



Introducción

La salud se conceptualizó como ausencia de enfermedad hasta mediados del siglo XX. Desde el modelo biomédico, la salud se entendía como algo que hay que conservar o curar frente a agresiones puntuales, como accidentes o infecciones. En 1947 surgió una nueva definición de salud que supuso un giro conceptual: **“la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de dolencias o enfermedad”** (OMS, 1947). Esta connotación positiva de la salud lleva a abordarla como un concepto multidimensional, biopsicosocial e interaccionista, con orientación hacia la “promoción de la salud”, en la que las conductas saludables y la predominancia de ciertas emociones adquieren un papel relevante.

En la actualidad, las principales causas de muerte están estrechamente vinculadas con las conductas y el estilo de vida de los individuos: la enfermedad cardiovascular, el cáncer y los accidentes. Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad en el mundo; al menos el 80% de las muertes prematuras debidas a cardiopatías o accidentes cerebrovasculares se podrían evitar mediante una alimentación saludable, una actividad física regular y la abstención del consumo de tabaco. Además, la creciente proporción de personas mayores en la población mundial contribuye al aumento de la incidencia de enfermedades crónicas asociadas a la edad, especialmente en los países en desarrollo.

La consideración de los cambios que han sufrido el concepto de enfermedad y los patrones de morbilidad y mortalidad permiten comprender el motivo por el cual se comenzó a dar prioridad al estudio de las relaciones entre las emociones como la ansiedad y el proceso salud/enfermedad. Para una mejor comprensión, hay que agregar el aporte de los modelos e hipótesis explicativas psicosomáticas: el papel relevante de las emociones en los denominados trastornos psicofisiológicos o psicosomáticos, aquellos que presentan una clara evidencia de enfermedad orgánica, pero en los cuales una proporción significativa de sus determinantes son de índole psicológica.

Además, estudios epidemiológicos recientes indican que los factores psicológicos pueden desempeñar un papel esencial en la historia natural de las enfermedades. Variables como las conductas relacionadas con la salud, los estados psicológicos o emocionales, las características de la personalidad y los estilos de afrontamiento (*coping*) muestran especial relevancia en este sentido.

| | | |
|---------------|--------------------------------|------------------|
| Copia N°: | Representante de la Dirección: | Fecha: |
| | <i>Revisó</i> | <i>Aprobó</i> |
| <i>Nombre</i> | Dr. Leonardo Gilardi | Dra. Inés Morend |
| <i>Firma</i> | | |
| <i>Fecha</i> | 15/05 | 30/05 |



Relación Entre Ansiedad y Patologías Orgánicas

Cualquier trastorno orgánico suele implicar alteraciones psicológicas y viceversa. Entre los factores psicológicos se encuentra la ansiedad como reacción emocional y sus diferentes formas clínicas (trastornos de ansiedad).

En la actualidad existe consenso sobre que determinadas características de personalidad pueden incrementar el riesgo de sufrir enfermedades crónicas, porque elevan la probabilidad de que el sujeto desarrolle conductas perjudiciales para la salud y/o sufra estados emocionales negativos que afectan el funcionamiento del sistema inmunológico, el sistema endocrino-metabólico y todas las funciones fisiológicas.

Las emociones positivas potencian la salud, mientras que las emociones negativas tienden a disminuirla. Además, las necesidades y estados emocionales concretos desempeñan un papel primordial en las prácticas de salud. Las emociones constituyen patrones individuales de conducta expresiva, asociadas en cada caso con un patrón específico de activación fisiológica. Las 6 emociones básicas más aceptadas son: miedo, ira, tristeza, alegría, sorpresa y asco. La importancia de las emociones radica en su función adaptativa para la supervivencia del individuo y la especie; son producto de la evolución filogenética y ontogenética y están relacionadas con estados biológicamente significativos como la procreación, la cría y la amenaza a la integridad del individuo y la especie.

Existe un sustrato neuroanatómico específico para cada emoción, con patrones de activación fisiológica específicos y expresiones típicas, todo ello ligado a un sentimiento específico. Cuando se altera alguno de los mecanismos que intervienen en la manifestación de las emociones, de modo que pierden su carácter adaptativo, se convierten en un problema que interfiere y genera malestar clínicamente significativo; surgen así los síntomas o las diferentes formas clínicas que se reconocen como trastornos psicológicos. Los trastornos de ansiedad son un producto de la alteración del miedo como emoción básica.

Otra cuestión a considerar al pensar la interrelación entre ansiedad y enfermedad crónica es el concepto de estrés. Mientras que la ansiedad/miedo es la emoción que acompaña al desorden psicofisiológico que se experimenta ante la anticipación de una situación amenazante, sea ésta más o menos probable, el estrés implica 2 conceptos: el de estresor y el de respuesta de estrés. **Estresor** hace referencia a cualquier agente externo o interno causante primariamente de estrés. La **respuesta de estrés** o sistema de adaptación general se refiere a un mecanismo de activación fisiológica y de los procesos cognitivos que favorecen una mejor percepción y posterior evaluación de las situaciones y sus demandas, un procesamiento más rápido y eficaz de la información disponible con la



consiguiente búsqueda de soluciones y consecuente selección de las conductas adecuadas para hacer frente a la situación.

La emoción básica presente en los trastornos de ansiedad es el miedo, mientras que el estrés se implica tanto en emociones negativas como positivas: una sorpresa positiva repentina puede provocar la misma reacción endocrina que un suceso desagradable.

Existe un continuo entre la ansiedad adaptativa y la ansiedad clínica. Ambas tienen la misma fenomenología, cogniciones, neurofisiología y respuesta motoras de defensa o ataque. Se sabe que una cierta cantidad de ansiedad (normal) es necesaria para realizar ciertas tareas o resolver problemas de un modo eficaz. Existe además una relación simétrica entre nivel de ansiedad (visto como nivel de motivación) y rendimiento (desarrollo de una tarea, mecanismo de resolución de problemas). Así, la relación entre ansiedad y rendimiento viene expresada por una curva en forma de “U” invertida. Según la ley de Yerkes-Dodson, un déficit de ansiedad conlleva una eficacia de acción baja, mientras que una ansiedad óptima ante determinados problemas propicia el aumento, de forma deseable, de la ejecución o eficacia. Sin embargo, la ansiedad excesiva o clínica actúa interfiriendo el rendimiento en todos los ámbitos del ser humano, esto sucede en las siguientes situaciones:

- Cuando el estímulo presentado es inofensivo y conlleva una compleja respuesta de alerta.
- Cuando la ansiedad persiste en el tiempo, superando lo meramente adaptativo y los niveles de alerta persisten.
- Cuando los niveles de alerta y la ansiedad interrumpen el rendimiento del individuo y las relaciones sociales.

A nivel fisiológico, la activación está mediada por la interrelación del sistema nervioso autónomo (SNA) y el sistema neuroendocrino (SNE). El SNA es el primero en activarse en cuestión de segundos, una vez identificada cualquier amenaza, siendo capaz de responder a las exigencias del medio de un modo automático e involuntario. Está formado por una división simpática y una parasimpática que, en general, actúan sobre los mismos órganos, aunque sus efectos son mayoritariamente contrapuestos. En general, el sistema simpático adrenal regula actividades relacionadas con el gasto de energía almacenada, produciendo estimulación sobre todos los órganos y funciones, liberando energía para preparar la lucha o huida. Además, es responsable de la elevación de la frecuencia cardíaca y la presión arterial, la dilatación de los bronquios, el aumento de la tensión muscular, entre otros efectos. Este sistema estimula la médula suprarrenal para liberar adrenalina al torrente sanguíneo. Esta hormona refuerza el efecto del sistema simpático sobre el corazón, los pulmones o el hígado.



El parasimpático, tiene una función inversa, es decir, inhibe y es ahorrador de energía. De ese modo disminuye la frecuencia cardiaca, relaja los músculos en general y produce un estado de relajación. El bienestar de la persona se basa en que ambos sistemas están en equilibrio u homeostasis.

El SNE o sistema hipotálamo-hipófiso-suprarrenal se relaciona con la ansiedad, al igual que con las respuestas de estrés, generándose un incremento de activación en el eje. Esta respuesta, que suele sobrevenir a la anterior, genera activación neuroendocrina y tiene como característica la secreción de corticoides. Esta es una vía más lenta, de efectos más duraderos que la anterior y que requiere, además, una exposición más prolongada del sujeto a la situación amenazante. El cortisol secretado por el sistema hipotálamo-hipófiso-suprarrenal, unido a la acción del SNA (adrenalina, noradrenalina) y a otras hormonas (tiroxina, etc.) conforman el patrón de respuesta total. Además, otras sustancias de tipo hormonal como las prostaglandinas o los neuropéptidos (endorfinas, encefalinas, etc.) también pueden alterarse por el estrés.

A pesar de que el incremento de la activación del SNE parece más relacionado con los estresores crónicos, también se ha relacionado con estresores agudos tradicionalmente más vinculados con la ansiedad. Por tanto, los sistemas hipotálamo-hipófiso-suprarrenal y médulo-suprarrenal se activan significativamente durante la respuesta de estrés y ansiedad. Cabe diferenciar entre la activación de dichos sistemas y las respuestas emocionales y de afrontamiento, puesto que la activación córtico-suprarrenal se asocia con cierto grado de especificidad a las situaciones incontrolables y emociones subsecuentes (por ejemplo, depresión), mientras que los estados de hiperactivación catecolaminérgica (tanto a nivel periférico como central) tienden a vincularse más con situaciones de amenaza de pérdida de control y emociones subyacentes (por ejemplo, ansiedad).

Por otra parte los cambios psicofisiológicos y neuroendocrinos asociados con las manifestaciones clínicas de la ansiedad podrían ser secundarios a alteraciones en el funcionamiento de los propios mecanismos neurotransmisores de sistema nervioso central. Además de las respuestas fisiológicas, otros factores psicológicos asociados a la ansiedad son las respuestas cognitivas y conductuales. El modelo cognitivo-conductual del papel de los factores psicológicos en el curso de las enfermedades físicas se basa en la combinación de 2 modelos:

- el modelo conductual, que destaca la influencia de la conducta misma en la salud-enfermedad.
- el modelo cognitivo del estrés, basado en el significado y afrontamiento de la enfermedad.



Se entiende por cognitivo a cualquier proceso efectuado por el cerebro que incluya percepción, detección, identificación, comparación, toma de decisiones, etc. Los pensamientos negativos automáticos y las creencias irracionales intervienen antes y durante el transcurso de una situación, interpretándola como peligrosa o bien valorando la propia incapacidad para afrontarla frente a otro tipo de pensamientos positivos o de afrontamiento positivo. Así, en la ansiedad, la dimensión cognitiva se caracteriza por preocupación, anticipación, hipervigilancia, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control y la percepción de fuertes cambios fisiológicos (cardíacos, respiratorios, etc.). El efecto de cualquier situación estresante (operación, problema médico, etc.) depende de 3 procesos cognitivos:

- la evaluación primaria (sería el primer mediador psicológico del estrés y daría lugar a evoluciones del tipo amenaza, daño/pérdida, desafío o beneficio);
- la evaluación secundaria (correspondiente a la valoración de los propios recursos para afrontar la situación y que sería determinante para la respuesta de estrés, ya que dependerá de que el individuo se sienta desafiado, asustado u optimista que la emoción sea de ira, miedo o placer)
- la reevaluación (procesos que acontecen cuando se ha puesto en marcha alguna de las soluciones a los problemas presentados).

Las respuestas motoras son conductas orientadas hacia el afrontamiento de una situación determinada para conseguir un mayor bienestar. Las conductas más habituales son:

- confrontación (acciones dirigidas hacia la acción como el contraataque, la reacción agresiva, es decir, la ira)
- distanciamiento (evitación, escape)
- autocontrol
- búsqueda de apoyo social, etc.

En el caso de la ansiedad, el objetivo de las conductas es mitigar o aliviar el malestar físico o psicológico generado (evitación, escape) que pueden derivar en conductas no saludables (beber, fumar, llevar una mala dieta, etc.)

Evaluación Psicológica de la Ansiedad en las Enfermedades Médicas

La ansiedad es la respuesta emocional más estudiada, debido tanto a su carácter de respuesta emocional específica y paradigmática como a que los avances en su conocimiento revisten innumerables aplicaciones clínicas, dado su papel en numerosos trastornos psicopatológicos y psicosomáticos.



Existen numerosos instrumentos de autoinforme, pruebas de observación, medidas psicofisiológicas, etc. Las pruebas más relacionadas con los procesos de enfermedad física son: el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, la Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS), el Listado de 90 Síntomas de Derogatis (SCL-90-R) y la Escala Hospitalaria De Ansiedad y Depresión (HADS), esta última abarca tanto la ansiedad como la depresión, así como su relación con la calidad de vida y la salud. Fue diseñada con la intención de crear un instrumento de detección de trastornos depresivos y ansiosos en el marco de los servicios hospitalarios no psiquiátricos.

Relación de la Ansiedad con las Enfermedades Médicas

Lejos de la opinión mantenida por la investigación psicósomática en sus inicios respecto al carácter causal de las emociones en las enfermedades, en la actualidad se admite que los factores psicológicos pueden ser causa necesaria pero no suficiente para la aparición de determinados trastornos. Se señala la multicausalidad y la interrelación entre los diferentes factores causales como la explicación etiológica más plausible. Esta multicausalidad, centrada en considerar simultáneamente las factores genéticos, ambientales, psicofisiológicos y, principalmente, el peso de la interacción como elemento de predisposición del individuo a padecer una determinada enfermedad, es el gran mérito de la investigación psicológica actual en este campo.

Se han postulado distintas hipótesis para explicar la interrelación de los factores emocionales en el proceso de salud-enfermedad:

1. Las reacciones de ansiedad que alcanzan niveles demasiado intensos o que se mantienen en el tiempo, podrían producir cambios en la conducta, de manera que se olvidan los hábitos saludables y se desarrollan conductas adictivas o inadecuadas que pondrían en peligro la salud.
2. Estas reacciones emocionales mantienen niveles de activación fisiológica intensos, que podrían deteriorar la salud si tienden a la cronicidad.
3. La alta activación fisiológica puede estar asociada con cierto grado de inmunodepresión, lo que vuelve a los pacientes más vulnerables a las enfermedades infecciosas o inmunológicas, o bien la supresión o control de estas emociones puede acarrear altos niveles de activación fisiológica y un cierto grado de inmunosupresión.

Prácticamente todos los sistemas orgánicos aparecen relacionados con factores psicológicos que juegan un papel importante en el inicio, desarrollo y mantenimiento de enfermedades.

Los trastornos sobre los que existe una mayor evidencia de la influencia de la ansiedad son:

- **CÁNCER**

- El cáncer sigue siendo una de las principales causas de muerte en los países desarrollados, aunque se ha logrado la curación de ciertos tipos de neoplasias y otras se han convertido en enfermedades crónicas. En la actualidad, las cifras totales de supervivencia alcanzan el 50%.
- Existen varias hipótesis que intentan explicar la influencia de los factores psicológicos en el comienzo y la progresión del cáncer, que van desde su repercusión sobre la función inmunitaria, pasando por su influencia sobre hábitos como el tabaco y el alcohol, hasta el peso que estos factores psíquicos ejercen sobre el paciente para decidir el momento de solicitar atención médica.
- Estudios psiconeuroinmunológicos han analizado la influencia del estrés y la ansiedad como factores de riesgo etiológicos en el crecimiento de la neoplasia. No existe en la actualidad consenso acerca de su papel de variable desencadenante, pero sí como variable moderadora que influye en la velocidad del proceso cancerígeno.
- Los enfermos oncológicos sufren reacciones psicológicas negativas ante el cáncer, como la ansiedad. Estas manifestaciones psicológicas se encuentran asociadas con la gravedad de la neoplasia e influyen claramente en la respuesta a la enfermedad y en las expectativas de vida

- **INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)**

- Los pacientes infectados por VIH también presentan sintomatología ansiosa, como la excesiva preocupación, el miedo y la obsesión por ser portador o de presentar alguna enfermedad oportunista. La persona seropositiva está sometida a numerosos estresores que pueden ocasionar trastornos de adaptación, ansiedad y depresión, entre otros. Los síntomas predominantes son la ansiedad generalizada, la hipocondría, los comportamientos obsesivos, los pensamientos depresivos, la culpabilidad y el autocastigo.
- Las pruebas para detectar el VIH son un importante estresor. Se ha descrito una prevalencia alta de ansiedad y depresión en pacientes en períodos anteriores a la realización de las pruebas y descenso de dichos síntomas tras realizarlas. Así, el 25% de los pacientes diagnosticados como "seropositivos" evolucionan tras la prueba con trastornos de adaptación y trastornos mixtos ansioso-depresivos, además de existir en ellos un riesgo de suicidio 36 veces superior a la población normal.

- **TRASTORNOS CARDIOVASCULARES**

- La ansiedad y el estrés son factores significativos de riesgo de enfermedad coronaria, infarto de miocardio y mortalidad de causa cardíaca. También existe alta prevalencia de trastornos psiquiátricos comórbidos con la enfermedad cardiovascular, concretamente episodio depresivo mayor (29%), trastorno distímico (15%), trastorno depresivo mayor recurrente (31%), trastorno de estrés postraumático (29%) y trastorno de ansiedad generalizado (24%).
- Respecto a la ansiedad, el trastorno de ansiedad generalizado y los trastornos fóbicos se han asociado con aumento de riesgo cardíaco en diversas poblaciones; sin embargo está vinculada con baja mortalidad.
- Mención aparte merece la hipertensión arterial primaria o esencial por ser un factor de riesgo cardiovascular donde la ansiedad juega un papel importante. Es una alteración con etiología pluricausal donde uno o varios factores de riesgo provocan elevación de la presión arterial, siendo esos factores de riesgo principalmente conductuales. La OMS ha reconocido el importante papel que puede jugar el estrés en la hipertensión, aunque también admite la dificultad de cuantificar esa influencia en el desarrollo de la enfermedad. Entre los factores psicológicos que muestran mayor evidencia de correlación con la hipertensión, destacan la ansiedad y la ira, que desempeñan un importante papel en su desarrollo y mantenimiento, ya sea directamente por efectos sobre el sistema cardiovascular o indirectamente por su influencia en los factores conductuales, tales como el hábito alimenticio, el ejercicio físico, etc.
- Un perfil de sujeto hipertenso se caracteriza por un alto rasgo general de ansiedad, alta reactividad en los sistemas de respuesta cognitivo y fisiológico, y en menor medida en el sistema motor; y con reacciones de ansiedad intensas ante las situaciones de prueba o evaluación, las situaciones potencialmente fóbicas, las habituales en su vida diaria y, en menor medida, ante las situaciones interpersonales.

- **TRASTORNOS DERMATOLÓGICOS**

- Desde el punto de vista fisiológico, la piel es uno de los órganos más sensibles a las emociones. El origen embriológico común ectodérmico de la piel y del sistema nervioso que hace que ambas estructuras tengan en común multitud de neuromoduladores, péptidos vasoactivos y sistemas bioquímicos de información interna.
- Los trastornos dermatológicos han sido considerados tradicionalmente como pertenecientes a la psicósomática, ya que pueden ser precipitados o exacerbados por el estado emocional. En diferentes procesos (psoriasis, dermatitis atópica, urticaria, alopecia areata, etc.) existen muchos factores que pueden actuar como desencadenantes de los brotes o desempeñar un importante papel como factor de mantenimiento. Entre éstos se hallan el estrés

y las alteraciones emocionales como la ansiedad o la depresión, que pueden causarlos o exacerbarlos. También el acné se ha relacionado con estrés emocional, ya que es exacerbado mediante la liberación de determinadas hormonas como los glucocorticoides y andrógenos como consecuencia de la respuesta emocional a los estresores.

- Los trastornos dermatológicos presentan una alta comorbilidad con trastornos ansiosos y afectivos. En principio esto estaría relacionado con la desfiguración facial o de otra parte del cuerpo que podría generar problemas psicológicos, tales como sentimientos de inferioridad, soledad y baja autoestima, así como retraimiento social. Sin embargo, solo una pequeña proporción de personas evoluciona con trastornos psíquicos graves, como fobia social, ansiedad generalizada o depresión mayor.

- **TRASTORNOS ENDOCRINOS**

- Investigaciones recientes apoyan la existencia de una relación entre eventos vitales estresantes y el comienzo de la diabetes. Debido a que estos estudios se han realizado con pequeñas poblaciones, deben interpretarse sus resultados con prudencia; se sugiere que algunas personas son más vulnerables que otras a los efectos del estrés. El estrés crónico en un sujeto predispuesto a la diabetes (obeso y de edad avanzada) puede constituir un elemento coadyuvante. Los factores estresantes pueden precipitar el inicio menoscabando la regulación del metabolismo de los hidratos de carbono en el paciente, tanto de modo asintomático como produciendo hiperglucemias en la fase de estado.
- Por otro lado, los diabéticos presentan una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión, en contraste con la población no diabética.

- **TRASTORNOS GASTROINTESTINALES**

- Existe una alta comorbilidad entre trastornos de ansiedad y alteraciones de la motilidad esofágica. Un trastorno ansioso puede iniciar una afección esofágica y, a su vez, la anormalidad de la motilidad puede incrementar la ansiedad.
- El estrés y los factores emocionales son considerados factores de riesgo en algunas enfermedades de la motilidad gástrica. Diversos estudios describen a un grupo de pacientes con manifestaciones típicas de gastroparesia o retraso de vaciado gástrico en los cuales no se halla causa orgánica identificable. Se trata de personas jóvenes, en quienes los factores psicológicos desempeñan un papel fundamental, por ejemplo en las pacientes con anorexia nerviosa o en los sujetos sometidos a situaciones de estrés.
- Respecto a la úlcera péptica, la teoría fisiopatológica más conocida es que el estrés produce una intensa secreción ácida e hipersecreción de peptina, mediada por la estimulación vagal, que acaba lesionando la mucosa, y ha sido

considerada como paradigma de enfermedad psicosomática. Sin embargo, el descubrimiento de *Helicobacter pylori* y la evidencia de personas muy estresadas sin lesión, así como la presencia de úlceras en personas sin psicopatología significativa, han obligado a replantear la cuestión.

- Aun así, varios estudios recientes siguen corroborando que el estrés es un factor de riesgo independiente para la aparición y recurrencia de la enfermedad ulcerosa. Concretamente, periodos transitorios de estrés se asocian con mayor probabilidad de úlcera gástrica, en comparación con periodos de estrés largos y prolongados. Aunque existe controversia acerca del papel de los factores psicológicos, parece claro es que la úlcera péptica debe ser considerada como un problema de salud de tipo biopsicosocial.
- Se ha descrito la “personalidad ulcerosa”: persona con necesidades intensas de dependencia y deseos íntimos de ser cuidado y protegido, pero la evidencia actual rechaza este tipo de personalidad. Sin embargo determinados factores psíquicos, independientes de la “personalidad ulcerosa”, podrían influir tanto sobre las conductas de riesgo como en la percepción y valoración de los síntomas ulcerosos por el paciente: hábitos de consumo (tabaco, alcohol, etc.), factores emocionales (personalidad hostil, ansiedad), antecedentes familiares.
- También existe una comorbilidad alta entre trastornos de pánico y agorafobia con la dispepsia no ulcerosa.
- Existen datos a favor de la influencia de las emociones y los hábitos conductuales en la fisiología gastrointestinal, más concretamente en la enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa). Parece demostrada una clara relación entre el estrés emocional y la exacerbación del proceso inflamatorio, así como con la percepción de las molestias sintomáticas. Incluso se han descrito rasgos de personalidad característicos, obsesivo compulsivos y alexitímicos. Concretamente, se ha hallado una elevada incidencia de trastornos depresivos y ansiosos entre los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.
- Respecto al síndrome del intestino irritable, es una de las enfermedades más frecuentes del aparato digestivo. Las hipótesis sobre su etiología son variadas, aunque se sabe que los factores psicológicos tienen un papel importante. Hasta el 70% de los pacientes cumple criterios para algún trastorno psiquiátrico; los trastornos de ansiedad y los depresivos los más frecuentes, y siendo los trastornos de ansiedad preexistentes a la aparición de los síntomas gastrointestinales.

- **ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS**

- Las enfermedades neurológicas son las que presentan una mayor coexistencia con la depresión y la ansiedad.
- El dolor de cabeza es el síntoma neurológico más frecuente y uno de los motivos de consulta más frecuentes en general (se estima que entre un 10% a 20% de los casos es el síntoma principal). Existen diferentes tipos: cefalea tensional, migraña, cefalea en racimos y dolores de cabeza diversos. Tanto la ansiedad como la depresión son comunes en los dolores de cabeza crónicos.
- Respecto a la cefalea tensional, muchas personas son susceptibles a los dolores de cabeza en épocas de mayor estrés emocional y puede constituir un síntoma importante en síndromes ansiosos y depresivos. La explicación a estas cefaleas es que el exceso de ansiedad suele producir contracción de la musculatura de la cabeza y el cuello. Si ésta se prolonga varias horas, se produce constricción vascular e isquemia, que sería la causante del dolor. Las personas caracterizadas por patrones de personalidad de tipo A son especialmente proclives a este trastorno. Se estima que hasta el 95% de estos sujetos padecen síntomas de ansiedad y/o depresión, bien de naturaleza reactiva o endógena. Además el padecimiento de cefaleas prolongadas puede desencadenar trastornos psicológicos que, a su vez, pueden convertirse en variables mantenedoras del trastorno psicológico y potenciar la gravedad de la cefalea en futuros ataques. Estos pacientes se caracterizan por rasgos de ansiedad, neuroticismo y depresión anormalmente altos.
- El estrés y los trastornos de ansiedad también son un precipitante de la migraña. Los trastornos de ansiedad suelen preceder a la migraña, aunque probablemente interactúan con otros precipitantes que aumentan su vulnerabilidad, pero sin desencadenarla necesariamente. Así pues, el estrés puede iniciar directamente la migraña en pacientes biológicamente propensos, así como potenciar indirectamente o intensificar el desencadenamiento de la misma. Posteriormente, las migrañas presentan mayor riesgo de asociación con crisis de pánico o ansiedad.
- Existen otras enfermedades neurológicas más graves que también presentan una comorbilidad alta con los trastornos anímicos, así como alto riesgo de suicidio en los 5 años siguientes a la lesión, especialmente en pacientes con epilepsia, esclerosis múltiple o lesiones de la medula espinal. También se ha documentado una incidencia en torno al 40% de depresión y ansiedad asociada a accidentes vasculares cerebrales agudos.
- La enfermedad de Parkinson, también presenta altos niveles de psicopatología asociada, tanto ansiedad como depresión. Sin embargo, el estado de ánimo del paciente puede deberse a estados transitorios de disforia más propios de las exacerbaciones de la enfermedad neurológica.

- En la esclerosis múltiple, hasta el 75% de los pacientes lleva asociado problemas psicológicos y psiquiátricos (trastorno de pánico, trastorno depresivo, trastorno bipolar, etc.). Además, la depresión y la ansiedad influyen en la relación entre la esclerosis múltiple y la calidad de vida, ya que los individuos con más síntomas de ansiedad y depresión presentan mayor incapacidad física y peor calidad de vida.
- **TRASTORNOS RESPIRATORIOS**
 - Es clara la influencia de los factores psicosociales sobre la evolución del asma bronquial o en el mantenimiento de algunos síntomas. La ansiedad asociada con las crisis asmáticas desempeña un importante papel sobre la evolución del asma bronquial y de la enfermedad respiratoria en general. Se relaciona con peor evolución, al aumentar la sintomatología y transmitir mayor sensación de gravedad, lo que lleva a tratamientos más urgentes, frecuentes, agresivos y costosos.
- **TRASTORNOS REUMATOLÓGICOS**
 - Muchas enfermedades reumatológicas cursan de forma crónica, produciendo dolor, deformación e incapacidad funcional. Repercuten directamente sobre la calidad de vida del paciente, afectando su actividad laboral, social y familiar. Con frecuencia los síntomas y signos de la alteración musculoesquelética se solapan con la sintomatología propia de una afectación emocional.
 - En una enfermedad como la artritis reumatoidea, el dolor y el deterioro físico pueden causar distintos síndromes psiquiátricos. Estos factores emocionales se han implicados en la evolución de forma desfavorable, en el sentido de poca motivación, depresión no asociada con dolor y mal control de impulsos.
 - En pacientes con dolor crónico se considera que la presencia de síntomas de ansiedad es muy significativa; la ansiedad es un factor facilitador de la percepción del dolor.
 - En cuanto a la fibromialgia, existe unanimidad en relación con la presencia de alteraciones emocionales en estos pacientes. Se puede decir que síntomas como tristeza, ansiedad, fatiga, insomnio, irritabilidad, falta de concentración, desinterés, apatía e hipocondría forman parte del cuadro clínico. Es frecuente la concomitancia de la fibromialgia con otras enfermedades médicas con acreditado contenido psicológico, como el síndrome del intestino irritable, la migraña, los problemas de sensibilización alérgica y, en especial, el síndrome de fatiga crónica.



Intervenciones Psicológicas Eficaces en la Ansiedad Asociada con Enfermedades Médicas

Cáncer

Las personas que tienen cáncer pueden beneficiarse de diferentes formas de intervención psicológica. Cada una de estas intervenciones se utiliza con más énfasis en una fase de la enfermedad concreta:

- **educativo-informativas**, en la fase de diagnóstico: ayudan a reducir la ansiedad generada por la incertidumbre ante estímulos poco familiares e imprevisibles, como las primeras visitas médicas.
- **conductuales**, en la fase de tratamiento inicial, complementario y recidiva: se aplican fundamentalmente para reducir el estrés y mejorar el control de los efectos secundarios de la terapia oncológica. Se pueden utilizar diferentes técnicas, tales como relajación muscular progresiva, pasiva, respiración profunda, meditación, imaginación guiada o visualización; planificación de actividades y terapia de resolución de problemas.
- **psicoterapéuticas individuales**, principalmente en la fase de recidiva: se han centrado en el acompañamiento del paciente durante la situación estresante que representa el cáncer, a través de proporcionar apoyo emocional, para así disminuir los síntomas de ansiedad, depresión, etc., que suelen estar asociados con ese proceso. Un buen ejemplo de este tipo de intervenciones es la "terapia psicológica adyuvante". Se trata de un programa de tratamiento cognitivo conductual para pacientes derivado de la terapia cognitiva de Beck. Este programa incluye métodos cognitivos, métodos conductuales, expresión emocional, trabajo en pareja e inducción del espíritu de lucha.
- **intervenciones en grupo** en fases avanzadas: existen 2 modalidades. Una es la conducida por un profesional, que se caracteriza por una dinámica de grupo que se centra en objetivos más concretos y posee una mayor organización y planificación. La segunda es la conducida por personas afectadas, que suele caracterizarse por una menor jerarquía, por perseguir unos objetivos más espontáneos y donde el apoyo emocional es el principal beneficio.

Las intervenciones psicológicas pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes de cáncer y que uno de sus logros es reducir las alteraciones emocionales, si bien no parece existir un tipo de intervención claramente más eficaz para ayudar a los enfermos a adaptarse al cáncer y reducir la sintomatología ansioso-depresiva.



Infeción por VIH

Se divide a las necesidades de intervención en relación con el VIH a las referentes a la prevención primaria y en las relativas a personas ya seropositivas, dirigidas a mejorar su adherencia al tratamiento, intervenir en el entorno del enfermo y optimizar su estado emocional. Respecto a este último objetivo, son metas de la intervención dotar a la persona de estrategias de afrontamiento del impacto emocional que supone el diagnóstico. En este sentido, la sintomatología ansiosa y depresiva se convierte en el centro de atención para la intervención psicológica. Las técnicas que parecen tener una eficacia mayor son la combinación de información y técnicas cognitivo-conductuales. Los componentes incluidos son: psicoeducación, terapia cognitiva, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, técnicas de asertividad, manejo de la rabia, identificación de apoyo social y relajación.

Trastornos Cardiovasculares

En el abordaje de los trastornos cardiovasculares, las intervenciones conductuales se han orientado tanto hacia la prevención en población de alto riesgo como al tratamiento y rehabilitación de los pacientes tras sufrir algún episodio de alteración cardiovascular. En el primer caso, el objetivo principal es cambiar las conductas manifiestas que incrementan la vulnerabilidad cardiovascular mediante la modificación de los factores de riesgo, y entre éstos, los psicosociales; estados depresivos o las manifestaciones emocionales negativas de ansiedad. En el segundo caso, la intervención incide en el tratamiento y rehabilitación de las funciones físicas, psicológicas y sociales afectadas por el trastorno, donde de alguna forma también se han considerado los aspectos emocionales.

Existen diferentes intervenciones cognitivo-conductuales para el control de la ansiedad, como el entrenamiento en manejo de ansiedad (Suinn) y los procedimientos de inoculación de estrés (Meichenbaum).

Trastornos Dermatológicos

El tratamiento psicológico tiene un papel importante en las enfermedades dermatológicas, ya sea como coadyuvante o como terapia principal. Así, han demostrado ser útiles diversas técnicas psicoterapéuticas y cognitivo-conductuales que permiten un mejor afrontamiento del estrés, ayudando en la adaptación a la enfermedad.

El tratamiento psicológico debe incluirse en el abordaje global de sujetos con trastornos dermatológicos por su probada eficacia mostrada, bajo costo y alto beneficio en la reducción de los síntomas ansiosos que con frecuencia presentan estos pacientes, lo cual se traduce en una mejor evolución de la enfermedad dermatológica en sí misma.



Trastornos Endocrinos

Las intervenciones psicológicas en diabetes tienen diversos objetivos: mejorar la adherencia al tratamiento, amortiguar el impacto del diagnóstico, mejorar el afrontamiento de la enfermedad, controlar los episodios hipoglucémicos y el autocontrol glucémico y, por último, intervenir sobre los trastornos psicológicos que frecuentemente acompañan a la enfermedad.

Respecto a la intervención psicológica en los trastornos de ansiedad, cabe señalar la posible eficacia de los tratamientos mediante el manejo de la ansiedad, la relajación asistida o no asistida con biorretroalimentación (*biofeedback*), al mejorar el control metabólico de la enfermedad directamente y/o por medio de la mejora de la adherencia al tratamiento.

Trastornos Gastrointestinales

Los trastornos que han recibido mayor atención en cuanto a la intervención psicológica son los relacionados con las alteraciones del intestino.

En el síndrome de intestino irritable, las técnicas de control de ansiedad y estrés propias de la terapia conductual en un formato de multicomponente han demostrado eficacia para reducir/eliminar la sintomatología característica (ansiedad/depresión). Otras modalidades de tratamiento han sido la psicoterapia de orientación dinámica, el *biofeedback* y el manejo de contingencias. En esta patología, el abordaje psicológico brinda mayores beneficios que los tratamientos médicos.

En cuanto a la enfermedad inflamatoria intestinal, las intervenciones psicológicas pueden ser divididas en 3 tipos: psicoterapia de apoyo, *biofeedback* y manejo del estrés, considerándose ésta última más eficaz. La justificación del uso de este procedimiento para el control de la ansiedad y el estrés se asocia con la evidencia que afirma que se produce un empeoramiento o exacerbación de estas enfermedades en situaciones estresoras. Las técnicas de tratamiento son las propias de la reducción de ansiedad y el manejo de estrés: entrenamiento en relajación, desensibilización sistemática, entrenamiento en resolución de problemas, reestructuración del tiempo, asertividad y habilidades sociales.



Trastornos Neurológicos

Entre los trastornos neurológicos, los dolores de cabeza son los más explorados. La intervención conductual sobre la base de técnicas de relajación y/o *biofeedback* ha demostrado una clara y notable efectividad en el alivio de este problema.

Por la amplitud de su uso y por su eficacia, destacan el entrenamiento en relajación muscular y el *biofeedback*. Ambas técnicas han demostrado su eficacia en el tratamiento de la cefalea tensional y de la migraña, si bien en el segundo subtipo la combinación del *biofeedback* de temperatura y la relajación es el tratamiento más efectivo.

Trastornos Respiratorios

Son de utilidad los programas de automanejo en pacientes con asma grave o pobremente controlada y las técnicas de relajación en sujetos con un componente emocional asociado a la evolución del trastorno. Las intervenciones psicológicas más utilizadas para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, como el trastorno de pánico, frecuentemente asociadas con la morbilidad del asma son las derivadas de la psicoterapia cognitiva conductual.

Trastornos Reumatológicos

El dolor crónico característico debe ser abordado desde una perspectiva multidimensional. Así, los programas conductuales y cognitivo conductuales son considerados actualmente como herramientas eficaces para controlar el dolor crónico.

Terapia Farmacológica de los Trastornos de Ansiedad Asociados con Enfermedad Médica

Como en otras situaciones, se acepta para el tratamiento de los trastornos de ansiedad que el abordaje combinado (psicoterapéutico y psicofarmacológico) brinda los mejores resultados. Los principales fármacos utilizados en el tratamiento de los trastornos de ansiedad son las benzodiacepinas y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. En presencia de trastornos de ansiedad o síntomas ansiosos clínicamente significativos en asociación con enfermedad médica, se elegirá la droga en función del tipo y gravedad del trastorno/síntoma, de la patología médica comórbida y de su tratamiento, teniendo en cuenta las interacciones medicamentosas.

Benzodiazepinas

Casi todas las benzodiazepinas tienen perfiles farmacológicos similares; dependiendo de la dosis serán ansiolíticas, sedantes o hipnóticas. También todas ellas son relajantes musculares y anticonvulsivantes. Se unen a los receptores GABA-A otorgándole una mayor afinidad por el GABA (regulación alostérica), que genera incremento de la frecuencia de apertura del canal de cloro.

Las principales diferencias entre las distintas benzodiazepinas están en su potencia y en su farmacocinética; estas 2 variables determinan la elección para determinada situación clínica. Son drogas muy liposolubles, presentan alta unión a proteínas y alto volumen de distribución. Las principales vías metabólicas de las benzodiazepinas son la oxidación y la reducción por enzimas microsomales hepáticas (pasibles de inducción e inhibición), que generan metabolitos activos, de mayor vida media que la droga madre, y que dependen altamente del grado de funcionamiento hepático; y la conjugación, principalmente glucuronización. Este último mecanismo inactiva en forma directa al lorazepam, oxazepam, temazepam y lormetazepam; a los metabolitos de otras benzodiazepinas los vuelve menos liposolubles, por lo que pueden ser excretados por vía renal.

Las variables importantes en la elección de una benzodiazepina son latencia de inicio de acción, potencia, duración del efecto (vida media de distribución) y acumulación (vida media de eliminación). Para el tratamiento de los trastornos de ansiedad se eligen drogas de alta potencia, de inicio y duración intermedios (1 a 3 h y 6 a 15 h respectivamente), con baja capacidad de acumulación: alprazolam, clonazepam y lorazepam. De estas, el lorazepam es independiente de la función hepática y puede ser utilizada por vía intramuscular.

Interacciones farmacodinámicas de las benzodiazepinas:

- Potenciación de la depresión del sistema nervioso central: antihistamínicos bloqueantes de los receptores H₁ centrales, barbitúricos, antidepressivos tricíclicos e inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), etanol. La potenciación con otros depresores centrales puede hacer que un intento de suicidio sea letal, cuando la sobredosis de benzodiazepinas solas raramente lo es.
- Disminución del efecto: cafeína
- Potenciación de alteraciones cognitivas: anticolinérgicos.

Interacciones farmacocinéticas de las benzodiazepinas:

- Disminución de los niveles y/o del pico plasmático de las benzodiazepinas: antiácidos, magnesio e hidróxido de aluminio, y alimentos, por disminución y/o retardo de la absorción.

- Aumento de los niveles plasmáticos de las benzodiazepinas por interacción con enzimas microsomales hepáticas: amiodarona, cimetidina, disulfiram, eritromicina, claritromicina, troleandomicina, cloranfenicol, ciprofloxacina, estrógenos, isoniazida, alopurinol, ácido valproico.
- La nefazodona puede aumentar el nivel plasmático de alprazolam hasta 200 veces al inhibir la isoenzima CYP3A4. Fluoxetina, fluvoxamina, y sertralina pueden aumentar el nivel plasmático de alprazolam hasta un 100%.
- Los inhibidores de la proteasa, ritonavir e indinavir, también inhiben a CYP3A4, aumentando los niveles plasmáticos de benzodiazepinas.

Las benzodiazepinas pueden aumentar los niveles plasmáticos de ácido valproico, por desplazamiento de unión a proteínas, y de digoxina, por disminución de su metabolismo y eliminación.

Uso de benzodiazepinas en enfermedad hepática: la disminución en el funcionamiento hepático alarga la vida media de las benzodiazepinas que se metabolizan por oxidación o reducción (diazepam, clonazepam, flunitrazepam, alprazolam, midazolam). Queda más preservada la vida media de las benzodiazepinas que se conjugan directamente con glucurónico (lorazepam, bromazepam). Lo más conveniente es usar benzodiazepinas de vida media corta, mejor aún si son las que directamente se glucuronizan; de éstas, la más usada con fines ansiolíticos es el lorazepam. Si se utilizan otras benzodiazepinas, se recomienda usar la mitad de la dosis terapéutica que en adultos sanos y ajustarla posteriormente en función a la respuesta terapéutica.

Contraindicaciones de las benzodiazepinas:

- Absolutas: miastenia gravis, apneas del sueño e hipersensibilidad.
- Relativas: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, antecedente de adicción a drogas, enfermedad hepática.

Dosis de benzodiazepinas recomendadas en trastornos de ansiedad

| Fármaco | Rango terapéutico (mg/día) | Dosis de inicio mg/día | Particularidades |
|------------|----------------------------|------------------------|--|
| Alprazolam | 0.25 a 6 | 0.25 a 1 | Vía oral o sublingual 1 a 4 tomas diarias 1ra elección en las crisis |
| Clonazepam | 0.5 a 6 | 0.5 a 2 | Vía oral o sublingual 1 a 3 tomas diarias De elección durante el período de latencia de antidepresivos y de mantenimiento. |
| Lorazepam | 0.5 a 5 | 0.5 a 1 | En crisis graves permite la utilización de la vía intravenosa |



Inhibidores Selectivos de la Recaptación De Serotonina (ISRS)

Este grupo está compuesto por citalopram, escitalopram, fluoxetina, sertralina, paroxetina y fluvoxamina. Son bloqueantes de la recaptación presináptica de serotonina y producen aumento agudo de la neurotransmisión serotoninérgica con posterior desensibilización de los autorreceptores serotoninérgicos.

Se metabolizan a través de las isoenzimas del citocromo P450, principalmente: CYP 3A3/4, CYP2D6, CYP1A2, CYP2C9/10 y CYP2C19. Citalopram y escitalopram son metabolizados principalmente por la isoenzima CYP2C19. Los ISRS son tanto sustrato como inhibidores de la oxidación por la vía de la citocromo 450; de todas maneras, el riesgo de interacciones medicamentosas graves es limitado. Las más peligrosas es el síndrome serotoninérgico. Además de producir interacciones medicamentosas por inhibición de las isoenzimas, los ISRS pueden generar numerosas interacciones por su alto porcentaje de unión a proteínas plasmáticas, lo que debe tenerse en cuenta en su uso asociado con otras drogas con características similares. Pueden generarse aumentos de los efectos terapéuticos o tóxicos al desplazarlas de su sitio de unión, con incremento de la droga libre en ausencia de un aumento del nivel plasmático total.

Las principales interacciones farmacológicas se producen con otros psicofármacos:

- IMAO: la asociación produce síndrome serotoninérgico, entre la administración de un ISRS y un IMAO se deben dejar transcurrir 2 semanas de lavado.
- Antidepresivos tricíclicos: los ISRS aumentan sus niveles plasmáticos, pudiendo producir síntomas de toxicidad.
- Antipsicóticos: pueden producir empeoramiento de los síndromes extrapiramidales por inhibición de su metabolismo.
- Litio: riesgo de síndrome serotoninérgico por aumento de la función serotoninérgica.
- Serotoninérgicos (tramadol, sumatriptán, otros triptanes): la administración conjunta puede provocar un síndrome serotoninérgico.
- Medicamentos que disminuyen el umbral convulsivo: los ISRS pueden disminuir el umbral convulsivo. Se recomienda precaución cuando se usan concomitantemente otros medicamentos con este efecto.
- Inhibidores enzimáticos (omeprazol, cimetidina): la administración conjunta de medicamentos que inhiben la CYP2C19 (omeprazol) puede conducir a un aumento de la concentración plasmática de citalopram y escitalopram. Se recomienda precaución con la utilización conjunta y puede ser necesario reducir la dosis del ISRS. La administración conjunta de citalopram o escitalopram con cimetidina (inhibidor general enzimático moderadamente potente) aumenta la concentración plasmática del ISRS.

Por lo tanto, se debe tener precaución en el nivel superior del rango de dosis de escitalopram cuando se utiliza concomitantemente con dosis altas de cimetidina.

- Anticoagulantes orales: puede producirse alteración de los efectos anticoagulantes cuando los ISRS se combinan con anticoagulantes orales. En los pacientes que reciben tratamiento anticoagulante oral, la coagulación se debe monitorizar estrechamente cuando se inicia o interrumpe la administración de un ISRS.

Uso de ISRS en Pacientes con Patologías Orgánicas:

- **EPILEPSIA:** el tratamiento se debe interrumpir en cualquier paciente que desarrolle convulsiones. Los ISRS no se deben administrar a individuos con epilepsia inestable y los sujetos con epilepsia controlada deben ser monitorizados estrechamente. El tratamiento con ISRS se debe interrumpir si se observa aumento de la frecuencia de convulsiones.
- **DIABETES:** el tratamiento con un ISRS puede alterar el control glucémico. Puede ser necesario un ajuste de la dosis de insulina y/o de los hipoglucemiantes orales.
- **HIPONATREMIA:** con el uso de ISRS se ha notificado raramente hiponatremia probablemente debida a secreción inadecuada de la hormona antidiurética (SIADH) que generalmente se resuelve con la interrupción del tratamiento. Se debe tener precaución en pacientes de riesgo, como ancianos, cirróticos o sujetos tratados concomitantemente con medicamentos que se conoce que causan hiponatremia.
- **HEMORRAGIA:** con fármacos pertenecientes al grupo de ISRS se han descrito alteraciones hemorrágicas cutáneas, como equimosis y púrpura. Se recomienda precaución especialmente en aquellos enfermos tratados concomitantemente con anticoagulantes orales, con medicamentos que se conoce que afectan la función plaquetaria (p.ej. antipsicóticos atípicos y fenotiacinas, la mayoría de los antidepresivos tricíclicos, ácido acetilsalicílico y antiinflamatorios no esteroideos [AINE], antiagregantes plaquetarios), así como en pacientes con tendencia a hemorragias.
- **Enfermedad hepática:** se debe disminuir al 50% las dosis de fluoxetina, escitalopram y citalopram, ya que el metabolismo de estas drogas se ve alterado. La sertralina está contraindicada en la enfermedad hepática y la paroxetina parece ser la opción con menor riesgo.
- **Enfermedad renal:** no se recomienda el uso de sertralina. Para citalopram y escitalopram no es necesario ajuste de dosis en insuficiencia renal leve o moderada. Se aconseja precaución en pacientes con función renal gravemente disminuida (*clearance* de creatinina < 30 ml/min). Fluoxetina: no se recomienda su uso si el filtrado glomerular es menor a 10 ml/min; si es de 10 a 50 ml/min se la puede administrar día por medio. Paroxetina: se disminuye la dosis en insuficiencia renal leve

Uso de ISRS en situaciones especiales:

- Embarazo: no se ha demostrado teratogénesis y es discutido el riesgo de abortos espontáneos. En lo posible se debe evitar en el primer trimestre, y disminuir la dosis en las 4 semanas previas a la fecha probable de parto para evitar síntomas de abstinencia en el neonato.
- Lactancia: sertralina, paroxetina, citalopram y escitalopram aparecen en muy baja concentración en la leche materna. En general se las considera drogas seguras durante la lactancia, ya que no se han observado efectos en los niños.
- Ancianos: son drogas seguras para su uso en este grupo etario y pueden generar alguna mejoría cognitiva. Se recomienda considerar el inicio del tratamiento con la mitad de dosis, titular en forma más lenta y reducir la dosis máxima a la mitad.

ISRS: Dosis recomendadas en trastornos de ansiedad

| Fármaco | Rango de dosis mg/día | Dosis de inicio mg/día |
|---------------------|--------------------------|---------------------------|
| Sertralina | 50 a 200 | 12,5 a 25 |
| Paroxetina | 20 a 80 | 5 a 10 |
| Escitalopram | 10 a 20 | 5 a 10 |
| Fluoxetina | 20 a 60 | 5 a 10 |

Bibliografía

1. ALONSO, C. (2006). Repercusión psicológica de la enfermedad en el paciente oncológico, adaptación e intervención. En Interpsiquis, 2006. Disponible en Internet <URL: <http://www.psiquiatria.com>>
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2000). Manual de estadística y diagnóstico de las enfermedades mentales. Cuarta edición, texto revisado. Washington, DC: APA.
3. AMIGO, I.; FERNÁNDEZ, C. Y PÉREZ, M. (2003). Manual de Psicología de la Salud (2ª ed.). Madrid: Pirámide.
4. BALLESTEROS, S. (2000). Psicología general, un enfoque cognitivo. Madrid: Editorial Universitas.
5. BECOÑA, E. VÁZQUEZ, F. Y OBLITAS, L. (2004). Promoción de los estilos de vida saludables. En Investigación en Detalle Número 5. ALAPSA. Bogotá.
6. CANO-VINDEL, A. y MIGUEL-TOBAL, J.J. (2001). Emociones y Salud. Ansiedad y Estrés, 7, 111-121.
7. FERNÁNDEZ, C. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el síndrome del intestino irritable. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coord.), Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la Salud (pp. 169-185). Madrid: Pirámide.

8. FERNÁNDEZ-ABASCAL, E.G.; MARÍN, M.D. y DOMÍNGUEZ, F.J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en los trastornos cardiovasculares. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coord.), Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la Salud (pp. 93-121). Madrid: Pirámide.
9. FERNÁNDEZ-ABASCAL, E.G. y PALMERO, F. (1999). Emociones y salud. Barcelona: Ariel.
10. GARCÍA-VEGA, E. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en la enfermedad inflamatoria intestinal. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coord.), Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la Salud (pp. 188-197). Madrid: Pirámide.
11. JUFE, G. (2001). Psicofarmacología práctica. Buenos Aires. Polemos.
12. LABRADOR, F.; MUÑOZ, M. y CRUZADO, J. (1990). Medicina conductual. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (Eds.), Psicología médica, psicopatología y psiquiatría (pp. 641-651). Madrid: Interamericana-McGraw-Hill.
13. MIRALLES, L.; OTIN, R. y ROJO, J.E. (2003). Factores psicológicos que afectan al estado físico. *Medicine*, 8, 5654-5664.
14. OBLITAS, L. (2004). Manual de psicología clínica y de la salud hospitalaria. Bogotá: PSICOM (www.psicologiacientifica.com).
15. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1986). Prevención y lucha contra las enfermedades cardiovasculares en la comunidad. Ginebra: OMS.
16. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades (décima edición). Ginebra: OMS.
17. PÉREZ, M.; FERNÁNDEZ, J.R., FERNÁNDEZ, C. y AMIGO, I. (2003a). Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Adultos. Madrid: Pirámide.
18. SANDÍN, B. (2001). Estrés, Hormonas y Psicopatología. Madrid: Klinik.
19. SANDÍN, B.; CHOROT P.; SANTED, M.A. Y JIMÉNEZ, M.P. (1995). Trastornos psicósomáticos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), Manual de Psicopatología: Vol. 2 (pp. 401-469). Madrid: McGraw-Hill.