



2001, 7(2-3), 111-121

## EMOCIONES Y SALUD

Antonio Cano Vindel y Juan José Miguel Tobal

\*Universidad Complutense de Madrid

**Resumen:** Las emociones negativas (ansiedad, ira y tristeza-depresión) son adaptativas para el individuo. Sin embargo, en ocasiones encontramos reacciones patológicas en algunos individuos, debido a un desajuste en la frecuencia, o intensidad. Cuando tal desajuste acontece, puede sobrevenir también un trastorno de la salud, tanto mental (trastorno de ansiedad, depresión mayor, etc.) como física. En primer lugar, las reacciones 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 olvidan los hábitos saludables (ejercicio físico, etc.) y se desarrollan conductas adictivas (tabaquismo, etc.), o que ponen en peligro nuestra salud. Por ejemplo, existe relación positiva entre ansiedad y consumo de tabaco, así como entre tabaquismo y cáncer. En segundo lugar, estas reacciones emocionales mantienen niveles de activación fisiológica intensos, que pueden deteriorar nuestra salud si se cronifican. Así, los pacientes con hipertensión esencial, asma, cefaleas crónicas, o diferentes tipos de dermatitis, presentan niveles más altos de ansiedad y de ira que la población general. En tercer lugar, esta alta activación fisiológica puede estar asociada a un cierto grado de inmunodepresión, lo que nos vuelve más vulnerables al desarrollo de enfermedades infecciosas (como la gripe, herpes, etc.) o de tipo inmunológico. En cuarto lugar, la supresión o control de la experiencia emocional puede acarrear altos niveles de activación fisiológica y un cierto grado de inmunosupresión.

Palabras Clave: Emociones, Ansiedad, Ira, Depresión, Salud, Desórdenes

### Introducción

Desde un punto de vista psicológico, la alegría, el miedo, la ansiedad, o la ira son

\* Dirigir la correspondencia a: : Dr. A. Cano-Vindel, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid. 28223 Madrid. E-Mail: canovindel@psi.ucm.es

**Abstract:** Negative emotions (anxiety, anger and sadness-depression) are adaptive for the individual. However, there are times when pathological reactions can occur due to a poor adjustment in the frequency or intensity. When such maladjustment takes place, a health disorder can also arise, be it mental (anxiety disorder, major depression) or physical. First of all, when anxiety, sadness-depression and anger reactions reach highly frequent or intense levels, and these are maintained through time, they tend to produce behavior changes, reducing healthy habits (physical exercise, etc.) and creating addictive behaviors (smoking, etc.) or any other that endangers health. For example, there is a positive relation between anxiety and smoking, as well as between smoking and cancer. Secondly, these emotional reactions maintain intense levels of physiological activation that can deteriorate our health if they become chronic. Hence, patients with essential hypertension, asthma, chronic headaches or different types of dermatitis, show higher levels of anger and anxiety than the general population. Thirdly, this intense physiological activation can be associated to a certain degree of immunodeficiency, making us more vulnerable to the outcome of infectious diseases (flu, herpes, etc.) or immunological ones. Last of all, the suppression or control of these emotional experience can lead to higher levels of physiological activation and a certain degree of immunodeficiency.

**Key words:** Emotions, Anxiety, Anger, Depression, Health, Disorders

**Title:** *Emotions and health*

emociones naturales que se dan en todos los individuos de las más diversas culturas. Poseen un sustrato biológico considerable. Son esencialmente agradables o desagradables.

bles, nos activan y forman parte de la comunicación con los demás. A su vez, las emociones pueden actuar como poderosos motivos de la conducta (Cano-Vindel, 1997).

El carácter universal y adaptativo de las emociones ha sido señalado por los más diversos autores y tradiciones teóricas, comenzando por las primeras teorías de Darwin, James y Cannon. Por otro lado, las emociones juegan un papel importante en el bienestar psicológico de los individuos y cumplen una función importante en la comunicación social. Además de ser importantes para el bienestar/malestar de los individuos y cumplir una función social en la comunicación, las emociones están íntimamente relacionadas con diversos sistemas fisiológicos que forman parte del proceso que podríamos denominar 'salud-enfermedad'. Por otro lado, las emociones influyen sobre la salud y la enfermedad a través de sus propiedades motivacionales, por su capacidad para modificar las conductas 'saludables' (ejercicio físico moderado, dieta equilibrada, descanso, ocio, etc.) y 'no saludables' (abuso de alcohol, tabaco, sedentarismo, etc.)

La experiencia emocional, lo que pensamos y sentimos durante una reacción emocional, se suele clasificar según tres ejes o dimensiones fundamentales: placer-desagrado, intensidad y grado de control (Schmidt-Atzert, 1985). En otras palabras, las emociones suelen provocar sensaciones muy agradables o muy desagradables, pueden ser más o menos intensas y el grado de control que tenemos sobre ellas es también variable (Cano-Vindel, 1989, 1995).

El término 'emociones negativas' ha cobrado mucha fuerza en los últimos años y se refiere a las emociones que producen una experiencia emocional desagradable, como son la ansiedad, la ira y la tristeza-depresión, las tres emociones negativas

más importantes. Las emociones positivas son aquéllas que generan una experiencia agradable, como la alegría, la felicidad o el amor.

Hoy en día hay datos suficientes para afirmar que las emociones positivas potencian la salud, mientras que las emociones negativas tienden a disminuirla (Martínez-Sánchez y Fernández Castro, 1994; Fernández-Abascal y Palmero, 1999). Por ejemplo, en periodos de estrés en los que tenemos que responder a una alta demanda de nuestro ambiente, desarrollamos muchas reacciones emocionales negativas y, cuando nos encontramos bajo estos estados emocionales negativos, es más probable desarrollar ciertas enfermedades relacionadas con el Sistema Inmune (como la gripe, u otras infecciones ocasionadas por virus oportunistas), o adquirir determinados hábitos poco saludables, que a la larga pueden minar la salud (Cano-Vindel, Miguel-Tobal, González e Iruarrizaga, 1994). En cambio, el buen humor, la risa, la felicidad, ayudan a mantener e incluso recuperar la salud (Lefcourt y Martin, 1986; Nezu, Nezu y Blissett, 1988).

Se han estudiado mucho más las emociones negativas (y sus relaciones con trastornos de salud) que las positivas. Dentro de las primeras, una de las reacciones emocionales que más se ha estudiado es sin duda la ansiedad (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1994), como estado emocional asociado a múltiples trastornos, especialmente los trastornos de ansiedad (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1995) y los trastornos psicofisiológicos (Miguel-Tobal y Casado, 1994). Una segunda emoción negativa que está siendo ahora más estudiada es la ira, por su relación con los trastornos cardiovasculares (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1992; Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger, 1997). Por último, la tristeza-depresión, como emoción natural, se

considera que es precursora de la depresión como patología, la cual cursa por lo general con niveles altos de ansiedad (Sanz, 1991).

La ansiedad puede ser considerada como una reacción natural que se produce ante ciertos tipos de situaciones en las que el individuo podría necesitar más recursos. Las situaciones en las que se desencadena la reacción de ansiedad tienen en común, por lo general, la previsión de posibles consecuencias negativas o amenazantes para el individuo. Esta reacción supone una puesta en marcha de diferentes recursos cognitivos (atención, percepción, memoria, pensamiento, lenguaje, etc.), fisiológicos (activación autonómica, motora, glandular, etc.) y conductuales (alerta, evitación, etc.) Tales recursos tendrían como objetivo el afrontamiento de las posibles consecuencias negativas, pudiendo paliar, reducir, o eliminar tales consecuencias.

Pero aun siendo la ansiedad una emoción natural, de carácter esencialmente adaptativo, que nos previene de situaciones que requieren que estemos alerta, en las que podemos necesitar más recursos cognitivos, conductuales, o fisiológicos, sin embargo, puede estar en la base de muchos procesos que pueden llevar a la enfermedad. Cuando un individuo mantiene altos niveles de ansiedad, durante tiempos prolongados, su bienestar psicológico se ve seriamente perturbado; sus sistemas fisiológicos pueden verse alterados por un exceso de actividad; su sistema inmune puede verse incapaz de defenderle; sus procesos cognitivos pueden verse alterados, provocando una disminución del rendimiento; la evitación de situaciones que provocan reacciones intensas de activación y temor puede afectar a la vida personal, familiar, laboral, o social del individuo.

La actividad cognitiva superior puede verse afectada por procesos emocionales, con los que mantiene una estrecha relación.

Así, por ejemplo, el rendimiento en los exámenes o en otras situaciones de evaluación puede verse deteriorado cuando el individuo se ve desbordado por su reacción de ansiedad. Pero el mero control cognitivo de la reacción de ansiedad, puede no ir acompañado de un estado suficiente de relajación fisiológica. El control o represión de estados de ánimo negativos (p.e. ansiedad), que tiene como fin preservar a la conciencia de un malestar importante, puede estar relacionado con niveles elevados de activación fisiológica y cambios en el sistema inmune y, por tanto, en el proceso salud-enfermedad. Dicho de otra manera, algunos individuos tienden a no reconocer estados emocionales negativos, como estar nervioso, o enfadado. Estos intentos de librarse de eventos aversivos no siempre llegan a tener éxito, pues algunos sujetos que manifiestan estar tranquilos presentan una alta reactividad fisiológica y es probable que una disminución de sus defensas (una inmunodepresión). Este campo de estudio presenta hoy en día una actividad absolutamente efervescente, pues se está investigando mucho, y el tipo de trabajos que se llevan a cabo no tienen nada que ver con las formulaciones psicoanalíticas de la represión inconsciente (Cano-Vindel, Sirgo y Díaz-Ovejero, 1999). Este es un campo más en el que se estudian las relaciones entre las emociones y la salud. Pero no es el único.

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 pasado. A su vez el estudio de la patología de los sistemas fisiológicos que se activan en la emoción se inicia en los años 50. Se supone que los trastornos psicósomáticos o psicofisiológicos (como algunos dolores de cabe-

za, o de espalda, algunas 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, un aumento de la actividad de ese sistema, aumentando así la probabilidad de desarrollar y mantener un mayor grado de disfunción orgánica.

La vertiente expresiva de la emoción ha sido estudiada especialmente en relación con los procesos de comunicación social, aunque recientemente se estudia también su relación con sistema inmune y salud. Las expresiones afectivas positivas facilitan la comunicación, mientras que las expresiones emocionales negativas provocan distancia y sirven para anunciar un malestar e incluso un posible ataque. Las principales formas de expresión emocional (la sonrisa, el llanto, las expresiones faciales de alegría, tristeza, miedo, etc.) son universales en las distintas culturas. También la expresión de emociones está relacionado con la salud, encontrándose en repetidas ocasiones que los individuos más expresivos gozan de mejor salud, que aquéllos que tienden a mostrar en menor medida sus emociones (Cano-Vindel, Sirgo y Díaz-Ovejero, 1999).

Decíamos que la ansiedad puede ser considerada como una respuesta emocional normal que surge como respuesta del individuo ante determinadas situaciones y circunstancias. Sin embargo, cuando su frecuencia, intensidad o duración sean excesivas, dando lugar a la aparición de limitaciones, más o menos importantes, en la vi-

da del individuo y en su capacidad de adaptación al medio circundante, hablaremos de ansiedad patológica.

La presencia de fuertes reacciones o estados de ansiedad no solamente va a estar en la base de los denominados trastornos de ansiedad, sino que va a estar asociada frecuentemente a la depresión, y en general a los distintos trastornos considerados tradicionalmente como neuróticos, a buena parte de los trastornos psicóticos y a una amplia variedad de trastornos psicofisiológicos, entre los que cobran especial importancia los trastornos cardiovasculares, la úlcera péptica, las cefaleas, el síndrome premenstrual, el asma, los trastornos dermatológicos, etc. A ello habría que añadir el papel destacado que juega la ansiedad en los trastornos sexuales, la conducta adictiva, los trastornos de la alimentación, etc., y los recientes hallazgos sobre su influencia en la debilitación del sistema inmune.

Como puede observarse por la amplia gama de problemas relacionados con la ansiedad, podríamos afirmar que esta va a ser un elemento central en psicopatología y en buena parte de otros problemas relacionados con la salud, dando lugar a que las personas aquejadas de ansiedad pueblen las consultas de atención primaria de los hospitales y centros de salud, ocasionando un considerable coste económico para cualquier sistema sanitario.

Los trastornos de ansiedad, por sí solos, suponen la patología psicológica más frecuente, seguidos de los trastornos afectivos y el consumo excesivo de drogas y alcohol, siendo su tasa de prevalencia-vida del 19,5% para las mujeres y del 8% para los varones (Robins, Helzer, Weissman, Orvasche, Gruenberg, Burke y Regier, 1984).

La DSM-IV caracteriza los distintos trastornos de la siguiente forma:

*-Ataque de pánico o crisis de angustia:* se caracteriza por la aparición súbita de sín-

tomas de aprensión, miedo intenso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Aparecen también durante estos ataques síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a perder el control o 'volverse loco'.

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

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

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

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

-*Fobia específica*: se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

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

-*Trastorno obsesivo-compulsivo*: se caracteriza por obsesiones, que causan ansiedad y malestar significativos, y/o compulsiones, cuyo propósito es neutralizar dicha

ansiedad. Las obsesiones son ideas recurrentes, persistentes, absurdas y generalmente desagradables que aparecen con gran frecuencia sin que el individuo pueda evitarlas. Las compulsiones son comportamientos repetitivos y estereotipados que se realizan en forma de rituales.

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

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

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

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

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

-*Trastorno de ansiedad no especificado*: se ha incluido para acoger a aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad ya mencionados.

La depresión es un trastorno conocido desde tiempos remotos, si bien se la ha denominado con diferentes términos tales como melancolía, tristeza, etc. lo cierto, es que su existencia y especialmente el estado

de ánimo deprimido ha estado siempre unido a la condición humana. Coloquialmente se utiliza este término como sinónimo de tristeza, pero en numerosas ocasiones esta tristeza se experimenta en situaciones cotidianas concretas, de carácter negativo, no referido a un estado de ánimo anormal o patológico. Los enfermos depresivos describen su tristeza como una cualidad especial que resulta difícil explicar, de carácter impreciso, por tanto. Debemos tener cuidado de no confundir la tristeza con la depresión.

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 y Thase, 1995). Evidentemente en la depresión, el estado de ánimo estaría asociado al polo desagradable, a 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. La mayoría de los autores comparten la idea de que la depresión es un trastorno del estado de ánimo o trastorno afectivo. El estado de ánimo deprimido, es una de las condiciones psicopatológicas más frecuentes de los seres humanos (Vázquez, 1990). La principal característica de estos trastornos, como su propio nombre indica, es la variación que la persona sufre en su estado de ánimo. La depresión se conoce principalmente como una bajada del estado de ánimo, pero estar desanimado no es bastante para afirmar que se está deprimido. Así pues, el estado de ánimo deprimido no debe ser el único criterio a tener en cuenta para diagnosticar depresión. Sentirse deprimido no es un síntoma suficiente para afirmar que se tiene una depresión. "Esta distinción es muy importante porque la depresión-síntoma está presente

en la mayor parte de los cuadros psicopatológicos" (Vázquez, 1990, pág. 902).

En las clasificaciones tradicionales de los trastornos psicofisiológicos se listaban y describían las distintas enfermedades en las que la investigación había mostrado su relación con variables psicológicas. Estas clasificaciones solían agrupar los distintos trastornos según el sistema afectado. Entre ellos destacaban por su frecuencia e interés los siguientes:

- Trastornos cardiovasculares: enfermedad coronaria, hipertensión arterial.
- Trastornos respiratorios: asma bronquial, síndrome de hiperventilación.
- Trastornos endocrinos: hipertiroidismo, hipotiroidismo, enfermedad de Addison, síndrome de Cushing, alteraciones de las glándulas paratiroides, hipoglucemia, diabetes.
- Trastornos gastrointestinales: trastornos esofágicos, dispepsia no ulcerosa, úlcera péptica, síndrome del intestino irritable, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn.
- Trastornos dermatológicos: prurito, hiperhidrosis, urticaria, dermatitis atópica, alopecia areata.
- Dolor crónico: lumbalgias, cefaleas, dolor pre-menstrual.
- Artritis reumatoide
- Trastornos inmunológicos.

El Manual de Diagnóstico de la Asociación de Psiquiatría Americana -DSM II- reconocía la existencia de enfermedades orgánicas psicógenas, estableciendo que sólo determinadas enfermedades podían ser debidas a causas psicológicas. En este manual se definían nueve categorías principales de trastornos en función del órgano o sistema corporal afectado.

Sin embargo, la investigación en el campo demostraba paulatinamente la rele-

vancia de los factores psicológicos en la etiología y desarrollo de un gran número de enfermedades no consideradas inicialmente como psicofisiológicas, que engloban desde trastornos neurológicos, como la esclerosis múltiple, hasta enfermedades infecciosas, como la tuberculosis, e incluso enfermedades inmunológicas, como la leucemia (Wittkower y Dudek, 1973).

Con este creciente reconocimiento de la implicación de factores psicológicos o emocionales en el desencadenamiento y/o agravamiento de la mayoría de las enfermedades orgánicas, se hizo patente la ineficacia del esquema anterior. El DSM II no podía dar cuenta de estos resultados y era necesario un cambio en el sistema clasificatorio vigente hasta entonces.

Lipp, Looney y Spitzer (1977) señalaron que el DSM III debía tomar en consideración el grado en que los factores psicosociales pueden influir en la condición física. Este objetivo fue adoptado e incorporado en la tercera edición del manual DSM III. Recomendaron, así mismo, que la sección independiente de Trastornos Psicofisiológicos fuese eliminada y sustituida por una nueva sección denominada "Factores psicológicos en la condición física" adoptándose finalmente el título: "Factores psicológicos que afectan al estado físico".

Esta sección del DSM III incluye no sólo los trastornos psicofisiológicos tradicionales señalados en el anterior DSM II, sino también aquellas alteraciones físicas en las que se han podido encontrar factores psicológicos significativos en la génesis o agravamiento del trastorno.

De esta forma, al describir los trastornos psicofisiológicos no se hace referencia a un grupo distinto de enfermedades, sino a aquellas alteraciones físicas que son precipitadas, agravadas o prolongadas por factores psicológicos: "...esta categoría puede

utilizarse para cualquier trastorno físico en el que los factores psicológicos sean considerados importantes. Puede utilizarse para describir alteraciones que en el pasado se han conocido con el nombre de "psicosomáticas" o "psicofisiológicas"..." (D.S.M. III-R, pág, 317). Entre los ejemplos comunes de enfermedades físicas en las que esta categoría puede ser apropiada se incluyen los siguientes: obesidad, cefaleas de tensión, migraña, angor pectoris, dismenorrea, dolor sacroilíaco, neurodermatitis, acné, artritis reumatoide, asma, taquicardia, arritmia, úlcera gastroduodenal, cardiopasma, pilorospasmo, náuseas y vómitos, colitis ulcerosa y poliaquiuria.

A partir del DSM III (DSM III-R) la American Psychiatric Association (APA) recoge la idea de que los factores psicológicos tienen un papel de gran relevancia en la mayoría de las enfermedades. Con la adopción, por parte de la APA, de este nuevo sistema se pretende evitar la consideración de un determinado trastorno o enfermedad como exclusivamente psicológico u orgánico.

La relación entre las respuestas del sistema fisiológico y los trastornos psicofisiológicos ha sido punto de partida de muchas teorías explicativas sobre su génesis. Entre las distintas emociones van a destacar la ansiedad y la ira. Por lo general, estos modelos van a suponer que para que se desarrolle y mantenga un trastorno psicofisiológico, son necesarios dos factores: un primer factor de predisposición individual, por el cual un individuo tiende a tener mayor reactividad fisiológica en una determinada respuesta; más un segundo factor, de activación fisiológica intensa y crónica, como por ejemplo, el mantener niveles altos de ansiedad o ira.

Desde hace años venimos investigando en las características del perfil de respuesta de sujetos con diferentes trastornos psicofi-

siológicos (hipertensión, asma, úlcera gástrica, dolores de cabeza, dermatitis, etc.) Por lo general, los resultados que hemos obtenido son bastante consistentes, e indican que los sujetos que presentan estos trastornos tienen niveles más altos de ansiedad que sus correspondientes grupos control, equiparados en edad y sexo. Si analizamos su perfil de respuesta de ansiedad en el ISRA (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1986, 1988, 1994), comprobamos que hay un predominio del sistema fisiológico frente al sistema cognitivo y el motor; a su vez, se da también un predominio de mayores respuestas de ansiedad en situaciones de evaluación y en situaciones cotidianas. El predominio del sistema fisiológico claramente está relacionado con el factor de activación fisiológica a que hacen referencia los modelos teóricos, mientras que el predominio de ansiedad en situaciones cotidianas está más relacionado con el factor de cronicidad o mantenimiento de la activación a lo largo del tiempo (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1990, 1991; Cano-Vindel y Fernández Rodríguez, 1999).

Pero además de presentar estos perfiles característicos en sus manifestaciones de ansiedad, las personas con trastornos psicofisiológicos suelen presentar niveles más altos de ira. Así, por ejemplo, los sujetos con hipertensión esencial tienen niveles más altos de ira interna que el correspondiente grupo control (Miguel-Tobal et al., 1997); a su vez, los pacientes con asma presentan niveles más altos de ira externa que las personas sin asma (Cano-Vindel y Fernández Rodríguez, 1999). La ira también ayudaría a mantener niveles altos de activación fisiológica.

En algunos individuos la alta activación fisiológica no va acompañada de experiencia emocional. Tal es el caso de los sujetos con altas puntuaciones en alexitimia o el de los individuos que presentan un marcado

estilo represivo de afrontamiento. En ambos casos existe una cierta tendencia hacia una mayor propensión a desarrollar trastornos psicofisiológicos.

La alexitimia supone una dificultad a la hora de reconocer las experiencias emocionales. Los individuos con alexitimia presentan fuertes niveles de activación fisiológica, pero carecen de conocimientos sobre emociones para etiquetar su estado como un estado emocional. El malestar psicológico que sufren tienden a etiquetarlo como enfermedad física y tienden a desarrollar una mayor proporción de trastornos psicofisiológicos (Martínez-Sánchez, Ortiz y Ato, 2001).

Los sujetos con estilo represivo de afrontamiento no tienen conciencia de su alta activación fisiológica y se perciben a sí mismos como individuos relajados, calmados y tranquilos, cuando en realidad no lo son, ni lo están (Cano-Vindel, Sirgo y Díaz Ovejero, 1999). Estos individuos presentan bajas puntuaciones en los tests de ansiedad (evaluación mediante autoinforme), pero en cambio presentan una alta activación fisiológica (evaluación mediante registro fisiológico). Esta alta activación fisiológica mantenida es un factor de vulnerabilidad para desarrollar con mayor probabilidad trastornos psicofisiológicos. En el laboratorio, ante tareas estresantes de una prueba de reactividad cardiovascular, los sujetos con mayores puntuaciones en Ocultación-Defensa de emociones negativas (CDE, Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1996), presentan una mayor reactividad cardiovascular en la respuesta de presión arterial diastólica (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1999).

El estilo represivo de afrontamiento también es un factor que puede introducir un cierto grado de inmunodepresión (Cano-Vindel, del Rosal, Sirgo, Pérez Manga y Miguel-Tobal, 1999). La alta activación fi-



siológica mantenida en el tiempo puede provocar alteraciones en el Sistema Inmune que vuelven al individuo más vulnerable a las enfermedades infecciosas o a las enfermedades de tipo inmune. Así por ejemplo, los pacientes con cáncer que presentan estilo represivo de afrontamiento tienen una menor esperanza de vida (Cano-Vindel, Sirgo y Díaz-Ovejero, 1999).

En fin, a lo largo de estas palabras hemos querido ilustrar algunas formas de relación entre emociones y salud. En ellas hemos querido destacar que las emociones son reacciones naturales, universales y que tienen un alto poder adaptativo, pero también hemos querido señalar que esas mismas reacciones, cuando son demasiado intensas y/o frecuentes, cuando se mantienen en esos altos niveles durante mucho tiempo, pueden provocar alteraciones en la salud. Ya sólo nos queda hacer un breve resumen sobre cuáles pueden ser los caminos por los que las emociones negativas llegan a alterar nuestra salud.

En primer lugar, las emociones negativas, las reacciones de ansiedad, de tristeza-depresión y de ira que alcanzan niveles demasiado intensos, o frecuentes, cuando se mantienen en el tiempo, por sus propiedades motivacionales, tienden a producir cambios en la conducta, de manera que se olvidan los hábitos saludables (ejercicio físico, etc.) y se desarrollan conductas adictivas (tabaquismo, etc.), o que ponen en peligro nuestra salud. Por ejemplo, existe relación positiva entre ansiedad y consumo de tabaco, así como entre tabaquismo y cáncer. Igualmente, existe relación entre ansiedad social y alcoholismo.

En segundo lugar, estas reacciones emocionales mantienen niveles de activación fisiológica intensos, que pueden deteriorar nuestra salud si se cronifican. Así, los pacientes con hipertensión esencial, asma, cefaleas crónicas, o diferentes tipos

de dermatitis, presentan niveles más altos de ansiedad y de ira que la población general. Se considera que la alta activación fisiológica mantenida en el tiempo es un factor que puede desencadenar y mantener una disfunción orgánica. A su vez, la disfunción orgánica o trastorno psicofisiológico puede provocar mayores niveles de emocionalidad negativa, que a su vez implicará niveles más altos de activación fisiológica.

En tercer lugar, esta alta activación fisiológica puede estar asociada a un cierto grado de inmunodepresión, lo que nos vuelve más vulnerables al desarrollo de enfermedades infecciosas (como la gripe, herpes, etc.) o de tipo inmunológico. Así, por ejemplo, los individuos con más ansiedad a los exámenes presentan un mayor grado de vulnerabilidad ante el virus de la gripe, en época de exámenes, que los individuos con baja ansiedad a los exámenes.

En cuarto lugar, la supresión o control de estas emociones negativas puede acarrear altos niveles de activación fisiológica y un cierto grado de inmunosupresión. Los individuos que no tienen experiencia emocional negativa, pero mantienen altos niveles de activación fisiológica, son más vulnerables a los trastornos psicofisiológicos y a las enfermedades relacionadas con el sistema inmune.

El corolario que se puede extraer de todo ello es evidente: si entrenamos a los pacientes mediante técnicas cognitivo-conductuales que les ayuden a disminuir su activación fisiológica, a reducir el malestar psicológico y a facilitar la expresión emocional, conseguiremos mejorar su salud. En efecto, en ámbitos tan diferentes como los estudios sobre ansiedad prequirúrgica o los estudios sobre psico-oncología se encuentra que el entrenamiento en estas técnicas ayuda a los pacientes, reduciendo no sólo su malestar psicológico, sino que se reduce también el tiempo de estancia en el hospital

tras la intervención quirúrgica, e incluso se aumenta la esperanza de vida de los pacientes oncológicos.

## Referencias bibliográficas

- Cano Vindel, A. y Miguel Tobal, J.J. (1991). Valoración y afrontamiento en sujetos normales y psicósomáticos. Comunicación presentada al II Congreso Internacional "Latini Dies". Sitges, 2-4 mayo.
- Cano-Vindel, A. (1989): *Cognición, emoción y personalidad: Un estudio centrado en la ansiedad*. Madrid: Universidad Complutense.
- Cano-Vindel, A. (1995). Orientaciones en el estudio de la emoción. En E. G. Fernández-Abascal (Ed.). *Manual de Motivación y Emoción*. Madrid: Ed. Ramón Areces.
- Cano-Vindel, A. (1997). Teorías de la emoción. En E.G. Fernández-Abascal (Ed.) *Manual de Introducción a la Psicología. Motivación y Emoción*. Madrid: Ed. Ramón Areces.
- Cano-Vindel, A. y Fernández Rodríguez, J.C. (1999). Perfiles de ira y ansiedad en el asma bronquial. *Ansiedad y Estrés*, 5, 25-35.
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J.J. (1990). Diferencias entre sujetos normales y psicósomáticos en el patrón de respuestas de ansiedad ante diferentes tipos de situaciones ansiógenas. En C.O.P. (Ed.) *Libro de Comunicaciones del II Congreso del COP. Área 5. Psicología y Salud. Psicología de la Salud*. Madrid: COP (pp 62-67).
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J.J. (1994)(Eds.). *Psicología, Medicina y Salud*. (Número monográfico de la revista *Ansiedad y Estrés*, vol 0).
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J.J. (1995). Perfiles diferenciales de los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 1, 35-58.
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J.J. (1996). *Inventario de Control, Defensa y Expresión de Emociones Negativas (CDE)*. No publicado.
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J.J. (1999). Anxiety, anger and cardiovascular reactivity. Comunicación presentada en *20th International Conference of the Stress and Anxiety Research Society, STAR*. Cracow, Polland, July 12-14.
- Cano-Vindel, A., del Rosal, M.A., Sirgo, A., Pérez Manga, G. y Miguel-Tobal, J.J. (1999). Ansiedad, control-expresión de emociones y variables hematólogicas en mujeres con cáncer de mama. Poster presentado en el *I Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud*. Granada, 25-27 de Noviembre.
- Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J.J., González, H. e Iruarrizaga, I. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de Psicología*, 10(2), 145-156.
- Cano-Vindel, A., Sirgo, A. y Díaz Ovejero, M.B. (1999). Control, defensa y expresión de emociones: relaciones con salud y enfermedad. En Fernández-Abascal, E.G. y Palmero, F.(1999). *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel
- Fernández-Abascal, E.G. y Palmero, F. (1999). *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel
- Friedman, E. S. y Thase, M. E. (1995). Trastornos del estado de ánimo. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal y Carrobles, J. A. (dirs.). *Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos*. Vol. 1. Madrid: Siglo XXI. Editores, S.A.
- Lefcourt, H.M. y Martin, R.A. (1986). *Humor and life stress: An antidote to adversity*. New York: Springer-Verlag.
- Lipp, M.R., Looney, J.G. y Spitzer, R.L. (1977). Classifying psychophysiological disorders: A new idea. *Psychosomatic Medicine*, 39, 285-287.
- Martínez-Sánchez, F. y Fernández Castro, J. (1994). Emoción y Salud. Desarrollos en Psicología Básica y Aplicada. Presentación del Monográfico. *Anales de Psicología*, 10(2), 101-110.
- Martínez-Sánchez, F., Ortiz, B. y Ato, M. (2001). Subjective and autonomic stress responses in alexithymia. *Psychothema*, 13(1), 63-68.
- Miguel-Tobal, J.J. y Cano-Vindel, A. (1986). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA-*. Madrid: TEA Ediciones (20 Ed, 1988; 30 Ed, 1994).
- Miguel-Tobal, J.J. y Cano-Vindel, A. (1992). Anxiety, anger, and heart disease. *13th International Conference of STAR*. Leuven, 17-18 July.
- Miguel-Tobal, J.J. y Casado, M.I. (1994). Emociones y trastornos psicofisiológicos. *Ansiedad y Estrés*, 0, 1-13.
- Miguel-Tobal, J.J., Casado, M.I., Cano-Vindel, A. y Spielberger, C.D. (1997). El estudio de la ira en los trastornos cardiovasculares mediante el empleo del Inventario de Expresión de Ira Es-

- tado-Rasgo -STAXI- *Ansiedad y Estrés*, 3(1), 5-20.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M., y 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 & Social Psychology*, 54, 520-525.
- Robins, L. N., Helzer, J., Weissman, M. M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J. D. y Regier, D. A. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 949-958.
- Sanz, J. (1991): The specific traits of Anxiety in the Anxiety Situations and Responses Inventory (ISRA): construct validity and relationship to depression. *Evaluación Psicológica / Psychological Assessment*, 2, 149-173.
- Schmidt-Atzert, L. (1985). *Psicología de las emociones*. Barcelona: Herder.
- Vázquez, C. (1990). Trastornos del estado de ánimo: aspectos clínicos. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (eds.), *Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría*. Vol.II. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Villagrán, J. M. (1996). *La depresión*. Madrid: Aguilar.
- Wittkower, E.D. y Dudek, S.Z. (1973). Psychosomatic medicine: The mind-body-society interaction. En B. Wolman (Ed.), *Handbook of general psychology*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.