fue confirmada por Spence (1998). La escala validada en México por (Hernández-Guzmán et. al, 2010) consta de 38 ítems que ajustan adecuadamente al modelo original de 6 factores y mantiene una consistencia interna adecuada de .93. La evidencia de validez convergente fue

adecuada, pues mostró correlaciones significativas con las escalas ITA-UNAM (Hernández-Guzmán et. al, 2003) que contiene síntomas relacionados con los trastornos de ansiedad.

El inventario de Ansiedad Estado-Rasgo es una prueba hecha en 1964 por Charles D. Spielberger y R.L Gorsuch. Está constituido por dos escalas separadas que se utilizan para medir dos dimensiones distintas; Rasgo que consiste en 20 afirmaciones en las que se pide a los sujetos responder cómo se siente generalmente y por la escala Estado con 20 afirmaciones que se pide que los sujetos respondan como se siente en el momento dado. Va de 20 a 80 puntos como máximo y las cuatro categorías son de 1 a 4. El Análisis Factorial de la escala Estado arrojó que los ítems se agrupan en 5 factores y la escala Rasgo 4 factores. Esta escala fue validada en población mexicana en Xochimilco por Saray y Hernández (2007).

Estas son solo tres de algunas pruebas que existen con validez en México. Se recomienda al profesional que para decidir cual usar debe considerar la población objetivo, las evidencias de validez reportadas que incluyen reportes en población del país en donde se pretende trabajar. Por último, el psicólogo clínico debe conocer sobre el tratamiento adecuado para un tratamiento una vez que se tenga un diagnóstico. Por ello se comentará brevemente el tratamiento de la ansiedad.

Tratamiento de la ansiedad

Actualmente existen tratamientos probados y avalados internacionalmente para dar una atención segura, y eficaz a las personas que la padecen. A continuación, se describe de forma breve como la forma de tratamiento moderna más eficaces.

La OMS (2023) enmarca que cuando una persona sufre síntomas de ansiedad se requiere de un diagnóstico y tratamiento adecuado. Esto se consigue a partir de acudir con profesionales de la salud que aporten una intervención psicológica adecuada, lo que ayudará a que las personas adopten nuevas formas de pensar, afrontar o relacionarse con su ansiedad, con los demás o con el mundo. Las intervenciones deben tener base la evidencia. Las que mantienen una mayor evidencia son las basadas en principios cognitivo-conductuales (OMS, 2023).

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es un tratamiento psicológico eficaz para diversos problemas como depresión, ansiedad, adicciones, problemas de pareja y trastornos alimentarios. Diversas investigaciones demuestran que la TCC mejora significativamente la calidad de vida y es igual o más efectiva que otras terapias o medicamentos. Su eficacia se basa en evidencia científica y práctica clínica, lo que la distingue de otros enfoques psicológicos. Los principios clave de la TCC incluyen la idea de que los problemas psicológicos tienen un origen por pensamientos o comportamientos disfuncionales, por lo que se basa en enseñar a las personas a afrontar mejor dichos pensamientos y/o comportamientos. Las estrategias de tratamiento incluyen cambiar patrones de pensamiento y comportamiento, como reconocer distorsiones cognitivas, enfrentar miedos, resolver problemas y mejorar la confianza en uno mismo (APA, 2017).

Los tratamientos para la ansiedad varían de acuerdo con el tipo de trastorno ansioso que se maneja, pero en general existen tres cosas básicas para tratarla. Los ejercicios de respiración son el primer paso para conseguir relajar al sistema y reducir la sintomatología ansiosa, se busca conocer el procesamiento cognitivo de la persona y hacer una reestructuración en aquellas cogniciones que generan malestar, así como se puede agregar terapia de solución de problemas y terapias de exposición para una desensibilización a objetos o situaciones que generan la respuesta ansiosa (Clarck y Beck, 2012; Nezu et. al, 2006)

La TCC es la alternativa predilecta para los trastornos de ansiedad y se ha demostrado que es bastante efectiva en el tratamiento de diversos trastornos comparada con un placebo. De manera similar, ciertos medicamentos como la sertralina y la venlafaxina también son beneficiosos. Cuando se analizan los cambios en los síntomas antes y después del tratamiento, los medicamentos tienden a mostrar una mayor efectividad en comparación con la TCC. Sin embargo, combinar medicación con psicoterapia no suele ser más efectivo que utilizar solo una de las dos opciones. En un análisis de estudios con seguimiento a largo plazo, se observó una mejora adicional en los síntomas después de la TCC, mientras que en el caso de los medicamentos no se observó un empeoramiento significativo durante el seguimiento, aunque la diferencia entre ambos tratamientos no fue

estadísticamente relevante (Ströhle et. al, 2018). El psicólogo clínico no está facultado en conocimiento ni por motivos legales, para ordenar algún tipo de tratamiento farmacológico, por lo que el profesional debe evitar recetar o recomendar algún medicamento. El psicólogo clínico debe considerar el tratamiento conjunto y canalizar con psiquiatra en caso de ser necesario.

Es importante aclarar que el tratamiento, aunque tenga base TCC e incluso farmacológico, varía de acuerdo con el tipo de trastorno y la severidad de los síntomas. Por ello, es importante que un especialista haga la evaluación adecuada tanto de la intensidad sintomatológica y revise los criterios para determinar si se trata de algún trastorno y definir cual, elegir el tratamiento más adecuado y separar de alguna afección médica que comparta síntomas parecidos a la ansiedad.

Si se desea conocer más a profundidad sobre los tratamientos avalados por la APA, se recomienda al profesional de la salud mental, que visite la página de la APA y revise la división 12. Dicha división tiene el nombre de “Sociedad de Psicología clínica” y contiene una lista de distintos tratamientos con evidencia de su eficacia con criterios establecidos en la siguiente liga <https://div12.org/psychological-treatments/>

CONCLUSIÓN

El objetivo del presente trabajo radica en la importancia que tiene el conocer un fenómeno con una creciente prevalencia en la sociedad, por lo que esta información se presenta para cualquier persona con poca experiencia en el área y desea informarse más, así como para psicólogos principiantes que se inician en el tema. Pues la ansiedad no solo se populariza como una moda sino como una consecuencia al trabajo de difusión que los psicólogos han realizado a lo largo del tiempo.

El reto que tiene el profesional de hoy en día tiene varias líneas de acción. La primera es tener los conocimientos base sobre la ansiedad misma, por lo que requiere de comprender el fenómeno, lo que incluye la teoría y su desarrollo, pues como se ha expuesto en el artículo, la ansiedad puede tener distintas formas de

explicarse dependiendo de la teoría que el profesional aborde, nosotros sugerimos tratar de buscar que se integren y complementen.

Además, el profesional de salud mental debe conocer los síntomas que caracterizan a la ansiedad así como saber diferenciarlos de entre afecciones médicas. Puesto que los síntomas de la ansiedad no descartan síntomas de origen fisiológico, un ejemplo de ello puede ser la sensación de opresión en el pecho que comparte similitudes con la angina de pecho o pericarditis, asimismo como la acidez estomacal, mal función del páncreas o una lesión en las costillas también puede generar sintomatología similar (Mayo clínic, 2023).

Otro reto que tiene el profesional es el de realizar un diagnóstico diferencial, para identificar síntomas y explicar su etiología con el objetivo de realizar un correcto diagnóstico. Por ello, debe conocer toda la posible sintomatología, por lo que en este trabajo se incluyó la tabla de Clark y Beck (2012). Es importante que el profesional considere primero las causas biológicas, y una vez descartadas o abordadas, pensar en el componente psicógeno.

Se debe mantener una difusión correcta y efectiva con el público general, sobre lo que sí es la ansiedad y lo que no lo es e Incluso explicar el origen de este y recomendar el mejor manejo del mismo. El siguiente reto radica en conocer el tratamiento adecuado para cada trastorno de ansiedad y llevarlo a cabo para conseguir la mejoría en el paciente. Lo que enmarca saber de dónde se obtendrá la información adecuada, fidedigna y probada para llevar a cabo un protocolo de intervención. Como se mencionó la APA tiene una división que tiene acceso libre a los tratamientos probados y más adecuados para diferentes problemas psicológicos.

Lo anterior lleva a un reto aún más importante, buscar generar conciencia y criterio que ayude a discernir al profesional en formación de información falsa, inadecuada o que no haya sido probada empíricamente, evitando que existan riesgos a la salud psicológica de las personas a quienes se trata, lo que incluye tener fuentes de información confiable, desde la teoría, la medición y el tratamiento, así como pruebas empíricas, que se obtienen a partir de ensayos clínicos que contengan una alta validez interna en sus estudios. Para conocer más al respecto de la

metodología experimental y su importancia como prueba de eficacia de tratamiento se recomienda revisar el libro *Research Methods. The essential knowledge* de los autores Trochim et. al (2014). Y sugerimos buscar guías prácticas que sustenten sus acciones. Un ejemplo de esto es el libro de Nezu et. al (2006) el cual contiene los objetivos que se deben trabajar al formular un diseño de caso para distintos trastornos. De igual modo se recomienda la revisión y uso de manuales de técnicas de intervención como lo puede ser el manual de intervenciones cognitivo-conductuales de Caballo (2007) cual tiene toda una guía teórica y práctica de la intervención del profesional en distintos problemas. De igual modo la revisión y estudio del *manual de Técnicas de modificación de conducta* de Ruiz et. al (2012) que contiene la explicación teórica y metodología de las diferentes técnicas que la Terapia cognitivo conductual emplea. Estas son solo algunas recomendaciones para que el psicólogo novato en el tema comience su formación y tenga una guía de por donde podría comenzar.

El presente artículo busca poner a disposición del profesional la información inicial para tener un contexto adecuado y aunque teniendo las limitaciones de la extensión del texto, y solo tocar generalidades, es un material lo más completo posible sobre la ansiedad, con postulados teóricos y los síntomas que la representan, además de una breve explicación de tratamiento, así como las competencias que el profesional debe tener al manejar esta problemática u otras en pacientes. Aunque si se quiere conocer a mayor profundidad las competencias del psicólogo clínico se recomienda la revisión de Rodolfa (2005) quien desarrolló un cubo de competencias del psicólogo clínico que se dividen en dos grandes categorías: competencias fundamentales y competencias funcionales. Posteriormente, Fouad et al. (2009) describen que las competencias fundamentales incluyen profesionalismo, práctica reflexiva, conocimiento científico y métodos, relaciones, diversidad cultural e individual, estándares éticos y legales, políticas y sistemas interdisciplinarios. Por su parte, las competencias funcionales incluyen evaluación, intervención, consulta, investigación y evaluación, supervisión, enseñanza, administración.

Referencias Bibliográficas

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.). Editorial Médica Panamericana.

AERA, APA, & NCME. (2014). *Standards for Educational and Psychological testing*. American Educational Research Association.

American Psychological Association (2014). *What is Cognitive Behavioral Therapy?*. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/cognitive-behavioral>

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>

Belloch, A., Sandin, B., & Ramos, F. (2009). *Manual de Psicopatología. Volumen II*. McGraw Hill.

Bertoglia, L. (2005). La ansiedad y su relación con el aprendizaje. *Psicoperspectivas*, 4 (1), 13-18. http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/18_18

Blázquez, F. P., Pérez, K. S. M., Calderón, M. A. B., & Medina, M. P. M. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México. *Ansiedad y estrés*, 26(2-3), 181-187. <https://www.elsevier.es/es-revista-ansiedad-estres-242-articulo-propiedades-psicometricas-del-inventario-ansiedad-S113479372030035X>

Caballo, V. E. (2005). *Manual de técnicas de terapia y modificación de la conducta*. Siglo Veintiuno España Editores S.A.

Cedillo Ildefonso, B. (2017). *Generalidades de la neurobiología de la ansiedad*. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 20(1), 239-251.

Clarck, D., & Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad*. Desclée de Brouwer.

Crocq, M. A. (2015). A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17 (3), 319-325. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/macrocq>

Davidoff, L. (1989). *Introducción a la psicología*. McGraw Hill.

Díaz, I., & De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: revisión y delimitación conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16(1), 42-50. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7009167>

Dorsch, F. (2002). *Diccionario de Psicología*. Herder

Eisendrath, S. J., & Prakken, S. D. (2022). La mente y las enfermedades somáticas: Factores psicológicos que influyen en las enfermedades físicas. En H. H. Goldman (Ed.), *Psiquiatría general* (5^a ed., pp. 17-25). Manual Moderno.

European Association of Clinical Psychology and Psychological Treatment [EACLIPT]. (2019). Competences of Clinical Psychologists. *Clinical Psychology in Europe*, 1(2), 1–9. <https://doi.org/10.32872/cpe.v1i2.35551>

Eysenck, H. J. (1968). A theory of the incubation of anxiety-fear responses. *Behaviour Research and Therapy*, 6, 309-321. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(68\)90064-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(68)90064-8)

Fouad, N. A., Grus, C. L., Hatcher, R. L., Kaslow, N. J., Hutchings, P. S., Madson, M. B., ... & Crossman, R. E. (2009). Competency benchmarks: A model for understanding and measuring competence in professional psychology across training levels. *Training and Education in Professional Psychology*, 3(4S), S5. https://www.researchgate.net/profile/Michael-Madson/publication/232606437_Competency_Benchmarks_A_Model_for_Understanding_and_Measuring_Competence_in_Professional_Psychology_Across_Training_Levels/links/0fcfd50e96023819fa000000/Competency-Benchmarks-A-Model-for-Understanding-and-Measuring-Competence-in-Professional-Psychology-Across-Training-Levels.pdf?sq%5B0%5D=started_experiment_milestone&origin=journalDetail&rtd=e30%3D

García-Fernández, J. M., Inglés, C. J., Martínez-Monteagudo, M. C., Marzo, J. C., & Estévez, E. (2011). inventario de Ansiedad Escolar: validación en una muestra de estudiantes de Educación Secundaria. *Psicothema*, 23(2), 301-307. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72717169021.pdf>

Ghasemi, M., Navidhamidi, M., Rezaei, F., Azizikia, A., & Mehranfard, N. (2022). Anxiety and hippocampal neuronal activity: Relationship and potential mechanisms. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 22(3), 431-449. <https://doi.org/10.3758/s13415-021-00973-y>

Girardi, P., Pardo, R., Rivas, V., Trueba, A., Mur, D. A., Andrés, J., & Vargas, P. (2018). Autoeficacia: una revisión aplicada a diversas áreas de la psicología. *Scielo*, 16, 299–325. http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v16n2/v16n2_a04.pdf

Greist, J. H., y Jefferson, J. W. (2001). Trastornos por ansiedad. En H. H. Goldman (Ed.), *Psiquiatría general* (5^a ed., pp. 347-367). Manual Moderno.

González-Martínez, M. T. (1993). Aproximación al concepto de ansiedad en psicología: Su carácter complejo y multidimensional. *Aula: Revista de Pedagogía de La Universidad de Salamanca*, 5, 9-22.

Gregory, R. (2012). *Pruebas psicológicas historia. Principios y aplicaciones*. Pearson.

Gross, R. (2012). *Psicología. La ciencia de la mente y la conducta*. Manual moderno.

Hanns, L. (2001). *Diccionario de términos alemanes de Freud*. Lumen

Hernández-Guzmán, L., Bermúdez, O. G., Gil, B. F. M. E., Salazar, R. M., Uribe, Z. Z. y Zermeño, L. M. (2003). *Inventario de trastornos de ansiedad. Proyecto de investigación DGAPA IN-304102*, Prevención y tratamiento de la disfunción psicológica infantil. México: Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Psicología.

Hernández-Guzman, L., Bermúdez-Ornelas, G., Spence, S., González, M., Martínez-Guerrero, J., Aguilar, J., & Gallegos, J. (2010). Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42 (1), p. 13-24. https://terapia-cognitiva.mx/pdf_files/3Semestre/teoria-cognitiva-del-juego/recursos/Escala_Spence.pdf

Hu, R. J., y Reus, V. I. (2001). Neuroquímica en psiquiatría. En H. H. Goldman (Ed.), *Psiquiatría general* (5^a ed., pp. 95-114). Manual Moderno.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022, 14 de diciembre). *Presenta INEGI resultados de la primera encuesta nacional de bienestar autorreportado (ENBIARE) 2021* [comunicado de prensa]. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSocio_demo/ENBIARE_2021.pdf

Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. En J. U. H. Shilen (Ed.), *Research in psychotherapy* (pp. 90-102). Washington: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10546-004>

Lang, P. J., Bradley, M. M., y Cuthbert, B. N. (1998). Emotion, motivation, and anxiety: Brain mechanisms and psychophysiology. *Biological Psychiatry*, 44(12), 1248-1263. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(98\)00275-3](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(98)00275-3)

Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidos.

Marín Agudelo, H. A., Franco Vélez, A. F., & Jiménez Correa, U. (2020). Insomnio: aspectos teóricos y su aplicación clínica. En O. Romero Serrano & U. Jiménez Correa (Eds.), *Manual de trastornos del sueño* (pp. 51-75). Universidad Nacional Autónoma de México.

Martínez-Monteagudo, M.C., Inglés, C.J., Cano-Videl,A., & García-Fernandez, J.M. (2012). Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang. *Ansiedad y estrés*, 18(2), 201-219.

https://www.researchgate.net/publication/232706973_Estado_actual_de_la_investigacion_sobre_la_teoria_tridimensional_de_la_ansiedad_de_Lang_Current_status_of_research_on_Lang's_three-dimensional_theory_of_anxiety

Mayo Clínic. (12 de mayo de 2023). *Dolor de pecho*.

<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/chest-pain/symptoms-causes/syc-20370838#:~:text=Muchos%20problemas%20diferentes%20pueden%20ocasionar%20dolor%20en%20el>

Mowrer, O. H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, 46(6), 553–565.

<https://doi.org/10.1037/h0054288>

Mowrer, O. H. (1960). Learning theory and behavior. *John Wiley & Sons Inc.*

<https://doi.org/10.1037/10802-000>

Nezu, A., Maguth, C., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. Manual Moderno.

Organización Mundial de la Salud. (8 de junio de 2022). *Trastornos mentales*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organización Panamericana de la Salud. (2 de marzo de 2022). *La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo*. <https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo>

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*.

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018* [Archivo PDF]. Washington, DC.

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9

Orozco, W.N., & Baldares, M.J. (2012). Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, 69 (604), 497-507. <https://www.mediographic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2012/rmc125k.pdf>

Pichot, P. (2003). Los conceptos de trastorno del estado de ánimo y de ansiedad: evolución histórica. *Átopos*, 2, 4-13. http://www.atopos.es/pdf_02/historia-pensamiento-teoria-psiquiatrica.pdf

Pizarro, F. (2012). Intervenciones freudianas sobre el problema de la nerviosidad: la neurosis de angustia como crítica al paradigma neurasténico de la modernidad de George M. Beard. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 15 (2), 278-292 <https://www.redalyc.org/pdf/2330/233022805005.pdf>

Richards, J. C., & Bertram, S. (2000). Anxiety sensitivity, state and trait anxiety, and perception of change in sympathetic nervous system arousal. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(4), 413-427. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(00\)00031-1](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(00)00031-1)

Rodolfa, E., Bent, R., Eisman, E., Nelson, P., Rehm, L., & Ritchie, P. (2005). A cube model for competency development: Implications for psychology educators and regulators. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 347. https://web.archive.org/web/20170808183327id_/http://www.chem.unt.edu/~frankcollins/Rodolfa%20et%20al%202005.pdf

Ruiz, A., Díaz M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée De Brouwer,

Sandín, B., & Chorot, P. (2009). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín, & F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología* (Vol. II, pp. 43-64). McGraw Hill.

Sanz, J., García-Vera, M. P., & Fortún, M. (2012). El "Inventario de ansiedad de Beck"(BAI): Propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20(3). https://www.researchgate.net/profile/Jesus-Sanz-8/publication/286536823_THE_BECK_ANXIETY_INVENTORY_BAI_psychometric_properties_of_the_Spanish_version_in_patients_with_psychological_disorders/links/596bae01458515e9afb1cb24/THE-BECK-ANXIETY-INVVENTORY-BAI-psychometric-properties-of-the-Spanish-version-in-patients-with-psychological-disorders.pdf

Saray, G. & Hernández, S. (2007). *Validación del inventario de ansiedad Estado-Rasgo (IDARE) de Spielberger en adolescentes estudiantes de secundaria mexicanos de Xochimilco*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional

autónoma de México]. Repositorio Institucional, UNAM. <http://132.248.9.195/pd2007/0617640/0617640.pdf>

Sarudiansky, M. (2012). *Neurosis y ansiedad: antecedentes conceptuales de una categoría actual. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-072/63>

Secretaría de Salud. (2015, 31 de octubre). ¿Qué es la ansiedad? *Gobierno de México* <https://www.gob.mx/salud/articulos/que-es-la-ansiedad>

Seligman, M.E. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior therapy*, 2(3), 307-320. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(71\)80064-3](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(71)80064-3)

Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10 - 59. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>

Spence, S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 280-297 <https://www.scaswebsite.com/wp-content/uploads/2021/07/spence-1997.pdf>

Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 545-566. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00034-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00034-5)

Ströhle, A., Gensichen, J., & Domschke, K. (2018). The diagnosis and treatment of anxiety disorders. *Deutsches Ärzteblatt International*, 115(37), 611. <https://doi.org/10.3238%2Farztebl.2018.0611>

Watson, J. B., & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3(1), 1–14. <https://doi.org/10.1037/h0069608>

Virgen, R., Lara, A., Morales, G., & Villaseñor, S. (2005). Los trastornos de ansiedad. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 3-11 <http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art109/art109.htm>

Westfall, T. C., Macarthur, H., y Westfall, D. P. (2018). Agonistas y antagonistas adrenérgicos. En L. L. Brunton, R. Hilal-Dandan, & B. C. Knollmann (Eds.), *Goodman & Gilman's The pharmacological basis of therapeutics* (13th ed., pp. 191-223). McGraw-Hill Education.

World Health Organization. (2022). *Anxiety disorders*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>

World Health Organization. (2022). *COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide.*

<https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>

Wolpe. (1968). Psychotherapy by reciprocal inhibition. *Conditional Reflex*, 3(4), 234–240. <https://doi.org/10.1007/bf030000>