

EMOCIONES NEGATIVAS Y SU IMPACTO EN LA SALUD MENTAL Y FÍSICA

NEGATIVE EMOTIONS IMPACT ON MENTAL PHYSICAL HEAL

José Antonio Piqueras Rodríguez*,
Universidad Miguel Hernández de Elche
Victoriano Ramos Linares,
Servivios Sociales de Callosa de Segura
Agustín Ernesto Martínez González,
Clínica Neuropsicológica Mayor
Luis Armando Oblitas Guadalupe
Universidad Intercontinental

RESUMEN

El miedo, la tristeza, la ira y el asco son estados emocionales que, cuando son intensos y habituales, afectan negativamente la calidad de vida de las personas. En consecuencia, las emociones negativas constituyen actualmente uno de los principales factores de riesgo para contraer enfermedades físicas y mentales. Este artículo pretende, en primer lugar, delimitar los conceptos y las características principales de cada emoción; y segundo, sintetizar los hallazgos científicos que avalan la influencia de las emociones negativas clásicas en el proceso salud-enfermedad. Estos fenómenos psicofisiológicos se han asociado a las enfermedades mentales y físicas como variables influyentes en su inicio, desarrollo y mantenimiento. Por lo tanto, se revisan algunos de los vínculos entre las cuatro emociones negativas y los trastornos mentales. También, se repasan las evidencias que respaldan la influencia de las emociones negativas en el desarrollo de comportamientos de riesgo para la salud física. Por último, se describen algunos datos que apoyan el impacto de la activación psicofisiológica emocional en los sistemas orgánicos, como la inmunidad, los procesos tumorales, etcétera.

Palabras clave: *miedo, tristeza, ira, asco, emociones negativas, salud física, salud mental, trastornos mentales, calidad de vida.*

* Correspondencia: José Antonio Piqueras Rodríguez, Ph. D. Universidad Miguel Hernández de Elche, Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Departamento de Psicología de la Salud, Edificio Altamira, Avda. De la Universidad, s/n 03202, España. Correo electrónico: jpiqueras@umh.es.

ABSTRACT

Fear, sadness, anger and disgust are considered affective states, that when they become frequent and intense, adversely affect the quality of life. Consequently, negative emotions are regarded as one of the key risk factors in physical and mental illness. Firstly, this article aims to define precisely concepts and key features of each emotion. The second objective of this paper is to show a synthesis of scientific findings supporting the influence of emotional factors, especially classic negative emotions in the process of health and disease. These psychophysiological phenomena have been associated with mental and physical illness as influencing variables in its initiation, development and maintenance. Therefore, the paper reviews some of the links between these four negative emotions and mental disorders. It also reviews the evidence supporting the influence of negative emotions in the development of risk behaviors to physical health. Finally, we describe some data supporting the impact of psychophysiological activation of emotions in organic systems, such as, for instance, immunity, tumor processes and so on.

Keywords: *fear, sadness, anger, disgust, negative emotions, physical health, mental health, mental disorders, quality of life.*

Las emociones son reacciones psicofisiológicas de las personas ante situaciones relevantes desde un punto de vista adaptativo, tales como aquellas que implican peligro, amenaza, daño, pérdida, éxito, novedad, etc. Estas reacciones son de carácter universal, bastante independientes de la cultura, producen cambios en la experiencia afectiva (dimensión cognitivo-subjetiva), en la activación fisiológica (dimensión fisiológica-adaptativa) y en la conducta expresiva (dimensión conductual-expresiva). Además, desde un punto de vista psicológico, emociones tales como la alegría, el miedo, la ansiedad o la ira son emociones básicas que se dan en todos los individuos de las más diversas culturas, poseen un sustrato biológico considerable, son esencialmente agradables o desagradables, nos activan y forman parte de la comunicación con los demás y a su vez, pueden actuar como poderosos motivos de la conducta (Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 2001).

Entre las emociones podemos distinguir al menos dos grupos: las positivas y las negativas. El miedo-ansiedad, la ira, la tristeza-depresión y el asco son reacciones emocionales básicas que se caracterizan por una experiencia afectiva desagradable o negativa y una alta activación fisiológica. Las tres primeras son las emociones más estudiadas en relación con el proceso salud-en-

fermedad. Estas reacciones tienen una función preparatoria para que las personas puedan dar una respuesta adecuada a las demandas del ambiente, por lo que se consideran respuestas eminentemente adaptativas para el individuo. Sin embargo, en ocasiones encontramos que algunas de ellas pueden transformarse en patológicas en algunos individuos, en ciertas situaciones, debido a un desajuste en la frecuencia, intensidad, adecuación al contexto, etc. Cuando tal desajuste acontece y se mantiene un cierto tiempo, puede sobrevenir un trastorno de la salud, tanto mental (trastorno de ansiedad, depresión mayor, ira patológica, etc.) como física (trastornos cardiovasculares, reumatológicos, inmunológicos, etcétera).

A pesar de estas afirmaciones, existe cierta controversia en relación con qué entendemos por emociones negativas y positivas, cuál es la verdadera naturaleza de las relaciones entre estas emociones negativas y las diferentes condiciones de salud-enfermedad. Por ello, es preciso profundizar en el conocimiento de estas cuestiones. El objetivo del presente trabajo es hacer una revisión no sistemática descriptiva (Day, 2005) sobre el estado de la cuestión en la actualidad. Primero, trataremos el concepto de estrés y emoción; a continuación, se abordará cuáles son las principales características de las emociones negativas;

luego, abordaremos la cuestión de la relación entre emociones negativas y salud-enfermedad, para finalizar con algunas ideas que sintetizen lo tratado a lo largo del artículo.

CONCEPTO DE ESTRÉS

Una cuestión previa que ha de tenerse en cuenta a la hora de abordar el estudio de las emociones es el concepto y los modelos del estrés. La literatura sugiere que la perspectiva transaccional, o ajuste persona-ambiente, es una de las más importantes y útiles en el estudio del estrés, y por extensión, de las emociones (Escamilla, Rodríguez & González, 2009). Desde este marco teórico se ha asumido que el estrés implica tres elementos a los que hace referencia el modelo transaccional: a) la valoración o apreciación que la persona hace de los estresores, b) las emociones y afectos asociados a dicha apreciación y c) los esfuerzos conductuales y cognitivos realizados para afrontar dichos estresores. Este enfoque tradicionalmente se ha centrado en las reacciones ante una situación de estrés y los resultados patológicos. En relación con nuestro objetivo en este trabajo, la teoría de las emociones basada en el modelo transaccional del estrés, desarrollada por Lazarus (Lazarus & Lazarus, 1994) implica fundamentalmente dos conceptos, el de estresor y el de respuesta de estrés (Amigo, Fernández & Pérez, 2003; Sandín, 2002). El primero de los conceptos hace referencia a cualquier agente externo o interno causal primariamente de estrés. El segundo término, la respuesta de estrés, se refiere a un mecanismo de activación fisiológica y de los procesos cognitivos que favorece una mejor percepción y posterior evaluación de las situaciones y sus demandas, así como a 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 (Lazarus, 1993), también denominado "Sistema de adaptación general" por Selye. Por ello, durante este capítulo nos referiremos al estrés como esta respuesta o mecanismo general de activación fisiológica y de los procesos cognitivos que le permite al organismo hacer

frente a cualquier estresor. Por el contrario, miedo/ansiedad se refiere a una emoción, es decir, una de las etiquetas cognitivas que recibe esta activación fisiológica generada cuando se pone en funcionamiento el mecanismo adaptativo denominado respuesta de estrés (Ramos, Rivero, Piqueras & García-López, 2006). Otras emociones serían la ira, la sorpresa, el asco, la alegría y la tristeza. De ahí que es muy importante tener en consideración que el estrés no está implicado únicamente en las emociones negativas. Una revisión con mayor profundidad sobre los modelos transaccionales del estrés y su relación con las emociones podemos verla en Escamilla et al. (2009) y Lazarus y Lazarus (1994).

CONCEPTO DE EMOCIÓN

Las emociones básicas constituyen patrones individuales de conducta expresiva, cada una asociada a un patrón específico de activación fisiológica, a una experiencia cognitiva-subjetiva o sentimiento específico y con un substrato neuroanatómico específico (Piqueras, Martínez, Ramos, Rivero & García-López, 2006).

El miedo, la ira, la tristeza, la alegría, la sorpresa y el asco son las emociones básicas para las que existe un mayor consenso respecto a su definición conceptual, características definitorias, etc. Desde Darwin hasta autores más contemporáneos, entre ellos Tomkins, Izard y Ekman, se ha resaltado la importancia de las emociones en cuanto a su función adaptativa para la supervivencia del individuo y de la especie. Todos estos autores asumen la existencia de emociones básicas que son producto de la evolución filogenética y ontogenética y que están relacionadas con estados biológicamente significativos como la procreación, la cría y la amenaza a la integridad de los individuos y de la especie.

Por tanto, podemos entender como emoción una experiencia multidimensional con al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo. Para entender la emoción es conveniente atender a estas tres dimensiones por las que se manifiesta, teniendo en cuenta que suele aparecer cierta desincronía entre los tres sistemas de respuesta.

Además, la predominancia de cada una de estas dimensiones varía en función de la emoción en concreto, la persona en particular o la situación determinada. Es más, en la mayoría de ocasiones las diferencias entre los distintos modelos teóricos de la emoción se deben únicamente al papel que otorgan a cada una estas tres dimensiones (Chóliz, 2005).

Por otra parte, se han hecho muchos intentos por analizar la emoción en sus componentes o dimensiones principales para facilitar tanto su clasificación, como la distinción entre ellas (v. gr., Engen, Levy & Schlosberg, 1958; Spencer, 1890; Woodworth, 1938; Wundt, 1896; etc.). A pesar de ello, las únicas dimensiones aceptadas por prácticamente todos los autores son la de agrado-desagrado y la intensidad de la reacción emocional (Zajonc, 1980). No obstante, atendiendo únicamente a éstas no puede establecerse una clasificación exhaustiva y excluyente de todas las reacciones afectivas, puesto que emociones como la ira o el odio pueden ser desagradables e intensas y no se trata del mismo tipo de emoción. Por tanto, la experiencia emocional, lo que pensamos y sentimos durante una reacción emocional, se suele clasificar según estos dos ejes o dimensiones. En otras palabras, las emociones suelen provocar sensaciones agradables o desagradables y pueden ser más o menos intensas (Chóliz, 2005). Aunque, como ya hemos dicho, es difícil lograr una clasificación exhaustiva de todas las emociones posibles con base en dimensiones independientes, la dimensión agrado-desagrado es exclusiva y característica de las emociones, de forma que todas las reacciones afectivas se comprometen en dicha dimensión en alguna medida. Esta dimensión de placer-displacer sería la característica definitoria de la emoción respecto de cualquier otro proceso psicológico.

Otra forma de clasificar las emociones es haciendo referencia a sus funciones propias. Parece relevante el hecho de que desde Darwin, pasando por James, Cannon, Selye, etc., se ha venido reconociendo que la expresión de las emociones en los animales y en el hombre cumple una función universal adaptativa, social y motivacional. En este sentido, es bien sabido

que todas las emociones tienen alguna función que les confiere utilidad y permiten que el sujeto ejecute con eficacia las reacciones conductuales apropiadas y ello con independencia de la cualidad hedónica que generen, al menos desde un punto de vista exclusivamente biológico, de supervivencia o salvaguarda de la integridad física. Incluso las emociones más desagradables tienen funciones importantes en la adaptación social y el ajuste personal. A continuación se describen brevemente cada una de estas funciones, siguiendo en parte a Chóliz (2005).

FUNCIÓN ADAPTATIVA

Una de las funciones más importantes de la emoción es la de preparar al organismo para ejecutar eficazmente la conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizandole la energía necesaria para ello, así como dirigiendo la conducta (acercando o alejando) hacia un objetivo determinado. Plutchik destaca ocho funciones principales de las emociones y aboga por establecer un lenguaje funcional que identifique a cada una de dichas reacciones con la función adaptativa que les corresponde. La correspondencia entre la emoción y su función son las siguientes: miedo-protección; ira-destrucción; alegría-reproducción; tristeza-reintegración; confianza-afiliación; asco-rechazo; anticipación-exploración; sorpresa-exploración. Relacionada con esta función adaptativa se encuentra la evidencia de que bajo ciertas circunstancias (predisposición, recurrencia, intensidad) la activación del sustrato fisiológico de cada emoción puede tener consecuencias sobre la salud de los individuos y en general juegan un papel importante en el bienestar/malestar psicológico de los individuos, que no deja de ser un indicador del grado de ajuste/adaptación del individuo (Plutchik, 1980).

FUNCIÓN SOCIAL

Las emociones también cumplen una función importante en la comunicación social. Según Izard (1993) existen varias funciones sociales de las emociones, como son: a) facilitar la interac-

ción social, b) controlar la conducta de los demás, c) permitir la comunicación de los estados afectivos y d) promover la conducta prosocial. Por ejemplo, una emoción como la felicidad favorece los vínculos sociales y las relaciones interpersonales, mientras que la ira puede generar respuestas de evitación o de confrontación. Es decir, las emociones juegan un doble papel en su función comunicativa. En primer lugar, la expresión de las emociones podría considerarse como una serie de estímulos discriminativos que indican la realización de determinadas conductas por parte de los demás. Así, en muchos casos la revelación de las experiencias emocionales es saludable y beneficiosa, tanto porque reduce el trabajo fisiológico que supone la inhibición, como por el hecho de que favorece la creación de una red de apoyo social para la persona afectada. Sin embargo, en ocasiones los efectos sobre los demás pueden llegar a ser perjudiciales, hecho éste constatado por la evidencia de que aquéllos que proveen apoyo social al enfermo, como por ejemplo los cuidadores primarios informales, sufren con mayor frecuencia trastornos físicos y mentales (Losa-da, Márquez-González, Peñacoba, Gallagher-Thompson & Knight, 2007). En segundo lugar, la represión de las emociones tiene una función social, por cuanto puede ser socialmente necesaria la inhibición de ciertas reacciones emocionales con capacidad de alterar las relaciones sociales y afectar incluso la propia estructura y funcionamiento de grupos y cualquier otro sistema de organización social.

FUNCIÓN MOTIVACIONAL

La relación entre emoción y motivación es estrecha, ya que se trata de una experiencia presente en cualquier tipo de actividad que posee las dos principales características de la conducta motivada: dirección e intensidad. La emoción energiza la conducta motivada. Una conducta “cargada” emocionalmente se realiza de forma más vigorosa, de manera que la emoción tiene la función adaptativa de facilitar la ejecución eficaz de la conducta necesaria en cada exigencia. Así, la ira facilita las reacciones defensivas,

la alegría la atracción interpersonal, la sorpresa la atención ante estímulos novedosos, etc. Por otro lado, la emoción dirige la conducta, en el sentido de que facilita el acercamiento o la evitación del objetivo de la conducta motivada en función de las características de agrado-desagrado de la emoción. La función motivacional de la emoción sería congruente con lo que hemos comentado, la existencia de las dos dimensiones principales de la emoción: agrado-desagrado e intensidad de la reacción afectiva.

En resumen, si bien algunas de las principales discusiones teóricas actuales giran en torno a si existen emociones básicas y si el reconocimiento de éstas es universal, lo cierto es que existen ciertos patrones de reacción afectiva distintivos, generalizados y que suelen mostrar una serie de características comunes en todos los seres humanos. Se trata de las emociones de alegría, tristeza, ira, sorpresa, miedo y asco. Podemos defender incluso que se caracterizan por una serie de reacciones fisiológicas o motoras propias, así como por la facilitación de determinadas conductas que pueden llegar a ser adaptativas. Por último, tradicionalmente se suelen diferenciar dos grupos de emociones en base a la dimensión de agrado-desagrado. Por una parte, nos encontramos con las emociones positivas, que se caracterizan porque generan una experiencia agradable. Ejemplos de este tipo de emociones son la alegría, la felicidad o el amor. Por otra parte, existe una serie de emociones cuya experiencia emocional es desagradable y que han sido profusamente investigadas en su relación con la salud mental y física. En el siguiente apartado vamos a repasar algunas de las características principales de las emociones negativas.

EMOCIONES NEGATIVAS (MIEDO, TRISTEZA, IRA Y ASCO)

A pesar de la pujante aparición de la psicología positiva en los últimos años, el estudio de las “emociones negativas”, miedo-ansiedad, ira y tristeza-depresión, tuvo durante todo el siglo XX, y sigue teniendo, mucha fuerza en la investigación psicológica. También añadimos el

asco, que en los últimos 15-20 años ha sido objeto de interés por parte de la comunidad científica. Un concepto relacionado es el de afectividad negativa, que puede ser entendida como un estado emocional transitorio o como una diferencia persistente en el nivel general de afectividad. La afectividad negativa es un rasgo que refleja la tendencia a experimentar emociones negativas a través del tiempo y de situaciones (Watson & Clark, 1984). Este rasgo se solapa con el neuroticismo y la ansiedad, incluyendo sentimientos subjetivos de tensión, preocupación, ansiedad, ira y tristeza. No obstante, parece necesario describir brevemente cada una de estas emociones.

MIEDO

El miedo y la ansiedad son las emociones que han generado mayor cantidad de investigación y sobre las que se ha desarrollado un arsenal de técnicas de intervención mayor desde todas las orientaciones teóricas psicológicas. La expresión patológica del miedo son los trastornos por ansiedad, que están relacionados con una respuesta de ansiedad desproporcionada e irracional ante un peligro inexistente. Es una de las reacciones que produce mayor cantidad de trastornos mentales, conductuales, emocionales y psicosomáticos. La distinción entre fobia y miedo podría concretarse en que la reacción de miedo se produce ante un peligro real y la reacción es proporcionada a éste, mientras que en la fobia la respuesta de ansiedad es desproporcionadamente intensa (o innecesaria) con la supuesta peligrosidad del estímulo. Para nuestro fin, no distinguiremos entre ambos términos.

El miedo-ansiedad se define como una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico, cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anularlo o contrarrestarlo mediante una respuesta (conducta de huida o de agresión; Sandín & Chorot, 1995).

Este mecanismo funciona de forma adaptativa y pone en marcha dicho dispositivo de alerta ante estímulos o situaciones que son potencialmente agresoras o amenazantes. Existe

un continuo entre la ansiedad adaptativa y la ansiedad clínica, ambas tienen la misma fenomenología: cogniciones, neurofisiología y respuestas motoras de defensa o ataque. Sabemos que una cierta cantidad de ansiedad es necesaria para realizar ciertas tareas, para 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, formulada en 1908, 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 y se torna en clínica en las siguientes situaciones:

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

Como ya hemos dicho, se han empleado diversos términos para designar la ansiedad clínica, tales como miedo, fobia, etc. Sin embargo, existe cierto consenso a la hora de considerar estos términos como reacciones equivalentes en cierto modo, si bien por ejemplo, en el caso del primero, este fenómeno se produciría ante una situación de amenaza real, mientras que en el del segundo las fobias serían ante un peligro no real o sobredimensionado. En cualquier caso, a nivel operativo numerosos autores entienden que dichos términos tienen mucho en común (Martínez Sánchez, 2008; Reeve, 2003; Sandín & Chorot, 1995).

El análisis de las características principales de la ansiedad como emoción negativa viene resumido en la tabla 1.

Tabla 1. Características del miedo (tomado parcialmente de (Chóliz, 2005).

| | |
|---------------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Situaciones potencialmente peligrosas o estímulos condicionados (EC) que producen respuestas condicionadas de miedo. Los EC pueden ser variados y carecer objetivamente de peligro. - Situaciones novedosas y misteriosas, especialmente en niños. - Procesos de valoración secundaria que interpretan una situación como peligrosa. - Dolor y anticipación del dolor. - Pérdida de sustento y, en general, cambio repentino de estimulación. |
| Instigadores | |
| Actividad fisiológica | <ul style="list-style-type: none"> - Sistema nervioso autónomo (división simpática adrenal): activación rápida al identificar cualquier amenaza de un modo automático e involuntario. Elevación de la frecuencia cardíaca (taquicardia) y de la presión arterial, dilatación de los bronquios, aumento de la tensión muscular, incremento de la conductancia y de las fluctuaciones de ésta. - Sistema neuroendocrino (hipotálamo-hipofiso-suprarrenal): activación más lenta, de efectos más duraderos que en el sistema nervioso autónomo, y que requiere una exposición más prolongada a amenaza. |
| Procesos cognitivos implicados | <ul style="list-style-type: none"> - (Lazarus & Folkman, 1986): valoración primaria de amenaza y valoración secundaria de estrategias de afrontamiento apropiadas. - Reducción de la eficacia de los procesos cognitivos, obnubilación. Focalización de la percepción en el estímulo temido. - Pensamientos negativos automáticos (Beck et al., 1983) y creencias irracionales (Ellis y Grieger, 1990) antes y durante la situación, interpretándola como peligrosa o bien valorando la propia incapacidad para afrontarla. - Preocupación, anticipación, hipervigilancia, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control y la percepción de fuertes cambios fisiológicos, etcétera. |
| Función | <ul style="list-style-type: none"> - Facilitación de respuestas de escape o evitación de la situación peligrosa: procedimientos de reforzamiento negativo. - Al prestar una atención casi exclusiva al estímulo temido, facilita que el organismo reaccione rápidamente ante él. - Moviliza gran cantidad de energía para ejecutar las respuestas de manera mucho más intensa que en condiciones normales. Si la reacción es excesiva, la eficacia disminuye, según la relación entre activación y rendimiento de Yerkes y Dodson (1908). |
| Experiencia subjetiva | <ul style="list-style-type: none"> - Se trata de una de las emociones más intensas y desagradables. Genera aprensión, desasosiego y malestar. - Preocupación, recelo por la propia seguridad o por la salud. - Sensación de pérdida de control. |
| Expresión conductual | <ul style="list-style-type: none"> - Confrontación (acciones dirigidas hacia la acción como el contraataque, la reacción agresiva, es decir, la ira); distanciamiento (evitaciones, escapes); autocontrol; búsqueda de apoyo social, etcétera. - Objetivo de las conductas: mitigar o aliviar el malestar físico o psicológico generado (evitación, escape) que pueden derivar en conductas no saludables tales como beber, fumar, llevar una mala dieta, etcétera. |

TRISTEZA

Tradicionalmente se la ha considerado como una de las emociones desagradables, aunque no siempre se puede decir que es negativa. Sobre ella existe gran variabilidad cultural, e incluso algunas culturas no poseen palabras para definirla. No obstante, la tristeza-depresión, al igual que cualquier otra emoción, tiene una función filogenética adaptativa para recabar la atención y el cuidado de los demás, constituir un modo de comunicación en situaciones de pérdida o separación, o ser un modo de conservar “energía” para poder hacer frente a ulteriores procesos de adaptación (Whybrow, Akiskal & McKinney, 1984). Desde el punto de vista de la relación entre las emociones negativas y la respuesta de estrés, la experiencia de estado de ánimo triste dependería de la evaluación cognitiva realizada sobre la demanda situacional y los recursos que posee el sujeto para afrontar la situación, que en tal caso sería negativa y con frecuencia predominaría cuando el/los estresor/es se cronifica/n (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983).

Otro hecho bastante común es que la ansiedad suele aparecer asociada al cuadro depresivo. En estos casos los síntomas de tensión suelen interferir en la capacidad de disfrute del sujeto con respecto a las actividades agradables y se intensifican las desagradables. En tal caso, al igual que la ansiedad en su forma clínica, estos sentimientos podrían por su duración, frecuencia e intensidad transformarse en una depresión clínica e interferir en la capacidad adaptativa de la persona que los padece. Todo ello resulta coherente con la idea bastante aceptada en la actualidad de que el estrés tiene un importante papel en la génesis de la depresión (Lewinsohn, Gotlib & Hautzinger, 1997).

En su forma clínica, la depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una sensación de tristeza intensa superior a dos meses. Se produce por diversas causas: acontecimientos de la vida diaria —relacionados con pérdidas o incapacidad para hacerles frente (indefensión)—, cambios químicos en el cerebro, efecto secundario de medicamentos, trastornos físicos o médicos. Los síntomas de la depresión

no son los mismos en todos los individuos. La mayoría de sujetos dejan de tener interés por las actividades cotidianas; sienten fatiga o sensación de lentitud; tienen problemas de concentración, trastornos del sueño, sentimientos de culpa, inutilidad o desesperanza, aumento o pérdida de apetito o de peso, disminución del deseo sexual, ideación suicida, pensamientos negativos sobre sí mismos, etc. (Beck et al., 1983; Ellis & Grieger, 1990).

Por lo tanto, la depresión es el resultado final de la interacción de múltiples factores constitucionales, evolutivos, ambientales e interpersonales, que modifican las pautas de neurotransmisión entre los hemisferios cerebrales y el sistema límbico. En la tabla 2 se muestran las características principales de esta emoción.

IRA

La ira es considerada una emoción negativa por la mayoría de los teóricos de la emoción. Esta emoción puede ser concebida atendiendo a tres tipos de definiciones de la valencia emocional (Lazarus, 1991), es decir, las emociones se pueden entender como positivas o negativas en base a: 1) las condiciones que evocan la emoción, 2) las consecuencias adaptativas de la emoción o 3) la experiencia subjetiva de la emoción. Así, en primer lugar, la ira puede verse como negativa debido a las condiciones que evocan la emoción, ya que suele ser evocada por acontecimientos aversivos. En segundo lugar, la ira se puede calificar como positiva o negativa cuando es entendida desde el punto de vista de sus consecuencias adaptativas, dependiendo del resultado de una situación particular. Finalmente, la ira se podría ver como positiva o negativa en función de la sensación subjetiva o evaluación de la emoción, dependiendo de si un individuo siente placer/gusto o displacer/aversión tras la experiencia subjetiva de ira. Respecto de otras características típicas de la ira, la tabla 3 muestra un resumen.

ASCO

El asco es una de las reacciones emocionales en las que las sensaciones fisiológicas son más

Tabla 2. Características de la tristeza (tomado parcialmente de (Chóliz, 2005)).

| | |
|---------------------------------------|---|
| Instigadores | <ul style="list-style-type: none"> - Separación física o psicológica, pérdida o fracaso; decepción, especialmente si se han desvanecido esperanzas puestas en algo; situaciones de indefensión, ausencia de predicción y control; ausencia de actividades reforzadas y conductas adaptativas; dolor crónico. - Sistema nervioso central: disfunción central de la neurotransmisión (descompensación de las monoaminas neurotransmisoras noradrenalina y serotonina, y posiblemente, también de la acetilcolina y de las endorfinas). - Sistema neuroendocrino (hipotálamo-hipofiso-suprarrenal): actividad fisiológica elevada y sostenida con ligero aumento en frecuencia cardíaca, presión sanguínea y resistencia eléctrica de la piel (perfil bioquímico similar al propio de situaciones de estrés: activación eje hipotalámico-hipofisario-córticosuprarrenal; perturbación de los ritmos circadianos de cortisol, etcétera). |
| Actividad fisiológica | |
| Procesos cognitivos implicados | <ul style="list-style-type: none"> - Valoración de pérdida o daño que no puede ser reparado. - Focalización de la atención en las consecuencias a nivel interno de la situación. - Proceso cognitivo característico de la depresión (triada cognitiva, esquemas depresivos y errores en el procesamiento de la información —teoría de Beck— (Beck et al., 1983). - Teoría de la desesperanza, de Abramson (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978) y teoría de la indefensión aprendida, de Seligman (Seligman y Aguado Aguilar, 1981). |
| Función | <ul style="list-style-type: none"> - Cohesión con otras personas, especialmente con aquéllas que se encuentran en la misma situación. - Disminución en el ritmo de actividad. Valoración de otros aspectos de la vida a los que antes no se les prestaba atención. - Comunicación a los demás de no encontrarse bien; ello puede generar ayuda de otras personas, así como apaciguamiento de reacciones de agresión por parte de los demás, empatía, o comportamientos altruistas. |
| Experiencia subjetiva | <ul style="list-style-type: none"> - Desánimo, melancolía, desaliento; pérdida de energía. |
| Expresión conductual | <ul style="list-style-type: none"> - Reducción generalizada en la frecuencia de las conductas y pérdida de reforzadores positivos contingentes a la conducta. - Pérdida en la efectividad de tales reforzadores (o la incapacidad de hacer frente a una situación —indefensión aprendida—). - Pérdidas/incapacidades debidas a factores ambientales (rupturas de pareja) o intrapersonales (déficit de habilidades sociales). - Evidencia sobre antecedentes de sucesión de eventos vitales estresantes o una historia previa de adversidades y estrés psicosocial. |

Tabla 3. Características de la ira (tomado parcialmente de Chóliz, 2005).

| | |
|--------------------------------|--|
| Instigadores | <ul style="list-style-type: none"> - Estimulación aversiva, tanto física o sensorial, como cognitiva. - Condiciones que generan frustración, interrupción de una conducta motivada, situaciones injustas, o atentados contra valores morales. - Extinción de la operante, especialmente en programas de reforzamiento continuo. - Inmovilidad, restricción física o psicológica. |
| Actividad fisiológica | <ul style="list-style-type: none"> - Elevada actividad neuronal y muscular. - Reactividad cardiovascular intensa (elevación en los índices de frecuencia cardíaca, presión sistólica y diastólica). |
| Procesos cognitivos implicados | <ul style="list-style-type: none"> - Focalización de la atención en los obstáculos externos que impiden la consecución del objetivo o son responsables de la frustración. - Obnubilación, incapacidad o dificultad para la ejecución eficaz de procesos cognitivos. |
| Función | <ul style="list-style-type: none"> - Movilización de energía para las reacciones de autodefensa o de ataque. - Eliminación de los obstáculos que impiden la consecución de los objetivos deseados y generan frustración. Si bien la ira no siempre concluye en agresión, al menos sirve para inhibir las reacciones indeseables de otros sujetos e incluso evitar una situación de confrontación. |
| Experiencia subjetiva | <ul style="list-style-type: none"> - Sensación de energía e impulsividad, necesidad de actuar de forma intensa e inmediata (física o verbalmente) para solucionar de forma activa la situación problemática. - Se experimenta como una experiencia aversiva, desagradable e intensa. Relacionada con impaciencia. |
| Expresión conductual | <ul style="list-style-type: none"> - En general, aproximación al estímulo, objeto o situación. - Tres estilos de expresión de la ira: <ol style="list-style-type: none"> 1. Supresión de la ira (anger-in). Afrontamiento de la situación reprimiendo la expresión verbal o física, aunque persista activación alta. Expresión de la ira (anger-out). Afrontamiento de la situación manifestando conductas airadas verbal o físicamente, hacia otras personas u objetos, aunque sin intención de producir daño. Control de la ira (anger-control). Afrontamiento de la situación canalizando la energía emocional y proyectándola hacia fines constructivos, tales como maximizar la posible resolución positiva del conflicto. |

patentes. La mayoría de las reacciones de asco se generan por condicionamiento interoceptivo. Está relacionado con trastornos del comportamiento, tales como la anorexia y la bulimia, pero puede ser el componente terapéutico principal de los tratamientos basados en condicionamiento aversivo, tales como la técnica de fumar rápido, así como en el tratamiento para reducir las náuseas y vómitos anticipatorios a la quimioterapia (Chóliz, 2005).

Esta reacción emocional suele darse ante estímulos desagradables (químicos, fundamentalmente) que son potencialmente peligrosos o molestos. Suele ser muy proclive a los condicionamientos aversivos, siendo los estímulos condicionados mayoritariamente olfativos o gustativos.

La actividad fisiológica típica de esta emoción suele ser el aumento en la reactividad gastrointestinal y la tensión muscular. No obstante, las dos reacciones fisiológicas más características y distintivas de esta emoción son las sensaciones de náusea y el aumento de la salivación. Por otra parte, a diferencia de emociones como el miedo y la ira, donde predomina la respuesta simpática del sistema nervioso autónomo, en el asco se ha contrastado una mayor predominancia de la respuesta parasimpática (Rozin, Haidt & McCauley, 2000).

Entre las funciones reconocidas se encuentran la generación de respuestas de escape o evitación de situaciones desagradables o potencialmente dañinas para la salud. Aunque los estímulos incondicionados suelen estar relacionados con la ingesta, de manera que la cualidad fundamental es olfativa u olorosa, los estímulos condicionados pueden asociarse a cualquier otra modalidad perceptiva (escenas visuales, sonidos, etc.). Además también parece claro que no se puede restringir la emoción de asco a estímulos relacionados con alimentos en mal estado o potencialmente peligrosos para la salud, ya que esta reacción emocional también se produce ante cualquier otro tipo de estimulación no relacionada con problemas gastrointestinales (Chóliz, 2005; Phillips, Senior, Fahy & David, 1998). Es más, incluso puede producirse reacción de asco ante alimentos nutritivos y en buen estado. Otra de las funciones reconocidas es la de potenciar

hábitos saludables, higiénicos y adaptativos (Chóliz, 2005; Phillips et al., 1998). Por último, tiene un papel motivador fundamental ya que induce conductas que implican la necesidad de evitación o alejamiento del estímulo, siendo características las sensaciones desagradables, tales como la náusea, cuando el estímulo es oloroso o gustativo (Tabla 4).

EMOCIONES NEGATIVAS Y SALUD-ENFERMEDAD

Hasta aquí se ha hablado de las emociones como reacciones básicas adaptativas, pero tanto la ansiedad y la depresión, como la ira y el asco (si bien ninguna de ellas tiene su propia categoría diagnóstica en los manuales psiquiátricos, aun siendo condiciones con claras implicaciones clínicas), pueden evolucionar hacia condiciones clínicas, donde se pierde el carácter adaptativo de éstas y se convierte en un problema que interfiere y genera malestar significativo. Estas formas se corresponderían aproximadamente con los trastornos de ansiedad y afectivos del eje I del DSM IV y de la CIE-10, cuando nos referimos a los trastornos psiquiátricos, así como también a algunos de los factores psicológicos propuestos por las más recientes ediciones del DSM bajo la denominación de “Factores psicológicos que afectan a la condición médica” (American Psychiatric Association, 2000) o con la categoría “Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificadas en otro lugar” en el CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992), cuando nos referimos a las manifestaciones emocionales desadaptativas asociadas a las enfermedades físicas.

En resumen, siguiendo a Cano-Vindel y Miguel-Tobal podemos afirmar que las emociones influyen sobre la salud-enfermedad a través de su relación con diversos sistemas fisiológicos que forman el proceso “salud-enfermedad”, en especial cuando se convierten en trastornos clínicos, así como por medio de sus propiedades motivacionales para modificar las conductas “saludables” (ejercicio físico moderado, dieta equilibrada, descanso, ocio, etc.) y “no saludables” (abuso de alcohol, tabaco, sedentarismo) (Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 2001). Pero no sólo la ansie-

Tabla 4. Características del asco (tomado parcialmente de Chóliz, 2005).

| | |
|---------------------------------------|--|
| Instigadores | <ul style="list-style-type: none"> - Estímulos desagradables (químicos, fundamentalmente), potencialmente peligrosos o molestos. - EC condicionados aversivamente. Los estímulos incondicionados, El, suelen ser olfativos o gustativos. |
| Actividad fisiológica | <ul style="list-style-type: none"> - Aumento en reactividad gastrointestinal. - Tensión muscular - Náusea e incremento de la salivación. - Mayor predominancia de la división parasimpática del sistema nervioso autónomo frente a otras emociones como el miedo y la ira. |
| Procesos cognitivos implicados | <ul style="list-style-type: none"> - Experiencia subjetiva de repulsa, de corta duración. - Puede provocar reacciones de humor en determinados contextos que eliciten sensaciones de asco. |
| Función | <ul style="list-style-type: none"> - Generación de respuestas de escape o evitación de situaciones desagradables o potencialmente dañinas para la salud. Los estímulos suelen estar relacionados con la ingesta, de forma que la cualidad fundamental es olfativa u olorosa, si bien los EC pueden asociarse a cualquier otra modalidad perceptiva (escenas visuales, sonidos, etcétera). - A pesar de que algunos autores restringen la emoción de asco a estímulos relacionados con alimentos en mal estado o potencialmente peligrosos para la salud, lo cierto es que esta reacción emocional también se produce ante cualquier otro tipo de estimulación que no tenga por qué estar relacionada con problemas gastrointestinales. Incluso puede producirse reacción de asco ante alimentos nutritivos y en buen estado. - Potenciar hábitos saludables, higiénicos y adaptativos |
| Experiencia subjetiva | <ul style="list-style-type: none"> - Necesidad de evitación o alejamiento del estímulo. Si el estímulo es oloroso o gustativo aparecen sensaciones gastrointestinales desagradables, tales como náuseas. |
| Expresión conductual | <ul style="list-style-type: none"> - Expresión facial: retracción del labio superior de la boca y arrugamiento de la nariz. - Distanciamiento del objeto, evento o situación. - Rechazo. |

dad, la depresión, la “ira patológica” o el “asco patológico” pueden afectar adversamente a una condición médica, sino que la evidencia empírica nos muestra que, ya sea de forma específica o asociadas a enfermedades físicas, existe una alta prevalencia de problemas de ansiedad, depresión e ira que evidentemente han de ser tenidos en cuenta (Martín, 2005). Por ejemplo, un estudio de la Asociación Psiquiátrica de América Latina indicó que la prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población con enfermedades médicas crónicas varía entre el 10.4% y el 59.8%, siendo la prevalencia media del 27.2% (Florenzano et al., 2006).

En primer lugar, atenderemos a la relación entre emociones negativas y salud mental, para posteriormente abordar la relación de las primeras con la salud física, aunque somos conscientes de que esta diferenciación obedece a un intento por facilitar las descripciones más que a una separación real entre los aspectos de salud mental y física.

EMOCIONES NEGATIVAS Y SALUD MENTAL

Ansiedad

Cuando la frecuencia, intensidad o duración de la ansiedad como respuesta emocional es excesiva puede dar lugar a la aparición de afectaciones a la calidad de vida. En estos casos hablamos de ansiedad patológica o de un trastorno de ansiedad.

La presencia de fuertes reacciones o estados de ansiedad no solamente va a estar en la base de los denominados trastornos de ansiedad, sino también asociada frecuentemente a la depresión y en general a los trastornos considerados tradicionalmente como neuróticos, a buena parte de los psicóticos y a una amplia variedad de los psicofisiológicos (American Psychiatric Association, 2000). Como puede observarse por esta amplia gama de problemas relacionados con la ansiedad, podríamos afirmar que ésta va a ser un elemento central en psicopatología y en buena parte de otros problemas relacionados con la salud, dando lugar a un considerable costo emocional y económico para cualquier sistema sanitario.

Los trastornos de ansiedad presentan la mayor prevalencia entre los trastornos mentales; concretamente, un 16.4% de la población estadounidense sufre algún trastorno de ansiedad al cabo de un año (Barlow, 2002). La cronicidad de su curso se halla por delante de la de los trastornos del estado de ánimo y de las adicciones. Por lo que se refiere a España, la cifra de personas que en el último año han tenido algún trastorno de ansiedad asciende a 2 millones 400 mil personas (5.9%) (Cano-Vindel, 2004).

Para una revisión de los trastornos de ansiedad recomendamos al lector acudir al DSM-IV-tr (American Psychiatric Association, 2000) o al CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992). No obstante, al margen de las categorías diagnósticas incluidas en estos manuales, la ansiedad como síntoma aparece relacionada con la mayoría de trastornos afectivos, psicóticos, etcétera.

Depresión

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 (C. Vázquez, 1990). El estado de ánimo puede entenderse como la tendencia básica del ser humano para aportar a los estados psíquicos un tono agradable o desagradable (Villagrán, 1996), o como el estado emocional subjetivo del individuo (Friedman & Thase, 1995). Evidentemente, en la depresión el estado de ánimo estaría asociado al polo desagradable, la tendencia a la negatividad. La depresión, por tanto, debe entenderse como un trastorno del estado de ánimo que se manifiesta mediante un conjunto de síntomas característicos. Una de las características principales es el descenso del estado de ánimo, aunque el estado de ánimo deprimido no debe ser el único criterio a tener en cuenta para diagnosticar depresión. “Esta distinción es muy importante porque la depresión-síntoma está presente en la mayor parte de los cuadros psicopatológicos” (C. Vázquez, 1990, p. 902).

La depresión como trastorno clínico es descrita comúnmente por las sensaciones de tris-

teza, desesperanza, vacío y pérdida de interés y placer en actividades cotidianas durante más de dos semanas (American Psychiatric Association, 2000).

Ira

La ira es un estado de malestar que puede ir desde una intensidad equivalente a la irritación suave, hasta la denominada cólera intensa. Se da en respuesta a un mal percibido que amenaza el bienestar de uno mismo o de los seres significativos o con los que el individuo se identifica. No obstante, existe un gran acuerdo acerca de la variabilidad intra e interindividual en el nivel de intensidad emocional y activación fisiológica que se experimenta al enfadarse (Nicholson, Houle, Rhudy & Norton, 2007).

La ira está ampliamente reconocida como problema de salud mental significativo. A diferencia de lo que ocurre con la ansiedad y la depresión, la ira persistente todavía no está reconocida como una categoría diagnóstica en ninguna clasificación psiquiátrica oficial (véase DSM-IV-tr, 2000 o CIE-10, 1992). Además, la ira persistente tiene ramificaciones psicológicas, conductuales e incluso médicas significativas, ya que causa sufrimiento emocional significativo tanto en la persona que experimenta la emoción como en las personas implicadas. También puede representar un peligro desde el punto de vista de la seguridad pública, ya que puede conducir a la violencia doméstica u otras formas de violencia (Norlander & Eckhardt, 2005).

Finalmente, la ira a menudo es un componente de otros trastornos emocionales, como los de ansiedad y los afectivos. Es más, en muchas ocasiones el tratamiento exitoso de estas condiciones reduce o mejora el control de la ira persistente (Suls & Bunde, 2005). Desafortunadamente, como fenómeno clínico la ira persistente no es tan bien conocida como otros constructos psiquiátricos. La ausencia de una categoría diagnóstica oficial en el eje I para un “trastorno de ira” por sí mismo ha obstaculizado el progreso en esta área, haciendo difícil llegar a estimaciones fiables sobre los índices de prevalencia de este problema. La evidencia empírica disponible,

aunque limitada, sugiere que es legítima la existencia de un trastorno de ira por sí mismo, sin la necesidad de otros diagnósticos psiquiátricos asociados, y que los problemas de ira están frecuentemente asociados con otros trastornos del comportamiento, o sociales como dificultades en la escuela o en el trabajo, uso de alcohol y otras drogas, dificultades financieras, afugias legales y baja autoestima (Gorenstein, Tager, Shapiro, Monk & Sloan, 2007). Igualmente, la evidencia indica que la ira se puede asociar también a trastornos psiquiátricos específicos (Suls & Bunde, 2005). Los estudios psiquiátricos de comorbilidad encuentran cierta confusión entre trastornos de ansiedad, conflictos depresivos y problemas de ira: un paciente que experimenta cualquiera de estas alteraciones corre el riesgo aumentado de experimentar los otros (Gorenstein et al., 2007). En resumen, aunque la ira persistente no está reconocida en el DSM-IV-tr como un trastorno psiquiátrico, es indudablemente un problema clínico significativo. La ira persistente causa malestar emocional, se confunde con la ansiedad y la depresión, puede conducir a la violencia y es un factor de riesgo para diversos trastornos médicos como la enfermedad cardíaca (Krantz et al., 2006). Pero este último aspecto lo veremos en un apartado posterior.

Asco

Como ya se dijo, el asco no ha sido estudiado con la dedicación que han tenido la ansiedad, la tristeza o la ira. Sin embargo, ya existe un corpus científico en relación con las asociaciones entre esta emoción y los trastornos mentales.

Los primeros trabajos señalaron la existencia de vínculos entre el asco y la psicopatología general, especialmente con la ansiedad. Varios estudios de revisión (Cisler, Olatunji & Lohr, 2009; Rozin et al., 2000) han sintetizado los estudios que demuestran relaciones significativas entre ambos aspectos. Así, algunos estudios sobre diferencias individuales en sensibilidad al asco hallaron que éste era mayor en pacientes psiquiátricos que en la población general, así como que se relacionaba con puntuaciones mayores en varias medidas de psicopatología

(incluyendo neuroticismo y obsesividad). Otros estudios han informado que entre los universitarios la escala de asco de Haidt (Haidt, McCauley & Rozin, 1994) estaba positivamente correlacionada con la personalidad tipo obsesivo-compulsiva y con la personalidad tipo dependiente. También se han hallado relaciones conceptuales entre las obsesiones y compulsiones de limpieza y la sensibilidad al asco y al contagio. Otras investigaciones recientes indican que hay un déficit en la detección de expresiones faciales de asco entre los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo. Por su parte, se ha hallado que las fobias hacia animales depredadores (tiburones o leones) provocan miedo, mientras que las asociadas con animales que no amenazan con un daño físico significativo (ratones, arañas, serpientes, cucarachas, gusanos, etc.) están motivadas fundamentalmente por el asco. También se ha encontrado un nexo entre el asco y las fobias a la sangre/inyecciones/heridas, así como entre el asco y la depresión y entre el asco y los trastornos de la alimentación (Cisler et al., 2009; Rozin et al., 2000).

En resumen, en los últimos años la investigación sobre los trastornos de ansiedad se ha centrado cada vez más en el papel potencial del asco como variable explicativa en los modelos de ansiedad (Cisler et al., 2009; Tolin, Woods & Abramowitz, 2006). La función evolutiva que se presume es la de prevenir la contaminación y la enfermedad (Izard, 1993), por lo que los modelos de trastornos de ansiedad se han desarrollado alrededor de esta función. En ese sentido, según Tolin et al. (2006), la evitación de la enfermedad parece estar implicada en las fobias específicas a animales pequeños y a la sangre, las inyecciones y las heridas. Además, el asco, como muchas otras emociones, puede ser conceptualizado como estado y como rasgo. La exposición a los estímulos fóbicos puede evocar sensaciones de asco (Sawchuk, Lohr, Tolin, Lee & Kleinknecht, 2000; Sawchuk, Lohr, Westendorf, Meunier & Tolin, 2002); los individuos con fobias también demuestran un predisposición general al asco (llamada sensibilidad al asco) (Sawchuk et al., 2000), la cual puede servir como factor subyacente de la vulne-

rabilidad en el desarrollo o el mantenimiento de las aversiones fóbicas (Tolin et al., 2006).

Para finalizar, una hipótesis a desarrollar es que así como en el miedo la conducta de evitación o el escape representan la adaptabilidad del individuo a una situación concreta, el asco podría ser considerado como una variante, el sujeto no huiría del peligro sino que el asco en este caso actuaría como un revulsivo para expulsar o alejar el peligro del organismo.

EMOCIONES NEGATIVAS Y SALUD FÍSICA

En la actualidad existe consenso acerca de que los factores psicológicos pueden desempeñar un papel esencial en la historia natural de las enfermedades médicas. Factores como las conductas relacionadas con la salud, nuestros estados psicológicos o emocionales, las características personales y los modos de afrontamiento, han demostrado ser de especial relevancia en este sentido (Oblitas, 2004). Esta afirmación es coherente con la evidencia científica actual que indica que cualquier trastorno denominado físico u orgánico suele implicar igualmente, y a distintos niveles, alteraciones psicológicas, y viceversa (Oblitas & Becoña, 2000). Entre estos factores psicológicos se encuentran el miedo, la tristeza y la ira como reacciones emocionales negativas, y sus diferentes formas clínicas: la ansiedad, la depresión y la ira persistente.

En tal sentido, tradicionalmente las teorías del estrés psicosocial se han centrado más en las emociones negativas como la ira, el temor, la ansiedad, la vergüenza, la culpabilidad, la tristeza, la envidia, los celos y el asco, que en las positivas. Hoy en día hay datos suficientes para afirmar que las emociones negativas tienen un efecto negativo sobre la salud (Kiecolt-Glaser, 2009; Sandín, 2002; Sirois & Burg, 2003). Así, algunos autores afirman que las emociones positivas potencian la salud, mientras que las emociones negativas tienden a disminuirla (Fernández-Abascal & Palmero, 1999). Por ejemplo, en periodos de estrés en los que tenemos que responder a unas altas demandas ambientales, desarrollamos reacciones emocionales negativas, y cuando nos encontramos bajo la influencia de estos estados

emocionales negativos es más probable desarrollar enfermedades relacionadas con el sistema inmune, o adquirir determinados hábitos poco saludables, que a la larga pueden minar la salud (Becoña, Vázquez & Oblitas, 2004; Ramos et al., 2006). En cambio, las emociones positivas, como la alegría, ayudan a mantener, e incluso recuperar, la salud (Nezu, Nezu & Blissett, 1988).

Las emociones negativas que más se han estudiado en cuanto a sus relaciones con trastornos de salud son la ansiedad, la depresión y la ira. Una de las reacciones emocionales más investigada es sin duda la de la ansiedad, como estado emocional asociado a múltiples trastornos, especialmente los psicofisiológicos. Otra emoción negativa bastante estudiada es la ira, por su relación con los trastornos cardiovasculares (Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel & Spielberger, 1997). La tristeza-depresión, como emoción básica, se considera que es precursora de la depresión como patología, la cual cursa por lo general con altos niveles de ansiedad. Por último, el asco es una emoción muy poco estudiada en este sentido, pero ya existen algunas evidencias de su implicación en los procesos salud-enfermedad (Cisler et al., 2009).

Estamos preparados para desarrollar reacciones emocionales intensas, e incluso para repetir las cuando sea necesario, sin que ello suponga un problema, pero a mediano plazo se pueden agotar nuestros recursos físicos, comportamentales, sociales o materiales, o alterarse algunas funciones asociadas a las reacciones emocionales, o en definitiva surgir algún problema asociado a las emociones. Lejos de la opinión mantenida por la investigación psicosomática en sus inicios respecto del 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 diversos factores causales como la explicación etiológica más plausible (American Psychological Association, 2009; Joseph, Gierlach, Housley & Beutler, 2005; Suls & Rothman, 2004). Esta multicausalidad, centrada en considerar simultáneamente las factores genéticos, ambientales, psicofisiológicos, y princi-

palmente 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 (Kop et al., 2002).

Se han hipotetizado diversas vías para explicar las interrelaciones de los factores emocionales en el proceso de salud-enfermedad (Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 2001):

1. Las reacciones desadaptativas de ansiedad, de tristeza-depresión y de ira que alcanzan niveles demasiado intensos o frecuentes, cuando se mantienen en el tiempo, tienden a producir cambios en la conducta, de manera que se incrementa la probabilidad de que el sujeto adopte conductas perjudiciales para la salud (como las adicciones) y de que olvide los hábitos saludables (ejercicio físico, etc.). Por ejemplo, existe una relación positiva entre ansiedad y consumo de tabaco, así como entre tabaquismo y cáncer. En definitiva, estos estados y necesidades emocionales concretos pueden desempeñar un papel primordial en las prácticas de salud, como por ejemplo, el malestar emocional no ayuda a que la gente se implique en la realización de hábitos que favorezcan su salud tales como el no fumar, hacer ejercicio, desayunar, etc. (Leventhal, Prochaska & Hirschman, 1985).
2. Estas reacciones emocionales mantienen niveles de activación fisiológica intensos que podrían deteriorar nuestra salud si se cronifican. Las disfunciones fisiológicas consecuentes serían arritmias, aumento crónico de la presión arterial, dispepsias, dermatitis, dolor muscular, etc. Así, los pacientes con arritmias, hipertensión esencial, cefaleas crónicas, o diversos tipos de dermatitis, presentan niveles más altos de ansiedad, ira y activación fisiológica que la población general. En el nivel fisiológico, la evaluación de respuestas del organismo (como la tasa cardiaca) y el estudio de su relación con variables psicológicas ha dado lugar a una disciplina llamada psicofisiología, que arranca desde finales del siglo XIX. A su vez, el estudio de la patología de los sistemas fisiológicos que se activan en la emoción se inicia en los años cincuenta. Se

supone que los trastornos psicósomáticos o psicofisiológicos (como algunos dolores de cabeza o de espalda, ciertas arritmias, los tipos de hipertensión arterial más frecuentes, algunas molestias gástricas, etc.) podrían estar producidos por un exceso en la intensidad y frecuencia de la activación de las respuestas fisiológicas del sistema que sufre la lesión o disfunción (cardiovascular, respiratorio, etc.). Se trataría de una disfunción de un sistema orgánico que está trabajando en exceso y mantiene esta actividad demasiado tiempo. A su vez, el trastorno produce más ansiedad y, por lo tanto, aumento de la actividad de ese sistema, elevando así la probabilidad de desarrollar y mantener un mayor grado de disfunción orgánica.

3. Esta alta activación fisiológica puede estar asociada a un cierto grado de inmunodepresión, lo que nos vuelve más vulnerables al desarrollo de enfermedades infecciosas o de tipo inmunológico, o bien la supresión o control de estas emociones puede acarrear altos niveles de activación fisiológica y un cierto grado de inmunosupresión.

En resumen, el sufrimiento de estados emocionales negativos persistentes puede afectar al funcionamiento del sistema inmunológico, del sistema endocrino-metabólico y, en general, de todas las funciones fisiológicas (Martín, 2005; Ramos et al., 2006).

A continuación señalaremos los trastornos sobre los que existe una mayor evidencia de influencia de las emociones negativas. Como se observará, la práctica totalidad de sistemas orgánicos aparecen relacionados con factores psicológicos que juegan un papel importante en el inicio, desarrollo y mantenimiento de enfermedades.

Cáncer

Los enfermos oncológicos sufren reacciones psicológicas negativas ante la enfermedad de cáncer, tales como ansiedad, depresión, ira e incluso asco "patológico". Así, el impacto del diagnóstico producirá variadas reacciones psicológicas en el paciente en función de cómo es percibido. Por ejemplo, si para el afectado

el diagnóstico significa amenaza para la propia vida, reaccionará con ansiedad; si representa pérdida de control sobre sí, experimentará depresión; y si lo percibe como una agresión y una injusticia, reaccionará con rabia. Además, los tratamientos mediante agentes quimioterapéuticos producen náuseas y vómitos no sólo por afectación neurológica sino también horas antes del tratamiento o ante situaciones, objetos o lugares que les recuerdan la situación, todo lo cual tiene bastante que ver con las sensaciones de asco. Se trata de un condicionamiento clásico a los efectos asociados al tratamiento químico que el enfermo generaliza. A medida que se acerca el día del tratamiento o recibe ciertos estímulos (situacionales, visuales, olfatorios, etc.) se desencadenan estas conductas de manera irresistible. Su prevalencia oscila, según los estudios, entre el 18%-65% (Aapro, Kirchner & Terrey, 1994; Roscoe, Morrow, Hickok & Stern, 2000). En el 65% de los enfermos las náuseas y vómitos anticipatorios persisten a los seis meses. Pero también la relación entre el asco y el cáncer ha sido investigada en otros dos sentidos. Por una parte, se ha postulado el papel del asco en el diagnóstico precoz del cáncer de páncreas y del cáncer de pulmón (Gullo, Tomassetti, Migliori, Casadei & Marrano, 2001). Por otra parte, se ha investigado hasta qué punto el origen de la fobia a la sangre/inyecciones, que tiene claros vínculos con el asco, se explica por la experiencia traumática con la quimioterapia o bien con otras variables (Carey & Harris, 2005).

Estas manifestaciones psicológicas se encuentran asociadas a la gravedad de la neoplasia e influyen claramente en la respuesta a la enfermedad y en las expectativas de vida (Alonso, 2006). Así, existen varias hipótesis que intentan explicar la influencia de los factores psicológicos en el comienzo y la progresión del cáncer, que van desde su influencia en la función inmunitaria, pasando por su influjo 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 (Miralles, Otin & Rojo, 2003).

Por ejemplo, se ha estudiado el grado de

expresividad/represión emocional del enfermo oncológico, así como el posible efecto de estas variables sobre su pronóstico. En este sentido, se ha descrito el patrón conductual tipo C (en contraste con el tipo A descrito en cardiología) que caracteriza al paciente cooperador y no autoritario, que suprime sus emociones negativas, particularmente la ira, y que acepta y sigue las instrucciones de las autoridades externas. Sin embargo, no se han obtenido resultados homogéneos, ya que tal como ha sido descrito hasta el momento, el patrón de conducta tipo C corresponde más a un estilo de afrontamiento posible no sólo en pacientes con cáncer sino en enfermos crónicos, y no parece relacionarse directamente con depresión (Torres, 2006; Vinaccia, 2003). En el momento actual debemos concluir que si las situaciones estresantes u otros factores psicológicos ejercen un efecto sobre la incidencia del cáncer, este efecto es de escasa cuantía y sólo en algunos tipos de él. Por ejemplo, una de las últimas revisiones sobre la relación del cáncer con la afectividad negativa y la ira indica que el estilo de ira controlada y el afecto negativo no están asociados con el cáncer de mama, el melanoma o el riesgo global de cáncer, pero sí es un factor de riesgo menor en el desarrollo del cáncer de próstata, colon-rectal y de pulmón. Por tanto, la asociación difiere en función del tipo de cáncer (White et al., 2007).

Estudios psiconeuroinmunológicos han analizado la influencia del estrés, la ansiedad y la depresión como factores de riesgo etiológicos en el crecimiento de la neoplasia, no existiendo en la actualidad consenso acerca de su papel de variable desencadenante pero sí como variable moderadora que influye en la velocidad del proceso cancerígeno (Amigo et al., 2003, p. 200; Glaser, 2005; Kiecolt-Glaser, 2009).

También la relación específica entre depresión y cáncer se ha estudiado desde varias perspectivas. Aunque no se ha demostrado una asociación clara entre los factores psicológicos y el comienzo, exacerbación o la evolución de la enfermedad neoplásica, estudios más recientes con mayor solidez metodológica han sugerido que la progresión del cáncer, y no su inicio,

puede verse influida en mayor medida por factores psicosociales (Miralles et al., 2003). Además, desde la psiconeuroinmunología se señala que cada vez hay más evidencias sobre la influencia de los eventos estresantes y las emociones negativas en el sistema inmunológico, y a través de éste, en dicha enfermedad (Kiecolt-Glaser, 2009). Para una revisión con mayor profundidad recomendamos al lector acudir a Rivero, Ramos, García-López & Piqueras (2006) y Kiecolt-Glaser (2009).

Infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

Los pacientes infectados por el VIH también presentan sintomatología ansiosa, como la excesiva preocupación, el miedo y la obsesión por ser portador del VIH o de presentar alguna de las llamadas enfermedades oportunistas, como el sida. La persona seropositiva está sometida a numerosos estresores que pueden ocasionar trastornos de adaptación, de ansiedad y depresión, entre otros. Los síntomas más predominantes son la ansiedad generalizada, la hipocondría, los comportamientos obsesivos, los pensamientos depresivos, la culpabilidad y el autocastigo (Tulldrá, Izquierdo, Fumaz & Ferrer, 2003). Las pruebas para detectar el vih son un importante estresor. Se ha descrito una prevalencia alta de ansiedad y depresión en pacientes en periodos anteriores a la realización de las pruebas, y descenso de dichos síntomas tras efectuarlas. Así, el 25% de los pacientes diagnosticados como "seropositivos" desarrollan tras las pruebas trastornos de adaptación y trastornos mixtos ansioso-depresivos, además de existir en ellos un riesgo de suicidio 36 veces superior al de la población no infectada (Marzuk et al., 1988). Por su parte, Teva, Bermúdez, Hernández y Buena-Casal (2005) hallaron niveles de depresión, ansiedad e ira no expresada en pacientes con vih, así como su asociación con los niveles de carga viral, grado de lipodistrofia y el estadio de infección.

Por último, la asociación entre emociones negativas y vih-positivo ha sido también abordada al analizar la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales en la mejora de la salud mental y el funcionamiento inmunológico. Así,

las intervenciones centradas en mejorar la sintomatología depresiva, ansiosa; de ira, estrés, y el conteo de células cd4, han mostrado mejoras significativas en depresión, ansiedad, ira y estrés, si bien la evidencia es limitada para los efectos en el conteo de células cd4 (Crepaz et al., 2008).

Trastornos cardiovasculares

Varios estudios han mostrado que la depresión es un factor de riesgo significativo de enfermedad coronaria, infarto de miocardio y mortalidad cardíaca, así como también la ansiedad y el estrés (Fernández, 2003, pp. 100-101).

También existe evidencia sobre la alta prevalencia de los trastornos psiquiátricos comórbidos con la enfermedad cardiovascular, concretamente con el episodio depresivo mayor (29%), trastorno distímico (15%), trastorno depresivo mayor recurrente (31%), trastorno de estrés postraumático (29%) y trastorno de ansiedad generalizada (24%) (Bankier, Januzzi & Littman, 2004).

Otro grupo de investigaciones han estudiado la asociación entre depresión y ansiedad con el pronóstico de pacientes cardíacos. Por lo tanto, la depresión se ha relacionado con una peor evolución de los pacientes coronarios, ya que predispone a nuevos infartos y a la aparición de trastornos del ritmo cardíaco (Carinci et al., 1997). Respecto a la ansiedad, no sólo el trastorno de ansiedad generalizada, sino también los trastornos fóbicos, se han asociado al aumento de riesgo cardíaco en diversas poblaciones. En resumen, algunas investigaciones han encontrado que la depresión está asociada con alta mortalidad, en tanto que la ansiedad se asocia con baja mortalidad (Herrmann, Brand-Driehorst, Buss & Ruger, 2000), si bien no se ha documentado una relación causal directa (Lespérance & Frasure-Smith, 2000).

Otro de los factores asociados a los trastornos cardiovasculares relacionados con la "afectividad negativa" ha sido el complejo hostilidad-ira-agresión, o síndrome ira-hostilidad-agresión (ahi). Este síndrome ha recibido atención tanto como componente del patrón de conducta tipo A como de forma aislada, siendo el que más se ha relacionado con la enfermedad cardiovascular, en es-

pecial el componente de hostilidad. El complejo o síndrome ahí está conformado por la ira, que es el componente emocional; la hostilidad, que hace referencia al componente cognitivo; y la agresividad, atinente al aspecto conductual (Fernández-Abascal, Marín & Domínguez, 2003).

Aunque el grado que alguien necesita para enojarse puede influir en el curso y el resultado de las enfermedades, la manera como se expresa/maneja la ira tiene un impacto mucho mayor en el curso de la enfermedad y en el impacto. Al considerar cómo se manifiesta la ira, los investigadores han identificado tres estilos: supresión, expresión y control (anger-in, anger-out y anger-control). Anger-in es cuando la persona suele afrontar la situación reprimiendo la expresión verbal o física pero experimenta activación interna elevada, mientras que anger-out implica manifestaciones de conducta airadas, verbales o físicas, hacia otras personas u objetos, pero sin intención de producir daño. Por último, el control de la ira (Anger-Control) es un estilo que se caracteriza porque la persona intenta canalizar su energía emocional proyectándola hacia fines más constructivos, para llegar a una resolución positiva del conflicto (Spielberger, Reheiser & Sydeman, 1995). Ser capaz de expresar ira parece disminuir su impacto negativo en las funciones física y emocional. En cualquier caso, expresar ira puede tener consecuencias negativas como ser "socialmente inaceptable", crear conflictos y activar consecuencias negativas percibidas. Por lo tanto, el estilo de control de la ira parece el más adecuado. En este sentido, Krantz et al. hallaron que la relación entre factores psicosociales como la ira y la hostilidad, los síntomas cardíacos y la enfermedad arterial coronaria (eac), probada angiográficamente en mujeres, consistía exactamente en que la alta expresión de la ira se asociaba a la presencia de eac, mientras que los rasgos de ira/hostilidad estaban asociados a un incremento de síntomas, sobre todo dolor torácico no asociado a angina en mujeres sin eac (Krantz et al., 2006).

Mención aparte merece la hipertensión arterial primaria (hta) o esencial, por ser un factor de riesgo cardiovascular donde la ansiedad juega un papel importante. Es una alteración con etiología multicausal en la que uno o varios factores

de riesgo están presentes para provocar una elevación de la presión arterial, siendo esos factores de riesgo principalmente conductuales. La Organización Mundial de la Salud ha reconocido el relevante papel que puede jugar el estrés en la hta, aunque también acepta la dificultad de cuantificar esa influencia en el desarrollo de esta enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 1986). Entre los factores psicológicos que muestran mayor evidencia de correlación con la hipertensión se destacan la ansiedad y la ira 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. (Amigo et al., 2003). Un perfil de sujeto hipertenso se caracteriza por su 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 proporción, ante las situaciones interpersonales. En ese sentido, estudios recientes han evidenciado altos niveles de control de la ira y presencia de mecanismos de supresión de dicha emoción en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (Gaviria et al., 2009), así como altos niveles de ansiedad y depresión entre estos pacientes, que se caracterizaron como factores de riesgo posibles de hipertensión (Han et al., 2008).

Trastornos dermatológicos

Desde el punto de vista fisiológico, la piel es uno de los órganos más sensibles a las emociones. Probablemente sea responsable de ello 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 o cutáneos han sido considerados tradicionalmente como pertenecientes a la psicósomática, pues se conoce que pueden ser precipitados o exacerbados por el estado emocional de la persona. Respecto

de diversos trastornos cutáneos como la psoriasis, la dermatitis atópica, la urticaria, la alopecia areata, etc., se mantiene que existen muchos factores que pueden actuar como desencadenantes de los brotes o desempeñan un importante papel como factor mantenedor de éstos (Panconesi, 2000). Entre otros se hallan el estrés y alteraciones emocionales como la ansiedad o la depresión, que pueden tanto causarlos como exacerbarlos. También el acné se ha relacionado con el estrés emocional, pues es exacerbado mediante la liberación de hormonas como los glucocorticoides y andrógenos a consecuencia de la respuesta emocional a los estresores (Miralles et al., 2003).

Por otra parte, diversos estudios han sugerido que los trastornos dermatológicos presentan alta comorbilidad con los 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, sólo una pequeña proporción de personas desarrolla trastornos psíquicos serios como fobia social, ansiedad generalizada o depresión mayor (Folks & Kinney, 1992).

Trastornos endocrinos

Investigaciones recientes apoyan la existencia de una relación entre eventos vitales estresantes y el comienzo diabético. Debido a que estos estudios se han realizado con pequeñas poblaciones, deben interpretarse sus resultados con prudencia; sugieren que algunas personas son más vulnerables que otras a los efectos del estrés. El estrés crónico en una persona predispuesta a padecer diabetes (obesa y edad avanzada) puede constituir un elemento coadyuvante para desarrollar la enfermedad (Surwit et al., 2002). Así, los factores estresantes pueden precipitar su inicio menoscabando la regulación del metabolismo de los hidratos de carbono en el paciente, tanto asintóticamente como produciendo hiperglucemias en la fase de estado.

Otros estudios han señalado que la presencia de síntomas depresivos incrementa el riesgo de desarrollar diabetes en un 22% (Arroyo et al.,

2004), mientras que otros más, como el de Kessing, Nilsson, Siersma y Andersen, no hallan esta relación, con lo cual tampoco se puede concluir categóricamente al respecto (Kessing, Nilsson, Siersma & Andersen, 2004).

Por último, algunos autores han señalado que los diabéticos presentan una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en contraste con la población no diabética (Peyrot & Rubin, 1997).

En resumen, junto con otros factores, parece existir un componente psicógeno que influye en la evolución de la enfermedad al condicionar la forma de adaptarse a los estresores sociales (el primero de los cuales es el propio diagnóstico de la diabetes). En este componente psicógeno confluyen variadas circunstancias, como son las primeras experiencias en relación con la diabetes, la respuesta de la familia de origen ante el diagnóstico, los rasgos de personalidad (neuroticismo, dramatismo, dependencia), el soporte sociofamiliar, el inicio temprano del proceso, las hospitalizaciones desde la adolescencia, las consecuencias familiares de la enfermedad, la responsabilidad que comporta la intervención activa del enfermo en su tratamiento y control, la certeza de cronicidad y de posibles complicaciones graves, y la dificultad para mantener un control dietético (Surwit et al., 2002).

Trastornos gastrointestinales

La función principal del sistema gastrointestinal es la de acomodar y guardar los alimentos ingeridos para, a continuación, molerlos, triturarlos y, finalmente, liberarlos de una manera coordinada a la luz intestinal. Dado que la principal actividad del estómago es el vaciado gástrico, los problemas motores que se han relacionado con este fenómeno se pueden dar en cualquier parte del aparato digestivo, tanto en el esófago, como en el estómago o los intestinos. Por ello, vamos a describir qué papel juegan la ansiedad y la depresión en el funcionamiento de cualquiera de estos órganos.

En cuanto al esófago, algunos trabajos destacan una mayor comorbilidad entre trastornos afectivos, trastornos de ansiedad y trastornos de

la motilidad esofágica (Handa et al., 1999). También existen datos a favor de que un trastorno psíquico ansioso o depresivo puede iniciar otro esofágico, y a su vez, la anormalidad en la motilidad del tracto incrementar la ansiedad.

En cuanto al funcionamiento del estómago, el estrés y los factores emocionales son considerados factores de riesgo en algunas enfermedades de la motricidad gástrica. Según Overmier (2000), varios estudios han descrito la existencia de pacientes con manifestaciones típicas de gastroparesia o retraso de vaciado gástrico en los cuales no se hallaba causa orgánica identificable. Se trataría de personas jóvenes, en quienes los factores psicológicos desempeñan un papel fundamental, por ejemplo, en las pacientes con anorexia nerviosa o en aquellos sometidos a situaciones de estrés. Determinadas condiciones clínicas, como la infección por *Helicobacter pylori*, la dispepsia funcional no ulcerosa o el síndrome del colon irritable, se han asociado en este grupo de pacientes con manifestaciones clínicas de gastroparesia (Overmier, 2000).

Respecto a la úlcera péptica, la teoría fisiopatológica más conocida es la de 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 del *Helicobacter pylori* y la evidencia de personas hiperestresadas sin lesión, así como la presencia de úlceras en personas sin psicopatología significativa, han obligado a replantear la cuestión. Aun así, la revisión de Overmier y Murison indica que el estrés es un factor de riesgo independiente para el desarrollo y la recurrencia de la enfermedad ulcerosa (Overmier, 2000). Concretamente, periodos transitorios de estrés se asocian a una mayor probabilidad de desarrollar úlceras de estómago en periodos de estrés prolongados. En la actualidad, aunque existe controversia acerca del papel de los factores psicológicos, lo que sí parece claro es que la úlcera péptica debe ser considerada como un problema de salud de tipo biopsicosocial y a partir de ahí abrir un nuevo campo de estudio para esclarecer la relación entre los factores implicados (Tobón, Sandín & Vinaccia,

2005).

También se llegó a describir una personalidad “ulcerosa”, la de la persona con necesidades intensas de dependencia y deseos íntimos de ser cuidada y protegida, pero la evidencia actual rechaza este tipo de personalidad. En cambio, parece existir acuerdo en cuanto a que determinados factores psíquicos, independientes de la “personalidad ulcerosa”, podrían influir tanto sobre estas conductas de riesgo como en la percepción y valoración de los síntomas ulcerosos por el paciente. Nos referimos a los hábitos de consumo (tabaco, alcohol, etc.), factores emocionales (personalidad con hostilidad, ansiedad) y antecedentes familiares (Miralles et al., 2003).

Otros trabajos muestran una comorbilidad alta de la depresión mayor, los trastornos de pánico y agorafobia, con la dispepsia no ulcerosa (Handa et al., 1999).

Por otra parte, parece contrastada la importancia de los factores psicológicos en la caracterización de los trastornos intestinales. Los datos de numerosos estudios indican que los individuos con síntomas gastrointestinales presentan mayor prevalencia de trastornos psíquicos que quienes están libres de estos síntomas (García-Vega, 2003). Dos de los trastornos más estudiados han sido la enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn) y el síndrome de intestino irritable.

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 (Anton, 1999). 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 obsesivo-compulsivos y alexitímicos característicos. Concretamente, se ha hallado una elevada incidencia de trastornos depresivos y ansiosos entre los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (García-Vega, 2003).

Respecto del 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. Según algunos de los trabajos publicados, hasta el 70% de los pacientes cumplen criterios para algún trastorno psiquiátrico, siendo los de ansiedad y los depresivos los más frecuentes, mientras que otros hallaron en su investigación que, en un notable porcentaje, los trastornos de ansiedad ya se encontraban presentes antes de la aparición de los síntomas gastrointestinales (Fernández-Abascal et al., 2003).

Por tanto, los aspectos emocionales que se han relacionado con los trastornos gastrointestinales funcionales (combinaciones de síntomas gastrointestinales que no se explican por alteraciones bioquímicas o estructurales ni muestran anomalías en estudios médicos) son muy numerosos. Así, se ha evidenciado que la tendencia agresiva y la hipocondría pueden incidir en la enfermedad gástrica, que la ansiedad y la depresión aumentan el dolor abdominal, la afectividad negativa (tendencia a experimentar ira, disgusto, asco, culpa, temor o depresión) se relaciona con las quejas físicas, etc. Igualmente, se considera que las personas con enfermedades gastrointestinales suelen tener niveles más elevados de miedo, enojo, ansiedad y tristeza, así como ansiedad rasgo y neuroticismo, irritabilidad u hostilidad, etc., y viceversa, es decir, aquellas personas que han pasado por una elevada frustración relacionada con sus metas y tienen reacciones de agresividad, o están afectadas en su estado de ánimo, fatigados, con sentimientos de culpa, con poco interés por las cosas, tensas o preocupadas excesivamente, inquietas o irritables, son más propensas a padecer enfermedades gastrointestinales (Juárez, Cano & Olarte, 2004).

Enfermedades neurológicas

Las enfermedades neurológicas son las que presentan una mayor coexistencia con la depresión y la ansiedad (Robertson, 1997).

El dolor de cabeza es el síntoma neurológico más evidente y uno de los motivos de consulta más frecuentes en general (se estima que entre un 10%-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 (Maizels, 2004).

Respecto de 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 (Maizels, 2004). La explicación a estas cefaleas es la de 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 del tipo A son especialmente proclives a este trastorno. Se ha estimado que hasta el 95% de estos pacientes padecen síntomas de ansiedad o depresión, bien de naturaleza reactiva o endógena. Además, algunos estudios indican que el padecimiento de cefaleas prolongadas puede desencadenar trastornos psicológicos que, a su vez, podrían convertirse en variables mantenedoras del trastorno psicológico y potenciar la gravedad de la cefalea en futuros ataques. Concretamente, algunos estudios epidemiológicos indican que estos enfermos se caracterizan por rasgos de ansiedad, neuroticismo y depresión anormalmente altos (Stewart, Shechter & Rasmussen, 1994). En cuanto a la relación temporal, según algunos estudios la depresión se inicia después de la cefalea, existiendo una comorbilidad superior al 20% (Maizels, 2004).

El estrés y los trastornos de ansiedad también son un precipitante de la migraña. De acuerdo con estudios epidemiológicos, los trastornos de ansiedad preceden a la migraña, aunque probablemente interaccionan con otros precipitantes que aumentan su vulnerabilidad, pero sin desencadenarla necesariamente. Así pues, el estrés puede iniciar directamente la migraña en pacientes biológicamente propensos y potenciar indirectamente o intensificar su desencadenamiento. Posteriormente las migrañas presentan mayor riesgo de asociación a crisis de pánico o ansiedad.

Existen otras enfermedades neurológicas más graves que también presentan una comorbilidad alta con el trastorno depresivo mayor así

como alto riesgo de suicidio en los cinco años siguientes a la lesión, especialmente en pacientes con epilepsia, esclerosis múltiple o lesiones de la médula espinal. Igualmente, se ha documentado una incidencia alrededor del 40% de depresión asociada a accidentes vasculares cerebrales agudos (Starkstein, Fedoroff, Price, Leiguarda & Robinson, 1993).

Otra enfermedad muy estudiada es la demencia. Algunos estudios consideran que esta enfermedad neurológica desencadena trastornos depresivos (Ballard, Bannister, Solis, Oyeboode & Wilcock, 1996). Otra enfermedad neurológica más, como el Parkinson, exhibe altos niveles de psicopatología asociada, tanto ansiedad como depresión. Sin embargo, algunos autores recuerdan que hay que ser cuidadoso con esta asociación Parkinson-depresión, ya que el estado de ánimo del paciente puede deberse a estados transitorios de disforia más propios de las exacerbaciones de la enfermedad neurológica (Richard, 2005).

Por último, se ha hallado una asociación entre la ansiedad y la depresión, y la esclerosis múltiple. Así, hasta el 75% de personas con esta enfermedad lleva asociado problemas psicológicos y psiquiátricos (trastornos de pánico, depresivo, 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 (Janssens et al., 2004).

Trastornos respiratorios

Actualmente no se ha podido demostrar la influencia etiopatogénica en la enfermedad respiratoria de los factores psicológicos, pero sí se acepta la posible influencia de los factores psicosociales sobre la evolución del asma bronquial o en el mantenimiento de algunos de los síntomas. Así, existen múltiples estudios metodológicamente rigurosos que demuestran el importante papel que la ansiedad asociada a las crisis de asma desempeña sobre la evolución del asma bronquial y de la enfermedad respiratoria en general (Bosley, Corden & Cochrane, 1996). La ansiedad de algunos pacientes se asocia a una peor evolución de

la enfermedad, al aumentar la sintomatología y transmitir una mayor sensación de gravedad, lo que lleva a tratamientos más urgentes, frecuentes, agresivos y costosos. La depresión también puede influir negativamente sobre la evolución del paciente asmático, conduciendo a un autocuidado pobre, con incumplimiento de las prescripciones médicas y tendencia a la indiferencia ante los síntomas respiratorios (M. I. Vázquez, Romero-Frais & Sáñez, 2003).

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 músculo-esquelética se solapan con la sintomatología propia de una afectación emocional (Sociedad Española de Reumatología, 2001).

En una enfermedad como la artritis reumatoide, el dolor y el deterioro físico pueden causar síndromes psiquiátricos, de los que el más estudiado es el depresivo. Se estima la prevalencia de depresión mayor en alrededor del 17%, y la de distimia, en un 40% aproximadamente (Miralles et al., 2003). Estos factores emocionales han sido implicados en la evolución de la artritis reumatoide de forma desfavorable, en el sentido de poca motivación, depresión no asociada al dolor y mal control de impulsos.

En pacientes con dolor crónico se considera que la presencia de síntomas de ansiedad es muy significativa y tanto la ansiedad como la depresión son factores facilitadores de la percepción del dolor (Melzack & Wall, 1965).

En cuanto a la fibromialgia, existe unanimidad en la literatura con relación a la presencia de alteraciones emocionales en estos pacientes (Rice & Pisetsky, 1999). 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, problemas de sensi-

bilización alérgica y, en especial, el síndrome de fatiga crónica.

CONCLUSIONES

En este artículo se ha intentado mostrar una síntesis de la literatura científica relativa a la influencia de las emociones negativas clásicas (tristeza-depresión, miedo-ansiedad, ira y asco) en el proceso de salud-enfermedad. Estos factores se han asociado con las enfermedades mentales y físicas como variables influyentes en su inicio, desarrollo y mantenimiento. Se han hipotetizado básicamente dos vías explicativas generales. La primera hace referencia a la influencia de las emociones negativas en la conducta, de manera que interfieren en los hábitos saludables y fomentan el desarrollo de conductas inadecuadas que ponen en peligro nuestra salud. El segundo mecanismo se refiere a la repercusión de la activación psicofisiológica en los sistemas orgánicos, afectando a la inmunidad, por ejemplo. Por último, se han descrito algunos de los vínculos entre las emociones negativas y los trastornos mentales y físicos. Así, no sólo existe una influencia de las emociones negativas en el inicio y el curso de estos trastornos, sino que también se reconoce una alta comorbilidad tanto de los trastornos mentales como de las enfermedades médicas con los trastornos ansiosos y depresivos y con la ira y el asco patológico, frecuentemente como consecuencia del padecimiento de ellas.

Es preciso señalar algunas de las limitaciones del trabajo. Así, este estudio no tiene como objetivo principal ser exhaustivo ni sistemático en la revisión de la literatura disponible, sino que se plantea como meta llevar a cabo una síntesis del estado de la investigación sobre emociones negativas y salud, que como se entenderá, es muy amplio. Sin embargo, consideramos que esta revisión descriptiva puede ser ilustrativa a modo de puesta al día de las relaciones entre las emociones negativas, que siguen siendo de interés para investigadores y clínicos, y los problemas de salud mental y física. Por otra parte, la complejidad y amplitud de la temática hace más recomendable renunciar a profundizar en los muchos aspectos incluidos en este trabajo, si bien consideramos

que las referencias básicas pueden servir para ampliar la información.

REFERENCIAS

- Aapro, M. S., Kirchner, V., Terrey, J. P. (1994). The incidence of anticipatory nausea and vomiting after repeat cycle chemotherapy: the effect of granisetron. *British Journal of Cancer*, 69, 957-960.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74.
- Alonso, C. (2006). *Repercusión psicológica de la enfermedad en el paciente oncológico, adaptación e intervención*. Recuperado el 04 de agosto de 2009, de <http://www.psiquiatria.com/boletin/revista/172/24619/?++interactivo>.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (fourth edition, text revision). Washington, D.C.: APA.
- _____. (2009). *Health Psychology*. Recuperado el 4 de agosto de 2009, de <http://www.health-psych.org/AboutHowtoBecome.cfm>.
- Amigo, I., Fernández, C. & Pérez, M. (2003). *Manual de psicología de la salud*, 2.a ed., Madrid: Pirámide.
- Anton, P. A. (1999). Stress and mind-body impact on the course of inflammatory bowel diseases. *Seminars in Gastrointestinal Disease*, 10(1), 14-19.
- Arroyo, C., Hu, F. B., Ryan, L. M., Kawachi, I., Colditz, G. A. & Speizer, F. E., et al. (2004). Depressive Symptoms and Risk of Type 2 Diabetes in Women. *Diabetes Care*, 27(1), 129-133.
- Ballard, C., Bannister, C., Solís, M., Oyebode, F. & Wilcock, G. (1996). The prevalence, associations and symptoms of depression amongst dementia sufferers. *Journal of Affective Disorders*, 36(3), 135-144.
- Bankier, B., Januzzi, J. L. & Littman, A. B. (2004). The high prevalence of multiple psychiatric disorders in stable outpatients with coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 66(5), 645-650.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*, 2nd ed., New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Becoña, E., Vázquez, F. & Oblitas, L. A. (2004). *Promoción de los estilos de vida saludables*. Recuperado el 7 de febrero de 2006, de <http://www.alapsa.org/detalle/05/index.htm>.
- Bosley, C. M., Corden, Z. M. & Cochrane, G. M. (1996). Psychosocial factors and asthma. *Respiratory Medicine*, 90(8), 453-457.
- Cano-Vindel, A. (2004). *Costos de los trastornos de ansiedad*. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/seas/ta/costes/index.htm>.
- Cano-Vindel, A. & Miguel-Tobal, J. J. (2001). Emociones y salud. *Ansiedad y Estrés*, 7, 111-121.
- Carey, C. L. & Harris, L. M. (2005). The origins of blood-injection fear/phobia in cancer patients undergoing intravenous chemotherapy. *Behaviour Change*, 22(4), 212-219.
- Carinci, F., Nicolucci, A., Ciampi, A., Labbrozzi, D., Bettinardi, O. & Zotti, A. M., et al. (1997). Role of interactions between psychological and clinical factors in determining 6-month mortality among patients with acute myocardial infarction: Application of recursive partitioning techniques to the GISSI-2 database. *European Heart Journal*, 18(5), 835-845.
- Chóliz, M. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. Recuperado el 04 de agosto de 2009, de www.uv.es/~cholz.
- Cisler, J. M., Olatunji, B. O. & Lohr, J. M. (2009). Disgust, fear, and the anxiety disorders: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 29(1), 34-46.
- Crepaz, N., Passin, W. F., Herbst, J. H., Rama, S. M., Malow, R. M., Purcell, D. W. et al. (2008). Meta-Analysis of Cognitive-Behavioral Interventions on HIV-Positive Persons' Mental Health and Immune Functioning. *Health Psychology*, 27(1), 4-14.
- Day, R. A. (2005). *Cómo escribir y publicar trabajos científicos*, 3.a ed., Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Ellis, A. & Grieger, R. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva*, Vol. II. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Engen, T., Levy, N. & Schlosberg, H. (1958). The dimensional analysis of a new series of facial expressions. *Journal of Experimental Psychology*, 55(5), 454-458.
- Escamilla, M., Rodríguez, I. & González, G. (2009). El estrés como amenaza y como reto: un análisis de su relación. *Ciencia y Trabajo*, 32, 96-101.
- 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 (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces, II. Psicología de la salud*. Madrid: Pirámide, pp. 169-185.
- Fernández-Abascal, E. G., Marín, M. D. & Domínguez, F. J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en los trastornos cardiovasculares. En M. Pérez; J. R. Fernández; C. Fernández e I. Amigo (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces, II. Psicología de la salud*. Madrid: Pirámide, pp. 93-121.
- Fernández-Abascal, E. G. & Palmero, F. (1999). *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel.
- Florenzano, R.; Fullerton, C., Goldberg, D., Rezaki, M., Avreas, V. & Maier, W. (2006). *La relación entre enfermedades físicas y trastornos mentales en diferentes países. Estudio de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 4 de agosto de 2009, de <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosis/27364/>.
- Folks, D. G. & Kinney, F. C. (1992). The role of psychological factors in dermatologic conditions. *Psychosomatics*, 33(1), 45-54.
- Friedman, E. S. & Thase, M. E. (1995). Trastornos del estado de ánimo. En V. E. Caballo, G. Buéla-Casal & J. A. Carrobes (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, Vol. 1. Madrid: Siglo XXI Editores.
- 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 (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces, II. Psicología de la salud*. Madrid: Pirámide, (pp. 188-197).
- Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Taborda, M., Ruiz, N. & Francis, L. J. (2009). Emociones negativas en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. *Revista Diversitas. Perspectivas en psicología*, 5(1), 37-46.
- Glaser, R. (2005). Stress-associated immune dysregulation and its importance for human health: A personal history of psychoneuroimmunology. *Brain, Behavior, and Immunity*, 19 (1), 3-11.

- Gorenstein, E. E., Tager, F. A., Shapiro, P. A., Monk, C. & Sloan, R. P. (2007). Cognitive-Behavior Therapy for Reduction of Persistent Anger. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(2), 168-184.
- Gullo, L., Tomassetti, P., Migliori, M., Casadei, R. & Marrano, D. (2001). Do early symptoms of pancreatic cancer exist that can allow an earlier diagnosis? *Pancreas*, 22(2), 210-213.
- Haidt, J., McCauley, C. & Rozin, P. (1994). Individual differences in sensitivity to disgust: A scale sampling seven domains of disgust elicitors. *Personality and Individual Differences*, 16(5), 701-713.
- Han, J., Yin, X. M., Xu, F., Hong, X., Liang, Y. Q. & Wang, Z. Y. (2008). [A case-control study on depression and anxiety in hypertensive patients]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*, 29(2), 125-127.
- Handa, M., Mine, K.; Yamamoto, H., Tsutsui, S., Hayashi, H., Kinukawa, N., et al. (1999). Esophageal motility and psychiatric factors in functional dyspepsia patients with or without pain. *Digestive Diseases and Sciences*, 44(10), 2094-2098.
- Herrmann, C., Brand-Driehorst, S., Buss, U. & Ruger, U. (2000). Effects of anxiety and depression on 5-year mortality in 5057 patients referred for exercise testing. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(4-5), 455-462.
- Izard, C. E. (1993). Organizacional and motivacional functions of discrete emotions. In M. Lewis (Ed.), *Handbook of emotions*. Nueva York: Guilford Press, pp. 631-641.
- Janssens, A. C. J. W., Van Doorn, P. A., De Boer, J. B. & Van Der Meché, F. G. A., Passchier, J., Hintzen, R. Q. (2004). Perception of prognostic risk in patients with multiple sclerosis: The relationship with anxiety, depression, and disease-related distress. *Journal of Clinical Epidemiology*, 57(2), 180-186.
- Joseph, L., Gierlach, E., Housley, J. & Beutler, L. (2005). La evolución de un campo: examen del desarrollo y la aceptación de la psicología clínica de la salud. *Papeles del Psicólogo*, 26, 39-46.
- Juárez, F., Cano, M. A. & Olarte, M. (2004). Factores psicológicos asociados a síntomas dispépticos. *Psicología y salud*, 14(1), 43-55.
- Kessing, L. V., Nilsson, F. M., Siersma, V. & Andersen, P. K. (2004). Increased risk of developing diabetes in depressive and bipolar disorders? *Journal of Psychiatric Research*, 38(4), 395-402.
- Kiecolt-Glaser, J. K. (2009). Psychoneuroimmunology: Psychology's Gateway to the Biomedical Future. *Perspectives on Psychological Science*, 4, 369.
- Kop, W. J., Gottdiener, J. S., Tangen, C. M., Fried, L. P., McBurnie, M. A., Walston, J. et al. (2002). Inflammation and coagulation factors in persons >65 years of age with symptoms of depression but without evidence of myocardial ischemia. *American Journal of Cardiology*, 89(4), 419-424.
- Krantz, D. S., Olson, M. B., Francis, J. L., Phankao, C., Merz, C. N. B.; Sopko, G. et al. (2006). Anger, hostility, and cardiac symptoms in women with suspected coronary artery disease: The Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) Study. *Journal of Women's Health*, 15(10), 1214-1223.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- _____. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 234-247.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. S. & Lazarus, B. N. (1994). *Passion and reason: Making sense of our emotions*. New York: Oxford University Press.
- Lespérance, F. & Frasurre-Smith, N. (2000). Depression in patients with cardiac disease: A practical review. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(4-5), 379-391.
- Leventhal, H. & Prochaska, T. R. & Hirschman, R. S. (1985). Preventive health behavior across the life-span. In J. C. Rosen & L. J. Solomon (Eds.), *Prevention in health psychology*. Hanover, NH: University Press of New England.
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H. & Hautzinger, M. (1997). Tratamiento conductual de la depresión. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Losada, A., Márquez-González, M., Peñacoba, C., Gallagher-Thompson, D. & Knight, B. G. (2007). Reflexiones en torno a la atención de los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinar. *Psicología Conductual - Revista de Psicología Clínica y de la Salud*, 15(1), 57-76.
- Maizels, M. (2004). *The patient with daily headaches*. American Family Physician, 70(12).
- Martín, M. (2005). PSICRON: Una metodología computarizada para optimizar la asistencia, la investigación y la docencia con pacientes con enfermedades crónicas. En P. E. Vera-Villaroel & L. A. Oblitas (Eds.), *Manual de escalas y cuestionarios iberoamericanos en psicología clínica y de la salud*. Bogotá: psicom.
- Martínez Sánchez, F. (2008). La emoción. En F. Palmero & F. Martínez-Sánchez (Eds.), *Motivación y emoción*. Madrid: McGraw-Hill, pp. 27-68.
- Marzuk, P. M., Tierny, H., Tardiff, K., Gross, E. M., Morgan, E. B., Hsu, M.-A., et al. (1988). Increased risk of suicide in persons with aids. *Journal of the American Medical Association*, 259(9), 1333-1337.
- Melzack, R. & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150(3699), 971-979.
- Miguel-Tobal, J. J., Casado, M. I., Cano-Vindel, A. & Spielberger, C. D. (1997). El estudio de la ira en los trastornos cardiovasculares mediante el empleo del inventario de expresión de ira estado-rasgo -staxi. *Ansiedad y Estrés*, 3, 5-20.
- Miralles, L., Otin, R. & Rojo, J. E. (2003). Factores psicológicos que afectan al estado físico. *Medicine*, 8, 5654-5664.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. & Blissett, S. E. (1988). Sense of Humor as a Moderator of the Relation Between Stressful Events and Psychological Distress: A Prospective Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 520-525.
- Nicholson, R. A., Houle, T. T., Rhudy, J. L. & Norton, P. J. (2007). Psychological risk factors in headache. *Headache*, 47(3), 413-426.
- Norlander, B. & Eckhardt, C. (2005). Anger, hostility, and male perpetrators of intimate partner violence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 25(2), 119-152.
- Oblitas, L. A. (2004). *Manual de psicología clínica y de la salud hospitalaria*. Bogotá: psicom.
- Oblitas, L. A. & Becoña, E. (2000). Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En L. A. Oblitas & E. Becoña (Eds.), *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdés, pp. 11-52.
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Prevención y lucha contra las enfermedades cardiovasculares en la comunidad*. Ginebra: oms.

- _____. (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. Ginebra: oms.
- Overmier, J.B. & Murison, R. (2000). Anxiety and helplessness in the face of stress predisposes, precipitates, and sustains gastric ulceration. *Behavioural Brain Research*, 110(1-2), 161-174.
- Panconesi, E. (2000). Psychosomatic dermatology: Past and future. *International Journal of Dermatology*, 39(10), 732-734.
- Peyrot, M. & Rubin, R. R. (1997). Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. *Diabetes Care*, 20(4), 585-590.
- Phillips, M. L., Senior, C., Fahy, T. & David, A. S. (1998). Disgust—the forgotten emotion of psychiatry. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, 172, 373-375.
- Piqueras, J. A., Martínez, A., Ramos, V., Rivero, R. & García-López, L. J. (2006). Ansiedad, depresión y salud. En L. A. Oblitas (Ed.), *Psicología de la salud y enfermedades crónicas*. Bogotá: psicom Editores.
- Plutchik, R. (1980). *Emotion: a psychoevolutionary synthesis*. New York: Harper and Row.
- Ramos, V., Rivero, R., Piqueras, J. A. & García-López, L. J. (2006). Psiconeuroinmunología. En L. A. Oblitas (Ed.), *Psicología de la salud y enfermedades crónicas*. Bogotá: psicom Editores.
- Reeve, J. (2003). *Motivación y emoción*, 3.a ed., México: McGraw-Hill Interamericana.
- Rice, J. R. & Pissetsky, D. S. (1999). Pain in the rheumatic diseases: Practical aspects of diagnosis and treatment. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 25(1), 15-30.
- Richard, I. H. (2005). Anxiety disorders in Parkinson's disease. *Advances in Neurology*, 96, 42-55.
- Rivero, R., Ramos, V., García-López, L. J. & Piqueras, J. A. (2006). Psiconeuroinmunología. En L. A. Oblitas (Ed.), *Psicología de la salud y enfermedades crónicas*. Bogotá: psicom Editores.
- Robertson, M. M. (1997). Depresión en los trastornos neurológicos. En M. M. Robertson & C. L. E. Katona (Eds.), *Depresión y enfermedades somáticas. Perspectivas en psiquiatría*, Vol. 6. Chichester: John Wiley & Sons.
- Roscoe, J. A., Morrow, G. R., Hickok, J. T. & Stern, R. M. (2000). Nausea and vomiting remain a significant clinical problem: Trends over time in controlling chemotherapy-induced nausea and vomiting in 1413 patients treated in community clinical practices. *Journal of Pain and Symptom Management*, 20(2), 113-121.
- Rozin, P., Haidt, J. & McCauley, C. R. (2000). Disgust. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions*, 2nd ed. New York: Guilford Press, pp. 637-653.
- Sandín, B. (2002). Papel de las emociones negativas en el trastorno cardiovascular: un análisis crítico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, 1-18.
- Sandín, B. & Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch & B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*, Vol. 2. Madrid: McGraw-Hill, pp. 53-80.
- Sawchuk, C. N., Lohr, J. M., Tolin, D. F., Lee, T. C. & Kleinknecht, R. A. (2000). Disgust sensitivity and contamination fears in spider and blood-injection-injury phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 38(8), 753-762.
- Sawchuk, C. N., Lohr, J. M., Westendorf, D. H., Meunier, S. A. & Tolin, D. F. (2002). Emotional responding to fearful and disgusting stimuli in specific phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 40(9), 1031-1046.
- Seligman, M. E. & Aguado Aguilar, L. (1981). *Indefensión: en la depresión, el desarrollo y la muerte*. Madrid: Debate.
- Sirois, B. C. & Burg, M. M. (2003). Negative emotion and coronary heart disease. A review. *Behavior Modification*, 27(1), 83-102.
- Sociedad Española de Reumatología. (2001). EPISER. *Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española*. Madrid: España.
- Spencer, H. (1890). *The principles of psychology*, Vol. 1. New York: Appleton.
- Spielberger, C., Reheiser, E. & Sydeman, S. (1995). Measuring the experience, expression, and control of anger. In H. Kassirer (Ed.), *Anger Disorders: Definition, Diagnosis, and Treatment*. Washington, DC: Taylor & Francis, pp. 49-68.
- Starkstein, S. E., Fedoroff, J. P., Price, T. R., Leiguarda, R. & Robinson, R. G. (1993). Apathy following cerebrovascular lesions. *Stroke*, 24(11), 1625-1630.
- Stewart, W. F., Shechter, A. & Rasmussen, B. K. (1994). Migraine prevalence. A review of population-based studies. *Neurology*, 44(6 Suppl 4).
- Suls, J. & Bunde, J. (2005). Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: The problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychological Bulletin*, 131(2), 260-300.
- Suls, J. & Rothman, A. (2004). Evolution of the biopsychosocial model: Prospects and challenges for health psychology. *Health Psychology*, 23(2), 119-125.
- Surwit, R. S., Van Tilburg, M. A. L.; Zucker, N.; McCaskill, C. C.; Parekh, P.; Feinglos, M. N. et al. (2002). Stress management improves long-term glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 25(1), 30-34.
- Teva, I., Bermúdez, M. P., Hernández, J. & Buena-Casal, G. (2005). Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/sida. *Salud Mental*, 38, 40-49.
- Tobón, S., Sandín, B. & Vinaccia, S. (2005). La úlcera péptica: ¿un trastorno gastrointestinal infeccioso o biopsicosocial? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10, 95-100.
- Tolin, D. F., Woods, C. M. & Abramowitz, J. S. (2006). Disgust sensitivity and obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(1), 30-40.
- Torres, A. M. (2006). Relación entre el patrón de conducta tipo C y el cáncer de mama. *Universitas Psychologica*, 5(3), 563-574.
- Tuldrá, A., Izquierdo, I., Fumaz, C. R. & Ferrer, M. J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en la infección por el virus de inmunodeficiencia humana. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces, II. Psicología de la salud*. Madrid: Pirámide, pp. 199-213.
- Vázquez, C. (1990). Trastornos del estado de ánimo: aspectos clínicos. En F. Fuentenebro & C. Vázquez (Eds.), *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría*, Vol. II. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Vázquez, M. I., Romero-Fraile, E., Sánchez, E. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el asma bronquial. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces, II. Psicología de la salud*. Madrid: Pirámide, pp. 199-213.
- Villagrán, J. M. (1996). *La depresión*. Madrid: Aguilar.

- Vinaccia, S. (2003). El patrón de conducta tipo C en pacientes con enfermedades crónicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32, 161-168.
- Watson, D. & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.
- White, V. M., English, D. R., Coates, H., Lagerlund, M., Borland, R. & Giles, G. G. (2007). Is cancer risk associated with anger control and negative affect? Findings from a prospective cohort study. *Psychosomatic Medicine*, 69(7), 667-674.
- Whybrow, P. C., Akiskal, H. S. & McKinney, W. T. (1984). *Mood disorder: Toward a new psychobiology*, Vol. Plenum. New York.
- Woodworth, R. S. (1938). *Experimental Psychology*. New York: Henry Holt.
- Wundt, W. (1896). *Grundriss der psychologie*. Engelmann, Stuttgart, Germany.
- Yerkes, R. M. & Dodson, J. D. (1908). The Relation of Strength of Stimulus to Rapidity of Habit-Formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 18, 459-482.
- Zajonc, R. B. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35, 151-175.

Fecha de envío: 22 de septiembre de 2009
Fecha de aceptación: 20 de octubre de 2009