

## Emociones y salud\*

Jordi Fernández Castro  
Silvia Edo  
*Universitat Autònoma de Barcelona*

*En este artículo se plantea la relación entre las emociones humanas y la salud. Se explica que las emociones no influyen en la salud a través de un único mecanismo, sino que pueden ejercer esta influencia de varias maneras distintas que, además, inciden en diferentes momentos del proceso de enfermar. De esta manera se muestra que: a) las emociones negativas constituyen un riesgo para la salud; b) los estados emocionales crónicos afectan a los hábitos de salud; c) los episodios emocionales agudos pueden agravar ciertas enfermedades; y d) las emociones pueden distorsionar la conducta de los enfermos. Finalmente, se expone la necesidad de la investigación sistemática sobre los procesos psicológicos de las emociones y se propone un modelo de laboratorio basado en el concepto de interrupción de conducta para el estudio de los cambios en potenciales evocados cerebrales, expectativas, respuestas vegetativas y conducta que configuran los estados emocionales.*

Palabras clave: *Emociones, salud, estrés.*

*This article examines the relationship between human emotions and health. It is argued that emotions do not influence health in a single way but in many different ways. What is more, this health-emotion connection can occur in different moments along the illness process. Four points are mentioned: a) negative emotions can be an important health risk; c) chronic emotional states change health practices; c) acute emotions could affect illness' severity and chronicity; and d) emotions, specially anxiety, can alter sick people behaviour. Finally we claim the need of progress in research on psychological processes of emotions and suggest a laboratory model based on behaviour break-in to study changes in brain evoked potentials, expectations, vegetative responses and behaviour which form emotional states.*

Key words: *Emotions, Health, Stress.*

\* Este trabajo ha sido realizado gracias a la ayuda PB89-0312 de la Dirección General de Investigación Científica y Técnica del Ministerio de Educación y Ciencia.

Dirección de los autores: Jordi Fernández Castro, Silvia Edo. Universitat Autònoma de Barcelona, Unitat de Psicologia Bàsica. Apartat postal 29. 08193 Bellaterra (Barcelona) España.

Este trabajo trata de la íntima relación existente entre las emociones humanas y la salud. Creemos que esta idea está suficientemente demostrada pero que, también, tiene aún que superar algunos escollos importantes antes de dar todos los frutos prácticos que entraña.

Muy posiblemente, la principal dificultad para el desarrollo práctico de esta idea reside en el gran contraste entre lo tangible y concreto de un diagnóstico médico y lo subjetivo, cambiante e inaprensible con que aparecen las emociones humanas para las personas no familiarizadas con las técnicas psicológicas. De esta manera, la relación entre emociones y salud aflora en forma de observaciones casuales y anecdóticas, pero de las que es muy difícil extraer conclusiones claras para poder intervenir de manera sistemática en las emociones con el fin de conseguir mejoras sustanciales en la salud.

Richard Lazarus (1985) ha plasmado certeramente otra dificultad para el progreso del estudio de las emociones y su impacto en la salud con la expresión *la frivolidad de la angustia*. Lazarus se queja de que, demasiado a menudo, se supone que la aflicción y la tristeza que producen los avatares graves de la vida, especialmente las enfermedades, son un producto de un fallo personal, de una falta de entereza ante las dificultades o sencillamente de una debilidad de carácter. La consecuencia de este punto de vista es que se coloca a los afligidos la etiqueta de débiles o, como máximo, dignos de compasión, y se desdeña la posibilidad de tratar la aflicción y la angustia como objetivo prioritario dentro de un tratamiento integral del enfermo.

Finalmente, hay una tercera dificultad que proviene de la propia práctica médica que asume, no sin razón, que hay que actuar buscando el beneficio mayor para el enfermo, el cual no sería otro que curar y, en último término, salvar la vida, aunque para ello fuera necesario infringir, como mal menor, dolor, sufrimiento y zozobra en los enfermos.

Respecto a esta tercera dificultad, habría que puntualizar que también es cierto que, a igualdad de expectativas de curación desde un punto de vista biomédico, sería preferible aquella actuación que infrinja menos sufrimiento y quebranto de la calidad de vida. Pero lo que nos interesa realmente es hacernos la siguiente pregunta: *¿Hasta qué punto ocuparse de las emociones de los enfermos incrementa, además, sus perspectivas de curación?*

El objetivo de este trabajo es demostrar que se está avanzando mucho en la investigación dirigida a determinar el impacto de las emociones en la salud. El conocimiento obtenido hasta ahora ofrece unas bases, quizás reducidas pero indiscutiblemente sólidas, para poder desarrollar intervenciones psicológicas que influyan en las emociones humanas y conseguir, así, mejorar significativamente la salud.

### **¿Cómo influyen las emociones en la salud?**

Las emociones no influyen en la salud a través de un único mecanismo, sino que pueden ejercer esta influencia de varias maneras distintas que, además,

inciden en diferentes momentos del proceso de enfermar. Vamos a exponer, ahora, algunas de estas vías de influencia que han pasado de ser meras suposiciones a hechos comprobados, dando preferencia a las investigaciones realizadas en nuestro medio cultural más inmediato.

### *Las emociones negativas constituyen un riesgo para la salud*

Posiblemente, la vía de acción de las emociones sobre la salud más conocida es el Síndrome General de Adaptación, descubierto por Hans Selyé (1936, 1956), normalmente conocido como estrés. A partir de los trabajos pioneros de Selyé, se han ido descubriendo los mecanismos neuroendocrinos que se ponen en funcionamiento ante diversos tipos de agresiones y amenazas para el individuo, tanto físicas como psicológicas. El desarrollo de este síndrome, cuando se convierte en crónico, representa un aumento de la vulnerabilidad, entendida de una manera inespecífica, ante las enfermedades.

El estrés debido a hechos vitales como la muerte del cónyuge, quedarse sin trabajo o tener que cambiar de lugar de residencia (González de Rivera y Morera, 1983) o las pequeñas dificultades cotidianas acumuladas (Raich, Fernández Castro, Crespo y Colmenero, 1990) pueden llegar, pues, a representar un factor a tener en cuenta para prevenir la aparición de diversas enfermedades.

La aparición, a principios de la pasada década, de la psiconeuroinmunología ha aportado nuevos datos que confirman que las situaciones ambientales y sociales capaces de inducir estrés tienen un impacto apreciable en la competencia del sistema inmune de las personas que experimenten estados emocionales crónicos de carácter negativo (Bayés, 1991; Borrás, Casas, Roldán, Bayés y Cuchillo, 1988).

Los efectos neuroendocrinos e inmunitarios del estrés no constituyen un agente patógeno concreto, sino que representan un riesgo inespecífico que hace a las personas más vulnerables ante las enfermedades en general.

Por el contrario, algunas tendencias emocionales permanentes pueden llegar a ser factores específicos de riesgo para enfermedades concretas. La hipótesis de una relación específica entre un tipo de emoción y un tipo de enfermedad halló su primera comprobación empírica con el trabajo de Rosenman y sus colaboradores acerca del denominado patrón A de conducta y el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares (Rosenman, Brand, Scholtz y Friedman, 1976; Pérez y Martínez, 1984; Valdés y de Flores, 1985). El patrón A de conducta consiste en una tendencia a actuar caracterizada por la impaciencia, la actividad intensa, la ambición, la hostilidad y la competitividad. Las personas que muestran este tipo de conducta tienen el doble de posibilidades de padecer una enfermedad coronaria que el resto de personas.

### *Los estados emocionales crónicos afectan a los hábitos de salud*

Los efectos orgánicos de las emociones no agotan las vías por las que pue-

de verse afectada la salud. Por ejemplo, se ha demostrado que parte de los efectos negativos que tiene el estrés sobre la salud proviene del hecho de que las personas sometidas a estrés, especialmente de tipo laboral, tienen unos hábitos de salud peores que las personas que no sufren estrés (Wiebe y McCallum, 1986).

En un estudio reciente (Fernández Castro, Doval, Edo y Santiago, 1993) hemos podido corroborar este efecto. En una muestra de 1346 maestros, se observó que los más afectados por el estrés docente tenían unas puntuaciones significativamente inferiores en hábitos de salud. En el cuestionario utilizado se contemplaron cuatro factores principales: *a*) ejercicio físico, *b*) precauciones (ante contagios, enfriamientos, accidentes, etc.); *c*) condiciones generales (evitar realizar ciertas actividades cuando no se está en condiciones para ello: no dormir por trabajar u otra razón, comer rápido si se tiene prisa, conducir mientras se está pendiente de los problemas del día, etc.); y *d*) hábitos alimentarios. Esta relación no se da tan sólo en su aspecto negativo, o sea que las personas que padecen estrés se cuidan menos; sino también en el positivo, es decir que aquellos maestros que se mostraban significativamente menos agobiados por el estrés docente tenían mejores hábitos de salud que el promedio de la muestra.

### *Los episodios emocionales agudos pueden agravar ciertas enfermedades*

Aparte del riesgo en la aparición de enfermedades, las emociones también inciden en su curso, tal y como se ha podido observar en, por ejemplo, las cefaleas (Planes, 1992; Köhler y Haimerl, 1990), el asma (De Pablo, Picado, Martín y Subirá, 1988) o la diabetes (Lázaro, De Pablo, Goday, Raimon y Pujolar, 1991), entre otras. Las convulsiones emocionales, en estos casos, pueden precipitar el inicio de una crisis o el agravamiento de la condición patológica. En este caso las emociones afectan al desarrollo de la enfermedad, y no a su inicio, pero de una manera que puede llegar a ser decisiva, bien para determinar el grado de incapacitación y deterioro de la calidad de vida producida por este tipo de enfermedades, bien para producir que algunas crisis esporádicas o ciertas alteraciones temporales se conviertan en verdaderas enfermedades crónicas (Penzo, 1990).

### *Las emociones pueden distorsionar la conducta de los enfermos*

Para poder prestar una atención integral a la salud, es necesario añadir al aspecto fisiopatológico del enfermar su dimensión psicológica y social; por esta razón la conducta del enfermo es una parte integrante de la propia enfermedad. El grado de información acerca de la salud, el apoyo y protección familiar, la relación con el médico y el personal sanitario, y el cumplimiento de las prescripciones configuran unas pautas de actuación inseparables de la propia enfermedad. En este caso las emociones pueden distorsionar la conducta del paciente y hacer que tome decisiones o adopte actitudes que, en realidad, dificultan el proceso de curación.

Un caso paradigmático, que puede servir de ejemplo de muchos otros, es

el de los enfermos oncológicos sometidos a quimioterapia (Blasco, 1992; Font, 1990). La aversión y la angustia producidas por los efectos secundarios de este tipo de terapia pueden llegar a hacer que los pacientes la abandonen, con lo que se evita un daño inmediato —por ejemplo, las náuseas y la angustia producidas por la propia terapia—, para exponerse a un daño seguro pero menos perceptible y más lejano en el tiempo —el progreso de la enfermedad—.

### Las emociones pueden ser estudiadas de forma sistemática

Realmente, se puede llegar a la conclusión de que sabemos mucho más acerca de cómo las emociones *perjudican* a la salud, que sobre cómo las emociones pueden llegar a beneficiarla. De todas maneras, no deja de ser un buen punto de partida que la reducción de las emociones negativas tenga efectos muy positivos. Valga para ello un ejemplo: una corta entrevista previa a una intervención quirúrgica puede llegar a reducir el tiempo de hospitalización posterior a la intervención (Moix, Casas, López, Quintana, Ribera y Gil, 1993).

Nuestra opinión es que se necesita saber más acerca de los orígenes y la naturaleza de las emociones humanas y, sobre todo, de cómo las personas manejan sus propios afectos. Estamos convencidos de que para alcanzar este objetivo es imprescindible la conjunción del progreso de la investigación sistemática de laboratorio con el perfeccionamiento de las teorías psicológicas de las emociones. De esta manera, se podría pasar de la mera constatación de las diferentes formas en las que las emociones afectan a la salud, a poder ayudar a las personas a controlar sus emociones para mejorar su salud.

El progreso de la investigación sobre las emociones depende en gran medida de las ideas generales que se tengan sobre éstas como hechos psicológicos. Durante mucho tiempo, se ha considerado a las emociones bien como reacciones puntuales a situaciones externas, bien como rasgos internos de la personalidad. Actualmente, se ha abierto el panorama de la investigación psicológica sobre las emociones gracias a verlas como el producto de la interacción continua entre las personas y su entorno físico y social (Lazarus y Folkman, 1986; Fernández Castro, 1986). Por ejemplo, la ansiedad depende tanto o más de los recursos de las personas para hacer frente a situaciones de amenaza, que de los estímulos amenazadores exclusivamente (Fernández Castro, Torrubia, Carasa y Tobeña; 1988).

Nuestra manera de enfocar esta cuestión se basa, precisamente, en el concepto de interacción continua con el entorno. Pensamos que los estados emocionales son originados por la interrupción de este flujo continuo de interacción; de esta manera las emociones dependen tanto de la naturaleza de esta condición disruptora como de la conducta que es interrumpida.

La interrupción de la conducta estable no presupone que sea un hecho necesariamente negativo, la alegría producida por una buena noticia inesperada es, también, un estado emocional producido por la interrupción. Creemos que la interrupción produce estrés y emociones negativas cuando impide cumplir con

los criterios personales de ajuste, que son los criterios de efectividad que, de hecho, siempre acompañan de manera implícita cualquier conducta y definen, de forma particular para cada individuo, las características que ha de reunir el entorno para ser satisfactorio (Fernández Castro; 1988; 1990).

Aplicando nuestro análisis al estrés producido por una enfermedad, diríamos que la cuestión no está únicamente en la gravedad de la enfermedad o en el dolor que se puede sufrir, sino en la manera en que la enfermedad distorsiona la vida de quien la padece y hasta qué punto es un impedimento para su desarrollo personal, familiar, laboral, etc.

A partir de estas ideas hemos desarrollado un modelo de laboratorio que permite estudiar las emociones y el estrés, que puede ser especialmente interesante para analizar su impacto sobre la salud (Fernández Castro, Doval y Edo, 1991; Edo, 1991; Edo, en prensa). Este modelo se basa en una tarea de memoria presentada automáticamente por ordenador. Los sujetos, que eran jóvenes voluntarios y sanos, debían reconocer palabras y dibujos y decir si los habían visto en una lista que se había presentado previamente. Durante la realización de esta tarea se registraba tanto los potenciales evocados cerebrales como la frecuencia cardíaca. Asimismo, se registraba la expectativa de éxito antes de cada ensayo así como si el reconocimiento había sido correcto.

A los sujetos se les indicaba la puntuación que supuestamente habían conseguido junto con una puntuación que se hacía pasar como estándar o de referencia. En realidad estas puntuaciones eran falsas e iguales para todos los individuos. Este procedimiento experimental permite mostrar el gran impacto en el sistema nervioso central (potenciales evocados) y vegetativo (aceleración de la frecuencia cardíaca), subjetivo (expectativas de fracaso) y conductual (rendimiento real) que tiene la discrepancia entre los resultados propios percibidos y los que se supone que se deben conseguir (criterios personales de ajuste).

Las conclusiones generales de estos trabajos son: en primer lugar, que se pueden reproducir en el laboratorio estados emocionales a partir de los cambios inducidos en la comparación entre la conducta propia y los criterios de ajuste y, en segundo lugar, que los potenciales evocados cerebrales (cambios en la onda P300) pueden ser unos indicadores válidos y objetivos de estos estados emocionales, ya que están relacionados tanto con la apreciación subjetiva de fracaso, como con la activación vegetativa y los esfuerzos realizados para superar el fracaso inducido experimentalmente.

## Conclusiones

Para acabar, vamos a destacar seis beneficios, de entre otros muchos posibles, que creemos que está demostrado que se derivarían de prestar una pequeña atención a las emociones de las personas enfermas:

- Evitar el rechazo a la información acerca de la salud.
- Evitar parte de los efectos nocivos del estrés.

- Evitar el rechazo a las terapéuticas invasivas o cruentas.
- Favorecer los mecanismos curativos naturales propios.
- Favorecer los hábitos saludables.
- Favorecer la búsqueda de información sobre salud.

En todo caso, parece justificado seguir explorando la posibilidad de estudiar, de manera sistemática, las posibilidades de las emociones positivas del propio enfermo como factores curativos. Los beneficios que se derivarían de su confirmación son tan grandes que vale la pena dejarse llevar por lo que en algunas ocasiones puede parecer, tan solo, una vana ilusión bienintencionada.

Las maneras de seguir investigando en este campo apuntan en dos direcciones diferentes, pero que deberían estar interrelacionadas: la primera la observación de las emociones cotidianas de las personas, sanas o enfermas, y su relación con los cambios en su salud. La segunda el estudio experimental de las emociones donde se puedan generar de manera controlada análogos de estados emocionales para estudiar su impacto físico y los factores que permiten a los sujetos manejarlas.

## REFERENCIAS

- Bayés, R. (1991). Psiconeuroinmunología. En J.L. González de Rivera (Ed.), *Medicina Psicosomática* (pp. 41-46). *Monografías de Psiquiatría*, 3 (3). Madrid: JARPYO.
- Borrás, F.X., Casas, J.M., Roldán, R.M., Bayés, R. y Cuchillo, C.M. (1988). Estrés y estimulabilidad linfocitaria. *Psiquis*, 10, 360-365.
- Blasco, T. (1992). Tratamientos psicológicos de la náusea y el vómito inducidos por la QT en pacientes de cáncer. *Revista de Psicología de la Salud*, 4 (1), 41-61.
- De Pablo, J., Picado, C., Martín, M.J. y Subirá, S. (1988). Asma bronquial y medicina conductual. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Sexología*, 8, 35-39.
- Edo, S. (1991). *Efectos de una situación de interrupción sobre las respuestas biológicas y psicológicas: Un modelo experimental del estrés humano*. Tesis doctoral no publicada, Universitat Autònoma de Barcelona.
- Edo, S. (en prensa). El estrés humano desde un punto de vista relacional: Un modelo de laboratorio. *Revista Latinoamericana de Psicología*.
- Fernández Castro, J. (1986). Modelos de condicionamiento en la ansiedad. En A. Tobeña (Ed.), *Trastornos de Ansiedad. Orígenes y Tratamiento* (pp. 41-56). Barcelona: Alamex.
- Fernández Castro (1988). Afrontamiento del estrés y Salud: Una aportación para establecer definiciones, criterios de medida y estrategias de investigación. En J. Santacreu (Ed.), *Modificación de Conducta y Psicología de la Salud* (pp. 241-247). Valencia: Promolibro.
- Fernández Castro (1990). *Un análisis del afrontamiento al estrés*. En H. Carpintero y M. Carretero (Eds.), *II Congreso del COP. Área 6: Psicología Teórica* (pp. 243-246). Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Fernández Castro, J., Doval, E. y Edo, S. (1991). *Emociones y estrés*. Comunicación presentada al II Congreso Internacional «Latini Dies». Sitges (Barcelona), 2-4 de mayo.
- Fernández Castro, J., Doval, Edo, S. y Santiago, M. (1993). *L'estrés docent dels mestres de Catalunya*. Departament d'Ensenyament de la Generalitat. Barcelona.
- Fernández Castro, J., Torrubia, R., Carasa, P. & Tobeña, A. (1988). Comparison of Two Flooding Procedures in Reducing Avoidance and Skin Conductance Responses in Human Volunteers. *Behavior Therapy*, 19, 55-65.
- Font, A. (1990). Náuseas anticipatorias y condicionamiento clásico. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 43, 483-490.
- González de Rivera, J.L. y Morera, A. (1983). La valoración de sucesos vitales: La adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*, 4, 7-11.
- Köhler, Th. & Haimerl, C. (1990). Daily stress as a trigger of migraine attacks: Results of thirteen single-subjects studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 870-872.
- Lázaro, L., De Pablo, J., Goday, A., Raimon, J.L. y Pujolar D. (1991). *Diabetes y parámetros psicológi-*

- cos. Comunicación presentada al II Congreso Internacional «Latini Dies». Sitges (Barcelona), 2-4 de mayo.
- Lazarus, R.S. (1985) The Trivialization of Distress. In J.C. Rosen & L.J. Solomon, *Prevention in Health Psychology* (pp. 279-298). Hanover (USA): University Press of New England.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca. (Original 1984.)
- Moix, J., Casas, J.M., López, E., Quintana, C., Ribera, C. y Gil, A. (1993). Facilitación de la recuperación postquirúrgica a través del suministro de información y del apoyo psicológico. *Control de la Calidad Asistencial*, 8, 13-17.
- Penzo, W. (1990). *Psicología Médica*. Barcelona: Salvat.
- Pérez, M. y Martínez, J.R. (1984). El tipo A de personalidad: un factor de riesgo en la enfermedad coronaria. *Medicina Clínica*, 82 (17), 759-763.
- Planes, M. (1992). Influencia del estrés en el padecimiento de la migraña. *Anuario de Psicología*, 54, 97-108.
- Raich, R.M., Fernández Castro, J., Crespo, P. y Colmenero, J. (1990). *Estrés cotidiano: evaluación e impacto en la salud*. En J. Rodríguez Marín (Ed.), II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Comunicaciones. Área 5: Psicología y Salud (pp. 76-78). Madrid: COP.
- Rosenman, R.H., Brand, R.J., Sholtz, R.I. & Friedman, M. (1976). Multivariate Prediction of Coronary Heart Disease During 8.5 Year Follow-Up in the Western Collaborative Group Study. *The American Journal of Cardiology*, 37, 903-910.
- Selyé, H. (1936). A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents. *Nature*, 138, 32.
- Selyé, H. (1956). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill.
- Valdés, M. y Flores, T. de (1985). *Psicobiología del Estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Wiebe, D.J. & McCallum, D.M. (1986). Health Practices and Hardiness as Mediators in the Stress-Illness Relationship. *Health Psychology*, 5 (5), 425-438.