

Las repercusiones del Estrés en el Síndrome de Tourette

Asociación Andaluza de pacientes con Síndrome de Tourette y Trastornos Asociados – ASTTA -
Cuarta Fase del Programa de Intervención Psicosanitaria y Comunitaria “Vivir y convivir con el Síndrome de Tourette”

“Intervenciones Psicosociales para el afrontamiento del estrés y Trastornos de Ansiedad asociados al Síndrome de Tourette, en personas afectadas y sus familias”. Realizada con el apoyo de los *Programas de Promoción de la Salud* de la Comunidad Autónoma de Andalucía

I. Las repercusiones del Estrés en el Síndrome de Tourette

Autora: Diana Vasermanas©

1. Los tics en el Síndrome de Tourette

El Síndrome de Guilles de la Tourette (ST) es un trastorno neurológico conductual crónico, de etiología genética, caracterizado por la emisión de tics o actos repetitivos involuntarios, que pueden ser suprimidos parcialmente de forma voluntaria durante un periodo variable de tiempo, y que cambian su complejidad, intensidad, frecuencia y localización.

En el ST hay **tics motores** (parpadeo frecuente, guiños faciales, saltos, tocar, etc), **y tics vocales o fónicos** (carraspeo de garganta, emisión de sonidos o palabras).

En ocasiones pueden aparecer **tics abigarrados** como la **coprolalia** (repetir insultos o palabras malsonantes), **ecolalia** (repetir lo que dicen los demás), y la **copropraxia o la ecopraxia** (realizar o repetir gestos obscenos). Esto puede suscitar burlas, rechazos y problemas en las relaciones sociales.

Las actuales investigaciones procuran localizar los **fundamentos biológicos del ST** en alteraciones en ciertos **neurotransmisores** (especialmente la dopamina y la serotonina) y de estructuras cerebrales como los **ganglios basales**, lo cual permitiría afirmar que su sintomatología no es consecuencia de conductas caprichosas o arbitrarias (pese a que la palabra “TIC” sea un apócope del vocablo italiano *tichio*, que significa capricho), sino la exteriorización de peculiaridades neurológicas involuntarias

2. La importancia del estrés en el ST

Si bien el ST posee un **sustrato biológico**, probablemente de origen genético, existe evidencia empírica de que, tanto en la niñez como en la vida adulta, **los factores psicosociales** como las actitudes del entorno sociofamiliar, y los pensamientos, sentimientos y conductas que estos factores suscitan en la persona afectada pueden incidir en los tics y otros síntomas del ST, precipitando y/o exacerbando su manifestación o por el contrario, atenuando su frecuencia e intensidad.

La relevancia y efecto de los factores psicosociales, se refleja en los **Criterios diagnósticos de Shapiro**, uno de los principales investigadores de este síndrome.

La interacción de factores ambientales y biológicos no sigue un patrón fijo y se reflejará en el modo particular con que cada persona vive y desarrolla las peculiaridades de su funcionamiento neurológico y la evolución de su historia personal.

La gran mayoría de situaciones en las que se agrava o desencadena la sintomatología del ST y los trastornos asociados a su espectro, tienen al **estrés** como común denominador insoslayable.

Las Teorías Interactivas de Lazarus y Folkman definen el estrés como un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación en que se encuentra, cuando esta situación o las demandas que presenta, son valoradas por el sujeto como algo que supera o excede sus posibilidades o sus recursos para afrontarla y, por lo tanto, son vividas como una amenaza que puede dañar o poner en peligro su propio bienestar, sus intereses o su integridad personal.

El estresor o alarmígeno es el agente desencadenante de la respuesta de estrés, por ser un elemento que atenta contra el equilibrio u *homeostasis* del organismo.

Cualquier estímulo interno (pensamientos, emociones), o externo (ruidos, presiones) que provoque una necesidad de cambio o reajuste puede convertirse en estresor.

El estrés puede asociarse a estímulos o experiencias agradables o desagradables.

La respuesta del estrés implica un gran aumento en la activación fisiológica y cognitiva para mejorar la percepción de la situación y sus demandas, para procesar más rápido la información disponible y para buscar soluciones y conductas adecuadas que preparen al organismo para actuar de forma eficaz y vigorosa.

Esta sobreactivación fisiológica, cognitiva y conductual es eficaz hasta un cierto límite, ya que pone a disposición del organismo una gran cantidad de recursos para situaciones excepcionales. Pero superado este límite tiene un efecto desorganizador: si la respuesta de estrés es excesivamente frecuente, duradera o intensa, puede tener consecuencias negativas, pues exige que el organismo mantenga un ritmo constante de activación por encima de sus posibilidades, con lo que pueden producirse deterioros en la salud física y mental.

Los afectados por el ST suelen explicar que las situaciones valoradas como estresantes suelen coincidir con la aparición o recrudescimiento de tics fónicos o corporales, y que su realización les proporciona un alivio para mitigar su ansiedad, o para contrarrestar sensaciones corporales molestas o desagradables, conocidas como “tics sensoriales” o *tensión premonitoria*.

En este sentido, los tics tendrían una explicación **funcional u operante** al constituir una alternativa de alivio a corto plazo a la ansiedad y tensiones producidas por las situaciones estresantes. Pero, paradójicamente, este efecto liberador de los tics puede convertirse a mediano plazo en **la principal fuente de angustia y estrés** para la persona afectada y para su entorno próximo:

El Análisis Funcional de los tics y otros síntomas del ST, es decir, el estudio de lo que en cada caso, ocurre antes, durante y después de su aparición, permite constatar que en un alto porcentaje de situaciones, la atención, preocupación y actitud crítica e incluso hostil que el medio proporciona a los tics y otros síntomas del ST, refuerza la importancia que el afectado les concede, hasta el punto de que sus intentos por evitarlos o disimularlos pasan a ser uno de sus principales estresores.

Esta angustiante realidad sería diferente, si el entorno sociofamiliar y educativo tuviese una actitud generalizada de comprensión y tolerancia, que permitiera aliviar a los niños y jóvenes con ST del estrés y sobreesfuerzo que suponen exigencias o demandas basadas en pedirles que “*se queden quietos*”, que hagan un esfuerzo por “*no gritar*”, otro esfuerzo por *mantener la atención* más allá de sus posibilidades, y sobre todo que intenten “*controlarse*” y “*no molestar*” con sus tics, todo ello en la mayoría de los casos, sin tener en cuenta si pueden

hacerlo, o si estos estresantes sobreesfuerzos son imprescindibles o beneficiosos para su desarrollo y rendimiento académico o si por el contrario, resultan contraproducentes para estos síntomas.

3. Los enfoques centrados en la persona: los Círculos y los Sistemas de Apoyos

Es importante saber que actualmente, se están implementando otras modalidades de valoración e intervención ante las deficiencias y discapacidades que abren vías muy alentadoras para la tan ansiada integración.

Estos enfoques aportan nuevos criterios centrados en la persona y en los sistemas de apoyo que necesita para su funcionamiento e integración social

En este contexto, se consideran **apoyos** a todas las estrategias y recursos (humanos y materiales), aplicados a la integración social de las personas y a la promoción de su autonomía y desarrollo personal.

Estos apoyos promueven los intereses de los individuos con o sin discapacidad, y los capacitan para acceder todo tipo de recursos, en entornos sociales, familiares y laborales.

El enfoque centrado en la persona parte de una actitud de “rechazo cero”: esto significa reconocer que toda persona (con o sin discapacidad), puede precisar apoyos o ayudas para alcanzar sus distintas metas. Y tiene derecho a recibirlos sin ser rechazada por ello. Este punto de vista presta especial atención al aumento de las capacidades y a la minimización de los efectos de las limitaciones.

En el ámbito del ST, esto se traduciría en desplazar la atención que se presta a los tics y otras manifestaciones del síndrome hacia otras capacidades y habilidades del individuo. Para ello es necesario comprender que las personas con ST son mucho más que sus tics o sus obsesiones, pero podrán demostrarlo más fácilmente y con menos padecimientos si cuentan con los apoyos o ayudas necesarios para hacerlo.

4. Estrés y apoyo social

Recientes investigaciones demuestran que **la presencia de apoyo social apropiado** es un recurso que puede aliviar y amortiguar las experiencias estresantes, protegiendo al sujeto y potenciando su adaptación al estrés. El Apoyo Social puede actuar sobre la salud de *Modo Directo*, por la acción de redes sociales de amigos y familiares, y de *Modo Indirecto*, a través de recursos sociales o instituciones que amortiguan el estrés y procuran el bienestar.

El Apoyo Social Percibido subjetivamente por las personas estresadas, está más relacionado con la salud y la superación del estrés que el apoyo real existente, de ahí la importancia de insistir en que este apoyo sea posible para los afectados por el ST.

El apoyo social puede actuar:

- Reduciendo el valor amenazante y la trascendencia concedida a ciertas situaciones, al transmitir que la estima y el apoyo de los demás no se perderá.
- Aumentando la confianza en los propios recursos y la motivación para afrontar y superar las situaciones estresantes de modo más positivo.
- Ayudando a controlar y superar los momentos difíciles.
- Evitando o reduciendo un exceso de dependencia social, que conduzca a la indefensión y aumente la tensión ante situaciones potencialmente estresantes.

5. Respuestas psicológicas asociadas al Estrés

El **distrés** es la sensación subjetiva de malestar emocional ante el estrés.

Las **emociones negativas** que acompañan la experiencia estresante son: ansiedad, miedo, depresión; dependen de las circunstancias del sujeto y de la situación.

En estrés agudo predominan ansiedad, miedo, ira.

En estrés crónico la depresión y la desesperanza.

Las **respuestas cognitivas** pueden ser: preocupación, pérdida de control percibido, negación, bloqueos mentales, pérdidas de la memoria, sensación de irrealidad, fallos atencionales, etc. Influyen en el modo de valorar y afrontar la situación.

Las **respuestas conductuales o motoras pueden ser**: usos de sustancias adictivas, (alcohol, drogas), agresividad, tartamudez, desajustes del lenguaje, inhibición, tics, compulsiones, etc. Dependerán también de la estrategia de afrontamiento del sujeto.

6. CARACTERÍSTICAS DE LAS SITUACIONES ESTRESANTES

- Amenazan la seguridad personal, económica o familiar, la autoestima, la dignidad.
- Atentan contra principios, valores, normas, creencias personales o grupales.
- Exigen sobreesfuerzo físico, mental y alto rendimiento.
- Implican decisiones difíciles, responsabilidades, riesgos, prisas, evaluación social, conflictos, cambios; situaciones desagradables, dolorosas o molestas.
- Reducen la actividad normal y generan dependencia.
- Conllevan tareas monótonas o poco gratificantes.
- Propician sentimientos de inutilidad, fracaso, desesperanza, indefensión.
- Conllevan agresión física, verbal o de otro tipo.

Es importante reconocer la presencia de situaciones potencialmente estresantes, para procurar ajustar objetivamente la valoración y respuestas ante ellas.

7. Estrategias de coping o afrontamiento del estrés

El **coping** son los esfuerzos realizados para manejar las demandas internas y/o externas generadoras de estrés, así como el estado emocional desagradable relacionado con éste.

El **Coping** depende de la evaluación respecto a que pueda o no hacerse algo para cambiar la situación, y de la focalización u orientación de los esfuerzos realizados:

- **Afrontamiento focalizado en el Problema**: se produce cuando la valoración informa que el estrés puede controlarse por la acción sobre la fuente generadora; los esfuerzos se orientan hacia la Tarea o situación estresante.

- **Afrontamiento focalizado en la Emoción:** se produce cuando la valoración informa que no puede hacerse nada sobre la situación; los esfuerzos se centran en que la Persona cambie el modo de tratar o interpretar lo que ocurre para regular o mitigar la respuesta de estrés.

HARDINESS: es la resistencia, dureza, orientación optimista al estrés. Se relaciona con el optimismo, la autoestima y la autoeficacia, e implica 3 factores:

- **Compromiso:** creencia y reconocimiento de los propios valores, metas y capacidades; minimiza la percepción de amenaza ante sucesos estresantes.
- **Desafío:** tendencia a valorar el estrés no como amenaza sino como desafío u oportunidad y estímulo para el desarrollo personal; tolerancia a la ambigüedad.
- **Sensación de control de los eventos externos:** facilita la adaptación a situaciones estresantes.

8. Estrategias para combatir y controlar el estrés

Para procurar controlar el estrés, y consecuentemente, prevenir o mejorar enfermedades y trastornos asociados, se pueden plantear distintos objetivos, según sean los factores que se puedan o se quieran modificar:

- Eliminación o alivio de situaciones potencialmente estresantes.
- Modificación de variables personales relevante: estilos de conducta y afrontamiento, valores, creencias, recursos y habilidades, apoyos sociales, etc.
- Control de las manifestaciones de presencia del estrés: activación fisiológica y cognitiva, ansiedad, habilidad, depresión, agresividad, etc.
- Reducción del estrés asociado a trastornos ya establecidos.

9. ELIMINACIÓN O ALIVIO DEL ESTRÉS AMBIENTAL

Los problemas suelen aparecer ante demandas excesivas y / o prolongadas en el tiempo.

Siempre que sea posible, la mejor alternativa es apartar a la persona del medio estresante, o modificar el medio para que sus demandas sean más ajustadas a las características del individuo.

- Solucionar problemas reales en su contexto natural.
- Flexibilizar y / o modificar las normas del funcionamiento institucional.
- Mejorar el entorno ambiental.
- Aportar información objetiva y clara sobre la situación estresante, evitando ambigüedades y / o conflictos.
- Programar acercamientos progresivos a cambios estresantes.
- Programar la exposición a situaciones estresantes inevitables, para cuando no existan otras fuentes de estrés.
- Modificar información sobre la trascendencia de situaciones estresantes.
- Racionalizar y “humanizar” los procedimientos de evaluación de quienes pueden sufrir estrés.
- Establecer medidas e incentivos para motivar a quienes tienen que realizar tareas monótonas o rutinarias.

- Escuchar a quienes pueden sufrir estrés con empatía y “calor humano”.
- Modificar el comportamiento de quienes tienen influencia sobre los que pueden padecer estrés.

10. La reducción de las respuestas de activación fisiológica: técnicas de relajación

Las respuestas de activación fisiológica (agitación, subida o bajada de tensión, taquicardia, sudoración, cefaleas, trastornos gastrointestinales, etc.), se “disparan” ante el estrés e influyen en la salud y los procesos de recuperación.

Por esto es necesario actuar sobre los tres niveles de respuesta (fisiológico, motor y cognitivo), para lograr un efecto interactivo de disminución de activación.

Cuando la tensión y activación fisiológica por el estrés se mantienen o aumentan, la actuación del sujeto se deteriora más, la situación se percibe como más amenazante, y se activan más pensamientos automáticos estresantes, aumentando la posibilidad de aparición de trastornos fisiológicos.

La relajación se centra en los cambios somáticos; produce cambios en los niveles percibidos de tensión y ansiedad y puede modificar aspectos fisiológicos y psicológicos de la respuesta de estrés, proporcionando una sensación de bienestar y tranquilidad.

Efectos psico-fisiológicos de la relajación

- Reducción de la tensión muscular y de la frecuencia e intensidad del ritmo cardíaco
- Aumento de la dilatación arterial y de la oxigenación.
- Regularización del ritmo respiratorio.
- Disminución de la actividad del sistema nervioso simpático y de la secreción de adrenalina, noradrenalina, colesterol y ácidos grasos en sangre.
- Mejora del sistema inmunológico.

Técnicas de Respiración: la respiración adecuada favorece la relajación, pero es poco frecuente en situaciones normales y se acelera en las estresantes.

Mejorar la respiración reduce ansiedad, irritabilidad, tensión muscular, fatiga, y facilita la recuperación. Es una de las estrategias más sencillas para afrontar el estrés y retomar el control sobre la activación cotidiana.

El entrenamiento potencia una *respiración diafragmático – abdominal*, con bajas tasas de inspiración en las que se aumenta el volumen de aire inspirado que es retenido y exhalado lentamente.

Relajación en Imaginación o Visualización: favorece la capacidad para imaginar escenas o hechos con un valor tranquilizante y relajante para el sujeto sobre todo en momentos en los que aumenta la tensión y las preocupaciones.

Puede asociarse con palabras o frases relajantes, que potencian el efecto.

Música: la audición de música lenta en momentos de reposo puede ayudar a regular el ritmo cardíaco y respiratorio en los momentos de relajación.

Recomiendo especialmente la audición de *obras de Mozart*, las cuales parecen tener el valor añadido de un efecto reparador y tranquilizador sobre el sistema nervioso.

11. Los estresores internos: pensamientos y creencias activadores del estrés

El estrés perjudicial coincide con la activación de ciertos **Esquemas Cognitivos** o creencias estables que propician una atención selectiva a los factores negativos, una valoración sesgada de las experiencias estresantes, y una infravaloración de los propios recursos para enfrentarlas.

El contenido de ciertos valores, creencias y actitudes más estables afecta la interpretación y repuesta ante las situaciones: *“Debo agradar a todo el mundo”*.

La rigidez de ciertos pensamientos puede afectar la valoración de los propios recursos: *“Siempre tengo que hacerlo todo bien”*.

La tendencia a valorar la realidad estresante y los recursos de manera más objetiva no garantiza la ausencia de estrés, pero reduce su probabilidad de aparición al favorecer un mejor conocimiento de los hechos y una mayor percepción de control.

Para desarrollar un estilo más objetivo de valoración, muchas veces es necesario modificar pensamientos, creencias y actitudes muy arraigadas, que se presentan automáticamente, “saboteando” las posibilidades de acción frente al estrés.

En los próximos Módulos abordaremos más detenidamente la incidencia de nuestros esquemas cognitivos en los procesos de estrés y ansiedad, y algunas estrategias para su cambio y reestructuración.

12. Consideraciones finales: el control y eliminación del estrés

Una vez que el estrés está presente, los mecanismos para eliminarlo y/o reducir sus consecuencias, no deberían limitarse a aliviar o amortiguar sus manifestaciones; sino dirigirse también a debilitar las variables situacionales y personales que lo favorecen, y a desarrollar condiciones ambientales y estilos personales saludables que ayuden a mantener y mejorar los logros, prevengan ante futuras recaídas y contribuyan a una vida sana y gratificante.

En este Módulo se ha intentado presentar el tema del estrés y su relación con el ST como *un problema complejo* que requiere la consideración de un gran número de factores sociales, ambientales y personales, y que admite la posibilidad de múltiples soluciones.

Si estas soluciones son abordadas desde *Programas Integrales de Intervención*, su interacción favorecerá el desarrollo de estrategias más eficaces y duraderas.

Muchos de los cambios propuestos para combatir el estrés están a nuestro alcance, y poco a poco podemos conseguirlos, ya sea por nosotros mismos o con el apoyo y las ayudas familiares, profesionales o institucionales que sean necesarias en cada caso.

Este Módulo se complementa con **apuntes y registros** para facilitar la práctica cotidiana de algunas estrategias que resultan eficaces para controlar y contrarrestar la sobreactivación generadas por **el estrés y la ansiedad**. Es cierto que **todo cambio personal o ambiental implica una dosis de esfuerzo**, pero las mejoras que pueden obtenerse tanto en la convivencia como en nuestra salud y calidad de vida, bien merecen que al menos comencemos a intentarlo.

II. Depresión, Ansiedad y Trastorno Obsesivo Compulsivo como trastornos asociados al espectro del Síndrome de Tourette

Autora: Diana Vasermanas ©

Los síntomas que caracterizan al trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y a los trastornos del estado de ánimo, principalmente depresión, pueden presentarse a lo largo del ciclo vital de las personas afectadas por el ST.

Estos síntomas pueden preceder o acompañar a los tics, e incluso persistir aun cuando éstos no se manifiesten.

La aparición de estos trastornos contribuye al agravamiento de los tics y de las dificultades cognitivas, emocionales y sociales de las personas afectadas y de los integrantes de su entorno sociofamiliar.

En estos módulos se abordan las características del TOC y la depresión como trastornos asociados al ST, así como pautas y estrategias que contribuyan al objetivo de vivir y convivir con ellos.

1. Trastornos asociados al espectro del ST

Entre los trastornos que se han descrito como asociados al ST se incluyen:

- **Trastorno por déficit de atención con (o sin) hiperactividad (DAH):** Entre un 50% y 90% de pacientes. Se asocia a problemas de aprendizaje e impulsividad que pueden preceder a los tics y causar tanto demoras en el diagnóstico y adecuado tratamiento del ST, como mayor discapacidad que los tics por sí mismos.

Los pacientes con DAH presentan alteraciones en la “*función ejecutiva*”. Estas alteraciones neuropsicológicas se manifiestan a través de dificultades en el autocontrol, en la inhibición selección o mantenimiento de conductas adecuadas, y en la flexibilidad cognitiva, para la planificación y ejecución de estrategias para el afrontamiento y resolución de problemas.

Cabe destacar que los tics y la tensión premonitoria que se manifiestan en el ST pueden interferir en los procesos atencionales.

- **Trastornos de ansiedad:** ansiedad generalizada, fobias, trastornos de pánico, trastorno obsesivo compulsivo (TOC).
- **Trastornos del estado ánimo:** depresión, manía, hipomanía, trastorno bipolar.
- **Trastornos del espectro autista:** autismo y Síndrome de Asperger (presente, según algunos estudios, en aproximadamente un 10% de casos de ST).
- **Trastornos de la alimentación:** bulimia y anorexia nerviosa
- **Trastornos adictivos:** alcoholismo y abuso de sustancias.
- **Trastornos del sueño:** insomnio en sus diferentes modalidades; hipersomnias.
- **Trastornos de conducta:** trastorno del control de impulsos (TCI), violencia, autoagresividad.

2. La vinculación genética entre el ST y algunos de los trastornos asociados

Si bien, según los criterios del DSM-IV, los tics vocálicos y motores constituyen el signo objetivable imprescindible para el diagnóstico del ST, actualmente se reconoce que las personas afectadas pueden presentar un conjunto de síntomas asociados de tipo psicopatológico, que se corresponde con trastornos afectivos, atencionales y conductuales.

Los datos y referencias históricas demuestran que las manifestaciones de estos trastornos son frecuentes y producen un gran malestar que puede llegar a superar al producido por los tics.

Los estudios realizados a partir de los años 70, tras las investigaciones de A. Shapiro y colaboradores han permitido obtener evidencias empíricas de que la presencia de ciertos síntomas de algunos de los trastornos mencionados en el punto anterior en pacientes con ST, no solo son atribuibles a reacciones ante las dificultades ocasionadas por el padecimiento de un trastorno crónico o ante las actitudes del medio social, sino que además podría existir una vinculación por la existencia de genes comunes, que favorecen la predisposición biológica a padecer estos trastornos.

En los antecedentes familiares de pacientes diagnosticados de ST se encuentran progenitores, abuelos, hermanos, hijos y parientes de segundo y tercer grado en los que la sintomatología de estos trastornos se ha manifestado de manera explícita, independientemente de que hayan sido diagnosticados en su momento, e incluso sin que estos síntomas fuesen acompañados por los tics fónicos y motóricos que caracterizan al ST.

3. Hipótesis etiológicas

Aún no se ha llegado a un acuerdo generalizado para explicar la existencia conjunta de los tics y los otros síntomas de trastornos psiquiátricos que se consideran asociados al ST. Para algunos esta asociación sintomatológica es casual.

Pero para otras teorías podría tratarse de un espectro de trastornos con un origen genético común, entre los que se incluyen el ST, el TOC, el DAH y la depresión que puede manifestarse clínicamente de distintas maneras.

Una tercera explicación considera que el ST puede constituir un factor de riesgo causal o precipitante de los trastornos asociados.

4. Los trastornos del estado de ánimo

La asociación entre ST y Depresión (unipolar o bipolar), es muy frecuente. Esta relación puede explicarse por la interacción de distintos factores:

- **Factores biológicos:** la existencia de déficit en los sistemas de la neurotransmisión cerebral (serotonina, dopamina y noradrenalina) y anomalías en circuitos neuronales entre estructuras del sistema límbico y la corteza cerebral, favorecen la predisposición biológica tanto para la aparición del ST como de factores depresivos.
- **Factores ambientales:** el aislamiento, las respuestas de rechazo, intolerancia e incluso hostilidad del medio social ante los tics y otros síntomas del ST, así como la sobrecarga y el estrés que suponen el padecimiento de un trastorno crónico, constituyen factores que aumentan el riesgo a padecer trastornos depresivos.
- **Factores de aprendizaje:** la teoría de “*Indefensión aprendida*”, de Selgman, explica que una historia personal en la que prevalecen situaciones de fracaso y frustración, a pesar de los intentos por conseguir los objetivos personales, favorecen la aparición de trastornos de autoestima, estados de disfonía y baja percepción de las posibilidades de éxito y eficacia.

Estos aspectos favorecen la aparición y cronificación de estados de desmotivación y sintomatología depresiva.

Como material complementario a este módulo se han seleccionado los fundamentos y ejercicios de *la Terapia de Beck* (precursor de la Psicología Cognitiva) para el afrontamiento y superación de síntomas depresivos.

5. Ansiedad y trastorno Obsesivo – compulsivo

Los pacientes con ST (tanto niños como adultos) presentan una mayor predisposición para el desarrollo de trastorno de ansiedad: ansiedad generalizada, ataques de pánico, ansiedad de separación, estrés postraumático.

El TOC es el trastorno de ansiedad más frecuente entre las personas afectadas por el ST existiendo un elevado porcentaje de tics en personas con síntomas obsesivo – compulsivo en sus familiares y viceversa.

Según investigaciones de la Universidad de Yale, el ST estaría relacionado genéticamente al TOC y existiría un mayor riesgo a padecer ST, TOC y tics crónicos en familiares de personas afectadas o diagnosticadas del ST. Existen diferencias entre el contenido y fenomenología de las obsesiones y compulsiones del TOC “puro” o idiopático y del TOC asociado al ST:

En el TOC “puro” predominan las obsesiones de contagio y contaminación, y las compulsiones rituales de limpieza y orden.

En el TOC asociado al ST predominan obsesiones con contenidos religiosos, sexuales, agresividad y compulsiones relacionadas con tocar, contar, coleccionar y verificar.

Los rituales que se realizan para neutralizar la Ansiedad producida por las obsesiones pueden requerir de la participación de otras personas (generalmente la madre o el padre si se trata de niños o jóvenes afectados), que suele cumplir funciones de reaseguración y tranquilización.

En algunos casos, es muy difícil establecer un límite claro entre tics complejos o abigarrados y compulsiones o rituales

III. La empatía o el arte penetrar en la mirada del otro

Para **Daniel Goleman**, prestigioso investigador sobre la Inteligencia Emocional, "la raíz del altruismo radica en la empatía, en la habilidad para comprender las emociones de los demás...". Pero ¿qué es la empatía y cómo se expresa?

El término empatía deriva del vocablo griego empatheia, utilizado por los teóricos de la estética para referirse la capacidad de "sentir dentro" o percibir la experiencia subjetiva de otra persona.

Para **Martín Hoffman**, la empatía o capacidad para ponernos en el lugar del otro, es el fundamento de la moral y de la actitud ética, ya que compartir la angustia, el sufrimiento o el peligro de quienes se hayan desvalidos, nos impulsa a ayudarlos y a actuar con altruismo.

La empatía nace del sentimiento de misericordia, que etimológicamente significa tomar la miseria humana y llevarla al propio corazón

La empatía va más allá que la simpatía: implica una compenetración con los sentimientos del otro, aunque no exista afinidad ni se comparta su forma de sentir, o se desconozcan las razones que lo llevan a actuar o pensar de una determinada manera.

1. Las bases de la empatía

El desarrollo de la empatía comienza en la temprana infancia, cuando los niños comprenden que son una entidad separada y que los sentimientos ajenos son diferentes a los propios. En esta época, los niños se sensibilizan hacia los sentimientos de los demás y procuran calmar o consolar a otros que sufren (ofreciéndoles,

por ejemplo, sus juguetes), y pueden imitar y aprender la forma en que los adultos reaccionan ante el sufrimiento ajeno.

2. Fundamentos biológicos de la empatía

La empatía no es exclusivamente un don espiritual: actualmente se está en condiciones de afirmar que **esta cualidad posee fundamentos biológicos**, que parecen responder a pautas filogenéticas, necesarias para nuestra especie.

Se han realizado investigaciones sobre el "**cerebro emocional**" en las que se localizan las bases neurológicas de la empatía. y se la relaciona con la actividad del lóbulo frontal derecho y con distintas regiones del hemisferio cerebral derecho y del **sistema límbico**.

Ciertas lesiones en estas aéreas del sistema nervioso pueden producir deficiencias en la capacidad de expresar las propias emociones o de comprender las de los demás.

Las bases biológicas de la empatía permiten suponer que **esta capacidad es necesaria para la supervivencia de los seres humanos** como especie, en tanto y en cuanto seamos capaces de comunicarnos emocionalmente para ayudarnos los unos a los otros.

El ejercicio de la empatía en relación a otras personas permite:

- Penetrar en la realidad de las personas, aunque provengan de otras culturas
- Reconstruir su historia, aunque no se hayan compartido sus experiencias.
- Sentir con ellas, aunque no se puedan sentir las mismas cosas.
- Comprender sus acciones y motivaciones, aunque se consideren inadecuadas.
- Percibir sus necesidades y privaciones, aunque nunca se las haya padecido.
- Sintonizar emocionalmente y VER EL MUNDO CON LOS OJOS DEL OTRO.

Lógicamente, no existe un solo modo de desarrollar y expresar la empatía. Esta característica personal puede variar de una persona a otra, y también puede adaptarse a las distintas circunstancias por las que en atravesase la relación de ayuda.

3. Podemos diferenciar cuatro formas de empatía:

- **La empatía facilitadora** implica proporcionar una interpretación distinta de los problemas del otro, para ayudarle a adquirir una nueva perspectiva.
- **La empatía afectiva** es la capacidad para transmitir a la otra persona que comprendemos sus sentimientos.
- **La empatía compartida** permite expresar el otro no está solo y que existen soluciones potenciales para sus problemas.
- **La empatía nutritiva** es la capacidad para transmitir seguridad y apoyo emocional.

No siempre es fácil desarrollar una actitud empática; en general nuestra tendencia natural ante alguien que nos confía sus problemas es darle consejos, soluciones inmediatas, minimizar la importancia de la situación, ponernos como ejemplo o desviar el diálogo hacia nuestras propias experiencias... pensando que así ayudamos y tranquilizamos al otro, cuando lo que intentamos, sin darnos cuenta, es huir de los problemas y de la ansiedad que produce enfrentarnos al sufrimiento y la incertidumbre.

4. Los principales inconvenientes para actuar empáticamente son:

- Dificultades para dejar a un lado las propias opiniones, gustos, y creencias.

- Falta de tiempo para escuchar al otro y analizar con él sus problemas.
- Temor a descubrir la propia vulnerabilidad en las experiencias de los demás.
- Reavivar heridas personales o experiencias dolorosas.
- Excesiva implicación afectiva con los sentimientos del otro.
- Dificultad para ser objetivo y desengancharse emocionalmente de la situación.

La experiencia y la formación adecuada contribuirán a la superación de estas dificultades y al desarrollo de *esta habilidad que nos permite penetrar en la mirada del que sufre y contemplar el mundo desde una historia y unos ojos diferentes.*

Diana Vasermanas ©

Psicóloga- Master en Terapia de Conducta

Socia de Honor y Asesora de ASTTA

Autora y Directora del Programa

IV. ANEXO: TÉCNICAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD.

Cuando notemos que estamos nerviosos, estresados o preocupados, podemos poner en práctica alguna o varias de las técnicas que aparecen a continuación para encontrarnos mejor y favorecer nuestro rendimiento.

1. LA RESPIRACIÓN ABDOMINAL

La respiración abdominal la podemos realizar en cualquier momento y en cualquier lugar. El único requisito para que tenga efecto es que aprendamos a realizarla de manera correcta. Por ello será importante que todos los días, se practiquen los ejercicios de respiración una o dos veces tal y como pone en la hoja de instrucciones.

Si realizamos la respiración abdominal en aquellas situaciones que pensamos que pueden ponernos nerviosos, o antes de exponernos a aquellas que sabemos que lo hacen, esta tendrá más efecto o será más rápida y eficaz que si la ponemos en práctica en el momento de mayor ansiedad o nerviosismo.

RECOMENDACIONES PARA LA PRACTICA DE LA RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA

- Buscar un lugar tranquilo y estar con ropa cómoda
- Se puede combinar con otras estrategias relajantes: imaginación, audición musical, etc.
- En ocasiones, durante o después de practicar la respiración algunas pueden sentirse sensaciones de mareo. Eso se llama **hiperventilación** y se produce por un ingreso excesivo de aire en los pulmones.

Para que esto no ocurra es importante seguir todas las indicaciones dadas. Si aun así os ocurre, no os preocupéis. Dejad de practicar la respiración y quedaros tranquilos. Si es muy fuerte el mareo podéis coger una bolsa y realizar unas cuantas inspiraciones para recuperaros.

Hay que practicar el ejercicio 1 o 2 veces al día y tratar de generalizarlo o aplicarlo a nuestra actividad diaria: Una de las ventajas de la respiración abdominal, es que cuando ya la hayáis practicado muchas veces, seréis capaces de realizarla en cualquier lugar o situación que os produzca ansiedad, nerviosismo o bloqueos (clase, trabajo, metro, avión...) aunque no se reúnan todas las condiciones del ambiente.

2. IMAGINACIÓN

La imaginación también puede ayudarnos a relajarnos. No a todos se nos da bien, ni conseguimos visualizar imágenes relajantes al primer intento; como la respiración, requiere un entrenamiento y práctica.

Es muy útil si se utiliza a la vez que la respiración. Muchas veces, nos ponemos a practicar la respiración, pero no conseguimos dejar de pensar en aquello que nos preocupa, nos pone nerviosos, o nos ha enfadado, y la respiración no tiene muy buenos resultados.

Podemos ir con nuestra imaginación a un lugar tranquilo y agradable como una playa, una montaña, visualizar el mar, el sol, una noche estrellada, incluso vernos haciendo un viaje o haciendo algo que nos guste.

3. DISTRACCIÓN

La distracción también es una técnica que nos puede ayudar cuando estamos nerviosos o estresados. Como hemos visto hace un momento, muchas veces, no podemos relajarnos porque no es fácil dejar de darle vueltas en la cabeza a un determinado tema. Otras veces, simplemente estamos con una alta ansiedad y no podemos reducirla.

Un tipo de distracción consiste en hacer cosas. es decir, podemos ponernos a practicar alguna actividad que nos guste (oír música, ver una película, jugar a un determinado juego, pintar...lo que a cada uno le pueda relajar y le guste) intentando centrar toda nuestra atención en esa actividad.

Otra distracción es la del pensamiento. Muchas veces no es fácil dejar la “mente en blanco”, o dejar de pensar en cosas que no queremos. Nos pueden ayudar los ejercicios de atención y distracción como: centrar la atención en un objeto, contar hacia atrás o de 3 en 3, intentar recordar que ropa llevaba alguien el día anterior o como era un determinado lugar que conocimos, etc.

4. LENGUAJE INTERNO

Cambio del pensamiento negativo por uno positivo: se puede utilizar por ejemplo cuando estamos ante un examen y nos ponemos nerviosos. Si analizamos la situación, nos daremos cuenta de que muchas veces además de una determinada sensación corporal, estamos teniendo pensamientos como “no voy a aprobar”, “no tengo ni idea”, “voy a suspender todo” ... ese tipo de pensamiento no favorecen en absoluto el rendimiento ni ayudan a sentirse relajado.

Será importante que cambiemos estos pensamientos negativos por otros positivos como, por ejemplo: “he estudiado así que lo puedo hacer”, “no voy a ponerme nervioso”, “voy a relajarme” ...

Autoinstrucciones: cuando estamos muy preocupados o nerviosos por algo, nos puede ayudar decirnos a nosotros mismos lo que le diríamos a un amigo o amiga que estuviese en la misma situación, para que se tranquilice, para que vea el lado bueno de las cosas y se anime a superarlas.

TIEMPO FUERA

Muchas veces nos encontramos discutiendo con alguien, o estamos muy nerviosos, o simplemente, el estar en un determinado lugar en un momento preciso nos pone nerviosos.

Esta técnica es muy útil para calmarnos y reducir nuestra ansiedad en este tipo de situaciones. Consiste en abandonar por un tiempo el lugar en el que nos encontramos, intentar relajarnos (podemos usar cualquiera de las otras técnicas) y cuando nos encontremos mejor volver al sitio donde nos encontrábamos si lo creemos oportuno o necesario.

Muchas veces, nosotros no nos damos cuenta de que esto es necesario, y pueden ser otras personas las que nos recomienden el tiempo fuera. Nosotros podemos aceptar esta propuesta de una forma asertiva entendiendo que será lo más conveniente para nosotros y los demás en ese momento y no tomarnos esto como un castigo o un agravio personal.

Alejandra Frega

Psicóloga- Master en Terapia de Conducta

Colaboradora de ASTTA

Responsable de los Talleres de Niños y Jóvenes