

**Más allá del estrés y las emociones:  
desórdenes emocionales,  
psicofisiológicos otros problemas  
crónicos de salud**

Antonio Cano Vindel

Esperanza Dongil Collado

Sociedad Española para el Estudio de la  
Ansiedad y el Estrés (SEAS)



**SEAS**

# Emociones, trastornos mentales y condiciones físicas

- Las reacciones emocionales negativas o desagradables, como la ansiedad, constituyen respuestas adaptativas ante situaciones relevantes y con posibles consecuencias adversas para el individuo (i.e., una posible amenaza para sus intereses, como la inseguridad en el empleo, que genera ansiedad)
- Estas respuestas de ansiedad están mediadas por procesos cognitivos, forman parte de nuestra vida cotidiana y por lo general nos ayudan a adaptarnos; sin embargo, también están presentes en el desarrollo de diferentes desórdenes mentales o condiciones físicas

# Emocionalidad negativa y trastornos mentales

- Entre los trastornos mentales que están asociados con emocionalidad negativa, especialmente ansiedad y tristeza-depresión, o con estrés, están bien documentados
  - los **trastornos adaptativos** de tipo ansioso, depresivo, o mixtos (Hyodo et al., 1999; Illescas-Rico, Amaya-Ayala, Jiménez-López, Caballero-Méndez, & González-Llaven, 2002),
  - la mayoría de los **trastornos de ansiedad**, como el trastorno de pánico, trastorno de estrés agudo, trastorno de estrés postraumático o fobia social (Beesdo, Knappe, & Pine, 2009; Clark, Rodgers, Caldwell, Power, & Stansfeld, 2007),
  - algunos **trastornos del estado de ánimo**, sobre todo trastorno depresivo mayor o distimia (Wittchen, Beesdo, Bittner, & Goodwin, 2003),
  - trastornos por **consumo de sustancias**, como el abuso, dependencia, síndrome de abstinencia y otros trastornos mentales derivados del consumo (Wood, Cano-Vindel, Iruarrizaga, Dongil, & Salguero, 2010),
  - así como algunas **disfunciones del sueño** (Magee & Carmin, 2010), **sexuales** (Dunn, Croft, & Hackett, 1999), o de la **alimentación** (Swinbourne & Touyz, 2007).

# Los desórdenes emocionales

- Los desórdenes de ansiedad y del estado de ánimo (depresiones) son los dos tipos de trastornos mentales más frecuentes
- Los trastornos adaptativos, tanto de tipo ansioso, depresivo o mixto, están peor definidos, pero su prevalencia se considera alta
- La revisión sistemática y el análisis de la literatura científica sobre los desórdenes emocionales, DE (trastornos de ansiedad, del estado de ánimo –trastorno depresivo mayor y distimia-, trastorno adaptativo de tipo ansioso, depresivo, o mixto), revela que existe una asociación entre altos niveles de estrés y emocionalidad negativa (ansiedad y tristeza, especialmente) en estos desórdenes
- En su origen, muchos de estos trastornos están íntimamente relacionados con factores psicosociales, como por ejemplo, condiciones laborales adversas (estrés laboral), desempleo, divorcio, o falta de apoyo social que provocan reacciones emocionales negativas como la ansiedad, las cuáles junto con el estrés, activan al individuo para afrontar los problemas
- Cuando persisten las condiciones negativas, se puede iniciar un proceso que podría llegar a generar una disfunción e incluso diversas patologías a lo largo del tiempo

# Relaciones entre emocionalidad negativa y trastornos de ansiedad

- No existen muchos datos sobre diferencias interculturales en emocionalidad negativa y su relación con trastornos emocionales
- En España, la experiencia de emociones negativas, concretamente de tensión (11%), agotamiento (7%) y cansancio (15%), es similar o ligeramente inferior a la media europea (15%, 13% y 20%, respectivamente) según el Eurobarómetro sobre la Salud Mental y el Bienestar (Unión Europea, 2010)
- A su vez, la prevalencia de trastornos de ansiedad es también similar o ligeramente inferior en nuestro país (Haro et al., 2006): la prevalencia en los últimos 12 meses en Europa es de 6,4% para los trastornos de ansiedad (5,9% para España)
- España presenta una menor emocionalidad negativa que Francia (el 65% de los españoles se siente agotado "nunca" o "raramente", frente al 48% de los galos) y una prevalencia de trastornos de ansiedad en los últimos 12 meses que es la mitad que en nuestro país vecino (12%)

# Estrés, activación y malestar psicológico

- El estrés, al igual que las emociones, es también un proceso adaptativo que genera una respuesta más rápida, enérgica o ágil a las demandas de la situación en la que se genera dicho proceso, aumentando la activación a nivel cognitivo, fisiológico y conductual
  - este proceso de activación en principio es adecuado para dar respuesta a las demandas del medio
  - pero frecuentemente puede provocar reacciones emocionales negativas y malestar psicológico

# Estrés laboral y desórdenes mentales

- El estrés laboral elevado (Paoli, 1997)
  - además de producir síntomas iniciales (como dolores de espalda, 30%; estrés, 28%; fatiga general, 20%; dolores musculares, 17%; dolores de cabeza, 13%; irritabilidad, 11%; problemas de visión, 9%; insomnio, 7%; ansiedad, 7%; así como otros síntomas menos frecuentes),
  - multiplica por dos la probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo en jóvenes que no padecían previamente estos desórdenes (Melchior et al., 2007),
  - y aumenta la probabilidad de consumir fármacos psicoactivos.
- Así, en algunos estudios, la tensión laboral está asociada con estos trastornos de salud mental y predice el uso de medicación antidepresiva (Virtanen et al., 2007)

# Condiciones laborales adversas, síntomas y desórdenes

- En general, condiciones laborales adversas y la falta de apoyo social predicen
  - el inicio de sintomatología subclínica ansiosa y depresiva (Andrea, Bultmann, van Amelsvoort, & Kant, 2009),
  - peor salud autoinformada, tanto física como mental (trastornos de ansiedad y depresión), y un mayor riesgo para desarrollar un diagnóstico de estos trastornos (D'Souza et al., 2003; Strazdins et al., 2010),
  - que se va sustanciando a lo largo del tiempo (Samuelsson, McCamish-Svensson, Hagberg, Sundstrom, & Dehlin, 2005)



# Estrés familiar, síntomas, desórdenes y psicofármacos

- El estrés familiar (adversidades) y la falta de apoyo social, guardan también una estrecha relación con los problemas emocionales, como el dolor de cabeza, el inicio de DE y el consumo de psicofármacos, de manera que en los países con menor número de adversidades familiares hay una menor prevalencia de dolores de cabeza y DE (Lee et al., 2009)
- En España (Codony, Alonso, Almansa, Vilagut, Domingo, Pinto-Meza, Fernández et al., 2007; Haro et al., 2006), el grupo de personas previamente casadas y ahora separadas presenta una mayor probabilidad de sufrir un trastorno de ansiedad en el último año (7,1%) que las personas que continúa con su pareja (5%)
- A su vez, el primer grupo consume más fármacos psicotrópicos, 28,5% en los últimos 12 meses, que el de casadas en la actualidad (16,1%)
- Por otro lado, el porcentaje de cuidadoras de familiares con dependencia que consumen fármacos psicoactivos asciende al 37,1% (Pérez Peñaranda et al., 2009).

# Desempleo y desórdenes emocionales

- Aunque se estudia más la influencia del estrés laboral, el desempleo es también un estresor importante que constituye un factor de riesgo para sufrir problemas de salud (Jin, Shah, & Svoboda, 1995)
- En España, los desempleados tienen una probabilidad mayor (Haro et al., 2006) de tener algún trastorno de ansiedad (Odds Ratio OR=2,2), un trastorno depresivo (OR=2,2), o un trastorno por consumo de sustancias (OR=1,8), en los últimos 12 meses

# Estrés crónico y proceso psicopatológico (pánico)

- El estrés crónico tiende a favorecer la aparición de reacciones de ansiedad cada vez más intensas y frecuentes, que pueden llegar a constituir reacciones de pánico subclínico e incluso ataques de pánico, que están en la base de varios trastornos de ansiedad, especialmente el trastorno de pánico.
- Si no se trata a tiempo y de manera eficaz este desorden, el individuo suele comenzar a evitar aquellas situaciones que teme le pongan ansioso y puedan desencadenar nuevos ataques de pánico, lo que viene a desencadenar un nuevo trastorno, la agorafobia.
- Las personas con este cuadro clínico consumen en su mayoría (53%) psicofármacos, desde hace años, sin que remita el problema; en cambio, las técnicas psicológicas basadas en la evidencia científica son capaces de revertir este proceso

# Estrés traumático y proceso psicopatológico (TEPT)

- Las situaciones traumáticas, en las que está en juego la vida propia o de otras personas (estrés traumático), también pueden producir trastornos mentales, especialmente el trastorno por estrés agudo y el trastorno por estrés postraumático, que es más probable que lo desarrollen las personas que han reaccionado con un ataque de pánico
- Si bien existen diferencias en la probabilidad de desarrollar estos trastornos según el tipo de evento estresante, o el número de traumas sufridos (Darves-Bornoz et al., 2008), sin embargo dicha probabilidad también depende de las diferencias individuales en la forma de procesar el suceso traumático (Ehlers & Clark, 2000).
- Si no se atiende adecuadamente a las personas que sufren estos trastornos con técnicas eficaces de tratamiento (Ehlers et al., 2005; O'Donnell, Bryant, Creamer, & Carty, 2008) hay una tendencia a la cronificación y al desarrollo de nuevos desórdenes comórbidos, como la depresión y trastornos por consumo de sustancias.

# Estrés traumático, estrés vital, emocionalidad negativa y pánico

- En los atentados del 11-M de Madrid de 2004 un 10,9% de los ciudadanos de la población general había presentado un mes después de los atentados una sintomatología compatible con el diagnóstico de ataque de pánico
- A los 6 meses, un 8,8% presentó un probable trastorno de pánico en los últimos 6 meses
- Haber sufrido un ataque de pánico tras los atentados estuvo relacionado con sufrir un trastorno de pánico (OR=3,7) en algún momento
- Otros predictores fueron:
  - Haber sufrido 3 ó más estresores en el último año (OR=4,4)
  - Alta emocionalidad negativa (ansiedad, ira, depre) (OR=4,3)
  - Alta implicación emocional o sugestionabilidad (OR=3,5)

# Estrés traumático y proceso psicopatológico (pánico)

Table 3 (cont.). Logistic regression models predicting probable Panic Disorder (PD) at any wave

	PD at any wave		
	OR	95% CI	<i>p</i> value
Pre-traumatic variables			
Life stressors 12 months before the attacks			<.001
0	1		
1-2	1.1	0.6-2.1	
3 or more	<b>4.4</b>	2.2-8.8	
Personality traits			
Negative emotionality (anxiety, anger, depression)			<.001
Low	1		
Medium	1.8	0.9-3.6	
High	<b>4.3</b>	2.1-3.7	
Emotional implication			<.001
Low	1		
Medium	1.2	0.6-2.4	
High	<b>3.5</b>	1.6-7.2	
Peri-event panic attack			
No	1		<.001
Yes	<b>3.7</b>	2.1-6.4	

# Estrés traumático (EPT) y TEPT en Europa (ESEMeD)

- En el análisis univariado ajustado por el género, seis eventos potencialmente traumáticos (EPT) resultaron ser los más significativamente asociados con TEPT ( $p < .001$ ) entre los individuos expuestos a por lo menos un EPT
  - Haber sufrido violación (OR = 8.9)
  - Haber sido golpeado por el cónyuge o pareja (OR = 7.3)
  - Experimentar un evento privado no revelado (OR = 5.5)
  - Tener un hijo con una enfermedad grave (OR = 5.1)
  - Haber sido golpeado por un cuidador (OR = 4.5)
  - Haber sido acosado (OR = 4.2)
- El 63,6% estuvo expuesto al menos a un EPT a lo largo de la vida (60.5% mujeres; 67.0% varones); sin embargo, la prevalencia del TEPT en los últimos 12 meses en la muestra total fue de 1,1% (IC 95% = 1,0 a 1,3)
  - 0,5% en hombres y
  - 1,7% en las mujeres

# Factores de vulnerabilidad para el TEPT: 11-M

	OR	IC 95%
<b>Sexo</b>		
Varón	1,0	
Mujer	2,6	(1,4-4,9)
<b>Edad</b>		
≥60	1,0	
45-59	7,6	(1,7-33,4)
30-44	9,1	(2,1-40,2)
18-29	9,8	(2,3-42,7)
<b>Apoyo social</b>		
Alto	1,0	
Medio	0,8	(0,4-1,6)
Bajo	2,1	(1,1-4,2)
<b>Estresores vitales estresantes 12 meses antes del 11-M</b>		
0	1,0	
1 - 2	2,4	(1,1-5,2)
3 ó más	7,4	(3,3-16,4)
<b>Síntomas de pánico durante o justo después de los atentados</b>		
No	1,0	
Sí	8,2	(4,9-13,9)
<b>Ser testigo directo de los atentados</b>		
No	1,0	
Sí, en persona	2,9	(1,5-5,7)



# Estrés y consumo de psicofármacos

- Muchas personas que sufren estrés y van desarrollando progresivamente mayores niveles de ansiedad, malestar psicológico, insomnio, o somatizaciones y problemas de salud, terminan recibiendo un tratamiento de tipo farmacológico cuando acuden a AP
- Así, los trabajadores belgas con niveles mayores de estrés laboral tienen una probabilidad incrementada de consumir tranquilizantes (OR=1,9 para varones y OR=1,6 para mujeres), frente a los trabajadores que sufren menor estrés (Pelfrene et al., 2004)
- Sin embargo, como es lógico, el consumo de psicofármacos depende de otros muchos factores, como por ejemplo el país, pues Bélgica presenta un consumo de psicofármacos en el último año 4,2 veces menor que en España (3,8% vs. 16,0%), pero los trabajadores belgas presentan unos niveles similares o sólo ligeramente inferiores de estrés laboral (21,0% vs. 21,4%) y de ansiedad en el trabajo (6,6% vs. 8,4%) que los trabajadores españoles, según la IV Encuesta Europea de Condiciones del Trabajo (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2006)

# Estrés, consumo de nicotina y trastorno de pánico

- La literatura científica revisada muestra que
  - elevados niveles de estrés y síntomas depresivos (el rasgo de ansiedad está menos claro) favorecen el inicio del consumo, su mantenimiento y la dependencia de la nicotina, tanto en población adolescente como adulta y especialmente entre mujeres;
  - del mismo modo, se ha encontrado una estrecha relación entre el consumo de tabaco prolongado en el tiempo y el desarrollo posterior de ataques de pánico (OR=4), que a su vez es un predictor del desarrollo de otros trastornos de ansiedad, especialmente trastorno de pánico (OR=13) (Breslau y Klein, 1999)
  - la conducta de fumar precede al desarrollo de trastorno de pánico y no al revés

# Progresión de los trastornos emocionales, psicofisiológicos y condiciones físicas crónicas

- A largo plazo las personas con trastornos emocionales no resueltos tienden a presentar una probabilidad incrementada de sufrir otros trastornos mentales, como los trastornos por abuso de sustancias (Kessler, 2004; Kessler et al., 2011), así como trastornos físicos crónicos (Scott et al., 2007), cuya comorbilidad debería ser tomada en cuenta al planificar el tratamiento y normalmente no se atiende.
- La gran mayoría de los trastornos mentales se inician antes de la edad adulta, mientras que el inicio del trastorno adictivo secundario se produce, como promedio, una década después (Kessler, 2004).
- A su vez, las enfermedades físicas crónicas que son comórbidas con los trastornos emocionales (obesidad, diabetes, asma, artritis, úlcera, hipertensión, otros trastornos cardiovasculares, dolor crónico de cuello y espalda, dolor crónico de cabeza, o múltiples dolores) son mucho más frecuentes a una edad avanzada (Scott et al., 2007).

# Asociación de trastornos mentales con condiciones físicas crónicas

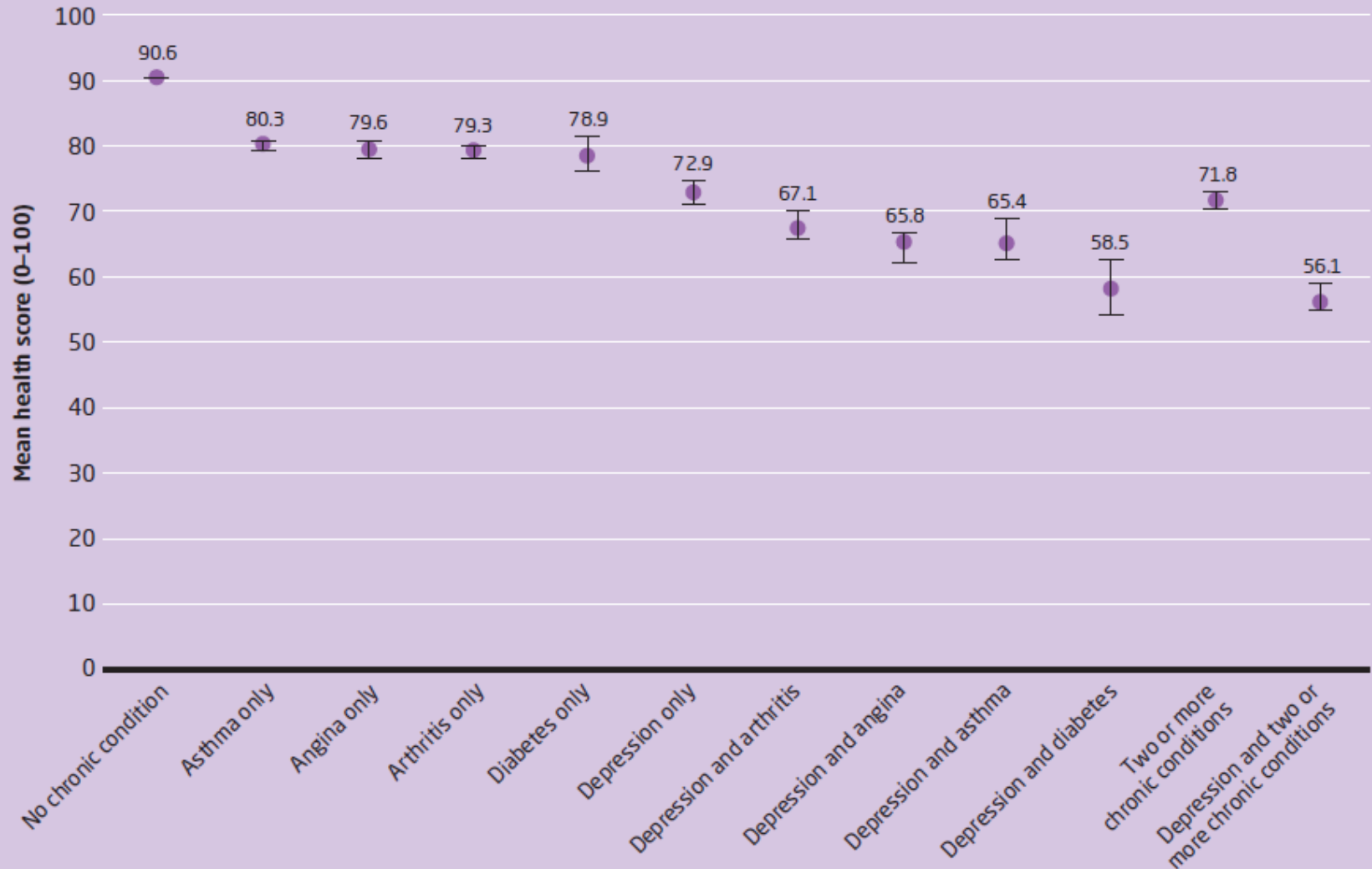
Scott, K. M., Bruffaerts, R., Tsang, A., Ormel, J., Alonso, J., Angermeyer, M. C., et al. (2007). Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: results from the World Mental Health Surveys. *J Affect Disord*, 103, 113-120.

Table 2			
Association of mental disorders with chronic physical conditions			
—odds ratios pooled across 17 countries, adjusted for age and sex (95% confidence intervals)			
Type of physical condition	Type of mental disorder		
	Non-comorbid depressive disorder	Non-comorbid anxiety disorder	Comorbid depression-anxiety
<b>Obesity</b>	1.1 (0.9,1.2)	1.2 (1.1,1.4)*	1.2 (1.0,1.4)*
<b>Diabetes</b>	1.3 (1.1,1.6)*	1.3 (1.1,1.5)*	1.4 (1.1,1.8)*
<b>Asthma</b>	1.7 (1.4,2.0)*	1.6 (1.4,1.8)*	1.6 (1.4,1.9)*
<b>Hypertension</b>	1.5 (1.4,1.8)*	1.7 (1.5,1.9)*	1.8 (1.5,2.1)*
<b>Arthritis</b>	1.6 (1.4,1.8)*	1.7 (1.5,1.9)*	2.5 (2.2,2.9)*
<b>Ulcer</b>	1.8 (1.6,2.2)*	1.9 (1.7,2.3)*	2.7 (2.3,3.2)*
<b>Heartdisease</b>	2.0 (1.7,2.3)*	1.9 (1.6,2.3)*	2.8 (2.3,3.4)*
<b>Back/neck problems</b>	2.2 (1.9,2.4)*	2.0 (1.8,2.3)*	2.9 (2.5,3.3)*
<b>Chronic Headache</b>	2.5 (2.2,2.8)*	2.3 (2.1,2.5)*	4.0 (3.5,4.7)*
<b>Multiplepains</b>	2.5 (2.2,2.9)*	2.3 (2.1,2.6)*	4.5 (4.0,5.1)*

Reference group: persons with neither a depressive nor an anxiety disorder. \*p<0.05.

# Calidad de vida en pacientes con condiciones crónicas simples y múltiples

N=245.404  
60 países



Source: Moussavi et al 2007  
Reproduced from *The Lancet* with permission from Elsevier

# Modelo del aprendizaje para el TEPT

- Siguiendo la teoría bifactorial sobre el aprendizaje fóbico de Mowrer, una fase inicial de adquisición del miedo mediante el condicionamiento clásico da como resultado que los estímulos neutros presentes en la situación traumática adquieren la propiedad de elicitar miedo, a través de su asociación con el estímulo incondicionado (en este caso, los elementos de la situación traumática que directamente generan el miedo)
- Keane, Zimering y Caddell (1985) propusieron que una gran variedad de estímulos asociados adquiriría la capacidad de despertar el miedo a través de los procesos de generalización de estímulos y condicionamiento de orden superior
- Si bien la exposición repetida a los recuerdos espontáneos del trauma normalmente sería suficiente para extinguir estas asociaciones, la extinción dejaría de ocurrir si la persona trató de distraerse o bloquear los recuerdos, lo que hace la exposición incompleta. La evitación de los estímulos condicionados, ya sea a través de la distracción, el bloqueo de los recuerdos, u otras conductas, se vería reforzada por una reducción en el miedo, lo que lleva al mantenimiento del TEPT

# Modelo de la representación dual del TEPT (Brewin)

- Existen dos sistemas de memoria que siguen funcionando en paralelo tras el trauma, pero uno puede prevalecer sobre el otro en diferentes momentos
  - Los recuerdos narrativos de un trauma en forma oral o escrita reflejan el funcionamiento de un sistema de "memoria de acceso verbal" (VAM), llamado así para reflejar el hecho de que la memoria del trauma se integra con otros recuerdos autobiográficos y el hecho de que se puede recuperar deliberadamente cuando sea necesario
  - En contraste, los flashbacks se cree que reflejan el funcionamiento de un sistema de "memoria situacionalmente accesible" (SAM), llamado así para reflejar el hecho de que los flashbacks son sólo disparados involuntariamente por los recuerdos situacionales del trauma (que se hallan tanto en el entorno externo o en el ambiente interno de los procesos mentales de una persona)
  - El tratamiento exige: reestructuración cognitiva y exposición

# Modelo de Ehlers & Clark (2000) para el TEPT

- Las diferencias en la mayor propensión a desarrollar TEPT (por cualquier evento traumático) podrían explicarse por una serie de respuestas cognitivas peritraumáticas y postraumáticas, entre las que destaca la valoración del evento (Ehlers & Clark, 2000)
- El mantenimiento de la sintomatología de este trastorno se produce mayormente en aquellos individuos que procesan la información sobre el trauma de manera que lo reexperimentan como una amenaza grave y actual.
- En concreto, realizan una valoración excesivamente negativa del trauma y de sus consecuencias (e.g. síntomas de reexperimentación, activación y evitación), produciendo una alteración de la memoria autobiográfica (“mi vida no tiene sentido”)



# Modelo de la regulación emocional para el TEPT

- La regulación emocional (intentos de modificar) que realiza el individuo tras la exposición al evento traumático es esencial para que surja o no TEPT
- Algunos estudios han explorado diferentes tipos de valoración y afrontamiento de sucesos traumáticos y su grado de eficacia en la regulación emocional (Amstadter & Vernon, 2008)
  - algunas estrategias de afrontamiento de tipo evitativo, especialmente la supresión de pensamientos, tienden a crear un incremento de la sintomatología intrusiva (reexperimentación), propia del TEPT
- A su vez, el tratamiento psicológico del TEPT (Dongil Collado, 2008) requiere que el paciente aprenda a regular los síntomas cognitivo-emocionales que está sufriendo (reexperimentación, activación, evitación y embotamiento) para que vayan reduciéndose

# Mecanismos de regulación: supresión de pensamientos versus reevaluación de la situación

- Investigaciones recientes sobre los intentos de eliminar pensamientos negativos han demostrado que estos intentos voluntarios y esforzados pueden ser contraproducentes, dando lugar a un incremento en la accesibilidad de dicho pensamiento (intrusión), especialmente en situaciones de alta demanda cognitiva (Wenzlaff & Wegner, 2000)
  - En el campo de la vulnerabilidad a la depresión, este hecho implica que, paradójicamente, cuando los recursos están agotados (por efecto del estrés por ejemplo), intentar sentirse mejor controlando los pensamientos negativos puede dar lugar a un incremento del malestar (Wegner y Zanakos, 1994)
  - En general, la supresión tiende a producir un aumento de la activación fisiológica
  - Por el contrario, la reevaluación cognitiva reduce la experiencia y la expresión emocional

# Resumen

- En resumen, las personas cuando llevan tiempo sometidas a un fuerte estrés pueden desarrollar problemas de aprendizaje cognitivo-emocional o dificultades en la autorregulación emocional, observándose con frecuencia:
  - miedo irracional o temor a algunas reacciones emocionales o a determinados aspectos de las mismas (e.g., miedo a dar una respuesta asertiva por temor al enfado de otros, incapacidad de expresar ira por temor a perder el control, miedo a ciertas situaciones o a experimentar ansiedad por temor a las sensaciones físicas, etc.);
  - pueden mostrar evitaciones a situaciones emocionales, aunque no puedan permitirse evitarlas (e.g., evitar hablar en público por culpa de la ansiedad, aunque sea una exigencia de su trabajo, o evitar viajar en avión, cuando sería lo más conveniente, etc.);
  - o pueden experimentar una elevada activación fisiológica en una determinada respuesta, como el rubor, el sudor, el temblor muscular de extremidades, o el temblor de voz, porque temen que los demás observen esta respuesta en ellos, les evalúen muy negativamente por no poder controlarla y les rechacen o les despidan del trabajo

# Resumen

- En estos casos podremos observar frecuentemente que esta persona está:
  - (1) prestando atención casi todo el tiempo (sesgo atencional) a una respuesta fisiológica sobre la que no tiene control voluntario;
  - (2) está multiplicando la probabilidad subjetiva de que esa respuesta sea percibida inmediatamente por los otros con la misma intensidad que él/ella experimenta sus sensaciones (sesgo interpretativo);
  - (3) está magnificando la posible evaluación negativa que recibirá cuando observen su respuesta fisiológica (evaluación que él cree será terrible –sesgo interpretativo);
  - (4) está pensando en lo que pensarán los otros de él (cuando en realidad él no es adivino y esos pensamientos contra él son suyos –sesgo atribucional); o
  - (5) tiende a evitar situaciones (con lo que está reforzando su temor y su falta de control sobre esas situaciones), etc. Además, se observa con mucha frecuencia que la persona que presenta estos trastornos emocionales, ya sean de tipo mental o físico, lleva ya algún tiempo desarrollando este proceso de aprendizaje cognitivo-emocional que, básicamente, conduce a potenciar las reacciones emocionales que paradójicamente quería desactivar o controlar

# Resumen

- Pero este aprendizaje cognitivo-emocional afortunadamente puede revertirse, pues podemos enseñar al paciente qué es lo que le pasa, por qué, qué hace mal y explicarle qué es lo que tiene que hacer para invertir el sentido del aprendizaje que ha desarrollado.
- Está comprobado que esta información cualificada es necesaria, aunque no es suficiente para llevar a cabo una intervención eficaz (Olivares, Rosa-Alcázar, & Olivares-Olivares, 2009).
- Además de información, necesitará poner en práctica habilidades diferentes a las que ha aprendido erróneamente; por ejemplo, deberá aprender a no priorizar la información amenazante todo el tiempo, no prestar tanta atención a las respuestas fisiológicas involuntarias que pretende controlar, o tendrá que aprender a reinterpretar el significado social que los demás suelen dar a las respuestas de ansiedad cuando las observan en otra persona, y tendrá que hacer exposición, bajo condiciones de control (cuando sepa regular su emoción), a las situaciones que antes evitaba.
- Este re-aprendizaje llevará a la solución de los desórdenes emocionales que estaba padeciendo



# Estrés, emociones y trastornos físicos

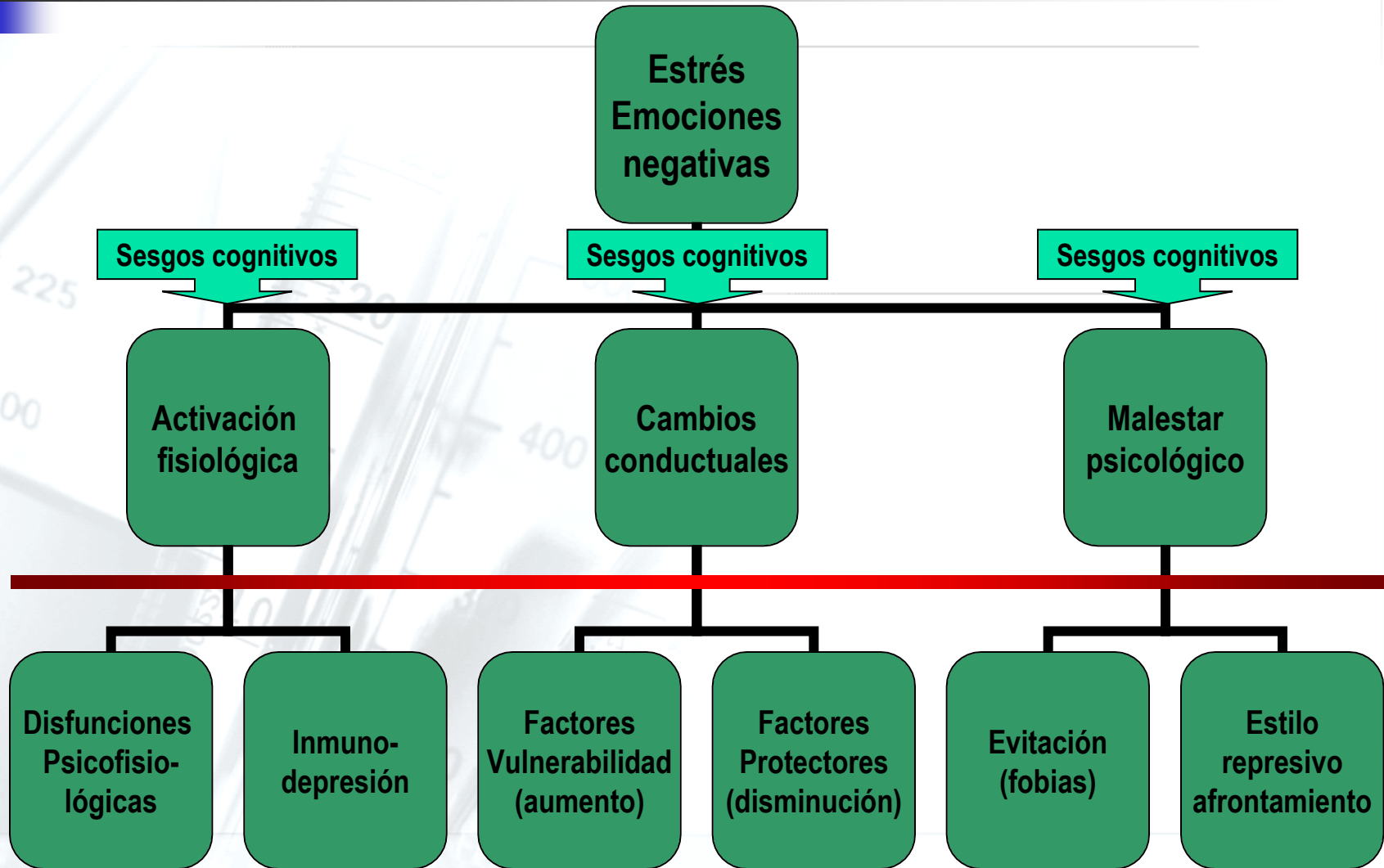
---



# Emociones negativas y salud

Normalidad

Patología



# Salud física y salud mental

- Existe una fuerte relación entre ambas
  - Los síntomas físicos que no tienen una explicación biológica, cuando existen ciertas distorsiones cognitivas, pueden ser un trastorno mental por somatización según la DSM-IV
  - Trastornos somatomorfos: somatización, hipocondría, dolor, conversión, dismórfico corporal, somatomorfo indiferenciado
  - Factores psicológicos que afectan a enfermedad médica (e.g., estrés laboral que afecta a enfermedad coronaria)
  - Comorbilidades entre trastornos mentales y físicos. Ejemplo:
    - Las personas que tienen diabetes presentan un riesgo relativo de 1.15 para sufrir depresión
    - Las personas que tienen depresión presentan un riesgo relativo de 1.60 para sufrir diabetes tipo II



Estrés laboral que afecta a enfermedad física

# Estrés laboral y enfermedad coronaria: ¿cuáles son los mecanismos?

Chandola et al. (2008)

- **Objetivos:** Determinar los factores biológicos y de comportamiento que une el estrés laboral con la enfermedad cardíaca coronaria (ECC).
- **MÉTODOS Y RESULTADOS:** Un total de 10 308 funcionarios con sede en Londres hombres y mujeres de 35-55 en la fase 1 (1985-88) del estudio Whitehall II fueron estudiados. Las exposiciones incluyen el estrés laboral (evaluada en las fases 1 y 2), y los resultados incluidos factores de riesgo conductuales (fase 3), el síndrome metabólico (fase 3), la variabilidad del ritmo cardíaco, aumento de cortisol en la mañana (fase 7), y el incidente de enfermedad coronaria (fases 2-7) sobre la base de muerte por enfermedad coronaria, infarto no fatal de miocardio, angina de pecho o definitiva. El estrés laboral crónico se asocia con enfermedades del corazón y esta asociación fue más fuerte entre los participantes menores de 50 años (RR **1.68**, IC 95%: 1,17 a 2,42). Se encontraron asociaciones similares entre el estrés laboral y la escasa actividad física, una dieta pobre, el síndrome metabólico, sus componentes y una menor variabilidad del ritmo cardíaco. Transversalmente, el estrés laboral se asocia con un aumento mayor en la mañana de cortisol. Alrededor del **32%** de los efectos del estrés laboral en enfermedad coronaria es atribuible a su efecto sobre las conductas de salud y el síndrome metabólico.
- **CONCLUSIÓN:** El estrés laboral puede ser un determinante importante de cardiopatía coronaria en la población en edad de trabajar, que es mediado a través de efectos indirectos sobre las conductas de salud y los efectos directos sobre las vías de estrés neuroendocrino

# Estrés laboral y estilo de vida saludable

Heikkilä et al. (2013)

- En un meta-análisis sobre 11 estudios europeos con 118.701 casos, de los que se tienen datos de seguimiento para 43.971, se encontró que los individuos con más estrés laboral tenían **más probabilidad** que los que no tienen estrés laboral para presentar 4 factores de estilo de vida poco saludables (los factores utilizados para definir los estilos de vida saludables y no saludables fueron el índice de masa corporal, el tabaquismo, el consumo de alcohol y la actividad física en el tiempo libre), odds ratio [OR] = **1,25**, (intervalo de confianza [IC] 95% = 1,12, 1,39),
- a su vez tenían **menos probabilidad** de exhibir 4 factores de estilo de vida saludables ( OR = **0,89**, IC 95% = 0,80, 0,99).
- Las probabilidades de que la adopción de un estilo de vida saludable durante el estudio de seguimiento fueron menores entre las personas con alto estrés laboral que entre aquellos con bajo estrés laboral (OR = **0,88**, IC 95% = 0,81, 0,96).
- El estrés laboral se asocia con estilos de vida poco saludables y la falta de estrés se asocia a estilos de vida saludables, pero los análisis longitudinales sugieren que no hay relación de causa-efecto directa entre el estrés relacionado con el trabajo y estilo de vida

# Estrés laboral y dislipidemia

Catalina-Romero et al. (2013)

- En un estudio realizado en España (N=91.593) se encontró relación entre el estrés laboral y los diferentes parámetros asociados con la dislipidemia
- A más estrés laboral se encontraron
  - mayores niveles del denominado "colesterol malo" (colesterol LDL) (OR = **1,14**, IC 95%, 1.5 a 1.23), y
  - menores niveles de colesterol "bueno" (colesterol HDL) (OR **1.08**, IC 95%, 1.1 a 1.15)
- Los niveles altos de colesterol LDL pueden obstruir las arterias, aumentando el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, como la enfermedad coronaria

# DE, consumo de nicotina y alcohol: úlcera péptica

- Con datos de la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas, una muestra representativa nacional de adultos de los EE.UU. de 18 años de edad o más (n = 43.098). Diagnósticos DSM-IV de trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, y consumo de sustancias, mediante entrevista; y el estado de úlcera péptica (UP) se evaluó a través de autoinforme
- RESULTADOS: los trastornos del estado de ánimo / trastornos de ansiedad se asocian con UP. El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (OR= 3,43) estuvo más fuertemente asociado con el UP, seguido por el trastorno de pánico (OR = 3,11), la distimia (OR = 3,59), y el trastorno bipolar (OR = 2,91). Las relaciones entre la mayoría de trastornos del estado de ánimo / ansiedad y UP fueron sustancialmente atenuadas después de ajustar por la nicotina y la dependencia del alcohol
- CONCLUSIONES: trastornos de estado de ánimo / trastornos de ansiedad están asociados con mayores tasas de úlcera péptica, **la dependencia de la nicotina y el alcohol** parece desempeñar un papel importante en la explicación de la relación con la UP

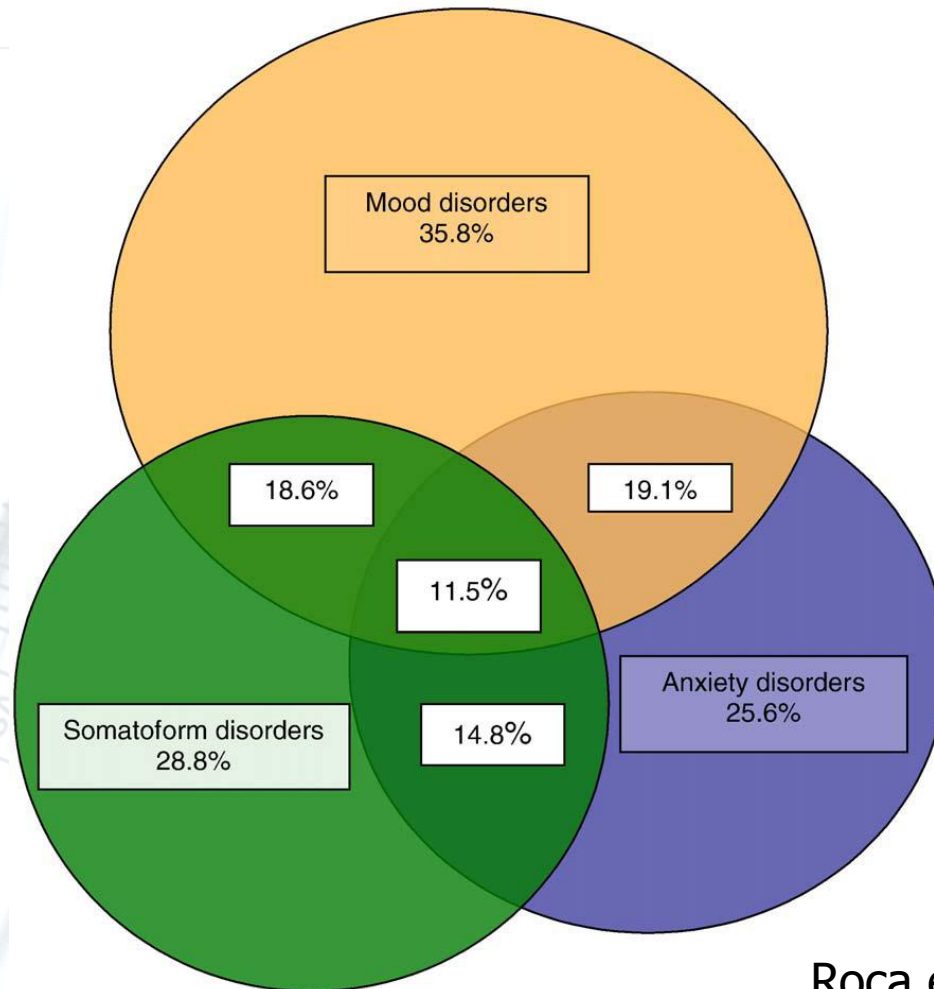
# Emoción, regulación emocional y desórdenes físicos

- El interés en el estudio de las relaciones entre emociones, regulación emocional y desórdenes emocionales se extiende también a
  - las manifestaciones somáticas de los trastornos mentales o somatizaciones (e.g., trastornos somatomorfos, como la hipocondría, trastorno por dolor, o trastorno por somatización) (Gilliam et al., 2010; Paquet, Kergoat, & Dube, 2005),
  - así como a las condiciones físicas comunes y crónicas (e.g., manejo de la artritis reumatoide) (van Middendorp, Geenen, Sorbi, van Doornen, & Bijlsma, 2005).
  - Interés ampliamente justificado en ambos casos.

# Comorbilidad entre trastornos somatomorfos y emocionales

- La comorbilidad entre trastornos somatomorfos (trastornos mentales caracterizados por la presencia de síntomas físicos, como hipocondría, trastorno por dolor, trastorno por somatización, trastorno por conversión, o trastorno dismórfico corporal) y trastornos emocionales (de ansiedad y depresivos) es muy alta
  - El 33% de los hombres y el 37% de las mujeres de la población general de Alemania que tenían un diagnóstico de trastorno por dolor en los últimos 12 meses, tenía también un trastorno de ansiedad (Fröhlich et al., 2006)
  - En Cataluña, los pacientes de AP presentaron comorbilidad (Roca et al., 2009):
    - 18,6% entre trastornos del estado de ánimo y somatomorfos
    - 14,8% entre trastornos de ansiedad y somatomorfos
    - 11,5% entre los trastornos del estado de ánimo, ansiedad y somatomorfos

# AP: comorbilidades entre los principales trastornos mentales



Roca et al. (2009)

# ¿Qué está antes? Trastornos somatomorfos o DE

- Se han encontrado relaciones temporales en ambos sentidos:
  - Con datos retrospectivos Liebt et al. (2000) encontraron:
    - el 78% de los encuestados que presentaban un trastorno depresivo y por dolor a lo largo de la vida señalaron que el trastorno por dolor había aparecido antes
    - con los trastornos de ansiedad, la mitad había desarrollado primero el trastorno por dolor y la otra mitad al contrario
  - En otro estudio longitudinal retrospectivo (Liebt et al., 2002)
    - parece que los trastornos de ansiedad y depresivos predijeron el inicio de trastornos somatomorfos secundarios



# Comorbilidad entre desórdenes emocionales (DE), trastornos psicofisiológicos y condición física crónica

- Además de comorbilidad entre desórdenes emocionales (DE) y trastornos somatomorfos (dolor, conversión, somatizaciones, etc.), existe una estrecha relación entre trastornos mentales comunes (e.g., DE) con trastornos psicofisiológicos (e.g., hipertensión) y condición física crónica (e.g., diabetes).
- Así, en un estudio llevado a cabo en 17 países (Scott et al., 2007) se encontró que todas las condiciones físicas (obesidad, diabetes, asma, hipertensión, artritis, úlcera, trastornos cardiovasculares, dolores de cuello-espalda, dolor de cabeza y múltiples dolores) se asociaron significativamente con depresión y/o trastornos de ansiedad, no habiendo variación importante entre ambos DE en la fuerza de asociación, pero sí entre las condiciones físicas (OR 1.2 – 4.5); además, la comorbilidad del trastorno depresivo y de ansiedad estuvo más altamente asociada con varias de estas condiciones físicas que cada uno de estos trastornos mentales por separado

# Asociación de trastornos mentales con condiciones físicas crónicas

Table2			
Association of mental disorders with chronic physical conditions			
—odds ratios pooled across 17 countries, adjusted for age and sex (95% confidence intervals)			
Type of physical condition	Type of mental disorder		
	Non-comorbid depressive disorder	Non-comorbid anxiety disorder	Comorbid depression–anxiety
<b>Obesity</b>	1.1 (0.9,1.2)	1.2 (1.1,1.4)*	1.2 (1.0,1.4)*
<b>Diabetes</b>	1.3 (1.1,1.6)*	1.3 (1.1,1.5)*	1.4 (1.1,1.8)*
<b>Asthma</b>	1.7 (1.4,2.0)*	1.6 (1.4,1.8)*	1.6 (1.4,1.9)*
<b>Hypertension</b>	1.5 (1.4,1.8)*	1.7 (1.5,1.9)*	1.8 (1.5,2.1)*
<b>Arthritis</b>	1.6 (1.4,1.8)*	1.7 (1.5,1.9)*	2.5 (2.2,2.9)*
<b>Ulcer</b>	1.8 (1.6,2.2)*	1.9 (1.7,2.3)*	2.7 (2.3,3.2)*
<b>Heartdisease</b>	2.0 (1.7,2.3)*	1.9 (1.6,2.3)*	2.8 (2.3,3.4)*
<b>Back/neck problems</b>	2.2 (1.9,2.4)*	2.0 (1.8,2.3)*	2.9 (2.5,3.3)*
<b>Chronic Headache</b>	2.5 (2.2,2.8)*	2.3 (2.1,2.5)*	4.0 (3.5,4.7)*
<b>Multiplepains</b>	2.5 (2.2,2.9)*	2.3 (2.1,2.6)*	4.5 (4.0,5.1)*

Reference group: persons with neither a depressive nor an anxiety disorder. \*p<0.05.

# DE y problemas de salud física en población general

- En estas encuestas de población promovidas por la OMS en diferentes países se encontró en diferentes estudios que las personas con trastornos físicos crónicos de salud es más probable que sufran también un DE que las personas físicamente sanas:
  - Enfermedad cardiaca (Ormel et al., 2007)
    - OR=2,1 con trastornos del estado de ánimo
    - OR=2,1 con depresión mayor y OR=2,4 con distimia
    - OR=2,2 con trastornos de ansiedad
    - OR=2,1 con agorafobia y OR=2,7 con pánico
  - Artritis (He et al., 2008)
    - OR=1,9 con trastornos del estado de ánimo
    - OR=1,9 con trastornos de ansiedad
  - Dolor crónico de espalda o cuello (Demyttenaere et al., 2007)
    - OR=2,3 trastornos del estado de ánimo
    - OR=2,3 trastornos de ansiedad
  - Diabetes (Lin et al., 2008)

# AP España: trastornos mentales y enfermedad física crónica

- En un estudio con 7940 pacientes de AP (Gili et al., 2010), evaluados con el Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD), la tasa de prevalencia de trastornos mentales fue significativamente mayor en pacientes con enfermedades somáticas (56,8%) en comparación con los sujetos físicamente saludables (48,9%; OR: 1,37)
- Además, se encontró que era más probable encontrar algún trastorno mental en los pacientes con las siguientes enfermedades crónicas
  - Trastornos respiratorios: OR=1.19 (1.01–1.38)
  - Trastornos gastrointestinales: OR=1.82 (1.61–2.07)
  - Trastornos metabólicos: OR=1.19 (1.04–1.36)
  - Trastornos músculo-esqueletales: OR=1.17 (1.05–1.31)
  - Trastornos oncológicos: OR=1.79 (1.21–2.67)

# Pánico y problemas de salud física en AP

- Tanto en España como en otros países, se encuentra asociación entre pánico y problemas de salud física (Gili et al., 2010)
  - Existe relación entre pánico y desórdenes digestivos (Lydiard et al., 1994),
  - Entre pánico e hipertensión (Davies et al., 1999)
  - Así como entre pánico y riesgo cardiovascular, tal y como reflejan los resultados de un estudio con cerca de 3.500 mujeres mayores de 50 años, que revela que uno o varios ataques de pánico están asociados con un riesgo entre 3 y 4 veces mayor de sufrir infarto de miocardio durante los 5 años posteriores (Smoller et al., 2007)

# Pánico y problemas de salud física en AP en España

- En la AP de nuestro país, Pascual et al. (2008) compararon una muestra de 130 pacientes con TP con/sin agorafobia y agorafobia sin ataques de pánico con otros tipos de pacientes atendidos en una consulta de AP y encontraron que los primeros presentaban un mayor riesgo de sufrir
  - cefaleas (OR=4,2),
  - cardiopatía (3,9),
  - trastornos osteomusculares (3,8) y
  - digestivos (2,0).
- En otro estudio se encontró (Gili et al., 2010)
  - una OR=2,0 entre trastornos mentales (incluido el TP) y trastornos gastrointestinales;
  - además, el 14,5% de los pacientes con estos problemas físicos cumplieron los criterios de TP

# ¿Qué es antes? Físico o mental

## Depresión y diabetes

- Para una determinada enfermedad crónica (la diabetes), cuando se han revisado los estudios longitudinales o prospectivos realizados en una doble dirección (Mezuk et al., 2008, Nouwen, 2010), se ha podido determinar que existen procesos diferentes que llevan a la comorbilidad
  - Las personas que primero han desarrollado diabetes tipo II (una enfermedad física crónica adquirida, con factores de riesgo biológicos y de estilo de vida) presentan un riesgo relativo de 1.15 para sufrir depresión
  - Las personas que tienen depresión (un trastorno mental asociado a factores psicosociales) presentan un riesgo relativo de 1.60 para sufrir diabetes tipo II (una diabetes adquirida)
- Pero no se conocen exactamente los mecanismos que funcionan en cada sentido para llegar al enlace de ambas condiciones (física y mental)
  - Quizás la enfermedad física crónica genere primero una pérdida de calidad de vida y finalmente un estado de ánimo depresivo, cada vez más crónico
  - En el camino contrario es probable que la depresión genere un estilo de vida no saludable (dieta, ejercicio,...) que puede llevar a la diabetes tipo II

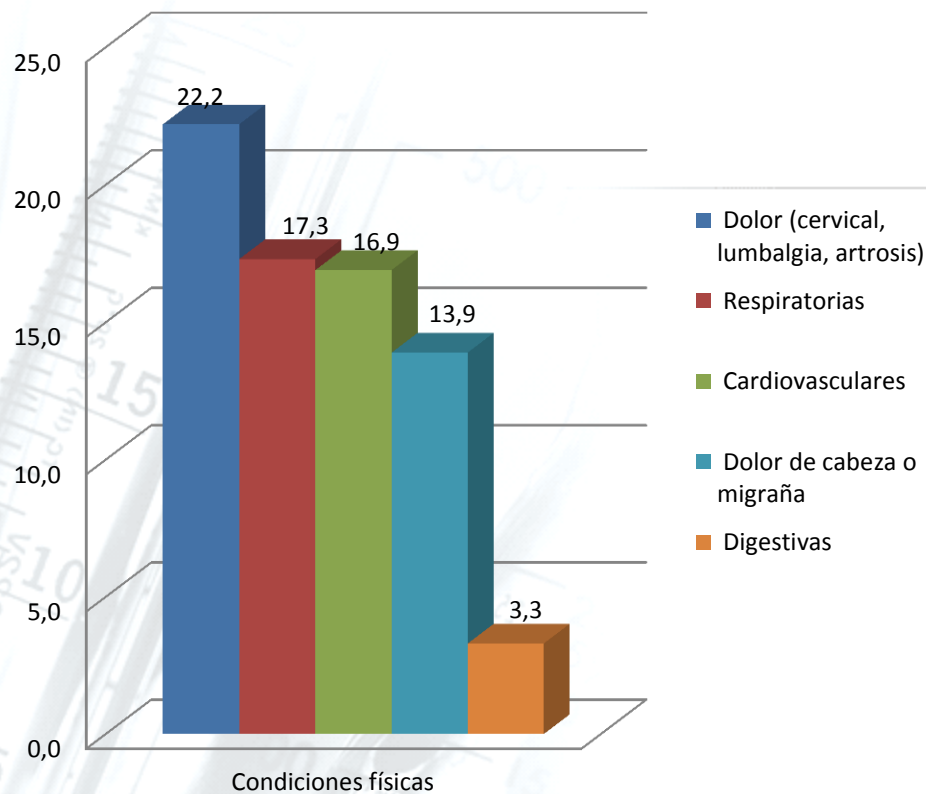
# Prevalencia en 24 países de distintas condiciones físicas

	Prevalencia
Condiciones físicas	(%)
Dolor (cervical, lumbalgia, artrosis)	22,2
Respiratorias	17,3
Cardiovasculares	16,9
Artritis	14,8
Dolor de cabeza o migraña	13,9
Insomnio	5,0
Diabetes	4,2
Digestivas	3,3
Cáncer	2,2
Neurológicas	1,1
Cualquier trastorno físico	53,2



# Prevalencia en 24 países de distintas condiciones físicas

Prevalencia en 24 países, incluido España



# Prevalencia y carga de las condiciones físicas y DE

- Los trastornos asociados al dolor crónico (dolor de espalda, dolor cervical y artrosis), suponen el 21,5% de todos los días de baja laboral, liderando la lista de causas de incapacidad laboral, tal y como ha puesto de manifiesto un reciente estudio internacional realizado en el marco de las Encuestas Epidemiológicas de Salud a lo largo del Mundo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con 62.971 adultos de 24 países.
- Del total de participantes en este estudio, el 12,8% de las personas entrevistadas informaron que habían sufrido algún día de baja laboral en el último año, con una media de 51 días al año por persona.
- La proporción que reportó al menos un trastorno físico (53,2%) fue considerablemente más alta que la proporción que reportó algún trastorno mental (15,4%).

# Depresión, enfermedades crónicas, y decrementos en la salud: resultados de la Encuesta Mundial de Salud

- En un artículo de la serie sobre la Encuesta Mundial de Salud Mundial de la OMS (WHS) se entrevistaron a 245.404 adultos de 60 países de todas las regiones del mundo, mayores de 18 años o más, para obtener los datos de salud, los resultados relacionados con la salud y sus determinantes. Se estimó la prevalencia de la depresión en los encuestados sobre la base de los criterios de la CIE-10, así como de cuatro enfermedades físicas crónicas, angina de pecho, artritis, asma y diabetes.
- En general, la prevalencia de los últimos 12 meses para la CIE-10 episodio depresivo fue del 3,2%; para la angina de 4.5%; para la artritis 4,1%, para el asma 3.3%, y para la diabetes 2.0%

# Depresión, enfermedades crónicas, y decrementos en la salud: resultados de la Encuesta Mundial de Salud

- Un promedio de entre el 9,3% y 23,0% de los participantes con una o más enfermedades físicas crónicas tenía depresión comórbida.
- Este resultado fue significativamente mayor que la probabilidad de tener depresión en ausencia de una enfermedad física crónica.
- Tras ajustar por factores socioeconómicos y condiciones de salud, la depresión tuvo el mayor efecto sobre el empeoramiento de las puntuaciones medias de salud en comparación con los de otras condiciones crónicas

# Ansiedad en trastornos psicofisiológicos: ISRA

- Cuando se investiga el nivel de ansiedad de un grupo de personas con estos problemas psicofisiológicos (hipertensión, cefaleas, úlcera, asma, psoriasis, etc.) en un diseño caso-control, sus puntuaciones en cuestionarios como el ISRA, son mucho más altas. Así, en el manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) se observa que las puntuaciones medias de los hombres con trastornos psicofisiológicos alcanzaron el centil 85 de la población general sin trastornos, mientras que en el caso de las mujeres llegan al centil 90.
- Las elevadas puntuaciones en ansiedad del grupo de trastornos psicofisiológicos son sin embargo inferiores a las puntuaciones medias del grupo clínico, con trastornos de ansiedad. Si tomamos este grupo último grupo como referencia, las personas con trastornos psicofisiológicos obtienen un centil 30 para hombres y 45 para mujeres. Es decir, las personas con trastornos psicofisiológicos muestran puntuaciones medias por encima de la gran mayoría de la población sin trastornos, pero por debajo de la media de las personas con trastornos de ansiedad.

# Ansiedad a nivel fisiológico: ISRA-B, subescala F

- Las personas que están sometidas a fuertes condiciones de estrés o están bajo alguna amenaza importante (ansiedad) y duradera presentan elevadas puntuaciones en esta prueba.
- Una puntuación igual o superior a 10 puntos en varones, o bien igual o superior a 13 puntos en mujeres, en estas 10 preguntas, otorga la puntuación centil de 75. Significa que deja por debajo de sí al 75% de la población. Por ello, podemos entender que se trata de una persona que está más activada que el 75% de la población, medido con una prueba de autoinforme. Esto es una primera alarma que indica que deberíamos hacer algo para cambiar el estilo de vida que estamos viviendo en los últimos meses, que nos está llevando a desarrollar y mantener una fuerte activación fisiológica, lo que supone un riesgo para nuestra salud.
- Con una puntuación igual o superior a 18 puntos en varones o 22 en mujeres se alcanza el centil 95. Las personas con nivel de activación este centil están probablemente sufriendo ya un malestar psicológico significativo, que les puede conducir a desarrollar desórdenes emocionales, así como una muy elevada activación fisiológica que puede comenzar a producir disfunciones de tipo psicofisiológico a nivel muscular, digestivo, etc.

# ISRA-B

## I.S.R.A. (B)

Nombre:	Apellidos:	Edad:	Id:						
Profesión:	Centro:	Sexo: V ó M	Fecha:						
Nivel estudios:	Curso/puesto:	Otros datos:							
P. Directa	C:	F:	M:	T:	F1:	F2:	F3:	F4:	
P. Centil	C:	F:	M:	T:	F1:	F2:	F3:	F4:	

### INSTRUCCIONES

A continuación encontrará descritos algunos pensamientos y diversas formas de reaccionar. Lea cada frase y valore la frecuencia con que usted tiene esas reacciones o pensamientos, **en general**, en diferentes momentos de su vida. Para ello tiene que rodear con un círculo uno de los cinco números (0, 1, 2, 3 ó 4) que aparecen a la derecha de cada cuestión. Cada número indica una frecuencia según la siguiente escala:

0: CASI NUNCA	1: POCAS VECES	2: UNAS VECES SI OTRAS VECES NO	3: MUCHAS VECES	4: CASI SIEMPRE
---------------	----------------	------------------------------------	--------------------	-----------------

Lea cada cuestión y responda cómo piensa o reacciona usted **en general**. Por favor responda a TODAS las preguntas.

# ISRA-B. Subescala de ansiedad Fisiológica (F)

F.

8. Siento molestias en el estómago.....	0	1	2	3	4
9. Me sudan las manos u otra parte del cuerpo hasta en días fríos.....	0	1	2	3	4
10. Me tiemblan las manos o las piernas .....	0	1	2	3	4
11. Me duele la cabeza.....	0	1	2	3	4
12. Mi cuerpo está en tensión .....	0	1	2	3	4
13. Tengo palpitaciones, el corazón me late muy deprisa .....	0	1	2	3	4
14. Me falta el aire y mi respiración es agitada .....	0	1	2	3	4
15. Siento náuseas o mareo.....	0	1	2	3	4
16. Se me seca la boca y tengo dificultades para tragar .....	0	1	2	3	4
17. Tengo escalofríos y tiritito aunque no haga mucho frío .....	0	1	2	3	4