



UNIVERSIDAD
TÉCNICA DE
MANABÍ
Fundada en 1952

PSIDIAL
PSICOLOGÍA Y DIÁLOGO DE SABERES

Terapia racional emotivo conductual en sintomatología de ansiedad no clínica: diferenciación por sexo

Rational emotive behavior therapy in non clinical anxiety symptomatology: differentiation by gender

✉ *Darly Yomira Montes Rodríguez 

✉ Giorgy Augusto Sornoza Zavala 

Facultad de Posgrado, Universidad Técnica de Manabí, Portoviejo, Ecuador,
dmontes8420@utm.edu.ec, giorgy.sornoza@utm.edu.ec.

*Autor de correspondencia.

Recepción: 18 de enero de 2024 / Aceptación: 6 de agosto de 2024 / Publicación: 17 de octubre de 2024.

Citación/cómo citar este artículo: Bravo, A. y Gómez, R. (2024). Pacientes en proceso de recuperación por consumo de sustancias psicoactivas y el apoyo familiar. *Revista PSIDIAL: Psicología y Diálogo de Saberes*, 3(Edición Especial) 58-73. <https://doi.org/10.33936/psidial.v1iEspecial.6378>



e-ISSN 2806-5972

✉ revista.psidial@utm.edu.ec

REVISTA PSIDIAL: PSICOLOGÍA Y DIÁLOGO DE SABERES

Vol. 3 Edición Especial (58-73)

DOI: 10.33936/psidial.v1iEspecial.6378



Resumen

En esta investigación se describe la posible diferenciación en los resultados de la terapia racional emotivo-conductual en ambos sexos considerando las diferencias biológicas y socioculturales entre ellos y cómo esto influye en cómo responden a un enfoque terapéutico específico. Partiendo desde las diferencias biológicas y hormonales que diversos estudios describen como las causantes de las diferencias en la respuesta al estrés y la ansiedad entre ambos sexos debido a las disparidades hormonales, como los niveles de estrógeno y progesterona en las mujeres; que afectan la regulación emocional. Así mismo las diferencias cognitivas y emocionales ya que la terapia racional emotivo-conductual se basa en gran medida en el enfoque cognitivo y la reestructuración de pensamientos irracionales. En la historia se ha sugerido que hombres y mujeres pueden tener estilos de pensamiento y procesamiento emocional distintos, por lo tanto, es razonable suponer que pueden responder de manera diferente a las técnicas utilizadas en esta terapia. Y por último las experiencias y expectativas socioculturales: roles de género y expectativas sociales que afectan la expresión y la percepción de la ansiedad. Las presiones culturales para que los hombres sean fuertes y repriman sus emociones y por otro lado, las mujeres pueden sentirse más cómodas expresando emociones y buscando ayuda, lo que podría afectar en cómo se benefician de la terapia. Para esta revisión narrativa, se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases biomédicas como PubMed, PsycInfo, Scopus y ScienceDirect, a fin de examinar la evidencia actual más relevante de los últimos 5 años.

Palabras clave: Ansiedad; terapia racional emotivo-conductual; diferencias cognitivas; diferencias emocionales; sexo; cultura.

Summary

This study describes the potential differences in the outcomes of rational emotive behavioral therapy in both sexes, considering the biological and sociocultural differences between them and how this influences their response to a specific therapeutic approach. Starting from the biological and hormonal differences that several studies describe as the causes of differences in the response to stress and anxiety between both sexes due to hormonal disparities, such as estrogen and progesterone levels in women, which affect emotional regulation. Likewise, the cognitive and emotional differences since rational emotive behavioral therapy is largely based on the cognitive approach and the restructuring of irrational thoughts. Historically, it has been suggested that men and women may have different styles of thinking and emotional processing, therefore, it is reasonable to assume that they may respond differently to the techniques used in this therapy. And finally, the sociocultural experiences and expectations: gender roles and social expectations that affect the expression and perception of anxiety. The cultural pressures for men to be strong and repress their emotions and on the other hand, women may feel more comfortable expressing emotions and seeking help, which could affect how they benefit from therapy. For this narrative review, a bibliographic search was conducted in major biomedical databases such as PubMed, PsycInfo, Scopus and ScienceDirect, in order to examine the most relevant current evidence from the last 5 years.

Keywords: Anxiety; Rational Emotive Behavior Therapy; cognitive differences; emotional differences; gender; culture.

Introducción

Para contextualizar, el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, que significa estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo (Real Academia Española, 2014). Dicha definición se solapa con el término *angustia*, con el cual comparte su raíz etimológica (Pichot, 1999). Según estudios de revisión (Ansorena et al., 1983; Cattell, 1983; González, 1993), tal imprecisión terminológica se originó a partir de la traducción del vocablo alemán *angst*, incorporado por Freud en 1894.

Para un mejor entendimiento, es necesario diferenciar los términos ansiedad y miedo; en la literatura podemos encontrar que históricamente, se han utilizado tres criterios para hacer este contraste. El primero alude a la presencia o ausencia de un estímulo concreto, caracterizándose al miedo por la presencia de un objeto real amenazante, y a la ansiedad por la anticipación del peligro en ausencia de este. El segundo criterio se basa en el predominio sintomático, atribuyéndole al miedo síntomas motores de lucha o huida, y a la ansiedad, síntomas de paralización y sentimiento de incapacidad (Ansorena et al., Cobo & Romero, 1983; Cattell, 1983; González, 1993). El tercer criterio y en donde encontramos parte importante de la diferenciación es la proporcionalidad entre el estímulo y la respuesta, el miedo sería una reacción adecuada a la magnitud del peligro, mientras que en la ansiedad resultaría desproporcionada a este (Kielholz, 1987).

Respecto a las diferencias de sexo que pueden cambiar la respuesta frente a las esferas emocionales se sugieren en algunas investigaciones la comorbilidad previa, la predisposición genética, los rasgos de la personalidad, las hormonas sexuales, la reactividad endocrina frente al estrés, los sistemas de neurotransmisión y los determinantes neuropsicológicos (Grant & Weissman, 2009).

Las investigaciones existentes también confirman las diferencias de género en materia de salud mental. Por ejemplo, Smith, D. T., & Mouzon, D. M. (2018). Las mujeres tienen predominantemente síntomas internalizantes, a menudo debido a depresión y ansiedad, mientras que los hombres tienden a experimentar síntomas externalizantes (es decir, violencia o abuso de sustancias) (p. 78). Además, las mujeres buscan apoyo emocional para afrontar el estrés más que los hombres (Kelly, M. M., & Tyrka, A. R., 2018, p. 89). En cuanto a las diferencias de género en relación con la salud mental durante la pandemia de COVID-19, se encontraron pocos informes, ya que el período es demasiado limitado para acumular evidencia adecuada.

La terapia racional emotivo-conductual (TREC), se define como un sistema de terapia que ayuda a las personas a vivir mejor, a través del cual, puede minimizar sus problemas emocionales y sus conductas desadaptadas, lo que le permite autorrealizarse para tener una vida más plena y feliz. (Ellis y Bernard, 1990) La filosofía descrita por Ellis (1955) fue publicada inicialmente bajo el nombre de terapia racional (Ellis, 1958), sin embargo, ha ido evolucionando a través de los años, convirtiéndose posteriormente en terapia racional emotiva (TRE), hasta nuestros días en que se le conoce con el nombre de terapia racional emotivo-conductual (TREC). (Ellis y Bernard, 1994).

Así podemos indicar que se enfoca en identificar y cambiar patrones de pensamiento irracionales que pueden causar emociones negativas y comportamientos disfuncionales.

La TREC se ha utilizado para tratar una variedad de trastornos de ansiedad, incluyendo trastornos de ansiedad generalizada, trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos de pánico.

Ruiz et al. (citado en Pabuena, 2019) al referirse a la TREC precisa que, la TREC agrupa 4 formas de pensamiento irracional: demandas, catastrofismo, baja tolerancia a la frustración y depreciación. Esto último mencionado es parte del mundo emocional de los adultos tempranos que se enfrentan a una nueva realidad, así como a nuevos conflictos que demanda la vida adulta; nuestra población en particular vivencia varios cambios que pueden hacerles propensos a desarrollar signos y síntomas de ansiedad que pueden llegar a ser grandes obstáculos a la hora de enfrentar la vida diaria y la construcción de su futuro, es por esto que realizar una investigación de los tratamientos eficaces en ambos sexos considerando sus diferencias biológicas, psicobiológicas, sociales y personales se vuelve una necesidad imperiosa. En ese sentido, los objetivos de esta investigación buscan dimensionar a través de evidencia empírica disponible, el comportamiento y distribución diferencial de los trastornos ansiosos entre hombres y mujeres. Así como determinar el grado y dirección de asociación del sexo biológico con dominios específicos de ansiedad y respuesta terapéutica para el manejo de los síntomas.

Marco referencial

Ansiedad

Para contextualizar, el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, que significa estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo (Real Academia Española, 2014). Dicha definición se solapa con el término *angustia*, con el cual comparte su raíz etimológica (Pichot, 1999). Según estudios de revisión (Ansorena et al., 1983; Cattell, 1983; González, 1993), tal imprecisión terminológica se originó a partir de la traducción del vocablo alemán *angst*, incorporado por Freud en 1894.

Para un mejor entendimiento, y para realizar el correcto contraste de la ansiedad y otras experiencias emocionales, es necesario diferenciar los términos de ansiedad y estrés. El término estrés deriva del griego *stringere* que significa “provocar tensión”; aunque este término tiene una gran difusión y aplicación en medicina y psicología, parece no existir un acuerdo sobre su significado.

Según (Sierra et al., 2003), puede conceptualizarse desde tres perspectivas, la perspectiva fisiológica que consideró al estrés como una respuesta no específica del organismo ante las demandas del entorno, una reacción a un estímulo que altera su equilibrio fisiológico y un proceso adaptativo imprescindible para la supervivencia (Selye, 1980). La perspectiva centrada en la situación estimular, planteó al estrés como un estímulo externo aversivo capaz de superar las capacidades de afrontamiento del individuo.

La perspectiva transaccional considera al estrés como el producto de una relación dinámica y bidireccional entre el sujeto y el entorno, en constante interacción (Folkman, 1984). Siguiendo esta perspectiva teórica, Lazarus (1981) precisó que la evaluación que realizaba el sujeto a los acontecimientos estresantes como de sus propios recursos de afrontamiento determinaba la naturaleza del estrés.

Destacando lo mencionado, pude apreciarse así el solapamiento existente entre los términos estrés y ansiedad.

Sierra, J., et al. (2003). La perspectiva teórica que mejor logra diferenciarlas para Sierra et al. (2003) es la fisiológica, al definir al estrés como el resultado de la incapacidad del individuo frente a las demandas del entorno, y a la ansiedad como la reacción emocional frente a una amenaza manifiesta a nivel cognitivo. Otros autores que usaron esta perspectiva en sus estudios tenemos a James (1884, 1890) que puso especial interés por el sistema nervioso autónomo y somático, y formuló la teoría periférica de la emoción. Consideró que la emoción era una consecuencia más que un antecedente de los cambios corporales. La percepción de un estímulo biológicamente significativo genera cambios corporales fisiológicos y motores a los que denominó reacción emocional, y la percepción de esta produciría la experiencia emocional. Ordenó causalmente los distintos componentes de la emoción: *situación, reacción emocional y experiencia afectiva* (Cano Vindel, 1995). Planteó que cada emoción poseía un patrón visceral y motor diferencial -especificidad fisiológica- y que cada persona poseía características propias de expresión emocional, así como una gama distinta de objetos que la producen -especificidad individual-.

Ansiedad desde diferentes perspectivas y enfoques

Desde el enfoque psicodinámico el estudio de la ansiedad giró en relación con el análisis de la actividad intrapsíquica a partir del método introspectivo. Freud (1894) le otorgó un lugar central en el desarrollo de la teoría psicoanalítica postulando las conocidas tres teorías de la ansiedad. Partió de un modelo económico, que entendía la ansiedad como un proceso físico de excitación acumulada que busca su vía de descarga por medio de la vía somática, sin determinación psíquica y posteriormente en 1917 postuló que la acumulación de excitación se realiza por acción de la represión ante un impulso inaceptable que intentaba adquirir representación consciente.

El enfoque experimental motivacional se abocó a la conducta observable y sus relaciones con el entorno por medio de procesos de aprendizaje (Watson, 1976). Este enfoque utilizó el método experimental para explicar, predecir y modificar el amplio repertorio de conductas que posee el hombre (Chertok, 1995). En sus orígenes, el conductismo radical no negó la existencia de hechos internos como las emociones y sentimientos, pero rechazó que estos poseyeran causalidad en la conducta.

Para Watson (1919), la emoción era un patrón de reacción hereditario, de cambios fisiológicos del sistema visceral y glandular. En su teoría sobre *emoción y ansiedad* los pensamientos, ideas, expectativas, afectos y emociones eran considerados conductas privadas, cuyo acceso indirecto se realizaba por la verbalización de quien las experimentaba o por el efecto que tenían sobre la conducta que podía observarse, lo que se configuró como uno de los aportes más significativos en la delimitación y operacionalización del constructo ansiedad, que fue entendida como una respuesta emocional transitoria evaluable en función de sus antecedentes (estímulo), consecuencias (respuesta), y de su frecuencia y duración (Flores Bringas & Huamán Díaz, 2023).

Continuando con los enfoques que han intentado describir la ansiedad tenemos el psicométrica factorial que se le atribuye a Cattell (1958), donde se intentó aislar y medir el constructo ansiedad, valiéndose de diversas medidas psicológicas y de la técnica de análisis factorial. Cattell (1983) identificó y simplificó las múltiples relaciones entre variables consideradas teórica y experimentalmente como componentes de la ansiedad. Sus hallazgos permitieron cuestionar la validez factorial del constructo ansiedad tal como se había pensado hasta entonces.

Este autor manifestó que los estudios sobre ansiedad se habían centrado en el estudio de la ansiedad como una respuesta inmediata transitoria y fluctuante, que correlacionaba positivamente con ciertos síntomas fisiológicos como aceleración del ritmo cardíaco, tensión muscular, temblor, entre otros; mientras que las suyas habían puesto el foco en las diferencias individuales de las personas, entendiendo la ansiedad como una característica más o menos estable de la personalidad.

En sus estudios estableció dos factores diferenciables en la ansiedad que parecían tener un grado de independencia: ansiedad rasgo y ansiedad estado (Cattell & Scheier, 1961). La primera aludía a una tendencia relativamente estable de la personalidad a responder de forma ansiosa; la segunda a un estado emocional transitorio y variable en cuanto a intensidad y duración (Cattell, 1983). Estos rasgos psicométricos son particularmente parte esencial de este estudio.

Respecto al enfoque cognitivo se estudió la relación entre ansiedad y cognición dos sentidos opuestos. Por un lado, se estudió cómo las variables cognitivas podían favorecer o mantener una reacción de ansiedad; y por otro, cómo los estados de ansiedad modificaban distintas variables cognitivas e incluso interferían en la conducta del sujeto (Cano Vindel, 1989).

Bandura (1974, 1977, 1982) fue quien dio pie a la orientación cognitiva dentro del enfoque conductual, postulando a través de la teoría del aprendizaje social, que las acciones estaban reguladas por las expectativas del sujeto. Distinguió entre expectativas de autoeficacia y expectativas de resultado. Las primeras se referían a las creencias sobre la capacidad del individuo para llevar a cabo conductas de forma exitosa, y las segundas, a las estimaciones sobre el resultado que a su vez generaban otras conductas. Estos postulados son hoy en día base importante de varios de los modelos psicoterapéuticos más importantes.

A partir de la información resultante, se realizaba una nueva evaluación - reevaluación- del entorno y del individuo, la cual podía eliminar o aumentar la valoración previa; es decir las expectativas sobre su propia capacidad de realizar una acción/ conducta. Entendió la ansiedad como un estado subjetivo producto de la evaluación y reevaluación de estímulos internos y externos, cuyo resultado determinaba el tipo, intensidad y persistencia de la experiencia emocional. Cabe destacar que, a lo largo de esta investigación por el modelo psicoterapéutico escogido, pondremos esencial énfasis en estas premisas.

Sexo biológico y ansiedad

El sexo biológico se refiere a las características biológicas que definen a hombres y mujeres, principalmente relacionadas con genes, hormonas y anatomía (Johnson, 2021). Específicamente, el sexo biológico está determinado por la presencia de cromosomas sexuales XX (mujer) o XY (hombre), las gónadas sexuales (ovarios o testículos), los genitales internos y externos, los niveles hormonales, y características físicas secundarias que emergen durante la pubertad” (Johnson, 2021, p. 5). Se estima que, a nivel mundial, las mujeres tienen el doble de probabilidades que los hombres de tener un trastorno de ansiedad (McLean, 2009). Las estimaciones de prevalencia para los trastornos de ansiedad varían de un país a otro, con una prevalencia de 12 meses que oscila entre el 2 y el 4% en Italia y el 29,8% en México (McLean, 2009). Factores asociados a los trastornos, como ser mujer, la edad, menores recursos económicos, estar separado o viudo, consumo de alcohol, eventos estresantes en la infancia, comorbilidades médicas y antecedentes de enfermedad mental en los padres, han sido identificados (Gómez et al., 2016) (Zhuo, 2016). La ansiedad a menudo se asocia con la automedicación y el consumo excesivo de alcohol, así como de sustancias adictivas (Gómez et al., 2016) (Zhuo, 2016).

Según varias investigaciones las mujeres en edad reproductiva son más vulnerables a desarrollar trastornos de ansiedad que los hombres, aproximadamente entre 2 a 3 veces más. De hecho, el 17,5% de las mujeres frente al 9,5% de los hombres habían sufrido algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida; mientras que el 8,7% de las mujeres frente al 3,8% de los hombres habían padecido un trastorno de ansiedad en el último año (Alonso et al., 2004; Carrasco-Galán y Espinar-Fellmann, 2008).

Debemos tener en cuenta que el sexo biológico no sólo puede influir en la prevalencia de los trastornos mentales, sino también en las manifestaciones y expresión de los síntomas, la voluntad que se genere para solicitar asistencia médica o psicológica, el curso de la enfermedad e incluso la respuesta que pueda tener el individuo al tratamiento (Phillips y First, 2009; Wisner y Dolan-Sewell, 2009).

La Organización Mundial de la salud logró establecer que no se estaba poniendo atención a los determinantes específicos de cada sexo en los mecanismos que promueven y protegen la salud mental y fomentan la resistencia al estrés y a la adversidad (OMS, 2000). Así dos objetivos principales que se propuso esta entidad, fue empezar a recoger datos de la prevalencia y las causas de los problemas de salud mental en las mujeres, así como de los factores mediadores y protectores, para formular y poner en funcionamiento medidas de salud que atiendan las necesidades y preocupaciones concretas de las mujeres desde la infancia hasta la vejez (OMS, 2001).

En base a estudios biológicos a lo largo de la historia se han podido identificar una serie de factores que pueden dar explicación al predominio del sexo femenino en los trastornos de ansiedad, así como las diferencias que existen entre los sexos en otros trastornos psiquiátricos comunes.

Un grupo de estos factores serían los psicosociales y socioculturales que incluyen diferencias en el tipo de afrontamiento de la persona, rol sexual, pobreza, nivel educativo, estado civil, nivel de ingresos, apoyo social, aislamiento social, adversidades durante la infancia, cambios sociales, normas culturales y vulnerabilidad a la exposición y reactividad ante acontecimientos vitales estresantes.

Otros factores que pueden sugerir diferencias de sexo y en relación a la esfera emocional es la comorbilidad previa, la predisposición genética, los rasgos de la personalidad, las hormonas sexuales, la reactividad endocrina frente al estrés, los sistemas de neurotransmisión y los determinantes neuropsicológicos (Grant y Weissman, 2009). Aun así, entre los entendidos se considera que los factores psicosociales y socioculturales no pueden explicar todas las diferencias observadas entre ambos sexos, y dada la coherencia de los hallazgos en los distintos grupos culturales, la conclusión es que las diferencias de género en las tasas de los trastornos psiquiátricos son en gran parte psicobiológicas.

Según Dalla y Shors, (2009) aquí radica la importancia de evaluar cuales de los factores explicativos de las diferencias entre los sexos son de naturaleza biológica y cuáles de naturaleza social, nos permitirá conocer cuáles son inmutables y cuales no lo son. A pesar de la escasez de estudios, cada vez existen más pruebas sólidas de que existen diferencias entre ambos sexos respecto a la anatomía cerebral, la neuroquímica y los patrones de activación y respuesta a los estímulos ambientales, así como diferencias respecto a la fisiología y fisiopatología de otros sistemas corporales, diferencias que pueden influir en la etiología y el curso de los trastornos psiquiátricos (Altemus, 2009).

Los trastornos del estado de ánimo, como la depresión unipolar, el trastorno de ansiedad generalizada, los trastornos de ansiedad social y el trastorno de estrés postraumático (TEPT), se diagnostican con mayor frecuencia en mujeres que en hombres. Los síntomas y deficiencias asociados con estos trastornos también varían según el sexo. Varios estudios indican que los hombres que sufren de trastorno depresivo mayor (TDM) ven afectada su capacidad para trabajar o estudiar, incluyendo el funcionamiento social y cognitivo, mientras que las mujeres informan un mayor deterioro social (Kornstein et al., 2000). Los hombres suelen presentar más síntomas de ira y adicción en respuesta al TDM, junto con baja autoestima, disgusto por sí mismos y efectos cognitivos.

Las mujeres suelen presentar síntomas que incluyen anhedonia, alteraciones en el sueño y la conducta alimentaria, tristeza, llanto, somatización, hostilidad, sentimientos de inutilidad y una mayor incidencia de ansiedad comórbida. Los subtipos de depresión difieren según el sexo.

Las investigaciones existentes también confirman las diferencias de género en materia de salud mental. Por ejemplo, las mujeres tienen predominantemente síntomas internalizantes, a menudo debido a depresión y ansiedad, mientras que los hombres tienden a experimentar síntomas externalizantes (es decir, violencia o abuso de sustancias) (Smith DT, Mouzon DM). Además, las mujeres buscan apoyo emocional para afrontar el estrés más que los hombres (Kelly MM, Tyrka AR).

En cuanto a las diferencias de género en relación con la salud mental durante la pandemia de COVID-19, solo se encontraron unos pocos informes ya que el período es demasiado limitado para acumular evidencia adecuada.

Así también varios aspectos de la estructura cerebral se ven afectados simultáneamente por las diferencias nutricionales y sexuales. La reactividad al estrés y las respuestas de miedo están impulsadas por la amígdala, el eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal (HPA) y el hipocampo. La interacción entre el entorno nutricional y los factores estresantes también puede impulsar interacciones potenciales y generar un circuito de retroalimentación positiva de patrones de comportamiento alterados. El hipocampo es un componente clave del sistema límbico, el cual recibe la información, y constituye una de las diferencias más importantes en la respuesta ante los estímulos del día a día del sujeto.

Una de las definiciones de ansiedad se describiría como la experiencia de emociones o afectos negativos al pensar o realizar tareas (Ashcraft & Moore, 2009; Hembree, 1990). Fundamentalmente, la ansiedad genera un rechazo al temor con el que está relacionada, con la evitación de estímulos relacionados en su vida cotidiana (Hembree, 1990), así como con una menor motivación y confianza en uno mismo en los aspectos involucrados (Ashcraft, 2022). Dados estos efectos perjudiciales de la ansiedad y el impacto potencial que esto tiene en las acciones diarias, una pregunta importante es por qué las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de tener ansiedad.

Genética, estudios in vitro y sexo

Las células inmunes del cerebro que más se han estudiado son la microglía. Las microglías son macrófagos cerebrales y tienen una gran movilidad en su estado inactivo/ramificado cuando escanean el cerebro en busca de patógenos. La microglía pasa de un estado preparado/activado a un estado reactivo/ameboidea para matar y fagocitar cualquier cosa que se reconozca como peligrosa o no propia (Mor et al., 2012). La microglía tiene la capacidad de liberar citosinas pro o antiinflamatorias junto con especies reactivas de oxígeno cuando se activan.

Los datos de estudios post mortem en humanos sobre la relación entre la activación de la microglía y los trastornos del estado de ánimo son limitados, en parte, porque existe una relación más fuerte entre la activación de la microglía y el suicidio, independientemente del tipo de trastorno psiquiátrico. Estudios que examinaron tejido de pacientes con esquizofrenia, trastornos afectivos o sin antecedentes de un trastorno psiquiátrico que se suicidaron informaron una mayor activación de la microglía (Hawton & Van Heeringen, 2009). La mayoría de los suicidios exitosos fueron cometidos por hombres, por lo que cualquier estudio que no controle el sexo del sujeto y/o el tipo de síntoma, diagnóstico, o forma de relacionarse con la esfera afectiva tendrá un sesgo masculino, lo que puede nublar aún más la relación entre la ansiedad y la activación de la microglía si existen diferencias de sexo.

Un estudio reciente examinó las diferencias a gran escala en la expresión genética en múltiples enfermedades mentales y demostró que los módulos transcripcionales asociados con la diferenciación de astrocitos y microglia estaban regulados positivamente en el tejido cortical de pacientes con trastorno bipolar, autismo y esquizofrenia, pero no estaban regulados significativamente en pacientes con TDM (Nelson & Lenz, 2018). Sin embargo, el mismo estudio mostró una regulación positiva específica del TDM de genes asociados con las interacciones entre citocinas y la actividad hormonal, lo que sugiere que existen diferentes patrones de regulación, pero tal vez no de activación de la microglía.

Los estudios en animales indican que existen diferencias de sexo en la microglía, particularmente durante el desarrollo (Nelson & Lenz, 2018). El micro bioma influye en el desarrollo de la microglía, específicamente en el sexo, en el útero. En el período embrionario, los descendientes masculinos de madres libres de gérmenes tenían perfiles de transcriptoma de microglia alterados con más de 1000 genes que diferían de los descendientes masculinos de madres con microbiota estándar, mientras que solo 20 genes estaban regulados diferencialmente en las hembras.

Los efectos se revirtieron en la edad adulta: las mujeres nacidas de madres libres de gérmenes tenían 500 genes expresados de manera diferente en su microglía, mientras que sólo 26 genes diferían en los hombres. Esto contrasta con lo que se encuentra en el cerebro prenatal de los roedores, en el que los machos tienen más microglía preparada. La exposición al estrés agudo o crónico aumentó la proporción de microglia ramificada; En mujeres, pero no en los hombres, lo que significa que el estado de activación femenino cambió a un perfil antiinflamatorio después de la exposición al estrés.

Incluso cuando la microglía en las mujeres se activaba en el mismo grado que en los hombres, sus efectos sobre el comportamiento relacionado con el estado de ánimo no eran los mismos (Nemeth CL & Reddy R, 2014). Las ratas macho y hembra expuestas a un accidente cerebrovascular microembólico tuvieron diferentes respuestas relacionadas con la ansiedad después de la recuperación. En los hombres, hubo cierta evidencia de que la activación de la microglía impulsa la ansiedad inducida por el estrés a través del reclutamiento de monocitos que expresan IL-1 β (McKim DB & Weber MD, 2014). Estudios recientes también han demostrado un papel en el aumento de la actividad fagocítica y la proliferación de microglía en ratones macho expuestos al estrés por derrota social. Se necesitarán más investigaciones futuras para determinar si estos efectos sobre la microglía son específicos del sexo.

Diferencias de sexo: respuesta a los tratamientos

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son la primera línea de tratamiento tanto para la depresión unipolar como para los trastornos de ansiedad, aunque son ansiogénicos al inicio del tratamiento (para una revisión, ver ref. 233). La remisión ocurre en el 40% de la población después del tratamiento inicial y en aquellos que reciben tratamientos sucesivos la tasa acumulada de remisión es 67% (Rush, et al., 2006).

Las mujeres en edad reproductiva con depresión y ansiedad tienen una mayor tasa de remisión cuando se tratan con ISRS, como la sertralina, mientras que los hombres y las mujeres posmenopáusicas responden mejor a los antidepresivos tricíclicos, incluida la imipramina. También hay pruebas de que los inhibidores de la monoaminooxidasa son el tratamiento más eficaz para la depresión atípica, que es más común en mujeres que en hombres (Quitkin, Stewart, & McGrath, 2014). Es por ello que es importante realizar estudios con perspectiva de sexo, dándole mejores resultados a los pacientes y que perduren a largo plazo. Las terapias con un enfoque general de sexo, sin tomar en cuenta factores psiquiátricos, biológicos y sociológicos conducirán al fracaso de la terapia psicológica. La mejor manera de tratar al paciente es catalogándolo con etiquetas específicas y con ayuda de los estudios previos se lograría los resultados deseados en psicoterapia.

Terapia racional emotivo conductual

La Terapia Racional Emotiva en sus siglas (REBT) es una de las formas de psicoterapia que más relevancia e importancia han tenido dentro del campo de la psicología, cuyo objetivo no es eliminar las emociones, sino que estas sean más apropiadas, positivas y realistas. Razón por la cual existen múltiples estudios que buscan establecer su eficacia en el tratamiento de distintos trastornos como; en la depresión, ansiedad, TDAH, entre otros.

La Terapia Racional- Emotivo Conductual (Ellis, 1993) manifiesta que las personas sufren alteraciones a nivel psicológico debido a las interpretaciones irracionales no confirmadas de su realidad y que suelen ser absolutistas, punitivas, desesperanzadoras y auto derrotistas. Dicha irracionalidad se basa en la escasa variedad, multiplicidad, diferenciación, alternativismo y elección presente en las evaluaciones de los eventos incómodos de su vida (Ellis, 1994, 1995, 2001, 2002; Dryden, 2009).

El TREC persigue como objetivo principal que la persona tome conciencia del problema emocional y vea su parte de responsabilidad en la creación y mantenimiento del mismo como resultado de su propio sistema de creencias. Es decir, como sus pensamientos pueden gestionar esa forma específica de reaccionar ante ello, y a su vez generar otro esquema completo de esa experiencia emocional.

Remarca el hecho de que son las creencias irracionales las que generan la mayor parte de los problemas emocionales y conductuales, y que el cambio consistirá en la creación y desarrollo de nuevas creencias racionales efectivas. Y para que estas sean efectivas y productivas para el ser deben estar cargadas de una dosis de realidad y positivismo, con esto no nos referimos a un positivismo excesivamente alejado de la realidad sino expuesto a través del reconocimiento del entorno y los recursos positivos del individuo para enfrentar una situación.

El objetivo de esta terapia es: enseñar y mostrar al sujeto las consecuencias de sus actos; las causas de sus emociones y el aprendizaje de una forma diferente de pensar y por lo tanto de manejar sus emociones y actos, implica encontrar una forma de pensar más adecuada, razonable ante situaciones de la vida cotidiana.

La terapia Racional Emotiva enseña a modificar, a evaluar el entorno de tal manera que permite al ser humano permanecer con un poco más de calma y satisfacción. (Ibañez, E., Onofre, G. y Vargas, J. 2012).

El modelo terapéutico denominado ABC se puede considerar, dentro de la TREC, como un marco de referencia muy amplio en donde se pueden conceptualizar los problemas psicológicos de los pacientes. El modelo ABC de la conducta fue descrito por Ellis en el año 1962. En este modelo se expone que hay: A. Acontecimiento activador o Adversidad: Situación o hecho ante los cuales nos hemos perturbado. B. Creencias: Los pensamientos que hemos tenido sobre dichos acontecimientos y que son reflejo de creencias o filosofías profundas de vida. C. Consecuencias emocionales y conductuales: Cómo nos hemos sentido y comportado como consecuencia de nuestras creencias sobre dicho acontecimiento, ósea el resultado de la interpretación que el individuo hace de A.

Metodología (Materiales y métodos)

La metodología de esta investigación consiste de un enfoque cualitativo ya que se plantea como un objetivo fundamental describir las diferencias en base al sexo de los mecanismos de respuesta biológicos, cognitivos y emocionales de la ansiedad. Tiene un alcance descriptivo, ya que se presenta información relevante en relación a la prevalencia, factores de riesgo, manifestaciones clínicas y opciones de tratamiento para los trastornos de ansiedad, estableciendo comparaciones entre hombres y mujeres.

Para la presente revisión bibliográfica se realizó una búsqueda en las principales bases de datos biomédicas como PubMed, PsycINFO, Scopus y ScienceDirect con el fin de identificar estudios relevantes publicados de los últimos 5 años en un porcentaje considerable a fecha. Se utilizaron términos relacionados con “ansiedad”, “diferencias de sexo”, “factores de riesgo”, “terapia cognitivo conductual” y “terapia racional emotivo conductual”. También se llevó a cabo una búsqueda manual de la bibliografía de los estudios seleccionados.

Los criterios de elegibilidad fueron: 1) estudios en humanos, 2) publicados en inglés o español, 3) que reportaran datos cuantitativos sobre prevalencia, factores de riesgo, sintomatología, respuesta al tratamiento, o resultados de terapias psicológicas para los trastornos de ansiedad, y 4) que presentaran comparaciones por sexo. Se excluyeron revisiones narrativas, reportes de caso, comunicaciones a congresos y estudios preclínicos o con animales.

Asimismo, el estudio busca establecer el grado de asociación existente entre el sexo biológico y diferentes aspectos de los trastornos de ansiedad, como la presentación sintomatológica, respuesta al tratamiento farmacológico y eficacia de la terapia cognitivo-conductual. Por lo tanto, esta revisión tiene un corte transversal al reunir y sintetizar hallazgos de diversos estudios previos publicados en torno al tema base y presenta un alcance correlacional, en el sentido que la variable principal es el sexo biológico y se explora su relación con múltiples aristas relevantes en los trastornos de ansiedad.

Análisis

Los resultados de esta revisión sugieren que existen diferencias relevantes entre hombres y mujeres tanto en la prevalencia como en los síntomas y expresión de la ansiedad. Varios factores biológicos y psicosociales podrían explicar estas diferencias.

En cuanto a los factores biológicos, las hormonas sexuales como los estrógenos y la progesterona tienen un efecto en la regulación emocional y respuesta al estrés de las mujeres, lo que influye en la manifestación de la ansiedad. También existen distinciones en la estructura y funciones cerebrales entre ambos sexos, especialmente en áreas claves para las emociones como la amígdala e hipocampo.

Respecto a los factores psicosociales y culturales, los roles de género determinan que los hombres tienen mayor dificultad para expresar sus emociones y buscar ayuda por ansiedad. Las normas sociales también pueden provocar que la ansiedad tenga distintas formas de manifestarse en cada sexo. En cuanto al tratamiento con terapia racional emotivo conductual, los estudios disponibles al momento muestran que puede ser efectiva tanto en hombres como mujeres. Sin embargo, muy pocos estudios evalúan diferencias en la respuesta al tratamiento entre sexos. Según la evidencia actual, no hay conclusiones definitivas sobre si la terapia racional emotivo conductual (TREC) funciona mejor en hombres o mujeres. Se necesitan más estudios al respecto.

Por ejemplo; un metanálisis publicado en 2017 que examinó la eficacia de la terapia racional emotivo conductual (TREC) en función del sexo encontró que esta terapia era más efectiva para disminuir la ansiedad en mujeres que en hombres. Específicamente, en este metanálisis las mujeres mostraban una mayor reducción de los síntomas de ansiedad luego del tratamiento con TREC en comparación a los hombres. Los autores sugieren que se necesitan más estudios para entender los mecanismos subyacentes a esta disparidad de género en la respuesta a la TREC para la ansiedad (González-Fernández et al., 2017).

Sin embargo, un estudio reciente de Scott, Sanderson y Saklofske (2021) no halló diferencias significativas en la efectividad de la TREC entre hombres y mujeres para reducir síntomas depresivos y ansiosos. Este ensayo controlado aleatorio encontró una mejoría similar en ambos sexos luego del tratamiento con TREC (Scott et al., 2021). No obstante, algunos estudios cualitativos previos sí sugieren que pueden existir ciertos obstáculos en los hombres para beneficiarse completamente de la TREC, como una mayor dificultad para expresar emociones abiertamente debido a estereotipos de género tradicionales (Sanderson & Scott, 2020).

Conclusiones

En conclusión, esta revisión narrativa destaca la existencia de diferencias de sexo biológico tanto en la prevalencia como en la expresión sintomática, respuesta farmacológica y resultados de tratamientos psicoterapéuticos en los trastornos de ansiedad. Los factores psicobiológicos junto con las influencias socioculturales podrían explicar en parte estas disparidades entre hombres y mujeres.

Así se evidencia la necesidad de más estudios con enfoque de género y mayor representación y descripción de las esferas de sexo masculino y femenino que exploren los mecanismos subyacentes y permitan optimizar los abordajes terapéuticos considerando estas variaciones por sexo.

Son estas diferencias en los sexos las que dan inicio al planteamiento de este tema, en donde la eficacia del tratamiento de corte cognitivo-conductual sería de gran aporte y utilidad para los tratamientos de salud mental. Los hallazgos analizados brindan implicaciones relevantes para una praxis clínica sensible al género en el manejo personalizado de los trastornos de ansiedad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés en la presente publicación en ninguna de sus fases.

Referencias Bibliográficas

- Altemus, M., Sarvaiya, N., & Neill Epperson, C. (2018). Sex differences in anxiety and depression: *Clinical perspectives. Frontiers in Neuroendocrinology*, 35, 320–330. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2014.05.004>
- Arenas, M. C., & Puigserver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de psicología*, 3(1), 20–29. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092009000300003
- Bernad, B. M., & Adán, J. C. M. (2023). Algunas diferencias biológicas y psicosociales en la salud de mujeres y hombres. *Encuentros multidisciplinares*, 25(74), 16. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9067520>
- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. (2004). Psychiatric diagnoses and suicide: *Revisiting the evidence. Crisis*, 25(4), 147–155. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.25.4.147>
- Ccasa, J. P., Echenique, N. S., & Zarate, P. (2017). Revisión Bibliográfica de la Efectividad de la Terapia Racional Emotiva Conductual (REBT) Literature Review of the Effectiveness of Therapy Rational Emotive Behavior (REBT). https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/r_psicologia/article/view/934
- Flores Bringas, J. S., & Huamán Díaz, C. Y. (2023). Estrés laboral y ansiedad en colaboradores de la municipalidad del Distrito de Baños del Inca, Cajamarca 2022. Universidad Autónoma de Ica. <https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/20.500.14441/2181>
- González-Fernández, S., Pérez-Álvarez, M., & Fernández-Rodríguez, C. (2017). Sex differences in the efficacy of cognitive-behavioral therapy for anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 50, 43–58. doi: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.06.007>.

- Ibáñez Reyes, E. J., Onofre Pérez, G., & Vargas Flores, J. D. J. (2012). Terapia racional emotiva: una revisión actualizada de la investigación. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 15(4). <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/34790>
- Johnson, A. M. (2021). Sex versus gender: Understanding the biological, social, and psychological differences. *Journal of Gender Studies*, 15(2), 1-10. <https://doi.org/10.1080/09589236.2019.1670292>
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 169–184. <https://doi.org/10.1002/mpr.1359>
- Lenz, K. M., & Nelson, L. H. (2018). Microglia and beyond: innate immune cells as regulators of brain development and behavioral function. *Frontiers in immunology*, 9(13), 698. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2018.00698>
- Kuaik, I. D., & De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: revisión y delimitación conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16(1), 42-50. <https://doi.org/10.18774/0719-448x.2019.16.1.393>
- Lega, L., Sorribes, M. C. F., & Calvo, M. (2017). *Terapia Racional Emotiva Conductual*. Ediciones Paidós.
- Passolunghi, M. C., Caviola, S., De Agostini, R., Perin, C., & Mammarella, I. C. (2016). Mathematics Anxiety, Working Memory, and Mathematics Performance in Secondary-School Children. *Frontiers in psychology*, 7(42). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00042>
- Nassar Cahuas, T. (2022). Terapia Racional Emotiva Online en un caso de ansiedad de un centro de psicoterapia especializado. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/11785>
- Nemeth, C. L., Reddy, R., Bekhbat, M., Bailey, J., & Neigh, G. N. (2014). Microglial activation occurs in the absence of anxiety-like behavior following microembolic stroke in female, but not male, rats. *Journal of neuroinflammation*, 11, 174. <https://doi.org/10.1186/s12974-014-0174-7>
- Pierce, M., Hope, H., Ford, T., Hatch, S., Hotopf, M., John, A., et al. (2020). Mental health before and during the COVID-19 pandemic: A longitudinal probability sample survey of the UK population. *The Lancet Psychiatry*, 7, 883–892. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30308-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30308-4).

- Rush, A. J., Fava, M., Wisniewski, S. R., Lavori, P. W., Trivedi, M. H., Sackeim, H. A., Thase, M. E., Nierenberg, A. A., Quitkin, F. M., Kashner, T. M., Kupfer, D. J., Rosenbaum, J. F., Alpert, J., Stewart, J. W., McGrath, P. J., Biggs, M. M., Shores-Wilson, K., Lebowitz, B. D., Ritz, L., Niederehe, G., ... STAR*D Investigators Group (2004). Sequenced treatment alternatives to relieve depression (STAR*D): rationale and design. *Controlled clinical trials*, 25(1), 119–142. [https://doi.org/10.1016/s0197-2456\(03\)00112-0](https://doi.org/10.1016/s0197-2456(03)00112-0)
- SAMHSA. (2018). National Survey on Drug Use and Health (NSDUH). US Department of Health & Human Services. [Enlace: <https://www.samhsa.gov/data/data-we-collect/nsduh-national-survey-drug-use-and-health>] 25/08/2023
- Scott, S. B., Sanderson, K., & Saklofske, D. H. (2018). Sex differences in anxiety symptoms in a non-clinical sample. *Journal of Individual Differences*, 39(1), 50-56. doi: <https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000246>.
- Scott, S. B., Sanderson, K., & Saklofske, D. H. (2021). Efficacy of rational emotive behavior therapy for anxiety and depression: Gender differences. *Journal of Rational-Emotive Cognitive-Behavior Therapy*, 39(4), 315-331. <https://doi.org/10.1007/s10942-021-00406-0>
- Sramek, J. J., Murphy, M. F., & Cutler, N. R. (2016). Sex differences in the psychopharmacological treatment of depression. *Dialogues in clinical neuroscience*, 18(4), 447–457. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2016.18.4/ncutler>
- Cano-Vindel, A. (1995). Orientaciones en el estudio de la emoción. En E. G. Fernández Abascal(Ed.),Manual de Motivación y Emoción (pp. 337–383). Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces.
- Ystgaard, M., Arensman, E., Hawton, K., Madge, N., van Heeringen, K., Hewitt, A., de Wilde, E. J., De Leo, D., & Fekete, S. (2009). Deliberate self-harm in adolescents: comparison between those who receive help following self-harm and those who do not. *Journal of adolescence*, 32(4), 875–891. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2008.10.010>

Contribución de Autores

Autor	Contribución
Darly Yomira Montes Rodríguez	Toma de los datos, redacción del documento, discusión de resultados, introducción,
Giorgy Sornoza Zavala	resumen y revisión