

ANGUSTIA NORMAL Y ANGUSTIA PATOLÓGICA

Dr. Ramón de la Fuente*

Introducción

Las actitudes del médico en su práctica cotidiana, su percepción de lo que es relevante, su interpretación de ciertos hechos clínicos y también su conducta terapéutica, dependen de la imagen que tenga del hombre. Si es una imagen fragmentada, una mera yuxtaposición de datos, es posible que ciertas manifestaciones que emergen de la totalidad integrada de la personalidad humana, como la angustia, queden fuera de su campo de interés. Por otra parte, si el médico visualiza al hombre como una totalidad, consciente de su vulnerabilidad y dotado de imaginación, la angustia es vista como algo que emerge de la naturaleza del hombre y que juega un papel importante en su experiencia de la enfermedad.

La angustia es una reacción global de la persona que percibe una situación como amenazante a su existencia organizada. Desde un punto de vista descriptivo, es una reacción compleja que incluye aspectos emocionales, cognitivos, somáticos y conductuales.

Es necesario diferenciar a la angustia de otros estados afectivos que en cierta forma están relacionados con ella o se le superponen. El término "stress" se refiere a la respuesta de tensión sostenida por el organismo ante demandas externas que lo sitúan en los límites de su capacidad de adaptación (33). Es necesario hacer la diferencia entre la angustia y el miedo, dado que ambas son reacciones ante amenazas. El sujeto tiene miedo cuando percibe una situación que es objetiva, que está localizada y que evalúa como peligrosa en términos de sus recursos para contender con ella; pero hay otro aspecto. En su forma pura, el miedo está relacionado con el presente, en tanto que en la angustia hay un elemento prospectivo, es decir, que la angustia, como la esperanza, está orientada hacia el futuro. La persona que sufre angustia se siente amenazada en forma incierta y difusa y, por ello, siente que un peligro la envuelve "por todos lados y por ninguno". El miedo es una emoción menos envolvente que la angustia. Por ello es que decimos "tengo" miedo y en cambio decimos "estoy" angustiado. Otra diferencia esencial es que en tanto que el miedo suscita una acción; fuga o ataque, la angustia es paralizante y, por lo tanto, es también más disruptiva, hasta el punto de que en su máxima intensidad se experimenta como "la disolución de uno mismo" (14).

He distinguido a la angustia y al miedo en base a su fenomenología, pero en algunos casos la distinción no es tan clara ni tajante. En vista de ello, algunos piensan que es preferible no contemplar al miedo y a la angustia como fenómenos diferentes sino como puntos a lo largo de una línea continua (17). Aunque la angustia puede ser placentera para algunos sujetos que deliberadamente buscan el peligro, no cabe duda de que es la más displacentera de las emociones.

Como el dolor y el miedo, la angustia es un recurso de la especie para asegurar su supervivencia. En principio, miedo y angustia son reacciones de alerta del organismo que se apresta para no ser tomado por sorpresa. Dentro de ciertos límites, la angustia facilita las funciones cognitivas, promueve el aprendizaje y prepara al organismo para superar obstáculos y para encontrar soluciones, pero si rebasa los límites de la tolerancia fisiológica, es ya un estado patológico, desorganizador y disruptivo que puede causar daños severos al organismo y puede destruirlo. El que los organismos puedan morir a causa de un exceso de sus propias defensas es una paradoja de la biología.

La angustia tiene precursores en la escala zoológica que son ya aparentes en las aves y muy notables en los mamíferos (3). En la naturaleza, el animal se mantiene en estado de alerta y dispuesto a huir o a atacar según su apreciación del peligro y de su capacidad de contender con él efectivamente. Este estado es precursor de la angustia. Sin embargo, la angustia es una experiencia humana. Es necesario distinguir entre la angustia normal y la angustia patológica. La primera es la compañera del hombre desde su nacimiento hasta su muerte; inherente al crecimiento, en tanto que crecimiento significa abandonar fuentes de seguridad para internarse en lo desconocido. También es normal la angustia que suelen experimentar el artista y el científico en el proceso de sus actos creativos. De la angustia patológica habré de ocuparme más adelante.

Aspectos socioculturales

El origen y el grado de angustia que sufren los individuos dependen de condiciones propias de cada sociedad y de cada cultura (6, 10). La mayoría de las personas busca seguridad y cada sociedad y cada cultura proveen defensas eficaces contra la angustia existencial en la forma de ideologías, valores, diseños de vida, etc. En tiempos de cambio acelerado, la angustia se hace más explícita porque fallan esos mecanismos culturales preconstruidos y sin esa ayuda a un número creciente de personas les resulta difícil contender con las circunstancias adversas de la vida.

Las condiciones sociales y culturales que son inadecuadas a las necesidades humanas son fuentes de angustia y determinantes de sus contenidos. Lo anterior se pone en evidencia si comparamos la situación humana del hombre primitivo y la del hombre civilizado. El hombre primitivo vive en un mundo poblado por los demonios y por los espíritus errantes de sus muertos; no tiene ciencia, y por lo tanto, no comprende al cosmos en términos de la naturaleza. Intenta atenuar su angustia refugiándose en el espíritu tribal, en el mito y en la magia. La idea de que el salvaje es feliz está muy alejada de la realidad.

Los logros del hombre moderno, en cuanto al conocimiento y al dominio de la naturaleza, son notables, pero ocurre que en el proceso de dominar y explotar a la naturaleza, el hombre se ha separado de ella y también se ha

*Jefe del Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina, UNAM.

alienado de sí mismo. El hombre moderno que sojuzgó a la tierra y conquistó el espacio no sufre angustia primal; no teme, como los antiguos mexicanos, que ya no salga el sol, pero ¿sufre menos angustia que sus antepasados primitivos? No parece ser así; más bien ocurre que su angustia tiene otras fuentes. Quienes hablan de la sociedad del hombre moderno, de su sentimiento de futilidad y de su falta de propósito y sentido, tocan cuerdas sensibles (22). Generalmente se reconoce que el hombre moderno carece de marcos de orientación y devoción, es decir, de pensamientos filosóficos orientadores y de valores. La violencia irracional, el trabajo compulsivo, la drogadicción, etc., son formas regresivas de evadirse de la angustia y del tedio.

En cada sociedad y en cada cultura las contradicciones son vividas por los individuos en forma personal. La dotación genética, la biografía y las circunstancias de cada quien, establecen diferencias. Por otra parte, cada época de la vida: infancia, adolescencia, climaterio y senectud, tiene sus propias fuentes de angustia.

¿Aumenta la angustia en virtud de las condiciones de la vida moderna en las grandes urbes? En cuanto a ciertas formas de angustia relacionadas con el stress, hay pocas dudas de que así sea. Los desórdenes psicofisiológicos que tienen a la angustia como un eslabón en su cadena etiopatogénica, son hoy en día formas muy frecuentes de patología (25).

Aspectos fisiológicos

En cualquier condición, la angustia es un estado de alertamiento fisiológico que presenta manifestaciones sistémicas: palpitaciones, disnea, sequedad de la boca, sensación de constricción en el pecho, mareos, aflujo de sangre de la piel, aumento del volumen del pulso en los dedos, sudores, etc. Algunos de estos cambios fisiológicos pueden ser estimados en forma directa; por ejemplo, registrando la conducción en la piel de la palma de la mano o midiendo la secreción salivar o el diámetro de la pupila (17). En un estado de angustia se registran cambios en el electroencefalograma (26). Estos cambios consisten en el aumento de la actividad Beta y la disminución del ritmo Alfa. Ni los cambios fisiológicos ni los cambios electroencefalográficos son específicos de la angustia sino del alertamiento emocional.

El alertamiento es un proceso subyacente común a todos los estados emocionales intensos, como el pánico, la cólera, la excitación sexual, etc., que ocurren en respuesta a estímulos externos o internos, incluyendo ciertas ideas. La emoción de que se trate se define y es identificable por la conducta explícita del sujeto y por el relato introspectivo de su experiencia. En la preparación para la fuga y para el ataque hay pocas diferencias y algunas no son muy claras (5). Algunas de estas diferencias son el aumento de la frecuencia del pulso, más notoria en el miedo que en la angustia y el aumento de la presión diastólica, que es más evidente en la cólera (2).

Los correlatos de la angustia son la activación del sistema que forman la médula suprarrenal y el sistema nervioso simpático (8), el aumento de epinefrina en la sangre (23) y el de los niveles séricos de cortisol, colesterol, ácidos grasos y ácido úrico (20). En la cadena de reacciones que son parte de la angustia, están también implicados el laberinto del oído y sus conexiones centrales con el sistema reticular.

Las áreas del cerebro implicadas en la angustia son en parte conocidas. Las que están implicadas más directamente son la amígdala del lóbulo temporal y el sistema

reticular (27). Se piensa que la angustia se produce cuando la excitación en estas áreas alcanza un nivel crítico y ya no es posible su integración. Si se estimula el núcleo amigdalino, se suscitan también reacciones de miedo y de angustia.

En 1967, Pitts y McClure (23) propusieron la hipótesis de que un aumento en los niveles de lactato en el suero, juega un papel crucial en la patogénesis de la angustia. La hipótesis se fundó en la observación de que la inyección intravenosa de lactato de calcio causa en algunas personas un estado emocional semejante a la angustia. Sin embargo, la hipótesis de que éste sea el mecanismo subyacente en la angustia patológica ha sido rebatida porque el experimento tiene fallas metodológicas importantes (1). En efecto, la infusión de lactato causa estados agudos de angustia en aquellas personas que de antemano sufren neurosis de angustia, pero la infusión de lactato produce alcalosis, en tanto que la producción endógena de ácido láctico produce acidosis. Además, en los experimentos se usó la forma dextrógira, y la que actúa naturalmente en el cuerpo es la forma levógira. Por otra parte, la hiperventilación produce ansiedad y temor a asfixiarse, síntomas similares a los descritos por Pitts y McClure, sin que aumente en el suero el nivel de lactato.

El propanolol, un bloqueador de los receptores simpáticos, es un fármaco que atenúa algunos de los síntomas de la angustia (15), es decir, corrige las manifestaciones del ritmo cardiaco, las palpitaciones, la opresión, la disnea, los temblores y la fatigabilidad, pero no modifica significativamente el estado subjetivo, es decir, la experiencia de angustia. Es muy improbable que el determinante causal de la angustia en las personas neuróticas sea un alertamiento fisiológico periférico. De la revisión de la literatura se desprende que ni la elevación de lactato en el suero, ni los patrones específicos de cambio autonómico son condiciones patológicamente necesarias para que se experimente la angustia (15). Esta distinción entre el estado mental y las manifestaciones periféricas es muy clara en las personas que sufren angustia neurótica.

Los experimentos de Schachter (29) contribuyeron a esclarecer la distinción entre el aspecto cognitivo específico de una emoción y el despertamiento fisiológico común a varias emociones internas. Este investigador inyectó dosis pequeñas de adrenalina a varios sujetos que ignoraban cuál era el efecto esperado. En tanto que unos experimentaron angustia, otros experimentaron euforia o cólera de acuerdo con las señales que les dieron otros sujetos que simulaban experimentar estos efectos. Los experimentos de Schachter sugieren que cuando el alertamiento es intenso, el contenido de la emoción es dado por el factor discernido. La apreciación cognitiva de los estímulos ocurre en la corteza cerebral, en tanto que el alertamiento es función de la formación reticular.

Formas clínicas de la angustia patológica

La angustia patológica debe distinguirse de la que es inherente a la condición humana, es decir, la angustia normal. La angustia es patológica por su intensidad, su persistencia, su recurrencia y porque no tiene relación con amenazas reales. También es necesario distinguir entre diferentes formas de angustia patológica. Una de ellas es la angustia habitual como un rasgo de la personalidad (19), y que difiere de la angustia-enfermedad, experimentada por quien la sufre como algo que por su calidad o por su intensidad es nuevo para él. Una persona angustiable puede sufrir en ciertas circunstancias una agudización de su angustia cotidiana; o bien, una persona habi-

tualmente no angustiante se ve sobrecogida por angustia en forma inesperada. En general puede decirse que la angustia se convierte en un problema médico cuando la persona que la sufre se siente incapaz de contener con ella.

Ya hemos indicado que la angustia es patológica por su intensidad, su persistencia y su falta de relación con eventos amenazantes reales. Lader (17) estima que en la población general, la prevalencia de los estados de angustia patológica es de entre 2 y 5%. Por otra parte, del 7 al 16% de todos los pacientes psiquiátricos han tenido alguna vez alguna forma de angustia patológica y 3%, específicamente un desorden fóbico. Aproximadamente el 10% de los pacientes que consulta a un cardiólogo sufre de alguna forma de angustia.

Las crisis de angustia se distinguen por su carácter súbito y la ausencia de motivos reales. Generalmente ocurre que una persona, hasta entonces estable, presenta esta crisis durante la cual teme morir, enloquecer o perder la conciencia. Otra persona acude a la consulta porque su angustia habitual se ha agudizado y está rebasando su capacidad para contener con ella. Otra más sufre fobia, angustia que se suscita solamente en presencia de un objeto, actividad o situación que en sí misma es inocua, pero que para la persona afectada simboliza algo realmente temible. Ignora la causa y reconoce que su temor no es ni proporcionado ni razonable, pero no puede evitarlo. Una forma clínica más, tiene como contenido el temor de sentirse perseguido y vigilado: la angustia paranoide.

En los estados de angustia, las fobias son síntomas frecuentes. En ocasiones, junto a las fobias se presentan obsesiones y en otras más, se combinan. Por ejemplo, no es infrecuente que en la neurosis obsesiva uno de los síntomas más comunes sea el miedo irracional a lo sucio y a la contaminación.

La agorafobia es la más común de las fobias. El síntoma se inicia generalmente en la segunda o tercera década de la vida y casi siempre es precedido por ataques recurrentes de pánico. Lo que aterra al enfermo es la posibilidad de encontrarse en situación de necesitar ayuda y no poder obtenerla. El trastorno puede presentarse en forma episódica y recurrente.

La persona que sufre fobia social, se angustia ante situaciones sociales específicas que anticipa no poder manejar y por ello trata de evitarlas: hablar o comer en público, sonrojarse, escribir en presencia de otros, usar lavatorios públicos, etc. La aprensión fundamental es que su incapacidad sea descubierta por otros a causa de ello y sufra humillación y vergüenza. Es común que algún familiar de la persona que sufre fobia social, también la padezca.

En algunos casos de alcoholismo, la angustia subyacente suele ser la clave del problema. Es necesario distinguir entre los alcohólicos cuyo consumo excesivo del alcohol tiene relación directa con estados ansiosos, estados depresivos o desórdenes neuróticos y otros cuya angustiabilidad y rasgos anormales del carácter les inclinan tempranamente a buscar alivio a través del alcohol. Los primeros tienen mejor pronóstico.

Hay casos en los cuales la angustia no es aparente pero su presencia más o menos oculta, puede inferirse. La persona angustiante no se siente libre, actúa compulsivamente o bien se inhibe ante ciertas situaciones que teme puedan despertarle angustia. El precio que paga por no sentir angustia es elevado en términos de la pérdida de espontaneidad y autonomía.

Actualmente se tiende a atenuar la distinción entre depresión y angustia (18). Ciertamente, en la clínica, la for-

ma de angustia más frecuente es la que se presenta como parte del cuadro sintomático de las depresiones endógenas. En favor de este punto de vista está el hecho de que los desórdenes bioquímicos subyacentes son similares en los estados de angustia y en los estados depresivos. Por otra parte, los inhibidores de la monoaminooxidasa, cuya acción antidepressiva está firmemente establecida, son eficaces en el tratamiento de los estados de angustia en el 50% de los casos. Esto sugiere que en este grupo de enfermos, la angustia enmascara un estado depresivo que es el desorden principal (24). Sin embargo, el desenlace es generalmente mejor en las depresiones típicas que en los estados de angustia (30). Me inclino a pensar, como Martin Roth (27), que las enfermedades depresivas pueden ser diferenciadas clínicamente de los estados de angustia y que el concepto dicotómico de los desórdenes afectivos se ajusta más a la clínica que el punto de vista de su continuidad. Por lo tanto, es necesario distinguir entre la depresión —como parte prominente del cuadro— con angustia, y la neurosis de angustia propiamente dicha.

Causas

Las causas de la angustia patológica son en gran parte desconocidas. Es una opinión común entre profesionales de la salud mental, que un estado psicológico como la angustia o la depresión ha de deberse necesariamente a causas psicológicas y que estas causas son conflictos psicológicos cuyas raíces se hunden en la infancia. Sin embargo, muchos estados de angustia no pueden relacionarse con un conflicto psicológico ya sea consciente o inconsciente, actual o pasado. Es natural que quien sufre intensamente sin una justificación, intente dar alguna explicación razonable a su sufrimiento o bien, que esté dispuesto a aceptar cualquier explicación que se le ofrezca.

La activación de conflictos latentes generados en experiencias desafortunadas generales o específicas juega un papel en la angustia de los enfermos neuróticos y estos conflictos son discernibles en las situaciones desencadenantes y en los contenidos fóbicos (4, 3, 9). Del mismo modo, es necesario señalar que si bien un eslabón en la cadena de eventos que conducen a la angustia puede ser una situación actual de amenaza grave a la vida o a la capacidad de una persona para vivir autónomamente, como por ejemplo, sufrir infarto del miocardio, la angustia patológica puede originarse en causas que no son psicológicas. El sistema neural y endócrino, sustrato de la angustia, puede ser activado en condiciones patológicas tales como el hipertiroidismo, la epilepsia, los estados posttraumáticos, las intoxicaciones con sustancias estimulantes y alucinantes, etc. (19).

La angustia es un componente casi nunca ausente en los estados depresivos endógenos (16, 30) y con alguna frecuencia está presente, ya sea en forma abierta o encubierta, en otros desórdenes psiquiátricos: neurosis obsesiva, hipocondriasis, histeria, estados paranoides, hipomanía, alcoholismo, adicción a drogas o conducta sociopática.

Freud distinguió entre angustia como “señal de alarma” y angustia “desencadenada” (11, 12). Consideró que sólo esta última es patológica. Explicó la angustia como resultado de la represión de fuerzas instintuales que amenazan irrumpir en la conciencia y alterar el equilibrio de la personalidad. Más tarde modificó su punto de vista y pensó que la angustia no es resultado, sino precisamente causa, de la represión; es reprimido aquello que genera

angustia. Freud (11, 12) postuló que la primera experiencia de angustia que tiene el niño es la angustia de la separación, la que experimenta al quedarse solo, en la oscuridad o con personas extrañas.

Papel de la herencia

Los estudios en gemelos han demostrado que existen componentes hereditarios. La aplicación de cuestionarios a gemelos normales, monozigotos o dizigotos, tienden a demostrar la presencia de estos mismos componentes en cuanto a los desórdenes afectivos y en particular a la angustia. En estudios sobre familias de pacientes neuróticos, se encontró que alrededor del 15% de los padres y de los hermanos de personas que sufren neurosis de angustia, están afectados en forma semejante. Los estudios clínicos de gemelos apoyan la interpretación genética de estas observaciones (31). Fue menos frecuente encontrar una historia familiar positiva en los pares concordantes que en los discordantes. Los estudios de gemelos coinciden en cuanto a que los pares monozigotos son más parecidos que los pares dizigotos con respecto a la neurosis y muestran semejanzas en cuanto a angustias fóbicas u obsesivas. Los datos obtenidos a partir de gemelos criados aparte y la observación de que no se ha encontrado gran cantidad de gemelos monozigotos en poblaciones neuróticas, nos disuade de explicar los hallazgos solamente en bases ambientales, aunque no por ello vayamos a negar la importancia del medio ambiente.

Angustia y personalidad

El temperamento y la personalidad influyen en la intensidad de la angustia que una persona experimenta en respuesta al stress psicosocial y también en el grado y forma en los cuales es expresada (25). En un sujeto que sufre un estado de angustia pero cuya personalidad previa era estable, se puede prever que el problema evolucionará favorablemente. Algunos rasgos de la personalidad, como son la tendencia a las preocupaciones excesivas, a la rigidez, al perfeccionismo, a la hipersensibilidad y al sentimiento exagerado de responsabilidad, predisponen a la angustia (21).

Por otra parte, los estudios de Eitinger (7), en Noruega, en 200 sobrevivientes de campos de concentración, mostraron que dos terceras partes del grupo sufrían angustia crónica no relacionada con su vida actual. Aparentemente, la frustración y la angustia sostenidas por mucho tiempo dejaron en ellos una huella persistente.

La angustia en los niños

En los niños, las experiencias más tempranas de angustia se pueden encontrar en la relación del niño con su madre. Por un tiempo inusualmente prolongado, el niño permanece dependiente de su madre. La madre ampara al niño y le da seguridad o le desampara y el niño sufre angustia. Además, es un hecho que la madre angustiada trasmite su angustia al niño. En los niños pequeños, la angustia se expresa como un desorden fisiológico global, aun cuando una función, por ejemplo, la digestiva, pueda estar más alterada que otras. La angustia que experimenta un niño al encontrarse solo con un extraño, alcanza su máxima intensidad a los 8 meses de edad. La angustia de la separación alcanza su máxima intensidad a los 16 meses (4).

La angustia del niño o el síntoma principal a través del cual se expresa, forma un sistema circular con la angustia

de la madre. La angustia impide a la madre percibir objetivamente las necesidades del niño y responder a ellas en forma apropiada.

Manejo terapéutico

El tratamiento de la angustia patológica abarca dos aspectos: psicoterapia y fármacos. El primer paso en el manejo psicoterapéutico de un estado agudo de angustia es atenuar el pánico del paciente dándole una explicación racional acerca de su sufrimiento y persuadiéndolo de lo infundado de sus anticipaciones catastróficas. El apoyo psicológico es esencial pero los medicamentos tranquilizantes permiten atenuar un estado agudo de angustia que en caso de prolongarse puede resultar intolerable. El examen médico cuidadoso, incluyendo los estudios de laboratorio y gabinete necesarios para descartar factores orgánicos como el hipertiroidismo, no deben posponerse, pero una vez que se les ha completado, tampoco deben repetirse solamente porque el paciente así lo desee. Aun si la angustia es prominente, pero si es sólo un componente de la depresión, esta última debe ser reconocida y tratada como el problema principal mediante medicamentos antidepresivos, ya que los tranquilizantes no modifican el cuadro depresivo en forma significativa. La combinación de un tratamiento psicoterapéutico con el adiestramiento del enfermo en la relajación muscular es una forma adecuada de tratar las neurosis de angustia.

En todos los casos de angustia patológica es indispensable el manejo psicoterapéutico. Si una persona siente angustia y le tiemblan las manos cuando alguien lo mira, es claro que se debe investigar qué es lo que imagina que los demás pueden ver en él, pero cuando se trata de fobias a las tormentas o a los temblores, también es necesario ayudar al paciente a desentrañar el sentido simbólico de sus síntomas. Comprender no es sinónimo de dejar de temer, pero es un paso inicial. Eventualmente, el paciente debe enfrentar las situaciones u objetos temidos por él, ya sea directamente en la vida real o previa desensibilización en la fantasía.

En las fobias monosintomáticas, relativamente infrecuentes, el tratamiento de elección es la desensibilización sistemática (13). Este tratamiento consiste en someter al paciente a la experiencia de los estímulos fóbicos imaginados, en un estado de relajación muscular inducido. Wolpe (34) parte del hecho de que la angustia es una respuesta etiológicamente relacionada con niveles elevados de alertamiento y tensión muscular. Postula que la relajación y la desensibilización conducen a la disminución de la angustia por un proceso de inhibición recíproca.

El uso de los fármacos tranquilizadores es un recurso valioso, pero su acción sintomática debe ser reforzada por el apoyo y el esclarecimiento. West y Dally (32) llamaron la atención sobre la efectividad de los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) en el tratamiento de lo que describen como estados depresivos atípicos que se acompañan de fobias y se sienten de irrealidad. Más tarde, Sargent y Dally (28) también encontraron que un grupo de pacientes con síntomas severos de angustia y de fobias respondían al tratamiento con iproniazida. Los medicamentos del tipo de los IMAO actúan favorablemente en los casos, generalmente rebeldes, de neurosis de angustia. Hoy en día es un hecho generalmente reconocido por psiquiatras clínicos, que una proporción importante de estados de angustia y de estados fóbicos severos puede

ser manejada con éxito si se combinan la psicoterapia y los inhibidores de la MAO. De éstos, es de preferirse la fenelcina. El uso de los IMAO requiere conocer a fondo su farmacología, especialmente sus sinergias y sus incom-

patibilidades con algunos alimentos y con otros fármacos.

Para concluir, insistiré en que calmar la angustia sigue siendo una de las principales funciones del médico.

BIBLIOGRAFIA

1. ACKERMAN S H: The lactate theory of anxiety: a review and reevaluation. *Psychosomatic Med.* 36(1): 69-81, enero-febrero de 1974.
2. AUOUBACH A, GLOBE P A: Iatrogenic heart disease. *JAMA.* 129: 838-41, 1945.
3. BOWLBY J: Psychopathology of anxiety: the role of affectional bonds. *Br J Psychiatry.* Special Publication No. 3. Londres. 80-86, 1967.
4. BOWLBY J: Separation anxiety. *Int J Psycho Anal* 41: 89-113, 1960.
5. CANNON W B: *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage.* Nueva York, 1929.
6. DE LA FUENTE R: El ambiente y la salud mental. *Revista Salud Mental* 2(1):6-9, 1979.
7. EITINGER L: *Concentration Camp Survivors.* Oslo, Londres, 1964.
8. ELMADJIAN F: Adrenocortical function of combat infantrymen in Korea. *Ciba Foundation Colloquia in Endocrinology*, 8: 627-653, 1955.
9. FISCHER WR: *Theories of Anxiety.* Nueva York. Harper & Row, 1970.
10. FREEDMAN J L: *Crowding and Behavior.* Ed W. H. Freeman and Company. San Francisco, 1975.
11. FREUD S: (1926). *Inhibitions, Symptoms and Anxiety.* Londres. Standard Edition, Vol 10 (1959).
12. FREUD S: *The Problem of Anxiety.* Norton, Nueva York, 1936.
13. FRIEDMAN D E, SILVERSTONE J T: Treatment of phobic patients by systematic desensitization. *Lancet* 1: 470-472, 1967.
14. GOLDSTEIN K: Studies of anxiety. Vol II. *Progress in Psychotherapy* 61-70.
15. GRANVILLE-GROSSMAN K L, TURNER P: The effect of propranolol and anxiety. *Lancet*, 1: 788-90, 1966.
16. GURNEY C, ROTH M, GARSIDE R F, KERR T A, SCHAPIRA K: Studies in the classification of affective disorders: the relationship between anxiety states and depressive illnesses-II. *Br J Psychiatry*, 121: 162-166, 1972.
17. LADER M H: Psychophysiological aspects of anxiety in Studies of anxiety, p. 53-61 (ed. Lader MH). *Br J Psychiatry*, Special Publication No. 3. 1969.
18. LADER M H: The nature of anxiety. *Br J Psychiatry*, 121: 481-491, 1972.
19. LADER M H, MARKS I M: *Clinical Anxiety.* Londres. Heinemann Medical, 1971.
20. LEVI L: Neuro-endocrinology of anxiety. *Br J Psychiatry*, Special Publication No. 3. Londres. 40-49, 1967.
21. LEVITT E E: *The Psychology of Anxiety.* Londres. Staples Press, 1968.
22. MAY R: *The Meaning of Anxiety.* Nueva York. Ronald Press, 1950.
23. PITTS F N: *The Biochemistry of Anxiety*, 1967.
24. POLLITT J, YOUNG J: Anxiety state or masked depression? A study based on the action of monoamine oxidase inhibitors. *Br J Psychiatry*, 119: 143-149, 1971.
25. REES L: Stress, distress and disease. *Br J Psychiatry*, 128: 3-18, 1976.
26. ROUBICEK J: Emotional EEG activations. VI International Congress of EEG and Clinical Neurophysiology. Vienna 5.-10.9.1965 *Communications*, I: 139-142, 1965.
27. ROTH M, HARPER M A: Temporal lobe epilepsy and the phobic anxiety depersonalization syndrome. *Comprehensive Psychiatry*, 3: 215, 1962.
28. SARGANT W, DALLY P: Treatment of anxiety states by antidepressant drugs. *Br Med J*, I: 6-9, 1962.
29. SCHACHTER J: Pain, fear and anger in hypertensives and normotensives. A psychophysiological study *Psychosom Med*, 19: 17-29, 1957.
30. SCHAPIRA K, ROTH M, KERR T A, GURNEY C: The prognosis of affective disorders: the differentiation of anxiety states from depressive illnesses. *Br J Psychiatry*, 121: 175-181, 1972.
31. SLATER E, SHIELDS J: Genetical aspects of anxiety. *Br J Psychiatry.* Special Publication No. 3. Londres. 62-71, 1967.
32. WEST E, DALLY P: Effects of iproniazid in depressive syndromes. *Br Med J*, 1: 1491-1494, 1959.
33. WOLF HG: *Stress and Disease.* Springfield, Illinois, 1953.
34. WOLPE J: The systematic desensitization treatment of neuroses. *J Nerv Ment Dis*, 132: 189-203, 1961.