

EMOCIÓN Y CLÍNICA: PSICOPATOLOGÍA DE LAS EMOCIONES

Juan José MIGUEL-TOBAL y Antonio CANO-VINDEL

Universidad Complutense de Madrid

Hoy en día parece indudable la influencia que las emociones tienen sobre la salud y la enfermedad. La investigación, tanto psicológica como médica, ha puesto de manifiesto a lo largo de las últimas décadas que ciertas emociones pueden estar asociadas a la génesis, mantenimiento y desarrollo de diversas patologías; entre estas emociones destacan las denominadas habitualmente negativas como la ansiedad, la tristeza y la ira. Las respuestas emocionales negativas presentan reacciones fisiológicas que afectan a órganos y tejidos del organismo, así como a los músculos, la sangre y las secreciones glandulares. Por ello no es de extrañar que cada vez sea mayor el número de estudios que muestran la relación existente entre factores emocionales y patologías o trastornos, tales como los cardiovasculares, los digestivos, e incluso los derivados de un funcionamiento deficitario del sistema inmune (Miguel-Tobal, 2000). Su influencia se deja sentir tanto en el ámbito de la salud en general como en el más específico de la psicopatología, siendo este último el principal objetivo del presente capítulo, ya que otros aspectos relacionados con la salud han sido tratados en capítulos anteriores.

Realmente podríamos incluso hablar de una psicopatología de las emociones ya que no es casual que los dos grandes grupos de trastornos que derivan directamente de ellas ocupen los primeros lugares en el ranking de prevalencia de las distintas psicopatologías: los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo o depresivos. Sirva como ejemplo el dato que se presentaba en el curso monográfico sobre “Las Depresiones” impartido en el Ministerio de Sanidad y Consumo (Madrid, 13-14 de marzo de 1998), donde se señalaba que solamente los problemas de ansiedad y depresión, o ambos a la vez, suponen más del 80% de los casos que buscan ayuda en las consultas psicológicas y/o psiquiátricas de nuestro país.

1. LA ANSIEDAD

La ansiedad, bajo sus diversas formas, ha ocupado un lugar preferente en la literatura psicológica desde las primeras décadas del siglo XX, siendo, sin duda, la reacción emocional más ampliamente estudiada. Prueba de ello son los 21.486 trabajos recogidos en la base de datos PsycLIT, realizados entre 1988 y 1998. Este hecho puede deberse fundamentalmente a varias razones. En primer lugar, la ansiedad se muestra como una *respuesta emocional* paradigmática, lo que facilita la realización de estudios sobre la emoción basándose en esta reacción emocional

específica. En segundo término, desde los años 50 la ansiedad se estudia como una de las características constitutivas de la personalidad, siendo muchos los trabajos que se centran en el *rasgo de ansiedad*, entendido como la tendencia individual a percibir situaciones o estímulos como peligrosos o amenazantes y a reaccionar ante ellos con estados de ansiedad de mayor o menor intensidad o duración. Por último, los avances en el conocimiento de la ansiedad han revertido de forma casi inmediata en aplicaciones prácticas, debido a sus implicaciones en el desarrollo de gran número de trastornos psicológicos y psicofisiológicos, y a su conocida relación con el rendimiento, tanto en el ámbito laboral, como educativo, deportivo, etc.

Actualmente, la ansiedad tiende a ser considerada de forma multidimensional. Desde la perspectiva de la personalidad, el rasgo de ansiedad ha evolucionado desde una concepción unitaria (Spielberger, 1966, 1972), en la que se definía como la tendencia relativamente estable a reaccionar de forma ansiosa, hacia una concepción multidimensional (Endler, 1975, 1981), en la que se asumen distintas dimensiones del rasgo (rasgos específicos) entendidas como tendencias individuales de reacción ante distintos tipos o clases de situaciones (p. ej., situaciones de evaluación, interpersonales, de peligro físico, etc.). Ello implica que además de existir una tendencia general, que se manifiesta en mayor o menor grado en los distintos individuos, a interpretar las situaciones como peligrosas o amenazantes y a reaccionar ante ellas con ansiedad (rasgo general de ansiedad), existen tendencias específicas a reaccionar de forma ansiosa ante un tipo u otro de situaciones (rasgos específicos).

Desde la perspectiva de las emociones, la ansiedad ha sido entendida como una emoción universal y, por tanto, común a todos los miembros de la especie; dicha emoción aparece cuando el individuo percibe una situación como peligrosa o amenazante, con independencia del peligro o amenaza real, facilitando la respuesta del individuo ante distintas situaciones de peligro al prepararle para la acción y facilitar el afrontamiento, lo que le otorga un gran valor adaptativo. Hasta finales de los años 60, se suponía que esta reacción se basaba en un proceso de activación unitario que implicaba al individuo en su conjunto; sin embargo, los trabajos de Lacey (1967) y Lang (1968) pusieron de manifiesto que la reacción de ansiedad implica la actuación de distintos sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) que no concuerdan entre sí de forma correcta o acoplada. De esta forma, la reacción de ansiedad es una combinación de respuestas cognitivo-subjetivas (p. ej., aprensión, inseguridad, temor, etc.), fisiológicas (p. ej., aumento de la tasa cardíaca, tensión muscular, sudoración, etc.) y expresivo-motoras (p. ej., movimientos repetitivos, cambios en la expresión facial, conductas de evitación, etc.). Las manifestaciones más características de la ansiedad pueden verse en la tabla 1.

Tabla 1. Manifestaciones de la reacción o estado de ansiedad. Tomado de Miguel-Tobal (1996, pp. 15-16).

Cognitivo-Subjetivas:	
Se refieren a pensamientos, ideas e imágenes de carácter subjetivo, así como a su influencia sobre el funcionamiento complejo.	
Preocupación	Pensamientos negativos: inferioridad, incapacidad
Inseguridad	Dificultad para tomar decisiones
Miedo o temor	Anticipación de peligro o amenaza
Aprensión	Dificultad para concentrarse
Sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente, acompañada de dificultad para pensar con claridad.	
Fisiológicas:	
Son consecuencia de la actividad de los distintos sistemas orgánicos.	
Síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido o errático, tensión arterial elevada, accesos de calor	
Síntomas respiratorios: sensación de sofoco, disnea, respiración rápida y superficial, opresión torácica	
Síntomas gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas	
Síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia	
Síntomas neuromusculares: tensión muscular, temblores, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatigabilidad excesiva	
Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareo, lipotimia	
Motoras:	
Se refieren a comportamientos observables y son consecuencia de la actividad cognitiva y fisiológica	
Hiperactividad	Movimientos torpes y desorganizados
Paralización motora	Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal
Movimientos repetitivos	Conductas de evitación

Tratando de integrar los puntos anteriormente señalados, la ansiedad puede ser definida como una respuesta emocional, o patrón de respuestas, que engloba aspectos subjetivo-cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del S.N.A. y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos o valorados por el individuo como peligrosos o amenazantes (Miguel-Tobal, 1990). El tipo de estímulos (internos y externos) capaces de evocar la respuesta de ansiedad estará, en gran parte, determinado por las características del sujeto, existiendo notables diferencias individuales en cuanto a la propensión a manifestar reacciones de ansiedad ante las diversas situaciones.

1.1. De la Ansiedad normal a la patología

Podemos considerar la ansiedad como una reacción emocional normal, adaptativa y común a todos los individuos, que tiene lugar cuando el sujeto percibe algún tipo de peligro o amenaza, tanto concreta como difusa. Los elementos que conforman esa reacción pueden

combinarse de distinta manera, como apuntan algunas de las teorías vistas, dando lugar a distintos patrones de respuesta. Los síntomas o manifestaciones características de la ansiedad que aparecen recogidos en la tabla 1, han de considerarse como una reacción normal, que, en principio, no implica patología.

Sin embargo, un desajuste en cuanto a la frecuencia, intensidad o duración de la ansiedad puede dar lugar a una alteración de carácter psicopatológico, dando lugar a los trastornos de ansiedad.

1.2. Los trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad suponen la patología más frecuente entre la población. Tomados en su conjunto son mucho más frecuentes en las mujeres que en los varones, presentando las primeras una tasa de prevalencia-vida aproximadamente 2'5 veces superior a la de los varones. Robins, Helzer y Weissman (1984), indican una tasa de prevalencia-vida del 19'5% para las mujeres y del 8% para los varones. Solamente la fobia social y el trastorno obsesivo-compulsivo parecen presentar tasas de prevalencia bastante parecida en ambos sexos.

La ansiedad patológica se va a manifestar de distintas formas: en crisis bruscas y episódicas, de forma persistente y continua, como consecuencia de una fuerte situación de estrés, ante estímulos temidos, como consecuencia de ideas recurrentes y/o rituales, o asociada a otro tipo de trastornos (depresión, trastornos psicofisiológicos, psicóticos, sexuales, conductas adictivas, trastornos de alimentación, etc).

Además, la ansiedad es un elemento central en buena parte de otros problemas relacionados con la salud, dando lugar a que las personas con problemas de ansiedad llenen las consultas de atención primaria de los hospitales y centros de salud. Pero centrándonos ahora más directamente en el campo de la psicopatología, la ansiedad no solamente va a constituir la base de los denominados trastornos de ansiedad, sino que va a estar asociada frecuentemente a la depresión, y en general a los distintos trastornos considerados tradicionalmente como neuróticos, a buena parte de los trastornos psicóticos, además de a una amplia variedad de trastornos psicofisiológicos. A ello, hay que añadir el papel destacado que la ansiedad juega en los trastornos sexuales, la conducta adictiva, los trastornos de alimentación, etc..

La clasificación de los trastornos de ansiedad ha sufrido múltiples variaciones en los últimos años. En la DSM-III (APA, 1980) se recogían siete trastornos agrupados en tres categorías: 1) trastornos fóbicos, que incluían la fobia simple, la fobia social y la agorafobia; 2) estados de ansiedad, donde se agrupaban la ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y el trastorno obsesivo-compulsivo; 3) estrés postraumático, caracterizado por una ansiedad excesiva

como consecuencia de un hecho traumático. Posteriormente la DSM-III-R (APA, 1987), la CIE-10 (OMS, 1992) y más recientemente en la DSM-IV (APA, 1994) han reorganizado dichos trastornos e incluido otros. El número de trastornos se amplía, en algunos casos por desdoblamiento de anteriores epígrafes, o por adopción de nuevos criterios diagnósticos que confieren entidad propia a nuevos trastornos. Esta evolución de las clasificaciones puede verse con más detalle en Miguel-Tobal y Cano-Vindel (1995). De acuerdo con la DSM-IV, se diferencian o describen doce trastornos de ansiedad (ver tabla 2).

Tabla 2: Clasificación de los Trastornos de ansiedad en la DSM-IV.

300.01	Trastorno de pánico sin agorafobia
300.21	Trastorno de pánico con agorafobia
300.22	Agorafobia sin ataque de pánico
300.29	Fobia específica
300.23	Fobia social
300.3	Trastorno obsesivo-compulsivo
309.81	Trastorno por estrés postraumático
308.3	Trastorno por estrés agudo
300.02	Trastorno por ansiedad generalizada
393.89	Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
Variable	Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
300	Trastorno de ansiedad no especificado

- Ataque de pánico o crisis de angustia: se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo intenso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Aparecen también durante estos ataques síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión torácica, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a perder el control o volverse loco.

- Agorafobia: caracterizada por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o embarazoso, o bien donde sea imposible buscar ayuda en el caso de que aparezca un ataque de pánico o síntomas similares.

- Trastorno de pánico sin agorafobia: caracterizado por ataques de pánico repetidos e inesperados que causan un estado de ansiedad permanente en el paciente.

- Trastorno de pánico con agorafobia: se caracteriza por ataques de pánico y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.

- Agorafobia sin historia de trastorno de pánico: se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares en un individuo sin antecedentes de ataques de pánico inesperados.

- Fobia específica: caracterizada por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos temidos, o que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

- Fobia social: se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele

dar lugar a comportamientos de evitación.

- Trastorno obsesivo-compulsivo: caracterizado por la aparición de obsesiones (ideas recurrentes, persistentes, absurdas y generalmente desagradables que aparecen con gran frecuencia sin que el individuo pueda evitarlas) que causan ansiedad y malestar y/o compulsiones (comportamientos repetitivos y estereotipados que se realizan en forma de rituales) cuya finalidad es neutralizar dicha ansiedad.

- Trastorno por estrés postraumático: se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos traumáticos, síntomas debidos al aumento de activación o arousal y comportamientos de evitación de los estímulos relacionados con la situación traumática.

- Trastorno por estrés agudo: se caracteriza por la aparición de síntomas similares al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.

- Trastorno por ansiedad generalizada: se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos seis meses.

- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica: caracterizado por síntomas de ansiedad que se consideran secundarios a efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.

- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias: se caracteriza por síntomas de ansiedad secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.

- Trastorno de ansiedad no especificado: acoge a aquellos trastornos que se caracterizan por la ansiedad o evitación fóbica y que no reúnen los criterios diagnósticos para ser clasificados en alguno de los apartados anteriores.

La línea divisoria entre estos trastornos no siempre es clara, produciéndose en ocasiones solapamientos y presentando una alta comorbilidad entre ellos, que según el Munich Follow-up Study alcanza el 68% (Wittchen, 1987), lo que implica que dos de cada tres pacientes diagnosticados de un trastorno de ansiedad presentan además algún otro cuadro clínico (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1995).

2. LA TRISTEZA-DEPRESIÓN

La tristeza es una emoción que se produce en respuesta a sucesos considerados displacenteros y que denota pesadumbre o melancolía (Fernández-Abascal, Martín Díaz y Domínguez Sánchez, 2001). Suele aparecer asociada a acontecimientos que implican separación, pérdida o fracaso, decepción e indefensión. Cuando la tristeza se agudiza, se hace persistente, se convierte en una reacción excesiva a los acontecimientos y/o se presenta sin causa justificada, daría paso a la depresión.

La depresión constituye un trastorno o síndrome clínico que presenta, al igual que la

ansiedad, manifestaciones en los tres sistemas de respuesta anteriormente citados. En el nivel cognitivo-subjetivo suele apreciarse un estado de ánimo triste, sentimientos de inutilidad y culpa, indecisión, dificultades de concentración, ideas de muerte recurrentes, etc. En el nivel fisiológico puede aparecer pérdida de peso o disminución del apetito, insomnio o hipersomnia, fatiga o pérdida de energía, etc. En el nivel motor se observa agitación o enlentecimiento psicomotor, restricción de las actividades, etc.

Los modelos actuales de la depresión confieren gran importancia a las variables cognitivas que intervienen en el fenómeno depresivo. Los distintos autores hablan de "pensamientos automáticos", "autoesquemas negativos", "distorsiones cognitivas" (Beck) o de "estilos atribucionales depresogénicos" (Abramson), encontrando una clara tendencia a la autoevaluación negativa y una atención selectivamente dirigida a los sucesos negativos y a las consecuencias inmediatas. Es interesante constatar que muchos de estos fenómenos cognitivos pueden observarse igualmente en sujetos ansiosos y que las técnicas cognitivas dirigidas a modificar o corregir dichas cogniciones desadaptadas son tan eficaces en el abordaje terapéutico de los trastornos de ansiedad como en el de la depresión.

Sin embargo, en la práctica clínica diaria comprobamos que los límites entre ambos fenómenos no están tan claros como sería deseable, observándose puntos de coincidencia tanto en el plano fenomenológico como en los resultados de la evaluación mediante inventarios específicos, los cuales investigan, a veces, aspectos similares y presentan correlaciones significativas entre sí, a pesar de que pretenden medir fenómenos diferenciados.

Distintos estudios muestran que los autoinformes de ansiedad y depresión correlacionan de forma positiva en alto grado. Esto es así tanto en muestras de estudiantes universitarios (Gotlib, 1984; Dobson, 1985; Tanaka-Matsumi y Kameoka, 1986; Sanz, 1991), como en adultos normales (Orme y cols., 1986) y en muestras clínicas (Mendels, y cols, 1972; Evanson y cols., 1980; Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1997).

2.1. La patología depresiva

La mayoría de los autores comparten la idea de que la depresión es un trastorno del estado de ánimo o trastorno afectivo. El estado de ánimo deprimido, es una de las condiciones psicopatológicas más frecuentes de los seres humanos, si bien, sentirse deprimido no es un síntoma suficiente para confirmar la existencia de una depresión, ya que, como señala Vázquez (1990), la depresión-síntoma está presente en la mayor parte de los cuadros psicopatológicos.

Las cifras epidemiológicas son difíciles de estimar, pues existe una gran disparidad entre los diferentes estudios realizados, si bien estudios recientes indican que la depresión es un

trastorno con una marcada tendencia ascendente (Vázquez, 1995). Sirvan como muestra algunos datos sobre la incidencia y prevalencia de este trastorno. Se calcula que entre un 15 y un 20% de la población general desarrollará al menos algún episodio depresivo grave (Boyd y Weissman, 1981), siendo el riesgo de padecerlo de un 25 % para las mujeres frente a un 10% para los hombres (Clayton, 1983). En España alrededor de un millón y medio de personas sufren este trastorno (Villagrán, 1996).

Como puede observarse, y aunque los datos no son totalmente coincidentes, como suele suceder con distintos estudios epidemiológicos, la prevalencia de los trastornos depresivos es muy alta, ocupando el primer o segundo lugar (en pugna con los trastornos de ansiedad) en el ranking psicopatológico, dependiendo de los estudios.

No resulta fácil diferenciar la depresión clínica de los estados de ánimo depresivos más o menos transitorios y cotidianos. Con respecto a esta cuestión, surge una gran polémica no resuelta aún que intenta contestar a la pregunta de si la diferencia entre la depresión patológica y el estado de ánimo depresivo transitorio es cualitativa o cuantitativa. Para algunos autores ambas categorías están dentro de un continuo, siendo la única diferencia la intensidad y número de síntomas (Beck, 1976 ; Peterson, Maier y Seligman, 1993), sin embargo para otros, se trata de un verdadero salto cualitativo, de una diferenciación categórica (Akiskal, 1983; Andreasen, 1985).

Sobre la cuestión de si la depresión es un trastorno único o existen diferentes tipos, existen distintas posturas. Así, por ejemplo, se habla del debate unitario/dualista (Beck, 1967), de la controversia monista/dualista (Nemiah, 1975) o de la controversia un factor/dos factores (Levitt, Lubin, y Brooks, 1983), etc.; polémicas aun no superadas. Del mismo modo, existe un gran número de clasificaciones de los diferentes tipos de depresión, entre ellas las binarias, siendo una de las más conocidas la de depresión endógena frente a la depresión reactiva. Esta distinción apela a una etiología diferente que no está demostrada. Así la primera supone una predisposición constitucional y hereditaria, y la segunda se desencadena por un motivo claramente identificado, haciéndose patológica por ser desproporcionada en su intensidad y duración. Junto a ésta, encontramos en la literatura, otras clasificaciones binarias como psicótica/neurótica, mayor/menor, grave/leve, primaria/secundaria, etc.

En la DSM-III (APA, 1980) se proponía una distinción entre depresión unipolar y depresión bipolar, diferenciación que surge en la década de los cincuenta para distinguir depresiones que cursan con o sin episodios de manía. Sin embargo, en la DSM-III-R (APA, 1987) esta diferenciación se modificó haciendo una clasificación más completa de los trastornos del estado de ánimo en: Trastornos bipolares (Bipolar, Ciclotimia, No especificado) y Trastornos depresivos (Mayor, Distimia, No especificado). La DSM-IV (APA, 1994) ha mantenido la base

de esta clasificación, si bien ha añadido algunas matizaciones específicas dentro de cada trastorno.

Las clasificación propuestas por la DSM-III-R y más tarde por la DSM-IV son suficientemente exhaustivas y de algún modo recogen la mayoría de las clasificaciones existentes.

Tabla 3. Clasificación de los Trastornos del estado de ánimo en la DSM-IV.

<p>Episodios afectivos Episodio depresivo mayor Episodio maníaco Episodio mixto Episodio hipomaníaco</p> <p>Trastornos depresivos Trastorno depresivo mayor Trastorno distímico Trastorno depresivo no especificado</p> <p>Trastornos bipolares Trastorno bipolar I Trastorno bipolar II Trastorno ciclotímico Trastorno bipolar no especificado</p> <p>Otros trastornos del estado de ánimo Trastorno del estado de ánimo debido a... (indicar enfermedad médica) Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias Trastorno del estado de ánimo no especificado</p>
--

Respecto a los síntomas más característicos de la depresión, Beck (1967) presenta una agrupación en cuatro categorías que consideramos interesante presentar, dada la relevancia que este autor ha tenido y tiene dentro del estudio de la depresión: 1) manifestaciones emocionales (estado de ánimo disfórico, sentimientos negativos hacia uno mismo, reducción de la gratificación que se obtiene de la realización de actividades, pérdida de apego emocional a personas o cosas, períodos de llanto, y pérdida de alegría); 2) manifestaciones cognitivas (baja autoevaluación, expectativas negativas, autoacusación y autocrítica, indecisión, y distorsión de la propia imagen corporal); 3) manifestaciones motivacionales (paralización de la voluntad, deseos de evitación, escape y retirada, deseos de suicidio, y aumento de la dependencia de otros); 4) manifestaciones neuro-vegetativas y físicas (pérdida del apetito, problemas del sueño, pérdida de la libido, y cansancio). Otras clasificaciones sintomáticas de la depresión pueden verse en: Comité para la Prevención y el Tratamiento de las Depresiones (1987); Vázquez (1990); Peterson, Maier y Seligman (1993).

3. COMENTARIOS FINALES

La búsqueda de diferencias y similitudes entre la ansiedad y la depresión ha generado un gran volumen de literatura psicológica y psiquiátrica, generalmente se han mantenido tres posiciones respecto a este problema:

- Una posición unitaria, que considera que ambos trastornos difieren sólo cuantitativamente.
- Una opción pluralista, que aboga por diferencias cualitativas.
- Un modelo mixto, que se inclina por un síndrome independiente ansiedad-depresión que se distancia de los síndromes de ansiedad o depresión puros o primarios.

De especial relevancia sobre estas cuestiones son algunos de los modelos aparecidos recientemente, como el modelo tripartito de la ansiedad y la depresión de Clark y Watson (1991), que postula la existencia de un factor general de malestar o distrés y factores específicos de ansiedad y depresión. Estos factores específicos harían fundamentalmente referencia a una alta reactividad fisiológica para la ansiedad y una ausencia de afecto positivo para la depresión. Una revisión sobre estos aspectos puede verse en Miguel-Tobal y Jiménez (2000).

La ansiedad y la depresión son probablemente los dos constructos a los que mayor atención se ha prestado desde la psicopatología en las últimas décadas (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1997), lo que puede deberse, como señala Vázquez (1997) a los siguientes hechos: 1. La gran incidencia de síntomas de ansiedad y depresión, manifiestos entre la población normal y observados en la atención primaria. 2. La gran frecuencia con la que aparecen estos dos síntomas interrelacionados entre sí, surgiendo en muchas ocasiones, problemas a la hora del diagnóstico y dificultades al establecer prioridades en la intervención. 3. Tanto los síntomas ansiosos como los depresivos aparecen formando parte de otros cuadros clínicos.

Con frecuencia en la práctica clínica encontramos este problema; a veces, se presentan claramente los dos trastornos, aunque solapados; otras, se presentan estados mixtos; y también sucede que prevalece uno de ellos fundamentalmente y el otro aparece más como síntoma. Además, es necesario tener en cuenta que tanto la ansiedad como la tristeza-depresión aparecen como síntomas en un gran número de cuadros psicopatológicos, no en vano ambas reacciones forman parte de las emociones inherentes al ser humano.

La repercusión que los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos tienen en la población y en la sociedad en general, no sólo se debe a las elevadas tasas de incidencia y

prevalencia, sino a los altos costes económicos que suponen su diagnóstico, tratamiento, hospitalización, etc., así como a la relación que mantienen con otros factores importantes como la disminución del rendimiento laboral, el absentismo y las bajas laborales, la baja adherencia que estos pacientes presentan a otros tratamientos que no tienen que ver con la patología en sí, etc.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akiskal, H. S. (1983). Dysthymic disorder: Psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1084-1087.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3ª ed.) Washington: A.P.A.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3ª ed. rev.) Washington: A.P.A.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Washington: A.P.A.
- Andreasen, N. C. (1985). Conceptos, diagnósticos y clasificación. En E. S. Paykel (ed.), *Psicopatología de los trastornos afectivos*. Madrid: Pirámide.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: Internacional University Press.
- Boyd, J. y Weissman, M. (1981). Epidemiology of affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1039-1046.
- Clayton, P. J. (1983). A further look al secondary depression. En P. J. Clayton y A. L. Barret (Eds.), *Treatments of depression: old controversies and new approaches*. New York: Raven Press.
- Clark, L. A. y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316-336.
- Comité para la prevencion y el tratamiento de las depresiones (P.T.D.) España (1987). *Diagnóstico precoz y tratamiento de las depresiones*. Barcelona: Dpto. de Psiquiatría y Psicología Médica de la Facultad de Medicina.
- Dobson, K.S. (1985): An analysis of anxiety and depression scales. *Journal of Personality Assessment*, 49, 522-525.
- Endler, N.S. 1975). A person-situation interaction model for anxiety. En Spielberger, C.A. y Sarason, I.G. (Eds): *Stress and Anxiety* (vol. 1). Washington, D.C.: Hemisphere Publishing.

- Endler, N.S. (1981). Person-Situation Interaction and Anxiety. En I.L. Kutash, L.B. Schlesinger y cols. (Eds.). *Handbook on Stress and Anxiety*. San Francisco: Jossey- Bass Publishers. (1st. Edit. 1980).
- Evanson, R.C., Holland, R.A., Metha, S. y Yasin, F. (1980): Factor analysis of the Symptom checklist-90. *Psychological Reports*, 46, 695-699.
- Fernández-Abascal, E.G., Martín Díaz, M.D. y Domínguez Sánchez, J. (2001). *Procesos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Gotlib, I.H. (1984): Depression and general psychopathology in university students. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 19-30.
- Lacey, J.I. (1967). Somatic response patterning and stress: Some revisions of activation theory. En M.H. Appley y R. Trumbull (Eds.). *Psychological Stress: Issues in Research*. New York: Appleton Century Crofts.
- Lang, P.J. (1968). Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. En J.M. Shleien (Ed.). *Research in Psychotherapy, III*. Washington: American Psychological Association.
- Levitt, E., Lubin, B. y Brooks, J. (1983). *Depression*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum.
- Mendels, J., Winstein, N. y Cochrane, C. (1972): The relationship between depression and anxiety, *Archives of General Psychiatry*, 27, 649-653.
- Miguel-Tobal, J.J. (1990). La ansiedad. En J.L. Pinillos y J. Mayor (Eds.), *Tratado de Psicología General. Vol: Motivación y Emoción*. Madrid: Alhambra.
- Miguel-Tobal, J.J. (1996). *La ansiedad*. Guías prácticas. Psicología y bienestar. Madrid. Ed. Aguilar.
- Miguel-Tobal, J.J. (2000). Emociones y salud: principios y aplicaciones. En J.M. Peiró y P. Valcarcel (Coord.), *Psicología y sociedad* (pp.79-108). Valencia: Real Sociedad Económica de Amigos del País.
- Miguel-Tobal, J.J. y Cano-Vindel, A. (1995). Perfiles diferenciales de los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 1, 37-60.
- Miguel-Tobal, J. J. y Cano-Vindel, A. (1997). *Ansiedad y depresión: de la reacción emocional a la patología*. Conferencia Marco. IV Semana Abierta de la Psicología. Madrid: C.O.P.
- Miguel-Tobal, J.J. y Jiménez, G. (2000). Ansiedad y Depresión. En C. Sandí y J.M. Calés (Eds.). *Estrés: Consecuencias conductuales, fisiológicas y clínicas*. Madrid: Sanz y Torres.
- Nemiah, S. (1975). Neurotic depression. En A. Freedman, H. Kaplan y B. Sadock (eds.) *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams&Wilkins.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic criteria for research. ICD-10*. Madrid: Mediator (versión española).
- Orme, J.G., Reis, J. y Herz, E.J. (1986): Factorial and discriminant validity of the Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D) Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 28-33.

-
- Peterson, C., Maier, S. F. y Seligman, M. E. P. (1993). *Learned helplessness. A theory for the age of personal control*. Oxford: University Press.
- Robins, L.N.; Helzer, J.E. y Weissman, M.M. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 949-958.
- Sanz, J. (1991): The specific traits of Anxiety in the Anxiety Situations and Responses Inventory (ISRA): construct validity and relationship to depression. *Evaluacion Psicológica/Psychological Assessment*, 2, 149-173.
- Spielberger, C.D. (1966). *Anxiety and behavior*. New York: Academic Press.
- Spielberger, C.D. (Ed.) (1972). *Anxiety: Currents Trends in Theory and Research. Vol. 1*. New York: Academic Press.
- Tanaka-Matsumi, J. y Kameoka, V.A. (1986): Reliabilities and concurrent validities of popular self-report measures of depression, anxiety, and social desirability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 328-333.
- Vázquez, C. (1990). Trastornos del estado de ánimo: aspectos clínicos. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (eds.), *Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría*. Vol.II. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Vázquez, C. (1995). Evaluación de trastornos depresivos y bipolares. En A. Roa (ed.), *Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: CEPE.
- Vázquez, C. (1997). *Relación ansiedad y depresión*. Ponencia 1. IV Semana abierta de psicología. Madrid: C.O.P.
- Villagrán, J. M. (1996). *La depresión*. Madrid: Aguilar.
- Wittchen, H.U. (1987). Epidemiology of panic attacks and panic disorder. En I. Hand y H.U. Wittchen (Eds.). *Panic and phobias (I). Empirical evidence of theoretical models and long-term effects of behavioral treatments*. New York: Springer Verlag.