

ESTRÉS Y ENFERMEDAD FÍSICA

Profesor: Juan Rojo Moreno

Unidad Docente Psiquiatría y Psicología Médica

Facultad de Medicina. Universidad de Valencia

ANSIEDAD

- **Tasa de prevalencia:**
 - 1951-1982 → 5,4%
 - 1979 → 9,9 %
 - 1982 → 8,4 %
 - 1987 → 11,1 %
- Parte de los pacientes no están en tratamiento pues se asume que “en la sociedad el nerviosismo, estrés y ansiedad es algo natural de nuestra forma de vida”
- **Definición:**
 - ansiedad : anxietas/atis: inquietos, agarrados, nerviosos
 - Angustia (del término latino angustus): angostura, opresión, estrechamiento
- **Componentes:** (nos persigue un toro y queremos escapar)
 - Notamos temor, tensión, inseguridad (componente psicológico)
 - Sudoración profusa, sequedad de boca, palpitaciones... (componente fisiológico)
 - Buscamos un árbol donde subirnos (concentración, memoria) (componente cognitivo)

Diferentes formas de definir la ansiedad (I)

- | | | |
|----------------------------------|---|--|
| 1. Siglo XVII | → | Se empieza a utilizar “ansiedad” como término médico. |
| 2. Robert Burton (1694) | → | Alteraciones originadas por lo que llamó “temor” |
| 3. William Cullen (1769) | → | Crea el término Neurosis |
| 4. Warburg (1799) | → | Utiliza el término obsesión en su sentido actual; luego se difundió bastante este concepto por Luys (1883) y Fairet (1889) |
| 5. O. Domrich. Principios S. XIX | → | Escribe sobre las crisis de ansiedad. |
| 6. Thackrah (1831) | → | Aparece el término ansiedad de mente |
| 7. Esquirol (1838) | → | Describe las obsesiones y compulsiones |
| 8. Beard (1868) | → | Utiliza por primera vez el termino Neurastenia |
| 9. Benedikt (1870) | → | Describe un cuadro agorafóbico que denominó “mareo en lugares públicos” (Platzschwindel) |
| 10. Westphal (1871) | → | Describe tres casos de agorafobia. |
| 11. DaCosta (1871) | → | Corazón irritable o Síndrome de DaCosta |
| 12. Dagonet (1876) | → | Habla de la hypemanie ansiosa. |
| 13. Legrand du Salle (1875) | → | Habla de “locura de la duda con delirio de tocar” en relación a lo que hoy llamaríamos síndrome obsesivo-compulsivo. |
| 14. Oppenheim H (1884) | → | Neurosis traumática. |
| 15. E. Brissaud (1890) | → | Diferencia ansiedad de angustia. |
| 16. Sigmund Freud (1895) | → | Neurosis de ansiedad. |

Diferentes formas de definir la ansiedad (II)

- | | | |
|-----------------------------|---|--|
| 17. J. Donath (1896) | → | Introduce el término Anancasmo del griego “ananke”, necesidad, fatalidad, obsesión. |
| 18. Honigman (1907) | → | Neurosis de guerra |
| 19. W. Stekel (1908) | → | Parapatía ansiosa y Parapatía obsesiva |
| 20. Sigmund Freud (1909) | → | Introduce el término Neurosis Obsesiva. |
| 21. P. Janet (1909) | → | Introduce el término Fobia de las situaciones sociales. |
| 22. Paul Dubois (1909) | → | Crea el término Psiconeurosis |
| 23. F Skinner (1904-1990) | → | Ansiedad - respuesta a una situación temida |
| 24. Walter Cannon (1911) | → | Introduce el término estrés, en biología. |
| 25. Hans Selye (1936) | → | Considerado el descubridor del estrés, describe el Síndrome General de Adaptación (SGA) y lo asocia a sufrimiento. |
| 26. Vallejo Nájera A (1944) | → | Neurosis psicotímica (predominan los síntomas somáticos) |
| 27. López Ibor JJ (1950) | → | Timopatía Ansiosa. |
| 28. Lifton y Olson (1976) | → | Síndrome del superviviente |
| 29. DSM-III (1980) | → | Surge el término Trastorno de ansiedad Generalizada y Trastorno por estrés postraumático (clasificación APA) |
| 30. Peter Tyrer (1985) | → | Síndrome Neurótico General. |
| 31. CIE-9 (1992) | → | Estado de ansiedad (clasificación OMS) |

Síntomas más frecuentes ansiosos

- 1.- Inquietud o excitación nerviosa, desasosiego. Tensión muscular, nucalgia, cefalea tensional que suele aumentar a medida que pasa el día, sensación de incapacidad de relajarse (se manifiesta a menudo en pequeños movimientos de las manos, piernas, tics, muecas).
- 2.- Dificultad para concentrarse.
- 3.- Dolores erráticos (cambian de lugar, por lo que suelen haber sido motivo de múltiples análisis y pruebas diversas médicas). Parestesias (sensación de hormigueos o como corrientes)
- 4.- Sensación de opresión torácica o falta de aire, o sensación de opresión en abdomen o como un nudo en el estómago. A veces sensación de no poder tragar, como si tuviesen un nudo en el esófago. Vómitos, diarreas, eructos, meteorismo.
- 5.- Palpitaciones, taquicardia, hipertensión, temblores.
- 6.- Oleadas de calor o “como algo que sube” desde el abdomen o por todo el cuerpo. Sudoración, polaquiuria (tener que ir muy a menudo a orinar), o tenesmo (sensación frecuente de tener que ir a defecar).
- 8.- Anorexia y muchas otras veces aumento del apetito (bulimia), sequedad de boca.
- 9.- Insomnio. Irritabilidad e hiperestesia a ruidos (molestan mucho más los ruidos) sobre todo si hay insomnio. También a veces hiperestesia a luces (molesta la luz)
- 10.- Vivencia de miedo. Temores difusos. Miedo a volverse “loco”, a perder el control.
- 11.- Sensación de mareo, sobre todo en la calle, en sitios donde hay bullicio, almacenes, centros comerciales. Se vivencia como una inestabilidad, como si “no pisasen seguro” el suelo al andar. Mucho peor si van solos, menos o puede que inexistente si van acompañados, también desaparece cuando van en coche.
- 12.- Ansiedad anticipatoria, antes de ir a lugares donde “saben” que se van a encontrar peor. Conductas de evitación de esos lugares.
- 13.- Preocupaciones hipocondríacas.
- 14- Preocuparse mucho por los acontecimientos cotidianos

La ansiedad (patología) no nos permite escapar de ella,
ni por distracción, ni por los ruidos, ni por el trabajo,
deporte, ni de día ni de noche

Por esto, escribió **Sören Kierkegaard:**

“Ningún gran inquisidor tiene a su disposición formas tan terribles como la ansiedad.

Ningún espía sabe cómo atacar más diestramente al hombre del que sospecha, escogiendo su momento más débil, ni sabe cómo tender una trampa en la que se verá atrapado, como sabe hacerlo la ansiedad.

Ningún juez intuitivo sabe cómo interrogar y examinar al acusado como sabe hacerlo la ansiedad, que nunca le deja escapar, ni por distracción ni por ruido, ni en el trabajo ni en el tiempo libre, ni de día ni de noche”.

EL ESTRÉS

Dificultad de definir el estrés

- (Mingote y Pérez): **el término estrés es tres cosas a la vez:**
 - Un estímulo estresante (sobrecarga de trabajo, falta de sueño)
 - Una respuesta al estrés como puede ser la elevación de la tensión arterial.(*)
 - A veces se considera una relación estresante (conflictos interpersonales, mala comunicación...) (*)
- Sinónimo de sobresalto, equivale a malestar y para la mayoría se entiende como tensión o sobrecarga no controlada (por esto también se habla de distrés: injuria o aflicción, es decir estrés nocivo)
- También se ha relacionado como característica de nuestro modo de vida actual “estilo de vida insano”
 - Srole habla en 1980 “doctrina mental del paraíso perdido”.
 - El Mito de Tarzán
 - M. Yela: “el hombre no puede más”
- **El estrés no es una enfermedad como puede ser la ansiedad, sino que es fundamentalmente una **reacción****

(*) la dificultad de definición se muestra en que se utiliza el término estrés al intentar definirlo

ESTRÉS

- Se empleó inicialmente en metalurgia para referirse a la fuerza externa que deforma la estructura de un metal.
- **En biología Walter Cannon-1911-** lo usa para designar todo estímulo nocivo capaz de perturbar la homeostasis (equilibrio del organismo). Entiende el estrés como perturbador de la armonía interna (por lo tanto como sobrecarga) y que pondría en marcha mecanismos autorreguladores para recuperar el equilibrio.
- **Hans Selye (1936)** publica en la revista Nature su concepto de estrés (*) y lo relaciona con dos palabras importantes: sufrimiento y capacidad de adaptación (SGA). **Lo importante no son los agentes** productores de estrés (son muy variados) **sino la repercusión** en el organismo y cómo éste se adapta
 - 1. Cualquier sufrimiento general produce un síndrome
 - 2. Este síndrome conduce a la adaptación
 - 3. La adaptación puede originar la enfermedad
 - A) Periodo de alarma (aún no hay adaptación)
 - B) Periodo de resistencia (se busca la adaptación)
 - C) Periodo de agotamiento (se pierde la adaptación y aparecen síntomas)

(*) Libro: The Physiology and Pathology of exposure to stress (1950).

Repercusiones en el Organismo del estrés (algunas)

- Aparato circulatorio → Influye en la aparición del infarto de miocardio. Taquicardia, Hipertensión
- Aparato digestivo → Diarreas, estreñimiento, bulimia, hipoglucemia, nauseas, vómitos, gastritis, úlcera péptica, colon irritable, sequedad de boca, malas digestiones, dispepsia.
- Síntomas generales → Adelgazamiento, temblores, linfocitosis de guerra, hiperestesia a ruidos, irritabilidad, disminución de la capacidad de concentración y de la capacidad creativa, lapsos de memoria, dificultad para recordar nombres, aumento de los episodios alérgicos, insomnio, aumentan las infecciones. **Las personas que cuidan a un familiar enfermo de Alzheimer tienen más infecciones y un sistema inmunitario más debilitado**
- Piel → Sudoración, alergias, caída del cabello, la curación de heridas es más lenta, eczema.
- Sexual y Ginecología → Disminución de la libido, de la erección en el varón, bloqueo de la eyaculación, anorgasmia, eyaculación precoz, amenorrea y dismenorrea. **Las mujeres tratadas de cáncer de mama que tenían apoyo social, presentaban mayor actividad inmunitaria y vivían el doble de años, que las que no tenían apoyo social o familiar.**
- Sistema muscular → Cansancio, cefalea, sensación de opresión en el pecho, pinchazos precordiales, dolor de mandíbulas.
- Drogas → **Aumento del consumo de alcohol, tabaco y consumo de drogas “ilegales”**

Coste fisiológico I

- Los neurotransmisores adrenalina, noradrenalina y el cortisol están muy relacionados con el estrés
- Las situaciones de estrés originan un “coste fisiológico”
- La vivencia de control o no control de la situación se relaciona de forma importante con el estrés.

Midiendo la secreción de estas sustancias, Presión arterial y ritmo cardiaco se determinó el “coste fisiológico” o gasto medible.

- **Estudio de Frankenhauser.** Personas que tenían que realizar un trabajo concreto en un tiempo, eran sometidas a un ruido de fondo de 76-78 decibelios → aumento de adrenalina, noradrenalina, cortisol y del ritmo cardiaco (situación no controlada), pero si a algunas se les permitía bajar el sonido o se les decía que no se preocuparan del rendimiento no ocurría esto (situación controlada)
- Coste fisiológico superior en los trabajadores de la línea de montaje de una fábrica respecto a los de mantenimiento.

Coste fisiológico II

- El trabajo a turnos, las horas extraordinarias y los viajes de ida y vuelta al trabajo en medio de grandes aglomeraciones → + Coste fisiológico.
- El trabajar contra reloj también. Los trabajadores a destajo aumentaban 4 veces los niveles de adrenalina y dos los de noradrenalina frente a los que hacían el mismo esfuerzo sin el “estrés de ritmo”
- Los trabajos por turnos (desfase de ritmos)

El estrés no es una enfermedad concreta sino que es **una reacción a la situación vivenciada**, en la que el sujeto no es capaz de autorregularse y entonces aparecen las manifestaciones de estrés: agotamiento, depresión, ansiedad, disfunciones sexuales, problemas cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales... **La patología del estrés es una patología de la vivencia situacional.**

- R. Grinker: Los efectos emocionales y fisiológicos resultantes del estrés son específicos de cada individuo

Situación

❖ **R. Grinker:** Los efectos emocionales y fisiológicos resultantes del estrés son específicos de cada individuo

❖ **Selye:**

¿por qué las enfermedades de adaptación son tan polimorfas si todas ellas son debidas al estrés?

¿por qué la exposición a un mismo estresor produce solo enfermedades a ciertos individuos?

La situación no es solo una realidad natural sino más bien una realidad referida a un sentido

¿Cómo valorar las situaciones individuales?

Valoración del significado situacional

- ❑ Estudio de acontecimientos vitales . Holmes y Rahe (stressful life events) (>300 en un año → 80% probabilidad de enfermedad psiquiátrica o de infarto de miocardio, úlcera péptica o infecciones)
- ❑ Índice de reactividad al estrés (IRE). Gonzalez de Rivera
- ❑ Fuerza eficaz de una vivencia (O. Schwartz)
 - La Intensidad de la vivencia
 - El tiempo de duración de la vivencia
 - La edad crítica del sujeto
 - El significado que la vivencia tiene para él. El valor eficiente de una vivencia se halla condicionado:
 - Por la vivencia misma
 - Por el pretérito relacionado con ella
 - Por la constitución
 - Por factores de vulnerabilidad y exógenos