

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

ACTIVIDAD: SUPER NOTA

MATERIA: PSICOLOGÍA

TEMA: COMPRENSIÓN DE LAS ENFERMEDADES. LOS ESTILOS
DE VIDA SALUDABLE.

PARCIAL: I

CUATRIMESTRE: I

CATEDRÁTICO: LILIANA VILLEGAS LÓPEZ

ALUMNO: JOSÉ RAÚL JIMÉNEZ PINTO

PICHUCALCO, CHIAPAS, MÉXICO

Índice

COMPRENSIÓN DE LAS ENFERMEDADES

1. Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer
2. Modelos de cognición social
3. Técnicas de recolección de datos: observación y entrevista
4. Modelo de creencias en salud (MCS)
5. Psicología y SIDA
6. Estrategias para la prevención del SIDA
7. Modelos teóricos sobre la adquisición y mantenimiento de conductas de prevención
8. Intervención psicosocial en Diabetes
9. Terapia cognitiva, mindfulness y diabetes
10. Hipocondría: presentación clínica
11. Enfermedades cardiovasculares e hipertensión
12. Explicaciones y planteamientos terapéuticos psicológicos actuales
13. Impacto psicológico del COVID-19
14. Impacto Psicológico en trabajadores de la Salud
15. Intervenciones psicológicas en COVID-19-: un modelo actual

LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

1. Variables físicas
2. Variables psicológicas
3. Variables sociales
4. Variables espirituales
5. La calidad de sueño como factor relevante de la calidad de vida
6. Estrategias de mejoramiento de la calidad de vida
7. Respiración diafragmática o profunda
8. Conciencia somática
9. Dimensión social
10. Relación de la conducta del hombre con su salud
11. Promoción de estilos de vida saludables

Introducción

La psicología de la salud parece tener sus orígenes en los años 70, siendo una de las causas de su aparición la necesidad de abordar el proceso de salud-enfermedad de los seres humanos, que estaba enfocada en una respuesta de causa única relacionada con la biología y que pasaría a tomarse de una manera más integra tomando en cuenta aspectos psicológicos, biológicos y sociales, colaborando con otras disciplinas para mejorar la calidad de vida.

La salud, entendida en sentido amplio como el bienestar físico, psicológico y social, va mucho más allá del esquema biomédico, abarcando la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. No es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo.

COMPRENSIÓN DE LAS ENFERMEDADES

1. Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer

El cáncer es una de las enfermedades más temidas, por cualquier persona que pudiera padecerla, tanto por las propias características del padecimiento (dolor, invasión de las células a otras partes del cuerpo y la inminencia de la muerte), como por los efectos secundarios de los procedimientos médicos usados en su tratamiento.

En el caso de la quimioterapia: las náuseas, el vómito, la pérdida de la energía, del cabello, del color de la piel; en la radioterapia: el dolor, y en la cirugía: la desfiguración y las cicatrices ocasionadas por los procedimientos quirúrgicos.

Cuando se le diagnostica cáncer a una persona, debe enfrentar la incertidumbre de si el tratamiento que le indicaron será para curarla o sólo para aliviar las molestias o prolongar su vida o de por qué el tratamiento la hace sentir tan débil y enferma en lugar de aliviarla, cuestiones, todas, que, sin una respuesta, podrían conducir al enfermo a posponer e, incluso, a abandonar el tratamiento indicado.

El cáncer se considera dentro de la categoría de las enfermedades crónico-degenerativas; su aparición se asocia con características biológicas de las personas, sus estilos de vida, con el aumento de la esperanza de vida al nacer y con otras condiciones propias del desarrollo.

Es una enfermedad que no presenta una sintomatología uniforme; se han identificado más de un ciento de ellas, pero todas presentan las mismas características: una proliferación incontrolada de células, la modificación de los tipos celulares afectados (cambios en el DNA), la invasión de tejidos adyacentes, la producción de metástasis a distancia (Snyder, 1989; Prokof, Bradley, Burish, Anderson y Fox, 1991; Sheridan y Radmacher, 1992); además de que todas las células derivan de una célula normal, esto es, tienen un origen monoclonal (Barlow y Fenoglio-Preiser, 1992).

Respuesta psicológica ante la enfermedad

El cáncer representa una de las enfermedades más temidas por las personas, ya que en algún momento de su vida han estado en contacto o han escuchado de alguien que la ha padecido y, por lo mismo, conocen algunas de sus características tales como: el dolor, la invasión, la inminencia de la muerte o los efectos secundarios de los tratamientos médicos más comunes, todos ellos conocimientos que conformarán creencias que orientarán los comportamientos.

De ese modo, resulta esencial que el personal de salud se encuentre en la mejor disposición para proporcionar información acerca de las molestias que ocasiona la propia enfermedad, de las ventajas que tiene el que se lleven a cabo cada uno de los tratamientos, así como de los efectos secundarios. Disponer de esa información puede favorecer la adherencia del paciente al tratamiento, puede ocasionar que lo posponga o, peor aún, que lo abandone.

2. Modelos de cognición social

Las conductas de salud fueron definidas por Kasl y Cobb en 1966 como “cualquier actividad realizada por una persona que la cree saludable, con el propósito de prevenir una enfermedad o detectarla en una etapa asintomática” (Conner y Norman, 1996).

Las conductas saludables estudiadas han sido tan diversas como la participación en programas de ejercicio y de alimentación saludable, la asistencia regular a las revisiones en la clínica privada, la vacunación contra enfermedades, el uso del condón, evitar conductas nocivas como fumar hasta las comunes del papel de enfermo como la adherencia al tratamiento médico.

Lo que unifica esas investigaciones es que lo estudiado tendrá un efecto a corto o a largo plazo sobre la salud del individuo y puede estar bajo su propio control (Marteau, 1993; Conner y Norman, 1996).

Dentro de los aspectos identificados, se hallan factores sociocognitivos que se refieren a como los individuos dan sentido a las situaciones sociales y se concentran en las cogniciones individuales o en pensamientos interpretados como procesos que intervienen entre los estímulos observables y las respuestas en situaciones reales específicas (Conner y Norman, 1996); se les conoce como modelos de cognición social (MCS) y han contribuido a un mejor entendimiento de porque las personas emprenden conductas saludables (Marteau, 1993) y de como factores extrínsecos pueden producir cambios conductuales (Rutter, Quine y Chesham, 1993).

Esos modelos asumen que la conducta y las decisiones estarían basadas en un análisis subjetivo elaborado, costo-beneficio de los resultados probables de los diferentes cursos de acción, de tal manera que los individuos buscarían maximizar la utilidad y preferirían conductas asociadas con la mayor utilidad esperada (Marteau, 1993; Conner y Norman, 1996).

3. Técnicas de recolección de datos: observación y entrevista

La recolección de datos es una de las actividades en donde deben agruparse y se recogen elementos que son importantes dentro de un contenido específico. Comúnmente se hacen con el fin de generar información importante para el desarrollo de un trabajo determinada o un proyecto.

Un ejemplo de ello es cuando se realizan recolecciones de información por medio de determinadas técnicas, siendo una de las más importantes las encuestas. En donde se puede formar una idea de lo que se desea hallar. Asimismo, este tipo de técnicas son usadas en sectores en donde el requerimiento es una prioridad. Tal cual como sucede en el caso de los periodistas.

¿Cuál es la importancia de la recolección de datos?

Es de destacar que la recolección de datos es un término que tiene largo rato de haberse empleado. Cuando los conocimientos se dividieron en diversas

ramificaciones. Por ende, se otorgaron una serie de actividades de investigación que fueron ejecutadas por el ser humano.

El objetivo fundamental de la recolección de datos y es allí en donde actúa su importancia. Es la de obtener información que establezca resultados en determinado tema de estudio. Aplicada en diversas disciplinas o actividades, ya sea ciencias sociales, informática, económica, entre otros.

4. Modelo de creencias en salud (MCS)

En 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS), creada para promover el desarrollo sanitario en todas las regiones del mundo, así como para luchar contra las enfermedades, además del desarrollo de las ciencias sociales y del reconocimiento de que los aspectos médicos y sociales no eran suficientes para explicar el complejo fenómeno de la salud-enfermedad, concede especial importancia a tres dimensiones básicas para analizar cualquier episodio de enfermedad: la percepción de la susceptibilidad y/o vulnerabilidad ante la enfermedad, la percepción del grado de amenaza de la enfermedad, la evaluación subjetiva de las repercusiones a la salud, y en lo social, a las implicaciones de la enfermedad y a la percepción de los beneficios y a la evaluación de probables dificultades para llevar a cabo determinadas conductas (Marteau, 1993; Álvarez, 2002).

Las dos primeras dimensiones del proceso salud-enfermedad vendrían a representar la percepción personal de riesgo ante la enfermedad y establecerían la motivación para efectuar la conducta; las otras, representarían el grado de accesibilidad a conductas y ocasiones de llevarla a cabo. La esfera individual estaría afectada por elementos externos como los indicadores demográficos y psicológicos que influirían en la conducta y las creencias en salud.

El MCS analiza dos aspectos de las representaciones individuales de la conducta de salud en respuesta a la amenaza de la enfermedad: a) la percepción de la amenaza de la enfermedad y b) la evaluación de las conductas para contrarrestar la amenaza (Conner y Norman 1996).

Las contribuciones positivas del modelo han sido (Álvarez, 2002): 1) conceptualizar las creencias como elementos relevantes para la interpretación de las conductas de los individuos en lo referente a la salud y la enfermedad, 2) un intento de sistematizar un modelo que permitió analizar la influencia de las creencias referentes a las conductas ante la enfermedad y 3) sirvió para demostrar que existe una estrecha relación entre la percepción de adquirir alguna enfermedad y las conductas preventivas.

A pesar de ser uno de los modelos más utilizados, adolece de varias fallas: no incorpora variables cognitivas que son altamente predictivas de conductas en otros modelos, tales como la intención de ejecutar la conducta o la presión social y la percepción de control sobre la ejecución de la conducta; y, por último, es un modelo estático, pues no hace distinción entre una etapa motivacional relacionada con variables cognitivas y una fase volicional donde la acción es planeada, ejecutada y mantenida (Conner y Norman, 1996).

5. Psicología y SIDA

Los siguientes factores pueden aumentar el riesgo de problemas de salud mental: Cambios importantes en la vida, como la muerte de un ser querido o la pérdida de un empleo.

Experiencias de vida negativas, como abuso o trauma. Factores biológicos que afectan los genes o la química cerebral. Antecedentes familiares de problemas de salud mental.

Además de estos factores, el estrés de tener una enfermedad o afección médica grave, como el VIH, puede afectar negativamente la salud mental de una persona. Entre las situaciones que pueden contribuir a los trastornos de salud mental en las personas con el VIH cabe citar las siguientes:

- Dificultad para contarles a otras personas sobre el diagnóstico del VIH.
- Estigma y discriminación relacionados con el VIH.
- Pérdida de apoyo social y aislamiento.

En las personas con el VIH, la infección por el VIH y las infecciones oportunistas afines pueden afectar el cerebro y el sistema nervioso. Esto puede causar cambios en la forma en que una persona piensa y se comporta. Además, algunos medicamentos que se usan para tratar el VIH podrían tener efectos secundarios que afectan la salud mental de una persona.

¿Cuáles son las señales de alerta de un problema de salud mental?

Los cambios en cómo se siente o actúa una persona pueden ser una señal de alerta de un problema de salud mental. Por ejemplo, entre las posibles señales de depresión se incluyen:

- Perder el interés en actividades que suelen ser agradables
- Sentir una tristeza persistente o sensación de vacío
- Sentir ansiedad o estrés
- Tener pensamientos suicidas

¿Qué deben hacer las personas con el VIH si necesitan ayuda para tratar un trastorno de salud mental?

Las personas con el VIH pueden hablar con su proveedor de atención médica para informarle cómo se sienten. Además, pueden informarle si tienen problemas de uso de drogas o de alcohol.

El proveedor de atención médica determinará si alguno de sus medicamentos contra el VIH podría estar afectando su salud mental. También puede ayudarles a las

personas con el VIH a encontrar un proveedor de atención de salud mental como un psiquiatra o terapeuta.

6. Estrategias para la prevención del SIDA

En la actualidad se han realizado notables progresos en el tratamiento farmacológico del sida, de manera que las terapias combinadas con antirretrovirales nos permiten hablar del sida como una enfermedad crónica. No obstante, mientras no se halle una vacuna eficaz para impedir nuevas infecciones, el enfoque preventivo, basado en acciones de promoción y protección de la salud, sigue siendo el más eficiente para interrumpir e impedir la expansión de la epidemia del SIDA. Tal y como indica ONU Sida (2003), cerca de las dos terceras partes de todas las infecciones previstas para el decenio actual podrían evitarse si se intensifican las estrategias de prevención existentes.

La intervención preventiva en el ámbito del sida tiene como objetivo eliminar o disminuir el riesgo de aparición del VIH para toda la población, intentando:

- a) promover habilidades y comportamientos que eviten o disminuyan el número de nuevas infecciones (prevención primaria),
- b) favorecer que las personas portadoras del VIH retrasen en la medida de lo posible el periodo sintomático del sida (prevención secundaria), y c) lograr que los enfermos que han desarrollado la enfermedad gocen de una buena calidad de vida y del apoyo social y sanitario adecuado (prevención terciaria).

Prevención de la transmisión sexual. Supone la principal vía de transmisión del sida y, a la vez, es la que plantea mayores dificultades de prevención, ya que involucra a los dos miembros de la pareja.

Éstos deben decidir entre mantener prácticas de riesgo o adoptar medidas de protección. En el caso de los adolescentes, la situación se complica sobre todo por

una serie de factores de riesgo asociados a aspectos psicosociales de esta etapa evolutiva (Espada y Quiles, 2001).

Los datos epidemiológicos justifican este interés prioritario, dado que la mayor prevalencia de casos de sida se ubica en el intervalo de edad de 20 a 39 años y que la mayoría de las nuevas infecciones afectan a jóvenes entre 15 y 24 años.

7. Modelos teóricos sobre la adquisición y mantenimiento de conductas de prevención

Diversos modelos teóricos de educación para la salud señalan una serie de factores que influyen en la adopción de comportamientos de prevención y de riesgo del sida, de manera que su conocimiento pueda resultar de gran utilidad al momento de diseñar estrategias educativas para su prevención.

Así, el modelo sociocognitivo desarrollado por Bandura (1994) explica el comportamiento humano a partir de tres elementos que se interrelacionan modificándose el uno al otro: a) determinantes personales, que incluyen factores cognitivos, afectivos y biológicos; b) la conducta y c) el ambiente.

La autoeficacia influye en el problema del sida, regulando la decisión de adoptar conductas preventivas de la infección por VIH, y el esfuerzo y la persistencia que la persona pondrá en su ejecución. Desde este punto de vista, una actuación preventiva eficaz debería influir sobre los tres elementos, incluyendo los siguientes componentes:

- 1) información, con el fin de alertar a la población y aumentar su conocimiento acerca de los riesgos que conlleva el sexo sin protección,
- 2) desarrollo de habilidades sociales y de autocontrol, necesarias para que los conocimientos adquiridos se traduzcan en conductas concretas,
- 3) potenciar la autoeficacia, de forma que el sujeto tenga oportunidad de practicar y mejorar sus habilidades en situaciones de alto riesgo, y
- 4) apoyo social, fomentando el apoyo interpersonal para afirmar los cambios que una persona va realizando en sus hábitos.

Los autores postulan que, para que las intervenciones psicológicas produzcan modificaciones en las conductas de infección del VIH, se requieren tres elementos clave:

a) Información. Debe referirse a las vías de transmisión y a las conductas preventivas específicas.

b) Motivación. Estaría regulada por las variables incluidas en la teoría de la acción razonada (actitudes y norma social) y las variables no redundantes del modelo de creencias de salud (percepción subjetiva de riesgo y gravedad percibida).

c) Habilidades conductuales. Propone la siguiente taxonomía para la prevención del sida: aceptación de la propia sexualidad, adquisición de la información conductual relevante, asertividad ante las situaciones de sexo no seguro, habilidades de negociación de sexo seguro, de adquisición y utilización del preservativo, y de reforzamiento de la pareja cuando ésta practica sexo seguro.

En este modelo, la autoeficacia se considera una habilidad más que se debe adquirir. A pesar de ello, algunos autores (Villamaría y Juárez, 2002) la consideran como una variable motivacional indispensable para poner en práctica las diversas habilidades anteriormente citadas.

8. Intervención psicosocial en Diabetes

El carácter crónico de determinadas enfermedades constituye en sí mismo un elemento susceptible de ser analizado de forma independiente. Esto supone que a los efectos negativos que en general tiene cualquier enfermedad sobre la salud y el bienestar, se añade esta característica de permanencia, lo cual constituye de entrada un factor estresante.

Los enfermos crónicos se enfrentan a un proceso continuo en el que las demandas de adaptación varían a lo largo de las distintas fases de la enfermedad y del ciclo vital. Por su parte, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social son las variables predictoras de la adaptación psicosocial a las enfermedades crónicas.

Algunos de los estudios que han tratado la relación entre el apoyo social y diferentes enfermedades crónicas conceden especial importancia al hecho de que en esas circunstancias los sujetos valoran de forma más marcada determinados tipos de apoyo social; además, es posible que, ante un estresor concreto, sean más necesitadas, requeridas o valoradas determinadas fuentes de apoyo social.

Efecto sobre el ajuste psicológico. Hasta ahora, hemos comentado los efectos del apoyo social sobre diferentes indicadores de salud física, pero también se ha analizado su influencia sobre aspectos de carácter psicológico, donde los resultados, si bien no son definitivos, no parecen a priori tan divergentes como en el caso anterior.

Se ha visto que, para determinados pacientes, el apoyo social significa un recurso que les ayuda a afrontar los miedos y ambigüedades que les genera la enfermedad. En el caso de enfermos reumáticos, se ha evidenciado un efecto positivo del apoyo social sobre la adaptación a la enfermedad crónica.

9. Terapia cognitiva, mindfulness y diabetes

La terapia cognitivo-conductual (TCC) se basa en que la forma como la persona percibe y evalúa un acontecimiento, situación o conducta de los demás, determina la forma como piensa, siente y reacciona ante dichos eventos.

Una persona con diabetes puede reaccionar ante la subida de la glucosa diciendo “soy un fracaso” (generalización) con lo cual pone énfasis en la lectura de la glucosa y señala erróneamente su incompetencia, lastimando su autoestima y su motivación para el control de la enfermedad.

La TCC identifica el tipo de pensamiento erróneo y emociones negativas para reemplazarlas por conductas realistas y constructivas. Este concepto puede encontrarse en la obra de Aaron Beck, fundador de la Terapia cognitiva (TC) y en la de Albert Albert Ellis, el creador de la Terapia racional-emotiva (Hernández y Sánchez, 2007; Heman y Oblitas, 2011; Gálvez, 2009).

El objetivo de la TCC es contribuir a que el paciente diabético desarrolle habilidades de afrontamiento de la enfermedad, ayudándoles a identificar sus creencias distorsionadas, a contrastar dichas creencias con la realidad y a reemplazarlas por creencias más apropiadas o realistas. La TCC se ha aplicado con éxito a una amplia serie de trastornos psicológicos asociados a las enfermedades crónicas, entre ellas la diabetes (Beléndez y Méndez, 1999; Cantón y Domingo, 2008; Castro y Rodríguez, 2002; Gálvez, 2009).

Mindfulness es una cualidad de la mente o más bien la capacidad intrínseca de la mente de estar presente y consciente en un momento determinado, en un momento en que cuerpo y mente se sincronizan totalmente en un instante de realidad presente. Presencia plena y conciencia abierta se conjugan en un momento en nuestra mente/cuerpo/espíritu.

El propósito central de la Terapia cognitiva basada en Mindfulness es ayudara los pacientes en la reestructuración de las situaciones adversas y estresantes de sus vidas, creando una percepción positiva de oportunidad, crecimiento personal y mejora en la calidad de sus vidas. Este modelo de terapia neuro-cognitiva posibilita un cambio de interpretación de los eventos estresantes con el propósito de incrementar las emociones positivas.

La Terapia Cognitiva Mindfulness es un modelo psicoterapéutico con muy buenos resultados en el contexto del estrés crónico, aliviandola ansiedad y depresión, y reduciendo el distrés emocional, con el propósito de crear un nuevo estilo de vida y mejorar la salud del individuo (Moscoso, 2010).

10. Hipocondría: presentación clínica

La hipocondría es un trastorno en el que la persona interpreta síntomas somáticos como enfermedad. Esta interpretación la hace en el contexto de un intento desesperado de que esos síntomas desaparezcan porque suponen para el paciente un dolor inmenso y una amenaza de enfermedad o muerte.

En nuestra sociedad se ha proscrito a la enfermedad y la muerte, evitamos encontrarnos con ella, esto supone que la enfermedad conlleva además de dolor físico una serie de problemas de aislamiento y de rechazos sociales, que no solamente se refieren al sida.

En EE.UU. se han estudiado los pacientes que acuden a los hospitales y se ha encontrado que entre el 4% y el 9% de los pacientes que acuden al hospital lo hacen debido a síntomas hipocondriacos. No se han encontrado diferencias entre profesiones. Las únicas diferencias significativas que se han detectado se refieren a culturas, pero pueden ser debidas más a las diferencias entre las formas de expresión de los países mediterráneos (más emocional) y los anglosajones (con mayor control sobre la expresión emocional) que a que existan más trastornos en un país que en otro.

Es difícil para muchos enfermos hipocondriacos aceptar que sus problemas son psicológicos, y van peregrinando de médico en médico intentando buscar a alguno que les haga caso. Otros, como decía, no acuden al médico porque les pueden detectar la enfermedad que tanto temen.

Tratamiento

Una vez que se detecta que un paciente es hipocondríaco y que accede al tratamiento. Se definen claramente con el paciente los objetivos de la terapia, que son que pierda la angustia y el miedo a la enfermedad que teme para poder retomar el sentido de su vida.

Para ello se plantean primero una serie de prohibiciones y tareas. Se le pide que no acuda a más médicos ni a las urgencias hospitalarias, que no hable de salud ni de enfermedad. Para esto es muy conveniente la colaboración de la familia del paciente, también para que entiendan que lo suyo no es cuento, que tiene un problema real, aunque interpretado por todos como un problema que no existe. Una vez que se ha establecido este marco fuera de la consulta comienza el tratamiento psicológico propiamente dicho.

El tratamiento básico consiste en perder el miedo a estar enfermo, cuando se está sintiendo la sensación que se teme. Es el propio pensamiento de estar enfermo que genera un miedo y una angustia muy grandes, es quien genera la sensación que se teme y se interpreta como enfermedad. Esa angustia es una sensación desagradable e inexplicable que genera más miedo.

El círculo vicioso que mantiene la hipocondría

En la terapia se trata de que el pensamiento de estar enfermo no dispare un miedo terrible. Para ello se emplean una las técnicas. Por ejemplo, con la técnica de exposición a las sensaciones corporales, que consigue que el paciente pierda el miedo a los síntomas que interpreta como enfermedad.

El paciente puede entonces comenzar a reinterpretar sus sensaciones corporales y sentir también aquellas que son agradables o neutras y su cuerpo deja de ser una fuente de dolor o temor y se puede convertir en un generador de placer y confianza. Verse enfermo tiene en nuestra sociedad una connotación de debilidad. Por ello entrenar al paciente en basar su autoestima en otros medios de valoración y se le entrena en aumentarla.

Finalmente se trabaja para que el paciente pueda enfrentar con éxito otros problemas que aparecen en su vida cotidiana: toma de decisiones difíciles, como cambio de trabajo, separaciones, problemas de relación, etc. de forma que se pueda evitar que en el futuro se le desencadenen situaciones de depresión o angustia continuada que le pueden hacer recaer en sus problemas hipocondríacos.

La ansiedad y el miedo implican una preparación para luchar o huir ante aquello que tememos, lo que es muy saludable puesto que nos ayuda a tener éxito, el problema es cuando tenemos ansiedad o miedo en situaciones en las que tendríamos que estar tranquilos. Para luchar o huir necesitamos que toda nuestra atención se centre en aquello que nos amenaza. Cuando buscamos asegurarnos de que no existe una sensación, esta aparecerá. Por ejemplo, ahora seguramente, no nos pica nada;

¿estamos seguros? busquemos durante dos minutos. Con seguridad, nos aparecerá un picor en alguna parte del cuerpo.

11. Enfermedades cardiovasculares e hipertensión

La enfermedad cardiovascular se caracteriza por tener una etiología multifactorial, los factores de riesgo cardiovascular se potencian entre sí y, además, se presentan frecuentemente asociados. Por ello, el abordaje más correcto de la prevención cardiovascular requiere una valoración conjunta de los factores de riesgo¹. Existen biomarcadores de riesgo, no modificables para la aparición de la enfermedad, incluyen características fijas del sujeto, como pueden ser la edad, el sexo y la historia familiar.

En relación con la historia familiar es posible que un sujeto tenga mayor riesgo de sufrir una enfermedad coronaria si algún progenitor posee un historial de enfermedad cardiovascular a una edad temprana.

Dentro de la clasificación de factores de riesgo susceptibles de ser modificados, se puede incluir la dislipidemia, la cual consiste o bien en una alteración del metabolismo de los lípidos (dislipidemia endógena), o bien está en función de la dieta (dislipidemia exógena).

La hipertensión arterial es considerada como otro factor de riesgo primario modificable, se asocia con un mayor número de muertes debidas a enfermedades coronarias, cerebrovasculares, arteriopatía periférica e insuficiencia cardíaca y puede ser controlada con medicamentos, ejercicios físicos y una dieta saludable. La diabetes es la enfermedad metabólica que se produce con más frecuencia en los seres humanos, provocando una mayor incidencia de aterosclerosis.

Esta enfermedad se asocia con niveles altos de colesterol y triglicéridos, un decremento del colesterol-HDL, con la obesidad y la hipertensión.

"El estrés incontrolado es un factor que precipita la aparición de ansiedad y a largo plazo, la depresión. En 1981 la depresión pasó a ser considerada por la Sociedad Internacional de Cardiología como un problema post coronario. Estos tres estados se manifiestan como causa y efecto de la enfermedad cardiovascular, es decir, pueden precipitar la aparición de la enfermedad y la enfermedad en sí misma, puede generar estos estados.

12. Explicaciones y planteamientos terapéuticos psicológicos actuales

Las enfermedades no-trasmisibles generan aproximadamente 60% de las muertes en el mundo. Estas enfermedades van en aumento y suelen asociarse con uno o más factores de riesgo, los diez principales factores incluyen, en orden de importancia: bajo peso, sexo sin protección, hipertensión arterial, consumo de tabaco, consumo de alcohol, sanidad deficiente, déficit de hierro, humo por combustión de sólidos en interiores, colesterol alto y obesidad (World Health Organization, WHO, 2003). Así, la hipertensión arterial constituye un importante problema de salud pública al constituir el tercer factor de riesgo más importante para la mortalidad por padecimientos crónicos en general.

La Organización Mundial de la Salud ha establecido el cálculo del impacto de las enfermedades a través del índice «DALY» (disability-adjusted life years) que se refiere a la pérdida de la calidad de vida y de años de vida de modo que un «daly» es equivalente a un año perdido de vida saludable. A nivel mundial la hipertensión es la tercera causa prevenible de enfermedad y muerte que cobró más dalys en el año 2000 con un total de 64 millones de ellos, tan sólo después del bajo peso y las prácticas sexuales inseguras (WHO, 2003).

En México, de los tipos de hipertensión identificables, la hipertensión primaria o esencial fue el padecimiento más frecuentemente diagnosticado durante el año 2001 y el principal motivo de consulta externa en el 2002. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) fue la institución que atendió la mayor demanda en servicios

de salud, incluyendo los derivados de la hipertensión esencial (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2003; Salud Pública de México, 2003).

13. Impacto psicológico del COVID-19

Debido a lo reciente de la enfermedad se cuenta con poca evidencia disponible, sin embargo, ya especialistas reportan una serie de reacciones y estados psicológicos observados en la población, incluyendo efectos en la salud mental (Torales, O'Higgins, Castaldelli-Maia & Ventriglio, 2020). Así, Shigemura, Ursano, Morganstein, Kurosawa & Benedek, (2020) informan que las primeras respuestas emocionales de las personas incluyen miedo e incertidumbre extremos.

Estos últimos síntomas y la necesidad de intervenciones terapéuticas son igualmente recomendables para niños (She, Yanq, Wang et al., 2020). Un efecto similar lo reportan Li, Wan, Xue, Zhao y Zhu (2020), quienes estudian los mensajes enviados de Weibo (sitio web chino de redes sociales) antes y después de la declaración del COVID-19 el 20 de enero del 2020, encontrando que las emociones negativas como la ansiedad, la depresión y la indignación, así como la sensibilidad a los riesgos sociales aumentaron, en tanto disminuyeron las emociones positivas (por ejemplo, la felicidad) y la satisfacción con la vida.

Por otra parte, entre el 31 de enero al 2 de febrero de 2020 se realizó una encuesta en línea a 1210 personas de varias ciudades chinas, encontrándose que el 53.8 % de los encuestados calificó el impacto psicológico de la enfermedad como moderado o severo; 16.5 % reportaron síntomas depresivos moderados a severos; un 28.8 % reportó síntomas de ansiedad moderada a severa; y 8.1 % informaron niveles de estrés moderados a severos.

La mayoría de los encuestados informó pasar de 20 a 24 h por día en casa (84.7 %) y además un 75.2 presentaba preocupación de que sus familiares se contagiaran de la enfermedad.

Dado que los recursos son limitados, Jiang et al. (2020), con base a los protocolos establecidos por el Gobierno Chino y aplicados en Shanghai en pacientes con neumonía por coronavirus, reporta cuatro niveles de atención que podían ayudar a la priorización de la atención:

1) pacientes con síntomas severos, personal médico de choque investigadores y personal administrativo, 2) pacientes con sintomatología mediana, contactos cercanos, pacientes sospechosos o que ingresan con fiebre para tratamiento, 3) personas relacionadas con los grupos 1 y 2, como miembros de la familia, colegas o amigos, rescatistas, 4) personas en áreas afectadas, grupos vulnerables o público en general.

La cuarentena, concebida como la separación y restricción del movimiento de personas que han sido potencialmente expuestas al virus, también ha sido un factor estudiado. Brooks et al (2020), realizaron una revisión rápida acerca del impacto psicológico de la cuarentena y cómo reducirlo.

14. Impacto Psicológico en trabajadores de la Salud

Desde el brote de la enfermedad muchos trabajadores de la Salud han sido infectados con el virus. Dai, Hu, Xiong, Qiu & Yuan (2020). investigaron la percepción de riesgo y el estado psicológico inmediato de trabajadores de la Salud en la etapa temprana de la epidemia de COVID-19. Se evaluó entonces la percepción del riesgo y el estado psicológico junto a características demográficas y las experiencias de exposición a COVID-19.

Se encuestaron a 4.357 sujetos. Las principales preocupaciones de los trabajadores de la salud fueron en primer lugar infección de colegas (72.5 %), en segundo lugar, la infección de miembros de la familia (63.9 %), tercer lugar medidas de protección (52.3 %) y finalmente la violencia médica (48.5 %). Por otra parte, un 39 % de los trabajadores sanitarios presentaba problemas psicológicos, principalmente los que ya habían pasado por aislamiento y contagio a familiares o colegas.

Todos estos factores y sus repercusiones en la salud de los trabajadores de la salud son una problemática que no debe pasar desapercibida, esto en virtud de salvaguardar el bienestar de aquellos quienes se encuentran en la primera línea de defensa contra la COVID-19.

Los trabajadores sanitarios han sido el colectivo más estudiado, pero no han sido los únicos que siguieron trabajando durante el confinamiento. Dentro del colectivo de trabajadores no sanitarios hay que distinguir dos grupos: los trabajadores de actividades esenciales y los no esenciales.

El sentido de la coherencia (SOC) es entendido como la capacidad de las personas para percibir una situación estresante como comprensible, manejable y significativa, lo que les permite utilizar sus recursos para afrontarla de forma eficaz. Se ha asociado niveles bajos de SOC en sanitarios con niveles altos de angustia psicológica y la presencia de síntomas de COVID-19.

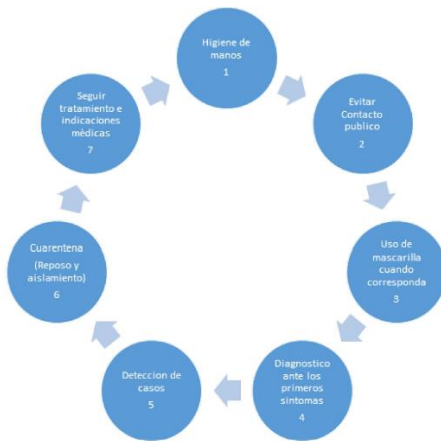
Esta asociación también es vista en los trabajadores no sanitarios, a lo que hay que sumar el efecto del engagement laboral, entendido como un estado de salud mental positivo y satisfactorio relacionado con el trabajo. Niveles bajos de SOC y de engagement laboral, han demostrado ser factores protectores ante la presencia de distrés, ayudando en el afrontamiento de esta complicada situación.

15. Intervenciones psicológicas en COVID-19: un modelo actual

En la dinámica de la enfermedad del Covid-19 se aprecia la relevancia de las conductas de las personas. La importancia de la identificación del comportamiento nos solo hace una comprensión más adecuada de la enfermedad, sino que permite diseñar, planificar las intervenciones más efectivas permitiendo en este caso a la Psicología poder aportar con todo su conocimiento científico de la Ciencia del comportamiento para el abordaje de esta Pandemia.

Ante la conducta de sospecha de presentar la enfermedad, primeros síntomas o el haber estado cerca de personas infectadas: acudir a centros de salud y realización de diagnóstico. Por último, si se ha detectado la presencia del virus en las personas

comienza la realización del tratamiento que está vinculado nuevamente a conductas delimitadas y específicas como reposo y aislamiento y el tratamiento de los síntomas siguiendo las indicaciones médicas.



Mapa conductual del COVID-19. Adaptación de Poudel et al.2020

Lunn, Belton, Lavin et al. (2020) proponen siete áreas en que la ciencia del comportamiento puede contribuir a frenar la propagación del virus en distintos niveles, no sólo por las autoridades nacionales y locales, sino también por organizaciones, lugares de trabajo e incluso hogares. Estas áreas son el lavado de manos, el contacto con la cara, el aislamiento, el comportamiento en público, los comportamientos indeseables (ej. xenofobia), la comunicación de crisis y las percepciones de riesgo.

LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

1. Variables físicas

La actividad física es una importante alternativa para una vida saludable, incluyendo no tener dolores, no disminuir nuestras capacidades, mantenerse mentalmente activo y no reducir involuntariamente nuestras actividades.

La promoción de la práctica de actividad físico-deportiva se ha convertido en uno de los objetivos esenciales en la política educativa de la mayoría de los países desarrollados. Numerosas investigaciones destacan que el ejercicio físico adecuado, regular y sistemático mejora la salud y contribuye a la calidad de vida de manera notable.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2012 para conmemorar su aniversario en el Día Mundial de la Salud eligió el tema “Envejecimiento y Salud”, con el lema “la buena salud añade vida a los años”, e incidiendo en que para una buena salud es determinante la “actividad física”.

Actividad física diaria

Por otra parte, la OMS señala que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Además, se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica. ¿Por qué es importante la actividad física?

La actividad física regular es importante para la buena salud, en especial si está intentando bajar de peso o mantener un peso saludable.

Al bajar de peso, una mayor actividad física aumenta la cantidad de calorías que su cuerpo “quema” o utiliza para obtener energía. Al quemar calorías mediante la actividad física y reducir a la vez el número de calorías que consume, se origina un “déficit calórico” que se traduce en pérdida de peso.

Cuando se trata de controlar el peso, hay mucha variación en la cantidad de actividad física que necesita cada persona. A continuación, le ofrecemos algunas pautas a seguir:

Para mantener su peso: Llegue gradualmente hasta 150 minutos de actividad aeróbica de intensidad moderada, 75 minutos de actividad aeróbica de intensidad vigorosa o el equivalente combinado de los dos tipos de actividad cada semana. Evidencia científica sólida demuestra que la actividad física puede ayudar a mantener su peso con el transcurso del tiempo.

2. Variables psicológicas

Las personas, muy en especial durante el periodo de la adolescencia, se enfrentan de continuo a nuevas situaciones que les ofrecen la posibilidad de consumir bebidas alcohólicas, de fumar o de adoptar otras muchas conductas de riesgo.

Por muchas y variadas que sean las razones para llevar un estilo de vida saludable, son simultáneamente muy fuertes los factores socioculturales que juegan en contra de los buenos propósitos de hacer más ejercicio, de reducir la ingesta de alcohol o de alimentos, de llevar, en definitiva, una vida más sana. También resultan muy apreciados en nuestra sociedad logros como el estar en paz consigo mismo, la armonía interior y el bienestar psicológico cuya consecución suele justificar esfuerzos y sacrificios, pero al mismo tiempo vivimos en una cultura hedonista que transmite mensajes a favor de la satisfacción inmediata de los impulsos y apetencias.

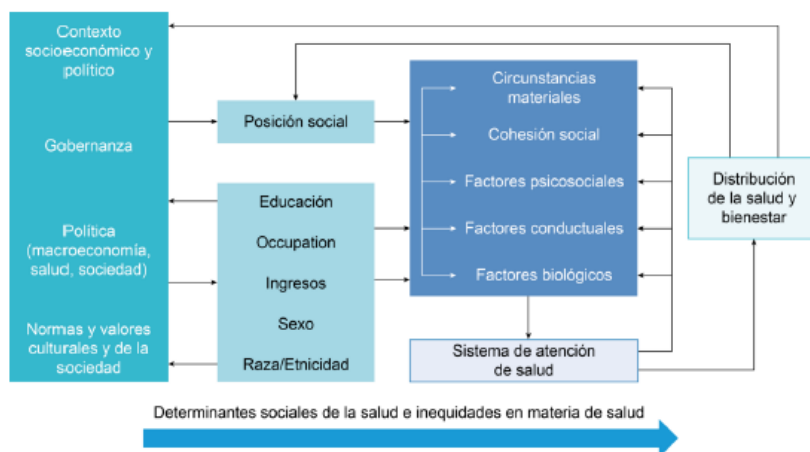
Eran conocidas las relaciones entre el autoconcepto físico, entendido como un conjunto de percepciones de las capacidades y atributos físicos propios que varía a lo largo del desarrollo evolutivo de manera diferente para cada uno de los dos géneros, y la frecuencia de actividad deportiva o el índice de masa corporal (Goñi, Rodríguez y Ruiz de Azúa, 2004); se sabía también que una baja percepción del yo físico guarda relación con una mayor probabilidad de padecer trastornos de

conducta alimentaria (Goñi y Rodríguez, 2004). De ahí el interés por precisar la naturaleza de las relaciones del autoconcepto físico con los estilos de vida y con el bienestar psicológico.

3. Variables sociales

La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana". Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos.

Las condiciones anteriores pueden ser altamente diferentes para varios subgrupos de una población y pueden dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud. Es posible que sea inevitable que algunas de estas condiciones sean diferentes, en cual caso se consideran desigualdades, tal como es posible que estas diferencias puedan ser innecesarias y evitables, en cual caso se consideran inequidades y, por consiguiente, metas apropiadas para políticas diseñadas para aumentar la equidad.



A pesar de alcanzar la meta de los ODM de reducir a la mitad la tasa de extrema pobreza, la reducción de esta tasa en la Región casi se ha detenido en los últimos

años. Esto tiene implicaciones graves para la Región pues la pobreza repercute directamente sobre el acceso a la vivienda digna, los servicios, la educación, el transporte y otros factores vitales para la salud y el bienestar generales. De hecho, la pobreza es posiblemente el determinante individual más importante de la salud.

En la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud de la Organización Panamericana de la Salud se señala que las recientes mejoras logradas en el ámbito de la salud en toda la Región se debieron en parte a los avances del desarrollo económico y social de los países, la consolidación de los procesos democráticos, el fortalecimiento de los sistemas de salud y el compromiso político de los países para atender las necesidades de salud de sus poblaciones.

4. Variables espirituales

El concepto de espiritualidad ha ido cobrando cada vez más importancia, excedió los límites de la religión y de la moral, especialmente en el mundo occidental, hasta convertirse en un constructo estudiado ampliamente por el campo de la salud (Koenig, 2008). Actualmente, se cuenta con más de 1.200 estudios sobre espiritualidad y religión en el área de la salud, y es en los últimos veinte años cuando más se ha encontrado una fuerte relación entre religiosidad-espiritualidad y salud física y mental en todo tipo de enfermedad. Incluso se ha abordado en procesos de divorcio y crisis emocionales (Koenig et al., 2001; Balzacchino & Buhagiar, 2003; Moreira-Almeida et al., 2006).

Recientemente, Koenig (2008) planteó cuatro modelos sobre la relación de la salud mental y física con la religión y la espiritualidad o secularidad (laicidad):

Versión tradicional-histórica de espiritualidad

Se caracteriza por la profunda religiosidad, la dedicación al servicio de la religión y los miembros de una comunidad y, la enseñanza de las tradiciones de la fe a través del testimonio de vida. En esta versión, la religión, la espiritualidad y la secularidad (laicidad) son recursos que pueden promover valores morales, conexiones con

otros, tranquilidad, armonía, bienestar, esperanza, rasgos positivos de carácter y estados mentales positivos como el propósito y significado de la vida.

5. La calidad de sueño como factor relevante de la calidad de vida

El sueño constituye un estado de suma relevancia para el ser humano; prueba de ello es que pasamos cerca de un tercio de nuestra vida durmiendo. Por desgracia, y quizá como consecuencia del ritmo de vida que caracteriza a las sociedades industrializadas, los trastornos del sueño suponen una de las alteraciones más preocupantes en la actualidad.

Aproximadamente una cuarta parte de la población sufre algún tipo de trastorno del sueño, en especial las mujeres de mediana edad y las personas ancianas, siendo el insomnio la queja más común.

Debemos señalar que una buena calidad de sueño no sólo constituye un factor determinante de la salud, sino que además supone un elemento crucial en una buena calidad de vida. Así, por lo común, el padecimiento de ciertos trastornos del sueño se asocia con riesgos de desarrollo de otros problemas psicológicos, médicos y sociales (deterioro funcional, incremento de las tasas de accidentabilidad, alteraciones emocionales, problemas cardiovasculares, etc.) (Miró, Sán-chéz y Buela-Casal, 2003).

Perspectiva comportamental del sueño

El sueño se puede definir como un estado funcional, reversible y cíclico, que presenta ciertas manifestaciones conductuales características, como la relativa ausencia de motilidad y un incremento del umbral de respuesta a la estimulación externa, produciéndose durante el mismo cambios funcionales a nivel orgánico, así como cambios de actividad en el sistema nervioso, acompañado todo ello de la actividad intelectual que supone soñar (Buela-Casal y Sierra, 2001b). Carskadon y Dement (1994) señalan que el fenómeno del sueño se puede describir desde dos perspectivas: comportamental y fisiológica.

Durante la mayor parte de la vida, el sueño del ser humano se ajusta a un ritmo circadiano de 24 horas, coincidiendo con la noche, aunque este ritmo no caracteriza todo el ciclo vital, pues, por ejemplo, durante los primeros meses de vida, el sueño sigue un ritmo circadiano de 3-4 horas. Por desgracia, en las sociedades occidentales un gran porcentaje de la población adulta sufre alteraciones del ritmo circadiano, sobre todo como consecuencia de los horarios laborales; se estima que aproximadamente una cuarta o quinta parte de los trabajadores del mundo industrializado trabajan por turnos.

6. Estrategias de mejoramiento de la calidad de vida

Del alimento que ingerimos a diario depende, en gran medida, el grado de bienestar que tenemos, y también, cómo nos sentiremos en el futuro. Aunque no existe una dieta ideal que pueda aplicarse a todo el mundo, ya que cada individuo tiene necesidades distintas, en función de su edad, sexo, tamaño corporal, actividad física, naturaleza del trabajo que realiza, etc., hay más de 40 nutrientes que son básicos para mantener un estado de salud equilibrado. Estos nutrientes básicos los incorporamos al organismo cuando comemos alimentos variados, principalmente crudos y frescos.

Existen evidencias contundentes acerca de que la práctica regular de ejercicio constituye un factor protector de la salud física y emocional, además de que retrasa el envejecimiento.

Asimismo, contribuye a romper el círculo vicioso retroalimentante, de inactividad-incapacidad o reducida funcionalidad física. El estrés agudo o crónico se reduce, y hasta puede ser eliminado, a través del movimiento adecuado y regular. Tanto el ejercicio ocasional como el sostenido producen un mejoramiento del humor, disminuyen la depresión y la ansiedad e incrementan el sentimiento de vigor (Boutcher y Landers, 1988).

También, algunas evidencias señalan que el buen estado físico reduce los efectos adversos que sobre la salud ejercen los eventos vitales negativos. En general, los

estudios indican que el ejercicio ocasional o permanente mejora el estado de ánimo, pero la intensidad y el tipo de ejercicio pueden influir sobre los resultados (Fillingim y Blumenthal, 1993).

Como señala Pickering (2000), son abrumadoras las pruebas acerca de que la inactividad física es un factor de riesgo para la salud, pues contribuye a aumentar la presión arterial. La hipertensión arterial es una afección prevalente en las poblaciones occidentales que predispone a accidentes cerebrales, ataques cardíacos y otras formas de alteraciones cardiovasculares.

El ejercicio físico contribuye —en casi todos los casos— a reducirlas, lo cual también sucede con la osteoporosis, las afecciones cardíacas, la probabilidad de diabetes, la arterioesclerosis. Ocurre una caída de la presión sanguínea después del ejercicio, por debajo de los niveles de reposo (aproximadamente a la media hora de finalizado el ejercicio).

La regulación respiratoria es esencial para mantener la salud psicofísica. A través de una multiplicidad de trabajos experimentales se ha comprobado que el proceso respiratorio se encuentra estrechamente vinculado con procesos cognitivos y de comportamiento. La respiración es una manifestación conductual fundamental del estado psíquico y fisiológico de los seres humanos, que marca el comienzo y el final de la vida. En diferentes idiomas, el significado etimológico de la palabra está ligado a los términos de vida, alma o espíritu.

A pesar de que la respiración es una función mecánica o inconsciente, es la única de carácter autonómica que puede colocarse fácilmente bajo control voluntario. En ella hay que distinguir dos aspectos importantes: por una parte, lo referente a los biomecanismos de la inspiración, la exhalación y la retención (apnea) y, por la otra, la función fisiológica de intercambios de gases a nivel del metabolismo celular (fijación de oxígeno, eliminación de dióxido de carbono, mantenimiento del equilibrio ácido-base) lo que podría llamarse respiración celular o interna, la cual continúa

produciéndose a pesar de que la externa se suspenda, por ejemplo, cuando se realiza una apnea prolongada en una inmersión.

7. Respiración diafragmática o profunda

Schwartz (1987) señala la eficacia de la RD para promover un estado de relajación generalizada. La ventaja es que se la puede utilizar en cualquier situación para inducir un estado de tranquilidad. Los estudios realizados indican que la práctica de la RD incrementa o estabiliza la temperatura periférica (Fried, 1990), lo cual está asociado con la disminución del arousal simpático.

Además, está vinculada psicológicamente con estabilidad emocional, sentido de control sobre el ambiente, calma, alto nivel de actividad mental y física, y ausencia relativa de estresores. Se ha demostrado que esta respiración puede ayudar cuando se sufre de dolores de cabeza, ansiedad, presión arterial alta, alteraciones en el dormir, manos y pies fríos, etcétera.

Durante la inspiración el diafragma (principal músculo respiratorio) se aplana hacia abajo. Este movimiento crea más espacio en la cavidad del pecho, lo que permite que los pulmones se llenen totalmente. Durante la exhalación, el diafragma se relaja y retoma su forma de cúpula. Aunque el diafragma funciona automáticamente, sus movimientos pueden ser controlados de manera voluntaria.

La tercera parte baja de los pulmones contiene la mayor cantidad de sangre cuando el individuo está parado; de esta forma, la RD oxigena una mayor cantidad de sangre por cada ciclo respiratorio más que los otros tipos de respiración (Everly, 1990).

En la RD los hombros no deben moverse hacia arriba ni el pecho expandirse hacia afuera (esto es lo que comúnmente se llama respiración profunda). El aire fluye suavemente hacia adentro y hacia afuera de los pulmones. El abdomen se expande o sube con cada inspiración y se contrae o baja, con cada exhalación.

8. Conciencia somática

¿Cuántas horas pasas sentado delante de tu ordenador? ¿Eres consciente de la manera en que estás sentado? ¿Te estresa gestionar varias acciones simultáneas? ¿Repites los mismos gestos a lo largo del día? ¿Adoptas siempre las mismas posturas? ¿Dónde tienes los hombros? ¿Cuál es la posición de tu cabeza? ¿Cuál es el ritmo de tu respiración? ¿Te gustaría mejorar tu lenguaje no verbal?

Vivimos en una situación de constante aceleración y respondemos a tal inmediatez con reiteradas acciones y posturas que provocan alteraciones en el sistema nervioso.

Ello provoca un conflicto en nuestro organismo que a la vez se traduce por cansancio, dolores, estrés, desinterés y falta de concentración. Sin embargo, existe la posibilidad de revertir este proceso, con un enfoque somático del cuidado del cuerpo y de la relación cuerpo-mente. Las posturas y las emociones negativas que surgen de esta situación pueden convertirse en placer, vitalidad, motivación, creatividad, comunicación e implicación para un cambio positivo y la mejora de nuestras acciones.

Mabel Todd, con su libro “The Thinking Body” (1937) El Cuerpo Pensante, fue una de las pioneras de la somática en estados Unidos.

Más tarde en 1976, Thomas Hanna publica la revista Somatics y define la somática como “el Arte y la ciencia de los procesos de interacción sinérgica entre la consciencia, la función biológica y entorno”. Ello define la relación entre el sistema nervioso como función que nos permite desarrollar la consciencia, el cuerpo biológico y su estructura y el entorno o medio donde nos movemos y actuamos.

La educación somática habla de la capacidad que tenemos los seres humanos de modificar y mejorar nuestro propio funcionamiento y la calidad de nuestros movimientos a partir del conocimiento de las sensaciones internas que surgen de nuestro cuerpo y cuya mejoría influenciara los diferentes aspectos de nuestro ser.

Ello significa que, mejorar un movimiento y aliviar un dolor, no solo repercute en mi bienestar físico, sino también en mi manera de gestionar mis emociones, pensamientos, sensaciones y comportamientos.

El enfoque somático dirige la atención al desequilibrio que causa ese dolor en el organismo. Se solicitan los mecanismos auto reguladores que nos permiten recuperar esa funcionalidad perdida u olvidada, calmando el dolor. En ese sentido no se trabaja directamente con los síntomas del dolor sino con sus causas, en este caso, una organización del movimiento defectuosa y se estimula al sistema nervioso para que restablezca el equilibrio.

Recuperamos la capacidad inherente de nuestro organismo de autorregularse, permitiendo un proceso de aprendizaje y cambio que nos permite desarrollar más flexibilidad, movilidad y funcionalidad. Se incrementa además la confianza en nuestras habilidades para enfrentar nuestro día a día con mayor satisfacción y creatividad.

9. Dimensión social

La dimensión social se organiza en torno a la interacción con otras personas. Supone la expresión de la sociabilidad humana característica, esto es, el impulso genético que la lleva a constituir sociedades, generar e interiorizar cultura, y el hecho de estar preparada biológicamente para vivir con otros de su misma especie, lo que implica prestar atención a otro humano necesariamente presente, y la sociabilidad, o capacidad y necesidad de interacción afectiva con semejantes, expresada en la participación en grupos, y la vivencia de experiencias sociales.

La persona nace en una sociedad (antes de nacer ya se está condicionado por una variedad de aspectos sociales, por ejemplo, las costumbres que marcan cuales son los patrones adecuados de comportamiento respecto a la elección de pareja o el embarazo) y necesita vivir en sociedad, ésta favorece la adaptación al medio, lo que le multiplica las posibilidades de sobrevivir. Nace de otras personas y requiere la presencia de otras personas para sobrevivir, llegar a ser ella misma en todos sus extremos y vivir una vida plena.

La construcción de la propia identidad es otro de los procesos sociales básicos. La conciencia de que existen otros conduce a la adquisición de la idea de uno mismo. El proceso de identificación va a permitir a la persona descubrir el significado de su propia existencia y la construcción de su proyecto vital, aspecto éste imprescindible para la autorrealización. En el contexto de la interacción con otros, la persona puede diferenciarse de los demás y reconocer sus similitudes con ellos. Obtiene así, entre otros, sentido de su cuerpo y de sí misma como algo que permanece, aunque esté en cambio continuo; o la creencia en la propia valía.

La dimensión social y colectiva de las personas es tan importante como la dimensión somática o la psíquica. Un reconocimiento que hacía explícito la denostada definición adoptada por la OMS en la primera conferencia mundial de la salud. Y que otras definiciones también resaltan como la del x congreso de médicos y biólogos en lengua catalana que subraya la solidaridad como característica del modo saludable de vivir. Los humanos vivimos habitualmente en sociedad. Y, desde la creación de las ciudades, la urbanización se ha ido ampliando de modo inexorable, prueba del éxito evolutivo de nuestra dimensión colectiva.

Nos conviene, pues, desarrollar herramientas metodológicas y operativas para trabajar colectivamente. Instrumentos particularmente necesarios en los ámbitos de la prevención y de la salud pública. Que, dadas las tragedias totalitarias del pasado, requieren preservar la singularidad de los individuos. Lo que nos va a llevar trabajo; porque conciliar los derechos de las personas y de las colectividades no es tarea fácil.

10. Relación de la conducta del hombre con su salud

El comportamiento saludable como cualquier otro comportamiento se adquiere, se aprende, La salud como proceso implica identificación, atención, adquisición, práctica, mantenimiento, y desarrollo.

El comportamiento saludable debe definirse como un comportamiento específico de salud desde la salud. El objetivo del comportamiento saludable debe ser la salud Biopsicosocial. Así vemos que la salud puede manifestarse en corto plazo, salud en mediano plazo y salud a largo plazo. Enfrentar la salud como un proceso y no como un estado o absoluto. Por lo tanto, la salud es un proceso que se manifiesta momento a momento como diferentes estados. Por lo tanto, la salud es un proceso que se manifiesta momento a momento como diferentes estados. Aprender a identificar las variables de las cuales es función el estado saludable, los factores de salud, seguridad y bienestar de manera cotidiana identificación de la o las áreas saludables actuales o en perspectiva. Repetición constante de los comportamientos saludables. Definir las áreas como objetivos constantes de vida continuados: Inmediatos, a mediano y a largo plazo.

11. Promoción de estilos de vida saludables

En la sociedad actual todo se mueve muy rápido y en ocasiones no tenemos tiempo de pensar si nuestro estilo de vida y nuestros hábitos nos ayudan a encontrarnos mejor. En este blog tratamos de darte algunos consejos de salud que te ayuden a reflexionar y a mejorar tus hábitos de vida, siempre adaptándolos a tus gustos y preferencias. Y es que, mantenernos saludables va mucho más allá de la ausencia de enfermedades, y tiene mucho que ver con sencillas acciones que están bajo nuestro control, como por ejemplo hábitos relacionados con la alimentación, el deporte, el sueño o la higiene.

¿Qué entendemos por salud?

Tener salud no es solo no presentar enfermedades, sino también gozar de cierta calidad de vida en relación con diversos ámbitos. Así lo expresó la OMS (Organización Mundial de la Salud) en su definición de salud:

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Por eso, el primer concepto que vamos a ver es el del autocuidado, que tiene que ver con participar de forma activa en la promoción de nuestra salud. Recurrimos de nuevo a la definición de la OMS:

«(El autocuidado) es la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a las enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un proveedor de atención médica»

En definitiva, el autocuidado se refiere a todos aquellos hábitos y actitudes con los que todos nosotros, cada día, podemos preservar y mejorar nuestra salud.