

Influencia de las emociones en la salud. Abordaje desde la consulta de Enfermería

Autor: Gómez-Escalonilla Lorenzo, Maria Soledad (Graduada en Enfermería, Enfermera).

Público: Enfermería. **Materia:** Psicología. **Idioma:** Español.

Título: Influencia de las emociones en la salud. Abordaje desde la consulta de Enfermería.

Resumen

La influencia de las emociones en la salud es un tema con poca difusión entre los profesionales sanitarios. Objetivo: Conocer las investigaciones sobre la influencia del manejo emocional en la salud. Metodología: Revisión narrativa de la evidencia disponible en los últimos 5 años. Desarrollo: Las alteraciones de la salud sobre las que existe evidencia de la influencia de las emociones son trastornos cardiovasculares, asma, trastornos endocrinos, dolor, enfermedades neurológicas y alteraciones de salud mental. Las estrategias utilizadas son técnicas de relajación, musicoterapia y psicoterapia grupal. Conclusiones: El desarrollo de la dimensión emocional es un factor protector para pacientes y profesionales.

Palabras clave: Emociones, Enfermedad, Salud, Inteligencia emocional, Regulación emocional.

Title: The influence of emotions on health. Approach from the Nursing consultation.

Abstract

The influence of emotions on health is not very widespread in the health professionals. Objective: To know the latest research about the influence of emotional health management. Methodology: There was conducted a narrative review of the available evidence in the last 5 years. Development: The health disorders for which there is evidence of the influence of emotions are cardiovascular disorders, asthma, endocrine disorders, chronic pain, neurological diseases and mental health disorders. The most used strategies are relaxation techniques, music therapy and group psychotherapy. Conclusions: The development of the emotional dimension is a protective factor for patients and professionals.

Keywords: Emotions, Disease, Health, Emotional intelligence, Emotional regulation.

Recibido 2017-03-24; Aceptado 2017-03-29; Publicado 2017-04-25; Código PD: 082085

1. INTRODUCCIÓN.

Las emociones son reacciones psicofisiológicas de las personas ante situaciones relevantes, tales como aquellas que implican peligro, amenaza, daño, pérdida, éxito, novedad, etc. Estas reacciones son de carácter universal, bastante independientes de la cultura, y producen cambios en la experiencia afectiva (dimensión cognitivo-subjetiva), en la activación fisiológica (dimensión fisiológica-adaptativa) y en la conducta expresiva (dimensión conductual-expresiva) (1, 2).

El miedo, la ira, la tristeza, la alegría, la sorpresa y el asco son las llamadas emociones básicas, puesto que su expresión aparece en todos los individuos independientemente de sus características culturales, sociales, etc. 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. La correspondencia entre la emoción y su función son las siguientes: alegría-reproducción; miedo-protección; ira-destrucción/poner límites; tristeza-reintegración; asco-rechazo; sorpresa-exploración/alerta. Por tanto, las emociones tienen una función adaptativa, nuestro organismo se activa para responder a las demandas de nuestro entorno (1, 2).

Sin embargo, en ocasiones encontramos que algunas de estas emociones pueden transformarse en patológicas en algunos individuos, en ciertas situaciones, debido a un desajuste en su frecuencia, intensidad, adecuación al contexto, etc. Cuando esto se produce y se mantiene un cierto tiempo, puede sobrevenir un trastorno de la salud, tanto mental (trastorno de ansiedad, depresión, alteración del patrón del sueño, etc.), como físico (trastornos cardiovasculares, reumatológicos, inmunológicos, etc.) (1, 3-5).

En la actualidad existe consenso acerca de que los factores psicológicos pueden desempeñar un papel esencial en la historia natural de las enfermedades. Así, cualquier trastorno físico u orgánico suele implicar igualmente, y a distintos

niveles, alteraciones psicológicas. Y por otro lado, una regulación emocional inefectiva influye directamente sobre muchos aspectos de nuestro bienestar a nivel físico, psicológico y/o social. (1, 3-6)

La mayoría de las investigaciones llevadas a cabo para demostrar la influencia de las emociones en el proceso salud-enfermedad, se han centrado en el estudio de las llamadas emociones “negativas”: miedo-ansiedad, enfado-ira y tristeza-depresión. En los últimos años se ha añadido también el asco (1, 3-6).

El miedo y la ansiedad son las emociones que han generado mayor cantidad de investigación. 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 poder afrontar la situación o bien prepararse para la huida. La expresión patológica del miedo son los trastornos por ansiedad, que están relacionados con una respuesta desproporcionada e irracional ante un peligro inexistente. Es una de las reacciones que produce mayor cantidad de trastornos mentales, conductuales, emocionales y psicosomáticos. Por un lado, está la ansiedad adaptativa que nos prepara para aumentar nuestro rendimiento y por otro lado, la ansiedad excesiva que interfiere en la resolución de los problemas (1, 3).

Con respecto a las características del miedo podemos identificar tres niveles: fisiológico, subjetivo y conductual. A nivel fisiológico, el sistema nervioso autónomo (SNA) se activa rápidamente, de un modo automático e involuntario, al identificar una amenaza. Por ello, se produce una elevación de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial, una dilatación de los bronquios, una liberación de glucosa y un aumento de la tensión muscular. A la vez, el sistema neuroendocrino se activa de una forma más lenta, aunque sus efectos son más duraderos que los producidos por el SNA. Hay una liberación de cortisol que provoca un incremento del nivel de glucosa en sangre, se suprime el sistema inmunológico y aumenta el metabolismo de grasas, proteínas y carbohidratos. A nivel subjetivo, identificamos aprensión, desasosiego, malestar, preocupación por la propia seguridad y sensación de pérdida de control. Y por último, a nivel conductual, puede haber una reacción agresiva-defensiva de confrontación o bien una huida o distanciamiento de lo que consideramos un peligro. Es decir, se pueden desarrollar conductas efectivas de afrontamiento como la búsqueda de apoyo social o conductas no saludables como beber, fumar, mala adhesión al tratamiento, etc., que buscan aliviar el malestar físico o psicológico generado por la situación (1-3).

El enfado-ira es un remanente de energía que está destinado a aumentar nuestros recursos para resolver el problema que nos produjo enojo (1, 2). Hay una importante cantidad de investigaciones en las que se relaciona la expresión de esta emoción y las enfermedades cardiovasculares (3-5).

Las características de esta emoción a nivel fisiológico son la elevada actividad neuronal y muscular, junto con una reactividad cardiovascular intensa (elevación de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial). A nivel subjetivo, hay una sensación de energía e impulsividad, una necesidad de actuar de forma intensa e inmediata para solucionar lo que ha desencadenado el enfado. Se experimenta como una experiencia aversiva, desagradable e intensa. Las conductas observadas son aproximación al estímulo, objeto o situación. Se estrecha la visión de campo, puesto que se concentra la energía ante lo que se considera una amenaza. Se describen tres estilos de expresión del enfado-ira: la supresión de la ira (anger-in) en la que se reprime la expresión verbal o física, siendo la activación fisiológica muy alta. La expresión de la ira (anger-out) que supone conductas airadas verbal y/o físicamente. Y el control de la ira (anger-control), en esta se canaliza la energía hacia fines constructivos, tales como maximizar la posible resolución positiva del conflicto (1-5).

La tristeza-depresión aparece en situaciones de pérdida o separación, es un modo de conservar energía para poder hacer frente a una situación que requiere un período de adaptación. La tristeza adaptativa nos sume en un período de retiro y de duelo necesario para asimilar nuestra pérdida, un período en el que podemos ponderar su significado, llevar a cabo los ajustes psicológicos pertinentes y, al final, establecer nuevos planes que permitan que nuestra vida siga adelante. En cambio, la depresión sería una expresión desadaptativa de la tristeza, puesto que esta sensación se mantiene en el tiempo y además, es bastante común que aparezca asociada con altos niveles de ansiedad, lo que nos dificultaría el afrontamiento de la nueva situación (1, 2).

En la tristeza, a nivel fisiológico, se produce una disfunción central de la neurotransmisión, hay una descompensación de las monoaminas neurotransmisoras noradrenalina y serotonina, y también de la acetilcolina y de las endorfinas. El sistema neuroendocrino produce una actividad fisiológica elevada y sostenida que ocasiona un

ligero aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial. Además de una perturbación de los ritmos circadianos del cortisol. A nivel subjetivo, se siente desánimo, melancolía, desaliento y pérdida de energía. Por último, a nivel conductual, hay una reducción generalizada en la frecuencia de las conductas y una falta de motivación. En el sentido

positivo, supone un momento de reflexión que permite resolver los problemas al detalle, puesto que nos fijamos en hechos no observados anteriormente (1, 2).

Por último, el asco es la emoción menos estudiada. Aunque en los últimos años, han aparecido estudios en los que se relaciona con la psicopatología, así se ha correlacionado positivamente con la personalidad tipo obsesivo-compulsiva y con la personalidad tipo dependiente. También se ha encontrado un nexo entre el asco y distintas fobias; entre el asco y los trastornos de ansiedad y entre el asco y los trastornos de la alimentación (1).

A esta línea de investigación, se ha añadido otra en relación con los efectos en la salud de la psicología positiva. Esta fue desarrollada por Seligman a partir de 1998 y la define como la “identificación y el cultivo de las fortalezas más importantes de la persona y de su uso cotidiano en el trabajo, el amor, el ocio y la educación de los hijos”. Tener un buen estado de salud física o mental no sólo debe consistir en carecer de enfermedades o trastornos, sino en disfrutar de una serie de recursos y capacidades que permitan resistir adversidades. Hay varios estudios que demuestran que las emociones “positivas” o de agrado (felicidad/alegría, esperanza y amor) tienen un efecto protector en el individuo y el fomentarlas podría potenciar su salud al mismo nivel que el mostrado por otras actividades como el ejercicio físico, la alimentación saludable o dejar de fumar (7-9).

En las últimas décadas surgió un nuevo concepto en relación con la importancia del manejo de las emociones en la vida, la inteligencia emocional (IE), definida por Salovey y Mayer en 1990 como “la capacidad para supervisar los sentimientos y las emociones de uno mismo y de los demás, de discriminar entre ellos y de usar esta información para la orientación de la acción y el pensamiento propios”. Tras la aparición de este nuevo concepto, se realizaron un número importante de investigaciones que relacionaron niveles bajos de IE con ciertos problemas emocionales como la depresión, la ansiedad y ciertas conductas adictivas. De tal manera, que el manejo eficaz de las emociones es un buen factor protector frente a la aparición de trastornos psicológicos, ya que disminuye la vulnerabilidad al estrés y evita la aparición de estos trastornos. Por otra parte, se han llevado a cabo escasos estudios en los que se relaciona la IE y los problemas de salud física. En los trabajos realizados se ha relacionado niveles altos de IE con una menor intensidad del dolor postoperatorio y en general, todos las investigaciones realizadas indican que el desarrollo de la IE podría funcionar como un protector frente a acontecimientos estresantes o negativos, jugando un papel crucial en el proceso de adaptación del individuo ante la enfermedad (6, 10).

La influencia del manejo de las emociones en el proceso salud-enfermedad es un aspecto que demuestran los resultados de los estudios presentados (1, 3-10). Sin embargo, todavía es un tema a desarrollar, ya que, es muy raro encontrar programas preventivos que potencien las emociones positivas, hay poca difusión entre los profesionales sanitarios y es necesario más formación e investigación en la inclusión de la psicoterapia positiva en los distintos programas de salud (7-9). Además, son numerosos los autores que coinciden en plantear la necesidad en los profesionales sanitarios de potenciar aspectos como el conocimiento y comprensión de las emociones, la aceptación de uno mismo, la empatía y la capacidad de afrontar los problemas (6, 10-12). Es decir, el desarrollo de la competencia emocional en enfermería y otras profesiones sanitarias para así ser capaces de identificar los problemas asociados a un manejo ineficaz de las emociones y de actuar para que los usuarios consigan una regulación emocional más eficaz (6, 11, 12).

El primer objetivo de este trabajo es conocer las últimas investigaciones sobre la influencia del manejo emocional en la salud. Por otro lado, el segundo objetivo sería identificar las herramientas/intervenciones que se muestran más efectivas en el abordaje de esta dimensión emocional.

2. METODOLOGÍA.

Se llevó a cabo una revisión narrativa para presentar un resumen comprensivo de la evidencia relacionada con los objetivos propuestos.

Las bases de datos y directorios seleccionados para la búsqueda fueron los siguientes: Pubmed, Dialnet, IME, Cuiden, Medes y Enfispo. Además, se completó esta búsqueda en la revistas disponibles a través de Elsevier. Se utilizó Pubmed porque es la principal base de datos para realizar búsquedas bibliográficas en temas relacionados con Ciencias de la Salud. Y el resto de las bases de datos para obtener artículos de investigaciones realizadas en España y/o redactadas en castellano. También se utilizaron bases de datos como Cuiden para obtener artículos relacionados con enfermería.

Las palabras claves utilizadas en la realización de la búsqueda fueron: emociones (emotions), enfermedad (diseases), salud (health), inteligencia emocional (emotional intelligence) y regulación emocional (emotional regulation).

Para la revisión bibliográfica se empleó la herramienta de búsqueda avanzada y el operador booleano AND para combinar los descriptores: emociones y enfermedad; emociones y salud; inteligencia emocional y enfermedad.

Se aplicaron distintos límites a la búsqueda: artículos publicados en los últimos 5 años para asegurar que la evidencia fuera actual y el idioma (artículos publicados en castellano o en inglés). Debido a la gran cantidad de artículos encontrados en Pubmed por búsqueda libre, se utilizó el límite "Systematic Reviews" para conseguir los artículos con la mayor evidencia científica posible.

Para la selección final de los artículos se llevó a cabo una lectura de los resúmenes, se eliminaron los duplicados y aquellos que no tenían relación con los objetivos de nuestro trabajo. El principal criterio de selección establecido fue que los estudios relacionasen alguna de las emociones básicas con una determinada patología o bien con una mejora en el estado físico y/o psicológico. También se seleccionaron aquellos artículos donde se muestren distintas herramientas/estrategias que promueven una regulación emocional más efectiva.

Se incluyeron un total de 55 artículos con referencia a la influencia de las emociones en la salud y a distintas intervenciones que se han llevado a cabo para mejorar el manejo emocional en los pacientes. De estos artículos, hay varios con un alto nivel de evidencia, puesto que 22 artículos son revisiones sistemáticas o metaanálisis. En la Tabla 1 se muestra una relación de resultados obtenidos y utilizados en función de las combinaciones de los descriptores y criterios anteriormente descritos.

Estrategia de búsqueda	Documentos encontrados	Documentos utilizados
Emociones y enfermedad	Pubmed: 106 Dialnet: 53	Pubmed: 15 Dialnet: 6
Emociones y salud	Elsevier: 397 Dialnet: 92 Cuiden: 180	Elsevier: 7 Dialnet: 6 Cuiden: 4
Inteligencia emocional y enfermedad	Pubmed: 33 Elsevier: 63 Dialnet: 9	Pubmed: 2 Elsevier: 4 Dialnet: 3
Regulación emocional	Pubmed: 91 Dialnet: 52 Cuiden: 8	Pubmed: 3 Dialnet: 3 Cuiden: 2

Tabla 1. Resumen de los estudios obtenidos con la búsqueda bibliográfica.

3. DESARROLLO.

Tras el análisis de los artículos seleccionados, se van a exponer los resultados obtenidos según los dos objetivos de este trabajo: conocer la influencia de las emociones en la salud e identificar las herramientas para el abordaje de esta dimensión emocional.

3.1. Influencia de las emociones en la salud.

Se han seleccionado las últimas investigaciones que relacionan la influencia de las emociones en la salud. A continuación, señalaremos los trastornos sobre los que existe una mayor evidencia de influencia de las distintas emociones. Entre ellos están los trastornos cardiovasculares, alteraciones respiratorias, enfermedades de la piel, trastornos endocrinos, el dolor crónico, enfermedades reumatológicas, enfermedades neurológicas, distintas alteraciones de la salud mental y consumo de drogas.

3.1.1. Trastornos cardiovasculares.

Los trastornos cardiovasculares son los que se han estudiado más ampliamente en su relación con las emociones. Varios estudios han mostrado que la ansiedad, la depresión y un manejo inefectivo del enfado-ira son factores de riesgo

significativos de la enfermedad coronaria, infarto de miocardio y mortalidad cardíaca (1, 4, 5, 13-17). Las últimas investigaciones se han centrado en la influencia del enfado-ira y la enfermedad cardiovascular. Así, el enfado-ira están significativamente asociados con un incremento de la enfermedad cardiovascular en población sana y un peor pronóstico en pacientes ya diagnosticados. Además, se ha mostrado una mayor influencia en hombres que en mujeres, relacionado con la forma diferente que ambos géneros tienen de expresar el enfado (1, 4, 5, 13, 14). Dentro de las distintas formas de expresión de enfado-ira ya definidas (anger out, anger in y anger control), hemos encontrado que el "anger control" es un importante indicador en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular en comparación con las otras dimensiones del enfado-ira, en ambos sexos. De tal manera, que niveles bajos de "anger control", pueden aumentar episodios de enfermedad coronaria y cardiopatía isquémica (4, 5, 13, 14).

Mientras que si se tiene como forma de expresión del enfado el "anger out", ésta se relaciona con un aumento de la enfermedad cardiovascular, aunque esta relación es menos significativa que la existente con el "anger control". Por otro lado, el "anger in" está asociado con una tendencia de ser emocionalmente inexpresivo y tiene relación con ansiedad y síntomas depresivos, pero no está relacionado con enfermedad cardiovascular en ambos géneros (4, 5, 13, 14).

En todos estos estudios se muestra como la regulación emocional, definida como la habilidad para regular las emociones propias y ajenas promoviendo un crecimiento emocional e intelectual, reduce el riesgo de episodios de enfermedad cardiovascular. Incluso se describe como esta regulación efectiva puede mitigar el proceso aterogénico reduciendo la activación de los sistemas neuroendocrino, cardiovascular e inflamatorio (13, 14).

Otra línea de investigación es la que relaciona la personalidad tipo D con la enfermedad cardíaca. La personalidad tipo D se caracteriza por una tendencia a la afectividad negativa como disforia, ansiedad e irritabilidad. Además, se manifiesta con inseguridad en situaciones sociales y un excesivo autocontrol en la expresión de las emociones por miedo a la desaprobación de los otros. Los estudios encontrados muestran que este tipo de personalidad es un predictor de peor pronóstico en las personas diagnosticadas de enfermedad cardiovascular (16, 17).

Dentro de los trastornos cardiovasculares, la hipertensión se estudia de forma independiente. Se ha definido el perfil emocional y cognitivo de la hipertensión arterial esencial (HTA) mantenida en comparación a las personas normotensas. Así, los individuos con HTA presentan niveles más elevados de ansiedad y experimentan con mayor frecuencia pensamientos automáticos hostiles y agresivos, durante sus episodios de enfado. Los hipertensos presentan un estilo de expresión y control de la ira más inadecuados, tanto si se manifiesta de forma externa (anger out) como si se inhibe su expresión (anger in). No se identifican niveles más altos de depresión en comparación con los normotensos (1,15, 18-20).

Con respecto a las distintas formas de expresión del enfado-ira y su influencia en la HTA, hay resultados diversos, así en algunos estudios, el "anger control" tiene una relación significativa con el aumento de la tensión arterial. Mientras el "anger out" tiene una relación inversa con la HTA, y el "anger in" no tiene relación con el aumento de tensión arterial. En otros estudios, el "anger control" y el "anger in" son significativamente más comunes en individuos con HTA. No encontrándose ninguna relación con el "anger out". En general, podemos decir que expresiones del enfado más abiertas parecen tener un beneficio directo en la tensión arterial (1, 15, 20).

En relación con los factores relacionados con el adecuado control de la presión arterial, se identifica que los pacientes con HTA con un control deficiente, tienen una mayor tendencia a expresar su enfado-ira de forma más agresiva y hostil, a sentir más tristeza, culpabilidad y desesperanza y a experimentar más situaciones estresantes (19).

3.1.2. Trastornos respiratorios.

El trastorno respiratorio más estudiado en relación con las emociones es el asma. Por un lado, se ha estudiado el perfil psicológico de los pacientes con asma y por otro lado, cómo puede afectar el manejo emocional en el buen control de esta enfermedad (21-24). Con respecto al primer punto, los resultados muestran como los pacientes asmáticos están afectados con mayor frecuencia de ansiedad y alexitimia que la población no asmática. La alexitimia es un rasgo que se caracteriza por tener reducida la capacidad para identificar correctamente los síntomas corporales asociados a las emociones. Ambos aspectos influyen negativamente en la evolución de la enfermedad, puesto que la ansiedad provoca hiperventilación y está relacionada con la génesis de la disnea funcional en los asmáticos y por otro lado, la presencia de alexitimia puede influir en la capacidad de estos pacientes para interpretar la gravedad de sus síntomas, lo que dificulta la detección de los signos de alarma y de empeoramiento de la enfermedad, lo cual a su vez, motiva que la exacerbación progrese y lleve al paciente con mayor frecuencia a situaciones graves que necesitan atención hospitalaria (21, 22).

En otros estudios, se muestra una asociación estadísticamente significativa entre la depresión y la ansiedad con la aparición del asma y también con su control y pronóstico (1, 21-24). Además, se reconoce la necesidad de incluir en los programas de educación del manejo del asma, el reconocimiento emocional, el abordaje del miedo-ansiedad y el estrés que produce la exacerbación de síntomas (22, 24).

3.1.3. Trastornos dermatológicos.

En cuanto a los trastornos dermatológicos, hemos de tener en cuenta que desde un punto de vista fisiológico, la piel es uno de los órganos más sensibles a las emociones. Probablemente sea debido al origen embriológico común ectodérmico de la piel y el sistema nervioso que hace que muchas estructuras tengan en común multitud de neuromoduladores, pépticos vasoactivos y sistemas bioquímicos de información interna (1). Los últimos estudios se han centrado en la psoriasis y muestran que los pacientes con esta enfermedad tienen más depresión que los pacientes que no padecen psoriasis. El riesgo de suicidio es mayor en pacientes con ciertas enfermedades dermatológicas y la psoriasis en particular (1, 25). Además, las exacerbaciones se asocian con la alexitimia, también descrita en estos pacientes, que hace que sean más susceptibles a estímulos estresantes (25).

3.1.4. Trastornos endocrinos.

Los trastornos endocrinos más estudiados en relación con las emociones son la diabetes y el síndrome de ovario poliquístico (1, 26-29). Con respecto a la diabetes, hemos encontrado estudios que apoyan la existencia entre eventos vitales estresantes y el comienzo diabético. El estrés crónico en una persona predispuesta a padecer diabetes (obesidad, edad avanzada), puede constituir un elemento coadyugante para desarrollar la enfermedad. Debido a que estos estudios se han realizado con pequeñas poblaciones, sus resultados deben interpretarse con prudencia (1).

Los últimos estudios van en la dirección de prestar atención a las repercusiones que tiene la diabetes y su tratamiento sobre los aspectos psicosociales del paciente (1, 26). Una de ellas es el grado de responsabilidad que se le pide al paciente. Se calcula que más del 95% de las decisiones terapéuticas para el cuidado de la diabetes es competencia de quien la padece y es él quien debe tomarlas a diario. Esto puede producir un profundo impacto psicológico en la persona y la valoración de tener una mala calidad de vida. A este compromiso con el tratamiento se le une una cierta complejidad de las tareas de autocuidado (cálculos nutricionales, control glucémico, etc.) y la importancia radical que éstas tienen para evitar complicaciones, tanto a corto como a largo plazo. Esta situación de presión puede convertirse en una fuente generadora de angustia, miedo y otras emociones según cada paciente, que hemos de abordar para mejorar la adhesión al tratamiento y la calidad de vida del paciente. Entre los trastornos psicológicos más prevalentes entre las personas con diabetes están la ansiedad y la depresión (26).

En los últimos años, se ha relacionado distintas emociones con el síndrome del ovario poliquístico. Diversas investigaciones muestran que los niveles de ansiedad, angustia y depresión son mayores en mujeres que padecen este síndrome. La ansiedad y la angustia provocan un aumento del grado de resistencia a la insulina y un hiperandrogenismo. Este aumento paralelo implica que existe una relación entre el nivel de ansiedad y las alteraciones hormonales y metabólicas de este síndrome. En estos mismos estudios, se propone la necesidad de realizar más investigaciones en esta línea y además, se recomienda un abordaje multidisciplinar de esta dimensión psicológica para un tratamiento más eficaz de este síndrome (27-29).

3.1.5. Dolor crónico.

A continuación, vamos a exponer los resultados de diversos estudios en los que se relaciona el manejo emocional y el dolor crónico. Se ha realizado una revisión sistemática para investigar si altos niveles de miedo-ansiedad y catastrofismo antes de una intervención quirúrgica están asociados con un aumento del dolor crónico postquirúrgico. Esta revisión muestra que hay evidencia entre el miedo-ansiedad y la aparición de dolor crónico después de la cirugía. En ningún de los estudios incluidos se incorpora una intervención dirigida a la reducción de la ansiedad antes de una intervención quirúrgica (30).

En otro estudio, se busca la relación entre la alexitimia y el dolor crónico. En esta investigación se muestra que hay una asociación significativa entre la alexitimia y el dolor crónico. También se encontró una relación significativa entre la alexitimia y la depresión, la ansiedad y el catastrofismo. Además, este estudio apoya la idea de que esta relación se puede

generalizar a culturas diferentes, puesto que han comparado resultados de investigaciones realizadas en distintos países, no evidenciando diferencias entre ellos en este aspecto, aunque reconocen la necesidad de hacer estudios más amplios para confirmar estos resultados (31).

Por último, se encontró un estudio en el que relaciona las expresiones de enfado y la intensidad del dolor crónico. En él aparece como un elevado "anger out" está asociado con mayor dolor. Y por otro lado, aumentos en la intensidad del dolor crónico, van seguidos de expresiones más airadas del enfado, esto último, se produjo sólo en individuos con un bajo "anger out" en su forma habitual de expresar esta emoción (32).

3.1.6. Enfermedades reumatológicas.

Dentro de las enfermedades reumatológicas, la enfermedad más estudiada en relación a las emociones es la fibromialgia. Se puede decir que síntomas como tristeza, ansiedad, fatiga, insomnio, irritabilidad, falta de concentración, desinterés, apatía e hipocondría, forman parte del cuadro clínico (1, 33, 34). Todos estos síntomas se pueden agrupar dentro del término catastrofismo, entendido como un conjunto de emociones y procesos cognitivos negativos. Los individuos *catastrofistas* usan menos estrategias activas de afrontamiento y tienen una mayor pasividad ante el temor de futuros dolores. Incrementan la atención al dolor, al atender de manera más selectiva e intensa a los estímulos relacionados con el dolor. Y muestran mayor actividad en las regiones responsables del procesamiento afectivo del dolor durante la experiencia de un dolor agudo (33, 34). Los autores afirman que el catastrofismo es un factor de riesgo para la fibromialgia. A partir del 2008 existe un cuestionario validado en español para medir el catastrofismo, responsable del dolor en la fibromialgia (33-35).

3.1.7. Enfermedades neurológicas.

En las enfermedades neurológicas, el dolor de cabeza es el síntoma neurológico más evidente y uno de los motivos de consulta más frecuente. Existen diferentes tipos: cefalea tensional, migraña, cefalea en racimos y dolores de cabeza diversos. Todos se relacionan con aumento de la ansiedad y/o síntomas depresivos. Respecto a la cefalea tensional se ha relacionado con el patrón de conducta tipo A (PCTA). Este patrón es un síndrome comportamental o de estilo de vida caracterizado por extrema competitividad, motivación para el logro, agresividad, impaciencia, apresuramiento e inquietud. La explicación de la cefalea tensional 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 (1).

Dentro de este grupo de enfermedades, las últimas investigaciones están centradas en el síndrome de fatiga crónica (SFC), que es una enfermedad de origen y de prevalencia aún desconocidas. Se cree que hay una etiología multifactorial y que ciertos factores fisiológicos y psicológicos predisponen y mantienen los síntomas. En este estudio se busca evidenciar la relación entre el patrón de conducta tipo A y este síndrome. Los resultados demuestran que los enfermos con SFC tienen un estilo de comportamiento denominado PCTA superior al encontrado en la población general y al encontrado en los pacientes con cardiopatía isquémica. Además, otro estudio demostró una asociación entre el PCTA y el infarto cerebral, con alta significación estadística (36).

3.1.8. Salud mental.

Dentro de la alteraciones de la salud mental, las dos más frecuentes son los trastornos de ansiedad y la depresión. Los trastornos de ansiedad son una respuesta desadaptativa del miedo y aparecen cuando la frecuencia, intensidad o duración de la ansiedad como respuesta emocional es excesiva y afecta a la calidad de vida. La depresión es una expresión desadaptativa de la tristeza y se caracteriza por un descenso en el estado de ánimo mantenido en el tiempo (1, 2, 37).

En los últimos estudios, se han relacionado estos trastornos con estrategias de regulación emocional ineficaces como la rumiación, la evitación y la supresión. La rumiación se describe como el pensamiento pasivo y repetitivo sobre el malestar anímico que se está experimentando y sobre sus posibles causas y consecuencias. En la evitación, la persona realiza una conducta específica para minimizar o impedir el contacto con algo que supone aversivo para ella, independientemente de que se produzca o no. Y la supresión es un mecanismo adaptativo en el cual los sentimientos, deseos y pensamientos tienden a no ser expresados, es el autocontrol extremo (2, 37).

Además, estas formas de regulación emocional se han asociado con trastornos de conducta alimentaria, como la anorexia y la bulimia nerviosa (1, 37).

Al mismo tiempo se han identificado estrategias de regulación más eficaces y que se asocian con una menor aparición de estos trastornos. Estas son la resolución de problemas, la reevaluación y la aceptación (37).

3.1.9. Consumo de drogas.

Respecto al consumo de drogas, este también se ha asociado con algunas de las estrategias de afrontamiento ineficaces como la rumiación y la evitación (37). Y además, está relacionado con los trastornos de la ansiedad y la depresión (1, 37).

Hay otra línea de investigación que relaciona el consumo de alcohol con las distintas formas de expresión del enfado-ira, que hemos descrito anteriormente. Así, tanto el "anger out", como el "anger in" están relacionados con un aumento del consumo de alcohol (4, 15).

3.2. Herramientas/Estrategias para mejorar el manejo emocional.

A continuación, vamos a exponer los resultados en relación al segundo objetivo de esta revisión: identificar las herramientas/intervenciones que se están utilizando en los últimos años y que se muestran más efectivas en el abordaje de esta dimensión emocional. Se han encontrado un importante número de estudios en los que se desarrollan diferentes estrategias dentro del tratamiento de pacientes con cáncer. Otras intervenciones que vamos a describir están dirigidas a pacientes con trastornos cardiovasculares, asma y psoriasis. Además, hay varias investigaciones donde se exponen los beneficios de terapias positivas como la risoterapia. Y por último, hay una serie de investigaciones dirigidas a los recursos, actitudes y herramientas que debemos desarrollar los profesionales sanitarios para fomentar estrategias de regulación emocional efectiva en la relación con el paciente.

3.2.1. Psicoterapia positiva y pacientes con cáncer.

Los enfermos oncológicos sufren distintas reacciones psicológicas ante la enfermedad que padecen. Las más frecuentes son el miedo-ansiedad, la depresión y el enfado-ira (1, 38-40). Se han desarrollado distintos programas para el abordaje de estas emociones, que forman parte de la psicología positiva aplicada, que se centra en el trabajo con emociones positivas y la facilitación de crecimiento postraumático en forma de cambios vitales positivos (6, 38-41).

Entre las intervenciones que se han mostrado más efectivas están los programas de psicoterapia positiva grupal para facilitar la expresión de emociones, las técnicas de relajación, la escritura emocional y la musicoterapia (38-40). Todas estas intervenciones producen una reducción de la ansiedad y del malestar emocional (6, 38, 39). La musicoterapia reduce la ansiedad y los síntomas depresivos antes, durante y después de los procedimientos que se llevan a cabo en el tratamiento del cáncer. Reduce el dolor, la frecuencia cardíaca y respiratoria (6, 40). Todos los estudios afirman que es necesaria más investigación para conocer mejor los efectos de estas intervenciones. La mayoría de estas intervenciones se realizan en grupos pequeños sin ninguna homogeneidad en su desarrollo, por lo que, los resultados obtenidos es difícil que se extrapolen con una cierta evidencia científica (6, 38-41).

Hay varios estudios donde se apunta que la utilización de la psicoterapia positiva puede tener un efecto negativo, en los casos en los que las personas subestiman la gravedad de los síntomas y tienden a ser excesivamente optimistas. Esta situación va relacionada con una negación de la realidad y por tanto, con una peor adhesión al tratamiento (7, 41). Además, los que apoyan la psicoterapia positiva afirman que estos tratamientos pueden conseguir una mejora del pronóstico de la enfermedad y un fortalecimiento del sistema inmunológico. Una revisión sistemática reciente afirma que no se ha encontrado asociación significativa entre la utilización de la psicoterapia positiva y estos dos aspectos en los pacientes con cáncer (41).

3.2.2. Estrategias en los pacientes con enfermedades cardiovasculares.

Respecto a las intervenciones realizadas para mejorar el manejo emocional en pacientes con enfermedades cardiovasculares, todas las estrategias para disminuir la ansiedad y mejorar el afrontamiento del estrés han demostrado sus efectos positivos tanto en la prevención como en el tratamiento de estos trastornos (7, 10, 13, 42-44).

Las técnicas de relajación han resultado ser eficaces en el manejo de la ansiedad y disminuyen la frecuencia cardíaca y la tensión arterial (42, 43). Tras analizar los distintos artículos de revisión, parece que existe una escasa orientación enfermera, en el trabajo habitual, hacia la aplicación de estas técnicas de relajación en el tratamiento no farmacológico de este tipo de pacientes (43).

La musicoterapia tiene efectos beneficiosos en las personas con enfermedad coronaria. Las investigaciones indican que reduce la tensión arterial y también se ha demostrado efectiva en la reducción de la ansiedad durante la hospitalización. En relación con la disminución de la frecuencia respiratoria y el dolor, la evidencia científica es menor (43, 44).

En los últimos estudios se busca la relación entre las enfermedades cardiovasculares y la habilidad de regulación emocional. En ellos se muestra como el desarrollo de esta habilidad permite responder más adecuadamente a las exigencias del entorno y reducir el impacto que las emociones negativas tienen en la salud cardiovascular. Además, el afecto positivo/optimismo favorece la práctica de conductas saludables como la mejora de la calidad del sueño, hacer más ejercicio y llevar una dieta equilibrada (7, 10, 13, 14). Esta línea de investigación está comenzando y es necesario más estudios para el conocimiento del papel que las habilidades de inteligencia emocional tienen en estos indicadores de salud (7, 10, 13, 14).

3.2.3. Inclusión del abordaje emocional en los programas para el manejo del asma.

En los últimos programas para el manejo del asma en niños asmáticos, se están incluyendo el abordaje de los factores emocionales relacionados con esta afección. Estos programas van dirigidos tanto a los niños como a sus padres, puesto que ambos tienen una participación activa en el manejo de esta patología (24, 45). Las intervenciones incluyen el reconocimiento de las emociones, la enseñanza de un manejo más eficaz de las mismas (técnicas de afrontamiento), la utilización de técnicas de relajación y el aprendizaje de una adecuada respiración. La introducción de los factores emocionales en estos programas ha contribuido a un mejor manejo de la enfermedad, así como al incremento de las actividades cotidianas e incorporación social (24, 45).

3.2.4. Escritura emocional y psoriasis.

En el tratamiento de la psoriasis se ha comenzado a utilizar la escritura emocional con beneficios significativos en la mejora de la sintomatología. Es una intervención de bajo coste y de fácil aplicación, aunque todavía no está integrada en el manejo clínico de esta enfermedad. Para mejorar la eficacia de esta intervención, es fundamental que los pacientes estén motivados y convencidos de adquirir un papel más activo en su proceso terapéutico (6, 25, 46).

3.2.5. La terapia de la risa.

Dentro de la psicoterapia positiva aplicada, una de las técnicas mejor aceptadas es la risoterapia. La literatura biomédica disponible hasta la fecha avala diferentes indicaciones y beneficios fisiológicos de la risa, entre los que destacamos: reduce el estrés y los síntomas de depresión y ansiedad, eleva el estado de ánimo, aumenta la memoria y la resolución de problemas, promueve el bienestar psicológico, ejercita y relaja la musculatura, ejercita y mejora la respiración, disminuye las concentraciones de hormonas del estrés, estimula la circulación, estimula el sistema inmunitario y eleva el umbral del dolor y la tolerancia. Las patologías que más se benefician de la risoterapia son los trastornos de ansiedad, la depresión y el dolor crónico, siendo una opción terapéutica complementaria muy bien tolerada por los pacientes (7, 47-49).

3.2.6. Los profesionales sanitarios y el manejo emocional.

Para terminar los resultados, hemos encontrado una serie de investigaciones que se centran en los recursos de los profesionales sanitarios necesarios para abordar la mejora en el manejo emocional de nuestros pacientes.

El personal sanitario se enfrenta continuamente en su ámbito laboral a grandes presiones, en muchos casos, relacionadas con altas demandas emocionales por la relación profesional-paciente. Se ha puesto en evidencia que el enfoque biofísico tradicional no es suficiente para abordar las demandas de los pacientes, en cuanto no contempla el aspecto emocional. Aunque enfermería es uno de los colectivos asistenciales que más ha trabajado este aspecto, lo cierto es que se necesita profundizar en el abordaje de las emociones de los propios profesionales que pueden influir en la

calidad de los cuidados, ya que es inevitable que los aspectos emocionales del profesional de enfermería incidan decisivamente en su forma de comunicarse con el paciente, en su toma de decisiones, en la capacidad de afrontamiento y resolución de los problemas y también en su integración en el conjunto asistencial (11, 12, 50-53).

En este contexto, las habilidades de comunicación y de autenticidad en la expresión de la emoción mejoran las relaciones tanto profesional sanitario-paciente, como con otros profesionales sanitarios, facilitando los procesos de regulación emocional que benefician la salud en el desarrollo del trabajo diario (11, 12, 50-53).

En este sentido, se han realizado algunas investigaciones sobre inteligencia emocional en la profesión de enfermería en España. En sus conclusiones, relacionan una mayor satisfacción laboral con mayores puntuaciones en inteligencia emocional. Se constató la influencia que tienen las habilidades emocionales en la aparición del burnout, puesto que el desarrollo de la competencia emocional en los profesionales suponen un factor protector frente al estrés de la enfermería y un factor facilitador de salud (50, 51).

Además, se han desarrollado algunos programas de educación emocional sobre la ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería con resultados muy positivos, ya que este trabajo emocional ha disminuido el grado de ansiedad derivado de cuestiones como la preocupación por la propia muerte y los sentimientos incómodos que les produce el cuidado de los pacientes terminales y sus familias (12, 51).

Se muestra necesario que los profesionales sanitarios desarrollemos la competencia emocional, puesto que si queremos abordar la dimensión emocional de los pacientes, primero tenemos que trabajar con nuestras propias emociones. Además, de esta manera, se está promoviendo el propio bienestar físico y mental en el ámbito laboral (10, 12, 50-53).

Con respecto a las habilidades de comunicación a desarrollar por los profesionales sanitarios, la comunicación empática se ha demostrado eficaz para abordar los aspectos emocionales en la relación terapéutica, puesto que favorece la expresión emocional de los pacientes. Dentro de este tipo de comunicación se distinguen varios aspectos y/o técnicas fundamentales como son: la empatía, la escucha activa, el conocimiento del lenguaje verbal y no verbal y las respuestas empáticas (50, 53-55).

Dentro de estos aspectos de la comunicación, la empatía se considera el motor de la comunicación empática. Se define como la aptitud/actitud de comprender los sentimientos de la otra persona y hacerlo evidente en la relación, ya sea a nivel verbal o no verbal. La empatía empieza cuando escuchamos a alguien, sin presuponer nada y con ánimo de ayudarlo. Esto nos permitiría una comprensión más real de lo que necesita el paciente y se establecerían relaciones terapéuticas con mejores resultados en salud. Los profesionales sanitarios estamos más orientados a la resolución de problemas del paciente que a dar respuesta a las demandas emocionales de los pacientes. En esto interviene diversos aspectos contingentes al profesional (falta de formación, miedos, cansancio, etc.), de hábitos y del funcionamiento de la estructura en la que desarrollamos nuestro trabajo (sobrecarga asistencial, preponderancia del modelo biomédico, etc.) (50-55).

Estas habilidades comunicativas se demuestran fundamentales para que los profesionales sanitarios aumenten la eficacia en la interacción con el paciente. La mejora en esta competencia nos sirve para comprender al paciente en su dimensión física-emocional-social, escuchar sus necesidades y así, poder guiarle en la promoción de la salud y la adhesión al tratamiento (53-55).

4. CONCLUSIONES.

Esta revisión demuestra claramente como la influencia de las emociones en la salud es un hecho a tener en cuenta en nuestra práctica diaria, ya que hay una gran cantidad de alteraciones de la salud relacionadas con un manejo ineficaz de las mismas. Dentro de estas alteraciones, destacan algunas con una alta prevalencia como los trastornos cardiovasculares, el asma, la diabetes y algunas alteraciones de la salud mental .

Los trastornos cardiovasculares son los más estudiados a lo largo de los años, por lo que las investigaciones encontradas son las más completas y las que tienen mayor evidencia científica (1, 3-5, 13-20). Los últimos estudios están siendo dirigidos a comprobar como una regulación emocional eficaz puede prevenir la aparición de episodios de enfermedad cardiovascular (10, 13, 14).

Hay otros trastornos como el síndrome del ovario poliquístico, la fibromialgia y el SFC que se están estudiando más recientemente, y que precisan más investigaciones para poder determinar el perfil emocional de las personas que padecen estos procesos, de una forma más precisa y con mayor evidencia (27-29, 33-36).

En la búsqueda de relacionar el manejo emocional con distintas patologías, es muy interesante la nueva línea descrita en la diabetes, que se centra en las repercusiones psicosociales que tiene esta enfermedad y su tratamiento en el paciente. Hay que conocer y tener en cuenta esta influencia, puesto que puede actuar decisivamente en la adhesión al tratamiento y en el manejo eficaz de la diabetes. Además, esta línea de investigación se puede extender a otras enfermedades crónicas que requieren la participación activa del paciente para un mejor control de las mismas.

Como profesionales sanitarios, es necesario que conozcamos las distintas estrategias de regulación emocional ineficaces (rumiación, evitación y supresión) relacionadas con algunas alteraciones de la salud mental y con conductas de riesgo, como el consumo de drogas (2, 37). El hecho de reconocer estas estrategias nos aporta otra perspectiva de estos problemas de salud y por tanto, nos puede conducir a cambiar nuestro modo de actuar en la forma de comunicarnos con estos pacientes.

Sabíamos que, tradicionalmente, se han estudiado más las emociones consideradas negativas en su relación con la salud y que de estas la que más aparecía en las investigaciones era el miedo-ansiedad (1, 3). En los últimos años, se sigue manteniendo la predominancia de las emociones negativas, pero se ha producido un cambio, puesto que hay una gran cantidad de trabajos donde se relacionan distintos trastornos y las diferentes formas de expresión del enfado-ira (4, 5, 15, 18-20).

La línea de investigación que relaciona la psicología positiva y la salud no ha tenido avances importantes, puesto que la mayoría de los estudios son de grupos pequeños y es difícil realizar una extrapolación de los resultados con suficiente evidencia científica (38, 41).

Por otra parte, actualmente los últimos estudios se están dirigiendo a estudiar la relación entre una regulación emocional eficaz y la salud, puesto que esto supone un factor protector frente a muchas patologías, más importante que el desarrollo de la psicoterapia positiva. El manejo emocional eficaz produce efectos positivos en nuestra salud a todos los niveles: promoción, prevención, mejor adhesión al tratamiento y mejora del bienestar biopsicosocial de los pacientes (6, 10, 13, 14, 45).

En relación a los estudios encontrados sobre las diferentes estrategias en las que se abordan los factores emocionales, tienen en común que son programas de tipo local, dirigidos a grupos pequeños, con actividades diferentes y no integrados dentro de la asistencia clínica habitual (38-49). Los resultados de todas estas estrategias desarrolladas son positivos en cuanto a la mejora del bienestar de los pacientes, lo que apoya que se sigan realizando estas actividades, aunque habría que incluirlas dentro los distintos protocolos/programas para así realizar una auténtica atención integral de nuestros pacientes.

La importancia del desarrollo de la regulación emocional en el ámbito sanitario tiene dos vertientes a considerar para los profesionales sanitarios. Por un lado, el desarrollo de la regulación emocional nos permitirá mejorar nuestro propio autocuidado y paliar el desgaste emocional que supone la relación con el paciente. Esto, a su vez, también tendrá un efecto positivo en el clima laboral. Y por otra parte, estableceremos relaciones terapéuticas más eficaces que tendrán en cuenta la dimensión emocional de nuestros pacientes y que conseguirán mejores resultados en la promoción de la salud y en la adhesión a los diferentes tratamientos (11, 12, 50-55).

El profesional de enfermería está en una posición privilegiada para poder abordar esta dimensión emocional. La consulta de enfermería se muestra como un lugar ideal para detectar y tomar las primeras medidas respecto al manejo emocional ineficaz que puedan presentar los pacientes. Esto se debe a que se trata del profesional sanitario con quién más contacto tienen los pacientes. Además suelen ser contactos periódicos y de frecuencia concertada. Eso permite al profesional observar cambios de comportamientos y actitudes. Así mismo, el estilo de relación que se establece resulta más cercano y afectivo que el que surge con otros profesionales.

En consecuencia, se puede afirmar que el personal de enfermería, tanto en atención primaria como en la atención especializada, se encuentra en una situación óptima para facilitar la expresión emocional de los pacientes y apoyarles en conseguir un manejo emocional más eficaz.

Para ello, el profesional de enfermería necesita desarrollar la competencia emocional y las habilidades de comunicación para poder llevarlo a la práctica diaria. Sería, por tanto, conveniente introducir programas de entrenamiento específico en

regulación emocional y habilidades comunicativas desde la Universidad, para así, conseguir un proceso de regulación eficaz que no sólo evitaría el desgaste emocional de los profesionales sanitarios sino que favorecería una relación terapéutica más efectiva, redundando en un aumento de la satisfacción profesional y de mejora en la calidad de la atención que estamos desarrollando.

Bibliografía

- Piqueras JA, Ramos V, Martínez AE, Oblitas LA. Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica* 2009; 16(2): 85-112. ISSN 0121-4381.
- Chóliz, M. *Psicología de la emoción: el proceso emocional*, 2005. Consultado el 20 de octubre del 2013, en www.uv.es/=choliz.
- Tobo N, Canaval GE. Las emociones y el estrés en personas con enfermedad coronaria. *Aquichan* 2010; 10(1): 19-33.
- Haukkala A, Konttinen H, Laatikainen T, Kawachi I, Uutela A. Hostility, anger control, and anger expression as predictors of cardiovascular disease. *Psychosomatic Medicine* 2010; 72(6): 556-62.
- Chida Y, Steptoe A. The association of anger and hostility with future coronary heart disease. *Journal of the American College of Cardiology* 2009; 53(11): 936-46.
- Smyth J, Arigo D. Recent evidence supports emotion-regulation interventions for improving health in at-risk and clinical populations. *Current Opinion in Psychiatry* 2009; 22(2): 205-10.
- Vazquez C, Hervás G, Rahona JJ, Gómez D. Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud* 2009; 5: 15-28.
- Cuadra A, Veloso C, Ibergaray M, Rocha M. Resultados de la psicoterapia positiva en pacientes con depresión. *Terapia psicológica* 2010; 28(1): 127-34.
- Sancho D, Martínez A. *Afectividad positiva y salud*. *Enfermería Global* 2011; N° 24. ISSN 1695-6141.
- Martínez AE, Piqueras JA, Ramos V. Inteligencia emocional en la salud física y mental. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology* 2010(n° 21); 8(2): 861-90. ISSN: 1696-2095.
- Borrell i Carrió F. Competencia emocional del médico. *FMC* 2007; 14(3):133-41.
- Aradilla A, Tomás J. Efectos de un programa de educación emocional sobre la ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica* 2006; 16(6): 321-6.
- Castillo R, Anelo J, Fernández P. Regulación emocional y variabilidad de la frecuencia cardíaca en directivos varones sanos. *Cartas científicas. Revista Española de Cardiología* 2013; 66(9): 744-54.
- Kubzansky LD, Park N, Peterson C, Vokonas P, Sparrow D. Healthy psychological functioning and incident coronary heart disease: The importance of self-regulation. *Archives of General Psychiatry* 2011; 68(4): 400-8.
- *Igna CV, Julkunen J, Vanhanen H*. Anger expression styles and blood pressure: evidence for different pathways. *Journal of Hypertension* 2009; 27(10): 1972-9.
- O'Dell KR, Masters KS, Spielmanns GI, Maisto SA. Does type-D personality predict outcomes among patients with cardiovascular disease? A meta-analytic review. *Journal of Psychosomatic Research* 2011; 71(4): 199-206.
- Montero P, Rueda B, Bermúdez J. Relación de la personalidad tipo D y el agotamiento vital con las emociones negativas y el ajuste psicológico a la enfermedad cardíaca. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2012; 17 (2): 93-106.
- Magán I, Sanz J, Espinosa R, García-Vera MP. Perfil emocional y cognitivo de la hipertensión arterial esencial mantenida frente a la normotensión. *Clínica y Salud* 2013; 24(2): 67-76.
- Espinosa R, García-Vera MP, Sanz J. Factores psicosociales implicados en el control de la hipertensión arterial. *Hipertensión y Riesgo Vascular* 2012; 29(2): 44-9.
- Hosseini SH, Mokhberi V, Mohammadpour RA, Mehrabianfard M, Lashak NB. Anger expression and suppression among patients with essential hypertension. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practise* 2011; 15(3): 214-18.
- Martínez C, Vennera MC, Cañete C, Bardagí S, Picado C. Perfil psicológico de los pacientes con asma bronquial y disnea

funcional: comparación con población no asmática e impacto sobre la enfermedad. *Archivos de Bronconeumología* 2011; 47(2): 73-8.

- Wójtowicz A, Wójtowicz P, Postek M, Domagala J. Asthma as a psychosomatic disorder: the causes, scale of the problem, and the association with alexithymia and disease control. *Pneumologia i Alergologia Polska* 2012; 80(1): 13-9.
- Lu Y, Mak KK, Van Bever H, Pin T, Mak A, Chun R. Prevalence of anxiety and depressive symptoms in adolescents with asthma: A meta-analysis and meta-regression. *Pediatric Allergy and Immunology* 2012; 23(8): 707-15.
- García V. Factors related to emotional responses in school-aged children who have asthma. *Issues in Mental Health Nursing* 2012; 33(7): 406-29.
- Rieder E, Tausk F. Psoriasis, a model of dermatologic psychosomatic disease: psychiatric implications and treatments. *International Journal of Dermatology* 2012; 51(1): 12-26.
- Lorente I. Factores psicológicos en el cuidado de la diabetes. *Revista Rol de Enfermería* 2011; 34(6):442-47.
- Barry JA, Kuczmierczyk AR, Hardiman PJ. Anxiety and depression in polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction* 2011; 26(9): 2442-51.
- Livadas S, Chaskou S, Kandaraki AA, Skourletos G, Economou F, Chirstou M, Boutzios G, Karachalios A, Zerva A, Xyrafis X, Christakou Ch, Pighou AK, Diamanti E. Anxiety is associated with hormonal and metabolic profile in women with polycystic ovarian syndrome. *Clinical Endocrinology* 2011; 75(5): 698-703.
- Veltman SM, Boivin J, Eijkemans M, Fauser B. Emotional distress in a common risk in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis of 28 studies. *Human Reproduction* 2012; 18(6): 638-51.
- Theunissen M, Peters ML, Bruce J, Gramke HF, Marcus MA. Preoperative anxiety and catastrophizing. *The Clinical Journal of Pain* 2012; 28(9): 819-41.
- Makino S, Jensen MP, Arimura T, Obata T, Anno K, Iwaki R, Kubo Ch, Sudo N, Hosoi M. Alexithymia and chronic pain. *The Clinical Journal of Pain* 2013; 29(4): 354-61.
- Bruehl S, Liu X, Burns JW, Chont M, Jamison RN. Associations between daily chronic pain intensity, daily anger expression, and trait anger expressiveness: An ecological momentary assessment study. *Pain* 2012; 153 (12): 2352-8.
- Alegre de Miguel C, Sellas A. Fibromialgia: enfermedad de la emoción o emoción del dolor. *Medicina clínica* 2008; 131(13): 503-4.
- García Campayo J, Rodero B. La catastrofización ante el dolor en la fibromialgia. *Jano* 2011; 00: 59-61.
- García Campayo J, Rodero B, Alda M, Sobradie N, Montero J, Moreno S. Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. *Medicina Clínica* 2008; 131(13):487-92.
- Godás T, Gómez E, Salamero M, Fernández Huerta JM, Fernández Solá J. Relación entre el síndrome de fatiga crónica y el patrón de conducta tipo A. *Medicina Clínica* 2009; 133(14): 539-41.
- Aldao A, Nolen Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 2010; 30(2): 217-37.
- Ochoa C, Sumalla EC, Maté J, Castejón V, Rodríguez A, Blanco I, Gil F. Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer. *Psicooncología* 2010; 7(1): 7-34.
- Traeger L, Greer JA, Fernández Robles C, Temel JS, Pirl WF. Evidence-based treatment of anxiety in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology* 2012; 30(11): 1197-205.
- Zhang JM, Wang P, Yao JX, Zhao L, Davis MP, Walsh D, Yue GH. Music interventions for psychological and physical outcomes in cancer: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer* 2012; 20(12): 3043-53.
- Coyne JC, Tennen H. Positive psychology in cancer care: bad science, exaggerated claims, and unproven medicine 2010; 39 (1): 16-26.
- McClure T, Haykowsky MJ, Schopflocher D, Hsu ZY, Clark AM. Home-based secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention* 2013; 33(2): 59-67.
- Heredia MV, Collado M, Viedma A, Camacho M, Sánchez E, Expósito M. Técnicas de relajación. Otras alternativas al tratamiento de la hipertensión arterial. Una revisión sistemática. *Parainfo Digital. Monográficos de Investigación en Salud* 2009; 7. ISSN: 1988-3439. Disponible en: n7/153o.php Consultado el 4 de diciembre 2013.
- Bradt J, Dileo C. Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patients. *Cochrane Database of Systematic Review* 2009; 15(2): CD006577. DOI: 10.1002/14651858.CD006577.pub2.
- Figueredo M, Fabré DE, Coutin G, Del Arco AO. Evaluación del impacto de un programa educativo en algunos factores emocionales de niños asmáticos y sus padres. *Revista Alergia México* 2011; 58(3): 155-61.

- Tabolli S, Naldi L, Pagliarello C, Sampogna F, di Pietro C, Spagnoli A, Abeni D, The Italian Writing Exercise Study Group. Evaluation of the impact of writing exercises interventions on quality of life in patients with psoriasis undergoing systematic treatments. *British Association of Dermatologists* 2012; 167(6): 1254-64.
- Mora R, Quintana I. Risas y terapias positivas: moderno enfoque y aplicaciones prácticas en medicina. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 2010; 3(1): 27-34.
- De la Fuente MB, González ME. Terapia de la risa en el dolor crónico músculo-esquelético. *Revista Rol de Enfermería* 2010; 33(6): 43-44.
- Jaimes J, Claro A, Perea S, Jaimes E. La risa, un complemento esencial en la recuperación del paciente. *Revista Médicas UIS* 2011; 24(1): 102-7.
- Rodríguez R, Moreno B, De Rivas S, Herrero M. Recursos personales positivos en la relación con el paciente: las estrategias de regulación emocional. *Norte de Salud Mental* 2011; Vol IX(41): 38-48.
- Perea JM. Inteligencia emocional y enfermera de salud mental. Adaptándonos a los nuevos retos. *Revista Presencia* 2008; 4(8): Disponible en <<http://www.index-f.com/presencia/n7/p6681.php>> Consultado el 4 de diciembre 2013.
- Benito E, Arranz P, Cancio H. Herramientas para el autocuidado del profesional que atiende a personas que sufren. *FMC* 2011; 18(2): 59-65.
- Bialer PA, Kissane D, Brown R, Levin T, Bylund C. Responding to patient anger: Development and evaluation of an oncology communication skills training module. *Palliative and Supportive Care* 2011; 9(4): 359-65.
- Borrell F. Empatía, un valor troncal en la práctica clínica. *Medicina Clínica* 2011; 136(9): 390-97.
- Hsu I, Saha S, Korthuis PT, Sharp V, Cohn J, Moore RD, Beach MC. Providing support to patients in emotional encounters: a new perspective on missed empathic opportunities. *Patient Education and Counseling* 2012; 88(3): 436-42.