
CONSTRUYENDO SALUD: DE LAS EVOLUCIONES TEÓRICAS A LAS APLICACIONES PRÁCTICAS

Paulo Moreira

Universidad Lusíada do Porto, Portugal

Lorena Crusellas

ONG Prevenir, Portugal

Filipa Machado Vaz y

Ana Pinheiro

Universidad de Minho, Portugal

Recibido: 13-09-2006. Aceptado: 26-10-2006

RESUMEN

Este artículo explora la salud como un concepto organizador de las sociedades modernas. Comenzando por un encuadramiento del paradigma dominante de la salud, son enfatizados los aspectos que favorecen la comprensión del concepto de salud en la actualidad. En este trabajo se describe un modelo que operacionaliza las dinámicas entre variables de salud: el Modelo Holístico de Salud. Las implicaciones prácticas de este modelo para la promoción de la salud y la prevención son descritas. Son explorados varios contextos de intervención en la modificación y evolución de los significados y comportamientos de salud en la población.

Palabras clave: *escuela; prevención; salud; promoción de salud; psicología; variables socio-afectivas.*

Correspondencia:

Paulo Moreira
Universidade Lusíada do Porto
Rua Dr. Lopo de Carvalho - 4369-006 Porto
E-mail: paulomoreira@por.ulusiada.pt;

ABSTRACT

In this paper we explore the concept of health as a central domain in modern societies. By describing the health modern paradigm, we highlight several aspects that are related to the modern concept of health. A model describing the dynamics of several domains and aspects of health is presented: the Health Holistic Model. Practical applications of the health holistic model to health promotion and prevention are described. Particular attention is given to specific intervention contexts that may have a very significant role in the modification and evolution of processes related to health meanings and behaviours in general population.

Key words: *health; health promotion; prevention; psychology; school; social-affective variables.*

CONSTRUYENDO SALUD: FORMULACIONES FILOSÓFICAS

La existencia del Hombre ha estado siempre orientada a la satisfacción de sus necesidades, ocupando todos los esfuerzos y actividades del ser humano para conseguir el bienestar, principalmente el bienestar físico.

Al principio, en la Antigua Grecia (época fundamental para el entendimiento de las sociedades occidentales, así como de sus concepciones del ser humano y de sus características, especificidades y individualidades), con el sello inconfundible de la influencia de Platón; el ser humano surge como un ser unido. Se aboga por una centralización individual, en la que el ser humano es concebido como una unidad, en que lo físico y lo psicológico se influyen, constituyéndose como unidades codependientes, bidireccionalmente determinadas.

A pesar de esto, algunos siglos después, en la modernidad anunciada de la mano de Descartes, la comprensión del ser humano y de su identidad sufre una alteración con repercusiones hasta la actualidad.

Surge la dualidad entre el cuerpo y la mente, que Descartes consideraba caracterizar a la naturaleza humana, dominado por un imperialismo racional, apartado de la realidad corporal.

Conceptualizando el ser humano dualísticamente, en que el cuerpo se constituye como una realidad separada de la mente, sin cualquier posibilidad de interferencia, Descartes rescribe el entendimiento del ser humano y

se inicia una nueva construcción social, en el nivel de la salud, particularmente de la Medicina y de la Biología, presente hasta nuestros días.

La satisfacción de las necesidades del ser humano pasa a estar determinada por un Modelo Biomédico, en el que la salud y la enfermedad son considerados dos estados mutuamente excluyentes, dos polos opuestos, negándose la continuidad entre ellos. Basado en el dualismo cartesiano, que postula por la no interdependencia entre el cuerpo y la mente, la salud y el bienestar pasan a ser considerados como un estado, no un proceso.

El racionalismo totalitario rechaza la influencia de cualquier estado emocional, factor psicológico (ej. personalidad) el social (ej. apoyo social) en la salud, convirtiendo al individuo totalmente dependiente de factores biológicos para alcanzar el bienestar y, de la Medicina para su mantenimiento.

En consecuencia, surge una concepción limitada de la enfermedad, basada en este modelo dualista cuerpo-mente, con presupuestos simplistas de causalidad lineal y con una intervención centrada únicamente en el ámbito de la salud física.

CONSTRUYENDO SALUD: FORMULACIONES DE LA CIENCIA

Las necesidades del hombre en nuestros días, se han vuelto más complejas, tendiéndose, cada vez más, a un mayor nivel de abstracción de las necesidades (Moreira, Gonçalves y Beutler, 2005) como ocurre con el bienestar subjetivo y con la conciencia de la influencia de estos factores al nivel de los aspectos físicos y somáticos.

La medicina tradicional ha sido criticada por la forma como percibe el concepto de salud, exclusivamente basada en parámetros del cuerpo. Varios autores han criticado esta postura por su reduccionismo, no considera los factores del comportamiento, psicológicos y sociales en la concepción de la enfermedad (Engel, 1977; McDaniel, Hepworth y Doherty, 1992). El dualismo mente-cuerpo ha sido puesto en causa, al separar los aspectos psicológicos de los aspectos somáticos de la enfermedad (Engel, 1977, 1980).

Engel (1977), en el intento de superar las limitaciones del modelo médico vigente y de la insuficiencia explicativa de comprensión del dualismo cartesiano del ser humano, explicación distante y no aplicada a la realidad que vivimos, alarga la conceptualización de la salud, del bienestar, y de los factores que contribuyen para el origen o mantenimiento de la enfermedad.

En un modelo claramente innovador y revolucionario, Engel defiende la necesidad de ampliar la concepción de la enfermedad, incluyendo factores psicosociales, sin sacrificar las ventajas de la perspectiva biomédica vigente.

Surge así, un nuevo modelo que pasa a integrar no sólo los componentes biológicos (genética, conocimiento del virus, bacterias, etc.), sino también, los psicológicos (aspectos que influyen en la salud y la enfermedad como: creencias, cogniciones, expectativas, emociones, comportamientos, etc.) y todos los factores del entorno: económicos y sociales (Ej.: normas sociales de comportamiento, grupo étnico, estatus socio-cultural, etc.).

La ciencia y la investigación, que en los últimos siglos han seguido una tradición extremadamente dicotómica (en que las cuestiones del cuerpo eran relativas a la medicina y las cuestiones del alma eran relativas a la religión) comienzan a dirigirse hacia una postura conciliadora en que se reconoce la interferencia de los varios componentes en el sistema total.

Esta conceptualización alcanza la notoriedad máxima cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), en una clara ruptura con el modelo médico tradicional, redefine el concepto de Salud como un *“estado de bienestar físico, mental y social total y no, sólo como la falta de salud.”*

Otro ejemplo de la conceptualización de la salud como estado holístico es el modelo de O'Donnell, (1986), que conceptualiza la salud como resultado de cinco dimensiones importantes: 1) salud emocional (gestión del estrés y atención de las crisis emocionales); 2) salud intelectual (educación, desarrollo y realización intelectual); 3) salud social (relación con los amigos, la familia y la comunidad); 4) salud espiritual (abarca aspectos como: el amor, la esperanza, la caridad y los objetivos de vida) y 5) salud física (condición física, alimentación y cuidados médicos).

Se retoma la perspectiva holística del ser humano, en la que lo físico y lo psicológico se constituyen como una única realidad, en la que el individuo es visto como un todo, una síntesis compleja de múltiples dimensiones (física, afectiva, cognitiva, comportamental, interpersonal y socio-cultural), que se refleja en la salud y en la enfermedad.

El sujeto se asume como agente activo de sus propios estados de salud y de enfermedad y, por tanto, como actor en los procesos de búsqueda, mantenimiento y recuperación de su salud.

CONSTRUYENDO SALUD: FORMULACIONES HISTÓRICAS Y SOCIALES

Gracias a la toma de conciencia de la comunidad científica en general, de la influencia determinante de los múltiples componentes necesarios para la salud y el bienestar, se asiste a intentos de evaluar: el impacto de las variables psicológicas en el bienestar físico del individuo y su contribución en la etiología, desarrollo o mantenimiento de las enfermedades físicas, integrando ya, elementos sociales y del contexto en su comprensión.

Pero a pesar de todo, la nueva conceptualización de la salud y del bienestar, tal como la necesidad de intervención en la salud y en la enfermedad de una forma más compleja y multidisciplinar, surge encuadrada y integrada en un contexto histórico y cultural, que permite su enraizamiento social: 1) Interés por las llamadas enfermedades psicosomáticas, después de la II Guerra Mundial; 2) Aparición, en la mitad del siglo XX, de disciplinas de la medicina que recogen la valorización de los factores psicológicos en la etiología y mantenimiento de la enfermedad, como la medicina psicosomática, la psicología médica y la medicina comportamental (Ej.: en 1911 tiene lugar la primera reunión anual de la *American Psychological Association*, con el intento de debatir la participación de los profesionales de psicología en los contextos tradicionales de salud y de enfermedad, posteriormente, en 1973 en los E.U.A., se crea en el seno de la *American Psychological Association* un campo en *health research*, con la intención de estudiar la naturaleza y de ampliar las variables psicológicas a los aspectos comportamentales de las enfermedades físicas y concomitantemente, al mantenimiento de la salud); 3) reconocimiento, por parte de la comunidad científica, de factores comportamentales en determinadas enfermedades, asociados a una elevada mortalidad y morbilidad.

Estos cambios en el seno de la medicina están asociados con el desarrollo de un nuevo modelo médico que pasa a reconocer la influencia de los factores psicológicos y sociales en la enfermedad física. La enfermedad y la salud pasan a ser considerados procesos dinámicos, en constante evolución, explicados por una multicausalidad en la que se tiene en cuenta la relevancia de los factores biológicos, psicológicos y socio-culturales.

En conclusión, hemos visto que las concepciones de la salud desde las diversas áreas (filosóficas, científicas, históricas y sociales) han ido convergiendo cada vez más, para el holismo del ser humano y de la Salud

como un estado global y no apenas limitado a determinadas variables. Estas concepciones de diferentes áreas, proporcionaron el desarrollo de investigaciones que han validado empíricamente el carácter holístico de la salud.

LA INVESTIGACIÓN EN BUSCA DE LA UNIDAD PERDIDA: ASPECTOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS EN EL SER HUMANO

“Many times it is more important to know what kind of patient has the disease than what kind of disease the patient has.” (Rosch, 1987)

A pesar de que los estudios sobre la comprensión de la influencia de los factores psicológicos, tales como, los rasgos de la personalidad, las reacciones emocionales o los estilos de *coping* “enfrentamiento”, que suponen un aumento del riesgo de aparición de determinadas enfermedades médicas, no son algo reciente, en los últimos quince años se ha observado un renovado interés por la comunidad científica en los mismos.

Basada en el nuevo modelo biopsicosocial de la salud y de la enfermedad, en el que la salud es concebida como “estado de bienestar físico, mental y social total y no, únicamente por la falta de salud” (OMS, 1948) y en una conceptualización holística y integradora del ser humano, la comunidad científica ha estudiado, intentando comprender la influencia de múltiples factores psicosociales en el mantenimiento de la salud y el bienestar y en la etiología y la evolución de la enfermedad.

1. VARIABLES PSICOLÓGICAS

De entre las múltiples variables existentes, destacamos las que consideramos de mayor importancia y cuyos resultados han supuesto las bases para la comprensión del individuo como un ser holístico, física, psicológica y socialmente influenciado: la personalidad (rasgos, mecanismos de *coping*, creencias y actitudes), apoyo social y variables afectivas.

1.1. Personalidad

La relación entre los trazos de la personalidad y las características psicológicas tiene su origen en la medicina pré-cartesiana. En esa época

se creía que ciertas emociones fuertes estaban relacionadas con el surgimiento de la enfermedad. Estas emociones fuertes activarían el Sistema Nervioso Simpático y consecuentes descargas sucesivas de los órganos fisiológicos, que resultaban en alteraciones de los varios sistemas.

Ya en la primera mitad del siglo XX, algunos autores (ej., Dunbar, 1943), comienzan a enfatizar el papel de los conflictos emocionales crónicos, como estando relacionados con la etiología de las enfermedades físicas. Esta conceptualización gana mayor relevancia algunas décadas después, con numerosos autores (p.ej., Engel, 1977) que sugieren que determinadas características individuales como, desistir, depresión y incapacidad de expresar emociones, estaban relacionadas con una susceptibilidad general a la enfermedad. La etiología de la enfermedad pasa a ser considerada como un producto de la interacción entre el yo y el propio ambiente, pasando a considerarse un acto de clara negligencia profesional el no tener en cuenta alguno de estos componentes.

A través del desarrollo de varios estudios prospectivos, las relaciones causales entre los trazos de la personalidad y el desarrollo de determinadas condiciones médicas, han ido exponencialmente entendiéndose (Barefoot et al., 1989; Kawachi et al., 1998; Kubzansky, Sparrow, Vokonas y Kawatchi, 2001; Siegler et al., 1990).

La investigación ha sugerido que factores de la personalidad como la preocupación somática excesiva o la negación de las dificultades emocionales o interpersonales, producen un aumento en la vulnerabilidad individual; no sólo en la capacidad de enfrentarse al dolor, particularmente al dolor crónico (Arbisi y Butcher, 2004), sino también en la recuperación tras algún tipo de lesión grave (Carrage, 2001).

Diversos estudios han encontrado relaciones entre la Personalidad Tipo A, con las enfermedades coronarias (Ej.: Western Collaborative Group Study, 1976; Williams, Haney, Lee, Kong, Blumentahl y Whalen, 1980; (Kawachi et al., 1998) y el aumento de hipertensión (e.g. Yan et al., 2003). Existe también un fuerte soporte empírico para la relación entre la hostilidad y el aumento de riesgo de enfermedades coronarias y, como consecuencia, mayor mortalidad (Barefoot, Dodge, Peterson, Dahlstrom y Williams, 1989; Barefoot et al., 1989; Kawachi et al., 1998; Kawatchi, Sparrow, Spiro, Vokonas, Pantel y Weiss, 1996; Kubzansky y tal., 2001; Sesso, Kawatchi, Vokonas y Sparrow, 1998; Siegman, Kubzansky, Kawatchi, Boyle, Vokonas y Sparrow, 2000).

Un reciente estudio descubrió resultados que apuntan que: niveles de hostilidad elevados durante la edad escolar o el aumento de la hos-

tilidad en la edad adulta, se constituyen como factores de riesgo para la enfermedad, tal como el aislamiento social y la obesidad (Siegler et al., 2003).

De estos resultados, se destaca la necesidad de desarrollar programas de prevención claramente dirigidos a un nivel de desarrollo más precoz, centrados en determinadas variables psicológicas, para poder evitar la aparición de psicopatologías que podrán tener graves consecuencias físicas en el futuro.

1.2. Apoyo social

Constituyéndose el ser humano como un ser eminentemente social, las influencias del entorno asumen en el bienestar del individuo y, en los procesos de salud y de enfermedad, un destacado papel, especialmente en las relaciones que establecemos con los demás.

El apoyo social, caracterizado como los recursos disponibles que el individuo tiene a través de las interacciones que establece con los demás, se constituirá como el factor protector más importante para el mantenimiento de la salud y, cuya falta ocasionará enfermedad.

Uno de los estudios más significativos sobre la influencia del apoyo social en la salud y en la enfermedad, fue realizado por Berkman y Syme (1987). A través de un estudio prospectivo, midieron el apoyo social de 4700 hombres y mujeres durante nueve años y verificaron que, independientemente del sexo y de la edad, las personas con una red social amplia, tenían tasas de mortalidad menores. Las que tenían una menor red social, presentaban mayores tasas de mortalidad.

Otro reciente estudio, con resultados bastante prominentes, fue realizado por Stilley, Miller, Gayowski y Marino (1998), verificándose que la no adhesión a los tratamientos se constituía como la principal causa de muerte de los enfermos sujetos a un transplante. La falta de adhesión al tratamiento es, en la mayoría de los casos, resultado de la falta de soporte social y de padrones desajustados de *coping* con la enfermedad.

La presencia de estos factores, se convierte en un elevado riesgo para el individuo, al mismo tiempo que se asume un elevado coste para la sociedad, porque conlleva a un mayor número de hospitalizaciones y, como consecuencia, al aumento de los costes médicos con este tipo de pacientes.

1.3. Variables afectivas

Recientemente, las variables afectivas que colaboran para el bienestar del individuo y para su estado de salud, han sido objeto de densos estudios en las más variadas áreas de investigación. Este interés alcanza su máxima expresión con los descubrimientos de António Damásio, que otorgan un papel central, innegable, a las emociones en la adaptación del individuo, refutando indiscutiblemente, el dualismo cartesiano de separación entre el cuerpo y la mente y el imperialismo racional.

Las capacidades de expresión, diferenciación y regulación emocional, se constituyen como competencias determinantes, no sólo para el bienestar individual, sino también para enfrentarse al estrés cotidiano y a la enfermedad.

Las emociones se constituyen como pilares organizativos del ser humano, al tiempo que la incapacidad de gestión emocional se constituye como factor de riesgo grave para el desarrollo de una enfermedad.

La presencia de factores como un elevado estrés emocional, inestabilidad emocional y ciertos rasgos de la personalidad, se constituyen como una gran incapacidad para que un paciente pueda soportar con éxito un trasplante de cualquier órgano (Singer, Ruchinskas, Riley, Broscheck y Barth, 2001). Por esta razón, las reacciones emocionales desajustadas, podrán colocar en riesgo la supervivencia de un individuo que aguarda un trasplante que le podrá salvar la vida.

Así, la incapacidad del individuo de gestionar sus emociones, en situaciones de elevado estrés, constituye un handicap severo, no sólo del bienestar, sino también de la supervivencia. Por ejemplo, un elevado estrés emocional, en pacientes que padecen enfermedades crónicas, les produce grandes dificultades para su recuperación (Vendrig, 1999).

Al mismo tiempo, la incapacidad de lidiar con reacciones emocionales de forma adaptada, puede llevar a una pobre regulación emocional, generando hostilidad, que tendrá un efecto directo en el aumento de la presión sanguínea, ritmo cardíaco y aumento de los niveles de cortisol, tras la exposición a un estímulo estresante (Suarez, Khun, Schanberg, Williams y Zimmerman, 1998).

Una de las emociones que han sido objeto mayor de estudio y de comprensión de los procesos de salud y enfermedad, ha sido la rabia. Diversos estudios demostraron que la expresión y la regulación des-

ajustada de la rabia, eran consideradas como importantes factores de riesgo para la aparición de enfermedades coronarias. Individuos que se irritan fácilmente, gritan y están continuamente enfadados, son un grupo de mayor riesgo. Un estudio longitudinal, realizado con 1881 veteranos, demostró que aumentos en la expresión de la rabia, estaban asociados al aumento exponencial de riesgo de enfermedad cardíaca (Kawachi et al., 1996).

2. CONDICIONES FÍSICAS

Al mismo tiempo, la comprensión de la unidad y holismo humano no se acaba en la salud y en el bienestar, sino que también es determinante en los procesos de enfermedad. Constituyéndose el proceso de salud y enfermedad como un continuo, también en la enfermedad es posible comprobar la bidireccionalidad entre los componentes físicos y psicológicos, estos últimos, determinantes de la etiología y desarrollo de la mayoría de las enfermedades.

De una amplia gama de enfermedades, cuyos estudios han probado esta interacción, destacamos los estudios realizados con enfermos de cáncer, dolor crónico, hipertensión, cefaleas y estrés.

2.1. *Cáncer*

Es con el cáncer que los estudios han demostrado una influencia innegable de las variables psicológicas en la evolución y pronóstico de determinada condición física.

También en el cáncer, los rasgos de personalidad se constituyen como un factor protector o un eventual factor de riesgo determinante en la evolución de la enfermedad. Personas con propensión para el cáncer, tienden a ser personas excesivamente cooperativas y pacientes, no asertivas, defensivas, con incapacidad para expresar sus emociones, y incapaces de enfrentarse al estrés interpersonal, lo que les provoca sentimientos de depresión y desespero, y, en consecuencia, elevados niveles de cortisol y deficiencias inmunitarias. Un estudio longitudinal realizado en 1982 por Thomas y col., en novecientos trece alumnos de medicina, demostró que veinte de los alumnos que tuvieron cáncer, tenían falta de ligación afectiva con sus padres.

A pesar de las críticas expuestas a estos estudios (muchos no tenían en cuenta factores de riesgo como por ejemplo fumar, para la aparición

del cáncer), se puede concluir que aunque la personalidad no está directamente relacionada con la etiología del cáncer, tiene ciertamente un papel clave en su evolución.

2.2. Dolor crónico

El fenómeno del dolor ha sido discutido y investigado desde diferentes perspectivas en los últimos años. Sin embargo, gran parte de este esfuerzo se basó en una concepción mecanicista de los procesos del dolor, donde se asistía a un intento de probar una causalidad linear, así como, de crear una especie de mapa, desde el punto de vista físico, de los circuitos del dolor (Hom y Manufo, 1997; Soares, 1999).

Como el dolor es concebido como incontrolable, frecuentemente se encuentra en la etiología de perturbaciones tanto físicas, cefaleas, como psicopatológicas, depresión.

Considerado al inicio, únicamente como resultado de una lesión física, los nuevos modelos de conceptualización de salud y de enfermedad, basados en la perspectiva holística del ser humano, demostraron que ningún factor aislado (patofisiológico, psicológico o social) puede explicar adecuadamente el estatus del dolor crónico, defendiendo el determinismo recíproco entre los fenómenos biológicos y psicológicos y, destacando el factor tiempo, como preponderante de la evolución y cronicidad (Turk, 1994).

En este sentido, *The International Association for the Study of Pain* (IASP), define el dolor como “una desagradable experiencia sensorial y emocional, asociada con un real o potencial daño en los tejidos o, descrita en términos de tales daños” (Borg, 1999; Kanner, 1997; Soares, 1999). Se acentúa así, el carácter subjetivo del dolor, siendo simultáneamente una sensación física y una reacción emocional a esa misma sensación (Kanner, 1997).

El dolor crónico, se caracteriza específicamente por resistir a los tratamientos, bien como por la no disminución de su intensidad. Su cronicidad produce grandes alteraciones en el estilo de vida, en las actividades y las relaciones sociales del individuo, al mismo tiempo que produce una implementación de comportamientos de enfermedad, en perjuicio de comportamientos saludables. Ya que el dolor crónico, por definición, presenta una duración superior a seis meses, los comportamientos sintomáticos ocurren continuamente, lo que aumenta la probabilidad de asistir a fenómenos de condicionamiento y aprendizaje. Algunos autores

(Fordyce y Steger, 1995) consideran que el problema mayor del dolor crónico, no es su intensidad, sino su duración, en la medida en que, cuando el dolor cesa, el retorno a un comportamiento saludable puede ser una gigantesca tarea.

Por lo tanto, existe una gran diversidad en la forma como la sensación del dolor se expresa, porque ésta dependerá de la interrelación entre alteraciones biológicas, estado psicológico y contextos socio-culturales, tales como, el etiquetamiento o las presiones sociales (Horn y Manufo, 1997; Skevington, 1995; Soares, 1999; Turk, 1996)

Esta nueva perspectiva impulsó la comunidad científica a desarrollar estudios para el entendimiento de la influencia de los fenómenos psicológicos en el dolor crónico y, los resultados encontrados fueron sorprendentes. Dworkin y Massoth (1994), afirman que del 30 al 50% de los pacientes que buscan tratamiento en la atención de salud primaria, no sufren desordenes específicamente diagnosticables. Deyo, en 1986, destaca que en más del 80% de las personas que presentan quejas de enfermedades de espalda, no es posible identificar bases físicas que expliquen esta enfermedad.

Sobre la base de estas afirmaciones, parece evidente que los factores psicosociales desempeñan un papel fundamental en la duración del dolor crónico, especialmente en el locus de control, los estilos de *coping*, la ansiedad, la depresión y la auto-eficacia (Home y Manufo, 1997; Soares, 1999).

2.3. Hipertensión arterial

La hipertensión arterial se define como una tensión arterial superior a 140/90, de una forma continuada (Oparil, 1992). Actualmente, la hipertensión arterial es el principal factor de riesgo en las enfermedades cardiovasculares y, éstas son la principal causa de muerte de los países industrializados. Se constituye también como elevada morbilidad, estando directamente relacionada con el agravamiento (o inclusive con el origen) de la insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica (Devereux, 1987), accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal (Schwartz y Strong, 1987) y nefropatía diabética.

Hoy se considera que la causa de la hipertensión es multifactorial, envolviendo factores genéticos, fisiológicos, comportamentales y del entorno (Glasgow y Engel, 1987). La comprensión de las limitaciones de la aplicación del modelo médico tradicional (principalmente debido a los efectos prolongados de la farmacoterapia), trajo la necesidad de que las

nuevas terapéuticas médicas de tratamiento de la hipertensión, pasaran a integrar factores comportamentales en la evaluación y intervención de esta patología.

La comunidad científica y médica, asume de esta manera, la necesidad de una conceptualización y principalmente, de una intervención de la hipertensión basada en un modelo holístico, de integración de las múltiples variables fisiológicas, psicológicas, sociales y culturales.

2.4. *Cefaleas*

Las cefaleas son consideradas en la sociedad actual como un problema médico con elevada prevalencia. Existen más de quince tipos de cefaleas, pudiendo agruparlas en tres grandes categorías: cefalea inflamatoria, cefalea de tensión y cefalea vascular o jaqueca. El 85 a 90% de las cefaleas son cefaleas de tensión.

La mayoría los tratamientos médicos utilizados se basa en el modelo médico tradicional, especialmente sólo en los síntomas físicos, a través del uso de ansiolíticos, vasoconstrictores, antiinflamatorios, analgésicos y barbitúricos.

A pesar de esto, estos tratamientos han probado su ineficacia muchas veces, debido a los efectos secundarios de los medicamentos y a la dependencia, que puede producir tolerancia a la medicación, disminuyendo su eficacia.

Actualmente, la intervención psicológica ha demostrado tener éxito en personas con estas patologías.

2.5. *Estrés*

No solamente es en el dolor crónico en el que es posible comprobar el papel preponderante de las variables psicológicas. La homeostasis individual también resulta de la capacidad del individuo de mantenerse diariamente fuerte y estable ante las adversidades.

Sin embargo, el individuo se enfrenta diariamente a adversidades, con presiones externas que provocan una gran tensión o presión en el individuo. Esta presión provoca estrés al individuo, variable que va a tener un papel fundamental en la salud y el bienestar del mismo.

Al mismo tiempo, constituyéndose en una gran tensión, el estrés se convierte claramente en un factor de riesgo para la aparición de enfermedades. La noción de que el estrés puede influenciar enfermedades no

es nueva, el propio Platón afirmaba que “todas las enfermedades del cuerpo proceden de la mente o del alma”.

La percepción que el sujeto hace de un hecho y las anteriores experiencias de *coping*, son los factores más importantes para condicionar la respuesta de estrés. Así, en el ser humano, esta respuesta es individualizada, variando no sólo *inter* como también *intra* individualmente, lo que determina que las estrategias a ser utilizadas tengan en cuenta la realidad individual.

Uno de los principales autores en intentar comprender la relación existente entre el estrés y la enfermedad fue Cannon, al estudiar tribus primitivas y, con el fenómeno que denominó “*muerte voodoo*”. En estas tribus primitivas, cuando los indios estaban enfermos, llamaban al curandero, que utilizaba un hueso de gallina para prever la muerte del individuo. Si el hueso de gallina se partía, el curandero prescribía y preveía la muerte de la persona. Sin embargo, el enfermo, de hecho, siempre acababa por morir, no por la enfermedad, pero por prescripción, por *muerte voodoo* o anticipada.

Cannon comprobó que lo que pasaba era que, con la amenaza de muerte, era tanto el estrés y tan grande el miedo, que despertaba un estrés exageradísimo, provocando una inundación de hormonas de estrés (adrenalina y noradrenalina) en el cuerpo, que afectaban el ritmo cardíaco, provocando arritmias que dañificaban el músculo cardíaco, causando la muerte. Los casos de muerte súbita actuales, se explican muchas veces por el mismo mecanismo.

También en contexto clínico, es posible observar estos efectos: dos tercios de las visitas a los médicos de familia son motivadas por síntomas relacionados con el estrés. Este está directamente relacionado con las principales causas de muerte en los EUA: enfermedades del corazón, cáncer y enfermedades pulmonares. También existen otras enfermedades relacionadas con el estrés como: las alergias, arritmias, asma, ansiedad, diabetes, dismenorrea, jaquecas, neurodermatitis y úlcera péptica.

Asimismo, la vivencia de elevados niveles de estrés durante la recuperación de una lesión, se traduce posteriormente en dificultades en la recuperación de la misma (Oleske, Andersson, Lavender y Hahn, 2000).

Aunque no esté claramente definido si los hechos cotidianos son factores de estrés tan fuertes como las grandes pérdidas, existe un punto de consenso entre los investigadores sobre cual es el factor preponderante en esa relación: el modo como el sujeto se enfrenta a los cambios.

El sentimiento de autocontrol, la red de amigos y ciertos factores de la personalidad, como la flexibilidad y la perseverancia, fueron señalados como que predicen un *coping* eficaz.

Estos datos no sólo retoman la necesidad de asumir una perspectiva holística del ser humano, como cuestiona todo el imperialismo racionalista que todavía domina casi todos los sectores de la sociedad actual, como la medicina y/o la educación.

COMPRENSIÓN DE LA UNIDAD HUMANA: UNA NUEVA PRO-ACTIVIDAD

Los datos provenientes de los diversos estudios referidos, asociados a fuertes evoluciones sociales, constituyen una de las mayores herencias del siglo XX, permitiendo la liberación del ser humano de muchos determinismos que le eran impuestos en las más diversas áreas y que lo llevaron a percibir que poco podía hacer frente a la mayoría de las condiciones y dominios cruciales de su existencia, como destaca Moreira (2005):

“El ser humano se ha liberado de estas amarras que lo aprisionaban a una condición de determinismo y pasividad, en las más diversas áreas existenciales:

1. El determinismo del proyecto de Dios para cada uno y el hecho de cargar la cruz hasta el final, está a ser substituido por la libertad de cada uno de, no sólo de escoger la religión que quiere, sino también si es aquel el proyecto de vida que quiere para él (por ejemplo, divorciarse);
2. Al determinismo de la ascendencia socio-económica se contraponen actualmente la tendencia a la democratización del acceso a las oportunidades y recursos. El énfasis dejó de estar en el origen familiar o social y pasó a estar en las capacidades y en el esfuerzo.
3. Al determinismo de que nada se podía hacer en relación al estado de salud, se impone ahora el papel activo que cada persona tiene en el mantenimiento de su salud y su responsabilidad (cuidado con la alimentación, estilos de vida, etc.);
4. El fatalismo de las variables psicológicas, la idea de “es igual que su padre o su madre”, está siendo substituido por la conciencia del

- desarrollo y la influencia de determinados factores en la evolución de esas mismas variables, por lo que es posible intervenir al nivel de esas variables;
5. El concepto de salud como ausencia de enfermedad, se ha visto alterado, así como el concepto lineal de salud, substituido por la complejidad de varios factores, como reconoce la Organización Mundial de Salud: “salud como un estado de bienestar físico, mental y social y no únicamente como ausencia de enfermedad”;
 6. El fatalismo neurológico, cada vez más cuestionado, está siendo substituido por la noción de plasticidad neuronal, que demuestra que el desarrollo tanto estructural como funcional del cerebro, está lejos de ser un estanque, sino que depende, entre otras cosas, de la estimulación;
 7. El determinismo de la inteligencia y del recorrido académico, está siendo substituido por la conciencia de la importancia de la estimulación que los niños reciben en las etapas precoces y posteriormente al alcanzar las condiciones mínimas (tanto en términos de satisfacción de las necesidades básicas, incluso físicas –alimentación, como en términos de las condiciones mínimas que favorecen un desarrollo académico adecuado (por ejemplo, sin que el niño precise canalizar su foco de atención para la gestión de determinadas emociones negativas o de circunstancias que vive en casa, tales como, abusos (al propio niño o a alguien de su familia).
 8. Hoy más que nunca, se tiende a concebir la ciencia como estando al servicio de los hombres, de ahí que los avances del conocimiento se tiendan a reflejar rápidamente en consecuencias en la vida de las personas. Esta tendencia comenzó a ser muy dominante en las áreas tecnológicas, pero ahora comienza a ser muy fuerte, la conciencia de usar lo que se sabe para mejorar la vida de las personas al nivel de las más diversas disciplinas de la salud” (Moreira, 2005).

Estas conquistas están sistematizadas y encuadradas en la siguiente tabla:

Tabla 1. La liberación del hombre para la verdadera condición humana. Del determinismo a la pro-actividad y poder (Moreira, 2005)

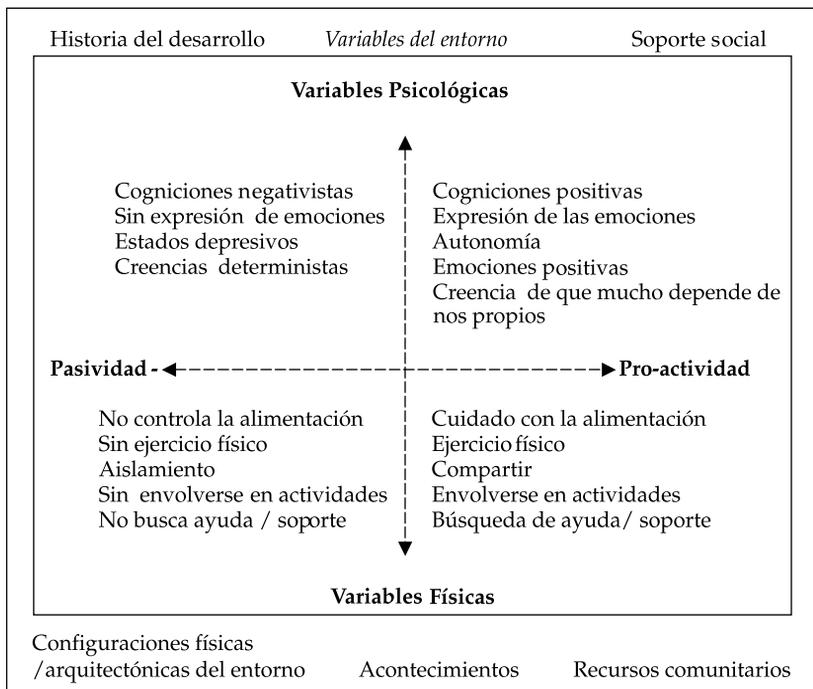
Dominio	Determinismo	Pro-actividad, poder y liberación	Consecuencias
Sentido de la vida, proyecto de vida	<i>"Es el deseo de Dios..."; "Tengo que cargar mi cruz hasta el final";</i>	<i>"Yo soy quien construyo mi proyecto de vida"; "No tengo porque aguantar esto"; "Me voy a separar"</i>	Posibilidad y necesidad de prevención y promoción de la salud
Estatuto socio-económico	Énfasis en el origen y ascendencia socio-familiar para el acceso a las oportunidades; <i>"Hijo de Burro nunca llega a caballo"</i>	Igualdad de oportunidades; democratización en el acceso a los recursos; énfasis en el esfuerzo y en las capacidades más de que en el estatus y el origen	
Salud / enfermedad	<i>"Es mal de familia";</i>	<i>"La salud depende de lo que como y de lo que hago"; "Tengo que cuidar de mí!"</i>	
Personalidad	<i>"Sale al padre o a la madre"; "Él es así mismo"</i>	Existen factores que proporcionaron que se desarrollase así.	
Concepto de salud	Salud como ausencia de enfermedad, llamado a veces <i>"estar gordito y coloradito"</i>	Salud como un estado complejo que integra varias dimensiones: bienestar físico, mental y social y, no únicamente la falta de salud, como es recogido por la OMS.	
Neurociencias, neurología	<i>"Es de nacimiento"; "Fue siempre así"</i>	El cerebro, tanto al nivel estructural, como al nivel funcional depende de la estimulación y de las interacciones	
Educación / escuela	<i>"Es burro", "No es inteligente", "Parece que no le entran las cosas!"</i>	<i>"No hay niños burros"; "Los niños pueden ser más o menos estimulados";</i> "el rendimiento escolar de los niños no depende únicamente de su inteligencia, sino esencialmente de otros factores que les permitan condiciones mínimas de aprendizaje, por ejemplo: mantener el foco de atención para el aprendizaje de los contenidos y no para la gestión de emociones negativas demasiado intensas.	
Ciencia / conocimiento	Permanencia en medios cerrados, con escasas consecuencias en términos de mejora de la vida de las personas; principalmente al nivel de la salud mental, todavía muchos conocimientos permanecen guardados en consultorios	La Ciencia está al servicio de las personas; los descubrimientos y los conocimientos son operacionalizados y desarrolladas estrategias que permiten que un mayor número de personas se beneficie de los conocimientos. Un claro ejemplo es la prevención y la promoción de la salud	

De este modo, se evoluciona de un modelo social, médico y educacional, basado en el determinismo, para un modelo organizado en torno al papel activo del individuo, no sólo en la sociedad, sino también en su propio estado de salud y enfermedad. Lo que anteriormente se pensaba que no se podía controlar (o se tenía salud o se estaba enfermo), pasa a ser accesible al control individual.

Surge así, la necesidad de asumir una postura conciliadora de investigación y de comprensión de todas las variables fisiológicas, psicológicas y del contexto en que el individuo (ahora como agente principal del estado de salud o enfermedad) se mueve a lo largo de la vida, en diversos contextos y asumiendo los más variados papeles.

El siguiente modelo, propuesto por Moreira (2005), ilustra precisamente esta concepción de salud como un continuo, constituida por procesos dinámicos en constante evolución que permite la comprensión de la multicausalidad encada uno de esos estados.

Figura 1. Modelo Holístico de Salud (Moreira, 2005)



Según este modelo, en cada situación de salud o enfermedad deben ser consideradas las siguientes variables individuales:

Tabla 2. Variables individuales del Modelo Holístico de Salud (Moreira, 2005)

Pasividad	Pro-actividad	Variables psicológicas	Variables físicas
<ul style="list-style-type: none"> • No hace nada • Creencia determinista • Falta de disponibilidad • Creencias erradas • Falta de Motivación 	<ul style="list-style-type: none"> • Deporte • Dieta • Búsqueda de ayuda • Búsqueda de estrategias (auto-ayuda) 	<ul style="list-style-type: none"> • Emociones • Cogniciones • Estilo de <i>Coping</i> • Resistencia • Auto-regulación y auto-control • Sufrimiento Subjetivo (incluye la autoestima) • Percepción de la calidad del soporte social • Percepción de la calidad de vida / satisfacción con la vida 	<ul style="list-style-type: none"> • Condición Crónica (Ej. diabetes, hemofílicos, enfermedad crónica, etc.) • Condición Incapacidad (Ej. sordera, limitaciones de movilidad, etc.) • Condición Oncológica • Condiciones asociadas a estilos de vida (Ej. hipertensión arterial, Obesidad, estrés, cefaleas de tensión, etc.) • Abuso / Dependencia de sustancias • Complicación / enfermedad de algún sistema (Ej. problemas de digestión, problemas de columna, etc.)

Concomitantemente, siendo el individuo un ser contextualmente influenciado, las variables contextuales, sociales y comunitarias deben ser consideradas, así como deben estar incluidas a la hora de definir estrategias de prevención del estado de enfermedad.

Tabla 3. Variables del entorno en el modelo Holístico de Salud (Moreira, 2005)

Variables contextuales	Ambiente familiar; ambiente laboral; ambiente interpersonal; ambiente escolar y orientación escolar para la salud
Soporte social	Tipo de red de soporte social (existencia/ ausencia de elementos significativos a los que el individuo puede recurrir)
Recursos comunitarios	Centros comunitarios, centros de salud, hospitales, campañas y actividades de promoción de la salud
Configuración física / arquitectónica del entorno	Existencia de espacios verdes para deporte, existencia de carriles para montar en bicicleta, etc.
Acontecimientos	Acontecimientos de vida que exigen más o menos esfuerzos por parte del individuo, generadores de más o menos sufrimiento (ej. fase de transición, cambio de residencia, pérdida amorosa, desempleo, etc.)
Historia de desarrollo psicosocial	Relación entre factores de riesgo y de protección, historia de autonomía y de malos tratos, etc.

De nuestra propuesta, la salud, o el *Índice de Salud*, puede ser calculado en función de la dinámica entre estos elementos. El índice de salud asume valores de -10 (índice más negativo de salud) hasta 10 (índice más positivo de salud).

Tal *Índice de Salud* puede ser calculado a partir de la siguiente fórmula:

$$\text{Índice de Salud} = \frac{\text{(postura X variables del entorno)}}{N_{vm}^*} + \frac{\text{(postura X variables individuales)}}{N_{vi}^{**}}$$

* Suma del máximo que se puede obtener en todas las subescalas likert de las variables individuales

** Suma del máximo que se puede obtener en todas las subescalas de las variables del entorno

Postura – La dimensión de la postura incluye 2 medidas: pasividad y pro-actividad. La pasividad es valorada a través de una escala de likert que va de -5 (una pasividad muy acentuada) a -1 (pasividad poco acentuada). La pro-actividad es valorada a través de una escala likert que va de 1 (pro-actividad casi insignificante) a 5 (pro-actividad muy significativa). La postura es considerada tanto en la relación del individuo con las variables del entorno, como con las variables individuales (físicas o psicológicas). En la dimensión de la postura, el evaluador deberá, antes que nada, tomar una decisión acerca de la postura (de una forma holística y mayoritaria) del individuo frente a un conjunto de variables. Esa decisión implicará que se valorará la postura del individuo en la escala de pasividad (esto significa, el grado de pasividad, si se hubiera considerado que holística y mayoritariamente, la postura del individuo es de pasividad), o en la escala de pro-actividad (es decir, el grado de pro-actividad, si se hubiera considerado que holística y mayoritariamente la postura del individuo es de pro-actividad).

- Variables del entorno/contexto – El entorno/contexto está formado por 6 dimensiones: variables contextuales, soporte social, recursos comunitarios, Configuración física/ arquitectónica del espacio, historia del desarrollo, acontecimiento causante de estrés (Ej. muerte de alguien, marcharse de casa, etc.) – esta escala es invertida. Cada variable se mide en una escala likert de 5 puntos.
- Variables físicas / psicológicas – Las variables físicas / psicológicas están compuestas por 15 variables (9 psicológicas y 6 físicas). Las variables psicológicas están formadas por: emociones, cogniciones, estilo de *coping*, sufrimiento subjetivo (incluye autoestima), persistencia, autocontrol y autorregulación, percepción de la calidad del soporte social, percepción de la calidad de vida / satisfacción con la vida. Cada una de estas variables es medida a través de una escala likert de 5 puntos.

Las variables físicas incluyen 6 dimensiones: cronicidad de alguna condición física (ej. diabetes, hemofílicos, etc.), condición de incapacidad (ej. silla de ruedas, sordera, ceguera, etc.), condición oncológica, dependencias (ej. alcohol, tabaco, etc.), condiciones asociadas a estilos de vida (ej. hipertensión, estrés, cefaleas, etc.),

condiciones del organismo humano (ej. complicaciones renales). Cada una de estas dimensiones es codificada en una escala likert de 5 puntos.

Así, el *Índice de Salud* resultará de la relación entre, los factores contextuales y los acontecimientos de la vida, que exigen recursos por parte del individuo, con los recursos que tiene para enfrentarse y con su postura para utilizar los recursos de que dispone y para encarar los acontecimientos.

Este es un modelo surgido de indicadores empíricos y que se encuentra en fase de constatación empírica.

ESTUDIO DE CASO

Sofía es una chica de 19 años que sale de casa por la primera vez para ir a la universidad. Siempre estuvo muy protegida por sus padres y no tiene mucha autonomía. Por esto, tiene algunas dificultades para establecer relaciones interpersonales y para adaptarse a situaciones nuevas. No hace ningún tipo de actividad física y no tiene como hábito apuntarse a actividades o salir con amigos, prefiere quedarse en casa oyendo música o viendo televisión, con tendencia a aislarse, porque piensa que los demás sólo la critican y censuran.

Desde niña es considerada como una niña ansiosa y miedosa. Desde que fue para la universidad comenzó a tomar calmantes. En la universidad no conoce a nadie, se siente sola, no integrada y, como vive en una isla es muy raro ir a casa a visitar a los padres

A pesar de vivir en una residencia universitaria, donde a veces los colegas se aproximan y hablan, ella tiende a aislarse en su cuarto, no se relaciona y no usa las instalaciones deportivas ni las de ocio de que dispone la universidad.

En las conversaciones telefónicas con los padres, dice que siente que es un infierno estar allí y incluso quiere desistir y ir para casa. A pesar de que los colegas son simpáticos, aún no encontró a nadie que la apoye de verdad y que sólo puede contar la familia, pero que en este momento de poco sirve, porque están lejos.

Se comienza a quejar de insomnio y de dolores de cabeza.

Postura (P) = Holística y mayoritariamente, Sofía presenta una postura de Pasividad. De esta forma, el grado de pasividad fue evaluado en la escala likert de pasividad (entre -5 y -1). La puntuación atribuida fue de -2

Variables del entorno (E) = (1 (fuera del ambiente familiar; no conoce a nadie, vive en una residencia universitaria) + 2 (colegas parecen aproximarse y hacen esfuerzos para darle apoyo, pero a pesar de eso, estando la familia muy lejos, no parece existir nadie capaz de darle soporte) + 4 (existencia de condiciones y espacios para la práctica de actividades) + 4 (sala de estar para los estudiantes, asociación de estudiantes, por la noche los estudiantes de la residencia se reúnen para ver televisión) + 2 (historia de desarrollo caracterizada por poca autonomía, aislamiento, sin interacción social) + 1 (cambio de ciudad, residencia, entrada universidad, que provoca muchas alteraciones y exige muchos recursos) = 14

Variables individuales (I)= (2 (emociones negativas: llora, etc.) + 1 (cogniciones disfuncionales sobre la interacción social) + 1 (estilo de *coping* demasiado internalizador) + 3(niveles intermedio de resistencia) + 2 (a pesar de no tener muchos datos sobre el auto-control y la auto-regulación, la historia de ansiedad revela poca capacidad de auto-regular sus estados emocionales) + 2 (percepción de que a pesar de la familia ser un buen soporte, en este momento es ineficaz porque está lejos) + 1 (percepción de la calidad de vida como muy mala, relatado por la voluntad de desistir del curso y ir para casa y, por describir su estancia allí como un "infierno") + 5 (ausencia de condición crónica) + 5 (ausencia de condición de incapacidad) + 5 (ausencia de condiciones oncológicas) + 3 (uso de ansiolíticos) + 2 (insomnio y cefaleas de tensión debido al estilo de vida) + 5 (ausencia de daños al nivel de algún órgano del cuerpo) = 37

$$\text{Índice de salud de Sofía} = (-2 \times 14) + (-2 \times 37)$$

$$\qquad\qquad\qquad \underline{\qquad 30} \qquad \underline{\qquad 75}$$

$$\text{Índice de salud de Sofía} = -0.93 + -0.99$$

$$\text{Índice de salud de Sofía} = -1.92$$

A pesar de Sofía no presentar ninguna enfermedad física, su estado de salud general (de bienestar físico, psicológico y social) es negativo. En un continuo que va de -10 (estado de salud más negativo) a 10 (estado de salud más positivo) Sofía presenta un estado de Salud General negativo (aunque no exageradamente negativo).

* Los manuales de codificación de las diferentes variables, así como las escalas pueden conseguirse a través de los autores.

Asumiendo la perspectiva holística del ser humano, en que las variables físicas y psicológicas se consideran igualmente determinantes y bidireccionalmente influenciadas y, asumiendo como pilar estructural la pro-actividad del individuo en la enfermedad, es posible observar el contraste de estrategias que diferentes individuos asumirán frente a la enfermedad, que determinarán su evolución en el continuo entre salud y enfermedad.

Tabla 4. Relación de las variables y de la postura del individuo ante el Cáncer, basada en el Modelo Holístico de Salud de Moreira (2005)

Cáncer		
Postura	Variables psicológicas	Variables físicas
Pasividad	<ul style="list-style-type: none"> • Regulación emocional pautada por un pesimismo, rabia, pasividad, desesperanza, ansiedad y depresión; • Aislamiento social; • Sentimiento de impotencia y falta de control. 	<ul style="list-style-type: none"> • Baja adhesión al tratamiento; • No adhesión a la medicación; • No adhesión a la interacción social; • No pro-actividad en la búsqueda de bienestar; • Depresión del Sistema Inmunológico
Pro-actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Utilización de estrategias de <i>coping</i> adaptadas, asociadas a un espíritu de lucha y aun rechazo positivo de la enfermedad. • Regulación emocional adecuada, caracterizada por optimismo. • Estrategias de <i>coping</i> cognitivo-comportamentales (Ej. búsqueda activa de información). • Movilización de soporte social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adhesión al tratamiento y a medicación; • Actitud pro-activa de realización de exámenes de rastreo y vigilancia.

Tabla 5. Relación de las variables individuales y la postura del individuo frente al dolor crónico, basada en el Modelo Holístico de Salud de Moreira (2005)

Dolor crónico		
Postura	Variables psicológicas	Variables físicas
Pasividad	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismos de <i>coping</i> caracterizados por el catastrofismo, pasividad y desánimo aprendido • Creencia de baja auto-eficacia • Aislamiento social 	<ul style="list-style-type: none"> • No realización de estrategias de relajación • Mantenimiento de la medicación que conlleva una habituación
Pro-actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de objetivos personales; • Mecanismos de <i>coping</i> cognitivos, basados en la confrontación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de estrategias de relajación • Ejercicio físico • Aumento de actividades capaces de producir sentimientos de placer, que compensen los momentos de actividad y de descanso • Reducción de la medicación

Tabla 6. Relación de las variables individuales y la postura del individuo ante la hipertensión arterial, basada en el Modelo Holístico de Salud de Moreira (2005)

Hipertensión arterial		
Postura	Variables psicológicas	Variables físicas
Pasividad	<ul style="list-style-type: none"> • Estilo de <i>coping</i> basado en la negación y la no confrontación; • Falta de competencias para enfrentarse al estrés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento de hábitos alimentarios nocivos para la salud • No adhesión a la terapéutica medicamentosa de reducción de la hipertensión arterial • No realización de exámenes de rastreo • Ausencia de ejercicio físico
Pro-actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones del comportamiento (Ej. disminución del estrés) • Alteración del estilo de vida • Estrategias de <i>coping</i> basadas en la confrontación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Modificación de los hábitos alimentarios (disminución de sal, grasas y alcohol); • Pérdida de peso a través de terapia diurética • Realización de ejercicio físico

Tabla 7. Relación de variables individuales y de la postura del individuo en las cefaleas basada en el modelo Holístico de Salud de Moreira (2005)

Cefaleas		
Postura	Variables psicológicas	Variables físicas
Pasividad	<ul style="list-style-type: none"> • Regulación emocional inadecuada; • Estilo interpersonal pautado por la rabia, irritación y agresividad 	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso de la medicación y de la cafeína; • Mantenimiento de un estilo de vida estresante;
Pro-actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Estilos de <i>coping</i> basados en la pasividad; • Adecuada regulación emocional de la enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Abstinencia de alcohol, cafeína y de alimentos que contengan sustancias vaso activas; • Realización de Ejercicio físico • Ejercicios de relajación y de respiración diafragmática

Tabla 8. Relación de las variables individuales y de la postura del individuo ante el estrés, basada en el modelo Holístico de Salud de Moreira (2005)

Estrés		
Postura	Variables psicológicas	Variables físicas
Pasividad	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento de un estilo de vida, pautado por excesivas preocupaciones y por la continuación de exposición a acontecimientos vividos como amenaza • Mantenimiento de una regulación emocional inadecuada 	<ul style="list-style-type: none"> • Sedentarismo de vida
Pro-actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Mudanza significativa del patrón de vida • Desarrollo de competencias de regulación emocional 	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de ejercicio físico • Disminución de exposición a acontecimientos estresantes y a actividades profesionales inductoras de elevados niveles de estrés

CONCEPCIONES DE LA PRÁCTICA

Al nivel de la práctica y de las estrategias desarrolladas en el área de la salud, todavía continuamos en el dualismo cartesiano. Las estrategias de salud pública y de prevención continúan esencialmente valorizando los aspectos físicos de la enfermedad, como ocurre con las campañas de vacunación para diferentes condiciones físicas.

No quiere decir que estas estrategias de vacunación no sean importantes. Son fundamentales. Pero, al igual que fueron desarrolladas gracias al impacto que las condiciones médicas tenían en la población y, eran concebidas como problemas de salud pública; hoy en día, se consideran otras condiciones como problemas de salud pública (el alcoholismo, el SIDA, la depresión, el tabaquismo, la obesidad, etc.) y las estrategias de salud (no remediadoras que refuerzan la idea de pasividad del individuo, frente a sus condiciones) revelando una pasividad de los agentes políticos, sólo comprendida a la luz del dualismo cartesiano, donde las variables psicológicas y la naturaleza continua y longitudinal de las estrategias no tienen "estatus" suficiente para estar consideradas en la práctica.

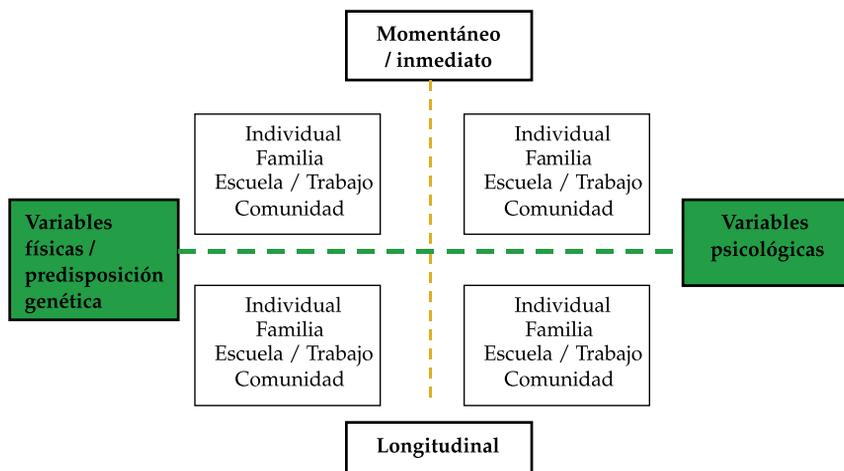
Pocas han sido las acciones generalizadas, universales y precoces que engloben o, estén orientadas para la promoción y desarrollo de las variables psicológicas.

A pesar de ello, las posibilidades y necesidades de la intervención son múltiples desde la necesidad de remediar condiciones ya existentes, hasta el planeamiento de estrategias que prevengan la aparición de determinadas condiciones. Asimismo, son muy variados los campos o contextos en los que actuar para lograr la salud y para considerar tanto las variables físicas, como las psicológicas. Esta relación entre el momento de intervención y los contextos de intervención, son un desafío para la definición y el desarrollo de estrategias de intervención y prevención para lograr estados de salud.

Esta relación se presenta la figura 2 que desarrolla el modelo, propuesto por Moreira, (2005).

Al defender un concepto de salud que es construido por los individuos, existen determinados contextos en los que tal construcción se puede ver especialmente potenciada y promovida. La escuela es, sin duda, un contexto privilegiado y uno de los más significativos por el poder que tiene en la promoción de la salud de los individuos, especialmente por 3 razones: (1) por el número de población que abarca - todos los niños pasan

Figura 2. Modelo de Salud Holístico: Relación de las variables “momento de intervención”, “tipo de variables trabajadas” y “contextos de intervención” (Moreira, 2005)



por ese contexto y, por lo tanto, pueden ser objeto de intervención en el sentido de promoción y construcción de la salud; (2) por la fase de desarrollo en que los individuos se encuentran – cuando los niños comienzan a ir al colegio (en preescolar o en enseñanza primaria) se encuentran en una fase de desarrollo especial, en la que la construcción de las “realidades” que los niños construyen y la como se organiza frente a los estímulos en general, al mundo y a la salud en particular, es muy rica y proficua; y, (3) por el carácter de continuidad, sistematización y intencionalidad de las estrategias – un niño pasa muchas horas significativas del día en la escuela, así como un significativo número de años en la escuela. Esta realidad favorece el planeamiento y la implementación de estrategias que potencien la promoción y construcción de la salud a lo largo de etapas de desarrollo muy significativas, de forma continua y sistemática, que son condiciones fundamentales para la eficacia de las estrategias de intervención en salud o educación (Moreira, 2002; 2003; 2004; 2005).

Sin embargo, a pesar de este poder de la escuela, en vez de ser un contexto que promueve esta idea, la propia escuela parece ser una de las

principales víctimas del dualismo al que nos referíamos anteriormente, encarnando una diferenciación entre “variables cognitivas y curriculares”, éstas últimas, consideradas variables prioritarias: las que verdaderamente importan en el ajuste de los individuos para la vida adulta.

Este dualismo cartesiano en la escuela, al intentar dotar a los individuos de competencias que los hagan lo más “inmunes” posible a las adversidades de la sociedad, está frecuentemente debilitando muchos niños y aumentando el riesgo de llegar a desarrollar una enfermedad, por no ser capaces de considerar al niño como ser holístico y destacar sus eventuales déficit en algún otro campo.

De hecho, la escuela está orientada para la adquisición de competencias cognitivas que se consideran la base del ajuste global en la edad adulta. En este sentido, el niño es percibido como un repertorio el que se almacenan los conocimientos cognitivos, como leer o escribir, en la concepción de que estas competencias serán suficientes para que tenga un funcionamiento adaptado en las diferentes varias áreas del funcionamiento en la vida adulta.

Claramente este dualismo cartesiano ha demostrado ser inadecuado como medio de preparación de los individuos para gestionar su mundo (el mundo en general, como los comportamientos de salud en particular), de los que son ejemplos una serie de indicadores de problemas sociales y de situaciones problemáticas de no inclusión, que sugieren que la escuela pudo haber fallado en la preparación de los individuos para poder funcionar adaptadamente en la vida adulta.

La sociedad está organizada para preparar los individuos para que éstos desempeñen un papel adaptado en la vida adulta, en la sociedad en la que están inseridos. Este ajuste continúa en la edad adulta, al estar asociado fundamentalmente a la capacidad del individuo de desempeñar una profesión, de ser productivo, ayudando a la sociedad a evolucionar. Así, la escuela y la educación se estructuran de forma a promover el desarrollo de los individuos en las dimensiones consideradas importantes para el futuro ajuste.

Las consecuencias de esta perspectiva, produjeron una centralización casi exclusiva de la educación y de las prácticas educativas en contenidos de desarrollo y aprendizaje cognitiva (matemática, lenguaje, etc.). Cada vez más, las sociedades comienzan a incentivar el involucramiento de los niños, cada vez más precoz, en actividades de aprendizaje de competencias cognitivas, transformando la infancia, cada vez más, en una etapa de desarrollo estructural sólo relativamente a las variables

cognitivas, descartando la infancia como fase de promoción de otras competencias (socio-afectivas) (Moreira, 2002).

CONCLUSIONES: ¿QUÉ SALUD CONSTRUIREMOS?

La existencia y el aumento de condiciones como el fracaso escolar, las perturbaciones de comportamiento, las toxicodependencias, etc., son claros ejemplos de una evidente preocupación: la escuela ha fracasado en su misión de preparar los individuos para éstos desempeñar un papel activo en la sociedad (Moreira, 2003), ya que, a pesar del énfasis y la promoción de las variables cognitivas, los individuos continúan demostrando vulnerabilidades y desarrollando perturbaciones de funcionamiento que son una señal preocupante, al que claramente, este modelo de educación es inadecuado para las sociedades actuales (Moreira, 2005).

En este sentido, a pesar de que los estudios demuestren la necesidad de asumir una postura holística del ser humano, enfatizando igualmente las variables cognitivas y emocionales, la escuela y la sociedad en general, han sido negligentes, al no proporcionar la satisfacción de las necesidades para un desarrollo integral de los individuos, al nivel de variables fundamentales (Moreira, 2002; 2003; 2004; 2005). Esta negligencia se fundamenta en cuatro puntos fundamentales: (1) concepción dualista del ser humano, no sólo por parte de la escuela, sino también de la sociedad en general, según la cual, la razón tiene prioridad sobre las variables afectivas); (2) Elevada prevalencia de vulnerabilidades desarrollistas en la población, precisamente por la desvalorización de las variables psicológicas desarrollistas estructurantes; (3) Falta de preparación de los profesores sobre la concepción del niño como un todo. Los currículos escolares valorizan las variables cognitivas e, incluso, los profesores no están preparados, ni reciben formación para el desarrollo y intencionalización de otro tipo de variables, que no sean las cognitivas; y, (4) Falta de comprensión de los procesos básicos, relacionados con el proceso de enseñanza y aprendizaje, en el que los profesores muestran enormes incapacidades y déficit, principalmente en un elemento fundamental como es la *relación* de la comprensión y intencionalización del desarrollo de las variables socio-afectivas (Moreira, 2003).

La comunidad educativa siente una gran insatisfacción con los resultados de su propia acción y, la sociedad en general, reconoce estas áreas como problemáticas. Sin embargo, a pesar de que el poder político y educativo son conscientes de que se debe hacer algo con urgencia y que,

la solución pasa en gran medida por la escuela, las medidas adoptadas han sido claramente insuficientes.

Son necesarias medidas mucho más complejas, mucho más estructurantes, relacionadas con las variables psicológicas, emocionales y de relación, cuyo desarrollo se basa esencialmente en la relación, precisamente en el campo de formación en el que los profesores tienen más dificultades.

El sistema educativo precisa de ser reorientado para una verdadera *epistemología de la práctica* (Moreira, 2003), que abarque los procesos básicos del desarrollo humano y que operacionalice conceptos y estrategias contrastadas empíricamente, capaces de promover el desarrollo de variables socio-afectivas (Moreira, 2003).

De forma a cumplir este objetivo, Moreira (2003) defiende una *tercera revolución* en el sistema educativo, en la relación del individuo con el conocimiento en cuanto, motor de la evolución, del desarrollo y de la resolución de los desafíos planteados a las sociedades (2003). Sugiere así, que en las sociedades modernas, la educación se constituya como motor de desarrollo de los pueblos, en tres grandes momentos que marcarán una ruptura con el sistema vigente; por lo que se pueden considerar *revoluciones*: 1ª *revolución: alfabetización literal*, debido al reconocimiento de las sociedades de los beneficios de todos los individuos al saber leer y escribir; 2ª *revolución: alfabetización funcional*, resultante de la conciencia de que las sociedades se benefician mucho más, cuando se consigue utilizar los elementos al producto del conocimiento (uso de internet, telefonía móvil, etc.); y la 3ª *revolución: la alfabetización emocional o alfabetización de la salud*, que debe urgente ser dada en los sistemas Educativos y que será resultado de la conciencia de las sociedades, de los beneficios de que todos los individuos tengan niveles de salud bastante satisfactorios (Moreira, 2003)

A lo largo de este trabajo, hemos presentado nuestra visión sobre la crucial importancia de la relación entre la psicología y la salud. Hemos hecho una reflexión sobre algunas cuestiones relevantes, tales como:

1. Las sociedades occidentales, relativamente a la salud, continúan todavía dominadas por un dualismo cartesiano
2. Ese dualismo cartesiano tiende a valorizar las variables físicas y a defender un imperialismo racional.
3. Las variables psicológicas continúan a estar consideradas como un factor de 2º lugar, principalmente en las sociedades latinas;

4. Ha habido avances en las últimas décadas, tanto científicos, como culturales que favorecen el nacimiento de un concepto de salud holístico, en que las variables físicas y psicológicas se constituyen como unidades codependientes y bidireccionalmente influenciadas.
5. Sin embargo, el desarrollo de estrategias de promoción de salud holísticas y sistematizadas, continúa a ser una utopía;
6. La escuela es un buen ejemplo de cómo se continúa a sobre-valorizar determinadas variables (ej. cognitivas) –bajo el supuesto de ser las responsables por el ajuste y por la preparación y bienestar en la edad adulta– en detrimento de la promoción de otras variables como las socio-afectivas.
7. Las características de las sociedades actuales, han demostrado sistemáticamente que el modelo de escuela existente y, la relación que mantiene con las diferentes variables, está claramente desajustado a las necesidades de los individuos, ya que su ajuste en la edad adulta, no pasa apenas por dominar una profesión o tener conocimientos de cómo dominar una tecnología.
8. En este sentido, sugerimos un cambio profundo de la concepción de la escuela y sus funciones, a semejanza de otros cambios que hicieron historia en el pasado.
9. Nos encontramos en un momento en el que se hace inevitable, una 3ª revolución en la relación del hombre con el conocimiento: la revolución de la alfabetización emocional y de la salud.
10. Las alteraciones culturales y científicas que vivimos, parecen favorecer y compartir esta visión de salud holística. Estas alteraciones serán inútiles y estériles, sino van acompañadas por medidas de salud concretas que promuevan la integración de las diferentes variables (Moreira, 2003).

El desarrollo de esta revolución emocional y de la salud se hace de los agentes de la promoción de la salud, de la prevención y, sobretodo, de los educadores y del profesorado. Los beneficios de esta orientación son claros. La tarea más exigente no es entenderla del punto de vista teórico pero implementarla en estrategias de intervención concretas y articuladas.

A lo largo de este capítulo, intentamos fundamentar la necesidad de una intervención sistematizada en el medio escolar para la promoción da salud y, presentamos un ejemplo de un programa que ha conseguido resultados muy satisfactorios. Pero a pesar de todo, se impone que la

promoción da salud durante el recorrido escolar sea una realidad concebida como “lógica y natural” y no como estrategias extrañas, o un “lujo” que determinados técnicos pretenden implementar.

¿Será este el primer paso? La respuesta a esta pregunta parece ser clara: depende. Depende precisamente del punto de vista de la comunidad científica y del poder político, así como de la capacidad de ambos para tomar decisiones consecuentes y estructurantes, orientadas para una nova epistemología de la práctica y para una nueva cultura: una práctica intencionalizada, sistematizada y continua hacia una cultura en que la salud emerge como un objetivo de vida.

REFERENCIAS

- Andersen, B., Kietcolt-Glaser, J. y Glaser, R. (1994). A biobehavioral model of cancer, stress and disease course. *American Psychologist*, 49 (5). 389-404.
- Arbisi, P.A. y Butcher, J. N. (2004). Relationship between personality and health symptoms: use of the MMPI-2 in medical assessments. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol.4, N° 3, pp. 571-595.
- Bishop, G. (1994). *Health Psychology: integrating Mind and Body*. Boston: Allyn and Bacon.
- Conner, M. y Norman, P. (1995). *Predicting Health Behaviour*. Buckingham: Open University Press.
- Doherty, W. L. y Campbell, T. L. (1988). *Families and Health*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Engel, G. L. (1977). The need of a new medical model: A challenge for biomedicine: *Science*: 196, 129-136.
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- Fordyce, W. y Steger, J. (1980). Chronic Pain. In O. Pomerleau y J. Brady (Eds.), *Behavioral Medicine: Theory and Practice* (pp. 125-135). Baltimore: Williams y Wilkins.
- Forman, A. (1985). Biobehavioral intervention for management of stress related disorders. *Physician's Assistant*, 93-96.
- Gatchel, R. y Turk, D. (1996). *Psychological approaches to pain management: a practitioners handbook*. New York: The Guildford Press.
- Greenberg, J. (1987). *Stress Management*. Dubuque, Iowa: William C. Brown.
- Harter, S. (1985). *Manual for the Self-perception profile for children*. Denver: University of Denver Press.
- Henao, S. y Grose, N. (1985). A Systienes approach to family medicine. In S. Henao y N. Grose (Eds.), *Principles of Family Systienes in Family Medicine* (pp. 25-39). Brunner/Mazel.

- Hobbs, S.A. y Walle, D.L. (1985). Validation of the children Assertive behaviour scale. *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment*, 7 (2), 145-153.
- Johnston, M. (1997). How health psychology makes the difference. *The Irish Journal of Psychology*, 18(1), 4-12.
- Johnston, M y Weinman, J. (1995). Health Psychology. In *Professional Psychology Handbook*. British Psychological Society.
- Lovallo, W. (1997). *Stress and Health*. London: Sage.
- McDaniel, S. H., Campbell, T. L. y Seaburn, D. (1990). *Family oriented primary care: A manual for medical providers*. New York: Springer-Verlag.
- McDaniel, S. H., Hepworth, J. y Doherty, W.J. (1992). *Medical Family Therapy*. New York: Guilford Press.
- McIntyre, T. (1994). Hipertensão arterial: a Psicologia da Saúde e tratamentos complementares. In T. McIntyre (Ed.). *Psicologia da Saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp. 109-137). Textos técnicos de Psicologia. APPORT.
- McIntyre, T. (1995). Abordagens Psicológicas do sofrimento. In T. McIntyre, T. y Vila-Chã (Eds.). *O sofrimento do doente: Leituras multidisciplinares*. Textos técnicos de Psicologia, APPORT.
- McIntyre, T. (1997). A psicologia da saúde em Portugal na viragem do século. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2(2), 161-177.
- Moreira, P. (2004a). *Para uma prevenção que Previna (3rd edition)*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Moreira, P. (2002). *Ser Professor: Competências Básicas... 1 – Competências de Comunicação, Disciplina, Auto-Control e Auto-estima*. Porto: Porto Editora.
- Moreira, P. (2003). *Ser Professor: Competências Básicas... 2: Diferenciação emocional, cognitiva e comportamental, auto-conceito e auto-estima*. Porto: Porto Editora.
- Moreira, P. (2004). *Ser Professor: Competências Básicas... 3: Gestão emocional, emoções positivas, competências sociais e assertividade*. Porto: Porto Editora.
- Moreira, P. (2005). *Ser Professor: Competências Básicas... 4: Gestão de emoções, resolução de problemas, tomada de decisão e promoção da saúde*. Porto: Porto Editora.
- Moreira, P. y Gonçalves, O. F. (2001). Intervención Psicológica com um grupo de epiléticos: uma abordagem narrativa. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 571-592.
- Moreira, P. y Melo, A. (2005). *Saúde Mental: do tratamento à prevenção*. Porto: Porto Editora.
- Moreira, P., Crusellas, L. y Sá, I. (2004). A Alfabetização Emocional: da formulação teórica às evidências da investigação – os primeiros passos de uma revolução. *Revista Portuguesa de Investigação Educacional*, 3, 25-44.
- Moreira, P., Gonçalves, O. F. y Beutler, L. E. (2005). *Métodos de selecção de tratamento: O melhor para cada cliente*. Porto: Porto Editora.
- Pennebaker, J. W. (1993). Putting stress into words: Health, linguistic and therapeutic implications. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 539-548.

- Pennebaker, J. W. y Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 274-281.
- Pennebaker, J. W., Colder, M. y Sharp, L. K. (1990). Accelerating the coping process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 528-537.
- Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glase, J. y Glase, R. (1988). Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 239-245.
- Pereira, G. y Moreira, M. (2000). Prevenção Primária das toxicodependências: avaliação de uma intervenção de grupo em crianças com idades entre os 8 e 9 anos. *Análise Psicológica*, 4 XVIII: 455-463.
- Ramsey, C. N. (1989). *Family Systemes in Medicine*. New York: Guilford Press.
- Ribeiro (1994). A importância da qualidade de vida para a Psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 12 (2-3), 179-191.
- Ribeiro, J. (1994a). A Psicologia da Saúde e a Segunda revolução da saúde. In T. McIntyre (Ed.) *Psicologia da Saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp. 33-53). Textos técnicos de Psicologia. APPORT.
- Ribeiro, J. (1994a). Psicologia da Saúde e doença. In T. McIntyre (Ed.) *Psicologia da Saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp. 55-72). Textos técnicos de Psicologia. APPORT.
- Rosch, P. (1987). Stress and illness. Fact or fantasy? *PA Practice*, 3 (5), 13-16.
- Salgado, J. (2003). *Psicologia, narrativa e identidade: Um estudo sobre o auto-engano e organização pessoal*. Maia: ISMAI.
- Smilkstein, G. (1990). É benéfico para a saúde saber viver com stress. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 7 (7), 267-282.
- Teixeira, J. C. (1993). *Psicologia da Saúde e SIDA*. Lisboa: ISPA.
- Turk, D. C. y Kerns, R. D. (Eds.) (1985). *Health, illness and families: A life span perspective*. New York: Wiley-Interscience.
- Weinman, J. y Petrie, K. (1997). Illness perceptions: A new paradigm for psychosomatics? *Journal of Psychosomatics Research*, 42 (2); 113-116.