

MOTIVACIÓN, EMOCIONES Y PENSAMIENTO POSITIVO EN EL CAMPO DE LA SALUD Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

M^a Ángeles García Mata

Centro de Salud “La Magdalena” (León)

aaronverdejogarcia@gmail.com

Jana Blanco Fernández

Universidad de León

Rocío García Pascual

Universidad de León

Alfredo Rebaque Gómez

Universidad de León

Ana M^a De Caso Fuertes

Universidad de León

Fecha de Recepción: 15 Enero 2019

Fecha de Admisión: 30 Abril 2019

RESUMEN

La salud es uno de los elementos más relevantes para el desarrollo de una vida larga y de calidad, residiendo su importancia en permitir al ser vivo mantener buenos estándares de funcionamiento y desempeñar las actividades de su vida rutinaria, tanto básicas como instrumentales, de forma independiente y eficaz. La salud se puede conseguir mediante un sinnúmero de acciones, que igualmente pueden llevar a deteriorarla, o perderla.

Existen muchas causas por las que muchas veces, no llegamos al objetivo de mantener o retrasar o recuperar su salud, derivadas del profesional, del sistema y del propio paciente. En este artículo hemos realizado una revisión bibliográfica centrándonos en la escasa responsabilidad de los pacientes, respecto a sus obligaciones con el tratamiento prescrito, que repercute en la falta de adherencia al mismo, muchas veces debido a las importantes modificaciones que su enfermedad y el tratamiento producen en sus hábitos de vida. Centrándonos únicamente en el paciente, buscamos conocer la importancia de determinados factores que puedan ayudar al paciente y a su colaboración activa y motivada en su tratamiento y que justifica nuestro interés por ver como la motivación, el pensamiento positivo y el control de las emociones del paciente, va a favorecer o no resultados beneficiosos en su salud. Sin embargo no debemos olvidar que en esta difícil tarea para el paciente, será de inestimable valor la ayuda, el apoyo y la medicación de los profesionales sanitarios.

Palabras claves: salud; adherencia terapéutica; motivación; emociones; pensamiento positivo; risoterapia; mediación

ABSTRACT

Motivation, emotions and positive thinking in the field of health and therapeutic adherence.

Health is one of the most important elements for the development of a quality long life existing its importance in allowing the living being to maintain good standards of action and perform the activities of their routine life, both basics and essential in an independent and effective way. Health can be achieved through an endless series of actions which can also lead to deterioration or loss.

There are many causes why often we do not reach the goal of maintaining, delaying or recovering their health, obtained from the professional, the system and the patient.

In this article we have carried out a bibliographic review focusing on the lack of responsibility of the patient regarding their obligation with the prescribed treatment which affects the lack of adherence to it, many times due to the important modifications that their illness and the treatment produce in their life habits.

Focusing only on the patient we seek to know the importance of certain factors that can help the patient and their treatment which justifies our interest to see how motivation, positive thinking and the patient's emotion control will bring on them. However, we must not forget that in this difficult task for the patient, the help, support and medication of health professionals will be of inestimable value.

Keywords: health; therapeutic adherence; motivation; emotions; positive thought; laugh therapy; mediation

INTRODUCCIÓN

Desde Hipócrates y su descubrimiento de la relación entre emociones y enfermedad, los procesos psicológicos y reacciones fisiológicas (mente-cuerpo, psiquesoma) se convirtieron en un problema conceptual de gran envergadura, siendo en la actualidad cuestiones filosóficas, no resueltas desde la psicología experimental. Tradicionalmente, se centraron en establecer, por un lado, la etiopatogenia emocional de ciertas enfermedades, buscando relacionar emociones como la ira con trastornos psicofisiológicos específicos como alteraciones cardíacas, y, por otro lado, en el papel que la expresión o inhibición de las emociones ejercen sobre la salud y la enfermedad. No obstante y pese al reciente incremento del interés por la investigación y los beneficios de la risa, los estudios sobre los efectos de la motivación y el pensamiento positivo en la salud, continúan siendo inferiores en el número de estudios sobre los efectos negativos de las emociones en la misma, en una proporción de 1 cada 100. Sin embargo, cada vez más investigadores se interesan en la línea iniciada por Herbert Spencer, pionero en la investigación de la risa, afirmando que es una excelente válvula de escape para liberar "la sobrecarga de fuerza nerviosa" y liberar contracciones musculares, convencido que la risa es un mecanismo esencial para restaurar el equilibrio emocional, físico y biológico (Castellví, 2007).

Está científicamente demostrado que la risa, el pensamiento positivo y la motivación de logro, ayudan a nuestro organismo a liberar endorfinas, neurotransmisores conocidos como hormonas o drogas de la felicidad, que actúan sobre los receptores del dolor en el cerebro, siendo importantes analgésicos, que no generan dependencia ni tolerancia (Castellví, 2007) y favorecen la recuperación de los procesos patológicos, así como disminuyen la incidencia de la enfermedad.

OBJETIVO

Una de las áreas de mayor interés en la investigación experimental y en la actividad profesional es el papel de las emociones y la motivación en la promoción de la salud y en la génesis de la enfermedad, como en las consideraciones terapéuticas implicadas. El objetivo de nuestra investigación

es determinar si existe o no una correlación positiva entre el pensamiento positivo, las emociones y la motivación y el efecto en la mejora de la adherencia terapéutica de los pacientes al tratamiento, con los consecuentes beneficios en su recuperación y mantenimiento de la salud.

Para intentar conseguir este objetivo, es necesario revisar estudios donde haya podido quedar demostrado que los pacientes con mayor motivación toleran mejor las contraindicaciones de los tratamientos y se adhieren a los mismos, consiguiendo mejor calidad en su salud que los no predispuestos emocionalmente, por tanto, no adherentes.

METODOLOGÍA

Muestra

Al tratarse de un estudio de revisión, la muestra utilizada han sido los artículos seleccionados de las bases de datos, que cumplían los criterios adecuados para esta revisión. Los criterios que determinaban si un artículo era adecuado para nuestro estudio, eran que pusieran de manifiesto alguna relación entre las emociones y la motivación que tienen los pacientes y la relación que guardan con el cumplimiento del tratamiento. En alguna forma tenían que expresar como el pensamiento positivo, la motivación y la buena predisposición, facilita la aceptación de las contraindicaciones del tratamiento y su adherencia.

Se llevó cabo un trabajo de revisión bibliográfica, utilizando las bases de datos: Pubmed, Cochran, Dialnet, Scielo, CuidenPlus, Medline. En estas bases de datos se utilizaron como palabras de búsqueda: motivación, salud, adherencia terapéutica, risoterapia, emociones, desmotivación, predisposición.... tanto de forma individual como de forma combinada, lo que nos ayudó a obtener los documentos útiles y que fueron los que utilizamos para conseguir nuestro objetivo y obtener las conclusiones, efectuando una lectura crítica y reflexiva de ellos.

La búsqueda resultó laboriosa, pues no hay muchos estudios con evidencia científica, que relacionen estos temas. Existe una tendencia generalizada a pensar que esta asociación existe y es positiva, pero realmente contamos con pocos estudios y conclusiones que determinen científicamente esta creencia.

En la bibliografía recogemos los estudios, artículos, publicaciones y/o libros que han cumplido las condiciones en base a lo cual se tomaron como muestra para poder demostrar nuestro objetivo inicial.

Procedimiento

Como hemos ido exponiendo, este artículo surgió de la conciencia general, que existe en relación a que los pacientes más predispuestos, son los que mejor siguen los tratamientos y los que más posibilidades de éxito tienen. Por ello, lo primero que hicimos fue plantearnos la duda de si esto era cierto y determinar el objetivo de comprobarlo. Para ello se tomaron las bases de datos indicadas, donde introdujimos como buscadores las palabras anteriormente dichas. Esto arrojó una serie de publicaciones, que fueron meticulosamente revisadas optando únicamente por trabajar con aquellas que cumplían los requisitos indicados, donde vimos si demostraban o contradecían nuestra hipótesis y si aportaba argumentos en cualquiera de estos sentidos. Fue un trabajo laborioso de análisis, comparación y reflexión para poder llegar a la conclusión final de este artículo.

RESULTADOS

Tras una meticulosa revisión bibliográfica se ha concluido que el estado emocional condiciona muchas patologías (Tabla 1). Como ejemplos hemos encontrado mejoras en el sistema inmunológico (Irwin, Daniels, Smith, Bloom & Weiner, 1987; Herbert y Cohen, 1993a,b), en los trastornos

MOTIVACIÓN, EMOCIONES Y PENSAMIENTO POSITIVO EN EL CAMPO DE LA SALUD Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

coronarios (Fernández-Abascal & Martín, 1994), en los procesos diabéticos (Goetsch, Van Dorsten, Pbert, Ullrich & Yeater, 1993), en los trastornos del sueño (Chóliz, 1994b), en algunas enfermedades etiquetadas como graves (Sonino, Girelli & Boscaro, 1993), y en el complicado tratamiento de la sintomatología del dolor (Chóliz, 1994c). Estas aportaciones en la actualidad se encuentran recogidas en la actual Psicología de la Salud (Matarazzo, 1982), heredera de la Medicina Conductual y Medicina Psicosomática.

Tabla 1
Conclusiones de estudios que relacionan patología y estado emocional.

AUTOR	PATOLOGÍA	DISEÑO	RESULTADO
Irwin, M., Daniels, M., Smith, T. L., Bloom, E., & Weine~ H. (1987).	Sistema inmunológico: NK	Estudio comparativo	El duelo, el dolor y la depresión disminuyen la actividad de NK.
Herbert, T.B. & Cohen, S. (1993a).	Sistema inmunológico	Revisión Metanálisis	El estrés disminuye la inmunidad, los glóbulos blancos circulantes, los niveles de inmunoglobulina y los títulos de anticuerpos.
Herbert, T.B. & Cohen, S. (1993b).	Sistema inmunológico	Revisión Metanálisis	Relación lineal entre depresión e indicadores inmunidad celular
Fernández-Abascal, E. y Martín Díaz, M.D. (1994)	Sistema cardiovascular	Estudio comparativo	Superioridad de trastornos coronarios en pacientes con niveles más elevados de ira y hostilidad
Goetsch VL., VanDorsten B, Pbert LA, Ullrich IH, Yeater RA. (1993)	Sistema metabólico: diabetes	Estudio comparativo	El estrés puede incrementar los niveles de glucemia., existiendo un impacto negativo en el control de la glucosa en sangre.
Chóliz, M. (1994b).	Sueño	Estudio comparativo	Altamente influenciada por las emociones: relación directa entre problemas emocionales y dificultad para conciliar el sueño
Sonino, N., Girelli, M.E., Boscaro, M. (1993).	Enfermedades graves	Estudio comparativo controlado	Evidencia de existencia de acontecimientos vitales de forma mayoritariamente significativa en pacientes con enfermedades graves
Chóliz, M. (1994c)	Control del dolor	Revisión bibliográfica	Influencia de las emociones en el control del dolor. Modificar el estado de ánimo, disminuye el dolor (Psicofármacos)

Se ha podido constatar que es imprescindible que el paciente sea capaz de comprender su enfermedad y la necesidad de modificar su hábitos, para conseguir un estado motivacional que le predisponga al cumplimiento de la adherencia terapéutica, constituyendo la motivación una alianza para su cumplimiento y la consecución de los objetivos propuestos, que inicialmente serán a corto plazo, sencillos, claros, realistas, para evitar, en caso de fracaso, recaída y pérdida de motivación. Asimismo, se muestra como esencial reforzar positivamente los logros adquiridos por el paciente en su esfuerzo por adherirse al tratamiento y superar las modificaciones que su recuperación exige (Kolotkin, Head, Halmilton & Tse, 1995).

Por tanto, diferentes estudios han demostrado que el beneficios o el resultado positivo del tratamiento depende tanto del mismo, como de la motivación y el estado emocional del paciente para llevarlo a cabo (Donovan, 1995).

DISCUSIONES

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), creada tras la finalización de la segunda Guerra Mundial en 1946 y ratificada el 7 de abril de 1948, enunció el concepto de salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades” (Álvarez, 2018), permitiendo por primera vez dar un paso positivo, en cuanto a la consideración del estado de salud del ser humano, al no relacionarla con la enfermedad e introducir un amplio espectro de bienestar.

A partir de esta nueva visión, surgen distintas formas de entender la adherencia terapéutica, siendo para Haynes (1979), aquella magnitud por la cual la conducta de una persona coincide con las recomendaciones hechas por el equipo de salud. Existen detractores, que ven esta definición excesivamente pasiva para el paciente, y que la definen como un proceso activo intencional y responsable de cuidado, en el que el sujeto, trabaja para mantener su salud, en estrecha colaboración con el personal de salud (Hentinen & Kyngäis, 1992). Sin embargo la definición más aceptada, es la de Di Mateo y Di Nicola (1985), quienes conceptualizan la adherencia terapéutica, como una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente, en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de conseguir un resultado preventivo terapéutico deseado. El paciente acepta el tratamiento que ha pactado con el médico en su elaboración.

Siendo conscientes del impacto emocional que supone para el paciente recibir una noticia sobre su salud, es importante entender que únicamente inferimos su existencia (Ardila, 1980), activándose inmediatamente las emociones, que según Wenger, Jones y Jones (1962) “casi todo el mundo piensa que sabe qué es una emoción hasta que intenta definirla. En ese momento prácticamente nadie afirma poder entenderla”. Según Oatley (1992), lo realmente definitorio y diferenciador de las emociones, es la disposición para la acción y la “cualidad fenomenológica”, pudiendo así definirse una emoción como una experiencia afectiva en cierta medida agradable o desagradable, que supone una cualidad fenomenológica característica y que compromete la capacidad de respuesta. Todas las emociones cumplen tres funciones según Reeve (1994): adaptativa, social, y motivacional, siendo su relación íntima y bidireccional, pues la conducta motivada produce reacciones emocionales y las emociones producen modificación de conductas. Podemos pues decir que toda conducta motivada produce una reacción emocional y a su vez la emoción facilita la aparición de unas conductas motivadas y no otras. Es importante que la respuesta emocional del paciente sea positiva, pues esto desencadenará una conducta motivada para colaborar en el tratamiento. Etimológicamente, el término motivación resulta de la combinación de los vocablos *latinos motus* (traducido como “movido”) y *motio* (que significa movimiento), englobando un conjunto de factores externos e internos que determinan en parte las acciones de las personas. Lo que es indudable es que en cualquier proceso, máxime en la adherencia terapéutica, es imprescindible que esté presente, para llevar a cabo

el tratamiento, pues como dice Woolfolk (2014) es un estado interno que incita, dirige y mantiene la conducta en este caso la adherencia al tratamiento.

Para ello, es importante el uso del pensamiento positivo, cuyos beneficios son sabidos desde la antigüedad, pues hace más de cinco mil años, que se sabe que el deseo del hombre es ser feliz. Sin embargo fue Martín Seligman (2003), tras 25 años dedicado al estudio de la depresión, quien inicia una corriente de pensamiento positivo, cuando en 1998 asume la presidencia de la Asociación Americana de Psicología y comienza a cuestionarse porque muchas personas en lugar de deprimirse, son felices. La psicología positiva, a través del fomento del pensamiento positivo, busca el hallazgo empírico de aquellos elementos que contribuyan a la felicidad, al bienestar y a la realización personal, así como buscar el control del diálogo interno, que intenta ser un obstáculo para su felicidad, ante lo cual busca el punto débil del pensamiento pesimista y nos invita a autogestionar nuestros pensamientos hacia el lado positivo. En este pensamiento positivo se encuentra un nuevo agente terapéutico que se ha denominado risoterapia y que de forma sencilla podemos decir que es la terapia que utiliza la risa como agente terapéutico.

Se trata de una nueva modalidad terapéutica que, mediante la risa, intenta aliviar tensiones o problemas físicos, psíquicos o sociales de las personas, tratando de crear en las personas un estado de felicidad, alegría y bienestar, el cual es producido por la liberación de endorfinas u hormonas de la felicidad. Podemos clasificarla como terapia opcional, si lo entendemos como terapéutico, o como instrumento si, según comenta Alberdi (1998), “sea cual sea la calidad y finura de los instrumentos, estos son inanimados, siendo herramientas que se animan en razón de la voluntad de quien los mueve”.

Según la bibliografía, durante muchos años, el modelo biomédico, fundado en concepciones dualistas, tendía a fundamentar el estudio de la enfermedad en la anatomía, la fisiología y la bioquímica, como única forma de comprender, diagnosticar y tratar las enfermedades (Ballester & Pascual 1997). Pero la investigación, la realidad y los cambios sociales, han mostrado la insuficiencia de este enfoque y la ciencia médica asumió el estudio de factores psicológicos en los procesos de enfermedad, con el fin de establecer las relaciones entre emoción, motivación, personalidad y el origen y el desarrollo del proceso de enfermar y sanar. No obstante, las implicaciones que lo biológico, lo bioquímico, lo psicológico, lo social, lo cultural, lo cognitivo y lo emocional tienen entre sí, a través del cerebro, siguen siendo, en gran medida, una incógnita, por lo que nuevas disciplinas como la neurociencia y diversos centros de investigación, se centran en buscar explicación a estas interacciones. Como ejemplo, el *Institute of Biocognitive Psychology* investiga desde hace años las implicaciones entre el sistema inmunitario humano y el sistema psicológico poniendo de relieve el papel de las emociones en los procesos de salud y enfermedad y prevención de la misma. En este punto es importante destacar a Goleman (1996), que afirma la existencia de una inteligencia que asume un gran protagonismo y que se encuentra vinculada a nuestras emociones, y que debe entenderse como inseparable de la capacidad cognitiva del individuo, la cual denominó inteligencia emocional.

Según (Hernán Martín, 1995), existen diversas clasificaciones sobre los determinantes de la salud, universalmente aceptada, citando que en Salud Pública la formulada por Ladonde (1974), en su informe, *A New perspective on the Health of Canadians*, y clásicamente aceptada establece los determinantes de la salud en cuatro grupos de factores:

Biología humana (envejecimiento, herencia genética)

Medio ambiente físico y social (contaminación, pobreza...)

Estilo de vida (alimentación, ejercicio físico, consumo de drogas, estrés...)

Sistema de asistencia sanitaria (cobertura, calidad...)

Este autor cita la cuantificación (porcentajes) realizada por Denver (1977) sobre dichas varia-

bles, partiendo de un análisis epidemiológico de la mortalidad en EEUU, llegando en cuanto a factores se refiere, a las siguientes conclusiones:

Estilos de vida, 43% (conductas en relación con la salud)

Biología humana (genética) 27%

Medio ambiente, 19% (factor condicionante)

Sistema de asistencia sanitaria, 11%

En base a todo lo expuesto se puede introducir como reflexión y discusión final, si sería interesante replantearse la asignación de los recursos económicos en los tratamientos médicos, actualmente destinando la gran mayoría a la asistencia sanitaria, y dedicar parte de ellos a favorecer la adherencia terapéutica que, parece estar favorecida por un cambio de actitud, motivación y pensamiento en el paciente, pues como hemos expuesto las conductas en relación con la salud, es decir, los estilos de vida, son el principal condicionante de la salud o la enfermedad de las personas. En este proceso es de especial relevancia la figura del mediador, neutral e imparcialidad y con incapacidad para decidir por los litigantes, pero clave en el proceso de mediación (De Diego y Guillen, 2016; Martínez y Álvarez, 2002), siendo imprescindibles la disposición de competencias intelectuales, personales, comportamentales y de idoneidad para la ejecución de la tarea y los resultados. Siguiendo a De Diego y Guillén (2016) podemos establecer cinco tipos de estilos de influencia en las relaciones interpersonales: Persuasión, Firmeza, Conciliación, Captación y Evasión.

La competencia personal del mediador en el dominio de sí mismo y su autocontrol, implican una alerta a los enfoques que cada uno suele adoptar a la hora de interpretar las situaciones. Además, las competencias intelectuales del mediador, proyectadas hacia el exterior, como tener una visión estratégica para el logro de los objetivos o la planificación de acciones a desarrollar en un entorno concreto, también deben ir acompañadas de una proyección hacia el interior, en una introspección autoevaluativa para poder regular los propios pensamientos y tendencias.

Los resultados obtenidos abren una línea de investigación interesante que pudiera llegar a predecir la eficacia de la mediación también a partir de variables cognitivo-emocionales, y en concreto de los moldes mentales. (Luján, 2017)

CONCLUSIÓN

Así pues, en base a la revisión bibliográfica realizada y a los estudios existentes, es importante ayudar al paciente a predisponer de forma positiva y motivada hacia el tratamiento, pues los pacientes son los principales responsables de la evolución del mismo. Los profesionales, podemos y debemos reforzar de forma positiva los logros y esfuerzos que realiza el paciente en su recuperación, y motivar para que siga con esa actuación, ayudándole a ver las ventajas y beneficios que un simple pensamiento y disposición están generando en su recuperación. Siendo conscientes de que el desarrollo de esta función, precisa competencias, es muy enriquecedor la formación continua de los profesionales, para desarrollar la capacidad de mediación para fomentar conductas adherentes en los pacientes.

Ante la reticencia que pueden mostrar al tratamiento y las dificultades que conlleva, podemos hacerles reflexionar con la frase de Albert Einstein: *“No esperes resultados diferentes si siempre haces lo mismo”*, mostrándoles de una forma muy clara y sencilla que su comportamiento hasta este momento, es en parte la causa que ha desencadenado la enfermedad, por lo que debe plantearse un simple cambio en su pensamiento y actitud y mostrándose motivado y comprobar que obtiene una gran recompensa, lo más valioso que tenemos, nuestra salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberdi, R. (1998). Y mañana ¿qué?. *Metas de Enfermería*,1,40-48.
- Ardilla, R. (1980). *Psicología del aprendizaje*. México: Siglo XXI
- Álvarez, R. (2018). *Salud pública*. México: Manual Moderno.
- Ballester, R. & Pascual L.M. (1997). *La práctica de la psicología de la salud*. Valencia: Promolibro.
- Castellví, E. (2007). *El taller de la risa: guía práctica para organizar un taller de risoterapia*. Barcelona: Alba Editorial.
- Chóliz, M. (1994b). Emoción, activación y trastornos del sueño. *Anales de Psicología*, 10, 217-229.
- Chóliz, M. (1994c). El dolor como experiencia multidimensional: la cualidad motivacional-afectiva. *Ansiedad y Estrés*,0,77-88.
- De Diego, R. y Guillén, C. (2016). *Mediación. Proceso, tácticas y técnicas*. Pirámide. Grupo Anaya
- Di Matteo R. & Di Nicola D. (1985). *Achieving Patient Compliance. The Psychology of the Medical Practitioners Role*. New York N. Y.: Pergamon.
- Donovan, J. L. (1995). *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 11, 443-455
- Fernández-Abascal, E. y Martín Díaz, M.D. (1994) Ira y hostilidad en los trastornos cardiacos. *Análisis de psicología*, 10(2), 177-188.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kaidos.
- Goetsch VL, VanDorsten B, Pbert LA, Ullrich IH, & Yeater RA. (1993) Acute effects of laboratory stress on blood glucose in noninsulin-dependent diabetes. *Psychosomatic Medicine* 55(6),492-496.
- Haynes RB. (1979). Strategies to improve compliance with referrals, appointments, and prescribed medical regimens. En: R.B. Haynes, D.W. Taylor, D.L. Sackett. Eds. *Compliance with health care*. Baltimore: J. Hopkins University Press.
- Hentimen M. & Kyngas H. (1992). Complicance of Young diabetics with health régime. *Adv Nurs* 17,530-6.
- Herbert, T.B. & Cohen, S. (1993a). Stress and immunity in humans: A metaanalytic review. *Psychosomatic Medicine*,55, 364-379.
- Herbert, T.B. & Cohen, S. (1993b). Depression and immunity: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 113(3), 472-486.
- Irwin, M., Daniels, M., Smith, T. L., Bloom, E., & Weiner, H. (1987). Impaired natural killer cell activity during bereavement. *Brain, Behavior, and Immunity*, 1, 98-104.
- Kolotkin RL, Head S, Hamilton M, & Tse C-KJ. (1995). Assessing impact of weight on quality of life. *Obes Res*, 3,49-56.
- Lujan, I. y coll (2017). Valores predictores del estilo interpersonal en mediadores profesionales. *Revista Infad de psicología*,1 (1),57-67
- Martínez, M. y Álvarez, B. (2002). *Orientación Familiar.Unidad Didáctica*. Madrid: UNED.
- Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1-4.
- Oatley, K. (1992). *Bestlaid schemes: The psychology of emotions*. New York: Cambridge University Press.
- Reeve, J. (1994). *Motivación y Emoción*. Madrid: McGraw-Hill.
- San Martín, H. (1995). Salud comunitaria. *Teoría y práctica*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Seligman, M.E. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Vergara. Grupo Zeta.

Sonino, N., Girelli, M.E., & Boscaro, M. (1993). Life events in the pathogenesis of Graves disease: a controlled study. *Acta Endocrinol*, 128, 293-296.

Wenger, M.A., Jones F.N. & Jones M. H. (1962). *Physiological Psychology*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Woolfolk, A. (2014). *Psicología educativa*. México: Pearson Education.

