



Mi Universidad

TESIS

Nombre del Alumno: Leslie Floeese Velasco Abarca

Nombre del tema: Impacto de la represión emocional en la salud física: Un enfoque fisiológico en adultos de 25 a 45 años

Parcial: III

Nombre de la Materia: Sexualidad y género

Nombre del profesor: María Antonieta López León

Nombre de la Licenciatura: Psicología

Cuatrimestre: VIII

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente a mi familia y amigos, pero principalmente a mis padres quienes siempre me han apoyado en todos y cada unos de mis proyectos, agradezco tanto a ellos porque con su ayuda pudieron hacer posible que al día de hoy sea una licenciada. Agradezco a Leslie y Mario por siempre levantarme el ánimo, no dejar rendirme y sobre todo por siempre estar ahí cuando mas los necesite. (XMG)

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
CAPITULO I	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	14
1.3 OBJETIVO.....	15
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	17
1.5 HIPÓTESIS.....	18
1.6 METODOLOGÍA.....	20
CAPÍTULO II.....	
2. 1 HISTORIA Y TEORÍAS DE LAS EMOCIONES.....	24
2.2 ENFOQUE PROPUESTO POR PLUTCHIK.....	33
2.3 TEORÍA DE LA REPRESIÓN FREUDIANA.....	36
2.4 REPRESIÓN SEGÚN MARIAN ROJAS ESTAPE.....	38
2.5 TEORÍA DE CARL JUNG.....	39
2.6 EMOCIONES POSITIVAS Y NEGATIVAS.....	41
2.7 EMOCIONES NEGATIVAS Y SALUD ENFERMEDAD.....	43
2.8 EMOCIONES NEGATIVAS Y SALUD MENTAL.....	44
2.9 EMOCIONES NEGATIVAS Y SALUD FÍSICA.....	46
2.10 TRASTORNOS CARDIOVASCULARES.....	49
2.11 TRASTORNOS DERMATOLÓGICOS.....	52
2.12 TRASTORNOS ENDOCRINOS.....	53
2.13 TRASTORNOS GASTROINTESTINALES.....	54
2.14 ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS.....	57
2.15 TRASTORNOS RESPIRATORIOS.....	59
CAPÍTULO III.....	
3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACION.....	
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	

3.3 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....

3.4 ANÁLISIS DE DATOS.....

INTRODUCCIÓN

La conexión mente-cuerpo o cómo las emociones repercuten en la salud física, y viceversa, es una realidad evidente. Todos hemos experimentado alguna vez que los sentimientos no expresados luego se transforman en una mochila grande, que nos pesa y afecta nuestro bienestar. También hemos comprobado cómo pueden influir en nuestro estado de salud, cuando luego de una discusión nos duele el cuello, las mandíbulas o se nos va el apetito. Pero, ¿por qué reprimimos las emociones?

Las emociones son un parte fundamental de la vivencia humana y toman un papel crucial en la salud mental y física. Sin embargo, la manera en que las personas emplean sus emociones puede determinar su bienestar general.

La represión emocional, entendida como la capacidad para invalidar, ignorar o disimular las emociones como enojo, tristeza o el miedo que surgen de forma cotidiana y natural en el día a día han sido objeto de estudio en diversas disciplinas desde la psicología hasta la medicina. Asimismo, reprimir emociones puede ser un mecanismo de defensa útil en diversos contextos, la evidencia científica sugiere que en este ámbito cuando ya es de manera crónica puede tener efectos perjudiciales en el organismo.

La represión emocional puede generar diversas reacciones en hombres y mujeres de entre 20 y 40 años, aunque estas varían dependiendo del género y de la etapa de vida. En los hombres, la represión emocional puede provocar un desgaste interno, ya que muchos han sido socializados para mostrar fortaleza y no expresar vulnerabilidad, lo que puede resultar en ansiedad, depresión o una desconexión emocional. Esta represión puede manifestarse a menudo como ira y frustración, ya que las emociones de tristeza o dolor, al no ser adecuadamente expresadas, se canalizan hacia la agresividad. El aislamiento social también es común, ya que los hombres que reprimen sus emociones pueden sentirse solos o incomprendidos, incapaces de compartir lo que sienten debido a la dificultad de expresar emociones "más suaves". Además, los síntomas físicos, como dolores de cabeza, malestar gastrointestinal o dolores musculares, son frecuentes, ya que el estrés no gestionado puede repercutir en el cuerpo.

Por otro lado, las mujeres también experimentan repercusiones emocionales cuando reprimen sus sentimientos. La ansiedad y la depresión son comunes, ya que, aunque las mujeres suelen ser más aceptadas al expresar emociones, la represión también puede surgir como mecanismo de defensa, especialmente cuando se les enseña a priorizar las necesidades de los demás. Esto puede generar sentimientos de culpa, pues las mujeres a menudo internalizan las emociones reprimidas, lo que les lleva a sentir que no cumplen con las expectativas sociales o familiares. Algunas mujeres, además, pueden sobre compensar la represión emocional a través de una productividad excesiva o preocupaciones por la apariencia, perdiendo de vista sus propias necesidades emocionales. El estrés crónico es otro resultado común de la represión emocional en las mujeres, pues la presión por cumplir con expectativas sociales de ser "perfectas" puede generar un desgaste psicológico importante, afectando tanto la salud física como la mental.

En ambos géneros, la represión emocional puede desencadenar un impacto negativo en la salud mental, aumentando el riesgo de ansiedad, depresión y trastornos del estado de ánimo. Las relaciones personales y laborales también se ven afectadas, ya que la dificultad para expresar las emociones puede obstaculizar la conexión y la intimidad. Aunque ha habido un aumento de la conciencia sobre la salud emocional, y las mujeres, en particular, están comenzando a desafiar estas expectativas sociales, la cultura sigue siendo un factor importante que influye en cómo las personas manejan sus emociones.

Las reacciones emocionales mantienen niveles de activación fisiológica intensos que pueden deteriorar nuestra salud si se cronifican. Alta activación psicológica puede estar asociada con un cierto grado de inmunodepresión lo que nos vuelve más vulnerables al desarrollo de enfermedades infecciosas (gripe, herpes) o de tipo inmunológico (lupus eritematoso y esclerosis múltiple) .

En este sentido, es fundamental considerar que la represión emocional no sólo afecta a nivel individual, sino que también tiene implicaciones a nivel social y cultural. En muchas sociedades, existen normas implícitas que determinan qué emociones son aceptables y cuáles deben ocultarse, lo que genera un ambiente en el que la expresión puede ser vista como una señal de debilidad o inestabilidad.

Esto refuerza patrones de supresión emocional desde la infancia, lo que a su vez contribuye al desarrollo de problemas de salud a lo largo de la vida.

CAPÍTULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Este trabajo tiene como objetivo analizar el impacto de la represión emocional en la salud física visto desde un enfoque fisiológico. Diversas investigaciones han demostrado que la represión emocional está vinculada con el aumento del estrés, disfunción del sistema inmunológico y el desarrollo de enfermedades psicosomáticas. En este sentido, se ha observado que las personas que evitan expresar sus emociones pueden experimentar un incremento en los niveles de cortisol, que es una hormona asociada con el estrés lo que a largo plazo puede generar daños en el sistema cardiovascular, digestivo e incluso en el sistema nervioso.

Los traumas pueden dejar profundas cicatrices emocionales, ya se deban a un único evento negativo o a la exposición prolongada a circunstancias angustiosas. Para hacer frente a fuertes sentimientos de miedo, tristeza, ira o impotencia, las personas suelen recurrir al instintivo acto de reprimir estas emociones.

La supresión emocional, sea deliberada o involuntaria, es el proceso de reprimir los pensamientos y emociones dominantes y suele considerarse un mecanismo de afrontamiento que las personas usan como reacción a experiencias traumáticas. Aunque la supresión emocional puede proporcionar un alivio temporal y una sensación de control, suele afectar a nuestro bienestar mental a largo plazo y puede causar problemas crónicos de salud

Además, es importante considerar que la represión emocional no solo influye en el funcionamiento del cuerpo, sino que también puede afectar el comportamiento y las relaciones interpersonales. Las emociones reprimidas no desaparecen, sino que tienden a manifestarse de otras formas como síntomas físicos inespecíficos, como ansiedad o cambios en la conducta.

Se examinará como el cuerpo responde fisiológicamente a la represión emocional y que implicaciones tiene esto en la calidad de vida de las personas. Finalmente se explorarán estrategias que puedan ayudar a fomentar una expresión emocional saludable, con el fin de reducir el impacto negativo de la omisión emocional en el organismo. Con este trabajo se espera contribuir al conocimiento sobre la relación entre emociones y salud física, proporcionando herramientas para una mejor comprensión del problema y su relevancia en el ámbito clínico y la salud pública.

La psicología se enfoca profundamente en el estudio de la mente y el comportamiento humano, explorando la complejidad de los procesos mentales y las manifestaciones conductuales, se interesa por como procesamos y analizamos la información, como somos conscientes de nosotros mismos y nuestro entorno, como guardamos y recuperamos recuerdos, como experimentamos y expresamos nuestras emociones y que nos motiva a actuar y alcanzar nuestras metas. Además, la psicología se adentra en el estudio de la personalidad, es decir, aquellos patrones únicos de pensamiento, emoción y comportamiento que define a cada individuo haciendo énfasis en la diversidad y complejidad del ser humano.

La psiconeuroinmunología es una disciplina que tiene una visión integral de la salud y considera que el origen de muchos trastornos se encuentra en la microbiótica intestinal, su principal objetivo es comprender el mecanismo por el cual se desencadenan enfermedades, sobre todo las patologías crónicas y esto se hace mediante un enfoque multidisciplinar. Esta ciencia parte de la base de que las emociones provocan cambios tanto a nivel del sistema hormonal como inmunitario y a su vez considera que el sistema nervioso, inmunitario y endocrino interactúan con las bacterias que tenemos en el intestino.

Impacto se define como un golpe emocional producido por un acontecimiento o una noticia desconcertante pero también puede ser un efecto producido en la opinión pública por un acontecimiento, una disposición de la autoridad, una noticia, una catástrofe, etc. En este caso, la represión emocional genera un golpe emocional

que puede alterar el equilibrio fisiológico de una persona. Esto ocurre cuando un individuo ante una situación adversa o estresante se ve obligado a contener sus emociones, lo que puede derivar en síntomas como ansiedad, estrés crónico, fatiga e inclusión de enfermedades psicosomáticas.

El concepto de represión puede abordarse desde diversas perspectivas. En términos generales, se trata de un acto destinado a contener o controlar ciertos impulsos o manifestaciones. Desde el punto del psicoanálisis, Sigmund Freud definió la represión como un mecanismo de defensa mediante el cual el inconsciente bloquea pensamientos o deseos inaceptables para la conciencia. Si bien, este mecanismo puede ser útil en determinadas circunstancias, su uso prolongado puede generar efectos negativos en la salud mental y física.

El termino emocional hace referencia a las manifestaciones intensas del sentimiento humano, expresadas como un resultado de una situación o experiencia específica. Las emociones cumplen una función adaptativa en el ser humano, ayudando a interpretar el entorno y a reaccionar antes estímulos externos. Sin embargo, cuando una persona se ve obligada a reprimir sus emociones de manera constante se produce una acumulación de tensión interna que puede desembocar en problemas de salud.

La salud es un concepto amplio que abarca tanto bienestar físico como psicológico. Se puede definir como una condición física y psíquica en que se encuentra un organismo en un momento determinado y no sólo de la ausencia de enfermedad. Desde esta perspectiva la represión emocional puede considerarse como un factor de riesgo de diversas enfermedades ya que altera el equilibrio del organismo y favorece la aparición de trastornos psicosomáticos.

El término físico se relaciona con la constitución y naturaleza corporal de un individuo en contraste con su dimensión moral o emocional. También hace referencia a la apariencia externa de una persona reflejando su estado de salud y bienestar.

El enfoque es el punto de vista adoptado al realizar un análisis o una información. En este caso, el estudio se orienta a examinar los efectos fisiológicos de la represión emocional en la salud física, estableciendo conexiones entre el estado emocional y las funciones orgánicas del cuerpo humano. Desde otro punto de vista científico se han llevado a cabo diversas investigaciones que demuestran como el estrés emocional reprimido puede activar el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA) generando una respuesta de cortisol la hormona de estrés que afecta múltiples sistemas del organismo.

El término fisiológico hace referencia a todo lo relacionado con la fisiología, es decir, el estudio de las funciones de los seres vivos, la fisiología analiza como los sistemas del cuerpo trabajan en conjunto para mantener el equilibrio. En este contexto, se considera como la represión emocional puede alterar procesos fisiológicos normales, como la regulación hormonal, la función cardiovascular y el sistema inmunológico.

Las emociones perturbadoras influyen negativamente en la salud, ya que hace más vulnerable el sistema inmunológico, lo que no permite su correcto funcionamiento, lograr que el hombre se adapte a su medio implica el mantenimiento de la adecuada sincronización de las funciones de los sistemas de su organismo. En el caso del surgimiento de un desequilibrio, esta adaptación depende del restablecimiento de ese equilibrio (López, 1999).

Existen indicadores que hacen notar que los factores psicológicos pueden influir de manera significativa sobre algunas enfermedades causadas por otros factores. Desde hace algo más de dos décadas, las ciencias médicas y psicológicas han estado forjando una concepción más amplia de como nuestra vida emocional afecta directa e indirectamente nuestro bienestar físico (emociones y salud). Se ha investigado los vínculos reales entre los acontecimientos psicológicos, la función cerebral, la secreción hormonal y la potencia de la respuesta inmunológica, la relación entre emociones y salud. Este nuevo campo del saber ha sido denominado psiconeuroinmunología.

El estudio de la represión emocional y su impacto en la salud física revela la estrecha relación entre los procesos psicológicos y el bienestar del organismo, la psicología al enfocarse en el análisis del comportamiento humano y procesos mentales nos permite comprender como la gestión de nuestras emociones influye directamente en nuestra salud, la represión emocional aunque en ocasiones pueda ser un mecanismo de defensa útil, puede generar efectos negativos cuando esta se prolonga durante un tiempo dando un resultado a alteraciones fisiológicas que afectan de manera hormonal, cardiovascular e inmunológica.

Las emociones desempeñan un papel emocional en la adaptación del ser humano a su entorno y su represión constante puede desencadenar un desequilibrio que se manifiesta es enfermedades psicosomáticas y trastornos crónicos. La activación del eje HHA y la liberación de cortisol en respuesta al estrés emocional reprimido demuestra que la mente y el cuerpo están profundamente interconectados.

1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿De qué manera el estilo de crianza influye en la tendencia a reprimir emociones?
2. ¿Cómo afecta la represión emocional, aprendida en la infancia al desarrollo de trastornos de ansiedad en la vida adulta?
3. ¿Qué mecanismos fisiológicos se activan en el cuerpo ante la represión emocional?
4. ¿De qué manera la represión emocional influye en el sistema inmunológico y su respuesta ante enfermedades?
5. ¿Cómo se relaciona la represión emocional con trastornos psicosomáticos?
6. ¿Qué diferencias fisiológicas se observan en personas que expresan sus emociones en comparación con aquellas que las reprimen?

1.3OBJETIVOS

- ✓ Objetivo general:
 - ✓ Analizar el impacto de la represión emocional en la salud física desde una perspectiva fisiológica, identificando los mecanismos biológicos y sus posibles consecuencias en el organismo.

- ✓ Objetivos específicos:
 - ✓ Definir el concepto de represión emocional y su relación con el procesamiento de las emociones en el ámbito fisiológico y psicológico.
 - ✓ Explorar la relación entre represión emocional y enfermedades psicosomáticas incluyendo trastornos cardiovasculares, gastrointestinales y autoinmunes

1.4 JUSTIFICACIÓN

A lo largo de esta carrera de psicología, pudimos identificar que uno de los principales problemas que enfrenta la población es la represión emocional. Las causas de este fenómeno son múltiples y varían en cada individuo, sin embargo, un aspecto común es que el cuerpo siempre encuentra una forma de expresarse.

En muchas ocasiones, desconocemos el motivo de nuestras emociones o estados de ánimo, sin percatarnos de que reprimir y silenciar lo que sentimos tiene un impacto significativo en nuestro bienestar. Por ello, hemos decidido centrarnos en este tema, abordando desde una perspectiva científica que respalde y valide la premisa de que cuando la boca calla, el cuerpo habla.

El estudio del impacto de la represión emocional en la salud física es fundamental debido a la creciente evidencia que sugiere que las emociones no expresadas pueden generar efectos negativos en el organismo. Aunque la relación entre las emociones y la salud ha sido abordada desde diversas disciplinas, aun existen vacíos en la comprensión de los mecanismos fisiológicos específicos que vinculan

la represión emocional con el desarrollo de enfermedades. Esta investigación busca aportar conocimiento en este ámbito, explorando la inhibición emocional influye en sistemas fisiológicos clave, como el sistema nervioso autónomo, el eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal (HHA) y el sistema inmunológico.

El tema es relevante porque vivimos en una sociedad donde la expresión emocional sigue estando condicionada por normas culturales y sociales que pueden fomentar la represión emocional, sin considerar sus efectos a largo plazo. Muchas personas, consciente o inconscientemente, reprimen sus emociones sin ser plenamente conscientes de las posibles repercusiones en su salud física. Comprender estas consecuencias permitirá generar conciencia sobre la importancia de una adecuada regulación emocional y su impacto en el bienestar general.

Además, esta investigación tiene el potencial de aportar conocimiento valioso para la psicología clínica, proporcionando evidencia científica que respalde la necesidad de intervenciones integradas que no solo aborden la salud mental, sino que también contribuyan a la prevención de otro tipo de enfermedades.

Por estas razones, el estudio del impacto de la represión emocional en la salud física es necesario y relevante, ya que permite ampliar la comprensión sobre la

interacción mente-cuerpo y ofrecer soluciones innovadoras para el bienestar humano.

1.5 HIPÓTESIS

Las personas de 20 a 45 años que suelen reprimir sus emociones cuentan con un mayor riesgo de desarrollar trastornos cardiovasculares tal como es la hipertensión arterial. Asimismo, cuenta con el incremento elevado de cortisol, debilitando al sistema inmunológico. Individuos que presentan esta represión en este rango de edad, cuentan con migrañas y dolores musculares crónicos. Recordando muchas veces que el reprimir emociones se presenta como un mecanismo de defensa, mucho de ello suele darse por los estilos de crianza de los cuidadores primarios.

En comparación con las personas que no reprimen y si suelen expresar como se sienten sí hay muchos cambios notorios tales como: expresiones más relajadas, posturas de seguridad, piel saludable y mejores relaciones sociales.

Además, la represión emocional se ha asociado con una menor variabilidad de la frecuencia cardíaca, lo que indica una menor flexibilidad autonómica y una mayor

vulnerabilidad al estrés fisiológico. También se ha observado que las personas con altos niveles de represión emocional presentan un aumento en la actividad de la amígdala y una menor conectividad con la corteza prefrontal, lo que sugiere una dificultad en la regulación emocional que puede exacerbar la respuesta al estrés y mantener un estado de hipervigilancia fisiológica.

En este contexto, se plantea la hipótesis de que los individuos que presentan una mayor tendencia a la represión emocional experimentarán mayores niveles de disfunción fisiológica en comparación con aquellos que expresan y procesan sus emociones de manera adaptativa. Esta disfunción se manifestará en la alteración de marcadores biológicos relacionados con el estrés crónico, tales como niveles elevados de cortisol basal y reactividad alterada en pruebas de estrés, mayor inflamación sistémica medida a través de biomarcadores como la proteína C reactiva y citoquinas proinflamatorias, y una mayor incidencia de enfermedades psicosomáticas. En consecuencia, la represión emocional no solo afecta el bienestar psicológico, sino que también constituye un factor de riesgo significativo para el deterioro de la salud física a largo plazo, lo que resalta la importancia de estrategias de intervención que promuevan una adecuada expresión y regulación emocional para la prevención de enfermedades crónicas.

1.6 METODOLOGÍA

El estudio se basará en un enfoque cualitativo y transversal, ya que busca analizar la relación entre la represión emocional y su impacto percibido en la salud física en un solo punto en el tiempo, sin manipulación de variables. Esto permitirá comprender el impacto recibido de la represión emocional en la salud física dentro del grupo etario seleccionado, proporcionando datos relevantes para futuras investigaciones o intervenciones psicológicas.

✓ POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población objetiva está compuesta por adultos de 20 a 45 años. Se empleará un muestreo no probabilístico por conveniencia, aplicando la encuesta a personas seleccionadas de forma aleatoria dentro del rango de edad establecido.

✓ INSTRUMENTO:

Se utilizará una encuesta estructurada con preguntas de opción múltiple, escalas de frecuencia y una pregunta abierta. La encuesta incluirá:

1. Datos sociodemográficos: (Sexo y edad)

2. Preguntas sobre la represión emocional, incluyendo:
 - Conocimiento sobre la represión emocional
 - Influencia de la infancia en la gestión emocional actual
 - Hábitos de expresión emocional
 - Dificultades para expresar emociones específicas
 - Percepción del impacto de la represión emocional en la salud física

- Situaciones en las que las personas reprimen más sus emociones.
3. Preguntas sobre síntomas físicos asociados a la represión emocional, como:
- Problemas digestivos
 - Síntomas cardiovasculares
 - Ansiedad y estrés
4. Escalas de frecuencia para medir con qué regularidad los participantes experimentan estos síntomas o evitan hablar de sus emociones
5. Procedimiento:
1. Recolección de datos: La encuesta se aplicará en un formato impreso
 2. Aplicación de la encuesta: Se compartirá de manera aleatoria a adultos de 20 a 45 años
 3. Análisis de datos: Se empleará estadística descriptiva (porcentajes) para analizar las respuestas. Además, se identificarán correlaciones entre la represión emocional y síntomas físicos reportados

CAPITULO II

La relación entre las emociones y la salud física ha sido objeto de estudio desde hace siglos, y en la actualidad, numerosos hallazgos científicos han demostrado que la represión emocional puede generar efectos negativos en el organismo. La represión, entendida como la inhibición consciente o inconsciente de emociones y sentimientos, no solo afecta el bienestar psicológico, sino que también tiene consecuencias directas sobre distintos sistemas fisiológicos. A través de múltiples mecanismos biológicos, la supresión prolongada de emociones como el miedo, la ira o la tristeza puede predisponer al organismo a diversas alteraciones y enfermedades.

Este capítulo examina el origen y la evolución del impacto fisiológico de la represión emocional en la salud física, abordando su conceptualización histórica y los avances científicos que han permitido comprender sus efectos en el cuerpo humano. Se explorarán las principales teorías y evidencias que explican cómo la inhibición emocional incide en el funcionamiento de sistemas clave como el nervioso, el inmunológico, el cardiovascular y el endocrino.

En primer lugar, se analizará la visión histórica de la relación entre emociones y salud, desde las primeras interpretaciones en la medicina antigua hasta los estudios más recientes en neurociencia y psicosomática. A lo largo del tiempo, diversas tradiciones médicas han reconocido la influencia de las emociones en la aparición y progresión de enfermedades, aunque las explicaciones han variado según los

conocimientos disponibles en cada época La represión emocional, al impedir la expresión y procesamiento adecuado de las emociones, mantiene al organismo en un estado de alerta sostenida que favorece la liberación de catecolaminas y otros mediadores fisiológicos con efectos a largo plazo en la salud. El impacto de la represión emocional en el sistema cardiovascular será otro punto clave de análisis. Diversas investigaciones han demostrado que la inhibición de emociones, especialmente aquellas relacionadas con el estrés y la ira, puede estar vinculada con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares. Se explicará cómo la represión emocional influye en el aumento de la presión arterial, la rigidez arterial y la disfunción del sistema circulatorio, factores que pueden derivar en hipertensión, enfermedad coronaria y otros trastornos cardiovasculares.

La inhibición persistente de emociones ha sido asociada con una mayor susceptibilidad a infecciones, enfermedades autoinmunes y procesos inflamatorios crónicos. Se analizarán los mecanismos fisiológicos que explican esta relación, incluyendo la alteración en la respuesta inflamatoria y la reducción de la eficiencia del sistema inmunitario en la defensa contra agentes patógenos y el mantenimiento del equilibrio interno del organismo.

Además, se abordará el impacto de la represión emocional en el sistema digestivo y el metabolismo. La supresión constante de emociones puede generar disfunciones en el tracto gastrointestinal, como el síndrome del intestino irritable, gastritis y úlceras. También se discutirá cómo la represión emocional puede alterar

el equilibrio hormonal y metabólico, influyendo en la regulación del peso, la resistencia a la insulina y otros procesos metabólicos esenciales.

2.1 HISTORIA Y TEORIAS DE LAS EMOCIONES

Las emociones, como respuestas complejas del organismo, juegan un papel crucial en la vida humana, desde la supervivencia y la adaptación hasta la regulación de las relaciones sociales. La comprensión de las emociones es fundamental en diversos campos de estudio, y uno de los más relevantes en la actualidad es la educación emocional. A través de este concepto, se busca promover el entendimiento, la expresión y la regulación de las emociones en los individuos, con el objetivo de fomentar su bienestar psicológico, social y físico.

Es necesario comenzar por entender qué es una emoción, cómo se genera y qué implicaciones tiene en la experiencia humana. A lo largo de la historia, numerosos psicólogos han intentado definir y clasificar las emociones, lo que ha dado lugar a diferentes enfoques teóricos. En este contexto, resulta relevante revisar algunas de las teorías fundamentales que han influido en la comprensión de las emociones y sus componentes.

Desde los inicios de la psicología científica, la emoción ha sido un tema de interés central. Una de las primeras teorías en intentar desentrañar la naturaleza de las emociones fue la propuesta por Wilhelm Wundt en 1896. Su teoría tridimensional del sentimiento sugiere que las emociones se pueden analizar a partir de tres dimensiones fundamentales: agrado-desagrado, tensión-relajación y excitación-calma. Según Wundt, cada emoción se define como una combinación específica de estas tres dimensiones, lo que permite clasificar una amplia variedad de emociones humanas. Esta teoría representó un avance en la psicología de la emoción, permitiendo la sistematización de los distintos sentimientos y estados emocionales.

Sin embargo, a medida que la psicología evolucionaba, se fueron planteando enfoques más detallados y actualizados. En este sentido, el psicólogo y educador emocional Daniel Goleman y otros investigadores contemporáneos, como Bisquerra (2003), ofrecieron definiciones más precisas y funcionales de las emociones. Según Bisquerra, “una emoción es un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o una perturbación que predispone a una respuesta organizada”. Esta definición subraya que las emociones no solo son respuestas a eventos externos o internos, sino que también implican una preparación biológica y psicológica para la acción, con un componente motivacional.

Las emociones cumplen diversas funciones dentro de la vida humana. Desde una perspectiva biológica y evolutiva, las emociones tienen un papel fundamental en la supervivencia y el mantenimiento de la especie. Actúan como señales ante estímulos que indican potenciales amenazas o recompensas, favoreciendo

respuestas adaptativas ante el entorno. Por ejemplo, emociones como el miedo sirven para activar mecanismos de defensa frente a peligros, mientras que emociones como el placer o la felicidad refuerzan conductas que son beneficiosas para la supervivencia, como el cuidado de los propios hijos o la formación de vínculos sociales.

Más allá de su función adaptativa, las emociones también juegan un papel esencial en las relaciones sociales y la comunicación. Las emociones facilitan la interacción entre los individuos, permitiendo la expresión de estados internos que pueden ser compartidos y comprendidos por los demás. Este intercambio emocional es fundamental para la construcción de vínculos afectivos, que a su vez favorecen la cooperación y el entendimiento mutuo. Las emociones también tienen una función reguladora en el comportamiento, ya que pueden motivar a los individuos a realizar ciertos actos que consideran relevantes para su bienestar.

En términos motivacionales, las emociones nos predisponen a repetir ciertos comportamientos que están asociados con emociones positivas, como la gratificación o la satisfacción, mientras que nos alejan de aquellas acciones que generan emociones negativas, como el dolor o el sufrimiento. Así, la emoción actúa como un sistema de retroalimentación que orienta la conducta humana hacia metas adaptativas y satisfactorias.

El proceso emocional es complejo y multifacético. Según la teoría contemporánea, una emoción se origina a partir de la percepción de un estímulo externo o interno. Este estímulo puede ser un evento del entorno, como una situación estresante o un acto gratificante, o bien un estímulo interno, como un pensamiento, una memoria o una imagen mental. A continuación, el individuo realiza una valoración de este estímulo, un proceso en el que intervienen tanto aspectos cognitivos como emocionales. Esta valoración determina la respuesta emocional que se experimentará ante el estímulo percibido.

Una vez que se ha producido la valoración del estímulo, la emoción desencadena una reacción neuropsicológica, que involucra tanto cambios fisiológicos como conductuales. Estos cambios pueden incluir alteraciones en el ritmo cardíaco, la respiración, la tensión muscular y la expresión facial, entre otros. En paralelo, se activa una predisposición a la acción, que se refleja en la intención de actuar de una determinada manera, ya sea para acercarse a una fuente de placer o para alejarse de una fuente de dolor.

Es importante resaltar que las emociones no solo son reacciones automáticas ante estímulos, sino que también están influenciadas por factores cognitivos y contextuales. La interpretación que un individuo haga de una situación puede modificar la forma en que experimenta la emoción, así como la intensidad y duración de la respuesta emocional. De esta manera, el proceso emocional implica una

interacción continua entre la percepción del entorno, la valoración cognitiva y la expresión física de la emoción.

La educación emocional se basa en la premisa de que, al comprender y gestionar las emociones, los individuos pueden mejorar su bienestar general, así como sus relaciones interpersonales. Este enfoque busca desarrollar la inteligencia emocional, entendida como la capacidad para reconocer, comprender, expresar y regular las emociones de manera adecuada y efectiva. La educación emocional, por tanto, no solo tiene implicaciones terapéuticas, sino también preventivas, ya que permite a las personas enfrentar los desafíos emocionales de manera más saludable y adaptativa.

A través de la educación emocional, se pretende que los individuos aprendan a identificar sus emociones, comprendan sus causas y efectos, y sean capaces de regularlas de forma que favorezcan su bienestar. Además, esta disciplina promueve el desarrollo de habilidades sociales, como la empatía, el asertividad y la resolución de conflictos, que son esenciales para una convivencia armoniosa. La educación emocional también se ha vinculado con la mejora del rendimiento académico y la reducción de conductas problemáticas, como la agresividad o la ansiedad.

En este sentido, los programas de educación emocional han demostrado ser efectivos en diversos contextos, desde la escuela hasta el ámbito laboral y familiar. Al integrar la enseñanza de las emociones en el currículo escolar, se fomenta un entorno de aprendizaje más saludable y respetuoso, donde los estudiantes pueden desarrollar una mayor comprensión de sí mismos y de los demás. Además, la educación emocional contribuye al desarrollo de competencias clave para la vida, como la toma de decisiones responsables, la gestión del estrés y la capacidad para trabajar en equipo.

Las emociones son una parte esencial de la experiencia humana, influyendo en nuestras decisiones, comportamientos y relaciones. Comprender la naturaleza de las emociones y cómo se generan, así como su impacto en el bienestar y las interacciones sociales, es fundamental para promover una educación emocional efectiva. Al integrar el conocimiento emocional en la educación, se pueden proporcionar herramientas valiosas para el desarrollo personal y social de los individuos, lo que contribuye a una sociedad más equilibrada y saludable.

Las emociones se producen cuando las informaciones sensoriales, como estímulos internos o externos, llegan a los centros emocionales del cerebro. Este proceso da lugar a una respuesta neurofisiológica que prepara al cuerpo para responder ante la situación. Luego, el neocórtex interpreta esta información, evaluando y asignando significados a los estímulos. La comprensión de cómo se generan las emociones no solo requiere entender cómo funciona el cerebro en el presente, sino también considerar su evolución. El cerebro humano tiene estructuras primitivas, como el

tronco encefálico, que regula funciones vitales como la respiración y el metabolismo, funciones que compartimos con otras especies. Sin embargo, a medida que evolucionaron estos centros primitivos, se desarrollaron los centros emocionales y, posteriormente, el neocórtex, la parte del cerebro responsable del pensamiento consciente y complejo. Este neocórtex, aunque esencial en la interpretación racional de las emociones, no tiene control total sobre ellas, ya que las emociones son gestionadas mayormente por el sistema límbico, en especial por la amígdala.

La amígdala es una estructura fundamental dentro del cerebro emocional, y se considera el núcleo central en la gestión de las emociones, especialmente aquellas relacionadas con la ira, el miedo y el aprendizaje de las respuestas emocionales. Se encuentra localizada en el sistema límbico y tiene una estrecha relación con el aprendizaje y la memoria emocional. La amígdala actúa como un "depósito" de recuerdos emocionales, almacenando aquellos que tienen un fuerte impacto emocional, como los traumas o los momentos felices. Esta función es crucial porque, si se extirpa la amígdala, se pierde la capacidad de experimentar el significado emocional de los estímulos, lo que lleva a lo que se conoce como "ceguera afectiva". Además, la amígdala también juega un papel en la producción de lágrimas y otras respuestas físicas relacionadas con las emociones.

Según Daniel Goleman (1995), las emociones no son procesos cerebrales aislados, sino el resultado de múltiples mecanismos cerebrales que interactúan entre sí. Dentro de estos procesos, la amígdala tiene un papel crucial en el aprendizaje de las conductas emocionales, conocido como el "condicionamiento del contexto".

Según Belmonte (2007), este tipo de aprendizaje se refiere a cómo los animales aprenden a asociar estímulos con recompensas que son esenciales para la supervivencia, como la comida o el sexo. Este aprendizaje se lleva a cabo en los núcleos basolaterales de la amígdala a través de un proceso sináptico. De este modo, la amígdala no solo está involucrada en la respuesta emocional inmediata, sino que también forma parte de los mecanismos que enseñan al cerebro a asociar estímulos con respuestas emocionales y conductuales a lo largo del tiempo.

Además, la amígdala tiene un vínculo estrecho con el neocórtex, lo que permite que haya una interacción constante entre los pensamientos racionales y las emociones. Según Goleman, esta interacción entre la amígdala y el neocórtex constituye un proceso en el que los pensamientos y los sentimientos, a veces, entran en conflicto, lo que puede dar lugar a luchas internas entre lo que pensamos y lo que sentimos. Esta relación entre el cerebro emocional y el racional subraya la complejidad de las emociones humanas, ya que las emociones no solo están determinadas por la información racional, sino también por mecanismos emocionales primitivos que han sido esenciales para la supervivencia de la especie.

Un aporte clave en este campo lo realiza Joseph LeDoux, neurocientífico experto en el estudio de las emociones, quien ha centrado sus investigaciones en el miedo y su relación con la amígdala. En su obra "El cerebro emocional", LeDoux argumenta que el miedo es una emoción fundamental y omnipresente, que tiene un papel central en la psicopatología y que se expresa de manera similar en humanos y animales. LeDoux realizó experimentos con ratas, en los que asoció un sonido

con un choque eléctrico, generando una respuesta de miedo condicionado. A través de estos experimentos, pudo identificar que la activación de la amígdala es crucial para la respuesta emocional al miedo. Cuando las ratas eran expuestas al sonido sin el choque eléctrico, su presión arterial aumentaba y se paralizaban, lo que demostraba la relación directa entre el estímulo y la respuesta emocional gestionada por la amígdala.

El trabajo de LeDoux y otros expertos resalta cómo el cerebro emocional, especialmente la amígdala, es esencial en la generación de emociones, y cómo estas respuestas están interconectadas con la memoria y el aprendizaje. La amígdala, como estructura clave en el cerebro límbico, es responsable de generar las respuestas emocionales inmediatas, como el miedo, la ira o la tristeza, y también está involucrada en la formación de recuerdos emocionales que pueden perdurar a lo largo del tiempo. Además, los estudios sobre la amígdala han ayudado a comprender mejor cómo las emociones afectan la salud física y mental, y cómo los procesos emocionales, cuando se alteran o se desregulan, pueden influir en el bienestar general de las personas.

Las emociones desempeñan un papel crucial en la adaptación del organismo al entorno, ya que son mecanismos que permiten preparar al cuerpo para ejecutar conductas apropiadas que favorezcan la supervivencia y el logro de objetivos específicos. Estas respuestas emocionales movilizan la energía necesaria para que el organismo actúe eficazmente frente a las demandas del entorno, ya sea acercándose o alejándose de determinados estímulos. Según Plutchik (1980), las

emociones no son simplemente reacciones psicológicas, sino que cumplen funciones adaptativas fundamentales que guían la conducta de manera funcional.

2.2 ENFOQUE PROPUESTO POR PLUTCHIK

El enfoque propuesto por Plutchik implica la identificación de las emociones mediante un lenguaje funcional, que asocia cada emoción con su respectiva función adaptativa, facilitando así su estudio y análisis en un contexto experimental. Este marco teórico no solo ayuda a clasificar las emociones en términos funcionales, sino que permite también comprender cómo éstas se relacionan con comportamientos específicos, como la protección, la reproducción o la exploración. Además, a partir de este lenguaje funcional, se puede operativizar la emoción, facilitando la investigación científica en áreas como la psicología experimental y la neurociencia.

Según Plutchik, existen ocho emociones básicas que cumplen distintas funciones adaptativas. Estas emociones se organizan en un modelo que relaciona el lenguaje subjetivo (la experiencia emocional vivida) con el lenguaje funcional (la función que cumple la emoción en la adaptación del organismo). La tabla a continuación resume esta relación:

Funciones de las emociones (Plutchik, 1980):

LENGUAJE SUBJETIVO	LENGUAJE FUNCIONAL
Miedo	Protección
Alegría	Destrucción
Tristeza	Reproducción
Confianza	Reintegración
Asco	Afiliación
Anticipación	Rechazos
Sorpresa	Exploración

Cada una de estas emociones cumple una función específica que tiene relevancia en el proceso de adaptación al medio. Por ejemplo, el miedo está vinculado con la función de protección, ya que permite al individuo evitar peligros. La ira, en cambio, cumple con la función de destrucción, facilitando la eliminación de obstáculos o amenazas. La alegría, asociada con la reproducción, fomenta comportamientos que facilitan la reproducción y el bienestar, mientras que la tristeza cumple la función de reintegración, ayudando a la adaptación después de una pérdida o frustración. Las emociones como la confianza y el asco favorecen la afiliación y el rechazo, respectivamente, lo que facilita la interacción social y la protección frente a estímulos perjudiciales.

La teoría de Plutchik está influenciada por los principios de la evolución emocional propuestos por Darwin (1872/1984), quien argumentó que las emociones tienen una función adaptativa que facilita la conducta apropiada ante diversas situaciones, lo que les otorga una relevancia especial en la adaptación. Sin embargo, las emociones no están tan sometidas al principio de selección natural como otros aspectos del comportamiento. En su lugar, la evolución de las emociones está

gobernada por tres principios fundamentales: hábitos útiles asociados, antítesis y acción directa del sistema nervioso (Chóliz y Tejero, 1995). Estos principios explican cómo las emociones se vinculan a conductas útiles para la supervivencia, se regulan mediante emociones opuestas y se manifiestan a través de respuestas fisiológicas directas del sistema nervioso.

Principios fundamentales en la evolución de las emociones:

1. Hábitos útiles asociados: Las emociones se vinculan a comportamientos que resultan útiles para la adaptación y la supervivencia.
2. Antítesis: Las emociones opuestas (por ejemplo, la calma frente a la ira) se equilibran para regular las respuestas emocionales.
3. Acción directa del sistema nervioso: Las emociones se desencadenan por respuestas automáticas del sistema nervioso, que guían la conducta hacia la adaptación.

Los avances más recientes en el estudio de las emociones se encuentran en la obra de autores neo-darwinistas como Plutchik (1970), Tomkins (1984), Izard (1984) y Ekman (1984), quienes han desarrollado teorías fundamentales sobre cómo las emociones evolucionan y desempeñan un papel crucial en la adaptación humana. Cada uno de estos autores aporta una visión única sobre la función adaptativa de las emociones, enfatizando tanto la expresión emocional como su relación con los comportamientos y la regulación emocional.

La investigación actual sobre las funciones adaptativas de las emociones se enfoca en varios aspectos, como el análisis de la expresión emocional, el estudio de las emociones básicas y los estudios transculturales que examinan cómo las emociones se experimentan y se expresan en diferentes culturas. Además, se investigan las funciones específicas que cada emoción cumple en la vida cotidiana y en la evolución humana. Esta área de estudio tiene implicaciones significativas en campos como la psicología clínica, la psicoterapia y la neurociencia, ayudando a comprender cómo las emociones afectan nuestras decisiones y comportamientos en diferentes contextos.

2.3 TEORÍA DE LA REPRESIÓN FREUDIANA

La teoría freudiana sobre la represión surge a partir de la experiencia clínica con las pacientes histéricas. Freud advierte que, luego del abandono de la hipnosis como método terapéutico, sus pacientes se resisten a recordar ciertos acontecimientos, resistencia que pone en evidencia la existencia de algo reprimido: La doctrina de la represión es ahora el pilar fundamental sobre el que descansa el edificio del psicoanálisis, su pieza más esencial. Sin embargo, no es más que la expresión teórica de una experiencia que puede repetirse a voluntad toda vez que se emprenda el análisis de un neurótico sin auxilio de la hipnosis. Es que entonces se llega a palpar una resistencia que se opone al trabajo analítico y pretexta una falta de memoria para hacerlo fracasar. El empleo de la hipnosis ocultaba, por fuerza, esa resistencia; de ahí que la historia del psicoanálisis propiamente dicho sólo empiece con la innovación técnica de la renuncia a la hipnosis.

El mecanismo por el cual se lleva a cabo la represión consiste en sustraer la carga afectiva (energía) de la representación, de modo que cese de exigir trabajo asociativo para la consciencia. La representación que antes era intensa ahora figura como débil, sin embargo, la huella mnémica de la vivencia displacentera permanece en el inconsciente de un modo parásito y de continuo retorna.

En el Manuscrito K (1896) el médico propone que las fuerzas represoras del yo son la vergüenza, la moral y el asco, fuerzas asociadas a la incidencia de prohibiciones culturales. Pero esto no es suficiente para producir la represión, se requiere una fuente independiente de desprendimiento de displacer que impulse la percepción de asco, dé fuerza a la moral y a la vergüenza. Esta fuente independiente de displacer proviene de las vivencias sexuales infantiles, las cuales generan un monto de excitación que no haya empleo dentro del proceso sexual en la infancia y resultan una perturbación psíquica. En consecuencia, la estimulación sexual prematura estaría destinada al displacer, sin lo cual no se explica la represión. A su vez, Freud estima que el monto de energía que las vivencias sexuales infantiles desprenden crece con el tiempo (desarrollo madurativo) y que la pubertad acrecienta el efecto del despertar de la vivencia, razón por la cual el recuerdo se torna más intenso que la vivencia misma y adquiere un carácter actual (Freud, 1896a/1992). De esta manera, se reafirma la propuesta de que la condición de la represión es la naturaleza sexual del suceso y su ocurrencia dentro de una fase anterior (infancia).

Las representaciones reprimidas constituyen una especie de cristalizaciones al interior de lo inconsciente; funcionan como un núcleo de atracción sobre las

representaciones que entran en asociación desde la consciencia. De este modo, en la represión propiamente dicha cooperan dos fuerzas: repulsión desde lo preconscious – consciente y atracción desde lo inconsciente. Pero, esta suposición no vale para pensar cómo se produce la primera represión, ya que no habría algo reprimido de antemano que coopere desde lo inconsciente ejerciendo una fuerza de atracción

2.4 REPRESIÓN SEGÚN MARIAN ROJAS ESTAPE (2021)

La alexitimia impacta tanto el bienestar emocional como la salud física y psicológica. Reprimir las emociones no las elimina; en cambio, estas quedan almacenadas en el subconsciente y pueden manifestarse posteriormente, provocando desequilibrios emocionales o incluso enfermedades.

“Quien reprime sus emociones, termina ahogándose en ellas”, alerta la doctora, destacando que las emociones no expresadas pueden transformarse en enfermedades psicosomáticas, como migrañas, trastornos gastrointestinales, e incluso problemas más serios como la depresión o la ansiedad.

2.5 TEORÍA DE CARL JUNG (LA SOMBRA)

Para Carl Gustav Jung, la sombra representa aquellos aspectos de nuestra personalidad que son reprimidos o ignorados. Estos elementos pueden incluir rasgos, deseos, impulsos y emociones que no concuerdan con nuestra imagen ideal de nosotros mismos y, por lo tanto, son relegados a un rincón oscuro de nuestra mente.

A nivel individual, se trata de los aspectos rechazados de la personalidad, la suma de todas aquellas cualidades que no se reconocen como propias o no se consideran aceptables y que desearíamos ocultar. También incluye las funciones insuficientemente desarrolladas.

El arquetipo de la sombra: el lado oscuro del ser humano es evidente que el arquetipo de la sombra se relaciona mucho con el concepto de inconsciente formulado por Freud.

No obstante, contiene matices únicos que lo diferencian de un modo considerable y que lo enriquecen. No podemos olvidar que lo que empezó siendo un idilio intelectual entre Freud y Jung terminó enfriándose.

El arquetipo de sombra no habita únicamente en cada persona. En ocasiones, también está presente en “grupos de personas”, en sectas, en algunos tipos de religiones o incluso en partidos políticos. Son organizaciones que pueden, en un momento dado, sacar su sombra a la luz para justificar actos violentos contra la propia humanidad.

La sombra es más destructiva, insidiosa y peligrosa cuando más la “reprimimos”. Es entonces cuando “se proyecta” apareciendo así, y según Carl Jung, perturbaciones como la neurosis o la psicosis.

Asimismo, Jung diferenció en su arquetipo de la sombra dos tipologías. La primera es la sombra personal, la que llevamos todos con nuestras pequeñas frustraciones, miedos, egoísmos y dinámicas negativas más comunes. Sin embargo, también estaría la sombra impersonal, esa que contendría la esencia de la maldad más arquetípica, la que acompaña a los genocidas, asesinos despiadados, etc.

La sombra busca expresarse el inconsciente lucha por mostrarse, pero es reprimido continuamente por el ego

Hay muchas formas de alimentar la sombra. La más usual es la que conocemos como “luchar para ser bueno” ya que en ese intento reprimimos los aspectos de nuestra conducta que consideramos podrían ser reprochables.

2.6 EMOCIONES POSITIVAS Y NEGATIVAS

Entre las emociones podemos distinguir al menos dos grupos: las positivas y las negativas. El miedo-ansiedad, la ira, la tristeza-depresión y el asco son reacciones emocionales básicas que se caracterizan por una experiencia afectiva desagradable o negativa y una alta activación fisiológica. Las tres primeras son las emociones más estudiadas en relación con el proceso salud-enfermedad. Estas reacciones tienen una función preparatoria para que las personas puedan dar una respuesta adecuada a las demandas del ambiente, por lo que se consideran respuestas eminentemente adaptativas para el individuo. Sin embargo, en ocasiones encontramos que algunas de ellas pueden transformarse en patológicas en algunos individuos, en ciertas situaciones, debido a un desajuste en la frecuencia, intensidad, adecuación al contexto, etc. Cuando tal desajuste acontece y se mantiene un cierto tiempo, puede sobrevenir un trastorno de la salud, tanto mental (trastorno de ansiedad, depresión mayor, ira patológica, etc.) como física (trastornos cardiovasculares, reumatológicos, inmunológicos, etcétera). A pesar de estas afirmaciones, existe cierta controversia en relación con qué entendemos por emociones negativas y positivas, cuál es la verdadera naturaleza de las relaciones entre estas emociones negativas y las diferentes condiciones de salud-enfermedad.

A pesar de la pujante aparición de la psicología positiva en los últimos años, el estudio de las “emociones negativas”, miedo-ansiedad, ira y tristeza-depresión, tuvo durante todo el siglo XX, y sigue teniendo, mucha fuerza en la investigación psicológica. También añadimos el asco, que en los últimos 15-20 años ha sido objeto de interés por parte de la comunidad científica. Un concepto relacionado es el de afectividad negativa, que puede ser entendida como un estado emocional transitorio o como una diferencia persistente en el nivel general de afectividad. La afectividad negativa es un rasgo que refleja la tendencia a experimentar emociones negativas a través del tiempo y de situaciones (Watson & Clark, 1984). Este rasgo se solapa con el neuroticismo y la ansiedad, incluyendo sentimientos subjetivos de tensión, preocupación, ansiedad, ira y tristeza.

CONCEPTO DE ESTRÉS

La literatura sugiere que la perspectiva transaccional, o ajuste persona-ambiente, es una de las más importantes y útiles en el estudio del estrés, y por extensión, de las emociones (Escamilla, Rodríguez & González, 2009). Desde este marco teórico se ha asumido que el estrés implica tres elementos a los que hace referencia el modelo transaccional: a) la valoración o apreciación que la persona hace de los estresores, b) las emociones y afectos asociados a dicha apreciación y c) los esfuerzos conductuales y cognitivos realizados para afrontar dichos estresores.

Este enfoque tradicionalmente se ha centrado en las reacciones ante una situación de estrés y los resultados implica fundamentalmente dos conceptos, el de estresor y el de respuesta de estrés (Amigo, Fernández & Pérez, 2003; Sandín, 2002). El primero de los conceptos hace referencia a cualquier agente externo o interno

causal primariamente de estrés. El segundo término, la respuesta de estrés, se refiere a un mecanismo de activación fisiológica y de los procesos cognitivos que favorece una mejor percepción y posterior evaluación de las situaciones y sus demandas, así como a un procesamiento más rápido y eficaz de la información disponible con la consiguiente búsqueda de soluciones y consecuente selección de las conductas adecuadas para hacer frente a la situación (Lazarus, 1993), también denominado “Sistema de adaptación general” por Selye. Por el contrario, miedo/ansiedad se refiere a una emoción, es decir, una de las etiquetas cognitivas que recibe esta activación fisiológica generada cuando se pone en funcionamiento el mecanismo adaptativo denominado respuesta de estrés (Ramos, Rivero, Piqueras & García-López, 2006). Otras emociones serían la ira, la sorpresa, el asco, la alegría y la tristeza. De ahí que es muy importante tener en consideración que el estrés no está implicado únicamente en las emociones negativas.

2.7 EMOCIONES NEGATIVAS Y SALUD ENFERMEDAD

Tanto la ansiedad y la depresión, como la ira y el asco (si bien ninguna de ellas tiene su propia categoría diagnóstica en los manuales psiquiátricos, aun siendo condiciones con claras implicaciones clínicas), pueden evolucionar hacia condiciones clínicas, donde se pierde el carácter adaptativo de éstas y se convierte en un problema que interfiere y genera malestar significativo. Estas formas se corresponderían aproximadamente con los trastornos de ansiedad y afectivos del eje I del DSM IV y de la CIE-10, cuando nos referimos a los trastornos psiquiátricos, así como también a algunos de los factores psicológicos propuestos por las más recientes ediciones del DSM bajo la denominación de “Factores psicológicos que afectan a la condición médica” (American Psychiatric Association, 2000) o con la categoría “Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o

enfermedades clasificadas en otro lugar en el CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992), cuando nos referimos a las manifestaciones emocionales desadaptativas asociadas a las enfermedades físicas. Podemos afirmar que las emociones influyen sobre la salud-enfermedad a través de su relación con diversos sistemas fisiológicos que forman el proceso “salud-enfermedad”, en especial cuando se convierten en trastornos clínicos, así como por medio de sus propiedades motivacionales para modificar las conductas “saludables” (ejercicio físico moderado, dieta equilibrada, descanso, ocio, etc.) y “no saludables” (abuso de alcohol, tabaco, sedentarismo) (Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 2001). Pero no sólo la ansiedad, la depresión, la “ira patológica” o el “asco patológico” pueden afectar adversamente a una condición médica, sino que la evidencia empírica nos muestra que, ya sea de forma específica o asociadas a enfermedades físicas, existe una alta prevalencia de problemas de ansiedad, depresión e ira que evidentemente han de ser tenidos en cuenta (Martín, 2005). Por ejemplo, un estudio de la Asociación Psiquiátrica de América Latina indicó que la prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población con enfermedades médicas crónicas varía entre el 10.4% y el 59.8%, siendo la prevalencia media del 27.2% (Florenzano et al., 2006).

2.8 EMOCIONES NEGATIVAS Y SALUD MENTAL

Ansiedad

Cuando la frecuencia, intensidad o duración de la ansiedad como respuesta emocional es excesiva puede dar lugar a la aparición de afectaciones a la calidad de vida. En estos casos hablamos de ansiedad patológica o de un trastorno de ansiedad. La presencia de fuertes reacciones o estados de ansiedad no solamente va a estar en la base de los denominados trastornos de ansiedad, sino también asociada frecuentemente a la depresión y en general a los trastornos considerados

tradicionalmente como neuróticos, a buena parte de los psicóticos y a una amplia variedad de los psicofisiológicos (American Psychiatric Association, 2000).

Los trastornos de ansiedad presentan la mayor prevalencia entre los trastornos mentales; concretamente, un 16.4% de la población estadounidense sufre algún trastorno de ansiedad al cabo de un año (Barlow, 2002). La cronicidad de su curso se halla por delante de la de los trastornos del estado de ánimo y de las adicciones. La ansiedad como síntoma aparece relacionada con la mayoría de trastornos afectivos, psicóticos, etcétera.

Depresión

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

902). La depresión como trastorno clínico es descrita comúnmente por las sensaciones de tristeza

2.9 EMOCIONES NEGATIVAS Y SALUD FÍSICA

En la actualidad existe consenso acerca de que los factores psicológicos pueden desempeñar un papel esencial en la historia natural de las enfermedades médicas. Factores como las conductas relacionadas con la salud, nuestros estados psicológicos o emocionales, las características personales y los modos de afrontamiento, han demostrado ser de especial relevancia en este sentido (Oblitas, 2004). Esta afirmación es coherente con la evidencia científica actual que indica que cualquier trastorno denominado físico u orgánico suele implicar igualmente, y a distintos niveles, alteraciones psicológicas, y viceversa (Oblitas & Becoña, 2000). Entre estos factores psicológicos se encuentran el miedo, la tristeza y la ira como reacciones emocionales negativas, y sus diferentes formas clínicas: la ansiedad, la depresión y la ira persistente. En tal sentido, tradicionalmente las teorías del estrés psicosocial se han centrado más en las emociones negativas como la ira, el temor, la ansiedad, la vergüenza, la culpabilidad, la tristeza, la envidia, los celos y el asco, que en las positivas. Hoy en día hay datos suficientes para afirmar que las emociones negativas tienen un efecto negativo sobre la salud (Kiecolt-Glaser, 2009; Sandín, 2002; Sirois & Burg, 2003). Así, algunos autores afirman que las emociones positivas potencian la salud, mientras que las emociones negativas tienden a disminuirla (Fernández Abascal & Palmero, 1999). Por ejemplo, en periodos de estrés en los que tenemos que responder a unas altas demandas ambientales, desarrollamos reacciones emocionales negativas, y cuando nos encontramos bajo la influencia de estos estados emocionales negativos es más probable desarrollar enfermedades relacionadas con el sistema inmune, o adquirir determinados hábitos poco saludables, que a la larga pueden minar la salud (Becoña, Vázquez & Oblitas,

2004; Ramos et al., 2006). En cambio, las emociones positivas, como la alegría, ayudan a mantener, e incluso recuperar, la salud (Nezu, Nezu & Blissett, 1988). Las emociones negativas que más se han estudiado en cuanto a sus relaciones con trastornos de salud son la ansiedad, la depresión y la ira. Una de las reacciones emocionales más investigada es sin duda la de la ansiedad, como estado emocional asociado a múltiples trastornos, especialmente los psicofisiológicos. Otra emoción negativa bastante estudiada es la ira, por su relación con los trastornos cardiovasculares (Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel & Spielberger, 1997). La tristeza-depresión, como emoción básica, se considera que es precursora de la depresión como patología, la cual cursa por lo general con altos niveles de ansiedad. Estamos preparados para desarrollar reacciones emocionales intensas, e incluso para repetirlas cuando sea necesario, sin que ello suponga un problema, pero a mediano plazo se pueden agotar nuestros recursos físicos, comportamentales, sociales o materiales, o alterarse algunas funciones asociadas a las reacciones emocionales, o en definitiva surgir algún problema asociado a las emociones. Lejos de la opinión mantenida por la investigación psicosomática sus inicios respecto del carácter causal de las emociones en las enfermedades, en la actualidad se admite que los factores psicológicos pueden ser causa necesaria pero no suficiente para la aparición de determinados trastornos. Se señala la multicausalidad y la interrelación entre los diversos factores causales como la explicación etiológica más plausible (American Psychological Association, 2009; Joseph, Gierlach, Housley & Beutler, 2005; Suls & Rothman, 2004). Esta multicausalidad, centrada en considerar simultáneamente los factores genéticos, ambientales, psicofisiológicos, y principalmente el peso de la interacción como elemento de predisposición del individuo a padecer una determinada enfermedad, es el gran mérito de la investigación psicológica actual en este campo se han hipotetizado diversas vías para explicar las interrelaciones de los factores emocionales en el proceso de salud-enfermedad (Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 2001):

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

sufre la lesión o disfunción (cardiovascular, respiratorio, etc.). Se trataría de una disfunción de un sistema orgánico que está trabajando en exceso y mantiene esta actividad demasiado tiempo. A su vez, el trastorno produce más ansiedad y, por lo tanto, aumento de la actividad de ese sistema, elevando así la probabilidad de desarrollar y mantener un mayor grado de disfunción orgánica.

3. Esta alta activación fisiológica puede estar asociada a un cierto grado de inmunodepresión, lo que nos vuelve más vulnerables al desarrollo de enfermedades infecciosas o de tipo inmunológico, o bien la supresión o control de estas emociones puede acarrear altos niveles de activación fisiológica y un cierto grado de inmunosupresión. En resumen, el sufrimiento de estados emocionales negativos persistentes puede afectar al funcionamiento del sistema inmunológico, del sistema endocrino-metabólico y, en general, de todas las funciones fisiológicas (Martín, 2005; Ramos et al., 2006).

2.10 TRASTORNOS CARDIOVASCULARES

Varios estudios han mostrado que la depresión es un factor de riesgo significativo de enfermedad coronaria, infarto de miocardio y mortalidad cardiaca, así como también la ansiedad y el estrés (Fernández, 2003, pp. 100-101). También existe evidencia sobre la alta prevalencia de los trastornos psiquiátricos comórbidos con la enfermedad cardiovascular, concretamente con el episodio depresivo mayor (29%), trastorno distímico (15%), trastorno depresivo mayor recurrente (31%), trastorno de estrés postraumático (29%) y trastorno de ansiedad generalizada (24%) (Bankier, Januzzi & Littman, 2004). Otro grupo de investigaciones han

estudiado la asociación entre depresión y ansiedad con el pronóstico de pacientes cardíacos. Por lo tanto, la depresión se ha relacionado con una peor evolución de los pacientes coronarios, ya que predispone a nuevos infartos y a la aparición de trastornos del ritmo cardíaco (Carinci et al., 1997). Respecto a la ansiedad, no sólo el trastorno de ansiedad generalizada, sino también los trastornos fóbicos, se han asociado al aumento de riesgo cardíaco en diversas poblaciones. En resumen, algunas investigaciones han encontrado que la depresión está asociada con alta mortalidad, en tanto que la ansiedad se asocia con baja mortalidad (Herrmann, Brand-Driehorst, Buss & Ruger, 2000), si bien no se ha documentado una relación causal directa (Lespérance & Frasure Smith, 2000). Otro de los factores asociados a los trastornos cardiovasculares relacionados con la “afectividad negativa” ha sido el complejo hostilidad-ira-agresión, o síndrome ira-hostilidad-agresión. Este síndrome ha recibido atención tanto como componente del patrón de conducta tipo A como de forma aislada, siendo el que más se ha relacionado con la enfermedad cardiovascular, en especial el componente de hostilidad. El complejo o síndrome ahí está conformado por la ira, que es el componente emocional; la hostilidad, que hace referencia al componente cognitivo; y la agresividad, atinente al aspecto conductual (Fernández Abascal, Marín & Domínguez, 2003). Aunque el grado que alguien necesita para enojarse puede influir en el curso y el resultado de las enfermedades, la manera como se expresa/maneja la ira tiene un impacto mucho mayor en el curso de la enfermedad y en el impacto. Al considerar cómo se manifiesta la ira, los investigadores han identificado tres estilos: supresión, expresión y control (anger-in, anger-out y anger-control). Anger-in es cuando la persona suele afrontar la situación reprimiendo la expresión verbal o física pero experimenta activación interna elevada, mientras que anger-out implica manifestaciones de conducta airadas, verbales o físicas, hacia otras personas u objetos, pero sin intención de producir daño. Por último, el control de la ira (Anger-Control) es un estilo que se caracteriza porque la persona intenta canalizar su energía emocional proyectándola hacia fines más constructivos, para llegar a una resolución positiva del conflicto (Spielberger, Reheiser & Sydeman, 1995). Ser capaz de expresar ira parece disminuir su impacto negativo en las funciones física

y emocional. En cualquier caso, expresar ira puede tener consecuencias negativas como ser “socialmente inaceptable”, crear conflictos y activar consecuencias negativas percibidas. Por lo tanto, el estilo de control de la ira parece el más adecuado. En este sentido, Krantz et al. hallaron que la relación entre factores psicosociales como la ira y la hostilidad, los síntomas cardíacos y la enfermedad arterial coronaria (eac), probada angiográficamente en mujeres, consistía exactamente en que la alta expresión de la ira se asociaba a la presencia de eac, mientras que los rasgos de ira/hostilidad estaban asociados a un incremento de síntomas, sobre todo dolor torácico no asociado a angina en mujeres sin eac (Krantz et al., 2006). Mención aparte merece la hipertensión arterial primaria (hta) o esencial, por ser un factor de riesgo cardiovascular donde la ansiedad juega un papel importante. La Organización Mundial de la Salud ha reconocido el relevante papel que puede jugar el estrés en la hta, aunque también acepta la dificultad de cuantificar esa influencia en el desarrollo de esta enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 1986). Entre los factores psicológicos que muestran mayor evidencia de correlación con la hipertensión se destacan la ansiedad y la ira en su desarrollo y mantenimiento, ya sea directamente por efectos sobre el sistema cardiovascular, o indirectamente por su influencia en los factores conductuales, tales como el hábito alimenticio, el ejercicio físico. etc. (Amigo et al., 2003). Un perfil de sujeto hipertenso se caracteriza por su alto rasgo general de ansiedad, alta reactividad en los sistemas de respuesta cognitivo y fisiológico, y en menor medida en el sistema motor; y con reacciones de ansiedad intensas ante las situaciones de prueba o evaluación, las situaciones potencialmente fóbicas, las habituales en su vida diaria y, en menor proporción, ante las situaciones interpersonales. En ese sentido, estudios recientes han evidenciado altos niveles de control de la ira y presencia de mecanismos de supresión de dicha emoción en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (Gaviria et al., 2009), así como altos niveles de ansiedad y depresión entre estos pacientes, que se caracterizaron como factores de riesgo posibles de hipertensión (Han et al., 2008).

2.11 TRASTORNOS DERMATOLÓGICOS

Desde el punto de vista fisiológico, la piel es uno de los órganos más sensibles a las emociones. Probablemente sea responsable de ello el origen embriológico común ectodérmico de la piel y del sistema nervioso que hace que ambas estructuras tengan en común multitud de neuromoduladores, péptidos vasoactivos y sistemas bioquímicos de información interna.

Los trastornos dermatológicos o cutáneos han sido considerados tradicionalmente como pertenecientes a la psicósomática, pues se conoce que pueden ser precipitados o exacerbados por el estado emocional de la persona. Respecto de diversos trastornos cutáneos como la psoriasis, la dermatitis atópica, la urticaria, la alopecia areata, etc., se mantiene que existen muchos factores que pueden actuar como desencadenantes de los brotes o desempeñan un importante papel como factor mantenedor de éstos (Panconesi, 2000). Entre otros se hallan el estrés y alteraciones emocionales como la ansiedad o la depresión, que pueden tanto causarlos como exacerbarlos. También el acné se ha relacionado con el estrés emocional, pues es exacerbado mediante la liberación de hormonas como los glucocorticoides y andrógenos a consecuencia de la respuesta emocional a los estresores (Miralles et al., 2003). Por otra parte, diversos estudios han sugerido que los trastornos dermatológicos presentan alta comorbilidad con los ansiosos y afectivos. En principio esto estaría relacionado con la desfiguración facial o de otra parte del cuerpo que podría generar problemas psicológicos tales como sentimientos de inferioridad, soledad y baja autoestima, así como retraimiento social. Sin embargo, sólo una pequeña proporción de personas desarrolla trastornos psíquicos serios como fobia social, ansiedad generalizada o depresión mayor (Folks & Kinney, 1992).

2.12 TRASTORNOS ENDOCRINOS

Investigaciones recientes apoyan la existencia de una relación entre eventos vitales estresantes y el comienzo diabético. Debido a que estos estudios se han realizado con pequeñas poblaciones, deben interpretarse sus resultados con prudencia; sugieren que algunas personas son más vulnerables que otras a los efectos del estrés. El estrés crónico en una persona predispuesta a padecer diabetes (obesa y edad avanzada) puede constituir un elemento coadyuvante para desarrollar la enfermedad (Surwit et al., 2002). Así, los factores estresantes pueden precipitar su inicio menoscabando la regulación del metabolismo de los hidratos de carbono en el paciente, tanto asintóticamente como produciendo hiperglucemias en la fase de estado. Otros estudios han señalado que la presencia de síntomas depresivos incrementa el riesgo de desarrollar diabetes en un 22% (Arroyo et al., 2004), mientras que otros más, como el de Kessing, Nilsson, Siersma y Andersen, no hallan esta relación, con lo cual tampoco se puede concluir categóricamente al respecto (Kessing, Nilsson, Siersma & Andersen, 2004).

Por último, algunos autores han señalado que los diabéticos presentan una mayor prevalencia e trastornos de ansiedad y depresión en contraste con la población no diabética (Peyrot & Rubin, 1997). En resumen, junto con otros factores, parece existir un componente psicógeno que influye en la evolución de la enfermedad al condicionarla forma de adaptarse a los estresores sociales (el primero de los cuales es el propio diagnóstico de la diabetes). En este componente psicógeno confluyen variadas circunstancias, como son las primeras experiencias en relación con la diabetes, la respuesta de la familia de origen ante el diagnóstico, los rasgos de personalidad (neuroticismo, dramatismo, dependencia), el soporte sociofamiliar, el inicio temprano del proceso, las hospitalizaciones desde la adolescencia, las consecuencias familiares de la enfermedad, la responsabilidad que comporta la

intervención activa del enfermo en su tratamiento y control, la certeza de cronicidad y de posibles complicaciones graves, y la dificultad para mantener un control dietético (Surwit et al., 2002)

2.13 TRASTORNOS GASTROINTESTINALES

La función principal del sistema gastrointestinal es la de acomodar y guardar los alimentos ingeridos para, a continuación, molerlos, triturarlos y, finalmente, liberarlos de una manera coordinada a la luz intestinal. Dado que la principal actividad del estómago es el vaciado gástrico, los problemas motores que se han relacionado con este fenómeno se pueden dar en cualquier parte del aparato digestivo, tanto en el esófago, como en el estómago o los intestinos. Por ello, vamos a describir qué papel juegan la ansiedad y la depresión en el funcionamiento de cualquiera de estos órganos. En cuanto al esófago, algunos trabajos destacan una mayor comorbilidad entre trastornos afectivos, trastornos de ansiedad y trastornos de la motilidad esofágica (Handa et al., 1999). También existen datos a favor de que un trastorno psíquico ansioso o depresivo puede iniciar otro esofágico, y a su vez, la anormalidad en la motilidad del tracto incrementar la ansiedad. En cuanto al funcionamiento del estómago, el estrés y los factores emocionales son considerados factores de riesgo en algunas enfermedades de la motricidad gástrica.

Según Overmier (2000), varios estudios han descrito la existencia de pacientes con manifestaciones típicas de gastroparesia o retraso de vaciado gástrico en los cuales no se hallaba causa orgánica identificable. Se trataría de personas jóvenes, en quienes los factores psicológicos desempeñan un papel

fundamental. Determinadas condiciones clínicas, como la infección por *Helicobacter pylori*, la dispepsia funcional no ulcerosa o el síndrome del colon irritable, se han asociado en este grupo de pacientes con manifestaciones clínicas de gastroparesia (Overmier, 2000). Respecto a la úlcera péptica, la teoría fisiopatológica más conocida es la de que el estrés produce una intensa secreción ácida e hipersecreción de peptina, mediada por la estimulación vagal, que acaba lesionando la mucosa y ha sido considerada como paradigma de enfermedad psicosomática.

Sin embargo, el descubrimiento del *Helicobacter pylori* y la evidencia de personas hiperestresadas sin lesión, así como la presencia de úlceras en personas sin psicopatología significativa, han obligado a replantear la cuestión. Aun así, la revisión de Overmier y Murison indica que el estrés es un factor de riesgo independiente para el desarrollo y la recurrencia de la enfermedad ulcerosa (Overmier, 2000). Concretamente, periodos transitorios de estrés se asocian a una mayor probabilidad de desarrollar úlceras de estómago en periodos de estrés prolongados. En la actualidad, aunque existe controversia acerca del papel de los factores psicológicos, lo que sí parece claro es que la úlcera péptica debe ser considerada como un problema de salud de tipo biopsicosocial y a partir de ahí abrir un nuevo campo de estudio para esclarecer la relación entre los factores implicados. También se llegó a describir una personalidad “ulcerosa”, la de la persona con necesidades intensas de dependencia y deseos íntimos de ser cuidada y protegida, pero la evidencia actual rechaza este tipo de personalidad. En cambio, parece existir acuerdo en cuanto a que determinados factores psíquicos, independientes de la “personalidad ulcerosa”, podrían influir tanto sobre estas conductas de riesgo como en la percepción y valoración de los síntomas ulcerosos por el paciente. Nos referimos a los hábitos de consumo (tabaco, alcohol, etc.), factores emocionales (personalidad con hostilidad, ansiedad) y antecedentes familiares (Miralles et al., 2003). Otros trabajos muestran una comorbilidad alta de la depresión mayor, los trastornos de pánico y agorafobia, con la dispepsia no ulcerosa (Handa et al., 1999).

Por otra parte, parece contrastada la importancia de los factores psicológicos en la caracterización de los trastornos intestinales. Los datos de numerosos estudios indican que los individuos con síntomas gastrointestinales presentan mayor prevalencia de trastornos psíquicos que quienes están libres de estos síntomas (García-Vega, 2003). Dos de los trastornos más estudiados han sido la enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn) y el síndrome de intestino irritable. Existen datos a favor de la influencia de las emociones y los hábitos conductuales en la fisiología gastrointestinal, más concretamente en la enfermedad inflamatoria intestinal (Anton, 1999). Parece demostrada una clara relación entre el estrés emocional y la exacerbación del proceso inflamatorio, así como con la percepción de las molestias sintomáticas. Incluso se han descrito rasgos de personalidad obsesivo-compulsivos y alexitímicos característicos. Concretamente, se ha hallado una elevada incidencia de trastornos depresivos y ansiosos entre los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (García-Vega, 2003). Respecto del síndrome del intestino irritable, es una de las enfermedades más frecuentes del aparato digestivo. Las hipótesis sobre su etiología son variadas, aunque se sabe que los factores psicológicos tienen un papel importante. Según algunos de los trabajos publicados, hasta el 70% de los pacientes cumplen criterios para algún trastorno psiquiátrico, siendo los de ansiedad y los depresivos los más frecuentes, mientras que otros hallaron en su investigación que, en un notable porcentaje, los trastornos de ansiedad ya se encontraban presentes antes de la aparición de los síntomas gastrointestinales (Fernández Abascal et al., 2003). Por tanto, los aspectos emocionales que se han relacionado con los trastornos gastrointestinales funcionales (combinaciones de síntomas gastrointestinales que no se explican por alteraciones bioquímicas o estructurales ni muestran anomalías en estudios médicos) son muy numerosos. Así, se ha evidenciado que la tendencia agresiva y la hipocondría pueden incidir en la enfermedad gástrica, que la ansiedad y la depresión aumentan el dolor abdominal, la afectividad negativa (tendencia a experimentar ira, disgusto, asco, culpa, temor o depresión) se relaciona con las quejas físicas, etc. Igualmente, se considera que las personas con enfermedades gastrointestinales suelen tener niveles más elevados de miedo,

enojo, ansiedad y tristeza, así como ansiedad rasgo y neuroticismo, irritabilidad u hostilidad, etc., y viceversa, es decir, aquellas personas que han pasado por una elevada frustración relacionada con sus metas y tienen reacciones de agresividad, o están afectadas en su estado de ánimo, fatigados, con sentimientos de culpa, con poco interés por las cosas, tensas o preocupadas excesivamente, inquietas o irritables, son más propensas a padecer enfermedades gastrointestinales (Juárez, Cano & Olarte, 2004)

2.14 ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

Las enfermedades neurológicas son las que presentan una mayor coexistencia con la depresión y la ansiedad (Robertson, 1997). El dolor de cabeza es el síntoma neurológico más evidente y uno de los motivos de consulta más frecuentes en general (se estima que entre un 10%-20% de los casos es el síntoma principal). Existen diferentes tipos: cefalea tensional, migraña, cefalea en racimos y dolores de cabeza diversos. Tanto la ansiedad como la depresión son comunes en los dolores de cabeza crónicos (Maizels, 2004). Respecto de la cefalea tensional, muchas personas susceptibles a los dolores de cabeza en épocas de mayor estrés emocional y puede constituir un síntoma importante en síndromes ansiosos y depresivos (Maizels, 2004). La explicación a estas cefaleas es la de que el exceso de ansiedad suele producir contracción de la musculatura de la cabeza y el cuello.

Si ésta se prolonga varias horas se produce constricción vascular e isquemia, que sería la causante del dolor. Las personas caracterizadas por patrones de personalidad del tipo A son especialmente proclives a este trastorno. Se ha estimado que hasta el 95% de estos pacientes padecen síntomas de ansiedad o depresión, bien de naturaleza reactiva o endógena. Además, algunos estudios

indican que el padecimiento de cefaleas prolongadas puede desencadenar trastornos psicológicos que, a su vez, podrían convertirse en variables mantenedoras del trastorno psicológico y potenciar la gravedad de la cefalea en futuros ataques. Concretamente, algunos estudios epidemiológicos indican que estos enfermos se caracterizan por rasgos de ansiedad, neuroticismo y depresión anormalmente altos (Stewart, Shechter & Rasmussen, 1994). En cuanto a la relación temporal, según algunos estudios la depresión se inicia después de la cefalea, existiendo una comorbilidad superior al 20% (Maizels, 2004). El estrés y los trastornos de ansiedad también son un precipitante de la migraña. De acuerdo con estudios epidemiológicos, los trastornos de ansiedad preceden a la migraña, aunque probablemente interaccionan con otros precipitantes que aumentan su vulnerabilidad, pero sin desencadenarla necesariamente. Así pues, el estrés puede iniciar directamente la migraña en pacientes biológicamente propensos y potenciar indirectamente o intensificar su desencadenamiento. Posteriormente las migrañas presentan mayor riesgo de asociación a crisis de pánico o a ansiedad. Existen otras enfermedades neurológicas más graves que también presentan una comorbilidad alta con el trastorno depresivo mayor así como alto riesgo de suicidio en los cinco años siguientes a la lesión, especialmente en pacientes con epilepsia, esclerosis múltiple o lesiones de la médula espinal. Igualmente, se ha documentado una incidencia alrededor del 40% de depresión asociada a accidentes vasculares cerebrales agudos (Starkstein, Fedoroff, Price, Leiguarda & Robinson, 1993). Otra enfermedad muy estudiada es la demencia. Algunos estudios consideran que esta enfermedad neurológica desencadena trastornos depresivos (Ballard, Bannister, Solis, Oyebode & Wilcock, 1996). Otra enfermedad neurológica más, como el Parkinson, exhibe altos niveles de psicopatología asociada, tanto ansiedad como depresión. Sin embargo, algunos autores recuerdan que hay que ser cuidadoso con esta asociación Parkinson-depresión, ya que el estado de ánimo del paciente puede deberse a estados transitorios de disforia más propios de las exacerbaciones de la enfermedad neurológica (Richard, 2005). Por último, se ha hallado una asociación entre la ansiedad y la depresión, y la esclerosis múltiple. Así, hasta el 75% de personas con esta enfermedad lleva asociado problemas psicológicos y

psiquiátricos (trastornos de pánico, depresivo, bipolar, etc.). Además, la depresión y la ansiedad influyen en la relación entre la esclerosis múltiple y la calidad de vida, ya que los individuos con más síntomas de ansiedad y depresión presentan mayor incapacidad física y peor calidad de vida (Janssens et al., 2004).

2.15 TRASTORNOS RESPIRATORIOS

Actualmente no se ha podido demostrar la influencia etiopatogénica en la enfermedad respiratoria de los factores psicológicos, pero sí se acepta la posible influencia de los factores psicosociales sobre la evolución del asma bronquial o en el mantenimiento de algunos de los síntomas. Así, existen múltiples estudios metodológicamente rigurosos que demuestran el importante papel que la ansiedad asociada a las crisis de asma desempeña sobre la evolución del asma bronquial y de la enfermedad respiratoria en general (Bosley, Corden & Cochrane, 1996). La ansiedad de algunos pacientes se asocia a una peor evolución de la enfermedad, al aumentar la sintomatología y transmitir una mayor sensación de gravedad, lo que lleva a tratamientos más urgentes, frecuentes, agresivos y costosos. La depresión también puede influir negativamente sobre la evolución del paciente asmático, conduciendo a un autocuidado pobre, con incumplimiento de las prescripciones médicas y tendencia a la indiferencia ante los síntomas respiratorios.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DEL IMPACTO DE LA REPRESIÓN EMOCIONAL EN LA SALUD FÍSICA: UN ENFOQUE FISIOLÓGICO EN ADULTOS DE 20 A 45 AÑOS

3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio se desarrolla bajo un enfoque mixto, combinando elementos de la investigación cuantitativa y cualitativa para analizar el impacto de la represión emocional en la salud física de adultos de 20 a 45 años.

El enfoque cuantitativo se emplea para medir la relación entre la represión emocional y los síntomas fisiológicos reportados por los participantes. A través de encuestas estructuradas, se recogerán datos numéricos que permitan analizar patrones, tendencias y posibles asociaciones entre variables.

Por otro lado, el enfoque cualitativo permitirá comprender en mayor profundidad las experiencias individuales de los participantes en relación con la represión emocional y sus manifestaciones físicas, se incluirá una pregunta abierta sobre cómo la gestión de las emociones influye en la salud.

Esta combinación de enfoques proporciona una visión integral del problema, permitiendo no solo cuantificar el impacto de la represión emocional en la salud física, sino también explorar experiencias individuales de quienes las viven.

3.2 POBLACION Y MUESTRA

La población de estudio esta compuesta por adultos de entre 20 y 45 años, un grupo en el que se ha observado una mayor predisposición a enfrentar altos niveles de estrés y a desarrollar estrategias de afrontamiento emocionales que pueda afectar su bienestar físico. Los participantes residen en Comitán de Domínguez, Chiapas.

Para la selección de muestra se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, en el que los participantes fueron elegidos en función a su disposición y accesibilidad para responder la encuesta. Este método es útil en investigaciones donde se requiere una recopilación de datos eficientes y viables dentro de los recursos disponibles. La recolección de datos se llevó a cabo en diversas partes de la Ciudad.

El contacto con los participantes se realizó a través de invitaciones personales, y algunos mensajes de WhatsApp. Los sujetos fueron informados sobre los objetivos del estudio y dieron su consentimiento para participar. La recolección se realizó de

manera presencial en el domicilio de los participantes, garantizando un ambiente adecuado para la aplicación de la evaluación.

✓ CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- ✓ Personas de 20 a 45 años
- ✓ Disposición para participar en la investigación y responder el cuestionario de manera integra

✓ CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- ✓ Personas fuera del rango establecido
- ✓ Individuos que no contesten el cuestionario en su totalidad

Se estima una muestra de aproximadamente 30 participantes, asegurando una diversidad en términos de género. Lo que permitirá obtener resultados generalizables

3.3 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para la obtención de información, se empleará una encuesta estructurada con secciones tanto cuantitativas como cualitativas. Esta herramienta permitirá recolectar datos medibles sobre la relación entre la represión emocional y sus efectos en la salud, al mismo tiempo que recogerá percepciones individuales sobre la experiencia emocional de los participantes.

A continuación, se presenta el formato de encuesta:

SEXO:

EDAD:



ENCUESTA

SOBRE EL IMPACTO DE LA REPRESIÓN EMOCIONAL



- 1** ¿Sabes qué es la represión emocional?
 - a) Sí
 - b) No
- 2** Cuando sientes emociones intensas (enojo, tristeza, miedo, etc) ¿cómo sueles reaccionar?
 - a) Expresarlas abiertamente
 - b) Expresarlas con personas de confianza
 - c) Tratar de ignorarla
 - d) Otro (Especifique):
- 3** En una escala del 1 al 5, donde 1 es "Nunca" y 5 es "Siempre" ¿Con qué frecuencia evitas hablar sobre lo que sientes?
- 4** Sufres de problemas digestivos, cardiovasculares o ansiedad y depresión en momentos de estrés emocional?
 - a) Sí, con frecuencia
 - b) Sólo en algunas ocasiones
 - c) Nunca
 - d) En caso de que tu respuesta sea sí especifica cuál:
- 5** Durante tu infancia, ¿Cómo reaccionaban tus figuras de cuidado cuando expresabas emociones como tristeza y enojo?
 - a) Me permitían expresarme y me brindan apoyo
 - b) Me decían que no debía llorar o enojarme
 - c) Me ignoraban o castigaban por expresar mis emociones
- 6** ¿Sientes que la forma en la que te enseñaron a manejar tus emociones en la infancia influye en cómo las gestionas actualmente?
 - a) Sí
 - b) En algunas ocasiones
 - c) No creo que haya influido mucho
 - d) No, he aprendido a manejarlas de otra manera
- 7** ¿Qué emoción se te dificulta más expresar?
 - a) Enojo
 - b) Tristeza
 - c) Alegría
 - d) Miedo
- 8** En tu opinión, ¿quién crees que enfrenta mayores dificultades debido a la represión emocional?
 - a) Hombres
 - b) Mujeres
 - c) Ambos
 - d) Ninguno
- 9** ¿En qué situaciones te sientes más propenso a reprimir tus emociones?
 - a) Trabajo
 - b) Escuela
 - c) Situaciones familiares
 - d) Otro (especifique):
- 10** En tu opinión, qué impacto crees que tiene la represión emocional en la salud física?

3. 4 ANÁLISIS DE DATOS

- ✓ Análisis cuantitativo: Se utilizarán herramientas estadísticas como Excel para procesar las respuestas numéricas.
 - Se calcularán frecuencias, promedios y desviaciones estándar para describir las características de la muestra
 - Se aplicarán pruebas estadísticas para determinar patrones en la relación ante la represión emocional y la presencia de síntomas físicos

- ✓ Análisis cualitativo:
 - Se empleará el método de análisis de contenido, identificando categorías y temas recurrentes en las respuestas abiertas
 - Se buscarán patrones en las narrativas de los participantes sobre la influencia de la represión emocional en su bienestar físico.

Esta combinación de análisis permitirá una interpretación mas profunda del fenómeno, integrando datos cuantificables con experiencias subjetivas de los participantes

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL IMPACTO DE LA REPRESIÓN EMOCIONAL EN LA SALUD FÍSICA: UN ENFOQUE FISIOLÓGICO EN ADULTOS DE 25 A 45 AÑOS