



Por: Lic. Ariel Minici y Lic. Carmela Rivadeneira

Escuchá este artículo  
en nuestro podcast



## Las formas conductuales de la ansiedad patológica

### El miedo y la ansiedad en la conducta

Normalmente, al hablar de ansiedad, miedo o cualquier otra emoción negativa o positiva rápidamente generamos asociaciones con estados subjetivos internos vivenciados con algún tono de placer o displacer. Correcto. ¿Pero eso es todo? ¿Son las emociones únicamente lo que vivenciamos, lo que sentimos y experimentamos en nuestro mundo interior? ¿Son las emociones sólo sentimientos?

Emma tiene una molestia abdominal, le comenta a su esposo: *“Me duele un poco la panza, ¿será algo serio? ¿Vos qué creés?”*. Carlos se acerca a su casa diciéndose a sí mismo: *“No tiene por qué haber pasado nada, es un día normal, van a estar todos bien, pero... ¿y si no? ¿Si alguien entró y lastimó a mis hijos? Basta, no puedo siempre pensar lo peor”*. Cecilia sale de su trabajo apurada, nota que olvidó su botella de agua, regresa rápido pensando: *“No, no me voy a ir sin el agua... hace calor... no me quiero desmayar”*.

¿Qué tienen en común todos estos ejemplos? Se trata de personas llevando adelante conductas de evitación y escape de su ansiedad patológica.

- Emma padece **Ansiedad ante la Salud** pues interpreta como señales de enfermedades graves a las sensaciones menores y normales de su cuerpo; por ende, busca reaseguro en su esposo para tranquilizarse.



Por: Lic. Ariel Minici y Lic. Carmela Rivadeneira

- Carlos padece de un **Trastorno de Ansiedad Generalizada**, se le presentan imágenes terribles y catastróficas en su conciencia que le generan mucha angustia; trata de calmarse con autoverbalizaciones, que acaban por convertirse en preocupaciones.
- Cecilia sufre de un **Desorden de Pánico**, teme que el calor la lleve a un mareo y, como consecuencia, a un desmayo, por eso siempre sale con una botella de agua.

Cuando hablamos de ansiedad, miedo, angustia, o incluso cuando usamos la palabra malestar, rápidamente solemos asociarlo con estados emocionales vivenciados subjetivamente, lo cual es a todas luces correcto... pero incompleto. En efecto, millones de años de evolución no tuvieron lugar sólo para que los seres humanos modernos vivenciemos una amplia y colorida paleta de emociones que podamos traducir en pinturas, poesías e historias de amor; esto último puede ser tan solo un subproducto accidental de la forma en que nuestro cerebro fue moldeado por la selección natural para resolver desafíos progresivamente más complejos y novedosos, pero también muy pragmáticos. **Tales desafíos requieren intervenciones conductuales en un mundo real, físico y social, especialmente social.** En este marco, los patrones emocionales ricos e intrincados poseen una arista conductual que es tan o más importante que la misma experiencia emocional subjetiva. O, mejor dicho, las emociones también son conductas, tanto como lo son los pensamientos, la activación fisiológica y la vivencia subjetiva.

Ahora bien, como ya sabemos, **las emociones pueden tornarse patológicas**, y esto sucede en todos los planos de análisis. En este sentido, así como existen procesos cognitivos específicos y distintivos de algunas patologías, ¿podemos caracterizar a las diferentes manifestaciones patológicas de la ansiedad y el miedo de acuerdo con algunos patrones conductuales típicos?



Por: Lic. Ariel Minici y Lic. Carmela Rivadeneira

En el contexto del análisis conductual, las emociones negativas conducen casi invariablemente a reacciones para aliviarse. En algunos casos simples, como las Fobias Específicas, este mecanismo es fácil de observar; pero en otros cuadros de mayor complejidad, como la Fobia Social o el Desorden de Ansiedad Generalizada, el proceso tiene lugar de forma más sutil, siguiendo algunas generalidades, pero siempre con rasgos específicos de la persona. De este modo, si bien sí podemos hallar algunos denominadores comunes en las formas de evitación y escape del malestar emocional propias de cada desorden, este tipo de análisis tiene un límite idiosincrásicamente establecido de acuerdo con la historia de aprendizaje de cada sujeto.

Hacemos a continuación un recorrido por algunos desordenes de ansiedad y sus manifestaciones conductuales de evitación y escape más comunes.

## **Fobias simples**

Este es probablemente el desorden donde más fácilmente observamos las conductas de evitación y escape. Generalmente, el fóbico conoce las situaciones en las cuales aparece el foco de su miedo y directamente las evita. Así, quien padece fobia al encierro no viaja en subtes ni ascensores, quien teme a los sapos no va a zonas rurales y quien teme a las alturas no se asoma por balcones. En estos casos, se trata de evitaciones simples y llanas; podríamos definir a las conductas por su omisión. En caso de que la persona que padece la Fobia se vea inesperadamente expuesta a lo que teme, entonces escapa, es decir, se aleja del objeto, no sin algún grado de desorganización en su comportamiento. Por ejemplo, si alguien teme a las aves y repentinamente se le acerca una bandada de pájaros, correrá en la dirección opuesta.

Más allá de lo dicho, ya incluso en este cuadro asistimos a algunas complejidades. Por ejemplo, el fóbico a las tormentas no puede escapar si una de estas se avecina. En este caso, las conductas de evitación y escape suelen consistir en permanecer en



Por: Lic. Ariel Minici y Lic. Carmela Rivadeneira

ciertos lugares que se consideran más seguros que otros, o en compañía de ciertas personas que, según se cree, los protegerán.

Ya en las Fobias Simples adquiere un valor capital el análisis funcional del caso. Así, dos personas temen a los espíritus y otras entidades del más allá que, por supuesto, no existen, cosa que ambos reconocen. Para aliviar su miedo, uno de ellos se acuesta y deja varias luces prendidas, incluso la televisión o radio para que genere ruido y lo distraiga, **pero no se levanta de la cama de noche pues tiene miedo**; deja incluso un urinal portátil cerca para ni siquiera salir al baño. El otro, que teme a lo mismo, tiene miedo de que el espíritu se haya escondido en algún lugar de la casa; por lo tanto, ante el menor ruido, se asusta y por ende **se levanta de la cama** a revisar el baño y los placares. Observemos que, ante el mismo miedo, se producen conductas de evitación y escape diferentes: uno se queda quieto en la cama mientras que el otro se levanta a revisar.

## El Trastorno de Pánico

El foco de miedo de este cuadro son las propias sensaciones corporales y, por extensión, los entornos en los cuales ellas puedan dispararse. Así, quien padece Trastorno de Pánico teme a su propia taquicardia, respiración agitada, calor, sensación de mareo; un sentido al que se conoce como propiocepción o interocepción. Dado que estas sensaciones tienen mayor probabilidad de dispararse en algunos contextos como el ascensor, subte o en la calle estando solo, entonces el foco de miedo se generaliza a ellos.

En principio, **lo que el individuo intentará evitar son las propias sensaciones corporales**. Así pues, encontramos personas que no hacen actividad física, procuran no hacer movimientos vigorosos o incluso tener relaciones sexuales, ya que todas estas actividades incrementan la propiocepción. En otros casos las evitaciones son más sutiles, como por ejemplo tener a mano una botella con agua para no sentir



Por: Lic. Ariel Minici y Lic. Carmela Rivadeneira

nunca sequedad en la garganta o levantarse de la cama lentamente para no experimentar mareos.

Ahora bien, así como el miedo se generaliza desde las sensaciones a los contextos que las gatillan, las evitaciones también. De este modo, quienes sufren de pánico suelen evitar lugares que de modo idiosincrásico o convencional se han asociado al disparo de la propiocepción: subtes y ascensores (pues ahí se teme que falte el aire) o lugares donde hace calor (pues se cree que ello lleva al mareo y por ende, a un potencial desmayo). En ocasiones se rehúye del mero hecho de permanecer solo, pues en caso de que se activen las tan temidas sensaciones no se dispone de alguien que pueda ayudar.

## La Fobia Social

En este caso, el foco de temor radica en la potencial valoración negativa y rechazo por parte de los otros. De este modo, el fóbico social teme que *"piensen mal de mí"*, *"hacer un papelón y quedar mal"*, *"quedar como un tonto"*, entre otras valoraciones negativas provenientes de los demás. Dado que lo que el individuo teme sólo puede acaecer en situaciones de potencial escrutinio social, ello objetiviza a **la primera y más obvia conducta de evitación: no asistir a eventos sociales con personas fuera del círculo íntimo**. Pero hay más...

Casi invariablemente, nadie puede evitar por completo permanecer en ambientes con desconocidos o incluso tener algún grado de interacción con ellos, motivo por el cual los comportamientos de evitación y escape van adquiriendo otras formas.

Probablemente, lo que sigue en orden de frecuencia y complejidad es quedarse quieto, en silencio y pasar lo más desapercibido posible. Así, en aulas o reuniones donde me veo obligado a permanecer, puedo evitar que *"piensen mal de mí"* si me quedo callado y sólo interacciono lo mínimo necesario. Pero esta misma actitud de silencio y quietud puede también llamar la atención: *"¿no pensarán acaso los demás*



Por: Lic. Ariel Minici y Lic. Carmela Rivadeneira

*que soy un tonto que me quedo callado todo el tiempo porque no sé qué decir?"* Este tipo de cogniciones disparan un tercer nivel de conductas de evitación y escape, más sutiles aún.

En situaciones sociales donde me veo obligado a permanecer, por ejemplo, puedo fingir responder mensajes de mi teléfono celular para que, eventualmente, los demás crean que si yo no hablo esto se debe a que estoy muy ocupado con un asunto que no puedo postergar. De este modo, no van a creer que *"no hablo porque soy un tonto que no sé qué decir"*, sino que pensarán que *"no hablo porque estoy muy atareado contestando mis redes sociales"*.

Finalmente, existen situaciones sociales en las cuales no sólo las personas nos vemos obligados a permanecer sino también a interactuar. Por ejemplo, al llegar a ciertas materias de la facultad en la primera clase, tenemos que presentarnos o, en algún momento, debemos exponer frente a todos nuestros compañeros un trabajo práctico que hemos preparado. En tales ocasiones, suele existir el temor a que mi voz se afine y no pueda hablar, en cuyo caso una conducta de evitación frecuente consiste en fingir una afonía y una tos; así, si sucede que me cuesta hablar, los demás lo van a atribuir a mi condición médica y no a mi miedo. Y si temo ponerme colorado y transpirar, puedo mantenerme abrigado cuando hace calor, de modo tal que, si me sonrojo, las demás personas creerán que es porque tengo calor y no porque tengo vergüenza. Algunas personas temen que se les formule una pregunta espontánea a la cual tengan que improvisar una respuesta; por ende, prefieren hablar primero, dar sus opiniones y puntos de vista inicialmente pues sienten que se han sacado el problema de encima y es menos probable que alguien les vuelva a pedir que intevengan.

Como se observa, el abanico de comportamientos de evitación y escape va complejizándose en la Fobia Social, ya no se trata de irse de la situación sino que se llevan adelante conductas que tienen un sentido personal. **Se denominan conductas**



Por: Lic. Ariel Minici y Lic. Carmela Rivadeneira

**de reaseguro a las conductas de evitación y escape que no son francas y abiertas sino que, siendo más sutiles y sofisticadas, evitan la ansiedad a partir de alguna creencia personal, como las mencionadas de fingir una afonía o abrigarse un día de calor. Como veremos a continuación, a mayor complejidad en la psicopatología, más específicas y enrevesadas las conductas de evitación y escape.**

## El Trastorno de Ansiedad Generalizada

En el caso de este desorden, las cosas son un poco más complicadas pues, como su mismo nombre lo hace valer, el foco del miedo puede ser casi cualquier cosa: desde enfermarme o que me echen de mi trabajo actual hasta perder un trabajo futuro (al cual aún no he accedido), o que el nieto (que aún no tengo) pueda algún día tener un accidente. Efectivamente, los temas de preocupación de la Ansiedad Generalizada no sólo se refieren a situaciones potencialmente problemáticas actuales sino que alcanzan escenarios imaginarios que en el futuro distante podrían volverse problemáticos. Recuerdo un caso de una mujer que estaba preocupada porque si alguna vez sus hijos tenían problemas económicos y no podían hacerse cargo de los gastos de sus nietos, ella no estaría en condiciones de ayudarlos... pero ella apenas tenía 28 años, no tenía nietos, ni hijos ni pareja, sí tenía un relación de algunos meses que parecía volverse estable.

Dada la naturaleza más compleja de la psicopatología de este cuadro, invitamos al lector u oyente a revisar otro artículo de nuestra revista en el cual se desarrolla el tema en profundidad, el mismo se llama [Preocupaciones ¿sanas? y patológicas.](#)

Para los fines de este trabajo, diremos sencillamente que las personas que padecen Ansiedad Generalizada experimentan una reacción intensa de miedo y ansiedad ante imágenes catastróficas no realistas, las cuales poseen características sensoriales (especialmente visuales) capaces de activar fuertemente la fisiología del organismo.





Por: Lic. Ariel Minici y Lic. Carmela Rivadeneira

Esas imágenes se evitan mediante una cadena verbal; palabras que se convierten en preocupaciones y que interfiriendo con la aparición de las imágenes catastróficas, conllevan a una disminución de la activación fisiológica y la experiencia subjetiva de malestar. Así, las preocupaciones patológicas y crónicas del cuadro son **la conducta de evitación por excelencia**.

## El Trastorno Obsesivo Compulsivo

Si bien el diagnóstico en cuestión no se incluye entre los Desórdenes de Ansiedad, sí constituye uno de los representantes más claros en los que las conductas de evitación y escape adquieren formas muy variadas; incluso llegan a ser extrañas y atípicas.

Sabemos que **las compulsiones son las formas de evitación del malestar generado por las obsesiones**, esto es incluso parte de la definición misma del diagnóstico. La cuestión radica en que las compulsiones varían tanto desde una repetición mental hasta el lavado excesivo de partes del cuerpo, pasando por chequeos, evitaciones, movimientos corporales estereotipados, pensamientos recurrentes sobre un mismo tema, contar pasos y movimientos y un largo etcétera. Dada la multiplicidad de formas y colores del fenómeno, uno podría preguntarse qué es lo que le da unidad de "Trastorno Obsesivo Compulsivo" a todos estos comportamientos. Hoy la respuesta es presencia de **obsesiones y compulsiones**, siendo las segundas una forma de evitación y escape del malestar. Dado que no podemos ocuparnos de un fenómeno tan extenso, sí miremos un aspecto que puede ser más fructífero a los efectos de esta discusión: **los pensamientos intrusivos**.

Uno de los rasgos cardinales del TOC consiste en la aparición de ideas absurdas, incoherentes y, especialmente, egodistónicas, que se entrometen en la consciencia del sujeto. Así, *"voy a violar a un niño", "saltaré por el balcón", "le arrojo a alguien una brasa caliente", "le pellizco el trasero a un desconocido en la calle", "mi casa incendiada"*





Por: Lic. Ariel Minici y Lic. Carmela Rivadeneira

*porque yo dejé una hornalla encendida*”, son ejemplos de los pensamientos intrusivos que padecen las personas con TOC. Aunque no únicamente...

En verdad, este tipo de pensamientos resultan comunes a casi todo el mundo, las investigaciones reportan que un 90% de las personas los experimentan. Entonces, ¿qué tiene esto que ver con el TOC?

A diferencia de todos los demás, quienes padecen TOC no pueden evitar prestar atención y experimentar una reacción de temor por lo que piensan. En otras palabras, todos los demás, los que no sufren de TOC, simplemente dejan pasar estos pensamientos como una idea absurda, sin sentido o exagerada, que no conlleva ninguna importancia. En cambio, los individuos con TOC toman muy en serio lo que piensan, y creen que por pensar algo es entonces más probable que lo hagan; un fenómeno descrito como fusión pensamiento-acción. En este esquema, pensar y hacer son lo mismo o casi. Si pienso que *“voy a patear a un mendigo en la calle”*, entonces *“soy un psicópata, un malvado que disfruta ver a la gente sufrir”*; si se me cruza la idea intrusiva de que *“puedo abusar sexualmente de un niño”*, entonces *“soy un pedófilo”*, tengo miedo ahora de efectivamente hacerle daño a un menor y, por ende, me mantengo alejado de ellos. He ahí la conducta de evitación; la persona se aleja de plazas, parques, escuelas, procura no interactuar con menores. Claro está que quien lleva adelante estas conductas de evitación nunca ha hecho ninguna clase de ofensa sexual a un menor ni lo desea; contrariamente, siente incluso repulsión ante esta idea.

Repasemos: ¿dónde queda en este esquema la conducta de evitación?

La persona que padece TOC experimenta un pensamiento intrusivo *“me veo provocando un incendio en un cine”*, a ese pensamiento intrusivo le sigue otro pensamiento que valora como peligroso al primero *“lo pensé, entonces, tal vez lo haga, soy un pirómano”*. Desde ese segundo pensamiento (interpretación del



Por: Lic. Ariel Minici y Lic. Carmela Rivadeneira

primero) se detona un estado de angustia y ansiedad, el cual se alivia escapando o evitando la situación identificada imaginariamente como peligrosa (no ir al cine).

Para el lector interesado en el tema, tenemos en esta revista un artículo que aborda la problemática de dos subtipos de TOC, TOC de pedofilia y TOC homosexual, en los cuales el proceso descrito es prominente. El artículo se llama [Conceptualización y tratamiento del TOC con ideación sexual](#).

## La Ansiedad ante la Salud

Si bien no se trata de un diagnóstico oficialmente incluido en las clasificaciones, designa un conjunto de fenómenos caracterizados por miedo, ansiedad, preocupación, angustia ante problemas de salud. Muy típicamente se trata de temores derivados de la interpretación exagerada de sensaciones o cambios corporales inocuos, aunque también incluye fenómenos como la fobia a la muerte o la exagerada sugestionabilidad ante noticias relacionadas con la salud.

En los casos más típicos, el proceso se inicia cuando la persona nota alguna sensación o cambio corporal menor en su cuerpo, como una picazón de garganta, un dolor de cabeza leve, un ligero malestar estomacal; vale decir, alguna molestia corporal menor y normal que no amerita intervención médica ni mayor atención. No obstante, quien padece de ansiedad ante la salud interpreta tales sensaciones como signos de una enfermedad grave. De este modo, piensa que el dolor de cabeza se debe a un tumor cerebral o el malestar estomacal acabará en una peritonitis que lo puede matar. Naturalmente, con estas cogniciones la ansiedad crece.

Nadie puede escapar de sus propias sensaciones corporales ni tampoco aliviarlas a voluntad. **En estos casos, las conductas de evitación y escape adoptan la forma de buscar información tranquilizadora**, que contradiga la interpretación catastrófica; se denominan así conductas de reaseguro, como ya hemos aclarado. Por



Por: Lic. Ariel Minici y Lic. Carmela Rivadeneira

ejemplo, los sujetos con ansiedad ante la salud suelen preguntar a sus familiares más cercanos qué creen de las sensaciones que ellos están experimentando. A veces, recurren a especialistas médicos o van rápidamente a una guardia. En otros casos, las personas efectúan frecuentes autoexámenes corporales en busca de signos de alguna enfermedad temida. Una figura muy común en la actualidad consiste en buscar la información en Internet, lo cual puede conducir a otra clase de problemas, tanto así que ya tenemos acuñado un nuevo término para los casos en que las búsquedas de salud en la web se tornan excesivas y patológicas: **cibercondría**. Pero esto es otro tema.

Claro está que en algunos casos los individuos con ansiedad ante la salud procuran un alivio rápido de lo que en su cuerpo les molesta, por ende, también la evitación y el escape lleva al uso de fármacos que alivian sensaciones y dolores.

La gama de problemas que hoy se incluyen bajo la rúbrica genérica de "ansiedad ante la salud" resulta bastante amplia y variada; lo mismo podríamos decir de los estilos a los que conduce en cuanto a comportamientos de evitación y escape. De cualquier modo, el más común es la búsqueda de información, por cualquier medio disponible.

## Y entonces... ¿por qué las conductas de evitación y escape?

En este punto, uno podría simplemente preguntarse: ¿siempre que hay ansiedad patológica hay conductas de evitación y escape? Pero mejor aún sería preguntarse: ¿siempre que hay **ansiedad** hay conductas de evitación y escape? **La respuesta sería un rotundo "sí", si muchas personas no lograsen el suficiente autocontrol para no ejecutarlas.** En otras palabras, la ansiedad siempre conlleva la tendencia a las conductas de evitación y escape, pero muchas veces ellas no se llevan a cabo pues las personas, voluntaria e intencionalmente, logran inhibirlas; no sin algún grado de dificultad.



Por: Lic. Ariel Minici y Lic. Carmela Rivadeneira

**La ansiedad involucra naturalmente un patrón conductual de evitación y escape, pues su sentido evolutivo más fundamental radica en protegernos de un peligro inminente; no tendría razón de existir una emoción que se disparara frente a un peligro si no condujera a su vez a algún patrón defensivo del mismo. En efecto, en la vertiente comportamental de la ansiedad (como de cualquier otra emoción) radica la misma esencia de su existencia.** Si no, ¿a qué fin serviría acaso experimentar ansiedad, con su concomitante liberación de adrenalina, aumento de la presión sanguínea y tensión muscular generalizada, especialmente en los miembros inferiores, si es que no vamos a correr? ¿Cuál es el sentido de tamaño despilfarro energético, si el mismo no hubiese servido alguna vez para huir de un predador y así sobrevivir? ¿Para qué la evolución habría favorecido tal derroche de calorías si no representara una ventaja de supervivencia y reproducción?

La ansiedad, patológica o no, conduce a conductas de evitación y escape del peligro que la detona, sea este razonable (como ser perseguido por un tigre en la prehistoria o un ladrón en las urbes modernas) o sea la amenaza completamente irracional o imaginaria, tal como se ve representado en cualquiera de los síndromes discutidos. La misma esencia de la función biopsicosocial de la ansiedad es este mecanismo defensivo, rehuir de los peligros. Así pues, sí, la ansiedad conduce a conductas de evitación y escape; dicho más claramente: **la ansiedad es, en esencia, comportamiento, conductas de evitación y escape.**