

## Tema 10

### Ansiedad y trastornos de la afectividad

1. Ansiedad
    - . Concepto
    - . Concepción tridimensional
    - . Ansiedad patológica
    - . Clasificación de los trastornos de ansiedad
    - . Epidemiología
    - . Tratamiento
  2. Introducción a los Trastornos de la afectividad
    1. Conceptos generales
    2. Dicotomías descriptivas
    3. Clasificación de los trastornos de la afectividad
      - . Trastornos depresivos:
        - Clasificación
        - Síntomas
      - . Trastornos bipolares:
        - Clasificación
        - Síntomas
  3. Bibliografía
- 

#### 1) ANSIEDAD

##### 1. Concepto de ansiedad

La ansiedad es un componente básico de la condición humana. Es un fenómeno experimentado universalmente que surge como reacción emocional ante diversas situaciones ambientales. Como mecanismo de vigilancia del organismo sirve para alertar de posibles peligros por tanto desempeña un papel protector. Sin embargo, existen casos en que la respuesta de ansiedad no ejerce una función adaptativa o defensiva sino que puede llegar incluso a ser objeto de sufrimiento en aquellos casos en que se dispara de forma descontrolada. En este sentido se puede decir que la ansiedad es una experiencia humana fundamental y universal mientras que los trastornos de ansiedad no lo son.

La ansiedad, como toda emoción, es un fenómeno psicológico que se expresa también en forma de síntomas físicos: taquicardia, sudoración, dificultades respiratorias, rubor facial, etc., y que el sujeto puede vivenciar de forma amenazante. Estas respuestas son, en realidad, reacciones inespecíficas de un organismo que ve amenazado su equilibrio interno ante determinados estímulos, situacionales o cognitivos, y suponen un intento de adaptación a las nuevas circunstancias.

Ante una situación percibida como amenazante, el sistema neurovegetativo y endocrino preparan al organismo para una respuesta de emergencia. De esta manera el organismo se prepara para una reacción de lucha o huida a través de una doble vía: una respuesta nerviosa de breve duración y una respuesta endocrina-hormonal mucho más prolongada. En ocasiones estos mecanismos se convierten en patológicos cuando se presentan ante estímulos insignificantes, o cuando aparecen con una intensidad exagerada o persisten más tiempo del necesario.

Los efectos adaptativos de estos cambios fisiológicos aparecen descritos en la siguiente tabla:

Cambios fisiológicos	Beneficios
. Dilatación de la pupila	. Aumenta la discriminación visual para facilitar la respuesta de defensa o de ataque
. Aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión sanguínea	. Se bombea más sangre al cerebro, pulmones, brazos y piernas, aportando más combustible y oxígeno
. Aumento de la respiración	. La respiración se hace más profunda y rápida para suministrar más oxígeno a los músculos
. Tensión muscular	. Los músculos se tensan y se preparan para la acción
. Aumento de la transpiración	. Refrigera el exceso de calor muscular
. Secreción de glúcidos y lípidos al torrente sanguíneo	. Aporta combustible para disponer rápidamente de energía
. Liberación de factores de coagulación sanguínea	. Se coagulan más rápidamente las heridas, lo que previene las hemorragias
. Lentitud en la digestión	. Se suministra mayor cantidad de sangre al cerebro y a los músculos

Respuesta adaptativa de ansiedad (Michal, 1992).

## 2. Concepción tridimensional de la ansiedad

Con el paso del tiempo, la concepción de la ansiedad ha dado paso a una perspectiva de mayor amplitud que hace referencia a un sistema de respuesta triple con manifestaciones a nivel fisiológico, cognitivo y motor.

*Respuesta fisiológica:* En el plano fisiológico se producen una serie de manifestaciones como consecuencia de la excesiva actividad del sistema nervioso vegetativo, que da lugar a la activación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal.

*Respuesta cognitiva:* El sujeto se siente amenazado, anticipa la ansiedad, es incapaz de relajarse y tiene dificultades de concentración. Con frecuencia, dentro de los manifestaciones cognitivas de la ansiedad se producen alteraciones en los procesos psicológicos básicos (atención, memoria y percepción). La persona tiene una sensación de peligro inminente y de forma casi generalizada surgen sentimientos de inferioridad. Todos estos hechos tienen su origen en la interpretación que el individuo hace de los acontecimientos externos y de la apreciación de su capacitación personal para lograr un afrontamiento exitoso.

*Respuesta motora:* Las respuestas motoras son variadas (tabla) resultando generalmente intrascendentes, pero en ocasiones dan lugar a hábitos molestos que constituir un problema específico. Es común que se produzca una reducción de la destreza motora y que la persona encuentre dificultades para el aprendizaje y para la ejecución de tareas. Los tiempos de reacción aumentan y disminuye la agudeza perceptiva.

Todo este complejo sintomático puede manifestarse de manera aguda (crisis de angustia) o permanente (ansiedad generalizada).

ESFERA SOMÁTICA	ESFERA MOTORA	ESFERA COGNITIVA
. Taquicardia . Sudoración . Temblores . Sequedad de boca . Disnea . Palpitaciones . Opresión torácica . Náuseas o vómito . Cefaleas . Estreñimiento o diarrea . Poliuria . Dificultad para dormir . Alteraciones sexuales . Disfunciones alimentarias	. Movimientos repetitivos de alguna parte del cuerpo como rascarse, tocarse la cara o el pelo, dar golpecitos rítmicos con los dedos. . Temblores en las extremidades . Tos nerviosa o carraspera . Incremento o disminución de la locomoción . Morderse las uñas, técnicamente denominado onicofagia . Tartamudez . Aumento de la frecuencia de conductas como fumar, comer o beber . Tricotilomanía, arrancarse el pelo de cejas o de la barba, etc. . Tics nerviosos	. Inquietud . Irritabilidad . Tensión . Inseguridad . Dificultades de comunicación

### 3. Ansiedad patológica

La ansiedad es una reacción emocional adaptativa que en ocasiones puede llegar a convertirse en patológica. Existe, por tanto, un tipo de ansiedad cualitativa y/o cuantitativamente patológica frente a una ansiedad normal. Es difícil establecer un límite a partir del cual el síntoma pueda considerarse como patológico. Generalmente, la ansiedad suele considerarse patológica cuando interfiere en el funcionamiento cotidiano, la consecución de logros y un razonable bienestar emocional.

En general, se habla de ansiedad patológica en los siguientes supuestos:

- a) Cuando no existe un motivo identificable para la misma.
- b) Cuando, existiendo este motivo, la ansiedad persiste una vez desaparecido.
- c) Cuando, existiendo motivo, la reacción es excesiva y poco realista.

Entendida como síntoma, la ansiedad puede constituir por sí misma un síndrome o puede encontrarse en una amplia variedad de trastornos mentales como fenómeno secundario. Se establece así la diferenciación entre ansiedad primaria, que incluíra cuadros puros, y ansiedad secundaria, en la que se ubican síndromes ansiosos que se dan junto a una enfermedad orgánica o un trastorno mental no ansioso (esquizofrenia, depresión, etc.) o aparecen en drogodependencias y consumo de fármacos capaces de generar ansiedad.

Si bien es difícil delimitar con precisión la ansiedad normal de la ansiedad patológica, hay cuatro aspectos diferenciadores que pueden ayudar a distinguir una de otra y que se relacionan tanto con las causas como con los efectos de la ansiedad (Biondi, 1989; véase tabla):

Límites entre la ansiedad normal Y la ansiedad patológica (Biondi, 1989, modificado).

	<b>ANSIEDAD NORMAL</b>	<b>ANSIEDAD PATOLÓGICA</b>
<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES</b>	Episodios poco frecuentes Intensidad leve media. Duración limitada	Episodios repetidos. Intensidad alta. Duración prolongada.
<b>SITUACIÓN O ESTÍMULO CAUSANTE</b>	Reacción esperable y común a la de otras personas	Reacción desproporcionada
<b>GRADO DE SUFRIMIENTO</b>	Limitado y transitorio	Alto y duradero
<b>GRADO DE INTERFERENCIA EN LA VIDA COTIDIANA</b>	Ausente o ligero	Profundo

### 4. Clasificación de los trastornos de ansiedad según el DSM IV

- 1) Crisis de angustia (Panic attack): se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis aparecen además síntomas como falta de alimento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a volverse loco o perder el control.
- 2) Agorafobia: se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde puede resultar difícil escapar o donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia.
- 3) Trastorno de angustia sin agorafobia: se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente
- 4) Trastorno de angustia con agorafobia: se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.

- 5) Fobia específica: presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
- 6) Fobia social: presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
- 7) Trastorno obsesivo compulsivo: se caracteriza por la presencia de obsesiones que causan ansiedad y malestar significativos y/o compulsiones cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad.

Obsesión: idea, afecto, imagen o deseo que aparece de forma reiterada y persistente y que el sujeto no puede alejar voluntariamente de su conciencia. Tienen carácter compulsivo y adquieren una condición penosa y angustiante.

Compulsión: impulso irresistible y displacentero a ejecutar un acto contrario al juicio o voluntad del que lo realiza, como forma de paliar la angustia.

- 8) Trastorno por estrés traumático: se caracteriza por la re experimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (arousal) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.
- 9) Trastorno por estrés agudo: se manifiesta con síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.
- 10) Trastorno de ansiedad generalizada: presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.
- 11) Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica: síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos de una enfermedad subyacente.
- 12) Trastorno de ansiedad inducido por sustancias: síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.
- 13) Trastorno de ansiedad no especificado: se recogen todos los trastornos que se caracterizan por ansiedad y que no reúnen los criterios diagnósticos para ninguno de los grupos anteriores.

## 5. Epidemiología de los trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad, junto con las adicciones, son los cuadros clínicos más frecuentes en la población general. El porcentaje de personas afectadas por problemas de ansiedad a lo largo de su vida según el Epidemiological Catchment Area (ECA) puede llegar al 13-15 por ciento de la población.

Según las investigaciones transculturales se encuentran ampliamente distribuidos en todo tipo de países y culturas y no pueden ser considerados como privativos de los países occidentales.

## 6. Tratamiento

El objetivo terapéutico con los pacientes aquejados de trastornos de ansiedad no puede ser en ningún caso la desaparición de la ansiedad sino el control de la misma por medio del uso y aplicación de una serie de técnicas y habilidades adecuadas a tal fin. Este constituye el reto de la investigación actual: llegar a controlar los aspectos perjudiciales de las respuestas de miedo conservando sin embargo los beneficios protectores.

En el tratamiento de los trastornos de ansiedad se habla de estrategias de afrontamiento. Este concepto de estrategias de afrontamiento-coping strategies, hace referencia a las actividades que

un sujeto pone en marcha con el fin de controlar una situación problemática. Cuando los estímulos que llegan a nuestro organismo son interpretados por éste como amenazantes, el sujeto hace frente a la experiencia enfrentándose o escapándose de la amenaza.

En el primer caso, se ponen en marcha determinadas acciones encaminadas a operar con éxito sobre el entorno.

El segundo implica una limitación de la acción o la huida. Los modelos de respuesta individuales ante situaciones ansiógenas están determinados por factores motivacionales, de personalidad y básicamente por la valoración cognitiva del sujeto respecto de la amenaza.

Algunas de estas estrategias conductuales, independientemente del nivel de acción que pongan en marcha, son saludables para el sujeto. Otras en cambio se revelan malsanas para el organismo. En algunos casos el sujeto afronta la situación ansiógena a través de estrategias encaminadas a modificar el ambiente externo, mientras que en otros el individuo reestructura sus cogniciones y su actitud psicológica con el fin de paliar el exceso de demanda del entorno.

En cualquier caso, mejorar la eficacia de las estrategias de afrontamiento requiere necesariamente una correcta evaluación del problema y una adecuada planificación de los recursos que posee el sujeto para hacer frente a la situación.

### **Tratamiento Psicológico de la ansiedad crónica**

Desde una perspectiva terapéutica, el progreso experimentado en el tratamiento de la ansiedad se ha centrado fundamentalmente en las técnicas de relajación y respiración combinadas con otros procedimientos terapéuticos conductuales y cognitivos.

#### Respiración controlada y relajación

La respiración es un fenómeno automático que permite que el oxígeno llegue a las células del organismo. Este proceso esencial para la vida, consiste en la captación del oxígeno del aire y en la eliminación del dióxido de carbono.

Un adulto respira normalmente entre 12 y 16 veces por minuto cuando está descansado. Cuando una persona se encuentra bajo el efecto de la ansiedad, puede experimentar una respiración forzada, jadeante y acelerada. Este fenómeno se llama hiperventilación involuntaria. El malestar causado por la hiperventilación es el resultado de expulsar excesivo dióxido de carbono. Los síntomas que se experimentan en esta situación son por lo general mareos, alteraciones visuales, náuseas, calambres, dolores de cabeza, acortamiento de la respiración, palpitaciones, rubores, sudor frío y sensación de hormigueo en manos y pies.

Entrenamiento en respiraciones lentas y profundas.

Cuando uno percibe los primeros signos de hiperventilación involuntaria, deben darse los siguientes pasos:

1. Interrumpir lo que uno está haciendo y sentarse o, al menos, concentrarse en los siguientes pasos. (Si se está en compañía de alguien, puede uno excusar su ausencia durante unos minutos y acudir a un lugar aislado, como, por ejemplo, el cuarto de baño.)
2. Retener la respiración, sin hacer inhalaciones profundas, y contar hasta 10.
3. Al llegar a 10, espirar y decirse a sí mismo de una forma suave la palabra "tranquilo".
4. Inspirar y espirar en ciclos de seis segundos (tres para la inspiración y tres para la espiración), diciéndose a sí mismo la palabra tranquilo, cada vez que espira. Habrá, por tanto, 10 ciclos de respiración por minuto.
5. Al final de cada minuto (después de 10 ciclos de respiración), retener de nuevo la respiración de nuevo durante 10 segundos. A continuación, -reanudar los ciclos de respiración de seis segundos.
6. Continuar respirando de este modo hasta que hayan desaparecido todos los síntomas de la hiperventilación involuntario.

La relajación es un medio muy adecuado para reducir la tensión crónica y para controlar las respuestas de activación del organismo. No hay que olvidar que la tensión muscular causa sensaciones corporales molestas, como el dolor de cabeza y el dolor de espalda, y que estas sensaciones producen fatiga y llevan a aumentar el grado de preocupación del sujeto.

Araceli del Pozo Armentia

---

Si bien son diversos los programas de relajación existentes, un objetivo común a muchos de ellos es enseñar al sujeto a relajar los músculos a voluntad, de modo que pueda ser consciente de las sensaciones de tensión y de laxitud de los mismos. El método de la relajación progresivo de Jacobson -sin duda, el más utilizado de todos y probablemente el más adecuado-, se puede aprender en unas cuatro sesiones y puede verse descrito con detalle en Labrador (1993) y en Vera y Vila (1991). Consiste en tensar y relajar los principales grupos musculares del cuerpo (brazos, cara y cuello, tronco y piernas), al tiempo que el sujeto se concentra en las sensaciones relacionadas con la tensión y la relajación aprender a relajarse y a distinguir con precisión así como a identificar los mayores puntos de aplicación esquemática de este método se describe en la siguiente tabla:

#### Técnica de relajación progresiva

Manos	Cerrar, apretar y notar la tensión. Abrir, soltar poco a poco y distinguir las diferentes sensaciones entre tensión y relajación.
Brazos (bíceps)	Doblarlos, notar la tensión y soltarlos paulatinamente.
Brazos (tríceps)	Estirarlos hacia adelante, sentir la tensión, aflojarlos y relajarlos.
Frente	Subir las cejas arrugando la frente, notar la tensión, soltar y relajar.
Entrecejo	Fruncirlo y soltar despacio.
Ojos	Desplazarlos a la derecha, arriba a la izquierda, abajo; soltarlos y relajarlos.
Mandíbulas	Sonreír de manera forzada, soltar y relajar.
Labios	Apretarlos, soltar y relajarlos.
Cuello	Girar a la derecha, a la izquierda, adelante, atrás; soltar y relajar.
Hombros	Subirlos hacia las orejas, llevarlos atrás, soltar y relajarlos.
Tórax	Respirar lentamente.
Estómago	Contraer hacia dentro y hacia fuera, soltar y relajar. Respirar lentamente.
Nalgas	Contraerlas apretando hacia el asiento, soltar y relajar.
Piernas (1)	Subirlas con las puntas de los pies hacia la cara; soltar y relajarlas.
Piernas (2)	Subirlas con las puntas de los pies estiradas; soltar y relajarlas.

Respirar lentamente. Soltar todo el cuerpo. Notar las sensaciones agradables de la relajación. Descansar.

El tiempo de la primera sesión es de unos 45 minutos. Este tiempo se irá reduciendo en las siguientes sesiones según el ritmo con que vaya aprendiendo el paciente. Lo habitual es que el sujeto acabe por relajarse en unos pocos minutos en la cuarta o sexta sesión.

#### Relajación progresiva de Jacobson

Tiene como objetivo enseñar al sujeto a identificar en primer lugar las señales fisiológicas de tensión muscular con el fin de entrenarle posteriormente en las habilidades específicas para relajarlas. El sujeto podrá modificar así la tensión general de su organismo o aquella localizada en una parte concreta de su cuerpo. La mayoría de las personas no logran la relajación por medio de una orden simple, ya que debido a un proceso económico gran número de grupos musculares que se encuentran bajo el control voluntario funcionan de forma automática.

Este método se compone de una serie de elementos cognitivos (autoinstrucciones y focalización de la atención) y otros elementos motores (ejercicios de tensión-distensión), que permiten obtener información acerca del mayor o menor grado de tensión que experimenta el sujeto, así como poner bajo control voluntario los grupos musculares mencionados. Una vez que la persona logra detectar la tensión muscular, pueden suprimirse dichos ejercicios. Es importante indicar que existen variaciones individuales en la sensación de relajación y que no hay que hacer ningún esfuerzo por sentir algo determinado, sino abandonarse sin temor, dejando que surjan las sensaciones particulares que, por extraños que parezcan, son señales positivas que reflejan que se está produciendo la relajación. Como todo aprendizaje de una habilidad, los resultados estarán en función de la cantidad y la calidad del tiempo que se dedique a la práctica.

Las condiciones externas pueden favorecer la relajación (limitación de ruidos, iluminación tenue, temperatura agradable, estar tumbado, etc.), pero no resultan imprescindibles, siendo necesario señalar que, dado que las condiciones reales en que los pacientes tienen que poner en práctica la técnica son muy diferentes, es aconsejable entrenar desde el inicio en una situación que, favoreciendo el aprendizaje, sea aproximada a la real o ampliar el entrenamiento, cambiando las condiciones iniciales, asemejándolas a ésta.

Elegir una hora en que no interfieran otras sensaciones fisiológicas (sueño, hambre, etc.), a no ser que el objetivo fuera la disminución de la tensión en los momentos previos a dichas situaciones.

Se trabaja con cuatro grupos musculares:

- Músculos de la mano, antebrazo y bíceps
- Músculos de la cabeza, cara, cuello y hombros
- Músculos torácicos, de la región del estómago y de la región lumbar.
- Músculos de los muslos, de las nalgas, de las pantorrillas y de los pies

Además de reducir la tensión acumulada, la relajación hace consciente al sujeto de la respuesta muscular a la tensión crónica. Una vez dominada esta técnica, puede practicarse en cualquier lugar: mientras se espera una cita, de pie guardando cola, asistiendo a un espectáculo, en la cama antes de dormir, etc. Combinado con la respiración este simple método reduce eficazmente la tensión y hace menos vulnerable a la persona al estrés. Cuando el sujeto ha aprendido la técnica deber practicarla al menos dos veces al día durante 15-20 minutos. Conviene no efectuar la relajación

inmediatamente después de las comidas para no interferir el proceso de la digestión. Además se debe anotar en un registro la realización de la técnica así como el grado de relajación experimentado.

Algunas personas pueden llegar a relajarse físicamente, pero no mentalmente, porque están pendientes de sus inquietudes y preocupaciones. Del mismo modo que la imaginación y los pensamientos negativos pueden inducir estrés, los pensamientos positivos y la visión mental de escenas agradables y serenas pueden suscitar sosiego y tranquilidad (Michal, 1992).

Relajación mental (Butler, 1991, modificado).

1. Escriba una lista de lugares o situaciones que le resulten relajantes. Por ejemplo: tomar un baño en la playa, escuchar una música grata, pasear por el campo, tomar algo en una terraza acompañado de un grupo de amigos, etc.
2. Al relajarse muscularmente después de hacer los ejercicios, imagine de la forma más realista posible que está en una de esas situaciones apacibles.
3. No se preocupe si no puede concentrarse durante mucho tiempo en una imagen. Si tiene varias, puede imaginarlas una detrás de otra. Se trata de apartar de la mente los pensamientos preocupantes durante periodos cada vez más largos.
4. Si no puede pensar en una imagen relajante, concéntrese en algo interesante o divertido.

Una relajación mental más profunda puede obtenerse por diversos métodos, como el entrenamiento autógeno (Schultz, 1969), la sofrología y la meditación (Benson, 1977).

Entrenamiento autógeno de Schultz

Se trata de una técnica sistemática de relajación cuyo objetivo es enseñar al individuo a restaurar el equilibrio en los procesos físicos, mentales y emocionales que hayan sido afectados por el estrés. El entrenamiento estándar consiste en que la persona pueda generar, mediante auto-instrucciones verbales y completándolo con imágenes mentales, una serie de sensaciones físicas a través de las cuales consigue alcanzar un estado parecido al trance hipnótico cuyos efectos son altamente recuperadores de los aparatos respiratorio, circulatorio, digestivo, del sistema endocrino y del ritmo del sueño; asimismo, produce una disminución de la ansiedad y un aumento de la resistencia al estrés.

Schultz distingue tres grupos de ejercicios en el entrenamiento autógeno:

- . Ejercicios estándar, dirigidos a contrarrestar la respuesta física ante una situación de alarma;
- . Ejercicios de meditación, los cuales van dirigidos a actuar sobre las funciones mentales (toma de decisiones, autoconciencia y reducción de problemas), potenciando así el efecto de los ejercicios estándar (debido a la relación que hay entre mente y cuerpo)
- . Ejercicios especiales, que están localizados en los problemas específicos que el individuo presente en determinados órganos (en el caso de un paciente aquejado de asma se dirá «respiro con tranquilidad y regularidad»).

Además, Schultz utiliza las fórmulas intencionales para que el sujeto pueda realizar cosas que desea, pero que le suponen un esfuerzo importante, utilizando instrucciones como «fumar me perjudica, voy a dejarlo».

Una vez alcanzada la relajación profunda, se calma nuestra respiración y nuestros pensamientos. El entrenamiento autógeno, basado en las autosugestiones, contribuye a inducir una relajación profunda, pero requiere un entrenamiento duradero, está sujeto a diferencias individuales -el distinto nivel de autosugestión y de imaginación de las personas- y no es fácil de aplicar en situaciones en que no hay un ambiente propicio de calma, como una reunión, un examen, etc.

Desde esta perspectiva, la relajación progresiva parece más adecuada que el entrenamiento autógeno.

Con la práctica regular de la relajación se puede conseguir un mayor grado de control emocional, una menor dificultad para conciliar el sueño, una reducción del dolor de cabeza, una disminución de los dolores menstruales y, en conjunto, una menor sobreexcitación en situaciones atemorizantes, como hacer un examen, citarse con una persona del sexo opuesto, afrontar una intervención quirúrgica, etc. (Bados, 1991).

No hay una superioridad clara de unas técnicas de relajación sobre otras, si bien las diferencias individuales pueden hacer preferibles unas u otras en cada caso concreto. En general -e independientemente del tipo de relajación utilizado- los resultados obtenidos a corto plazo con esta técnica han resultado satisfactorios, comparables a los obtenidos con fármacos ansiolíticos, pero sin los efectos secundarios de éstos. El éxito obtenido a largo plazo ha sido, sin embargo, más modesto. Muchos pacientes muestran una cierta falta de continuidad en la aplicación de esta técnica. De hecho, los abandonos del tratamiento son más altos que con otras modalidades terapéuticas.

Por ello, en la actualidad la relajación tiende a utilizarse como un componente más de programas terapéuticos amplios, como el entrenamiento en control de la ansiedad.

### Técnicas cognitivas:

Las personas que afrontan la vida con una actitud positiva, a pesar de los problemas, funcionan con un nivel de energía adecuado. Tales actitudes afianzan la confianza en uno mismo, que constituye un escudo protector contra la ansiedad crónica. De hecho si los pensamientos catastróficos pueden inducir miedo y ansiedad, los pensamientos positivos y la imaginación de escenas agradables y relajadas pueden suscitar sosiego y tranquilidad.

La terapia cognitiva descrita por Beck, Rush, Shaw y Emery (1983), tiene como objetivo, en primer lugar mostrar al sujeto las conexiones existentes entre las cogniciones, pensamientos, imágenes, etc., las conductas y las emociones, en segundo lugar, adiestrarle para autoobservar los pensamientos automáticos de tipo negativista y analizar su impacto, y en tercer lugar enseñarle a sustituir dichos pensamientos alterados por interpretaciones más positivas y orientadas de forma más realista. Por último, hay que modificar los supuestos racionales falsos y negativos. El resultado de este reaprendizaje cognitivo es la adquisición de emociones y de conductas más adaptadas.

La terapia cognitiva es de larga duración, al menos 20 sesiones y compleja de aplicación, requiere unas ciertas habilidades terapéuticas. Desde la perspectiva de la eficacia terapéutica algunas técnicas de intervención cognitiva más cortas y menos elaboradas, como son las auto-instrucciones y la distracción cognitiva, han obtenido igualmente resultados satisfactorios.

### Desensibilización sistemática

Elaborada por Wolpe, entre 1958 y 1973, consiste en una presentación gradual en la imaginación de los estímulos ansiógenos mientras la persona da una respuesta antagonista o incompatible con la ansiedad como es la relajación. Partiendo del entrenamiento previo del sujeto en relajación, es imprescindible que éste tenga capacidad de imaginación.

Se elabora con el sujeto una lista que conste de un número entre 10 y 20 situaciones descritas con detalle, relacionadas con el mismo tema o estímulo ansiógeno ordenadas posteriormente, atendiendo a la intensidad de la respuesta que provocan.

La técnica propiamente dicha consiste en describir al sujeto las distintas escenas que conforman la jerarquía para que las visualice mientras se encuentra en un estado profundo de relajación. El sujeto debe visualizar la escena durante 9 seg, aproximadamente, concentrándose posteriormente en la relajación, bien centrándose en las sensaciones corporales o bien haciendo uso de una escena agradable previamente asociada al estado de relajación, en caso de no haber manifestado ansiedad durante la exposición. Se presenta de nuevo la escena, incrementándose el tiempo de exposición a 20 seg y, si el sujeto no refiere sentir ansiedad, tras concentrarse en la relajación se pasará al ítem siguiente hasta ir completando la escala, trabajando un máximo de 3 o 4 ítems por sesión, sin que éstas superen la media hora de duración.

### Modelado encubierto de Cautela

Esta técnica plantea, de forma similar a la desensibilización sistemática, la presentación en la imaginación de la descripción detallada de la conducta de un modelo imitable mientras la persona se encuentra relajada. Las investigaciones de Kazdin demuestran la mayor eficacia cuando el modelo presentado se enfrenta a la situación, experimentando dificultades iniciales que va solventando (*Modelo coping*) frente a la presentación de un modelo que domina la situación desde el comienzo y actúa con tranquilidad (*modelo mastery*), ya que la similitud entre el modelo y el observador aumenta la probabilidad de imitación.

### Inundación

Esta técnica está basado en la teoría de los dos factores de Mowrer (1947), propone una exposición en vivo a estímulos generadores de ansiedad elevado, durante un tiempo prolongado, impidiendo que el sujeto dé la respuesta de evitación o escape (prevención de respuesta).

Para llevar a cabo la aplicación, el paciente debe estar informado de la técnica, de la justificación teórica de ésta, así como del proceso que se va a seguir. Es necesario considerar previamente si el sujeto padece problemas cardiacos o hipertensión arterial que con este procedimiento pudieran manifestarse.

Es fundamental que el tiempo de exposición sea lo suficientemente largo para que se produzca la habituación, es decir, la disminución espontánea de la ansiedad tras haber alcanzado el máximo nivel de activación (el organismo se agota, siéndole imposible mantener una respuesta de tal intensidad). El tiempo medio recomendado varía entre 1 y 2 horas. No obstante, lo importante es que el sujeto experimente una reducción subjetiva de la ansiedad y la sesión nunca debe finalizar antes que esto ocurra porque, de no ser así, la respuesta de ansiedad entonces se vería reforzado. Los sesiones deben ser frecuentes. Lo ideal sería una sesión diaria, ya que de un día para otro la persona recuerda el éxito obtenido, pero si se deja pasar mucho tiempo, recordaría con más fuerza el mal rato pasado.

Resulta imprescindible que el sujeto se comprometa a afrontar la situación sin dar conductas de escape o evitación que intensificarían su problema. Cuando las dificultades en este punto son máximas y el paciente se niega en firme a continuar, será necesario esforzarse para llegar a un acuerdo que, aliviando o dulcificando momentáneamente la situación, facilite el afrontamiento. Uno de los objetivos de la técnica es que la persona constata que las consecuencias negativas que anticipaba de mantenerse en la situación no llegan a producirse y que las conductas de evitación y escape incómodas e incapacitantes no son necesarias. La inundación requiere una motivación elevada. Si se tienen dudas respecto al grado de colaboración del sujeto, habría que considerar la conveniencia de utilizar otra técnica.

### Inoculación de estrés

Es una técnica que incluye varias, partiendo del planteamiento de que la relación existente entre las situaciones generadoras de estrés y la respuesta emocional del individuo es escasa. La respuesta de ansiedad o miedo resulta de la interacción de la activación fisiológica y los pensamientos que interpretan las distintas situaciones (las atribuciones que la persona hace acerca de las intenciones de otros, la apreciación de peligro, la interpretación de las respuestas somáticas, etc.). El objetivo de la técnica es la reducción de la activación fisiológica, la sustitución de los pensamientos habituales por otros que favorezcan el afrontamiento y, si resulta preciso, la modificación de determinados comportamientos. Se compone de tres fases fundamentales:

- Fase de conceptualización o educacional, proporcionando al paciente información acerca de la adquisición y el mantenimiento de la ansiedad, así como de la diferenciación de los distintos niveles de respuesta (fisiológico, cognitivo y motor). De esta forma se busca una mejora en la conducta de autoobservación de la persona y el incremento de la conciencia de control sobre el problema. Es necesario recalcar la importancia de la aparición de los signos de ansiedad para que sirvan de señal o estímulo discriminativo para poner en práctica las estrategias.
- Fase de adquisición de las habilidades que van a resultar necesarias para lograr una conducta de afrontamiento efectivo. La relajación se aplicará para lograr la reducción de la activación fisiológica. La reestructuración cognitiva favorecerá la sustitución de los pensamientos automáticos y la reducción en consecuencia de las distorsiones. De forma complementaria las autoinstrucciones serán la base para el diseño de las estrategias cognitivas específicas que se utilizarán en las distintas fases de la respuesta de afrontamiento anticipación, confrontación, momento de máximo malestar, resolución y evaluación. En ocasiones resulta necesario llevar a cabo un entrenamiento en habilidades sociales.
- Ensayo de conducta o fase de aplicación, en la que se llevan a cabo prácticas en imaginación del plan concreto de actuación, ejercicios de simulación o role-play para finalizar con una aplicación graduada en la situación real.

### Resolución de problemas

Surgido de trabajo de varios autores, parte de una concepción de los problemas como un fracaso en la búsqueda de una respuesta eficaz. Las situaciones con las que las personas se encuentran a lo largo de su vida no constituyen, por tanto, un problema en sí mismos, destacando que lo que las configura como tales es la inadecuación de las respuestas. Se pretende que el sujeto tenga una actitud orientada al afrontamiento y que se incremente la probabilidad de que lleve a cabo una conducta eficaz. Para ello se busca la mejora en la habilidad para identificarlos, el desarrollo de una postura racional y el ejercicio de un pensamiento anticipatorio apropiado, que considere las posibles consecuencias de las alternativas generadas, previamente a la toma de una decisión.

Tanto la reestructuración cognitiva de Beck como la terapia racional-emotiva de Ellis pretenden que el individuo tome conciencia del papel determinante de sus pensamientos en el origen y mantenimiento de sus emociones. De este modo, tratan de que el sujeto detecte las distorsiones cognitivas y las ideas irracionales más frecuentes para modificarlas y lograr un mayor control de sus emociones en general y de la ansiedad en particular.

Entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum: El entrenamiento autoinstruccional es el proceso de enseñar a las personas a hablarse a sí mismas de otra manera. Su objetivo es modificar el diálogo interno de la persona para facilitar el afrontamiento de una determinada tarea o situación, mediante la modificación del lenguaje interno que la persona mantiene consigo mismo buscando el diseño de estrategias cognitivas o pensamientos específicos positivos. Debe estar más referido al inicio de conductas positivas: *voy a estar tranquilo*, que a la inhibición de conductas negativas: *no voy a ponerme nervioso*. Esta técnica se debe complementar con una reorientación atencional y en la adquisición de una percepción correcta de la realidad.

Técnicas de distracción cognitiva: Tienen por objeto desconectar al sujeto de imágenes amenazantes recurrentes presentes que le acosan.

### **Tratamiento psicofarmacológico de la ansiedad crónica:**

Los psicofármacos más utilizados en el tratamiento de la ansiedad son las benzodiazepinas porque producen efectos ansiolíticos a dosis terapéuticas con pocos efectos adversos.

La acción terapéutica comienza a los pocos días del tratamiento y alcanza el efecto óptimo a las cuatro o seis semanas después de iniciada la terapia. Son fármacos bien tolerados en general por el paciente y seguros en la combinación con la mayoría de medicamentos usados en atención primaria. Su acción es ansiolítica, hipnótica, anticonvulsiva y miorelajante.

Las benzodiazepinas se pueden clasificar en función del tiempo de vida medio en el organismo, es decir de la duración de su acción. Los efectos secundarios más comunes son la sedación: somnolencia y falta o déficit de concentración, la amnesia y la pérdida de conciencia.

El control de la ansiedad por medio de ansiolíticos puede dar unos resultados inicialmente más rápidos que en el caso del tratamiento psicológico, pero presentan el inconveniente de una mayor tasa de recaídas en cuanto se retira la medicación y la desventaja añadida de la dependencia del paciente al fármaco.

En este sentido el tratamiento con benzodiazepinas puede ser útil en la remisión de un estado agudo de ansiedad, pero resultan poco eficaces a largo plazo. Las terapias psicológicas resultan más largas pero también más prometedoras ya que consiguen reducir el nivel de ansiedad hasta un extremo compatible con una calidad de vida aceptable y además permiten abandonar o al menos reducir la medicación ansiolítica manteniendo por otra parte, los efectos terapéuticos a largo plazo. En cualquier caso, se trata de elegir la terapia más eficaz para cada caso.

## **2) INTRODUCCIÓN A LOS TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD**

### **CONCEPTOS GENERALES**

Los sentimientos de abatimiento y depresión han sido siempre compañeros de la raza humana y, en sus formas menos graves, tienen unas funciones adaptativas como, por ej, recabar la atención y el cuidado de los demás, constituir un modo de comunicación de situaciones de pérdida o separación, o ser un modo de conservar «energía» para poder hacer frente a ulteriores procesos de adaptación. Sin embargo, cuando estos sentimientos son excesivamente duraderos, frecuentes, intensos o aparentemente «autónomos» pueden interferir extraordinariamente con la capacidad adaptativa.

La afectividad es un concepto muy vago y amplio que reúne un montón de elementos, pero en general hace referencia a la vivencia que uno tiene sobre las cosas y su relación con los demás. Y siempre se ha contrapuesto la afectividad a la esfera cognitiva del ser humano, como si fueran cosas distintas lo afectivo y lo cognitivo. Pero hay que tener en cuenta que siempre están relacionados, están interrelacionados.

Se ha definido la afectividad como el conjunto de sentimientos, emociones y pasiones de una persona.

Hay una serie de conceptos dentro de la esfera afectiva que forman parte de la afectividad pero entre ellos hay diferencias:

Hay una serie de conceptos dentro de la esfera afectiva:

- Estado de ánimo: disposición afectiva permanente, tono vital prevaleciente de cada persona, vitalidad, capacidad de enfrentarse a las cosas. Estado psicológico general que matiza nuestra vida.
- Humor: término ambiguo que recoge la intensidad, la manera de enfrentarse a las cosas, el tinte de ese estado de ánimo, el color que tiene en sentido metafórico.

- Sentimientos: reacciones afectivas de poca intensidad y larga duración. Reacciones afectivas estables y mantenidas, aunque pueden cambiar.
- Emociones: sentimiento complejo de componente psíquico, somático y conductual; alteración intensa y pasajera del ánimo; sentimientos que tienen una presentación más o menos brusca y una duración más o menos corta, y referidos a algo. Como por ejemplo el odio, ira, euforia. Habitualmente pueden tener un correlato vegetativo ya que el organismo pone en marcha una serie de síntomas que derivan del SN vegetativo: sudoración, taquicardia, etc.
- Pasiones: reacciones afectivas e gran intensidad y que llegan a deformar las ideas del sujeto. La pasión invade el razonamiento e invalida la esfera de funcionamiento cognitivo de la persona.

Estos cuatro conceptos van a estar presentes en los trastornos de la afectividad.

El estado de ánimo deprimido es una de las condiciones de malestar psicológico más frecuentes en los seres humanos. Pero sentirse triste no es un síntoma suficiente para diagnosticar una depresión. Este es un punto importante, pues la depresión entendida como *síntoma* (es decir, sentirse triste) está presente en la mayor parte de los cuadros psicopatológicos (esquizofrenia, obsesiones...) y en otras condiciones médicas sin que por ello constituya un *síndrome* depresivo, es decir, un conjunto covariante de síntomas relacionados: tristeza, insomnio, pérdida de peso, etc.

Por otra parte, resulta difícil diferenciar la depresión clínica de los estados de ánimo depresivos más o menos transitorios y cotidianos. Los teóricos de la depresión no han llegado a un acuerdo respecto a las fronteras que delimitan una respuesta depresiva «normal» de una respuesta depresiva «patológica». Existe una discusión sobre si la depresión clínica es *cualitativamente* distinta de la normal, o si es sólo una cuestión de grado (*cuantitativa*).

## DICOTOMÍAS DESCRIPTIVAS

1. Endógena-Reactiva: diferenciación de la depresión por su origen biológico (endógena) o psicosocial (reactiva). Esta distinción etiológica no tiene ningún apoyo empírico sustancial. Cabe hablar de depresión endógena, más que por la supuesta etiología, por el tipo de sintomatología que la acompaña (que incluye más síntomas vegetativos: pérdida de peso, insomnio, retardo psicomotor...). Es más razonable distinguir, entre «depresiones endógenas» y «depresiones no endógenas».
2. Psicótica-Neurótica: Es una distinción muy discutida y ambigua. En la actualidad, debe entenderse como una categorización que alude a la gravedad sintomatológica. En el DSM, se utiliza el término psicótico de forma inequívoca para designar a aquellos trastornos depresivos en los que existen delirios (de culpa, enfermedad o ruina) y/o alucinaciones (voces acusatorias, visiones de familiares fallecidos, etc.).
3. Unipolar-Bipolar: Es la distinción que más se emplea en la actualidad.  
El trastorno bipolar se caracteriza por la aparición de *episodios de manía* (existan o no episodios depresivos). Lo normal es que se presenten episodios de depresión y de manía con una duración de varios meses cada uno de ellos  
Por el contrario, los trastornos depresivos unipolares se caracterizan porque el sujeto tiene episodios de depresión sin que *nunca* haya padecido un episodio maníaco. Los trastornos unipolares son diez veces más frecuentes que los bipolares.
4. Primaria-Secundaria: La clasificación de «primario» hace referencia a cuadros en los que el trastorno del estado de ánimo (depresivo o bipolar) existe aisladamente, sin la presencia actual o pasada de otro cuadro distinto al afectivo (alcoholismo, fobias, trastorno obsesivo-compulsivo, esquizofrenia, trastornos orgánicos cerebrales...).

Por el contrario, los trastornos anímicos «secundarios» hacen referencia a pacientes con un trastorno médico o psiquiátrico preexistente diferente a la depresión o a la manía.

## CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD

### . DSM IV TR: T. del estado de ánimo:

T. depresivos

T. bipolares

### . CIE 10: T. del humor:

Episodio maníaco

T. bipolar

Episodio depresivo

## 1. TRASTORNOS DEPRESIVOS

### Clasificación

1. «Episodio depresivo mayor»: Criterios diagnósticos: Se define por la presencia simultánea de una serie de síntomas importantes durante un período prácticamente continuado de dos semanas.

Se requiere que al menos uno de esos síntomas sea *necesariamente* o bien un estado de ánimo triste, o bien una pérdida de placer (anhedonia).

No basta sólo la presencia de síntomas, también se requiere que estos síntomas conlleven una marcada interferencia con la vida diaria.

Los síntomas no deben estar causados por enfermedad o ingesta de sustancias, ni deben ser una reacción de duelo normal por la muerte de un ser querido.

El DSM-IV indica que un episodio depresivo tiene características de «melancolía» cuando concurren una serie de síntomas (pérdida muy marcada de placer, falta de reactividad emocional, inhibición psicomotora, despertar precoz, anorexia o pérdida de peso, estado de ánimo peor por la mañana, etc.. No obstante, hay dudas razonables sobre la validez de esta categoría.

2. Trastorno depresivo mayor: Se diagnostica un Trastorno depresivo mayor cuando la persona, además de presentar un episodio depresivo mayor, cumple dos condiciones:

(a) Nunca ha tenido un episodio de manía o de hipomanía (en tal caso se trataría de un Trastorno Bipolar).

(b) No se trata de un caso de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, u otro trastorno psicótico.

3. Distimia: El Trastorno distímico es un estado depresivo muy prolongado, prácticamente crónico, que sin llegar a cumplir los criterios exigidos del episodio depresivo mayor se caracteriza por la presencia de bastantes síntomas depresivos. El término viene a sustituir otros de larga tradición como «neurosis depresiva» o «personalidad depresiva». Probablemente, se trata de un trastorno afectivo de naturaleza subsindrómica, puesto que cuando la distimia se agrava el paciente llega a satisfacer los criterios del episodio depresivo mayor. Es decir la sintomatología es de tipo semejante pero menos grave, más sostenida en el tiempo (al menos durante dos años un estado de ánimo triste prácticamente a diario), y rara vez requiere hospitalización. Síntomas depresivos

### **Síntomas depresivos:**

1. Síntomas anímicos: La tristeza es el síntoma anímico por excelencia, abatimiento, pesadumbre o infelicidad; a veces, predomina la irritabilidad, la sensación de vacío o el nerviosismo. cuando hay depresiones graves, el paciente puede llegar a negar sentimientos de tristeza, alegando que ahora es «incapaz de tener ningún sentimiento».
2. Síntomas motivacionales y conductuales: estado general de inhibición, apatía, indiferencia y anhedonia (disminución de la capacidad de disfrute). levantarse de la cama por la mañana o asearse pueden convertirse en tareas imposibles. También es habitual el abandono del trabajo o los estudios. Tomar decisiones cotidianas (por ej, decidir la ropa para vestirse) puede convertirse en una tarea insalvable.

*Retardo psicomotor*: tipo de inhibición conductual que se caracteriza por un enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, el habla, el gesto y una inhibición motivacional casi absoluta.

3. Síntomas cognitivos: El rendimiento cognitivo está afectado. La memoria, la atención y la capacidad de concentración pueden llegar a resentirse drásticamente incapacitando su desempeño en las tareas cotidianas. Está alterado el contenido de las cogniciones. La valoración que de sí misma, de su entorno y de su futuro suele ser negativa.
4. Síntomas físicos: La aparición de cambios físicos es algo habitual y suele ser uno de los motivos principales para buscar ayuda. El 70-80% de los pacientes sufren problemas de sueño, normalmente problemas de insomnio (problemas para quedarse dormido, despertares frecuentes a lo largo de la noche o despertar precoz), si bien un pequeño porcentaje de pacientes padece hipersomnia.

Otros síntomas comunes físicos comunes son la fatiga, la pérdida de apetito y una disminución de la actividad y el deseo sexuales (en los hombres incluso dificultad en la erección), se quejan con frecuencia aparecen molestias corporales difusas (dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa...).

5. Síntomas interpersonales: sufren un deterioro en las relaciones con los demás. Un 70% afirma haber disminuido su interés por la gente. Normalmente sufren el rechazo de las personas que les rodean, lo que a su vez reacciona aislándoles aún más. Se ha demostrado que un funcionamiento interpersonal inadecuado en estos pacientes es predictor de un peor curso de la depresión.

## **TRASTORNOS BIPOLARES**

### **Clasificación**

Como en el caso de la depresión, la piedra angular de la clasificación gira en torno al concepto de *episodio maníaco* y *episodio hipomaníaco*.

Por la combinación de estos episodios resultan varios tipos de trastornos:

1. Trastornos Bipolares: Los Bipolares I son personas que presentan o han presentado alguna vez en su vida algún episodio maníaco. El estado de ánimo actual de un bipolar I puede ser, sin embargo, maníaco, depresivo, hipomaníaco o una mezcla de síntomas depresivos y maníacos (mixto). Estos son los subtipos del trastorno bipolar I. Si una persona tiene en la actualidad un episodio maníaco y nunca ha tenido anteriormente un episodio depresivo se le diagnostica «bipolar I, con episodio maníaco único». Los Bipolares II son personas que, habiendo padecido episodios depresivos hipomaníacos nunca han padecido un episodio completo de manía.

La aparición de los episodios maníacos puede ser bastante lenta y progresiva (por ej, van saliendo de una fase depresiva y van mostrando cada vez más confianza, más alegría...). Los pacientes bipolares presentan más episodios afectivos a lo largo de la vida (una media de ocho) que los pacientes unipolares. No obstante los episodios en los bipolares tienen una duración media menor (unos cuatro meses cada uno). La duración del episodio maníaco o depresivo no depende de la gravedad de los síntomas. El riesgo vital ronda el 1% en la población general.

2. **Ciclotimia:** se caracteriza por presentar un patrón semejante a los trastornos bipolares, pero con una sintomatología menos grave y más continuada a lo largo del tiempo. Desde un punto de vista nosológico, es muy posible que la ciclotimia no sea en realidad una entidad diferente al trastorno bipolar, sino una forma menos grave de éste. El paciente ciclotímico presenta períodos breves (entre 2 y 6 días) con depresión y euforia alternantes. Normalmente existe una equivalencia de intensidad y duración entre los síntomas depresivos e hipomaniacos, aunque en algunos pacientes predominan unos sobre otros (más frecuente la depresión sobre la hipomanía).

### **Síntomas de la manía:**

En sus manifestaciones leves (hipomanía), la manía es, en cierta medida, lo contrario de la depresión. Sin embargo, cuando comienza a ser problemática clínicamente, la manía no es exactamente lo contrario de la depresión.

En la manía aparecen síntomas opuestos a los de la depresión (euforia anímica, autoestima exagerada, etc.), pero también se comparten algunos síntomas característicos de los estados depresivos (problemas de sueño, trastornos del apetito, etc.) Por eso no se puede concluir que la depresión y la manía son las dos caras de una misma moneda. Se puede afirmar que la característica fundamental de la manía es la *expansividad* anímica y cognitiva.

1. **Síntomas anímicos.** Con frecuencia los pacientes están irascibles, suspicaces, y en un estado de hiperactividad general y de intromisión que tiene serias repercusiones en las relaciones interpersonales. La excitación anímica llega a desembocar en hostilidad manifiesta, conductas destructivas y tendencias paranoides. Predomina un estado anímico elevado, eufórico, irritable y, en definitiva, expansivo. Las personas en estado maníaco se sienten muy bien y por eso no comprenden que su familia, o personas cercanas, intenten «restringir» ese estado. La manía es uno de los pocos trastornos egosintónicos. (**Ego-syntonic:** Aspectos del pensamiento, impulsos, actitudes y comportamientos que no perturban al propio individuo. **Egodistónico:** Aspectos del pensamiento, impulsos, actitudes y comportamientos que perturban al propio individuo)
2. **Síntomas motivacionales y conductuales.** El estado de energía es aparentemente inagotable y desbordante. Puede estar sin apenas dormir durante semanas, haciendo planes o desarrollando proyectos gigantescos. El paciente suele hablar sin parar (*logorrea*) y tiene la sensación de que sus pensamientos se agolpan a una extraordinaria velocidad y van más deprisa de lo que puede expresarlos (*fuga de ideas*). La conducta está muy alterada. Es normal una actividad hipersexual y puede cometer imprudencias temerarias como, por ej, regalar todos sus ahorros y los de su familia a desconocidos (*prodigalidad*), o hacer inversiones de un riesgo extraordinario. El control de impulsos es muy pobre. Normalmente, el sujeto presenta un aspecto descuidado o poco aseado pues no se preocupa por su apariencia.
3. **Síntomas cognitivos.** Los procesos cognitivos se caracterizan por su extraordinaria aceleración. El habla es rápida, entrecortada, salta de un tema a otro, pues su atención fluctúa constantemente. El habla puede llegar a ser *incoherente*. La autoestima puede estar hipertrofiada e incluso delirante (delirios de grandeza o parentesco).

4. Síntomas físicos. La hiperactividad también se manifiesta a nivel vegetativo: problemas de sueño, aumento del apetito, extraordinario incremento del umbral de la fatiga física.
5. Síntomas interpersonales. Las relaciones interpersonales son muy difíciles en los episodios de manía, ya que los pacientes en este estado se muestran entrometidos, polemistas y controladores. Tienen una gran resistencia a que se les contradiga o se les intente hacer ver lo inapropiado de su conducta. Como los episodios maníacos suelen ser recurrentes, las relaciones familiares suelen verse muy afectadas. Es muy frecuente que estas personas, en este estado, sean seductoras, ilusionen y arrastren gente detrás de ellas.

Los síntomas en los niños son algo distintos. Aproximadamente 1 de cada 3 adultos bipolares ha tenido episodios maníacos en la infancia y adolescencia. Los niños en períodos maníacos son hiperactivos, ruidosos y presentan ideas atropelladas, también manifiestan mayor agresividad, mayor accidentabilidad, comen peor y tiene problemas de atención.

Consultar para ampliar el tema “Estrategias y programas para la prevención de la depresión en el niño. Pág. 233-247 en “Las depresiones infantiles” Morata

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Beck, A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B.F. y Emery, G. (1983): Terapia cognitiva de la depresión Descleé de Brouwer. Bilbao.
- Kazdin A. Modificación de conducto y sus aplicaciones prácticas. Buenos Aires: El manual moderno, 1 978.
- Labrador, F.J. (1992): El estrés nuevas técnicas para su control. Madrid. Temas de hoy
- Labrador, F.J. (1993): Técnicas de relajación y desensibilización sistemática. En Vallejo y Ruiz: Manual práctico de modificación de conducta. Madrid. Fundación universidad empresa.
- Polaino-Lorente, A. Las depresiones infantiles Madrid : Morata, 1988
- Vera, M. y Vila, J.(1991): Técnicas de relajación. En Caballo. Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid Siglo XXI.
- Wolpe J. La práctica de la terapia de conducto. México: Trillas, 1973.