

MANEJO DEL ESTRÉS, UN CAMINO SEGURO PARA PROMOCIONAR LA
SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA.

Angélica Ojeda Rubio

Universidad de La Sabana

Chía, puente del Común. Noviembre 30/2005

Resumen

En este artículo se describen los diferentes aspectos teóricos y metodológicos referentes al tema de la salud dentro de un contexto actual de calidad de vida holística e integradora. Se establecen interacciones entre la salud y el estrés. Se plantean las consecuencias del mal manejo del estrés dentro de estilos de vida riesgosos, que conllevan al malestar físico, psicológico y mental, y consecuentemente a la somatización, enfermedad y muerte prematura. A su vez, se proponen alternativas en intervención psicológica para un tratamiento asertivo y funcional. Así como se proyectan, desde la educación, estrategias en promoción y prevención primaria, desde la integración de las diferentes disciplinas que permitan generar cambio de conductas y hábitos adaptativos, así como una mayor conciencia cultural.

Palabras clave: salud, enfermedad, estrés, calidad de vida, adaptación, promoción y prevención primaria.

Abstract

In this article is described different theoretical and methodological aspects related to health inside a current context of quality of holistic and integrative life. Interactions settle down between health and stress. Besides, consequences the wrong handling of stress in risky lifestyles that lead to physical, psychological and mental uneasiness, and consequently to the mental illness, sickness and premature death. In turn, intended alternatives in psychological intervention for an assertive and functional treatment. As well as, planning are proposed from education, strategies in promotion and primary prevention, from the integration of different disciplines that allow to generate change of behaviors and adaptative habits and higher cultural conscience.

Keywords: health, illness, stress, quality of life, adaptation, promotion and primary prevention.

Manejo del Estrés, un Camino Seguro para Promocionar la Salud y la Calidad de Vida.

El mundo avanza a velocidades increíbles, los inventos y descubrimientos cada vez nos asombran menos. La competitividad es una palabra que ocupa los primeros renglones de nuestro léxico, la importancia de ser y hacer cada día más nos absorbe rápidamente. El poder y la riqueza son metas difíciles de ocultar en la sociedad actual. Nos hemos convertido en maquinas de producción y de resultados, y la pregunta es ¿Vale la pena sacrificar tanto?.

La salud sigue siendo un tema olvidado, hasta el momento en que se pierde y llegan los padecimientos de la enfermedad. En ese instante se reconoce su importancia, y se hacen visibles los excesos y los hábitos negativos que llevaron a la adquisición física y / o psicológica en una patología.

La enfermedad ha traspasado sus fronteras, y en pleno siglo XXI trae consigo nuevos síntomas. La ciencia avanza cada vez más, con curas de enfermedades del pasado, pero así mismo trae consigo descubrimientos de enfermedades nuevas, difíciles de imaginar en otras épocas, y cuyos orígenes se remontan principalmente al estrés.

El ambiente y el estrés diario están generando problemas mayores en salud, que no se limitan a la genética y que precipitan enfermedades evitables. Las investigaciones recientes han mostrado en enfermedades tan graves como el cáncer y la artritis, cuyo origen no es claro, como el estrés puede desencadenar su sintomatología.

Lo realmente trascendente detrás de todo esto, es que no hay una cultura que promocióne la salud y prevenga este tipo de enfermedades, porque las intervenciones se han dado de manera aislada, sin llegar a conclusiones aplicables. Además, la medicina se ha encargado principalmente de los síntomas observables, y el problema radica en que no existe una vacuna frente al estrés. Lo anterior, supone de antemano, que la única salida se encuentra, fortaleciendo el área comportamental desde la psicología.

De esta manera es fundamental generar un interés proactivo, aplicado al conocimiento del estrés, sus consecuencias, sus comorbilidades e implicaciones en la salud, que tenga en cuenta todos los ejes que afectan a la persona en su calidad de vida, reconociendo la economía en esfuerzo y sufrimiento que esto supondría.

Es necesario así mismo, unir a las diferentes disciplinas encargadas de la salud y generar un trabajo interdisciplinario, con una meta en común, promocionar la salud y prevenir la enfermedad.

Este trabajo se propone resumir los hallazgos e ideas principales de autores representativos, que plasmen la realidad actual frente a la problemática así como sus posibles soluciones dentro de sus diversas vertientes.

La Salud.

Partiendo de los principales significados del concepto salud, ilustrados por autores involucrados con el tema, es posible identificar la diversificación y a su vez la homogeneidad entre los mismos. Por lo anterior es importante extraer lo esencial de cada uno, para poder hablar en una misma dirección y apuntar a significados integradores.

En una primera definición, de acuerdo a García, (1999) la salud se define como el resultado de los cuidados proporcionados a sí mismo y a los demás, controlando su propia vida y asegurando que la sociedad ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de mantenerla. García permite establecer de manera muy general el que, pero no el cómo se logran obtener esos estándares de salud, resaltando básicamente su cuidado.

La definición de salud actualmente más empleada por la administración sanitaria es la que cita Perea, (2004) complementaria con la de la OMS, “considerando la salud como una variable dependiente, influida por diferentes factores o determinantes: Biológicos o endógenos, ligados al entorno, hábitos de vida y factores ligados al sistema sanitario” (p. 77).

Es importante notar de acuerdo a Perea, (2004) como se plantean este tipo de factores, más específicamente “en el informe, A new perspective on the Health of Canadians, (trabajo clásico de medicina preventiva) donde se clasifican los determinantes de la salud en cuatro categorías: la biología humana, el medio ambiente físico y social, el estilo de vida y el sistema de asistencia sanitaria. Estos cuatro factores están interrelacionados y condicionan la salud modificándola en sentido favorable o desfavorable”(p. 57).

Esta definición al hacer la distinción entre salud, como objetivo último de la sanidad, y sus determinantes, permite traducir estos en posibilidades de intervención, lo

que le da un enfoque más trascendente. Así mismo empieza a abarcar temas tanto internos como externos del organismo involucrados con la problemática y de esta forma permite explorar otros tópicos relacionados directa e indirectamente. Además, Perea en su informe plantea una opción mucho más elaborada, categorizando su significado y permitiendo clasificar las variables.

Por otro lado Caldero, (1998)” plantea la salud como algo no sólo inherente a la persona, en términos positivos en sus aspectos globales, físicos, mentales y sociales, sino también trascendente a la comunidad, por lo que es preciso el estudio de estos factores” (p. 6).

Tanto Perea como Caldero generan una nueva posibilidad en sus definiciones, al relacionar la salud de una manera dependiente al medio, planteando factores claves, no solo en el ámbito individual sino también social, lo que complementa su significado.

Retomando a Perea (2004), se debe anotar dentro de su planteamiento, que así como ha evolucionado la patología, también lo ha hecho a su vez el concepto de salud, que ha dejado de ser considerada como la ausencia de enfermedad para adquirir un significado holístico, integrador. Esta última definición se presenta dentro de una cultura mucho más amplia y heterogénea e implícitamente abarca el concepto preventivo de la salud.

Finalmente, Rozo (2002) “retoma la salud entendida, como proceso holístico, según el cual se considera un fenómeno y un proceso global, que no se puede desmembrar sin que la persona de quien se habla pierda sus cualidades sistémicas: Físicas, psíquicas, sociales y espirituales. En el termino “salud” se incluyen todos los procesos y vivencias humanas que apuntan hacia el desarrollo integral del individuo, desde la conciencia de su cuerpo hasta la toma de conciencia de sus relaciones personales”(p. 28).

Cada definición aporta nuevas perspectivas de acuerdo con sus objetivos y tendencias, tal y como lo afirma Fors, (s. f) La salud es un proceso complejo dentro los factores biopsicosociales. Sin embargo, es importante resaltar de manera resumida, como es posible hablar de un concepto integrador, que busca el desarrollo holístico del ser, que depende tanto del medio como del (auto)entendiéndose como lo propio;

desde sus propiedades, categorías o cualidades que permiten intervenir desde la salud y hacia la misma.

Salud, estilos y calidad de Vida.

Es fundamental dentro del modelo de salud, identificar cual es, desde la conducta, el medio por el cual se establece una vida como saludable.

Según Martín & Verdugo, (2002) La definición de calidad de vida más aceptada por la comunidad científica internacional: es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona, en relación con las 8 necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida: Bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

Desde otro punto de vista Castro, (2001) plantea que la calidad de vida se relaciona principalmente con condiciones y estilos de vida, aspectos como la educación, salud, ambiente, aspectos socioculturales, económicos y satisfacción. Según este autor, Lo que mejor designa la “calidad de vida” es la calidad de la vivencia que de la vida tienen los sujetos.

Teniendo en cuenta estas definiciones planteadas de calidad de vida, es posible identificar como para cada autor existen características básicas que la componen como tal, sin embargo, cada uno hace énfasis en diferentes aspectos relevantes para su definición. Lo importante es entender como, aunque se etiqueten de diferente manera los conceptos, es posible identificar como unos pueden estar implícitos a través de los otros, llegando incluso a una categorización más completa. Así dentro de la categoría inclusión social se pueden ver reflejados los aspectos socioculturales y económicos, así como la educación debe convertirse en parte esencial del desarrollo personal. A pesar de esto, la definición de Martín & Verdugo (2002) podría tornarse menos excluyente y más precisa, teniendo en cuenta que el ambiente como la satisfacción podrían ser tan ambivalentes como perceptuales.

Por otro lado, ambas definiciones comparten significados en común, entendiéndose como calidad de vida, condiciones de vida dentro del cumplimiento de las necesidades básicas deseadas para Martín & Verdugo (2002), y /o vivenciadas para Castro(2002). Es por esto tan importante ir atomizando significados conjuntos

entendiendo la importancia del cumplimiento de esas condiciones y/o estilos de vida que permiten lograr su calidad.

Aunque estilos de vida existen como personas en el planeta, es posible acercarse a la definición más aceptable, tomada por Rodríguez, (1992). Planteando que el estilo de vida se define como el conjunto de pautas de conducta y hábitos cotidianos, o más simplemente, la forma de vivir de una persona.

Es así como, citando a Caldero, (1998), elegir “conductas saludables” dentro del nuevo modelo de salud global, hace participe a la persona dotada de un cuerpo y un espíritu que siente, orientada a una cultura y religión, de tomar decisiones que la encaminen a un estilo de vida saludable.

Es importante subrayar en este párrafo, la orientación a una cultura y religión, principalmente porque estar inmerso a un contexto de principios, deberes y derechos, nos permite abarcar dentro de esta forma de vivir saludable, independientemente de la orientación que se tenga, la bioética; comprendida como la actitud ética, reflexiva y crítica sobre todas las acciones que se realiza, sobre lo que es el ser humano, y afecta de manera directa o indirecta la salud. (Franco, 2000).

De acuerdo a San Martín, Las personas que adoptan rigurosamente un estilo de vida sano alcanzan a aumentar sus años de vida(longevidad) de un 30 a un 40 % de la longevidad actual; los que hacen lo contrario, adoptando modos de vida riesgosos pierden años de vivir en relación a la cantidad y calidad de los riesgos. (Perea, 2004, p. 59).

Es relevante mencionar, basándose en estos dos últimos apartados, como, aunque estén presentes los medios para tener un estilo de vida saludable, pierde toda relevancia, si la persona como ser activo, no toma la elección y/o orientación de llevarlos a cabo.

De otra manera, como lo plantea Perea, (2004) “Cada día hay más evidencia científica de que los comportamientos y los hábitos de vida condicionan, no solo la salud, sino la situación sanitaria de las poblaciones y los recursos a ellas destinados.” (p. 66). Es por esto último que la elección colectiva de un estilo de vida saludable está determinada nuevamente la opción de conducta que decida llevar a cabo cada uno de sus miembros.

Salud y medio ambiente.

La salud se presenta como un continuo interactivo, entre los diferentes factores que contribuyen a su manifestación. De esta manera no solo los hábitos y conductas saludables contribuyen a una buena calidad de vida. Además, es necesario facilitar un medio ambiente saludable.

La dependencia de la salud del hombre con respecto al medio ambiente según Perea (2004) “no es una idea nueva, sino que ya era comprendida por los clásicos de la medicina, así Hipócrates en su tratado de los aires, suelo y agua expresa la influencia que los condicionamientos climáticos, geográficos, y del emplazamiento, entre otros tienen en la salud de la colectividad”.(p. 76).

Aunque a sido de gran ayuda la conciencia histórica que se ha tenido de esta temática lo realmente trascendente es, de que manera ha evolucionado su conceptualización y como ha sido asimilado en la comunidad actual.

Para Perea (2004) “El concepto de medio ambiente supone considerar el conjunto de condiciones de orden físico, químico, biológico y social que de forma directa o indirecta, inciden en la salud o en la enfermedad de la población”. Para este autor la salud de la población mejora cuando esta puede vivir en un ambiente sano y con unas practicas higiénicas” (p.76).

Este aspecto adquiere gran relevancia, teniendo en cuenta que la salud del ser humano depende de esa interacción con el medio construido, a su vez, de otras variables que pueden alterarlo. Finalmente, Rozo (2001) Afirma: “No podemos alejarnos de la concepción de que el hombre interactúa constantemente con el medio ambiente, y el resultado de esa interacción se manifiesta en el continuo salud-enfermedad, que a su vez retarda o acelera el desarrollo poblacional”(p.47).

Salud y desarrollo.

Para algunos autores la pobreza es una limitante para un desarrollo saludable, otros afirman que si no se promueve el desarrollo será imposible salir de la pobreza, es difícil saber con certeza cual es el precipitante de cual, aunque varios autores han afirmado con argumentos su posición al respecto.

Tal y como lo afirma Rozo (2002, p.28) “El mejoramiento en salud reduce la pobreza y hace posible el crecimiento”.

Sin embargo, para Perea, (2004) al reducirse la pobreza, la alimentación sería más saludable, y por ende el crecimiento, desarrollo intelectual, la resistencia a las enfermedades, el rendimiento laboral, físico e intelectual.

Sin importar qué provoca que, es realmente valioso, poder atacar ambos factores logrando promover la salud. De la misma manera mejorar la salud y reducir la pobreza posibilitan una familia saludable, que de acuerdo a Jaurego, (1998), representaría nuevos estilos de vida, mejoramiento del entorno por medio del autocuidado, establecimiento de un estrecho vínculo familiar entre el equipo de salud y la familia y coordinación con demás actores de la comunidad.

Todos estos factores interactúan de manera interdependiente favoreciendo o dificultando la calidad en salud, por esto debemos reconocer su importancia y promover su progreso.

Salud mental.

Es necesario aclarar que este es un factor fundamental y que predomina sobre otros procesos involucrados, por su mismo valor, se interrelaciona con todos los tópicos que abarcan la salud.

La salud mental es definida prácticamente por los resultados o evidencias más que, por algo en particular, generalizable a cualquier paciente que acuda a alguna consulta; entonces, ocurre un hecho bastante atractivo en la sociedad actual, la salud mental se incluye, o en palabras más exactas, se da por hecho en una persona que no manifieste síntomas de enfermedad. Por lo anterior es fundamental tener en cuenta e investigar más a fondo los parámetros claves para definir e intervenir en esta problemática.

Así como lo afirma Merrill, (1997) “En cierta medida, la salud mental está relacionada con qué también se manejan las emociones. Esto incluye tanto sentirse bien acerca de sí mismo como por las interacciones con la familia, amistades, colegas y colaboradores2 (p. 59).

Entonces, de acuerdo con Merrill(1997)no solo estamos hablando de manifestaciones individuales, si no con el entorno y sus relaciones con este, lo que hace aún más compleja su definición. Así mismo este autor toca un tema ejemplar, cuando se

refiere al control de las emociones, en donde se puede entender una vez más, como el sentirse mal emocionalmente repercute en la salud mental.

Por la misma línea (Mezerville, 2004, p.207) plantea como, la buena adaptación al estrés puede considerarse uno de los parámetros más relevantes, junto con el autoestima y la capacidad para dar y recibir afecto, de las personas que gozan de una buena salud mental.

Una vez más, Mezerville (2004) plantea dentro de los parámetros más relevantes de la salud mental, al igual que Merril (1997) el manejo de emociones, y a su vez su definición, bosqueja un concepto fundamental y es no solamente el manejo de emociones si no el manejo del estrés que implica bastantes síntomas emocionales.

Una temática implícita dentro de este abordaje es la que se desarrolla en el ámbito hospitalario. Así como lo sostiene Restrepo (1992) al ser las urgencias de rutina primordiales, la preocupación por la salud no tiene prioridad ya que no tiene un valor informativo, como si lo tiene el sentirse enfermo.

Es por esto, que en esta cultura “medicalizada”, los trastornos mentales se subordinan a los trastornos físicos, principalmente por la incapacidad de los médicos en el diagnóstico preliminar de la enfermedad mental y su abordaje. Además, “Frente a los problemas de salud mental, el médico de atención primaria, intenta principalmente diagnosticar y evaluar los trastornos prescribiendo fármacos”. (Montañés, 2005, p.91).

Por otro lado, según Caramés (2003), en los pacientes de consulta en atención primaria destacan principalmente los trastornos depresivos, de ansiedad y por abuso de alcohol. La más baja concordancia diagnóstica en este tipo de atención se identifica en el trastorno ansioso-depresivo.

Lo anterior, confirma la falta de interdisciplinariedad y comunicación en las profesiones de la salud. Lo más desalentador es que el principal afectado es el consultante. Según Buitrago, (2005), al menos el 50 % de los consultantes que presentan algún trastorno durante su vida nunca recibirá tratamiento.

Enfermedad.

Definir el término enfermedad requiere emplear términos homólogos a los que se usarían determinando la salud, lo que no genera un valor agregado a nivel funcional. Es así como lo afirma Perea, (2004) “La salud y la enfermedad no son dos fenómenos aislados ni opuestos, sino que ambos son resultado de la interacción entre el hombre y el medio ambiente que los rodea” (p. 75). En este caso resulta más útil definir ¿De donde viene el origen de la enfermedad? O mejor aún ¿Desde qué momento podemos hablar de ausencia de la salud?

Enfermedad y estilos de vida.

Diversos autores se han dedicado a investigar los orígenes de las enfermedades, encontrando un origen común, los estilos de vida de las personas que las padecen.

Un primer argumento que respalda esta teoría es el hecho de que, como lo plantea Hansen, (2002)) “La mayor parte de las enfermedades de etapas avanzadas de la vida se originan años atrás como resultado, en parte, del estilo de vida y las practicas de salud.” (p.387).

Abarcando problemáticas más severas, como las enfermedades crónicas, existe mayor evidencia y correlación. Es así como Caldero, (1998) afirma: a partir de los modelos de Lalonde, sobre los determinantes de la salud se puede observar la importancia que juegan los estilos de vida en la determinación de la mayoría de los procesos mórbidos (agrupando como las causas más frecuentes en mortandad los estilos de vida, con un 43%, la biología, con un 27%, el entorno, con un 19 % y el sistema de cuidados sanitarios, con un 11 %).

Siguiendo a Perea, (2004) “Los avances científicos no consiguen encarar a las llamadas, actuales enfermedades del progreso. Entre estas enfermedades tenemos el cáncer por causas ambientales, los fallecimientos relacionados con él habito de fumar, el alcoholismo, los accidentes de circulación, laborales y del hogar”(p.49).

Es así como Flores, (2000)plantea la existencia de una relación bien conocida entre el estilo de vida y la aparición o el progreso de las patologías crónicas como el cáncer, los accidentes cerebrovasculares, entre otros, que se constituyen en predeterminantes de morbimortalidad. Una evidencia más nítida de la causalidad a los estilos de vida, es según Caldero, (1998) la manera en que los canceres que provocan

más mortandad son los de pulmón, con un incremento anual medio de un 3 % con un 90 % de las muertes atribuibles al tabaco.

De acuerdo con este último planteamiento es posible afirmar que las enfermedades crónicas, más específicamente las que se relacionan y se han incrementado con el avance tecnológico y las altas demandas de nivel de vida dependen con mayor veracidad de ese estilo de vida, específicamente hablando.

Enfermedad y pobreza.

La pobreza es un factor contextual que influye de manera bastante perjudicial en la salud de las poblaciones, evidencias de esta relación han sido manifiestas a lo largo de la historia. De acuerdo con García, (2000) en 1826, Louis Villermé en un informe sobre la mortandad en los diferentes sectores en París, describía la relación entre pobreza y enfermedad. También Sapolsky, (2005) en su estudio sugiere como la pobreza tiene una influencia perjudicial en la salud. Muestra como para la mayoría de los mamíferos, un estresor puede durar pocos minutos, mientras que los humanos pueden preocuparse crónicamente sobre una hipoteca durante 30 años.

Aunque es una realidad de prioritaria importancia, que se debe plasmar y que influye en todos los ámbitos de la sociedad; de manera más explícita, factores como el desarrollo siguiendo a Rozo(2002) han tenido mayor acogida a la hora de intervenir tanto sobre la enfermedad como en la pobreza en general.

Malestar y enfermedad.

Es fundamental resaltar esta falta de claridad terminológica, teniendo en cuenta que tal y como lo manifiesta Restrepo (1992) es aceptado, que las personas interpretan su enfermedad de acuerdo con los significados adquiridos socialmente.

Lo anterior adquiere una relevancia trascendental ya que a través de esa interpretación cultural y social se promueven los niveles de intervención, es así como de acuerdo a Ausburger, (2004) la utilización de las clasificaciones internacionales promueve que el análisis del estado de salud mental en los grupos de población, se focalice principalmente en enfermedad como tal. En esta perspectiva la dimensión subjetiva del malestar es una dimensión ausente.

Esta problemática genera dificultades mayores, nuevamente ocultado el análisis y la posibilidad de la intervención primaria, así mismo, se convierte en una alternativa

bastante limitante, teniendo en cuenta que la persona que no reúna los criterios de clasificación diagnóstica no tendría posibilidad de intervención.

Si no se plantean alternativas, es casi imposible generar posibilidades, por esto siguiendo a Martínez, A., Matos, C & Peñín, E(2000) debemos reestructurar el concepto de enfermedad y transformarlo en el de malestar, por considerar su conceptualización en términos de conflicto o crisis. Lo anterior, permitiría estructurar un proceso de sanación, entendido como en un proceso interno y activo que incluye simultáneamente la sanación emocional, psicológica y espiritual, y que permite revisar las actitudes, recuerdos y creencias.

Por el contrario, la curación es pasiva y externa, ocurre cuando se ha controlado la progresión física de la enfermedad, lo cual no implica que se atendieron los factores estresantes emocionales que formaron parte de la enfermedad, por lo tanto es probable que la enfermedad recurra. (Castés, 2004).

Enfermedad y estrés.

Otro aspecto que se debe tener en cuenta a la hora de generar alternativas de sanación, es según Mezerville, (2004) como el fenómeno del estrés patológico se ha considerado por décadas como uno de los factores más dañinos para la salud.

Pruebas de lo anterior han sido manifiestas por diferentes autores. Así siguiendo a (Fors, s. f) Las investigaciones recientes han demostrado que factores biopsicosociales como el estrés psicológico y la depresión psíquica pueden influir en el sistema inmunológico. Por lo mismo, “Se ha demostrado que el estrés continuo tiene un efecto dañino en el sistema circulatorio, tracto digestivo, pulmones, músculos y / o articulaciones, también acelera la enfermedad y el proceso de envejecimiento”. (Merril, 1997, p. 13).

Es por esto clave de cualquier tipo de intervención, valorar la importancia de los estilos de vida en donde se manejen altos niveles de estrés y de depresión, no asertivos para la salud del organismo. Además, Cryer, Childre & Mc Craty(2003) describen un estudio en el que se muestra como los costos sanitarios generados por el estrés y la depresión superan a los causados por enfermedades como la diabetes y cardiopatías. Enfermedades que son relacionadas al estrés. Por lo anterior no es solo básico tenerlo en cuenta como intervención sino como prevención en el ámbito social.

Estrés.

Como se ha podido resaltar en anteriores citas, relacionadas con salud Vs. enfermedad, el estrés ha representado un papel fundamental, ya sea como promotor o mediador de la calidad de vida del ser humano. Es por esto fundamental abordar un poco más a fondo sus características y definiciones que permitan un acercamiento real de su influencia, tanto a nivel preventivo como de intervención.

De acuerdo a Mezerville (2004) El concepto de estrés propuesto por el investigador médico, canadiense, Hans Selye ha tenido una corta pero intensa evolución a lo largo del siglo XX. Asociado originalmente con la palabra inglesa “stress”, que en general significa tensión o presión que se ejerce sobre algo, el término ha adoptado una connotación mucho más específica para referirse, a la suma de todas las formas de desgaste causadas por los diferentes tipos de reacciones vitales en todo el organismo en un determinado momento. Según Selye un primer nivel de conocimiento del estrés significa el mantenimiento de la vida, determinando que nadie puede vivir sin experimentar algún grado de estrés todo el tiempo.

Esta primera definición permite entender el estrés como un aspecto positivo y necesario de la vida, sin el que ningún ser humano podría subsistir. Por lo tanto, es bastante claro que el estrés inicialmente, no existe como un problema o enfermedad que se deba eliminar, si no más bien como un proceso que se debe entender y aprender a manejar, porque de lo contrario genera daños al organismo.

Según De Cantazaro, (2001) “ la definición de Selye se sigue manteniendo en la actualidad, sin embargo, siguiendo la lógica de Selye, De Cantazaro define el estrés en términos de, respuestas fisiológicas medibles y a los estresores como estímulos que provocan tales respuestas. Recalcando, además, que las generalizaciones simples son evasivas”(P. 172).

De acuerdo con este autor, es comprensible que la perspectiva en su definición, este basada en el conductismo: estímulo-respuesta, orientada a un enfoque mucho más específico. Lo anterior permite ubicar al estrés en una realidad palpable, de manera que la investigación científica se hace más viable con esta opción, sin embargo, sigue siendo limitante, entendiéndose únicamente desde las respuestas fisiológicas medibles.

Siguiendo con De Cantazaro, (2001) lo que él ha denominado estresor se ha ido ampliando por otros autores como lo afirma Mezerville, (2004)mencionando a los Drs. Charlesworth y Nathan, especialistas en estrés, quienes definen estos eventos como demandas externas uniendo actitudes y pensamientos internos personales.

Esta perspectiva toma una nueva óptica, a un nivel macro, incluyendo procesos internos que no corresponden a lo calculable y verificable y por lo tanto se sale de los parámetros de De Cantazaro y permite incluir nuevos procesos.

Comprendiendo la complejidad del estrés, desde diferentes perspectivas y descubrimientos, se debe entender como se va transformando, inclinándose cada vez más a su real problemática. Y es en este momento, como según Mezerville, (2004) siguiendo al fisiólogo Cannon, quien propuso el término homeostasis para señalar los procesos fisiológicos coordinados que mantienen la mayor parte de los estados constantes en el organismo, lo estresante es entendido como todo factor ambiental que rompe la homeostasis del organismo.

Por lo anterior Mezerville, (2004) plantea un tercer nivel de comprensión del estrés referenciado por el diccionario de la real Academia Española, definiendo el estrés como: la situación de un individuo vivo, o de alguno de sus órganos o aparatos, que por exigir de ellos un rendimiento muy superior al normal, los pone en riesgo próximo a enfermar.

Cuándo ya se concibe el estrés como un precipitante a la enfermedad, es necesario entender ¿qué es lo que realmente lo hace tan dañino para el organismo? Para Sapolsky, (2003)La respuesta de estrés es el conjunto de adaptaciones psicofisiológicas que finalmente puede o no restablecer el equilibrio. Para Fontana, (1992) “El estrés es una exigencia a las capacidades de adaptación de la mente y el cuerpo” (P.3), y siguiendo a Mezerville (2004)el Doctor Soly Bensabat plantea que toda demanda física o psicológica es teóricamente fuente de estrés y de adaptación.

Partiendo de las anteriores afirmaciones, es posible entender que lo realmente importante no es el estresor, ni la situación estresante como tal, sino la opción que tiene el individuo a adaptarse o enfermar.

Sin embargo, como lo plantea Mezerville (2004) solo se desarrolla el proceso de adaptación en la medida que la situación sea nueva, imprevista o amenazadora. Para

lograr esta adaptación Selye propone el síndrome general de adaptación(SGA), en tres etapas: Reacción de alarma, si esto no es suficiente se traslada a una segunda etapa de resistencia, en la que se revelan síntomas como los psicósomáticos. Si en este orden de ideas nada da resultado se llega a una última etapa de agotamiento, donde se emplean mecanismos de defensa cada vez más insuficientes, tratando de controlar los niveles de estrés.

Siguiendo la definición del modelo de adaptación al estrés de Mezerville (2004) los eventos estresores están clasificados por su normalidad, especialidad o por ser extraordinarios. Los estresores normales se definen como situaciones nuevas, repentinas o amenazantes, las que evocan una reacción local o general de estrés para lograr una asertiva adaptación. Así mismo los estresores especiales tienen la particularidad de manifestarse en periodos específicos del desarrollo evolutivo. En esta clase de eventos, el estrés se define en las manifestaciones de ajuste.

Dentro del proceso de adaptación al estrés, los estados de duelo o traumas están clasificados como estresores extraordinarios, y son estos los que originan síntomas de desadaptación e incapacitación a largo plazo, pues aunque le sucedan a todo el mundo, ocurren de forma impredecible, y por sus características generan las manifestaciones más graves de estrés(Mezerville, 2004).

En lugar de luchar contra el estrés, afirma Mezerville, (2004) “es preciso buscar el bienestar personal, mediante la prevención de los efectos negativos del estrés y la promoción de conductas saludables que aprovechen el estrés positivo, lo que permitirá a las personas vivir sus vidas de manera entusiasta y productiva”(p.215).

Así mismo, es básico adaptarse o desaparecer, porque resulta imposible detener el ritmo constante de la vida. Por lo tanto, es fundamental el autoconocimiento, interiorizando su propio umbral de resistencia al estrés y adaptándose a las capacidades personales.

Estrés y biología.

Las reacciones fisiológicas que provocan las situaciones estresantes en el individuo, como se pudo mencionar con anterioridad, aunque dependen de cada

organismo y su interpretación, existen generalidades biológicas que explicarían su relación con la enfermedad.

Según De Cantazaro, (2001) la palabra excitación tiene un significado valioso para la mayoría de las personas y tiene que ver con el estado general de motivación, que a su vez, se define como la variedad de procesos que controlan la activación.

Un preámbulo a la hipótesis que argumentaría porqué ante situaciones similares de estrés los individuos reaccionan de maneras tan diversas, y por lo tanto manifiestan síntomas diferentes, radica en esas motivaciones particulares que se convierten en activadores. De esta manera no se tienen las mismas motivaciones, ni en la misma intensidad en todos los casos.

Tal y como lo plantea De Cantazaro, (2001) se ha sugerido que el desempeño se relaciona con la activación a través de una función en U invertida. En consecuencia, muy poca activación lleva a un desempeño pobre, un nivel moderado de activación optimiza el desempeño, mientras que la sobreactivación interfiere con la conducta adaptativa.

Es esta sobreactivación la que agota al organismo excediendo sus posibilidades. Así, durante una situación de estrés aguda, hay mayor liberación y síntesis de norepinefrina y dopamina, entonces si el estrés permanece por algún tiempo, puede haber un agotamiento de dichas catecolaminas, asociadas con el agotamiento conductual, de tal forma que la disponibilidad de estas catecolaminas en la sinapsis pueda descender por debajo de los niveles normales.

De la misma forma, La ACTH que se libera durante el estrés agudo, causa que esteroides como el cortisol se liberen minutos después al estrés. (De Cantazaro, 2001, p. 176). Esto es relevante, teniendo en cuenta que en los humanos, el cortisol es una hormona que esta asociada estrechamente con el estrés crónico, y “Los niveles de cortisol elevados en forma crónica, se asocian con la depresión psicológica”. (De Cantazaro, 2001, p. 187).

Estas sobreactivaciones serían inocuas, si con ellas no vinieran las enfermedades que, como lo afirma Hansen, (2002) al haber exceso de hormonas durante periodos prolongados de estrés crónico, se generan afecciones como hipertensión, ciertas modalidades de ulcera y colitis entre otras.

Por otro lado Barlow, (2000) ha identificado también, la vulnerabilidad en los animales de laboratorio a la enfermedad, cuando se suprimen las respuestas de los anticuerpos estando el timo afectado por la respuesta del estrés.

Es importante tener en cuenta estos descubrimientos científicos que han permitido entender y seguir buscando causas y relaciones entre las activaciones biológicas del organismo ante situaciones de estrés y sus posibles consecuencias.

Estrés y enfermedad.

Es de esperar que al producir el estrés reacciones fisiológicas en el organismo, se generen desordenes que conducen a la enfermedad.

De acuerdo con (Barlow, 2000, p.25) “investigadores médicos afirman que del sesenta al noventa por ciento de todas las enfermedades están relacionadas con el estrés”. Así mismo, Mezerville, (2004) muestra hallazgos de investigaciones en las que se han encontrado, correlaciones entre el estrés y las manifestaciones patológicas como las cardiopatías, el cáncer así como la tuberculosis, la artritis, la diabetes, la leucemia, el herpes, los resfriados, trastornos estomacales y dolor de espalda. Al parecer lo que sucede es que el estrés debilita el sistema inmunológico, volviendo a la persona más vulnerable a todas las enfermedades.

Entendido desde diferentes puntos de vista, ha quedado claro tal y como lo han planteado Merrill, (1997), Barlow, (2000), Hansen, (2002) y Mezerville, (2004) entre otros; que el inadecuado manejo del estrés y la enfermedad van uno detrás del otro.

De igual manera, es fundamental, tener en cuenta que las enfermedades relacionadas con el estrés, no se limitan al plano físico, si no que el ámbito psicológico, aún más importante, se ve también bastante afectado.

Tal y como lo manifiesta Sapolsky, (2003) la amígdala ha demostrado un papel claro, en relación con los eventos estresantes que desencadenan la ansiedad. Es así como, el conocimiento de las interacciones entre el estrés y la ansiedad ha abierto el camino a nuevas terapias. De la misma manera Rojas, (1998) plantea que las reacciones ansiosas y de estrés comparten factores comunes en sus síntomas como lo son las patologías físicas entre las que se encuentran posibles manifestaciones de infartos, úlceras, y cambios en la personalidad.

No solo la ansiedad esta vinculada con el estrés si no que, tanto De Cantazaro(2001) como Sapolsky(2003) están de acuerdo en la relación que el estrés manifiesta con las conductas depresivas. Siguiendo a Sapolsky (2003) este autor afirma que muestra de esto “es que el estrés psicológico entraña una sensación de perdida de control y de capacidad de predicción, descripción igual a la depresión”. Así mismo, se ha demostrado que la depresión al parecer en sus primeros estadíos suele aparecer después de episodios graves de estrés.

Aunque es necesario profundizar más en investigación, retomando a Mezerville(2004) y la teoría de adaptación, estas relaciones encuentran una clara justificación, como su definición lo indica, teniendo en cuenta que la ansiedad está directamente relacionada con la sobreactivación de recursos, y la depresión con el agotamiento de los mismos.

Estrés y estilos de vida.

Ha sido evidente la interrelación existente entre los estados de salud y los estilos de vida. Por lo mismo, el estrés a jugado un papel importante entre estos, estando directamente relacionado con los mismos. Es por esto fundamental tanto en el ámbito preventivo como de intervención entender que influencias prevalecen.

De acuerdo con Rodríguez, (1992) los diferentes estilos de vida representan variaciones en los recursos personales para afrontar el estrés, y se sustentan en un diferente nivel de vulnerabilidad ante la enfermedad, cuando ésta se ve favorecida por la tensión ambiental. Por lo anterior, el estilo de vida puede constituir un sistema inmune psicosocial específico, similar al sistema inmune biológico.

Mientras Bandura, (1999) afirma que existen evidencias de que la autoeficacia percibida es un recurso personal con relación al estrés sobre las valoraciones cognitivas así como sobre le bienestar psicológico y fisiológico.

Tanto Rodríguez, (1992) como Bandura, (1999) sustentan dos argumentos en común y es que, dentro de un estilo de vida saludable, se requieren recursos personales que a su vez permitan afrontar las situaciones de estrés. Sin embargo, lo que para Rodríguez(1992) representaría conformar un sistema inmune psicosocial, para Bandura significaría constituir altos niveles de autoeficacia percibida. De esta manera, aunque

nominados de forma diferente, lo clave es que conducen por el mismo camino de bienestar y prevención de la enfermedad.

Siguiendo a Breva, espinosa & Palmero (2000) en su estudio se refleja como las personas que necesitan mayor tiempo para adaptarse a las situaciones de estrés, presentan una mayor activación sostenida de su aparato circulatorio, incrementando la probabilidad de desencadenar una posible cardiopatía. Este planteamiento es otra prueba clara de la necesidad de tener recursos dentro del estilo de vida que permita adaptarse a las situaciones difíciles para prevenir la enfermedad.

Estrés y personalidad.

A través de la historia ha existido un debate relacionado con la pregunta de si ¿nacemos o nos hacemos?. Esta es una pregunta que aún no se responde y que genera mucha controversia. Sin embargo, varios autores han dado aportes que permiten sacar algunas conclusiones, así mismo se han planteado distintas definiciones de personalidad que de manera resumida posibilitan entender su rol e influencia ante las situaciones de estrés.

Mezerville, (2004) de acuerdo con Bensabat, afirma que el estrés negativo y los aspectos indeseables del comportamiento y de la experiencia tenderán a repetirse genéticamente, hasta que algún heredero aprenda a eliminarlos.

Esta afirmación toca un aspecto bastante delicado, ya que afirmar, que la genética nos predetermina, significa que, más que generar estilos de vida saludables es necesario nacer privilegiado, entre aquellos genes que nos alejen de la enfermedad, lo cual es imposible. Aunque esta afirmación resulta un poco reduccionista, es de destacar que rescata el aprendizaje como opción.

Por otro lado, Según Díaz & Sánchez, (2001) uno de los criterios que diferencian a los estilos de personalidad ajustados de los trastornos de personalidad es la experiencia subjetiva de satisfacción. Para Díaz & Sánchez, (2001) resulta importante la experiencia de satisfacción, lo que rescataría de nuevo la opción de modificar experiencias subjetivas que permitan un camino de adaptación.

Si bien estas dos opciones plantean dos opuestos, retoman la importancia de integrar lo propio con lo experimentado y de nuevo, abrir un posible camino de intervención. Así mismo, No se puede desconocer que la personalidad, forma rasgos,

que de no ser modificados a tiempo, pueden conducir a situaciones de estrés negativo y de enfermedad.

Una definición más completa y específica es la que plantea Flores, (1994) al plantear que “el concepto personalidad se refiere especialmente a tres tipos de factores comportamentales asociados frecuentemente a situaciones de estrés. Estos son, estilo de afrontamiento de Lazarus, estilo atribucional de Bradley y patrones de comportamiento dentro de los cuales está el tipo A”(p.13)

De acuerdo con Flores, (1994) al parecer los sujetos con un locus de control externo afrontan el estrés en desventaja y son más vulnerables a sus patologías. Así mismo, en una investigación acerca del sentimiento de indefensión en situaciones de estrés, se encontró que en los sujetos, la incontabilidad incrementaba los sentimientos de indefensión así como la disminución de confianza, regocijo y felicidad entre otros. Se encontró, además, que los sujetos que percibían mayor control de la situación tendían a realizar atribuciones internas a sus éxitos (Gómez, 1996).

Estos descubrimientos científicos permiten darle un papel prioritario a la experiencia de control interno y a los patrones de comportamiento que lo acompañan.

Es por esto importante, tener en cuenta que, como lo plantea Flores (1994) y lo acompañan otros autores como Mezerville, (2004) Los patrones de conducta Tipo A caracterizados por su estilo competitivo, apresurado y perfeccionista de hacer las cosas, al presentar reacciones excesivas se convierten en precipitantes negativos del estrés. De la misma manera Fontana, (1992) afirma que algunos estudios muestran una correlación entre el comportamiento Tipo A y la enfermedad coronaria, la presión arterial elevada y los infartos.

Teniendo claridad sobre esta clasificación de rasgos de personalidad tipo A y sus consecuencias, resulta prioritario tenerlo presente en posibles intervenciones de modificación de conducta y prevención del estrés negativo.

Estrés y género.

La relevancia de este tema radica en los aspectos psicosociales que lo acompañan. Aunque no se ha hecho mucho énfasis en las diferencias de género, es bien conocido que desde la interpretación cognitiva hasta la interacción social tienen rasgos

particulares de género, es por esto fundamental tener en cuenta estos factores a la hora de entender la naturaleza de los eventos estresores y su diagnóstico.

Los resultados de varios estudios Según Gómez (2004) “señalan cómo la calidad de los roles femeninos y masculinos (es decir, el balance entre las satisfacciones y las preocupaciones) es fundamental para comprender los efectos de su desempeño en la salud. La salud en general parece depender tanto de las condiciones objetivas de los roles como de la percepción de la calidad de los mismos” (p. 120).

(Andueza, Bethencourt, Caballeira, Marrero, Matud & Lopez, 2002) aunque sus hallazgos principalmente mostraron que las diferencias de estrés entre hombres y mujeres son mínimas, también muestran como los estresores están relacionados con los patrones de socialización tradicional tanto de hombres como de mujeres. Ejemplo de lo anterior son los resultados mostrados por Gómez (2004) los cuales sugieren principalmente que más que así mismo, la mujer se puede beneficiar de los múltiples roles desempeñados.

Estos hallazgos permiten tener presente la percepción y la calidad de los roles como índices de satisfacción, así como los patrones de socialización. Estas pautas ya marcan una diferencia en los estresores manifiestos y sus efectos entre género.

Estrategias y técnicas.

Con el descubrimiento durante el siglo XX del estrés como modulador de calidad de vida y el auge de la psicología, dentro de las ciencias de la salud, el enfoque cognitivo-conductual marcó una pauta regente, tanto en las investigaciones científicas como en los tratamientos de la mente y la conducta. De esta forma es posible citar intervenciones significativas, que aún hoy en día, en pleno siglo XXI, han permitido contribuir de manera asertiva en el manejo del estrés.

Inicialmente, tal y como lo plantea Flores, (1994) es importante entender el significado y los portes de las terapias cognitivas, donde el sujeto percibe y configura su entorno como resultado de una integración de estímulos que se traduce en imágenes, pensamientos, esquemas y convicciones. Como ejemplos de este tipo de terapias se encuentran la psicoterapia racional-emotiva de Ellis (1973) y la terapia cognitiva de Beck (1983) que han demostrado su efectividad en la práctica.

Siguiendo con Flores, (1994) otro tipo de intervenciones derivadas de las anteriores son, por un lado, las denominadas terapias asertivas que persiguen, a su vez que el individuo se desinhiba, para que los efectos de su conducta tengan valor de reafirmación en su autoestima. Así como lo sugiere Rojas, (1998) es necesario reducir las actividades por medio de técnicas asertivas, mediante las cuales se tiene que ir aprendiendo a decir “no” ante tantas demandas.

En segunda instancia, una terapia denominada entrenamiento por inoculación de estrés y cuyo objetivo es hacerse consciente de la posibilidad de control de la situación, consiste en una serie de operaciones secuenciales llevadas a cabo por medio de tres fases: la fase educativa, el afrontamiento de la situación estresante y una tercera fase en donde es necesario vivenciar un descontrol emocional que permita llevar a cabo el aprendizaje.

Así mismo, se encuentran, de acuerdo a Flores, (1994) La implosión, descencibilización sistemática y retroacción biológica. Estas estrategias se encargan de neutralizar los efectos psicológicos del estrés, al fallar el filtro cognitivo-conductual.

Aunque estas pautas cognitivas tienen como todo, su margen de error representan no solo el inicio, si no la plataforma de cualquier tratamiento en el manejo del estrés. Es así como Fontana, (1992) resalta “Captar el significado total del poder de las evaluaciones cognoscitivas sobre nuestras emociones quiere decir, darnos cuenta que podemos utilizar nuestros pensamientos para influir la manera en que nos sentimos”

Estas técnicas de intervención, de finales de siglo XX significaron el comienzo de transformaciones y nuevas generaciones de planteamientos más elaborados, como los mencionados a continuación.

Cryer (2003) presenta una técnica para controlar el estrés, denominada “MOVIOLA”, basada en cinco pasos: Darse cuenta y desengancharse de los pensamientos y sentimientos, respirar a través del corazón, evocar sentimientos positivos, preguntarse por alternativas mejores, y observar el cambio en perspectiva.

Para Mezerville, (2004) “el aporte novedoso a la teoría del estrés consiste en el papel que desempeña la percepción cognoscitiva en los seres humanos como elemento esencial, entre la ocurrencia del evento estresor y la reacción al estrés, y del que

depende en gran parte la apropiada o inapropiada respuesta adaptativa ante las demandas de su vida.”(p. 265).

Sin embargo, “El estudio de Cobaza según Mezerville (2004) indicó que la respuesta de las personas ante el estrés depende en parte de si creen ejercer el control sobre los acontecimientos o si se consideran impotentes” (p 281). Esta afirmación marca una pauta importante, teniendo en cuenta que la persona que tenga un locus de control interno, genera una herramienta adicional en afrontamiento de las demandas ante situaciones de estrés.

Otro posible amortiguador ante situaciones de estrés y que previene el riesgo de padecer ciertos trastornos, de acuerdo a Landota, (2000) es el apoyo social, además, existe evidencia previa de los beneficios que sirven como factor preventivo en manifestaciones de estrés. Ejemplos de lo anterior, son estudios como el de Flores (1994) quien muestra la importancia del soporte social percibido por la persona sobre las evaluaciones cognitivas en situaciones de estrés; e investigaciones como las de Buendía, Riquelme & Rodríguez, (1993) quienes resaltan el papel que desempeña el apoyo social como variable moduladora de los efectos nocivos que el estrés económico genera en contra de una salud mental san”.

Este factor de apoyo social, relacionado con la problemática del estrés y que sirve como mediador en su tratamiento, permite abrirse a una perspectiva mucho más sistémica, teniendo en cuenta que el entorno representa un papel decisivo como facilitador pero que a su vez puede convertirse en un obstáculo a la hora de reestructurar estilos de vida.

Una última variable fundamental en cualquier tratamiento de prevención e intervención del estrés es la relajación, que permite que los procesos mentales, espirituales y fisiológicos del organismo se equilibren, y permitan al individuo adaptarse ante cualquier situación de estrés.

Amutio, (2002) destaca el papel decisivo que tiene la relajación en la prevención y recuperación de muchos trastornos o enfermedades asociadas al estrés. Así mismo, menciona como la teoría ABC constituyó un importante modelo de reestructuración por medio de la relajación.

Desde otro enfoque mucho más humanista Castés, (2004) muestra como por medio de la imaginación, podemos experimentarnos a nosotros mismos, nuestro cuerpo, nuestro ambiente, nuestras relaciones con los demás y nuestra vida espiritual. Candace Pert plantea en su definición siguiendo a Castés, (2004): la meditación, y la visualización es otra forma de entrar en la conversación interna del organismo interviniendo conscientemente en sus interacciones bioquímicas.

Adicionalmente, es interesante mostrar como para Fernández, (2000) las creencias religiosas pueden canalizar y guiar, de una forma significativa, el comportamiento de las personas. Las religiones, además de dar sentido a la vida, ayudan al ser humano a otorgar un significado positivo al dolor y el sufrimiento. Y es que pertenecer a un culto religioso, no solamente permite un acercamiento espiritual, si no que adicionalmente, es una forma de meditación y de relajación que directa o indirectamente minimiza los efectos del estrés y brinda herramientas de afrontamiento.

Prevención de la Enfermedad y Promoción de la Salud.

Prevención y Promoción.

No solamente es importante entender la salud, las enfermedades y sus riesgos, así mismo, es fundamental salirse de un referente teórico para centrarse en las posibilidades existentes en intervención. Es en este punto, donde varios autores han hecho su mayor esfuerzo para mejorar nuestra calidad de vida, dedicándose a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud.

Sin embargo, actualmente existe una confusión permanente entre algunos trabajadores de la salud frente a estos conceptos, y es fundamental entenderlos con claridad para poder emplearlos con asertividad, en función de la salud.

El problema principal radica en que, tal y como lo afirma Flores, (2000) “Se puede considerar a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad como dos caras de la misma moneda. En este sentido la prevención se refiere a la adquisición de aprendizajes dirigidos a la disminución de factores de riesgo propios de un estilo de vida insano, mientras que la promoción se refiere a la adquisición de hábitos saludables o de factores protectores de la salud. Ambas metas forman parte de una estrategia de educación para la salud”(p. 14).

Así como lo plantea Flores, (2000) pueden hacer parte del mismo camino, teniendo varios factores en común, lo que puede convertirse en una herramienta, pero a la vez en una dificultad, por la falta de claridad a la hora de emplear cualquier proceso.

Por lo anterior, en su cita (García, 1999, p.16) explica la diferencia, afirmando: “La salud para la prevención es mirada como la ausencia de problemas, mientras que para la promoción, es considerada como un recurso fundamental de la calidad de vida”. Así mismo García, (2000b) hace una distinción entre la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, reconociendo que las medidas de la promoción de la salud tienen efectos preventivos y no lo contrario.

De cualquier forma, teniendo en cuenta su similitud, especialmente cuando se hace una comparación entre promoción y prevención primaria; lo trascendental, como lo plantea García, (1999) es tener en cuenta que la promoción y la prevención se deben concebir como procesos complementarios y no como contrarios.

Por esto, siguiendo con García, (1999) en la promoción y la prevención primaria se manejan estrategias similares tales como: la educación para la salud, la comunicación y el mercadeo social, la organización y el desarrollo comunitario, la acción política y la reorganización de las instituciones de salud, y se comparten roles entre la comunidad y los agentes de salud (p. 16). Así mismo Antón, (2005) afirma que, el papel del médico familiar en prevención y promoción de la salud se ha centrado en el consejo sobre hábitos de estilo de vida, así como en la percepción sobre como modificar los hábitos.

Promoción

Es difícil promocionar la salud especialmente, cuando se hace tanto énfasis en la enfermedad. Así como lo afirma (Zas, s. f) “Se fomenta la idea imaginaria de que existe una inmortalidad para las personas que se encuentran fuera de las situaciones de riesgo”. Esta idea nos genera un problema mayor, la idea errónea de que solo cuando se habla de limitaciones, cuando hay muy poco por hacer, es posible reaccionar y emprender una actitud activa frente a la enfermedad.

La persona que empleó por primera vez, según García, (2000) la terminología promoción de la salud en 1945, fue Henry E. Sigerist, un gran historiador médico. A pesar que desde su origen, el hombre ha realizado acciones para mejorar su calidad de

vida, solo por esta época, de acuerdo a García, (2000b) se empiezan a considerar los ritos de la vida, de la muerte y de la salud.

La promoción de la salud ha consistido según la carta de Ottawa en: “Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (García, 2000b, p. 11).

Sin embargo, esta no ha sido una tarea fácil, teniendo claro el qué pero no el cómo de la promoción, y han sido relativamente pocos los programas relacionados, aunque estos mismos, han empleado herramientas, que han permitido continuar con este proceso psicoeducativo.

De acuerdo con lo anterior, afirma Forero, (2003) los elementos fundamentales de un programa de comunicación en salud, dirigido a la promoción, son el uso de la teoría de la persuasión, la investigación y segmentación de la audiencia y un proceso sistemático de desarrollo de programas. Estos programas de promoción en salud, han tenido una alta eficacia, con la reducción del 50 % de la mortandad en cardiopatía isquémica en varios países, incluyendo a Colombia (OPS). Así mismo, Franco, (2000b) asevera: la promoción de la salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, es una de las estrategias que deben fortalecerse para tratar de mejorar la salud y calidad de vida de los Colombianos.

Por último, teniendo en cuenta estos programas y la complejidad del problema, tal y como lo plantea Suárez, (2003) la promoción de la salud requiere de un trabajo interdisciplinario, intersectorial, interinstitucional, y no solamente del sector salud. Teniendo en cuenta que el problema es de todos y para todos, es decir, va más allá del individuo para convertirse en un asunto cultural.

Prevención.

Como se menciono inicialmente, la prevención de la enfermedad reúne aspectos comunes con la promoción de la salud. Es por esto necesario aclarar, como lo plantea García, (1999) que la prevención en toda su definición, enfoca sus objetivos en la corrección de problemas de la salud.

El concepto de prevención según García, (2000b) creado por Henry Sigerist como una de las cuatro funciones de la medicina, está ligado al proceso salud-enfermedad. Este ha sido definido, retomando el modelo de Leavell como: La aplicación

de medidas que incluyen aspectos médicos y de otras disciplinas, que tienen como objetivo impedir la aparición de la enfermedad (prevención primaria), curarla (prevención secundaria) y devolver las capacidades perdidas (prevención terciaria).

Para (Zas, s. f, párrafo 4) “La palabra prevenir, es definida como”preparación, disposición que se toma para evitar algún peligro”. Sin embargo, más específicamente la prevención se define como protección de riesgos.

Entonces, cuando se habla de prevención ya se está teniendo en cuenta un posible riesgo, lo que hace que sus objetivos estén concentrados en la enfermedad y no en la salud, como si sucede en la promoción. Es por esto necesario aclarar que el aspecto de la prevención, en donde no ha ocurrido la enfermedad pero ya existe el riesgo como tal y que por lo tanto, es bastante semejante a la promoción, ocurre únicamente en la prevención primaria.

Tal y como lo define García (2000b)La prevención primaria es el conjunto de actividades dirigidas a reducir el riesgo de sufrir enfermedades mediante la disminución del nivel de los factores de riesgo o de la probabilidad de su ocurrencia”(p 14).

En la prevención secundaria y terciaria, la enfermedad ya se ha manifestado y por lo tanto se relaciona más específicamente y como su definición lo indica en las variables correctivas.

Educación.

La educación no solamente es el único camino hacia la salud, si no que, tal y como lo plantea Rozo, (2002) es el mejor instrumento para promoverla e impulsar su acción preventiva.

Pero esta no puede ser cualquier tipo de educación, limitada a dar información de conocimientos, sino por el contrario, como lo afirma Álvarez, (1995)debe ser una enseñanza que pretenda conducir al individuo y a la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta.

Esta educación para la salud de la población, según Caldero, (1998) consiste en hacer partícipes a sus miembros de una serie de conductas que impulsen razonablemente a la acción y a la responsabilidad. Y es que siguiendo a Álvarez, (1995) para la modificación de conducta es imprescindible la acción voluntaria de manera progresiva, por eso es tan importante la autorresponsabilidad.

A su vez, esta educación de acuerdo a Caldero, (1998) debe plantear un conjunto de influencias que formen al individuo, durante su vida, desde la infancia y en el desarrollo de la misma, en cuanto al aspecto intelectual, pero sin olvidar sus características emotivas, éticas y sociales.

Para este autor: Todo mensaje educativo debe pretender hacer que el hombre sea el protagonista de su propio destino, lo que se logra únicamente mediante el esfuerzo y la constante superación de los problemas. Ya que educar la voluntad y el carácter exige saber elegir bien, en nuestro caso para la salud, y renunciar a lo que pueda ser placentero, pero contribuya a dañarla.

Según Rozo, (2002) “Hoy nos encontramos con que, la falta de educación para la salud cuesta a la sociedad billones de pesos al año, y muchas personas desatienden su trabajo como resultado de problemas de salud” (p.29). Esto confirma la falta de conciencia cultural, política y socio-económica de la población actual, con relación a las intervenciones en una educación, enfocada a la promoción y prevención de la salud, que ahorraría no solamente, tiempo y dinero sino aún más importante, mucho dolor y sufrimiento en la comunidad.

Otra dificultad actual y muy latente, es la falta de inter- e intra- disciplinariedad lo que conlleva a intervenciones aisladas y de poco valor aplicado; y es que como lo afirma Caldero, (1998) en la educación para la salud están implícitos saberes médicos, pedagógicos, psicológicos, antropológicos, filosóficos, sociológicos y de la comunicación, de manera que solo su interacción genera un producto final de cambios positivos y duraderos en la sociedad.

Discusión.

A lo largo de la historia se ha identificado la importancia de promover la salud en los distintos ámbitos del ser humano. Teniendo en cuenta que sin importar los diferentes proyectos de vida, sus objetivos y su duración, lo único cierto, es que todas las personas viven en función de prolongar su existencia de la mejor manera posible.

Es así como, la investigación científica ha progresado teórica y metodológicamente en los hallazgos de las variables intervinientes en todo lo relacionado con la salud.

De esta manera la salud ha adquirido un enfoque holístico e integrador, dejando de ser la ausencia de la enfermedad para transformarse en un concepto mucho más activo e influyente. Así mismo, ha dejado de limitarse al plano físico y observable para incluir aspectos como la calidad de vida, que es vivenciada desde la percepción misma del individuo y su comunidad.

Dentro de esta calidad de vida han empezado a interactuar variables tan trascendentes como la salud mental y emocional, que permiten incluir el malestar dentro de los factores fundamentales a intervenir.

De acuerdo con lo anterior, y partiendo de las investigaciones en enfermedades crónicas cuyo origen no ha sido claro, se han ido encontrando evidencias recurrentes que sustentan estilos de vida riesgosos, en donde predomina la desadaptación a situaciones de estrés. Estas desadaptaciones vienen acompañadas por lo general, de altos grados de depresión y /o ansiedad, lo que no es de gran ayuda a la hora de intervenir.

Al entender el papel tan importante que juega el estrés como modulador de la salud, se ha entendido como su tratamiento debe incluir aspectos como la personalidad, la genética, los estilos de vida, el medio ambiente y los roles desempeñados en la sociedad, entre los más importantes. A su vez se ha identificado que las motivaciones, la relajación y el autoconocimiento son factores que se deben aprender a manejar como estrategia en el manejo del estrés.

Estos descubrimientos han sido de gran ayuda para la sociedad actual, pero existen dificultades que deben atacarse en el momento de cualquier intervención.

En primera instancia, no existe una cultura que promocioe la salud, por ser esta tan invisible e impalpable. Es así como, el único camino para integrar y promocionar dentro de la calidad de vida, estilos de vida saludables y adaptativos, es recurrir a una educación integradora y participativa.

Como segunda instancia, es necesario ser conscientes de la falta de inter e intradisciplinariedad, lo que produce únicamente, esfuerzos aislados y sin peso que no producen cambios ni mejoras significativos. Por esto, la educación debe empezar por ser interactiva, multisectorial y generar una participación activa por todos y para todos. Y solo así poder promocionar una cultura sana en pro del desarrollo.

Dentro de esta educación debe haber un conocimiento y discernimiento que permita encaminar el trabajo tanto en la promoción como en la prevención cuando los casos lo ameriten, y de esta forma no dejar vacíos aspectos que de no ser trabajados, luego serán incontrolables.

Por último, es bastante conocido que en el ámbito hospitalario predominan los casos terminales o paliativos, desmeritándose los síntomas que no conlleven a una enfermedad o que no sean verificables clínicamente. Es así como, se debe hacer un esfuerzo en la atención primaria, saliéndose de los criterios diagnósticos y profundizar aún más en el malestar como tal, no desmeritando su importancia y previniendo patologías que de no ser intervenidas, sus síntomas pueden ser incurables el día de mañana. Debe haber mayor claridad y conciencia en que el estrés, la depresión y la ansiedad entre otras sintomatologías no son malestares irrelevantes, son el inicio e problemas, que el día de mañana nos conducirán más rápidamente a una muerte segura y complicada.

Existen dificultades, teóricas y metodológicas como en cualquier campo de investigación, pero con dedicación y persistencia es posible eliminar falsas creencias, que imposibiliten los proyectos que necesitamos para lograr una cultura saludable.

Es por esto fundamental, generar investigación, para acercarnos a verdades que faciliten nuestro diario vivir.

Referencias.

- Alvarez, R.(1995).Concepto de educación para la salud. En *Educación para la salud*. México- Manual moderno.
- Amutio, A.(2002).Estrategias de manejo de estrés: El papel de la relajación. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, pp.19-31.Obtenido en noviembre 15,2005,de la base de datos Psicodoc.
- Andueza, P., Bethencourt, J. M.,Caballeira, M., Marrero, R. J., Matud, M. P., & López, M.(2002). Diferencias de genero en estrés crónico. *Avances en psicología clínica latinoamericana*, (20), 79-91.
- Antón, J. J., Broton, C., Ciurana, R., Fornasini, M., Iglesias, M., Kloppe, P & Piñeiro, R.(2005). Prevención y promoción de la salud en atención primaria: comparación entre la visión de los médicos españoles y los médicos europeos. *Atención Primaria*, 35 ,(3), 144-151.
- Augsburger, A.(2004) La inclusión del sufrimiento psíquico: Un desafío para la epidemiología. *Psicología & Sociedad*. Vol.16, no. 2. Obtenido en noviembre 9,2005, de la base de datos Ebscohost.
- Bandura, A.(1999).Autoeficacia en transiciones vitales importantes. *En Autoeficacia. Como afrontamos los cambios de la sociedad actual*. España-Desclée de Brouwer.
- Barlow, J. (2000). *Gestión del estrés. Como vencer los obstáculos y mejorar su actitud y su calidad de vida*. España.-Gestión 2000.
- Blanco, A.,Galán, A & Pérez, M. A.(2000). La calidad de vida en salud. Un análisis conceptual. *Clínica y salud*. Vol. 11,No.3, pp. 309-328.Obtenido en noviembre 9,2005,de la base de datos Psicodoc.
- Breva, A., Espinosa, M., & Palmero, F.(2000) Ira y reactividad cardiaca. Adaptación en una situación de estrés real. *Anales de psicología*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Vol. . 16, no.1, pp. 1-11. Obtenido en noviembre 15,2005,de la base de datos Psicodoc.
- Buendía, J., Riquelme, A., & Rodríguez, M. (1993). Estrategias de afrontamiento y

- apoyo social en personas con estrés económico. Investigación en psicocardiología. Universidad de Murcia. *Psicothema*. Vol. 5, no. 1, pp. 83-89. Obtenido en noviembre 16, 2005, de la base de datos Psicodoc.
- Buitrago, F., Cerecedo, J. M., Pascual, P., & Téllez, J. M. (2005, Febrero). La salud mental del siglo XXI. Protagonismo de la atención primaria. ¿Un reto a nuestro alcance? *Atención Primaria*, 35 (2), 61-63.
- Caldero, J. R. (1998). Principios de la educación y promoción de la salud. En *Como cuidar la salud. Su educación y promoción. España-* Harcourt Brace.
- Caramés, E., García, I., Miranda, I., Peñarrubia, M. T., Serrano, A., & Soler, M. (2003, Noviembre). ¿Cómo derivamos a salud mental desde atención primaria? *Atención Primaria*, 32 (9), 524-530.
- *Carevic, M. (2003). Seminario sobre el estrés. Obtenido en noviembre 15, 2005, de http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art35001
- Castés, M., (2004). La relajación y la imaginación guiada como herramientas de integración de la psique, el soma y el espíritu. Obtenido en noviembre 9, 2005, de http://www.psiconeuroinmunologia.org/calidad_1.html.
- Castro, M. L. (2001). Promoción de la salud: Como construir vida saludable. En Castro, M. L., Málaga, H., & Restrepo, H. *Calidad de vida y promoción de la salud*, (pp. 57-63). Colombia-Panamericana.
- Chorot, P., García-Campayo, J., Olmedo, M., Santed, M. A & Sandín, B. (2001). Sintomatología somática: un estudio intra e interindividual. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiátrica de enlace*, pp. 58-59. Obtenido en noviembre 15, 2005, de la base de datos Psicodoc.
- Cryer, B., Childre, D., & Mc Craty, R. (2003, Diciembre). Desconecte el estrés. *Harvard Deusto Business Review*. 119. 48-54.
- De Catanzaro, D. A. (2001). Excitación y estrés. En *Motivación y emoción. México-* Prentice Hall.
- De la fuente, J & De la fuente, M. (1995). Análisis componencial del patrón de conductas tipo A y respuestas ansiógenas situacionales específicas: implicaciones para la intervención. *Psicothema* (1995) Vol. 7. No. 2, pp. 267-281. Obtenido en noviembre 15, 2005, de la base de datos Psicodoc.

- Díaz, J. F & Sánchez-López, M. P.(2001). Relevancia de los estilos de personalidad y las metas personales en la predicción de la satisfacción vital. *Anales de psicología*. Vol. 17,No.2, pp.151-158.Obtenido en noviembre 9,2005,de la base de datos Psycodoc.
- Flores, L (1994). Un modelo factorial para el análisis de los aspectos psicológicos que intervienen en la relación estrés-enfermedad. *Psicología de la salud en Colombia*, (3), 1-23.
- Flores, L.(2000). El proceso psicológico de la promoción y de la prevención. *Avances en psicología clínica latinoamericana*, (18), 13-23.
- Flores, T. (1985). *Psicobiología del estrés: conceptos y estrategias de investigación*. España- Salud2000.
- Fontana, D. (1992). ¿Qué es el estrés?. En *Control del estrés*. México-Manual moderno
- Forero, J. A. (2003,Noviembre). La comunicación social para la promoción de la salud. Universidad de caldas Manizales. *Hacia la promoción de la salud*, (8), 59-75.
- Fors, M.,Quesada, M., & Peña, A. La psiconeuroinmunología, una nueva ciencia en el tratamiento de enfermedades. Revisión bibliografica. Centro nacional de ensayos clínicos. Obtenido en noviembre 9, 2005,de
- Franco, R. (2000b, Diciembre). La bioética en el marco de la promoción de la salud. Universidad de Caldas. *Hacia la promoción de la salud*. (5), 45-50.
- Franco, R. (2000a,Agosto), Desarrollo humano de valores en salud dentro del marco de la bioética. *Persona y Bioética*, (4), 9, 249-257.
- García, C. & Tobón, O. (1999,Octubre). La promoción de la salud en la persona enferma. *Universidad de Caldas. Hacia la promoción de la salud*, (4), 15-18.
- García, C & Tobón, O.(2000b,Diciembre). Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención primaria en salud y plan de atención básica. ¿Qué los acerca?¿Qué los separa?. Universidad de Caldas. *Hacia la promoción de la salud*, , (5), 7-21.
- García, C. & Vélez, A. L.(2000a,Diciembre). La formación en promoción de la salud: Experiencia de la facultad de ciencias para la salud de la universidad de Caldas. Universidad de Caldas. *Hacia la promoción de la salud*, (5), 113-125.

- Vol. 3,pp78. Obtenido en noviembre 11,2005,de la base de datos Ebscohost.
- Gómez, M., & Yela, J. R. (1996).Influencia de las expectativas generalizadas de indefensión en situaciones de estrés. *Clínica y Salud*. Vol. 7 (1) pp. 33-49.Obtenido en noviembre 15,2005, de la base de datos Psicodoc.
- Gómez, V.(2004). Estrés y salud en mujeres que desempeñan múltiples roles. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana, Psicología de la Salud de la Mujer*, (22), 117-128.
- Hansen, B. (2002).*Desarrollo en la edad adulta*. México- Manual moderno
- Jaurego, C., & Suárez, P. (1998).Programa de promoción y prevención con enfoque en Salud Familiar. En *Promoción de la salud y prevención de la enfermedad con un enfoque en salud familiar.(Cap. 2)*. Colombia –Panamericana
- Landota, O.(2000). Efecto amortiguador del apoyo social ante situaciones de estrés. *Revista española de motivación y emoción*. Vol. 1 pp. 149-155. Obtenido en noviembre 11,2005, de la base de datos Psicodoc.
- Martín, M & Verdugo, M. A.(2002). Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. *Salud Mental*. Vol. 25 No.4, pp. 68-77. Obtenido en noviembre 15,2005,de la base de datos Psicodoc.
- Martínez, A., Martos, C & Peñin, E. (2000).Diferencias de género en el contexto de salud mental. *Informaciones psiquiaticas*. Obtenido en noviembre 9,2005,de la base de datos Psicodoc.
- Merril, R.(1997). *Control del estrés para la salud mental*. México-Iberoamericana.
- Mézerville, G. (2004).La adaptación al estrés para una vida más plena. (Parte III). En *Ejes de salud mental: Los procesos de autoestima dar y recibir afecto y adaptación al estrés*. México- Trillas.
- Montañes, J., Latorre, J. M., López-Torres, J., & Parra, M. (2005, Junio). Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 36 (2), 85-92.
- Perea, R. (2004).Factores que determinan el nivel de salud-enfermedad en el mundo actual. En *Educación para la salud. Reto de nuestro tiempo*. España- Díaz de Santos.

- Restrepo, M. (1992). Atención primaria en salud: Un reto para la psicología en Colombia. *Psicología de la Salud en Colombia*, (1), 8-19.
- Rodríguez, J. (1992). Estilos de vida y salud. *Clínica y salud*. Vol. 3 (3) pp. 233-237. Obtenido en noviembre 15,2005,de la base de datos Psicodoc.
- Rojas, E. (1998). La ansiedad: cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones. España- Planeta.
- Rozo, C.(2001,Octubre). Educación en salud. *Aquichan*. (1), 146-47.
- Rozo, C.(2002,Octubre).Fundamentos pedagógicos que sustentan el proceso de la educación en salud. *Aquichan*,(2),2, 27-35.
- Sapolsky, R. (2003,Noviembre). El control del estrés. *Investigación y Ciencia*, 326, 60-62.
- Sapolsky, R. (2005).Sick of Poverty. Vol. 293, *Health Source: Nursing/Academic Edition*. Obtenido en noviembre 9,2005, de la base de datos Ebscohost
- Suárez, E. M.(2003,Octubre). Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. *Aquichan*, (3), 3,9-15.
- Tobón, O. (2003,Noviembre). El Autocuidado Una habilidad para vivir. Universidad de Caldas. *Hacia la promoción de la salud*. (8), 37-49.
- Veenhoven, R.(1994). El estudio de la satisfacción con la vida. Intervención psicosocial. Revisión sobre igualdad y calidad de vida. Vol. 3 (9) pp. 87-116.Obtenido en noviembre 9,2005,de<http://www2.eur.nl/fsw/research/veenhoven/Pub1990s/94d-abs.html>.
- Zas, B. La prevención en salud. Algunos referentes conceptuales. Bárbara Zas Ros. Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. La Habana, Cuba. Obtenido en noviembre 9,2005, de <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/index.shtml>
- Zimmer, J.(2000). Worried Sick?. *Psychology and Behavioral Sciences Collection*.