



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Las emociones y su impacto biopsicosocial

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

Valeria Jessica Islas Ramos

Director: Mtro. Gerardo Abel Chaparro Aguilera

Dictaminadores: Mtra. Laura Castillo Guzmán

Mtra. Irma Herrera Obregón

Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Resumen

La relación entre las emociones y la salud parece estar aún alejada del concepto médico en la actualidad; al hablar de enfermedades crónicas y la incapacidad de reconocer o solucionar la sintomatología que algunas personas presentan, es donde se busca una respuesta alternativa que logre guiar al porqué de estos padecimientos y llegar a un tratamiento adecuado. Para el presente proyecto se reunió información de diversas fuentes que posteriormente fue dividida en capítulos, mismos que abordan la relación antes mencionada de los procesos emocionales y la salud integral en una persona, así como sugerencias de tratamientos distintos que logren establecer el equilibrio biopsicosocial de cada individuo. La terapia psicológica se incluye en los procesos del cuerpo ayudando a detectar la raíz de los mismos a partir de un tratamiento continuo. De igual forma se observó que el mantener relaciones sociales adecuadas, una rutina de actividad física constante, una correcta alimentación, sueño reparador y cambiar nuestra forma de pensar en las situaciones desagradables, ofrece una mejora a enfermedades crónicas y a las relaciones con los demás. En conclusión, la calidad de vida de las personas se ve afectada considerablemente al no tener en cuenta que no es el tratamiento farmacológico el único que puede ayudar a la mejora de la salud, sino que se requiere una intervención multidimensional que aborde aspectos psicológicos, físicos y sociales de acuerdo a sus necesidades individuales.

Palabras clave: emociones, enfermedades, salud, biopsicosocial, tratamientos, alimentación, relaciones, actividad física, equilibrio.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
Metodología	7
1. Las emociones y su impacto biopsicosocial.....	8
2. El cuerpo y las emociones	10
2.1 Salud - Enfermedad	11
2.2 Emociones.....	14
2.3 Psicósomática.....	18
2.4 Funciones de los órganos	20
2.5 Enfermedades crónico – degenerativas	29
3. Pensamientos corporales	33
3.1 Psicología Corporal.....	35
3.2 Ansiedad y Depresión	38
3.3 Sueño.....	47
4. Autopercepción	51
4.1 Autoestima.....	52
4.2 Personalidad	54
4.3 Relaciones interpersonales.....	60
5. Estrategias psicológicas y alternativas para el bienestar integral.....	64
5.1 Actividad física y alimentación.....	65
5.2 Tratamiento psicológico	71
5.3 Habilidades sociales	77
5.3.1 Afrontamiento.....	80
5.3.2 Resiliencia	83
5.4 Logoterapia de Víktor Frankl.....	85
5.5 Sentido Humorístico.....	88
Conclusiones.....	92
Referencias.....	94

INTRODUCCIÓN

Es bien sabido que la salud, y la deficiencia de la misma, puede observarse en el cuerpo cuando este funciona de forma “normal” o cuando deja de hacerlo, pero es meramente físico el concepto que se ha abordado en el ámbito clínico cuando de enfermedades se trata, es decir, se ha supuesto que las molestias corporales, incluso las que llegan a ser aparentemente inexplicables, requieren de un tratamiento única y específicamente farmacológico, así como de la atención de diferentes médicos y de innumerables estudios, dejando en el olvido la relación existente entre pensamientos, alimentación, relaciones sociales, autoestima, etc., que en ocasiones tienen más influencia en el estado de salud que el clima, por ejemplo, o la edad, como usualmente es creído.

Hipócrates mencionaba que la salud y la enfermedad reflejaban la influencia ejercida por el medio y la forma de vida (Calderón, 2019). El campo de la salud, además de abarcar los agentes patógenos y su medio ambiente, también incluye las formas sociales, familiares, económicas y culturales en las que se vive (Herrera, Solís y Durán, 2007).

El estilo de vida moderno propone un reconocimiento acerca de cómo las reacciones psicológicas negativas o desfavorables, en ocasiones, son las determinantes primarias de ciertos tipos de migrañas, úlceras y otros trastornos gastrointestinales, dolores musculares e inflamaciones, dificultades cardíacas, entre otras dolencias registradas (Moure, 2011). Según Northrup (1999), muchas enfermedades son simplemente el resultado final de emociones que se han ido acumulando durante años sin reconocerlas ni experimentarlas.

Existen distintos caminos en los que es posible encontrar el equilibrio nuevamente; algunos de ellos incluyen la terapia psicológica, el desarrollo de diversas habilidades sociales como lo son la

resiliencia, el afrontamiento o la confianza en uno mismo. La atención clínica mejoraría significativamente si la evaluación médica incluyera variables de carácter psicosocial, en particular el estrés, pero también muchos otros factores psicosociales implicados en la vulnerabilidad a la enfermedad. Algunos factores, como las conductas de salud o el bienestar psicológico, no solo se asocian a la prevención o a la mejora de la enfermedad, sino que promueven la salud (Kissen, 1963; McEwen, 2007; Novack et al., 2007, citados en Calderón, 2019). Los estados psicológicos influyen en la salud. Nuestros sentimientos y emociones pueden tener efectos positivos o negativos en nuestro bienestar físico. Sentimientos de ser amados y apoyados por otros pueden ayudarnos a tratar con situaciones estresantes (Wallston, Alagna, DeVellis y DeVellis, 1983, como se citó en Becoña, 2005).

En un estudio realizado por Caraveo et al. (2001), a una población de adolescentes, se encontró que el 12% presentaba un síntoma que podía hablar de una posible patología futura, en el 2% se reportaron hasta 7 síntomas, dentro de los que se encontraban: inquietud, 19%, irritabilidad, 17%, nerviosismo, 16%, déficit de atención, 14%, desobediencia, 13%, explosividad 11% y conducta dependiente, 9%, considerándose todas como conductas frecuentes, a excepción de la conducta dependiente. Solo el 26% de los padres consideraron que sus hijos requerían ayuda en salud mental, y, de estos, solo el 13% solicitó ayuda. El estudio muestra que el 16% de esa población presenta mayores probabilidades de presentar un trastorno. Llegando a la idea equívoca de corregirse a través del maltrato, al ser considerado un problema de disciplina.

De igual forma, en un estudio realizado con adolescentes y sus madres, se encontró que existe una transmisión de empatía y calidad de las relaciones de amistad en los adolescentes debido al apoyo que recibieron en la crianza (Carlo, Fabes, Laible & Kupanoff, 1999; Chase-Landsdale et al., 1995; Eisenberg & Fabes, 1998; Zahn-Waxler & Radke-Yarrow, 1990, citados en Morales, 2018).

Otro estudio realizado por Brody, Dorsey, Forehand & Armistead en 2002 (citados en Morales, 2018) afirma que niños de bajos recursos se comportaban apropiadamente en el aula y con sus compañeros cuando contaban con el apoyo de los padres, mientras que aquellos que no recibían este apoyo, eran menos capaces de regular su comportamiento y lograr relaciones sociales satisfactorias con sus compañeros. El bullying escolar ha aumentado un 10% en México, según un estudio realizado en 2013 por la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH, citada en Morales, 2018), mencionando también que el 30% de los estudiantes de nivel primaria ha sufrido algún tipo de acoso. De ese porcentaje, el 11% de estudiantes mexicanos ha amenazado a algún compañero.

Finalmente, un estudio comentado por Vargas (2013) mostró que estudiantes universitarios tomaron la decisión de asistir a terapia psicológica manteniendo la constante en que requerían ayuda para el manejo de las emociones (dentro de los que se incluía el manejo del estrés, presión académica, control del enojo, frustración, agresividad), la depresión como consecuencia de abusos infantiles (sexuales, físicos y emocionales) y relaciones de pareja (proceso de duelo por separación o relaciones con pautas violentas o de dependencia), en donde el 65% de la población eran mujeres (17 de ellas) y el 35% eran hombres (9 de ellos). Se determinó que quienes decidieron tomar el servicio lo realizaron por la intensidad de la sintomatología que interfería con la vida cotidiana o por referencia de un médico que descartaba causas biológicas para las dolencias.

Es evidente que estos datos estadísticos hablan de la necesidad de desarrollar habilidades que le permitan a los jóvenes (y a la población en general) mejorar sus relaciones sociales y emocionales, por lo que resulta de vital importancia comenzar a tomar en cuenta el papel de lo psicológico, en relación con las emociones, para comprender la raíz de diversas enfermedades, estilos de vida e incluso toma de decisiones; una persona funciona como un todo, no es posible hablar de salud sin acaparar el área

psicológica y el área social, hecho que se ha dejado de lado al creer fielmente que la medicina es la única cura para todos los padecimientos existentes de cualquier índole.

El objetivo del proyecto es analizar la relación entre las emociones, la alimentación, los padecimientos físicos, la autoestima y las relaciones interpersonales, con el fin de informar a la población en general para tomar conciencia sobre cómo las emociones pueden llegar a transformarse en una enfermedad crónica al no ser abordadas adecuadamente, y cómo la vida social afecta a las emociones y estas a su vez al cómo se perciben las personas a sí mismas, sin mencionar la importancia de las habilidades sociales para contrarrestar el efecto negativo del mal manejo de las emociones en cualquier ámbito.

Metodología

La información analizada se reunirá a partir de diferentes fuentes específicas (libros, revistas, tesis, etc.) sobre los puntos mencionados: salud, bienestar, emociones, malestares físicos, relaciones interpersonales, percepción de uno mismo; para posteriormente realizar el fichado de cada una de las fuentes, el cual incluirá un resumen y referencia sobre el tema revisado. Una vez que se reúna la información suficiente respecto a cada tema, se procederá a vaciar el contenido de las fichas en los capítulos establecidos con anterioridad, desarrollando así cada uno de los capítulos buscando obtener y comprender el panorama general acerca del impacto de las emociones en la vida diaria y su relación con los temas mencionados. Finalmente, se redactarán las conclusiones del proyecto, tomando en cuenta la información incluida y analizada a lo largo del mismo, rescatando aquellos puntos importantes de cada capítulo y la relación entre los mismos, y, a su vez, la relación de estos con la situación actual por la que se está atravesando personal y mundialmente.

1. Las emociones y su impacto biopsicosocial

Brody (1973, citado en Belloch y Olabarria 1993), diseñó un modelo llamado *biopsicosocial* que intentaba ejemplificar la compleja red de interacciones de las diversas variables que afectan a la salud y la enfermedad de las personas; este modelo debe entenderse como parte de una jerarquía de sistemas naturales de organización, cuyos subsistemas están ordenados de mayor a menor complejidad, abarcando desde lo subatómico, las células, los órganos, la personalidad, la cultura, la sociedad, etc.

De acuerdo a ese modelo, la condición necesaria para hablar de salud es que cada uno de los componentes que integran la jerarquía funcionen correctamente, lo cual es evidentemente difícil de lograr. Uno de los mayores problemas está en evaluar cada uno de los componentes biológicos, psicológicos y sociales que intervienen en las enfermedades, así que aceptar la vía interdisciplinaria resultaría muy útil.

El modelo biopsicosocial se sustenta en los siguientes principios:

- A) El ser humano es un organismo biológico, psicológico y social, es decir, que recibe la información, la almacena, la crea, le da un significado y la transmite, produciendo así un modo determinado de comportarse.
- B) La salud y la enfermedad son estados que se encuentran en equilibrio dinámico y están determinados por variables biológicas, psicológicas y sociales, todas en constante interacción.
- C) El estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades deben tomar en cuenta las contribuciones particulares de los tres grupos.
- D) La etiología de los estados de enfermedad es multifactorial
- E) El cuidado óptimo de las personas que padecen una enfermedad debe realizarse en el marco de acciones integradas donde intervienen profesionales en el estudio de cada uno de los tres grupos.

Lemos et al. (2008), mencionan que desde tiempos antiguos se ha observado la asociación entre el estado físico-psicológico del ser humano y el mantenimiento de enfermedades, sobre todo las infecciosas. Nuestros antepasados precientíficos consideraban la enfermedad tanto desde el punto de vista espiritual como físico, y muchas culturas incluían los factores psicológicos y sociales en sus respectivas consideraciones acerca de la enfermedad.

2. El cuerpo y las emociones

De acuerdo a lo que mencionan Chaparro y Herrera (2017) los cambios que han ocurrido en la sociedad han ido a la par con el cambio que ha experimentado el cuerpo, mencionando que una persona es producto de un proceso socio – político, geográfico, cultural y moral. El campo de la salud, además de abarcar los agentes patógenos y su medio ambiente, también incluye las formas sociales, familiares, económicas y culturales en las que se vive (Herrera et al., 2007).

Cott (1968, citado en Belloch y Olabarria, 1993), menciona que la enfermedad “no es tenida en cuenta por parte del modelo biomédico, especialmente cuando no existe evidencia de patología orgánica o cuando la que existe no es lo bastante importante como para justificar la existencia de semejante experiencia” (en sección Razones y causas para la adopción de un nuevo modelo sobre la salud y la enfermedad).

Northrup (1999, sección Primera creencia: la enfermedad es el enemigo) explica cómo el sistema médico ha mencionado que la enfermedad es el enemigo que hay que eliminar a toda costa, cuando debería verse como un mensajero que está tratando de llamar nuestra atención; los médicos se han dedicado a utilizar fármacos con el fin de combatir la enfermedad, haciendo caso omiso de los métodos de tratamiento naturales no farmacológicos que producen beneficios documentados como el apoyo terapéutico.

Incluso se ha considerado sinónimo de enfermedad a la vejez, pero de acuerdo con un estudio realizado con personas de 65 a 89 años, se pudo constatar que el envejecer no es sinónimo de padecer alguna enfermedad; la sociedad en la que una persona vive va a influir en la manera en que se perciben las enfermedades y la salud (Castillo, 2017).

Comenzaron a incluirse los procesos psicosomáticos cuando ya no era suficiente hablar de enfermedades únicamente por cuestiones bacteriológicas; las tasas de mortalidad iban en aumento aún en países desarrollados, cuando se pensaba que dependía mucho del nivel de desarrollo de la zona (Herrera, Solís y Durán, 2007).

2.1 Salud - Enfermedad

Toda enfermedad conlleva un proceso psicológico y el puente que vincula a las demás disciplinas es el factor emocional

OSCAR PÉREZ LIBERATO

En las primeras sociedades se consideraba que la enfermedad se debía a que los demonios u otras fuerzas espirituales tomaban posesión y controlaban a la persona. La recuperación requería que los espíritus malignos fueran exorcizados del cuerpo afligido (Becoña, 2005). González (2006 como se citó en Calderón, 2019) menciona que la caída del Imperio Romano trajo consigo la creencia de que las enfermedades eran causadas por la cólera divina, como castigo al comportamiento de los hombres, siendo el resultado de la aparición de las grandes epidemias de enfermedades infecto-contagiosas como el cólera o la peste. Las enfermedades más frecuentes en 1892 eran: paludismo, neumonía, vómito, reumatismo, tifo, etc., de las que no se abordaban aspectos psicológicos (Chaparro et al., 2007).

A finales del siglo XIX, se producen grandes cambios en el sistema social por medio de la Revolución Industrial, se empieza a abandonar la explicación mágica de la enfermedad, comenzando a realizar las asociaciones entre la situación de salud de la población y determinadas condiciones de vida. Se dio a conocer la nueva realidad social de los seres humanos, donde el desarrollo económico en algunos países iba en aumento, mientras las personas se veían inmersas en el sistema de trabajo que los obligaba

a convertir el sufrimiento y el estrés en un estilo de vida, con el fin de conseguir lo que se les vendía: placeres, productos.

Así mismo, los filósofos de ese entonces compartían el mismo pensamiento: un ejemplo de ello es Platón, quien decía que era mejor tener poco dinero y estar sano, que estar enfermo siendo rico. Por otra parte, Hipócrates fue el representante máximo del pensamiento griego sobre la vida sana como fuente de riqueza: mencionaba que la salud y la enfermedad estaban determinadas por leyes naturales y reflejaban la influencia ejercida por el medio y la forma de vida (Calderón, 2019).

Se denomina enfermedad a la alteración del equilibrio físico, mental y/o social de los individuos; Zárate (2017) lo expresa así: “todos los organismos vivos están expuestos a padecer alguna enfermedad a raíz de diversos agentes patógenos” (p. 165).

Los griegos comprendían la enfermedad como fenómeno natural; la entendían como un proceso que surgía por el desequilibrio del cuerpo, pero hoy en día se entiende como una desarmonía del hombre con su ambiente, expresándose con alteraciones fisiológicas, mientras que la salud es considerada como un estado de bienestar físico y mental (Zárate, 2017).

Según afirman Moure et al. (2011), en una persona intervienen los factores biológicos, psicológicos y sociales cuando de bienestar se trata, por lo que no deben dejarse de lado los procesos psicológicos y emocionales al hablar del mismo.

La salud se refiere a un bienestar integral que va a abordar lo biológico, psicológico, emocional y espiritual (Castillo, 2017). La OMS (1948, como se citó en Marín et al., 2005) la define como el completo estado de bienestar físico, psíquico y social; y no solo a la ausencia de afecciones y enfermedades, lo que llevaría a plantear la importancia de percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de

la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas y preocupaciones.

La salud es la articulación de una serie de factores que tienen como máxima aspiración el desarrollo de habilidades personales que a su vez faciliten la satisfacción de las necesidades básicas y favorezcan la autorrealización de las personas; implica la interacción de lo biológico, lo emocional, lo académico y lo socioeconómico (Vargas, 2013).

Una enfermedad se entiende como una crisis necesaria que vive el cuerpo para crear una alerta de que hay un problema; cuando el cuerpo es medicado, se ve obligado a desarrollar un mecanismo para procesar el medicamento, lo que implica un aumento de energía en el individuo, provocando un problema extra al que quiso solucionarse en primer lugar, dentro de los que se incluyen estados emocionales de tristeza o enojo, así como diferentes dolores o mareos. Conociendo la ruta de la emoción se puede elaborar una estrategia de intervención diferente a la farmacopea (Pérez, 2015).

López (2006, como se citó en Calderón, 2019) indica que un padecimiento es la expresión corporal compleja de un individuo, si se considera como una expresión del sistema desequilibrado en términos médicos, cuyos síntomas “pueden ir creciendo, estancarse o hacerse cada vez más complejos ..., pueden ser desbordados por alguna emoción...” (p. 20).

Las emociones intentan reestablecer el equilibrio que se pierde frente a una amenaza física o psicológica; sin embargo, también influyen en la contracción de enfermedades, ya que hacen el sistema inmunológico más vulnerable, imposibilitando su correcto funcionamiento (Moure et al., 2011).

Muchas enfermedades son simplemente el resultado final de emociones que se han ido acumulando durante años sin reconocerlas ni experimentarlas (Northrup, 1999, sección Escuchar al cuerpo y sus necesidades).

2.2 Emociones

Para Karmelo Bizkarra (2005, como se citó en Hernández, 2015) “la palabra emoción viene del latín ‘emovere’ que significa sacudir, mover el exterior. Una emoción es algo que nos pone en movimiento, que nos impulsa desde nuestro interior, que nos mueve al exterior y nos impulsa a actuar” (p. 15).

Las emociones son experimentadas de forma individual, no todas las personas reaccionan de la misma manera ante un estímulo. Bisquerra (2001, como se citó en Calderón et al., 2012) explica que una emoción es “un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada. Las emociones se generan habitualmente como respuesta a un acontecimiento externo o interno” (p. 9, sección Referente teórico).

Las emociones son respuestas complejas que se llevan a cabo en cortos espacios de tiempo, suelen ser breves y durar solo unos segundos; una emoción suele comenzar con un significado personal de algún evento. Incluso hay quienes aseguran que en ocasiones la emoción precede al pensamiento consciente (Zajonc, 1980, como se citó en Brusasca y Labiano, 2005). Estas pueden manifestarse a través de la expresión facial, el procesamiento cognitivo y cambios fisiológicos.

Karmelo Bizkarra (2005, como se citó en Hernández, 2015) considera que “de todas las emociones, las básicas son el miedo, la tristeza, la rabia y la alegría” (p. 18), mientras que Plutchik Robert (como se citó en Hernández, 2015) clasifica las emociones en 8 principales: temor, sorpresa, tristeza, repugnancia, enojo, expectativa, alegría y aceptación.

Las emociones desempeñan una función adaptativa, son necesarias para supervivencia: por ejemplo, el miedo sirve para alertar de posibles peligros, la tristeza es la expresión de un pesar que facilita la compasión o el apoyo de los demás, la culpa dificulta la transgresión de las normas éticas, y la ira tiene

un efecto energizante que facilita el adoptar conductas para hacer frente a la frustración, etc. (Salaberría y Echeburúa, 1995).

Según Chóliz (2005), una emoción es definida como una experiencia afectiva, que puede ser agradable o desagradable, implicada en la adaptación social y el ajuste personal. La función adaptativa de las emociones va a depender de la evaluación que la persona haga del estímulo, es decir, del significado que le dé a este y de la respuesta que genere ante el mismo (Moure et al., 2011).

La neurociencia confirma la estrecha interrelación neural de los procesos cognitivos y los emocionales, reconociendo que son 2 aspectos inseparables de la vida psíquica (Davidson & Irwin, 1999, como se citó en Brusasca y Labiano, 2005). Los componentes centrales de las emociones son las reacciones fisiológicas, como la aceleración del ritmo cardíaco, tensión muscular, etc. (Hernández, 2015). Las emociones perturbadoras tienen un efecto negativo en la salud, favoreciendo de esta manera la aparición de ciertas enfermedades, haciendo más vulnerable el sistema inmunológico, lo que imposibilita su correcto funcionamiento. Contrariamente, las emociones positivas representan un beneficio para nuestra salud, ya que ayudan a soportar las dificultades de una enfermedad y facilitan su recuperación (Moure et al., 2011).

La importancia del aprendizaje emocional en los primeros años de vida, así como la integración de lo cognitivo con lo emocional y lo conductual están relacionadas con el lóbulo frontal; existe mayor activación de la corteza prefrontal izquierda ante imágenes emocionalmente positivas. La amígdala es una estructura doble encontrada en ambos hemisferios, en la región media del cerebro, activándose en la percepción y manifestación del miedo. El hipocampo se involucra en la evaluación del entorno, en relación con los sucesos, y es afectado con estados depresivos prolongados (Brusasca y Labiano, 2005).

De acuerdo a Buck (1985, como se citó en Brusasca y Labiano, 2005), existe un sistema fisiológico innato (sistema biológico), espontáneo y primitivo que reacciona de manera involuntaria ante los

estímulos emocionales. Pero también hay un segundo sistema interactivo llamado Cognitivo Cortical Adquirido, el cual reacciona según los significados simbólicos construidos. Ambos sistemas se combinan para un funcionamiento emocional adaptativo.

Las personas que tienen una alta atención a sus emociones poseen un mayor procesamiento emocional, de lo contrario aparecerán pensamientos rumiativos (obsesivos) y estados emocionales negativos (Fernández, Berrocal y Ramos – Díaz 2005, como se citó en Moure et al., 2011).

La inhibición o supresión de emociones negativas intensas provocadas por eventos significativos puede tener efectos muy adversos en la salud, produciendo alteraciones fisiológicas y aumentando la vulnerabilidad del organismo al desarrollo de ciertas enfermedades (Gross & Levenson, 1997, como se citó en Barra, 2005).

Las enfermedades respiratorias también se han vinculado a factores emocionales, así lo menciona Carmona (1974, como se citó en Vargas, 2013):

El sistema respiratorio participa activamente en la expresión emocional. La gente suspira por tristeza, ansia o desagrado. En el suspenso o sorpresa hay detención de la respiración; durante el grito de terror y los sollozos hay alteraciones de la actividad respiratoria. (p. 18)

Al mismo tiempo, la incapacidad de lidiar con reacciones, puede llevar a una pobre regulación emocional 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 que resulte estresante (Suarez, Khun, Schanberg, Williams & Zimmerman, 1998, como se citó en Becoña, 2005).

Se habla de las emociones como tendencias específicas de acción, aunque es más válido para las emociones negativas que para las positivas; un estado emocional negativo lleva a la persona a actuar particularmente de una forma defensiva u ofensiva. Debido a esto, se ha hablado de la importancia

terapéutica que tiene el desarrollo de la capacidad autorregulatoria (inducir emociones positivas para alterar los estados emocionales negativos, Brusasca y Labiano, 2005).

El modelo de Fredickson (2000, como se citó en Brusasca y Labiano, 2005) menciona que las emociones negativas reducen el repertorio de pensamiento y acción, mientras que las emociones positivas los amplían, construyendo recursos personales estables, tanto físicos, como intelectuales y sociales que, a corto y largo plazo, van a beneficiarnos.

Las emociones positivas pueden prevenir y tratar estados ansiosos y depresivos, pues optimizan la salud y el bienestar; de la misma forma, la inducción de respuestas incompatibles con la ansiedad, la ira, la tristeza, como lo son, la alegría, la tranquilidad, el amor, etc., resulta efectiva para superar los estados emocionales negativos. Algunas de las emociones positivas desarrollan recursos personales, ampliando el repertorio de pensamiento y acción, como se mencionó anteriormente. Brusasca y Labiano (2005) comentan que algunas de esas emociones y sus implicaciones físicas y sociales son:

- Alegría: inclina a ser más creativo, a jugar. A través de esta emoción se lleva a cabo un desarrollo cerebral importante en la niñez y en el refuerzo de los vínculos sociales. El sonreír provoca sonrisas en los demás, así como aceptación social.
- Interés: lleva a explorar, a abrirse a nueva información, a incrementar la complejidad psicológica del individuo.
- El estar contento: se relaciona con la serenidad, la confianza, la tranquilidad, la autosatisfacción y armonía consigo mismo y con el mundo exterior. Se integran las circunstancias en nuevas percepciones del yo.

El amor, por su lado, es un conjunto de emociones positivas, el cual lleva a jugar, explorar, disfrutar y apreciar las relaciones en contextos de seguridad con los seres amados (Fredickson, 2000, como se citó en Brusasca y Labiano, 2005).

2.3 Psicología

SE DESCONOCE EL NIVEL DE IMPACTO QUE UN PROCESO PSICOLÓGICO TIENE SOBRE EL CUERPO

OSCAR PÉREZ LIBERATO

Las palabras griegas *psyche* y *soma* significan, respectivamente, mente y cuerpo; de ellas deriva el término psicología, aplicado a la influencia de la mente sobre el cuerpo. La psicología habla de la relación entre los factores psicológicos y los fenómenos fisiológicos en general, es decir, hace hincapié en los aspectos psicosociales de las enfermedades (Lemos et al., 2008).

De acuerdo a Martínez (2011, como se citó en Pérez 2015) se habla de psicología cuando diversos factores (genéticos, familiares, socioculturales, cognitivos, emocionales, etc.) interactúan y contribuyen a la aparición de un trastorno físico; la psicología estudia las relaciones entre fenómenos biológicos, sociales y psicológicos.

Para Hernández (2015) “las enfermedades psicológicas aparecen posterior a la vivencia de un conflicto emocional” (p. 19) Las emociones como la frustración, el temor, la tristeza, la depresión o el coraje son aprendidas a medida que el ser humano se desarrolla; estas emociones generan conflictos emocionales que el humano no alcanza a entender.

El cuerpo ha sido y es el vehículo que transforma lo no dicho en queja, aunque conscientemente una persona no se sepa qué es lo que lo aqueja, el cuerpo siempre enviará un mensaje de alerta cuando

los malestares no encuentran salida a través de las palabras, recurriendo a las dolencias físicas que necesitan ser escuchadas y, posteriormente, abordadas (Vargas, 2013).

Hay que destacar que “para que se califique actualmente de ‘psicosomática’ a una dolencia suele ser que la semiología no haya permitido atribuirle una etiología orgánica o biológica exhaustiva, clara y suficientemente específica para ser reconocida como explicación científica válida y completa” (Courel, 1996, como se citó en Vargas, 2013, p. 7).

La medicina psicosomática resultó, a principios de los años 1920, de los intentos para identificar los factores psicológicos específicos que se creía que jugaban un papel fundamental en el desarrollo de enfermedades somáticas específicas. Esta disciplina fue definida por Weiner (1985, citado en Becoña 2005) como "una aproximación a la enfermedad que se basa en la hipótesis y observación de que los factores sociales y psicológicos juegan un papel en la predisposición, desencadenamiento y mantenimiento de muchas enfermedades" (sección de Medicina psicosomática, párrafo 7).

Herrera y Chaparro (2008, citados en Calderón, 2019) mencionan que las personas aun padeciendo las mismas enfermedades o dolencias tienen un proceso de construcción de la enfermedad diferente, pero uno de los mayores errores de la medicina es generalizar los síntomas, dando a todos el mismo tratamiento sin considerar que no hubo el mismo proceso. Por lo que la medicina no es suficiente para entender el proceso de construcción de todas las enfermedades, pues pierde de vista la humanidad del paciente.

Para el psicoanálisis, lo psicosomático se entiende como síntomas que no tienen relación directa con procesos orgánicos, sino que el inconsciente es el origen y de él emerge la manifestación orgánica; al no cubrir sus deseos de forma inmediata se generará displacer que más tarde afectará a los órganos

(Pérez, 2015). Para Melho (citado en Vargas, 2013) “toda enfermedad humana es psicosomática, ya que incide en un ser siempre provisto de soma y psiquis, inseparables, anatómica y funcionalmente” (p. 22).

La psicosomática habla de la necesidad de proponer al cuerpo como una totalidad, un espacio de manifestaciones psíquicas, productor de conductas, una entidad biológicamente activada que se encuentra inmersa en una realidad socio-cultural, portadora de herencias en términos generacionales; habla de entender qué hay detrás de esa fiebre o una simple tos, los cuales pueden ser indicios de una enfermedad mayor debido a una constante emocional, personal o familiar (Pérez, 2015).

Si nos referimos a las enfermedades psicosomáticas, hablamos de que el inconsciente manifiesta, con síntomas somáticos, que no está de acuerdo con lo que pasa en su vida, logrando de esa forma satisfacer la necesidad de mitigar la energía psíquica (Hernández, 2015).

2.4 Funciones de los órganos

Las emociones tienen una estrecha relación con los órganos, pues una emoción se siente y se demuestra en el cuerpo al desatar diversas reacciones bioquímicas que llegan a estimular o inhibir algunas secreciones de sustancias. Las respuestas emocionales no son negativas en sí, pero cuando no son procesadas o resueltas y se conservan de manera prolongada pueden afectar a los órganos generando enfermedades (Herrera y Chaparro, 2017). Es bien sabido que para equilibrar el funcionamiento del cuerpo es importante tomar en cuenta diversos ejercicios y alimentos, sin embargo, se deja de lado el hecho de que las relaciones, las emociones, la cultura, el espíritu, etc., son parte fundamental para lograr ese equilibrio (Colin, 2017).

Para López-Ramos (2011, como se citó en Pérez, 2015) se conceptualiza al cuerpo como unidad órgano-emoción como consecuencia del proceso histórico-social, el cual puede complejizarse si se le suman los hábitos alimenticios, las relaciones familiares, los ancestros, etc. Toda enfermedad se construye

en relación con las enseñanzas y estilos de vida-emocionales, manteniendo el *factor* que puede llegar a deteriorar un órgano o permitir la aparición de un patógeno.

A su vez, el funcionamiento de los órganos va a estar relacionado con los procesos emocionales, por lo que una emoción puede hacer cambios en el cuerpo y viceversa, estos cambios en el cuerpo o en los órganos pueden responder a una situación en específico (condicionalidad) o de acuerdo con la memoria corporal (Herrera et al., 2007).

Platón afirmaba que "todas las enfermedades del cuerpo proceden de la mente o del alma" (Moreira et al., 2005, en sección Estrés). Dependiendo de la historia personal, los sufrimientos se instalarán en un órgano específico, provocando un deterioro en el cuerpo, tal como lo mencionan Herrera et al. (2007): "un padecimiento es la expresión corporal compleja de un individuo ... esto significa que los mecanismos de construcción interna pueden ser alterados ... por una emoción o un sufrimiento" (p.35). Se puede hacer una lectura del estado interno del cuerpo a través de indicadores externos como lo son la piel, la dentadura, los ojos, las orejas, la lengua, etc., ya que existe una correlación entre un órgano y estos indicadores externos (Pérez, 2015).

Es conveniente en este punto mencionar 3 momentos importantes en la historia de la alimentación en México, las cuales son explicadas por Herrera y Chaparro (2017): en primer lugar, está la época prehispánica, donde los principales alimentos eran maíz, calabaza, chile, jitomate, frijol, amaranto, papaya, aguacate, camote, nopales, jícamas, pápalo, epazote, tunas, poca carne de animales, insectos, pulque, etc.

El segundo momento es la Conquista, donde los españoles mezclaron la dieta de los aztecas con arroz, leches, cerdos, aceite, ajo, vinagre, azúcar, trigo, reses, etc. El tercer momento es la época moderna

y la postmodernidad, donde se encuentran tacos de carne, bebidas alcohólicas, alimentos instantáneos, fritos, panes, caracterizada por las “comidas rápidas”.

¿La manera en la que cambió la dieta para los mexicanos tiene relación con estas enfermedades? y, ¿cuál es su relación con las emociones? Perlmutter (2019) comenta que los cambios alimenticios que ha habido en el último siglo, de pasar a una dieta alta en grasa y baja en carbohidratos a una que es baja en grasas y alta en carbohidratos, son el origen de malestares modernos ligados al cerebro, incluidos la cefalea, la ansiedad, la depresión, la epilepsia, los trastornos motores, la esquizofrenia y el TDAH.

Menciona también que el trigo integral, el cereal integral, el multigrano, los siete granos, el grano vivo, el grano con piedra, entre otros, son los principales males alimenticios modernos, además de las harinas refinadas, las pastas y el arroz, que pueden provocar disfunciones cerebrales, acelerando el proceso de envejecimiento empezando desde dentro. Y no es porque el trigo sea dañino por sí mismo, pues es bien sabido que nuestros ancestros lo consumían en grandes cantidades, pero debido a la hibridación y la tecnología genética modernas, 89 kilos de trigo consumido no tienen similitud genética, ni estructural, ni química alguna con el trigo de hace más de 500 años.

Asegura también que el daño inicial observable a consecuencia de los cereales va a manifestarse en dolores de cabeza y una ansiedad inexplicable, y que puede llegar a progresar hasta detonar trastornos como la depresión y la demencia. Haciendo hincapié en que un cambio en la dieta puede eliminar la depresión, aliviar la fatiga crónica, extinguir el comportamiento obsesivo compulsivo y curar afecciones neurológicas como el trastorno bipolar.

No somos completamente “libres” al elegir los alimentos que consumimos, pues estos van a tener un impacto en el cuerpo, en los órganos, siendo quienes desatan un deseo que nos domina, dando como resultado una predilección por un tipo de alimento determinado, un olor, un sabor e incluso una emoción (Colín, 2017).

Tal como comenta Northrup (1999, sección La energía de la Tierra), las filosofías orientales tradicionales describen la profunda interacción entre la energía de la Tierra y el cuerpo físico humano; Michio Kushi señala que la fuerza centrípeta de la Tierra que sube por los pies está presente en los hombres, así como la fuerza del cielo que baja y entra por la cabeza, está presente en las mujeres.

Los factores emocionales y psíquicos afectan al cuerpo y sus centros energéticos: los chakras. Estos centros energéticos conectan con nuestros nervios, hormonas y emociones. El sistema energético del cuerpo contiene información para el crecimiento, desarrollo y reproducción del cuerpo físico. Cada uno de los 7 chakras está asociado con sistemas orgánicos y estados emocionales concretos, también activando o debilitando por las propias creencias y sentimientos.

El séptimo chakra puede encontrarse en cualquier sistema orgánico. Tiene relación con la conexión con Dios o con una fuente universal de energía. Dentro de las disfunciones físicas relacionadas con este chakra, se encuentran la esclerosis múltiple, parálisis cerebral, o cualquier enfermedad que ponga la vida en peligro.

El sexto chakra se localiza en el cerebro, los ojos, los oídos, la nariz y la glándula pineal. Encargado de la percepción, los pensamientos (ambos hemisferios), la moralidad (conservadora o liberal) y las represiones o inhibiciones. Algunas de sus disfunciones son tumores, hemorragias cerebrales, ceguera, sordera, vértigo, zumbidos en los oídos, Parkinson, ataques epilépticos.

El quinto chakra se encuentra en la tiroides, la tráquea, las vértebras cervicales, la garganta, la boca, los dientes y las encías. Este chakra está a cargo de la comunicación (hablar y escuchar), sentido de la oportunidad (precipitarse o esperar) y la voluntad (o sumisión). Tiene como consecuencias la bronquitis, la ronquera, la irritación crónica de la garganta, úlceras bucales, problemas de encías, problemas en la

articulación, problemas en los discos cervicales, dolor crónico del cuello, problemas de la tiroides, inflamación de los ganglios y laringitis.

Dentro del corazón, los pulmones, los vasos sanguíneos, los hombros, las costillas, los pechos, el diafragma y la parte superior del esófago, se encuentra el cuarto chakra, que posee la expresión emocional (expresar y resolver sentimientos), la capacidad para establecer relaciones de compañerismo recíproco (saber dar y recibir), para intimar con otras personas y para estar solo. Enfermedades como la arteria coronaria, el infarto de miocardio, la hipertensión las arritmias cardíacas, el dolor de pecho, el prolapso de la válvula mitral, el asma, las alergias, el cáncer de pulmón, la neumonía, los problemas en la parte superior de la espalda y los hombros y el cáncer de mama, son algunas de las disfunciones físicas para este chakra.

Los 3 últimos chakras van a estar enfocados mayormente en las mujeres. El tercer chakra, por su parte, se encuentra en el abdomen, en la parte superior de los intestinos, en el hígado, la vesícula biliar, la parte inferior del esófago, el estómago, los riñones y páncreas, glándulas suprarrenales, el bazo y la parte media de la columna. Encargado de la autoestima, la autoconfianza y el respeto por uno mismo; la sensación de capacidad o inferioridad, responsabilidad o irresponsabilidad, abuso de sustancias adictivas, agresividad o estar a la defensiva, competitividad (ganar o perder), territorialidad, miedo a tomar decisiones. Puede llegar a ocasionar úlceras gástricas o duodenales, problemas de colon o intestinales, colitis ulcerosa, gastritis, pancreatitis, diabetes, estreñimiento, diarrea, indigestión (crónica o aguda), anorexia y bulimia, disfunción hepática, disfunción suprarrenal.

El segundo chakra está ubicado en el útero, los ovarios, la vagina, el cuello del útero, el intestino grueso, las vértebras inferiores, la pelvis, el apéndice y la vejiga. A cargo de las ambiciones equilibradas con respecto a la sexualidad, el dinero y las relaciones. La capacidad para crear, con otras personas. La creatividad. Las relaciones dinámicas (dependencia o independencia). Provocando problemas

ginecológicos, como dolor pelviano o infecundidad. Dolor en la parte inferior de la espalda, trastornos sexuales, problemas urinarios, apendicitis.

Y, finalmente, el primer chakra será aquel que ofrezca soporte al cuerpo físico, a la cadera y a la columna. También encontrado en las articulaciones, la sangre y el sistema inmunitario. Su tarea es mostrar seguridad en el mundo (saber cuándo desconfiar y cuándo confiar), saber sentir miedo o no sentirlo, equilibrio entre independencia y dependencia. De lo contrario causaría problemas crónicos en la columna: dolor de espalda, ciática, escoliosis. Cáncer o tumores rectales, cansancio crónico, fibromialgia, enfermedades autoinmunes, artritis, problemas en la piel.

Similar a lo estipulado por Northrup, Herrera y Chaparro (2017), hablan de las funciones de cada órgano y de la energía que pasa por cada uno de ellos; cada órgano va a intervenir en el carácter de la persona, así como de su personalidad:

En la visión China, el cuerpo se divide en 2 partes: Yin y Yang, donde hígado, corazón, pericardio, bazo-páncreas, pulmones, riñones y vesícula biliar forman el Yin, mientras que el intestino delgado, calentador triple, estómago intestino grueso y vejiga, forman parte del Yang. Los primeros producen, transforman y almacenan diferentes tipos de energía, mientras que los segundos son huecos y tienen como función la digestión de alimentos y la eliminación. Los órganos llamados extraordinarios son el cerebro, el útero, la médula, los huesos, los vasos sanguíneos y la vesícula biliar. Las causas de la enfermedad se deben a: el calor, el fuego, la sequedad, el frío, la humedad y el viento, los cuales provocan un desajuste Yin Yang ocasionando una disfunción energética.

El hígado es el encargado de descomponer, almacenar y reconstruir la materia. Almacena la sangre y regula la circulación y distribución de la Energía Vital; los estados de ira lo dañan (Yang), la carencia de energía se hace presente y comienza a quemar, provocando agresividad y ascendiendo en pequeñas descargas hasta llegar al corazón, produciendo migrañas, dolor de cabeza, mareo y confusión

mental. Si la irritabilidad no se expresa se puede convertir en frustración, mientras que la energía equilibrada favorece una personalidad con gusto por el crecimiento y aporta una visión clara del futuro con capacidad para planear. Su labor más importante es proteger al corazón somatizando los excesos de las emociones.

El intestino delgado protege al pericardio; el equilibrio de la energía cardíaca provoca un estado de serenidad, pero si se provoca un desequilibrio se origina sobreexcitación, humor variable, euforia y puede provocar histeria. La energía fluye de manera lenta provocando palpitaciones, taquicardias, nerviosismo e insomnio; toma conciencia de los acontecimientos de la vida y equilibra los sentimientos para expresarlos con sinceridad, respectivamente. El corazón impulsa la circulación sanguínea y el intestino delgado tiene la función de almacenar, absorber y evacuar, así como separar los desechos de los nutrientes, también asimila e interpreta los estímulos emocionales que recibe del cuerpo, protegiendo, de esta forma, al corazón (Herrera y Chaparro, 2008, como se citó en Calderón 2019).

El bazo-páncreas se localiza en el centro del tronco, regula la transformación de la Energía Vital, controla el tejido muscular y emerge en la boca. La energía es estabilizada con ayuda de la energía del estómago; existe conexión entre la preocupación crónica y las úlceras e indigestión. Cuando el bazo-páncreas se encuentra vacío, se desarrolla preocupación y ansiedad manteniendo la mente ocupada en algún problema que puede llegar a la obsesión. El desequilibrio aumenta la tolerancia y el individuo se aísla, también perjudica la indigestión, provoca dolor abdominal y una personalidad con sentido de la realidad; dentro de este se encuentra el pensamiento lógico y la razón, la reflexión, la memoria y la crítica constructiva.

Los pulmones son la casa del instinto (Po), regulan la Energía Vital, la respiración y el tránsito de agua en el cuerpo; el equilibrio en la energía alimenta la integridad y la dignidad, el individuo demuestra dignidad y honorabilidad, así como un gran sentido del deber, y con desajustes de energía, se dañan los

pulmones y la respiración se inhibe, provocando una respiración entrecortada en momentos de ansiedad, aflorando la tristeza, la melancolía y el sufrimiento. Tanto los pulmones como el intestino grueso son los encargados de eliminar del organismo lo que éste ya no necesita (Herrera y Chaparro, 2008, como se citó en Calderón, 2019).

Finalmente, los riñones controlan la reproducción, el crecimiento y el desarrollo, y controlan el tejido óseo. Son los primeros órganos que se forman en el cuerpo de manera posterior a la fecundación del óvulo por parte del espermatozoide, por lo que son el lugar donde se atesora la energía que se adquiere por la respiración y la alimentación. La vejiga está asociada a los riñones, el miedo provoca la evacuación inmediata debido al desajuste de la energía. Todas las fobias son miedos cuyo origen está en la disfunción energética del riñón. Si la energía renal es débil, aparece la timidez y el miedo de todo y de todos. También puede provocar la disminución de la libido. Los riñones son la casa de la intención y la volición, así como de la libido. Cuando una emoción persiste en extremo, afecta al hígado por ser el primer órgano Yin, después al resto de estos, debilitando todo el organismo y desencadenando un malestar emocional, físico y mental.

Cuando se rompe el equilibrio del sistema aparece el trastorno, y el sistema repercute en todos los niveles del individuo. Las emociones provocan reacciones fisiológicas como cambios en el ritmo cardíaco, en el sistema nervioso y en la presión sanguínea, desajustes en la respiración y alteraciones en la digestión. Cuando estas emociones se vuelven crónicas dañan la energía del órgano relacionado (Herrera y Chaparro, 2017).

Es necesario comprender... que el cuerpo siempre dice la verdad, incluso más que la razón, más que la cabeza, más que los sentimientos, todo está escrito en la memoria corporal; la cabeza puede engañar al médico, la emoción puede engañar al psicólogo, pero el cuerpo leído sin fragmentos no puede engañar a nadie, es como un documento. (Colin, 2017, p. 242)

Sánchez y Guerrero (2017, citados en Calderón, 2019) retoman el postulado de Alexander en 1950, el cual menciona que los trastornos psicósomáticos aparecen cuando los afectos o emociones no pueden expresarse normalmente; cuando la energía en el organismo permanece encerrada de forma crónica, produce la disfunción de los órganos.

Baeza, Bulbuena, Fénetrier & Gely (2011, como se citó en Calderón, 2019) mencionan en su artículo algunas de las enfermedades psicósomáticas más comunes descritas en la literatura:

- Sistema digestivo: colon irritable, enfermedad gastrointestinal caracterizada por alteraciones del ritmo intestinal, estreñimiento, diarrea y dolor abdominal. Se ha observado que el malestar emocional produce en el aparato digestivo un aumento de la irritabilidad colónica.
- Sistema respiratorio: Asma, una enfermedad respiratoria de la vía aérea caracterizada por episodios repetitivos de “silbidos”, sensación de ahogo, opresión en el pecho y tos. Faringitis, inflamación de la mucosa que reviste la faringe, produciendo dolor al tragar, inflamación de las amígdalas y fiebre.
- Sistema nervioso. Cefalea de tensión, dolor continuo ubicado en la parte alta de la cabeza, vinculado con una contracción sostenida de los músculos de la cabeza y el cuello. La jaqueca o migraña se siente de un lado de la cabeza, acompañado de náusea y vómito. La frecuencia de los desórdenes afectivos es 3 veces mayor entre quienes sufren jaqueca que entre la población general. La fatiga crónica, entendida como un estado de cansancio crónico de más de 6 meses de duración acompañada de cefaleas, estado depresivo, insomnio o hipersomnia, sin que exista un decadente inicial, puede ser asociada con trastornos psiquiátricos (Wessely, Chalder, Hirsch, Wallace & Wrigth, 1996, como se citó en Calderón, 2019).

- Sistema endocrino: El hipotiroidismo tiene su base en un proceso autoinmune, y es un síndrome en donde existe un menor efecto de las hormonas tiroideas. Algunas de sus manifestaciones son fatiga, letargia, estreñimiento, intolerancia al frío, rigidez y contracturas musculares.
- Aparato locomotor: Artralgias (dolores articulares) y lumbalgia, han sido asociados con estados ansiosos, siendo muy frecuentes en la población actual.

Kroenke (2003, como se citó en Calderón, 2019) menciona que el 80% de la población general tiene algún síntoma somático en un mes, pero solo el 25% llega a consultarse. Incluyendo el dato sobre que más del 70% de los pacientes con gastritis son mujeres, muchas de las cuales tienen una historia de abuso físico o psicológico. Estas personas refieren una historia prolongada de dolor abdominal (mayor a 6 meses), que es difuso y se describe en términos vagos y extraños que no corresponden a la fisiología normal.

2.5 Enfermedades crónico – degenerativas

CURAR LA ENFERMEDAD DESPUÉS DE QUE HA APARECIDO ES COMO CAVAR UN POZO CUANDO UNO

TIENE SED

HUANGDI NEI JING

En el momento en el que la sociedad crecía rápidamente, el cuerpo perdió su equilibrio emocional, así que los órganos intentaron encontrar ajustes para enfrentar la presión social, y uno de estos recursos son las enfermedades crónico – degenerativas, las obsesiones, el temor, u otras alteraciones emocionales (Chaparro et al., 2007).

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 & Butcher, 2004, como

se citó en Moreira et al., 2005). Un punto importante de padecer alguna enfermedad crónica – degenerativa es conocer por qué se establece en un órgano u órganos específicos para poder comprender su razón de estar ahí, aunque en la mayoría de los casos no significa algo negativo (a menos que se deje desarrollar), el cuerpo, a su modo, trata de indicar al sujeto aquello que se encuentra en desorden en su vida cotidiana, con la intención de que logre detectarlo y cambiarlo (Herrera et al., 2007).

En gran medida las respuestas regulatorias alteradas responsables de las manifestaciones de varias enfermedades pueden ser provocadas, aumentadas o quizá inhibidas por una variedad de variables denominadas genéricamente factores no específicos; así como por los comportamientos individuales, e incluso por la forma en que una persona interpreta o maneja sus relaciones humanas y experiencias vitales (Wolf, 1996; Sternberg, 2000, como se citó en Domínguez et al., 2005), es decir, por factores cognoscitivos y emocionales.

López (2017, sección La metodología) establece que los puntos de conflicto o armonía pueden dar respuesta a las enfermedades crónicas ya que lograron desarrollar un principio de vida erróneo, por lo que es necesario explorar dónde y cuándo se rompieron esos puntos. En algunos casos, cuando la experiencia vivida es muy fuerte, el cuerpo parece quedarse en pausa, así que la experiencia permanece en ese tiempo y espacio, provocando que el cuerpo no haya fluido o lo haya dejado ir, es ahí cuando comienza a enfermar.

Hernández (2015) establece que las situaciones de tensión emocional prolongada producen la disminución de las defensas inmunológicas, dando como resultado estas enfermedades degenerativas que pueden llegar a afectar un órgano e incluso la función del mismo en el cuerpo.

A nivel digestivo, se encuentra el colon irritable o síndrome de intestino irritable, úlceras, neurosis gástricas, espasmo de píloro (obstrucción del alimento hacia el intestino delgado), constipación, diarrea

psicógena, meteorismo (distensión abdominal por gases), dolor abdominal crónico funcional, globo histérico (sensación de un bulto en la garganta), etc.

En cuanto a los síntomas respiratorios, se puede presentar asma bronquial, bronquitis, alergias, rinitis alérgica, tos psicógena, hiperventilación, suspiros, ante el factor sorpresa se corta la respiración, la emoción causa una sensación de sofocamiento y los estados de angustia llegan a dar la noción de ahogarse. A nivel del sistema cardiovascular se observa la hipertensión arterial, el infarto de miocardio, hemorragias cerebrales, neurosis cardíaca, astenia neurocirculatoria e hipertensión.

Algunos síntomas genitourinarios pueden llegar a ser algunos trastornos menstruales, así como el vaginismo (contracción de los músculos que rodean la vagina), la dismenorrea psicógena, enuresis (incontinencia urinaria), disfunciones sexuales, paruresis, disuria psicógena, vejiga nerviosa, polaquiuria (aumento de ganas de orinar por la noche).

Los eczemas, la alopecia, psoriasis, dermatitis, acné, picazón intensa, prurito psicógeno o urticaria, hiperhidrosis, vitíligo, sensación de hinchazón, hormigueo, entumecimiento o sensaciones extrañas pertenecen a los síntomas dermatológicos o cutáneos. Finalmente, pueden llegar a presentarse cefaleas tensionales, fibromialgia, torticolis psicógena y otros trastornos de movimientos espasmódicos psicógenos.

La mayoría de las enfermedades anteriores cumplen el propósito del inconsciente, que es “manifestar el desacuerdo ante los conflictos emocionales vividos por la persona que los presenta” (Hernández, 2015, p. 55).

Es por esto por lo que las enfermedades crónico – degenerativas no pueden abordarse sin considerar la dualidad órgano – emoción, pues muchas veces no se logra encontrar la cura, sino que, al contrario, los síntomas persisten (Herrera et al., 2007). La unidad órgano – emoción se alterará cuando una o varias emociones se hagan constantes hasta el punto de convertirse en dominantes (Zárate, 2017).

La inhibición activa de pensamientos, sentimientos o impulsos asociados con recuerdos dolorosos o traumáticos implica trabajo fisiológico, reflejado en la actividad nerviosa tanto central como autonómica. Esta labor inhibitoria puede ser considerada como un estresor de baja intensidad, pero de carácter acumulativo o crónico, que puede producir o exacerbar procesos psicósomáticos, aumentando, por tanto, el riesgo de enfermedades y otros problemas relacionados con el estrés (Petrie, Booth & Pennebaker, 1998, como se citó en Barra, 2005).

El dolor crónico, se caracteriza específicamente por resistir a los tratamientos, y 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 (Becoña, 2005).

Ya que el dolor crónico 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. Fordyce & Steger (1995, como se citó en Becoña, 2005) consideran que el problema mayor del dolor crónico, no es su intensidad, sino su duración, pues cuando el dolor cesa, volver a un comportamiento saludable puede ser una tarea difícil.

Se ha observado que ciertos estresores potenciales están relacionados con enfermedades cardiovasculares, debido a que la secreción de hormonas durante el estrés parece contribuir en este tipo de enfermedades, ya que incrementan la tendencia de coagulación de la sangre, (si un coágulo se aloja en la arteria coronaria es probable sufrir un ataque cardíaco), elevan los niveles de ácidos grasos libres y triglicéridos que obstruyen las arterias, y aumentan la presión arterial (Moure et al., 2011).

La diabetes, y probablemente otras enfermedades, pueden servir como maestro de vida, por aquello que no tuvo resolución o ajuste desde un principio, mostrando el camino que se debe recorrer; es una crisis necesaria para entender el cuerpo (Zárate, 2017).

3. Pensamientos corporales

Los pensamientos son solo una parte de la sabiduría del cuerpo.

CHRISTIANE NORTHRUP

Un pensamiento es descrito como la capacidad inobservable de planear una conducta posterior; diferentes teorías psicológicas lo describen como un proceso interno, que ocurre en la mente (Melgar, 2000). No puede juzgarse al pensamiento con criterios de observabilidad, puesto que no es una de las características del pensamiento, sino que solo por parte de la experiencia personal es que se puede dar cuenta de su funcionamiento.

Para Piaget, el pensamiento es producto de los encuentros con el medio, al interactuar con un objeto nuevo se activa un esquema (representaciones interiorizadas) que le permite al sujeto asimilar ese nuevo objeto. Por el contrario, para Vigotsky el pensamiento surge a través de un conflicto en el sujeto para la resolución de la situación que es nueva.

Ribes (1990, citado en Melgar, 2000) menciona que el pensar no se refiere a una clase de conducta, sino a un tipo de relación en donde participa la conducta, misma que es transformada para responder a las situaciones por las que se están atravesando: “en el pensar el sujeto transforma las mismas contingencias para él y a las que solo él responde” (en sección Definiciones), lo que después lleva a las respuestas lingüísticas que se incluye como parte del pensamiento, pero no es el pensamiento.

Estas interacciones con el medio forman parte de los conjuntos de relaciones físicas, químicas, biológicas, psicológicas y sociales, teniendo como resultado conductas causantes y causadas por varios factores, y donde el organismo actúa como un todo, físico, químico, biológico y social (Melgar, 2000). Lo que ocurre en el cuerpo de un ser viviente es expresión de una información o concreción de la imagen o idea correspondiente (Dethlefsen y Dahlke, 1983).

A partir del siglo XX, la expresión de las enfermedades comienza a tener importancia psicológica, pues se consideraba que el cuerpo intentaba adaptarse a la realidad en la que vivía, provocando la alteración de varios órganos, que a su vez producía un sufrimiento crónico (Chaparro et al., 2007).

Nuestro cuerpo está influido y de hecho está estructurado por nuestras creencias. Muchas de estas creencias las heredamos de nuestros padres y de las circunstancias en las que fuimos criados y educados; cuando somos adultos, nuestro sistema nervioso funciona para reforzar lo que experimentamos en nuestros primeros años, a no ser que cambiemos conscientemente los efectos de esa programación infantil (Northrup, 1999, sección Comprensión del “cuerpo-mente”).

Resulta importante el hecho de que los cimientos en la infancia hayan sido estables; uno de ellos, y quizá el más importante, es la aceptación incondicional del niño por al menos una persona significativa en su entorno, la cual va a incluir amor auténtico, que significa aceptar sin condiciones a una persona independientemente de su apariencia, salud, comportamiento, etc. Esta aceptación incondicional se ha observado con más facilidad en relaciones informales con familiares y amigos, razón por la cual son importantes las redes sociales de apoyo (Fiorentino, 2005).

Las emociones como producto de reacciones aprendidas en la infancia, están acompañadas de pensamientos específicos, de los cuales vamos a externar aquellos que vayan con la personalidad que queramos mostrar al mundo; si una emoción no ayuda a la adaptación, se experimentará un proceso patológico en su lugar, pues tal como menciona Hernández (2015) “es posible que no se permita expresar sus emociones de manera verbal, sin embargo, de manera inconsciente se expresan a través del cuerpo” (p. 20).

3.1 Psicología Corporal

En 1906 la psicología se instituyó como la ciencia que comenzaría a tratar de comprender el comportamiento humano, encontrando que las personas se sienten vacías debido a la competencia social que va en aumento, intentando llenar ese vacío con sufrimiento y ansiedad. (Chaparro et al., 2007).

Según la psicología, las situaciones emocionales son un factor desencadenante cuando se habla de las enfermedades psicosomáticas. Así lo menciona Hernández (2015): “La aparición misma ... de la enfermedad en el orden somático corporal puede ser inducida por lo psíquico del mismo modo que la enfermedad somática tiene su incidencia en lo anímico y psicológico” (p. 54).

Debido al cambio en la concepción de salud, la Psicología de la Salud comienza a tomar lugar en este campo, interviniendo así los procesos psicológicos en el proceso de salud-enfermedad, donde pueden influenciar la salud física o ser influenciados por la misma (Becoña, 2005, en sección El surgimiento de la psicología de la salud).

La Psicología de la salud tiene el mismo tronco-madre que la medicina, sin embargo, lo que la diferencia de ella son sus respectivas finalidades. Así es que la Psicología de la salud representa la contribución de las diversas disciplinas psicológicas (desde la Psicología Experimental hasta la Psicología Clínica y la Psicología Social), explicado por Belloch y Olabarria (1993) de la siguiente forma:

“La Psicología de la Salud es el conjunto de aportaciones, tanto de tipo educativo como científico y profesional, que proporcionan las diversas áreas psicológicas para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad...” (en sección ¿Psicología clínica versus psicología de la salud?)

Cuando la relación mente-cuerpo se ve alterada debido a conflictos emocionales, sentimientos de ansiedad, baja autoestima, alteraciones funcionales o situaciones de alto impacto emocional, puede

representarse en forma de síntomas o enfermedades psicosomáticas. Sin duda existen sentimientos ocultos detrás de todo síntoma físico, y escucharlos es la mejor manera de mantener la salud equilibrada, al igual que la mente y el cuerpo (Hernández, 2015).

Para Reich (1993, como se citó en Sánchez, 2012), la adaptación social se manifiesta a través del cuerpo al encontrarse en una realidad frustrante que inhibe y rigidiza el placer, provocando impulsos internos y externos que van a definir el comportamiento del organismo vivo. De esa forma, se manifestará en tensión muscular crónica o inhibición respiratoria aquello que la sociedad enseña a no demostrar, causando a su vez el estancamiento de energía en el cuerpo, misma que va a atravesar los órganos al no encontrar modo de salida en el organismo tal como se describió en el capítulo anterior.

El estilo de vida moderno propone un reconocimiento acerca de cómo las reacciones psicológicas negativas o desfavorables, en ocasiones, son las determinantes primarias de ciertos tipos de migrañas, úlceras y otros trastornos gastrointestinales, dolores musculares e inflamaciones, dificultades cardíacas, entre otras dolencias registradas (Moure et al., 2011).

Según Dolto (1984/1999, como se citó en Hernández, 2015), los trastornos psicosomáticos son:

Afecciones funcionales del cuerpo que no se deben a causas orgánicas: no hay infección, no hay en un principio trastornos lesionales; no hay trastornos neurológicos; y, sin embargo, el individuo padece un desarreglo de su salud, sufre. Su cuerpo está enfermo, pero el origen de su desorden funcional fisiológico es un desorden inconsciente psicológico. (p. 50)

Generalmente, las personas prefieren ignorar y/o evitar las situaciones o momentos de emociones negativas excesivas, pero la influencia de esos acontecimientos puede manifestarse en bloqueos emocionales; la energía de la emoción queda atrapada en el cuerpo al no ser capaz de liberarse, causando estrés físico y emocional.

El autor Roberto Navarro Arias (2007, como se citó en Hernández, 2015) menciona que:

El cariño o su ausencia, junto con el grado de y el tipo de estrés que alguien estuvo sometido en sus primeros años de vida, moldean la autoestima y los sentimientos que los hombres y las mujeres tienen hacia sí mismos y hacia el universo que los rodea. (p. 22)

A menudo, un acontecimiento del pasado es la causa del conflicto emocional que se experimenta en el cuerpo y la mente, dando como resultado reacciones exageradas, suposiciones incorrectas o malinterpretar conductas (Hernández, 2015).

Las interpretaciones que hace cada persona a una situación afectan las reacciones emocionales y fisiológicas que las personas experimentan en la exposición a dichas circunstancias (Salas, 2005). Siendo el mismo caso respecto a la percepción, en donde dependiendo de la experiencia de cada persona, va a interpretar los estímulos y/o situaciones que lleguen a sus sentidos, de distinta forma.

Las creencias irracionales provienen de suposiciones no confirmadas por la persona (Ellis, 1995; Dryden, 2009, como se citó en Álvarez, 2014); a medida que se distorsiona la percepción de las personas, también aumenta su malestar emocional. Es importante cuando se utilizan inferencias que puedan reafirmar o desconfirmar estas creencias, pues al lograr desconfirmarlas se vencerá el malestar o perturbación emocional (Wallen, Di Giuseppe & Dryden, 1992; Ellis, 1987a, 1994; Dryden, Neenan, 2004; 2006, como se citó en Álvarez, 2014).

Por tanto, se mencionan 2 grandes consecuencias a nivel físico y psicológico respecto al daño que pueden llegar a ocasionar los pensamientos erróneos que mantenemos acerca de distintas situaciones y/o contextos, la primera es la ansiedad, cuyo impacto en el cuerpo y en la vida diaria puede llegar a ser desastroso. Mientras que la depresión, puede llegar a ser consecuencia de la misma ansiedad, o viceversa.

3.2 Ansiedad y Depresión

Los conflictos emocionales vividos en los primeros años de vida influyen para determinar nuestra personalidad, creando posteriormente hábitos y estilos de vida (Hernández, 2015). Así lo explica Zárate (2017): “El vivir con carencias y conflictos afectivos en la infancia permitió que no se sepa o aprenda a expresar las emociones, construyendo cuerpos que aguantan para no sufrir o que callan para no sufrir” (p. 170), mientras que las doctoras García Fonseca y Cerda de la O (2005, como se citó en Hernández, 2015) explican que “cualquier tipo de violencia sufrida en la infancia o posteriormente, tiene efectos inmediatos y a largo plazo y pueden persistir por mucho tiempo, aún después de que la violencia ha cesado” (p. 29).

Salaberría y Echeburúa (1995), hablan de que las emociones tienen un carácter patológico cuando tienen poca capacidad para adecuarse a distintas situaciones, así como la excesiva intensidad y/o duración de las respuestas emocionales, lo que ocurre en los trastornos de ansiedad donde las emociones se bloquean interviniendo con el funcionamiento normal del cuerpo. Suele haber confusión al momento de diferenciar entre ansiedad, angustia, miedo, pánico y estrés. Las personas con trastornos de angustia con frecuencia perciben no tener suficiente control sobre sus emociones (Salas, 2005).

De acuerdo con los planteamientos de Fernández-Abascal y Palmero (1999) y Le Doux (1999, como se citó en Moure et al., 2011) se activa un proceso en el organismo una vez que detecta algún peligro o amenaza, con el fin de poder controlar la situación o como un producto de la evolución que permite al organismo sobrevivir en entornos hostiles; el miedo es un temor específico y determinado que se produce ante estímulos peligrosos, el pánico es la aparición brusca e inesperada de un miedo profundo que se acompaña de manifestaciones somáticas intensas (palpitaciones, mareos) y anticipaciones cognitivas catastróficas (miedo a morir o a perder el control). Por su parte el estrés es la respuesta de un organismo sometido a un estado de tensión excesiva y permanente.

La ansiedad se entiende como un patrón complejo y variable de conductas caracterizado por sentimientos subjetivos de aprehensión y tensión emocional, asociado a una intensa activación fisiológica acompañada de conductas de evitación y escape, mientras que la angustia es más física, inmovilizante; la ansiedad remite a componentes más psíquicos.

Seligman (1975) y Barlow (2002, como se citó en Salas, 2005) conceptualizan la ansiedad como el resultado de no poder predecir y controlar eventos percibidos como negativos y peligrosos. Dicha falta de control y predictibilidad hace que la persona sienta la necesidad de estar a la defensiva y que experimente una alta reactividad fisiológica. Esta necesidad de estar en guardia se debe a que la persona no sabe cuándo va a afrontar el evento aversivo y además se siente insegura de su capacidad para manejarlo efectivamente.

En la ansiedad los síntomas a nivel fisiológico (taquicardia, mareos, sudoración, rubor, tensión en el estómago, dificultades respiratorias) y cognitivo (preocupación, desmoralización, dificultades en la atención y en la concentración, etc.) interfieren en el desarrollo de la vida cotidiana (Salaberría y Echeburúa, 1995).

La ansiedad se puede definir como una sobreactivación del sistema nervioso. Se caracteriza por una preocupación constante ante una serie de situaciones. Los principales síntomas giran alrededor de una preocupación exagerada, que produce tensión e irritabilidad, lo que llega a ocasionar problemas de concentración o problemas para mantener o conciliar el sueño. De igual forma, pueden presentarse síntomas físicos, como dolores de cabeza, mareos, palpitación, tensión muscular, temblores, dolores abdominales y sudoración (El Sahili, 2010).

Los síntomas que pueden llegar a provocar en nuestros sentidos son visión doble e incluso ceguera, y afonía (estas últimas 2 en casos extremos). En el sistema circulatorio se producen palpitaciones y taquicardias. En el sistema respiratorio se pueden tener sensaciones de ahogo, dolor u opresión en el

pecho. En el sistema digestivo produce resequedad de boca, sensación de atragantamiento, náuseas, vómito, diarrea, etc. En el sistema osteomuscular es común que provoquen tensión y/o dolor muscular, cansancio, fatiga, etc. (Hernández, 2015).

Según López (1999, como se citó en Moure et al., 2011), las personas que experimentan ansiedad crónica, prolongados periodos de tristeza y pesimismo tienen el doble de probabilidades de contraer enfermedades como: asma, dolores de cabeza, problemas cardíacos, etc., siendo estas reacciones psicológicas negativas las causantes de dolores musculares e inflamaciones, problemas gastrointestinales, migrañas, etc. La ansiedad influye, principalmente, en el desarrollo de enfermedades infecciosas como resfriados, gripes y herpes. Estamos constantemente expuestos a estos virus y normalmente nuestro sistema inmunológico los combate, sin embargo, en presencia de la ansiedad las defensas fallan.

La aparición de un tipo u otro de ansiedad depende de diferentes variables, como la personalidad, las estrategias de afrontamiento con las que se cuente y el apoyo social/emocional que ayude a modular la ansiedad que se experimenta. La ansiedad como *trastorno primario* es aquella en donde se desarrollan secundariamente otros síntomas, como los depresivos; por otro lado, si la ansiedad es un trastorno secundario quiere decir que es consecuencia de otro problema.

Las personalidades ansiosas se caracterizan por un temperamento temeroso, por la indecisión y por una tendencia a postergar o evitar situaciones comprometidas: su vida es caracterizada por la impaciencia, la dependencia emocional, inseguridad personal y la introversión. Anteriormente se mencionó que los pensamientos irracionales son suposiciones no confirmadas, lo cual llega a ser característica importante de los trastornos de ansiedad, al existir la tendencia de pensar en las posibles consecuencias negativas de distintas situaciones (Salaberría y Echeburúa, 1995).

Hernández (2015) menciona que la ansiedad también se encuentra en diferentes trastornos que tienen en común la sintomatología física y/o psicológica; uno de ellos es la agorafobia, en donde existe un

temor a encontrarse fuera de casa o situaciones donde deba mezclarse con las personas, desde viajar en autobús hasta tener que hacer contacto verbal con alguien más. Estas situaciones van a ser evitadas por la persona ansiosa, con el fin de evitar un malestar ansioso significativo, o se puede recurrir a la presencia de alguien conocido para poder afrontarlas.

En cuanto a la fobia, se habla de un temor persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específica, la lista de ejemplos es variada como variadas son las personas y sus temores, pero algunos ejemplos de ello serían: volar, encontrarse en un precipicio, los animales, administración de inyecciones, etc. Una vez que la persona es expuesta al estímulo fóbico, se produce una respuesta ansiedad inmediata que puede llegar a convertirse en una crisis de angustia, interfiriendo de esa forma con la rutina de una persona, con sus relaciones laborales, académicas o sociales, hasta el punto de provocar un malestar clínicamente significativo.

En los ataques de pánico existen síntomas o malestares intensos, provocados por la aparición temporal de miedo. Algunos de los síntomas se presentan de la siguiente manera: palpitaciones aceleradas, elevación de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblores, sensación de ahogo, opresión en el pecho, náuseas, inestabilidad, mareo o desmayo, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, sensación de entumecimiento u hormigueo, escalofríos, entre otros. En algunas ocasiones, este fenómeno se presenta posterior a eventos de violencia, en donde la víctima presenta sensaciones desagradables que la orillan a evitar conductas que pudieran llegar a provocar violencia.

Por otro lado, una obsesión se caracteriza por pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno de manera intrusiva e inapropiada, causando distintos niveles de malestar o ansiedad; la persona va a intentar ignorar o suprimir estos pensamientos o imágenes, queriendo eliminarlos mediante otros pensamientos. Por otro lado, las

compulsiones se definen en comportamientos como: lavado de manos en exceso, poner objetos en orden, comprobaciones repetidas, etc. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción de un posible malestar o acontecimiento negativo, pero resultan evidentemente excesivos.

Estas obsesiones y compulsiones, como puede observarse, provocan un malestar clínico significativo, una pérdida de tiempo e interferencias en la rutina del individuo, así como en sus relaciones laborales, personales y académicas (Hernández, 2015).

De igual forma, el estrés postraumático resulta al haber estado expuesto en un acontecimiento traumático (muertes, amenazas, accidentes) y haber respondido con temor u horror intensos. Cuando el acontecimiento traumático es reexperimentado a través de recuerdos en donde se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones, incluso sueño, el individuo tendrá la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo nuevamente, llevándolo a tener alucinaciones o episodios disociativos de flashback al despertar.

Finalmente, existe la ansiedad por separación, en donde se experimenta una ansiedad excesiva referente a su separación respecto del hogar o personas con quienes está vinculado afectivamente; se presenta una preocupación excesiva por la pérdida de las principales figuras vinculadas, desde ir a la escuela o a otro lugar por miedo a la separación hasta sentir un gran temor porque a la figura vinculada le suceda algo (Hernández, 2015).

La ansiedad provoca diversos malestares, sociales, académicos, laborales, en donde la persona ansiosa va a optar por limitar las actividades que realizaba y su contacto con personas cercanas. Aparentemente no existe razón concreta ni generalizable que pueda explicar de dónde proviene la

ansiedad, pues va a depender de diferentes factores, pero no hay una respuesta específica al respecto (Salaberría y Echeburúa, 1995).

Por otro lado, se encuentra el vacío existencial mencionado por Frankl, el cual radica en la incapacidad del hombre en encontrar un ideal o finalidad en la vida, que le lleve a decirse a sí mismo que vale la pena vivir sin importar las circunstancias favorables o adversas con las que se pueda encontrar (Rodríguez, 2004). Pudiendo llegar incluso al conformismo (hacer lo que los demás hacen) o el totalitarismo (hacer lo que los demás quieren que haga).

Una persona con vacío existencial, va a cargar con frustración, desdicha, aburrimiento e incluso apatía; puede presentarse en distintas etapas de la vida, y puede llegar a relacionarse con la depresión, suicidio, adicciones y devaluación de sí mismo. Al no encontrar sentido a la existencia, esta comienza a volverse monótona y rutinaria, de modo que intenta ocultar ese vacío manteniendo un estilo de vida acelerado para evitar estar en contacto consigo mismo; otra manifestación de esta angustia existencial es la promiscuidad, pues la sexualidad llega a ser gratificante y satisfactoria aún sin incluirse amor, de esta manera el placer se convierte en la suprema intención; la calidad de vida sexual es pobre, e intenta compensar el gran vacío interno con cantidad, teniendo como consecuencia la insatisfacción. De igual forma, las adicciones son una muestra de falta de sentido en donde la persona se va a encerrar en los sentimientos proporcionados por estupefacientes con el fin de evitar la realidad que no se atreve a vivir (Rodríguez, 2004).

Tatossian (1979, como se citó en Segovia, 2014) habla acerca de que la tristeza es una experiencia normal, a menudo relacionada a una pérdida, que no invade toda la vida mental de una persona, de modo que permite distinguir la diferencia entre “mí mismo y mi tristeza”.

En la melancolía, el paciente presente una imposibilidad de estar triste, alegre o de tener cualquier otro afecto, es decir, son incapaces de sentir algo; usualmente es debida a una alteración global del estado de ánimo en donde los melancólicos carecen de intencionalidad (Fuch, 2010, citado en Segovia, 2014), lo que puede llevarlos a no tener energía para moverse, realizar sus actividades, ni sentirse atraído por el mundo exterior. Incluso experimentan sensaciones dolorosas como opresión en el pecho o disminución de la motricidad; se encuentran características como falta de reactividad, alteraciones del apetito, agitación psicomotora, empeoramiento matutino, culpa excesiva, inhibición psicomotora (Jiménez, 2005).

Por otra parte, la depresión es un estado que se encuentra asociado con sentimientos de desesperanza, derrota o frustración; los síntomas van de menor a mayor fatiga, irritabilidad, indecisión e ideas suicidas (Sime, 1984, como se citó en González y Márquez, 2013).

Las causas de la depresión pueden ir desde eventos catastróficos (muerte de un ser querido), baja autoestima, ansiedad crónica y estrés hasta consecuencias biológicas para el cerebro a causa de la diabetes, la tiroideas, hepatitis, etc. También los estilos de personalidad son importantes cuando se habla de depresión, pues una persona que recibe comentarios negativos del resto o mantiene pensamientos pesimistas, así como un sentimiento de poco control de la propia vida puede predisponerse a padecer depresión (González y Márquez, 2013).

Una estructura depresiva puede empujar al cuerpo a encorvarse o manejar respiraciones cortas, así como enfermedades en la piel, entumecimiento de extremidades, un vientre inflamado, mismos síntomas que dan pie a un padecimiento mayor (Pérez, 2015).

La depresión es más que un síntoma, es una condición severa acompañada de componentes cognitivos, sociales y fisiológicos; de acuerdo con el Manual sobre el Diagnóstico y las Estadísticas de los

Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association (2000, como se citó en González y Márquez, 2013), los trastornos emocionales pueden dividirse en 4 categorías:

A) Depresión mayor o trastorno unipolar. Puede presentarse episódicamente o de forma aislada. De acuerdo al DSM-IV, se diagnostica depresión mayor cuando al menos 6 de los siguientes síntomas se presentan diariamente durante 2 semanas:

- Tristeza la mayor parte del día.
- Pérdida total de placer la mayor parte del tiempo.
- Reducción del interés en todas las actividades la mayor parte del día.
- Pérdida o ganancia de peso y apetito.
- Trastornos del sueño (insomnio, hipersomnia) prácticamente a diario.
- Agitación psicomotriz.
- Pérdida de energía.
- Sensación de cansancio.
- Incapacidad para concentrarse a diario
- Sentimiento de culpabilidad e inutilidad casi todo el tiempo.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

B) Desórdenes maníaco-depresivos o trastornos bipolares. El trastorno bipolar es una enfermedad que se caracteriza por oscilación del estado de ánimo de la depresión a la manía; suele caracterizarse por periodos de depresión alternando con estados emocionales expansivos como conducta asocial, autoconfianza exagerada o paranoia. Algunos de los síntomas son: falta de energía o aumento de la misma, abuso de drogas, comportamiento agresivo, dolor crónico, irritabilidad extrema, sentimiento de desesperación.

C) Trastornos emocionales inducidos por una enfermedad.

D) Trastornos emocionales inducidos por el consumo de sustancias.

La depresión mayor, según el DSM-IV-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), es un trastorno afectivo que se caracteriza por síntomas de ánimo deprimido y pérdida de interés o placer. Algunos síntomas físicos de la depresión son cambios en el sueño y el apetito, fatiga o falta de energía y cambios en el aspecto psicomotor, ya sea agitación o lentitud. Otros síntomas incluyen sentimientos de minusvalía, impedimento de la capacidad para concentrarse, ideación o intentos suicidas (American Psychiatric Association, 2000, como se citó en Jiménez, 2005).

En la depresión mayor los pacientes presentan un incremento en el número de pensamientos, que se relaciona con una sensación incómoda continua en donde los primeros pensamientos no son reemplazados por otros, sino que van uniéndose en la mente a la par que se llevan a cabo pensamientos rápidos que no están conectados entre sí (Sass y Pienkos, 2013, citado en Segovia, 2014).

Nolen-Hoeksema(1991, citado en Matud, 2005) plantea que las diferencias individuales en la duración de la depresión están influidas por el estilo de respuesta ante el humor depresivo, pues en algunas personas predominan los pensamientos y conductas centradas en los síntomas y en sus causas y consecuencias, lo cual tiende a intensificar los síntomas y a interferir con la solución de los problemas.

O'Neal et al. (2000, como se citó en González y Márquez, 2013) habla de la existencia de programas que incluyen actividades físicas para trabajar con pacientes depresivos, y establece que los profesionales del desarrollo de estos programas deben tener en cuenta algunas pautas importantes para tratar con estas personas depresivas:

- Familiarizarse con los síntomas y el tratamiento de los trastornos mentales para poder realizar un acercamiento profesional al detectar personas con problemas emocionales

- Escuchar y ser empático con ellos, evitar compararlos con otras personas mientras se realiza la actividad
- Ayudarlos a tener una percepción positiva del ejercicio, intentando conocer la motivación que tienen para realizarlo
- Hacer que las prácticas y ejercicios sean accesibles y divertidos, para que sea fácil que logren adaptarse con facilidad
- Cerciorarse de que la persona se sienta orgullosa de los logros que ha conseguido, así como no permitirle que se deje llevar por un error cometido en la práctica, y, por último, ayudarles a desarrollar independencia a la hora de realizar los ejercicios, evitando reforzar conductas que puedan llegar a mostrar, ya sean ansiosas o depresivas.

Como se mencionó anteriormente, las diferentes alteraciones en el sueño, ya sea por exceso o déficit del mismo, dan como consecuencia importantes cambios psicológicos como: irritabilidad, ansiedad, impaciencia, e incluso depresión (Marín et al., 2005), dentro de los espectros emocionales. A continuación, se abordará la relación entre el sueño y los cambios en el cuerpo a nivel físico y psicológico.

3.3 Sueño

La función del sueño es reguladora y reparadora, reabastece y restaura los procesos corporales que se deterioraron durante el día. Buckworth y Dishman (2002, como se citó en Salguero, 2013) señalan que el sueño es el estado de suspensión de las actividades mentales conscientes y la voluntad, y que permite el reposo de los músculos involuntarios y del sistema nervioso. Es reparador después de haber realizado un ejercicio físico intenso. El sueño adecuado, en términos de calidad y cantidad es un componente esencial en la salud (Marín et al., 2005).

Poco es sabido acerca de que dormir determina cuánto comemos, cuán rápido va nuestro metabolismo, cuánto engordamos o adelgazamos, si podemos enfrentar las infecciones, nuestra creatividad, el manejo del estrés, el procesamiento de información y el almacenamiento de recuerdos (Perlmutter, 2019).

De acuerdo con las actividades que realiza cada persona en el tiempo de vigilia, el tiempo para dormir oscilará a partir de 8 horas, para lo cual también dependerá la edad, la fisiología y las circunstancias por las que se esté atravesando, así que resulta difícil establecer un número de horas convenientes para dormir (Baca, 2017).

El cuerpo atraviesa por distintos procesos fisiológicos y psicológicos al dormir, como la regulación térmica, la activación inmunológica, la consolidación de la memoria, etc. También ocurren cambios comportamentales, como una postura más cómoda, de descanso y una actividad eléctrica cerebral que varía acorde al sueño obtenido.

Estudios han demostrado los efectos nocivos de la privación del sueño, los cuales se centran en la función cognoscitiva, la función pulmonar y el sistema inmune. El insomnio se ha establecido como un factor de riesgo mental y físico, y se ha hablado de su relación con los trastornos de ansiedad. También se ha observado que cuando el sueño tiene una duración de 6 horas o menos, o 9 horas o más, va a existir un predominio de diabetes y baja tolerancia de glucosa.

Respecto a la somnolencia excesiva, se menciona que es una respuesta subjetiva caracterizada por un deseo irresistible de dormir en circunstancias inapropiadas o no deseadas; una de sus características es el déficit en el funcionamiento psicomotor y cognoscitivo. Se ha relacionado con trastornos de ansiedad o trastornos de somatización (Ohayon y Cols., como se citó en Marín et al., 2005).

Según Marín et al. (2005), la medicina comportamental del sueño (MCS) se refiere a la rama de la medición del sueño y de la psicología clínica y de la salud que se centra en 3 aspectos puntuales:

- Focos (cognitivo-comportamentales): importantes en la identificación de los factores psicológicos que contribuyen al desarrollo y/o el mantenimiento de los trastornos del sueño.
- Especialización en el desarrollo y el abastecimiento de técnicas de evaluación e intervención cognitivo-comportamentales, empírico-validadas y otras medidas interventoras de corte no farmacológico para el espectro entero de los desórdenes del sueño (Stepanski, 2000, como se citó en Marín et al., 2005).
- Desarrollo de estrategias que ayuden a identificar los aspectos relacionados con la calidad de vida relacionados con la salud y las patologías del sueño, así como su relación con el estrés.

Sin dejar de lado el hecho de que deben abordarse de manera individual los trastornos del sueño por los que atraviesan cada uno de los pacientes, y no intentar generalizar los síntomas en cada caso.

Existen diversos problemas cuando se habla del sueño, uno de ellos es el llamado *trastorno del sueño relacionado con otro trastorno mental*, el cual habla de alteraciones del sueño debido a trastornos mentales diagnosticables, como cambios en el estado de ánimo o la ansiedad; es más común el insomnio en estos casos, rara vez se ha observado hipersomnía. Esta falta de sueño reduce el tiempo de reacción del sujeto, provocando cambios negativos en el estado de ánimo (Scott, et al., 2006, como se citó en Salguero, 2013).

Incluso los malos hábitos al dormir provocan síntomas que muchas veces no logramos detectar de dónde vienen, por ejemplo, sentirse cansado sin razón, voluble, sediento, hambriento, olvidadizo o incluso alerta, así como agresivo o excitado; un patrón regular de vigilia y un sueño adecuado, puede incluso ayudar a regular nuestras hormonas, como la leptina, quien se encarga de las reacciones

inflamatorias en el cuerpo y de crear antojos de azúcar (Perlmutter, 2019). Por último, los factores emocionales son otra causa de padecer insomnio, por ejemplo, los problemas de pareja, los malentendidos, la falta de diálogo, la angustia, el nerviosismo, los miedos y frustraciones provocan que sea difícil abandonar inquietudes y pensamientos, que a su vez provocan la falta de sueño (Baca, 2017).

Salguero (2013) propone algunas recomendaciones para dormir mejor, entre ellas se encuentran:

- Determinar cuánto tiempo necesitamos dormir para descansar realmente, para ello podría ser útil llevar a cabo anotaciones donde se especifique cuánto se durmió y cómo se sintió al día siguiente.
- Tener un ambiente tranquilo, oscuro. Puede verse afectado el sueño cuando se duerme en un lugar que no se acostumbra.
- Ver televisión, comer o leer provocan que el organismo se mantenga despierto, la mejor opción es tomar un baño caliente un par de horas antes de ir a la cama.
- Mantener un sueño continuo, evitando que sea perturbado por alarmas, animales, teléfono, etc.
- Evitar alimentos altos en grasas antes de ir a dormir, pues provocan un esfuerzo excesivo del sistema digestivo y puede destruir el sueño. Así mismo es bueno evitar la cafeína y el alcohol, ya que fragmentan el sueño y sus fases.
- Llevar a cabo una actividad física durante el día ayuda a que se obtenga un mejor sueño, mientras que el sedentarismo provocará insomnio.

La falta de sueño en los aspectos cognitivos, se ha relacionado con enlentecimiento en el tiempo de reacción, dificultades de memoria, menor capacidad de adaptación, déficit de atención y concentración en tareas concretas (Marín et al., 2005). Se habla a continuación de otro aspecto que, al igual que el sueño, resulta nocivo para el bienestar integral, relacionado con lo anteriormente visto acerca de los pensamientos que llegan a tener control sobre nuestras acciones y formas de relacionarnos.

4. Auto percepción

Amarnos a nosotros mismos es un compromiso de toda la vida

MELODY BEATTIE

La mente y el alma impregnan todo nuestro cuerpo y son mucho más vastas de lo que el intelecto puede comprender. Nuestra guía interior nos llega primero a través de nuestros sentimientos y la sabiduría propia de nuestro cuerpo, no a través de la comprensión intelectual (la razón) (Northrup, 1999).

El desarrollo del amor propio se produce por la interacción entre el niño y las fuerzas ambientales en las que se desenvuelven, para Erik Erikson (1968, como se citó en Hernández, 2015) “las madres infunden un sentido de confianza en sus hijos mediante la clase de sus cuidados la cual en su calidad combinan la atención sensible de las necesidades individuales del bebé y un firme sentido de honradez personal” (p. 25). En la mayoría de las ocasiones, la falta de cuidado y autoprotección hablan de las decisiones que toma una persona, de manera inconsciente, para su autodestrucción.

Popper y Eccles (1997, como se citó en Fiorentino, 2005) sostienen lo siguiente: “así como nosotros aprendemos a vernos en un espejo, el niño se hace cada vez más consciente de sí mismo al ver su reflejo en el espejo de la consciencia que otros tienen de él” (sección Construcción de la resiliencia). Es así que la familia resulta ser un elemento crucial para el desarrollo de la valoración de uno mismo y el sentimiento de responsabilidad hacia sí mismo y hacia los demás.

Según Güell y Muñoz (2000, como se citó en Naranjo, 2007) una persona tiene la capacidad de establecer su propia identidad y atribuirse un valor, y a esa valoración se le llama autoestima. El bienestar psicológico es un amplio conjunto de factores que incluyen las reacciones emocionales de las personas y los juicios globales de satisfacción personal con la vida. Dentro de la dimensión psicológica se

encuentra la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo, los cuales incluyen el miedo, la ansiedad, la incertidumbre, etc., así como las creencias personales, espirituales y religiosas. Por último, se incluye lo social, refiriéndose a la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales (Márquez, 2013, sección Actividad física y bienestar subjetivo).

Existe íntima relación de lo afectivo y lo cognitivo, por lo que el bienestar es definido por la mayoría de los autores, como la valoración subjetiva que expresa la satisfacción de las personas y su grado de complacencia con aspectos específicos o globales de su vida, en los que predominan los estados de ánimo positivos (Campojo, 2005). Así lo expresa Beattie (2006): “La droga más debilitadora de este planeta, además de la pérdida de la fe en Dios, es cuando dejamos de creer en nosotros mismos” (p. 158).

4.1 Autoestima

La autoestima es la forma en la que se ven los sujetos a sí mismos, de forma positiva o negativa, en todos los ámbitos de su vida, incluyendo conceptos como poder, autoaprobación y valía; la autoestima habla del autoconocimiento de la competencia física, la autoaceptación y la autoeficacia. El autoconcepto es la representación individual y objetiva sobre quiénes somos, mientras que la autoestima habla de cómo nos sentimos respecto al autoconcepto (Márquez, 2013).

Para Branden (1991, como se citó en Fiorentino, 2005) la autoestima es la suma de confianza y respeto por uno mismo, y es un reflejo del juicio que cada uno hace de su habilidad para enfrentar los desafíos de la vida y de su derecho a respetar y defender sus intereses.

La autoestima se define como lo que cada persona siente por sí misma; expresa una actitud de aprobación o desaprobación que indica en qué medida el sujeto se siente capaz, es un juicio personal de uno mismo (Hernández, 2015).

Se refiere a cómo se siente una persona consigo misma, por lo que se relaciona con una visión racional y con el sentirse satisfecho con uno mismo. Contradiendo a la baja autoestima, la cual se refleja en un comportamiento inseguro; la autoestima es un factor importante para el desarrollo y bienestar emocional (Álvarez et al. 2011, como se citó en Calderón et al., 2012, sección Referente teórico). Tener una baja autoestima conlleva al temor de no merecer ser amado ni merecer felicidad. La inseguridad y la desconfianza en nosotros mismos es el resultado de no valorarnos y no reconocer y apreciar las cualidades y talentos que poseemos (Burns, 1990 como se citó en Fiorentino, 2005).

Al hablar de niveles bajos de autoestima se encuentra que acompañan a ciertos trastornos, como la ansiedad, la depresión y los trastornos de personalidad. Por lo que se recomienda aumentar los niveles de autoestima en el tratamiento de pacientes con problemas psicológicos. Johon y MacArthur (2003, como se citó en Márquez, 2013, en sección Autoconcepto y autoestima) hablan de que los niveles altos de autoestima se relacionan con manifestaciones positivas en la salud, con iniciativas personales orientadas hacia la mejora personal y con sentimientos de disfrute, mientras que los bajos niveles de autoestima se relacionan con aspectos psicosociales, con hábitos y enfermedades.

Diener y cols, (1997, como se citó en Campojo, 2005) brindan una concepción más integradora del bienestar subjetivo, considerándolo como la evaluación que hacen las personas de su vida, que incluye tanto juicios cognitivos como reacciones afectivas (estados de ánimo y emocionales).

Por otro lado, según Cooper, Frone, Russell & Mudar (1995, como se citó en Barra, 2005), existen ciertas conductas relevantes para la salud, ya sea comer, ingerir alcohol, fumar o practicar ejercicios, las cuales pueden ser usadas como estrategias de regulación emocional, ya sea para evitar o aminorar experiencias emocionales negativas, o bien con el fin de inducir sentimientos positivos. Así, por ejemplo, se puede ingerir alcohol por la expectativa de que este tendrá influencia en el estado emocional, ayudando a evitar sentimientos negativos o intensificar sentimientos positivos.

Esto es concordante con la evidencia experimental que revela que las personas en quienes se induce un estado de ánimo negativo informan mayor deseo de fumar y de hecho fuman más, que las personas en quienes se induce un ánimo positivo (Brandon, Wetter & Baker, 1996, como se citó en Barra, 2005).

Así pues, se entiende el impacto del autoconocimiento que puede llevar a la enfermedad o a experimentar emociones limitantes y/o incómodas, y para poder comprender mejor el papel de la autoestima, se necesita abordar la personalidad y sus efectos en el cuerpo, en relación con el ambiente en el cual se desarrolla.

4.2 Personalidad

La personalidad se puede definir como aquellos aspectos estables en los individuos que los diferencian de los demás, es decir, es la presencia de rasgos o características permanentes que otorgan singularidad o diferenciación entre una persona y otra (El Sahili, 2010).

Para Hernández (2015) la personalidad es el rasgo de comportamiento característico de cada ser humano que lo diferencia de los demás, donde reacciona para satisfacer sus necesidades e intereses de acuerdo al aprendizaje adquirido durante su vida. El modelo socio-cognitivo presupone que las variables de personalidad interactúan con factores ambientales y sociales, dando lugar a que las distintas situaciones vividas de la persona sean entendidas y diferenciadas de las demás de acuerdo con su representación cognitiva, así como de sus interacciones sociales (Mischel & Shoda, 1995, como se citó en Calderón, 2019).

Nuestros movimientos, conformados por condiciones biológicas, psicológicas y sociales, pueden ser determinados por lo que comemos o hemos dejado de comer. Según Calles (2017), la medicina tradicional china expresa que cada uno de nosotros posee un carácter y una particularidad que podemos

desarrollar a través del consumo de alimentos, pero es necesario que primero se conozca qué movimiento seguimos:

- 1) El movimiento de la madera representa una personalidad segura de sí misma, quienes poseen este movimiento son reflexivos, enérgicos y decididos, tienen preferencia por sabores agrios y ácidos; buscarán alimentos como las fresas, la piña, cremas, chamoy. La estación que los representa es la primavera, que es el tiempo de renacimiento, de rápida extensión. El enojo es perjudicial para ellos. Se relacionan con el hígado y la vesícula biliar, usualmente tienen problemas con los tendones y los ligamentos, así como problemas de cirrosis, hígado graso, etc.
- 2) Los que representan el movimiento del fuego, su tipo es el mago, su personalidad tiende a ser afectuosa, expresiva y optimista. Tienen preferencia por el sabor amargo, como el café, la cerveza, aceitunas, lechuga, pepinos, espárragos. La estación afín para ellos es el verano, donde tienen un movimiento de crecimiento y maduración. La alegría desbordada es perjudicial. Tienen relación con el corazón y el intestino delgado. Suelen tener problemas del aparato circulatorio, como presión alta o baja, así como inflamaciones recurrentes y úlceras.
- 3) El pacificador es representado por el movimiento de la tierra. Su personalidad suele ser calmada y estable, suele mediar en los conflictos siempre estando disponible para ayudar a otros. Tienen preferencias por el sabor dulce (pan, chocolate, caramelos, refrescos, helados). La estación con la que se sienten afín es el verano tardío, donde acogen y nutren a la vida. La ansiedad o la preocupación los debilita. Tienen relación con el estómago y el bazo, suelen tener problemas de obesidad, así como problemas en el estómago por el consumo excesivo de algunos alimentos.
- 4) Movimiento del metal. Su tipo es el alquimista. Tienen afinidad por los sabores picantes y comida muy condimentada, así como chiles y salsas o bebidas fuertes como el tequila y el mezcal. Su personalidad tiende a ser perfeccionista y organizada. Su clima es el otoño, por el

tiempo de preparación para el cambio, soltar y dejar ir lo que ya no sirve. La melancolía resulta perjudicial. Tiene relación con los pulmones y el intestino grueso, padece problemas en los pulmones, como gripes frecuentes y alergias en la piel.

5) El último movimiento es representado por el agua, su tipo es el del filósofo. La personalidad suele ser visionaria, imaginativa, curiosa y vislumbran lo que podrá llegar a ser. Tienen preferencia por los sabores salados, como las papas fritas, las bebidas energizantes, los tacos, carnes, hamburguesas. La estación que los identifica es el invierno, el cual posee un movimiento hacia el interior, de guardar las semillas que más tarde germinarán, el miedo es perjudicial para ellos. Los riñones y la vejiga están vinculados con esta personalidad, teniendo problemas en las vías urinarias, en los oídos, en los huesos y en los riñones como insuficiencia renal.

Aquellos que se encuentran en el movimiento de la madera deberían consumir alimentos de tipo agua (bebidas mineralizadas), así como evitar el enojo y mostrar más alegría a la vida. Los que tienen movimiento de fuego deberían ser menos pasionales y más reflexivos. Aquellos con movimiento de tierra pueden consumir alimentos de tipo fuego (vegetales), deben ser más abiertos a los cambios y al devenir.

Los que tienen un movimiento de metal deben consumir alimentos de tipo tierra (dulces, frutas), y aprender a confiar en lo que pueden lograr. Y, finalmente, los que tienen movimiento en agua requieren alimentos de tipo metal (picante, pimientos, cebolla), deben enfrentarse a lo cotidiano con carácter.

Es necesario que despertemos los otros movimientos que existen en nuestro cuerpo, que a la vez se armonizará con el exterior, para llevar a nuestra vida un proceso distinto de alimentación y, por lo tanto, tener una vida saludable. Al igual que vivir, el alimentarnos debe ser momento de disfrute, sin sufrimiento ni culpa, debe fluir sin estancarse en una emoción o un solo sabor.

Relacionado a esto, Hipócrates pensaba que cuando uno de los cuatro humores corporales se desbalanceaba podían tener varios padecimientos físicos como consecuencia. Estos desbalances humorales causaban enfermedades y además producían estados emocionales crónicos (Domínguez et al., 2005).

Esta teoría se basaba en el supuesto de que el cuerpo humano está compuesto por cuatro sustancias básicas (los “humores”) y que los equilibrios y desequilibrios en las cantidades de estas sustancias en un organismo determina la salud de este. Estos humores se correspondían a los elementos de aire, fuego, tierra y agua, señalados como las materias primas de todo lo que existe, reflejados en las características de los 4 humores que, según Hipócrates, fluían por el cuerpo humano (Triglia, s.f.).

El primero de ellos era la Bilis Negra, que era una sustancia vinculada al elemento tierra, sus propiedades eran el frío y la sequedad; el segundo era la Bilis Amarilla, cuyo humor correspondía al elemento de fuego, sus cualidades eran la calidez y la sequedad. El tercer humor era la Sangre, cuya sustancia estaba vinculada al elemento del aire y sus propiedades eran la calidez y la humedad. Finalmente, el último humor era la Flema, su sustancia se relacionaba con el agua, y sus propiedades son el frío y la humedad.

Para Galeno, los desequilibrios en las cantidades de humor tenían una influencia en el modo en que pensamos, sentimos y actuamos, es decir, eran la base del temperamento de las personas, lo que explicaría las diferencias de personalidad. Por ejemplo, cuando predomina el humor Bilis Negra, creía que la persona tendía a ser melancólica y con tendencia a la tristeza y la expresión de emociones intensas, mientras que en aquellos donde es mayor la proporción de Flema, su temperamento se caracteriza por su tendencia al análisis racional de las situaciones y su facilidad para mantener la calma (Triglia, s.f.).

Las personalidades que existían en ese entonces eran las siguientes:

- Sanguíneo: Personas alegres y optimistas con tendencia a expresar su cariño por los demás, así como la seguridad en ellos mismos.
- Melancólico: Temperamento definido por la presencia de una gran cantidad de bilis negra, asociado a la tristeza, a la sensibilidad artística y fácil de conmover.
- Flemático: Las personas asociadas a este temperamento eran frías y racionales.
- Colérico: Temperamento relacionado con la bilis amarilla; se expresa en personas apasionadas, de enojo fácil y con una gran energía.

La visión de las personas acerca de la importancia de su salud y su habilidad para controlar sus vidas y su estatus, tienen un impacto directo en la posibilidad de que realicen lo necesario para mantener su salud, influyendo también su autoestima (Márquez, 2013, en sección Salud y bienestar subjetivo).

El bienestar psicológico no es únicamente lo feliz, sino los procesos del vivir con sus mezclas de sabores dulces y amargos; una vida que no evita el dolor, sino todo lo contrario, la enfrenta y le da un significado constructivo para transformar lo doloroso y conflictivo de la vida en algo hermoso y digno de vivirse (Cuadra, Florenzano, 2003, como se citó en Campojo, 2005).

El modelo psicodinámico, con la contribución de Freud, es una teoría psicológica que habla del inconsciente como influencia significativa en el actuar de las personas, ya que es capaz de regir el rumbo para la satisfacción de nuestras necesidades. Nicholas S. Dicaprio (1989, como se citó en Hernández, 2015) menciona que “la conducta de la persona está al servicio de un deseo inconsciente más que de uno consciente” (p. 62).

El autor André Sassenfeld (2004, como se citó en Hernández, 2015) cita a Jung (1934):

Jung consideraba que la psique es un fenómeno humano que, en un inicio, es unitario e integrado; es decir, el individuo nace, en términos psicológicos, como totalidad. Sin embargo, de acuerdo a él, el psiquismo manifiesta una tendencia marcada hacia la disociación o escisión cuando la experiencia en el mundo comienza a enfrentar a la persona con las ineludibles y dolorosas frustraciones que forman parte intrínseca de la existencia. De hecho, Jung creía que la neurosis, en cierto sentido, es el sufrimiento de un individuo que aún no ha comprendido el sentido de sus vivencias o, también, que consiste en la incapacidad o el rechazo de contener o soportar sufrimientos legítimos -una especie de negativa, en gran parte inconsciente, a experimentar los afectos asociados a pérdidas, separaciones y conflictos. En vez de ello, los sentimientos dolorosos o alguna representación psíquica de ellos “se escinde de la consciencia y la totalidad inicial -el Self primordial- se quiebra”. (Sadner & Beebe 1995, citado en Hernández 2015, p. 63-64)

El autodescubrimiento es la capacidad de saber quiénes somos realmente, cuando las máscaras desaparecen, cuando se apagan las voces externas y solo escuchamos nuestra propia voz interna. Si el ser humano se aventura a averiguar quién ha sido y por qué es así, le da sentido a lo que le sucede, deja de victimizarse y participa de forma activa sobre su existencia (Rodríguez, 2004).

Hasta este punto se ha mencionado mayormente la consecuencia individual de cada sujeto respecto a sus emociones, el impacto en el cuerpo, las enfermedades que preceden a estos desajustes personales y los pensamientos rumiativos que contrastan con lo anterior, a continuación se abordarán los puntos importantes de las relaciones sociales y de cómo estas son capaces de lograr una mejora o dar como consecuencia una represalia personal según la capacidad de cada individuo para entablar estas relaciones sociales.

4.3 Relaciones interpersonales

La Regla de Oro: haz a otros lo que quieras que hagan contigo, no es una sugerencia.

MELODY BEATTIE

La familia es un factor preponderante en la formación de personas sanas física y psíquicamente. Si un niño tiene sus necesidades básicas satisfechas, así como respeto por parte de sus padres, tendrá más opciones de éxito en el futuro: “Lo que es verdaderamente importante en la vida de un niño, es la calidad de la relación que exista entre el adulto y el menor” (Satir 1967; Ginott 1965; Coopersmith 1967, como se citó en Fiorentino, 2005, sección La construcción de la resiliencia).

En la estructura del Bienestar Subjetivo se hallan tres dimensiones: Satisfacción con la vida (autoaceptación, crecimiento personal, autonomía), afecto positivo y afecto negativo (en relaciones con los otros). La primera se identifica con el componente cognitivo y las dos restantes corresponden al área emocional o afectiva; dentro de los afectos positivos están la alegría, euforia, satisfacción, orgullo, cariño, felicidad, éxtasis (Diener y cols. 1999, como se citó en Campojo, 2005).

Así pues, entendiendo la importancia de la autoestima es que podemos analizar cómo funciona la relación con los demás; Barra (2005), plantea que, así como la disponibilidad de apoyo social influiría en el estado emocional, el estado emocional también influiría en la probabilidad de recibir apoyo social, ya que sería más probable que las personas se acercaran e interactuaran más con aquellos individuos que presentan una visión más optimista de la vida. Aunque algunos signos de perturbación emocional pueden inducir a los otros a ofrecer apoyo, la expresión prolongada de sentimientos negativos puede llevar a los otros a dejar de proporcionar ese apoyo y a evitar al individuo.

Para Campos (2017), la relación con los demás se ha basado en obtener de ellos lo que necesitamos, lo que quisiéramos o lo que esperamos, buscando llenar algún vacío que exista en nuestro

interior. No nos interesa conocer a aquellas personas cercanas a nosotros, al contrario, si no podemos recibir de ellos lo que esperamos, simplemente nos alejamos. Para poder relacionarnos con los demás, son necesarios cinco principios:

1. Dejar latir el corazón (Confiar): *Confiar en el otro es valioso para poder compartir la vida, lo que uno viva, haga, o sienta carece de sentido si no se comparte con los otros.*

Hemos pensado que para que la otra persona tenga nuestra confianza es necesario que la gane, como si pudiera intercambiarse la confianza con el otro, siempre y cuando se reciba algo y, a cambio, se dé algo más. Quizá se debe a lo que pensamos o creemos que el otro debería hacer, y en tal caso, vivimos decepcionados de no recibir lo que queremos. Y esta idea es errónea. Pues la confianza crece dentro de uno mismo, con o sin apoyo de otra persona. Lo que deberíamos hacer es preguntarnos por qué esperamos tanto del otro, pues conociendo esa información entenderemos el vacío que hay en nosotros. Si confiamos en ellos, confiamos en nosotros.

Entendemos que lo que hacemos por otros es nuestra decisión, sin importar si es correspondido o no. Así aprendemos a confiar, sin complicarnos sobre lo que podría suceder.

2. Abrir el corazón (Entregar): *Entregarse es abrirse plenamente para el otro.*

Dejamos de reconocernos cuando comenzamos a actuar intentando agradar a los demás. Dejamos de ser nosotros mismos pensando que los demás podrían aprovecharse de nosotros o simplemente que no nos aceptarían. Sucede comúnmente con la mirada, tememos que nos miren o miran a los ojos, tal vez porque de esa forma descubrirían que no tenemos nada que ocultar y que realmente no somos lo que aparentamos. Obteniendo así, el hecho de que lo que podríamos demostrar, llegar a ser termina escondido, y algo escondido se marchita.

Cada encuentro con una persona nos muestra una manera diferente que podemos ser, un punto importante al considerar el hecho entregarnos sin ataduras. Sin exigir al otro que nos devuelva lo que estamos dando o demostrando. Entregarse nos enseña a dar y recibir, tal como sucede en la respiración, en donde debemos dejar entrar y permitirse salir.

3. Descubrir el corazón: (Encontrar): Cuando conocemos a una persona debemos plantearnos la posibilidad de que nos está regalando la oportunidad de encontrarnos. Es así como nos damos cuenta de que las emociones que sentimos, en presencia de alguien, son nuestras, el enojo y la alegría se mueven en el hígado y el corazón, pero decidimos compartirlas con alguien más.

Lo que hacemos con y hacia el otro, es respuesta de lo que realmente ocurre dentro de nosotros, y es así una forma de encontrarnos con nosotros mismos, en las acciones que tenemos con los demás. Esta relación con el otro es valiosa, cada día, en cada momento, compartiendo lo que somos y lo que vive en nuestro interior.

4. Atesorar el corazón: (Valorar): Se ha olvidado que cada ser humano es valioso únicamente por llevar vida en el interior. El encontrarnos con los demás nos da la oportunidad de experimentar y entender lo que sentimos y pensamos, pues nuestros actos no tendrían sentido si no se los entregamos al otro, logrando entender que existen cosas más importantes que nosotros mismos. En cada experiencia que se tiene con el otro, siempre podemos recoger frutos que nos dan claridad respecto a alguna situación que estemos viviendo y de esta forma podremos entregar lo que llevamos dentro, pues estamos trabajando en ello para poder volver al principio “dejemos de sobrevivir y pasemos a vivir”.
5. Dar el corazón (Dejar algo): Otra de las partes importantes de la vida consiste en trabajar para poder dejar algo a los demás, de igual forma que hacen los árboles, por lo que resulta vital nuestro

propio cuidado; dejar algo en el otro es un acto en el que dejamos de pensar en nosotros mismos, aún si esas personas son desconocidas para nosotros, pues confiamos en que ellos a su vez harán lo mismo en algún momento. Esta es la base de la existencia.

La autotrascendencia es la capacidad esencialmente humana de ir más allá de sí mismo dirigiéndose hacia alguien más; es cuando el ser humano señala algo o alguien para realizar sus valores, cuando ocurre un encuentro amoroso con otros, cuando esos otros son el objeto de amor y es posible la entrega desinteresada y delicada con ellos. Ir más allá de uno mismo no significa olvidar los propios intereses, sino retomarlos de tal manera que incluso nos superen al tiempo que afectan positivamente a terceras personas (Rodríguez, 2004).

Al entregarse a otros o entregarse a una causa, el individuo logra notar quién es; su capacidad de entrega deja en pausa aquello que le embarga, como una enfermedad, un conflicto emocional o algo, al ayudar de diversas maneras, brindando apoyo, amistad, realizando una actividad noble o cualquier acto amable que florece espontáneamente.

Si bien las relaciones con los demás, el estilo de vida y el cómo nos percibimos a nosotros mismos son base importante para entender nuestras emociones y padecimientos, existen diferentes tratamientos/soluciones para mejorar, recuperar y entender mejor cada una de estas áreas, los cuales se describen a continuación.

5. Estrategias psicológicas y alternativas para el bienestar integral

En los intentos por conocer al ser humano, se ha estudiado la orientación mente-cuerpo, pero para que pueda realizarse a profundidad deben abordarse todas las dimensiones, incluyendo así una parte vital: el espíritu. Frankl (como se citó en Rodríguez, 2004) considera al hombre en sus 3 dimensiones: física (instintos), psicológica (afectos/sentimientos) y noética (rama de la filosofía que estudia el pensamiento inteligible): “El Logos es la dimensión específicamente humana que da unidad a la esencia del hombre” (p. 21).

El espíritu es, no solamente la dimensión medular del ser humano, sino también la dimensión saludable, ya que emocional y físicamente una persona puede encontrarse abrumado, pero espiritualmente puede no estarlo. El ser espiritual no es algo que se transmite a través de los cromosomas o de la herencia, porque no se habla de algo corporal, es más bien, aquello que es encontrado, descubierto por cada uno, “lo espiritual tiene que madurar ... lo espiritual *existe* sobre todo en la auto maduración, en la realización total de la existencia” (Frankl, 1955, como se citó en Rodríguez, 2004, p. 35).

Tal como expresa Northrup (1999), intentar resolver problemas con fármacos no se relaciona con crear salud. Crear salud exige una nueva forma de pensar y ser en relación a nuestro cuerpo, mente, espíritu y conexión con el universo. Significa aceptar que en la vida hay acontecimientos que no se pueden explicar ni cambiar, “agradecer, sentir y dejar marchar la rabia, el sentimiento de culpabilidad, las pérdidas, la ira y la aflicción, es la clave de toda sanación” (p. 340). Los japoneses consideran que envejecer significa agradecer la vida y actuar por ella, liberando al cuerpo de cualquier enfermedad al elegir buscar bienestar para sí mismos, sin guardar rencores a las condiciones en las que crecieron (Castillo, 2017).

Diez (1979, como se citó en Vargas, 2013) destaca lo que planteó Freud (2015, como se citó en Vargas, 2013) en su trabajo “elaboración del duelo”, donde se requiere realizar acciones que puedan

favorecer la aceptación de una nueva realidad y el ajuste a una nueva vida. Ante la dificultad de tener el control de las emociones o tomar conciencia de las situaciones traumáticas vividas y poder verbalizarlas, surge el síntoma como manera de liberar la angustia.

La implementación de estrategias donde se aborden los procesos emocionales y orgánicos, amplían la recuperación del equilibrio de la salud (Herrera et al., 2007). Una de las condiciones primordiales para comenzar a hablar de mejorar la salud es reducir los periodos de inactividad; estar de pie en lugar de estar sentado y realizar ejercicios de estiramiento resulta benéfico al cuerpo, es decir, la actividad física (Tuero, 2013).

La autopercepción puede aumentar/mejorar mediante la actividad física, lo que a su vez ayudará a la reducción de la ansiedad y la depresión (Márquez, 2013). El aumento de actividad física va a permitir que las personas logren sentirse cómodas con su apariencia, capacidad y persistencia al realizar algo por sí mismas, y, a su vez, permitirá más confianza a la hora de relacionarse con los demás.

5.1 Actividad física y alimentación

La gimnástica para el cuerpo y la música para el alma

PLATÓN

En la Grecia antigua existieron tres clases de profesionales de la medicina: los médicos-sacerdotes, los filósofos y los gimnastas. Estos últimos eran los encargados de estudiar los efectos de las dietas y del ejercicio físico sobre la salud corporal (Álvarez, 2013).

Las referencias al ejercicio físico-corporal se van a concentrar fundamentalmente en tres tratados del *Corpus: Sobre la dieta, Sobre la medicina antigua y Aforismos*. El autor del tratado *Sobre la dieta* recurre en sus planteamientos a una alimentación natural y a la realización de ejercicios físicos

dosificados y graduados en intensidad y dificultad, como fórmula ideal para prevenir o, en su caso, recuperarse de la enfermedad (Álvarez, 2013).

Se ha hablado de la importancia de la autoestima como indicador de bienestar psicológico, por lo que resulta igual de importante hablar del autoconcepto físico, que va a jugar un papel importante en el desarrollo y mejora del autoconcepto global (Campojó, 2005).

El control de la dieta y del tipo y cantidad de los alimentos que consumimos constituyen aspectos a los que la población presta una enorme atención como factores determinantes del estado de salud. Sin embargo, se le da mucha menor importancia a la cantidad de energía gastada a través de la actividad física, a pesar de que ambos aspectos están íntimamente relacionados (Abajo y Márquez, 2013).

Perlmutter (2019) menciona la importancia de una dieta libre de gluten, y suplementos como los probióticos, así como sus efectos positivos en el cerebro mencionando que “rara vez pensamos en nuestro estilo de vida y en nuestra dieta cuando nos da dolor de cabeza. En lugar de eso, nos refugiamos en los medicamentos y esperamos el siguiente aporreo en la cabeza” (p. 261), sin embargo, ha visto efectos beneficiosos también en padecimientos crónicos como los trastornos bipolares o problemas intestinales, entre otros. Aunque lo complicado sea que consumir suplementos deba tomar varios meses para ver resultados, mejorará toda la química corporal, desde la salud ósea hasta la mental.

Duchesne (1606, como se citó en Álvarez, 2013), valora el ejercicio como “una práctica saludable que asegura al cuerpo humano contra muchos achaques y enfermedades a las cuales hacen susceptibles el reposo y la ociosidad, tornando el cuerpo ágil y fortaleciendo los nervios y las articulaciones” (p. 30).

Varela (2017), propone que el disminuir la acumulación de grasas en el cerebro, es decir, un cambio de hábitos alimenticios, donde se puede incluir el consumo de miel natural de abeja, amaranto y frutas frescas, puede ayudar a disminuir los sentimientos de preocupación. De igual forma, los

nutrimentos emocionales deben evitar ser alimentados por sentimientos de venganza, competencia, querer tener el control; es mejor si se alimenta con una actitud de cooperación, tolerancia, respeto hacia los demás, acciones de cordialidad; también reconoce que los alimentos son la única fuente de energía de la que se nutre el cuerpo, la calidad y combinación de alimentos tiene relación con el funcionamiento de las células del cuerpo y de los sistemas de desintoxicación y de defensa. Los estados emocionales influyen en la asimilación de los nutrientes de los alimentos y los alimentos influyen en los estados emocionales (Calderón, 2019).

La actividad física se refiere a la energía utilizada para el movimiento; se trata de un gasto de energía adicional al que necesita el organismo para mantener las funciones vitales como son la respiración, digestión, circulación de la sangre, etc. En cuanto al término *ejercicio*, hace referencia a movimientos diseñados y planificados específicamente para estar en forma y gozar de buena salud. Aquí podríamos incluir actividades tales como aeróbic, ciclismo, caminar a paso ligero (Abajo y Márquez, 2013).

Tercedor (2000) y Martín-Pastor (1995, como se citó en Abajo y Márquez, 2013) definen el término actividad física como “cualquier movimiento del cuerpo producido por el músculo esquelético y que tiene como resultado un gasto energético” (p. 4). El moderado ejercicio ayuda a conservar el calor natural, y evita la aparición de ciertos males, como espasmos, catarros y otras afecciones; evita la obesidad y ayuda a evacuar los humores superfluos (Álvarez, 2013).

El baño de vapor es el complemento ideal del ejercicio físico, entre el pueblo árabe siempre fue considerado como una terapia ideal dentro de sus planteamientos higiénicos. Averroes (filósofo árabe años 50s) alude a él en los siguientes términos: “en cuanto al baño, debe tomarse después de haber efectuado la sesión de ejercicios y antes de ingerir alimentos, y debe ser adecuado, tanto en cantidad (tiempo) como en calidad (temperatura)” (Álvarez, 2013, p. 24).

Se considera parte de la salud no únicamente por las implicaciones físicas, sino también por las psicológicas; desde hace dos décadas se comenzó a relacionar la actividad física con el bienestar psicológico y con aspectos tales como la calidad de vida, la reducción del estrés, los cambios en los estados emocionales y los estados de ánimo, la mejora del autoconcepto o los descensos en los niveles de ansiedad y depresión (Biddle et al., 2000, como se citó en Abajo y Márquez, 2013).

Se ha observado que incrementa la autoestima de las personas al llevar a cabo entrenamientos con pesas, pues al aumentar la cantidad de actividad aumenta la creencia de su capacidad para realizar tareas específicas (autoeficacia) (Márquez, 1995, como se citó en Abajo y Márquez, 2013).

La actividad física regular puede estar asociada con la reducción de los síntomas depresivos (Lawlor y Hopker, 2001, como se citó en Abajo y Márquez, 2013). En el ámbito del tratamiento clínico de la depresión, el ejercicio tiene una utilidad terapéutica, y se ha puesto de manifiesto que el ejercicio aeróbico de intensidad moderada durante 30 minutos al día en un tiempo tan corto como diez días produce mejoras significativas, también se ha observado en casos de ansiedad.

Hoffman (1708, como se citó en Álvarez, 2013) valora el movimiento como la mejor medicina para el cuerpo, afirmando:

Nada favorece más la circulación que el movimiento de los músculos, puesto que mientras se contraen con una viva acción expansiva bajo el dominio de la voluntad, se produce una activa contracción de los vasos sanguíneos, especialmente de las venas, que acelera la circulación y disminuye la densidad en ciertas partes. No encontramos otra forma de tratamiento mejor que el ejercicio. (p. 30)

La Psicología de la Salud es el estudio del cerebro y la conducta de aquellos sujetos que realizan actividad física o deporte. Su principal objetivo ha sido el estudio de los antecedentes

psicobiológicos, conductuales y socio cognitivos, por lo que defiende que toda expresión de salud y/o enfermedad es una consecuencia de interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, aunque estudia particularmente los factores psicológicos, es decir, las consecuencias de la práctica del ejercicio (Tuero, 2013). Existen ciertas barreras psicológicas que son importantes para que algunas personas resulten ser activas si sus circunstancias predicen que pueden ser sedentarios, y, por el contrario, aquellos que son sedentarios a pesar de sus recursos y oportunidades para la práctica física, también es el caso de fumadores que realizan ejercicio. Las actitudes hacia el ejercicio y las normas sociales que pueden influenciarlo, pueden ser cambiadas por factores de la personalidad como la fuerza de voluntad o la automotivación.

Investigaciones epidemiológicas sugieren la actividad física como reductora de los síntomas depresivos suaves o moderados, y en combinación con psicoterapia y farmacoterapia se han llevado a cabo tratamientos efectivos. Los efectos del ejercicio físico son mayores si llega a ser superior a las nueve semanas, y si es de larga duración e intensidad realizadas varias veces por semana. El bienestar psicológico y los efectos antidepresivos que tiene el ejercicio han sido explicados por Sime (1984, como se citó en González y Márquez, 2013) de la siguiente forma:

- El incremento de flujo sanguíneo y oxigenación son beneficiosos para el sistema nervioso central.
- Provoca sensación de maestría y autocontrol.
- Mejora la imagen corporal y el autoconcepto, ayudando a salir de estados depresivos previos.

Aquellas personas que practican natación están menos tensas, deprimidas, confundidas y ansiosas, así como aquellas que practican yoga o pesas; los estados emocionales tensos, depresivos o ansiosos parecen disminuir gracias a la actividad física a la par que aumentan los niveles de energía (González y Márquez, 2013).

Desde una perspectiva más positiva, las personas también pueden involucrarse en la práctica de ejercicios físicos con el objetivo de incrementar sentimientos positivos o reducir sentimientos negativos, por lo cual dicha conducta puede actuar como una forma adecuada de regulación emocional. La actividad física regular es benéfica para el bienestar psicológico, y parece ser útil específicamente en el manejo de la ansiedad, la depresión, la hostilidad y la tensión en general (Hansen, Stevens & Coast, 2001; McAuley, Talbot & Martínez, 1999, como se citó en Barra, 2005).

El bienestar subjetivo es parte de la salud en su sentido más general y se manifiesta en todas las esferas de la actividad humana. Es por todos conocido que cuando un individuo se siente bien, es más productivo, sociable y creativo, posee una proyección de futuro positiva, infunde felicidad y la felicidad implica capacidad de amar, trabajar, relacionarse socialmente y controlar el medio (Taylor, 1991, como se citó en Campojo, 2005).

Se afirma que el cuerpo es fruto de una compleja relación que incluye a la familia, la nutrición, la moral, la ética, la relación ínter subjetiva, las emociones, la espiritualidad, y genera un nuevo proceso tanto en el interior como en el exterior del cuerpo. (Herrera y Chaparro, 2017, p.11)

Layman (1960, como se citó en González y Márquez, 2013) enfatizaba que el principio “mente-cuerpo” era válido y que existe una relación entre salud física y ajuste social; afirmaba que la salud mental era la habilidad para enfrentar los problemas cotidianos, dando como resultado un sentimiento de satisfacción personal contribuyendo a su vez al bienestar social.

Darle sentido a una situación no modificable, es transformarla en un reto, un desafío, o una aventura que puede generar un crecimiento personal no intencionado, en lugar de tomarla como una limitante o una excusa (Rodríguez, 2004).

Distintas formas de psicoterapia, independientemente de su orientación teórica, producen mejoras en el bienestar psicológico; lo que tienen todas en común es que en ellas los individuos deben traducir sus experiencias en palabras, analizar sus causas y consecuencias. Y, al parecer, el solo hecho de confrontar y verbalizar sus emociones y los eventos estresantes o traumáticos sería un agente terapéutico funcional (Barra, 2005).

5.2 Tratamiento psicológico

La terapia es una guía para encontrar el sentido a los momentos de dolor o de felicidad; surge del espíritu, tiene por objetivo ayudar al ser humano a encontrar el sentido de su vida (Campojo, 2005). Cuando las dolencias sean reposicionadas, atendidas y comprendidas en sus orígenes emocionales, se podrá dar un gran paso en la dualidad mente-cuerpo (Vargas, 2013).

Según La escuela de Medicina, en 1945 se hablaba de consideraciones terapéuticas, pero sin ser ajena al proceso de salud; por ejemplo, se hablaba de medios psico – físicos, refiriéndose como los actos fisiológicos intermediarios (entre lo físico y lo moral), que influyen sobre la sensibilidad y la sugestión (Chaparro et al., 2007).

Aquellos individuos que informan haber tenido alguna experiencia traumática en algún momento de su vida y que no han revelado, reportan tener tasas significativamente superiores de problemas menores de salud como cefaleas, taquicardia y molestias estomacales, así como condiciones más serias (hipertensión, úlceras) (Pennebaker, 2000, como se citó en Barra, 2005).

Las manifestaciones psicósomáticas deben abordarse tomando en cuenta lo que el paciente siente y piensa respecto a su dolencia, para que logre interpretar el punto de quiebre en su historia que pudo haber llevado a padecer sus malestares y la aparición de los mismo (Vargas, 2013).

Rodríguez (2004) habla de que cada escuela psicológica tiene un distinto énfasis, por ejemplo, en el psicoanálisis será el inconsciente y los métodos para acceder a él; en la teoría de Maslow y Frankl destacan la motivación que es la fuerza que impulsa y mueve al hombre a expresarse por medio de la conducta. En la Logoterapia de Frankl, se enfoca de manera primordial el fenómeno psíquico de la motivación, que no es algo perceptible experimentalmente, pero que interviene en otras realidades humanas.

Weiner (1992, como se citó en El Sahili, 2010), define la psicoterapia como un método de tratamiento, un encuentro paciente-terapeuta que implica un proceso para que los pacientes consigan entenderse a sí mismos, permitiéndose pensar, sentir y actuar de modo que logren un resultado más satisfactorio.

La confrontación o revelación emocional tiene dimensiones cognitivas, fisiológicas y sociales. En primer lugar, al trasladar las experiencias a palabras, los individuos pueden organizar, estructurar y asimilar tanto sus experiencias emocionales como los eventos que pueden haber provocado las emociones. El hablar acerca de un evento amenazante puede servir dos funciones importantes: por una parte, reflejar y reducir la ansiedad asociada, y, por otra parte, facilitar la asimilación del evento estresante (Barra, 2005).

En segundo lugar, cuando los individuos hablan acerca de experiencias traumáticas se observan cambios fisiológicos importantes, como reducciones en la presión arterial, la tensión muscular y las reacciones en la piel (Pennebaker, 1995, como se citó en Barra, 2005). Y, en tercer lugar, la revelación de pensamientos y sentimientos personales también es un fenómeno social, ya sea en el contexto terapéutico o en la vida diaria, que implica un determinado nivel de confianza entre los participantes y que puede tener importantes efectos positivos o negativos en la relación.

La terapia cognitivo-conductual ayuda a que las personas comprendan e identifiquen los pensamientos que causan los sentimientos depresivos o angustiosos (González y Márquez, 2013). Una de las metas más importantes de esta terapia es facilitar en los pacientes la comprensión de los determinantes psicosociales que afectan sus vidas, para así poder ayudarles a desarrollar más control sobre ellas (Bandura, 1989; Barlow, 2002; Beck, 1976; D'Zurilla y Nezu, 1999; Hollon y DeRubeis, 2004, como se citó en Salas, 2005).

Tres tipos de respuestas pueden ser manipuladas a voluntad para aprender nuevas destrezas o perspectivas sobre una situación: *respuestas conductuales, cognitivas y fisiológicas*, permitiendo el control indirecto de las respuestas emocionales. Los cambios en estas áreas conductuales con frecuencia ocurren simultáneamente. Para ello, el terapeuta debe ayudar al paciente a desarrollar u optimizar la ejecución de destrezas motoras, cognitivas, verbales o fisiológicas que son relevantes para influenciar el evento en cuestión.

Recientemente, la teoría psicológica ha reconocido la importancia de la aceptación como un modo de sentirse en control; la aceptación involucra paciencia, resignación, confianza y estar dispuesto a manejar la realidad tal y como se nos presenta. Esta actitud debe diferenciarse de la evitación, en la que la persona no está dispuesta a afrontar la realidad potencial o real que le preocupa y para ello niega la realidad, se distrae, y la evade.

El enfoque conocido como Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) propuesta por Hayes y colaboradores (p. ej., Hayes, 2004; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999, como se citó en Salas, 2005) señala que aceptar es más que tolerar, es adoptar una actitud de no enjuiciar de nuestras experiencias. Para la TAC, en algunos casos la necesidad exagerada y el intento rígido de buscar el control activo y directo de la realidad es lo que mantiene el problema.

Dentro de la ayuda terapéutica es importante ayudar a recuperar o descubrir la propia valía, ya que de ahí parten muchos de los pensamientos erróneos que suelen tener las personas, incluso también hacia los demás; es un proceso complejo, pero de vital importancia. Adler (1929, como se citó en Salas, 2005), habla acerca del *control real*, el cual se refiere a la capacidad real de manipular intencionalmente algún suceso ambiental, por lo que es importante disponer de conocimientos y habilidades necesarias, así como el poder real de decisión. Dentro de las personas que ejercen satisfactoriamente este control real, se encuentran aquellas que son autoeficaces.

Uno de los procedimientos que se han utilizado para promocionar la emocionalidad positiva es la meditación denominada en inglés "*mindfulness*", una técnica cada vez más usada en combinación con intervenciones cognitivo-conductuales tradicionales para reducir la necesidad exagerada de control (Hayes, 2004; Roemer y Orsillo 2002; Segal, Williams & Teasdale, 2002, como se citó en Salas, 2005). En esta forma de meditación la atención se focaliza en el cuerpo, típicamente la respiración, y si la atención se desvía a otras experiencias (ideas, recuerdos, emociones), la persona se limita a reconocer el evento mental y a re-focalizar la atención en su respiración. Se diferencia de la relajación en que este tipo de meditación no busca relajar el cuerpo sino estar abierto a la experiencia sin juzgarla y sin controlarla (Salas, 2005). Los budistas han destacado la importancia de ejercitar la "atención plena" para la regulación y control emocional (Goleman, 2003, como se citó en Brusasca y Labiano, 2005).

La meditación implica la focalización de la atención en el momento presente, observando los propios pensamientos y sentimientos, dejando de lado el pasado y las expectativas futuras, así como las ideas preconcebidas; centrar la atención en lo que sucede en la mente, reconociendo que los contenidos mentales constituyen un proceso cambiante, no permanente (Brusasca y Labiano, 2005).

La palabra autoeficacia se define como la creencia que uno tiene de las habilidades instrumentales necesarias para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para alcanzar los

logros deseados (Bandura, 1997, 1977; Brehm y Brehm, 1981, como se citó en Salas, 2005). Este tipo de control percibido se aplica en lo cognitivo, lo afectivo, lo conductual y lo fisiológico; es así que las personas autoeficaces logran resolver sus problemas y llegar a sus metas, mientras que aquellas con baja autoeficacia percibe los estresores como inmanejables y se concentra en sus deficiencias.

Para Alexander Lowen (como se citó en Sánchez, 2012), resulta importante la práctica que priorice el trabajo corporal, es así que habla de que “la bioenergética es también una forma de terapia que combina el trabajo con el cuerpo y la mente, para ayudar a la gente a resolver sus problemas emocionales... (p. 126)”.

La terapia Loweniana propone un trabajo psico-corporal que funcione como principal tratamiento o como una alternativa complementaria de otras intervenciones terapéuticas, teniendo como rasgo distintivo el hecho de que los ejercicios sean guiados en un principio por el terapeuta y después lleguen a ser autoaplicados. En esta terapia se utilizan los estiramientos al inicio, para lograr relajar el cuerpo, acompañado de respiraciones que ayudarán a liberar energía, entre otros. El aporte de esta terapia es que la persona logra regular su propia energía para fortalecer la capacidad de respuesta del organismo (Sánchez, 2012).

Según menciona Reich (1993, como se citó en Sánchez, 2012), en la terapia psicológica resulta importante que el analista logre detectar si existe resistencia por parte del paciente, por lo que observar las reacciones del mismo, así como prestar atención a los contenidos cargados de afecto, dará el camino al meollo del conflicto psíquico, a la emoción que se encuentra detrás del conflicto y así lograr entenderla y liberarla; no es lo que el paciente dice, sino cómo lo dice, incluso en los momentos que se presenten donde exista una confrontación con el paciente se logra un debilitamiento de la coraza del mismo, permitiendo que la energía reactive la histeria infantil, es decir, aquella parte del cuerpo en donde

se manifieste algún tipo de tensión muscular es la que va a mostrar dónde deben trabajarse ciertos ejercicios para lograr llegar a la etapa infantil en donde no se logró expresar un impulso ahora reprimido.

Por ejemplo, dentro de la terapia Reichiana se observan ciertos ejercicios para lograr desbloquear una emoción reprimida, en el caso del cuello o la garganta se dice que el malestar pudo comenzar alrededor de los 4 años, etapa en donde comienza el lenguaje, las características de este malestar pueden ser asma bronquial o problemas cervicales actuales, así como el cuello rígido durante la actividad sexual y el bloqueo del segmento pélvico; los niños o adultos con estas características fueron callados en algún momento de su niñez, por lo que los ejercicios van a enfocarse en la libertad de expresarse, así como en realizar movimientos con la lengua para desbloquear las cervicales y la musculatura interna del cuello y la garganta, también los ejercicios de grito resultan beneficiosos.

Las terapias de relajación contribuyen a un estado de bienestar, anulan la ansiedad y el miedo. Reduce la tensión muscular y facilita la acción. El control de las expresiones faciales facilita procesos neurológicos favorables para una emocionalidad positiva (Brusasca y Labiano, 2005). Respirar también tiene un peso importante cuando se habla de disminuir preocupaciones; la respiración debe ser profunda y consciente, inhalando por la nariz, dirigiendo el aire hacia el estómago, y exhalando también por la nariz. El mayor número de repeticiones posibles puede garantizar que se convierta, con el tiempo, en nuestro modo de respiración natural. La respiración ayuda a la oxigenación, a disminuir la contracción del diafragma y a desacelerar el corazón (Varela, 2017).

De igual forma los ejercicios de imaginación dirigida o receptiva son especialmente efectivos para evocar sentimientos positivos en la gente, al invitar a la mente a imaginar paisajes de ambientes naturales, así mismo la visualización de experiencias de logro y experiencias pasadas agradables, que inducen emociones y percepciones positivas.

Las habilidades sociales van a ejercer una influencia positiva en el bienestar emocional, debido a que, al relacionarse de forma satisfactoria con otras personas, se mejora la calidad de vida y el bienestar integral (Álvarez, et al. 2001, como se citó en Calderón et al., 2012, sección Referente teórico).

5.3 Habilidades sociales

Viktor Frankl fue un hombre inquieto ante su autocontemplación, quien descubrió que su sentido de vivir estaba en su peculiar entrega con otros, consiguiendo así encontrarse como un ser humano determinante, de esencia espiritual invulnerable y de existencia única y efímera. La forma en cómo las personas buscan sentido a su existencia, les confiere una personalidad única (Rodríguez, 2004).

La adquisición de habilidades sociales, asertividad y resolución de problemas, son parte del repertorio de habilidades de auto manejo imprescindibles para afrontar la adversidad de manera eficaz (Fiorentino, 2005).

Las personas que reciben menos apoyo social están más predispuestas a experimentar trastornos emocionales y físicos cuando enfrentan altos niveles de estrés, en comparación con las personas que disponen de ese apoyo. Además, el bajo apoyo social se relaciona con ciertas conductas o factores que afectan negativamente la salud, como falta de actividad física o sueño irregular (Allgoewer, Wardle & Steptoe, 2001, como se citó en Barra, 2005).

Es así que las relaciones sociales efectivas elevan la tolerancia al estrés y disminuyen la vulnerabilidad en situaciones consideradas negativas; incrementar el sentido de compromiso y el sentido del humor ayudarán considerablemente a superar situaciones incómodas o inesperadas (Moure, et al., 2011).

La actitud de servicio está relacionada con la moral de la persona, ha sido considerada como una condición para prolongar la vida, pues la paz interior ayuda a mantener la salud en armonía. De esta forma

puede entenderse, en pocas palabras, que la enfermedad, así como la salud, se elige, pero implica un trabajo personal constante y la ausencia de miedo en cualquier circunstancia (Castillo, 2017).

Dentro de las competencias emocionales se encuentra el desarrollo de rasgos, actitudes o conocimientos para un adecuado desarrollo emocional. Estas van a influir en los procesos de aprendizaje, las relaciones interpersonales, la resolución de problemas, la consecución y mantenimiento de un puesto de trabajo, etc. (Bisquerra, 2009, como se citó en Calderón et al., 2012, sección Referente teórico).

Las competencias emocionales para este autor son:

⇒ Conciencia emocional: capacidad para tomar conciencia de las propias emociones y de los demás, a través de la observación propia y de las otras personas. Lo que incluye la habilidad para captar el clima emocional de un contexto determinado. También se incluyen las siguientes microcompetencias:

▶ Toma de conciencia de las emociones propias: capacidad de percibir, identificar y etiquetar las emociones.

▶ Dar nombre a las emociones: uso de un vocabulario emocional adecuado para designar las emociones que se experimentan.

▶ Comprensión de las emociones de los demás: capacidad de percibir otras emociones, así como de implicarse en sus vivencias emocionales por medio de la empatía.

▶ Tomar conciencia de la interacción entre emoción, cognición y comportamiento: hace referencia a que la emoción, cognición y conducta están en constante interacción.

⇒ Regulación emocional: capacidad para manejar las emociones de forma apropiada. Es decir, tener buenas estrategias de afrontamiento y la capacidad para autogenerarse emociones positivas. Es el elemento esencial para la educación emocional, y está compuesta por aspectos como la tolerancia a la

frustración, el manejo de la ira, la capacidad para retrasar gratificaciones, desarrollar la empatía, etc. Sus microcompetencias son:

- ▶ Capacidad de expresar emociones de forma apropiada.
- ▶ Regular emociones y sentimientos.
- ▶ Habilidades de afrontamiento: estrategias de autorregulación para gestionar la intensidad y duración de los estados emocionales.
- ▶ Competencia para autogenerar emociones positivas: alegría, amor.

⇒ Autonomía emocional: capacidad para defenderse de las emociones tóxicas. Se relaciona con la autogestión personal, e incluyen las siguientes microcompetencias: autoestima, responsabilidad, automotivación, actitud positiva, autoeficacia personal, análisis crítico de normas sociales y resiliencia.

⇒ Competencia social: capacidad para mantener buenas relaciones con otras personas. Para lo cual se necesitan una serie de habilidades y capacidades nombradas como microcompetencias: dominar las habilidades sociales básicas, respeto por los demás, practicar la comunicación receptiva y la comunicación expresiva; compartir emociones, la cooperación, la asertividad, la prevención y solución de conflictos, capacidad para gestionar situaciones emocionales, comportamiento prosocial.

⇒ Habilidades de vida y bienestar: capacidad para adoptar comportamientos apropiados y responsables para afrontar los desafíos diarios. Sus microcompetencias son: fijar objetivos adaptativos, toma de decisiones, búsqueda de ayuda, ciudadanía participativa, crítica, responsable y comprometida.

La educación emocional pretende potenciar el desarrollo emocional como complemento indispensable del desarrollo cognitivo, siendo ambos elementos partes esenciales de la personalidad integral. Algunos de los objetivos que propone la educación emocional son:

- o Adquirir un mejor conocimiento de las propias emociones.
- o Identificar las emociones de los demás.
- o Desarrollar la habilidad de controlar las propias emociones.
- o Desarrollar una mayor competencia emocional.
- o Desarrollar la habilidad de automotivarse.
- o Prevenir los efectos perjudiciales de las emociones negativas (Calderón et al., 2012, sección Referente teórico).

Dentro de estas respuestas emocionales existe aquella en la que los rasgos comportamentales responden a un cambio en el ambiente, conocido como afrontamiento (Botero y Paez, 2013).

5.3.1 Afrontamiento

El término *afrontamiento* se usa para explicar cómo las personas se adaptan a circunstancias inesperadas en su vida. Lazarus (1966, como se citó en Osorio et al., 2005) define el afrontamiento como un proceso que se activa cuando se percibe la amenaza, teniendo como objetivo regular el conflicto emocional y eliminar la amenaza.

El afrontamiento es el conjunto de “respuestas emocionales cognitivas y comportamentales que los sujetos usan para manejar y tolerar el estrés” (Lazarus & Folkman, 1984, como se citó en Botero y Páez, 2013, p. 2).

Lazarus y Folkman (1984, como se citó en Osorio et al., 2005) definen a las estrategias de afrontamiento como “los esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio para manejar

demandas internas y/o externas que son evaluadas como impuestas o excedentes a los recursos de las personas” (sección Afrontamiento).

Generalmente se han reconocido dos funciones principales del afrontamiento: regular las emociones y cambiar la relación persona – ambiente que causa la respuesta de estrés, así es que el afrontamiento puede dirigirse a la solución del problema, modificando las situaciones de amenaza y controlando las respuestas emocionales (Folkman, Lazarus, DunkelSchetter, DeLongis y Gruen, 1986, como se citó en Matud, 2005).

Está constituido por estrategias cambiantes dirigidas a la búsqueda del restablecimiento del equilibrio, actuando sobre las causas internas y externas que provocan ese estrés en el sujeto (Moure et al., 2011). Algunas maneras de clasificar los repertorios para afrontar situaciones pueden ser: enfocándose en el problema, centrándose en la emoción y evitando la fuente que produce estrés (Botero y Paez, 2013).

El afrontamiento centrado en el problema se define como los esfuerzos que se dirigen al origen del estrés para poder actuar directamente sobre él, para modificar o eliminar esa conducta y buscar una solución satisfactoria. Dentro de esta categoría, se encuentran estrategias tales como: la confrontación, la planificación, la búsqueda de información, el establecimiento de prioridades, etc. (Rodríguez, 1998, como se citó en Moure et al., 2011).

Por otra parte, el afrontamiento centrado en la emoción intenta regular los estados emocionales que están relacionados o son consecuencia de situaciones estresantes, pero resulta menos efectivo que el centrado en el problema (Billing y Moos, 1981; Pearlin y Schooler, 1978, como se citó en Matud, 2005). Los seres humanos somos sumamente racionales, provocando que nos desconectemos de la realidad cotidiana, pensando constantemente en un futuro lejano, que ocasiona sentimientos ansiosos. Lo mejor es centrarnos en hacer lo que podemos hacer en el momento en el que podamos hacerlo (Varela, 2017).

El afrontamiento no puede evaluarse con resultados positivos, sino que es cualquier conducta emitida únicamente en favor de decrementar o minimizar el estrés, sin importar que los resultados sean positivos o negativos. Un afrontamiento ineficaz se observa en personas que beben o fuman excesivamente ante una situación estresante, llegando a reaccionar de manera emotiva negativa creando problemas en sus relaciones sociales y en su salud integral. Las respuestas de afrontamiento no son innatas, son conductas que requieren un esfuerzo para combatir situaciones que son evaluadas como novedosas o nocivas (Osorio et al., 2005).

El afrontamiento positivo puede ser visto como un predictor de la resiliencia, es decir que las personas suelen responder serenamente a los problemas buscando alternativas y generando un plan de acción. Las personas que presentan ansiedad en sus relaciones interpersonales, tristeza constante, pesimismo, suelen huir o mostrarse pasivos antes las situaciones desafiantes, ceden ante la adversidad e incorporan conductas de riesgo que van a perjudicar a nivel personal y social (Beasley, Thompson & Davidson, 2003, como se citó en Botero y Páez, 2013).

El afrontamiento positivo se conecta también con una percepción positiva del bienestar propio como tener satisfacción por la vida, sentirse completamente competente a nivel social, percibirse saludable física y mentalmente, así como tener un buen sentido del humor y optimismo; estos últimos son vistos como maneras de afrontar situaciones difíciles, cuyos rasgos psicológicos incluirán habilidades sociales, creatividad, tolerancia, etc., favoreciendo la cohesión social.

Las personas con un comportamiento resiliente, tienden a producir conductas saludables de manera espontánea con los individuos que los rodean (Boyden & Mann, como se citó en Botero y Páez, 2013). También se ha hablado de que afrontar de manera adecuada los problemas, y generar un comportamiento resiliente, fortalece el sistema inmune, aumenta los glóbulos blancos y disminuye la producción de hormonas que bajan las defensas.

Un afrontamiento resiliente favorece todas las dimensiones internas y externas de una persona, desde procesar las situaciones problemáticas hasta la habilidad para interactuar en la sociedad, produciendo así, entornos saludables.

5.3.2 Resiliencia

La resiliencia hace referencia a la capacidad para conseguir una adaptación exitosa al contexto a pesar de las circunstancias desafiantes o amenazantes (Masten, Best & Garmezy, 1991, como se citó en Botero y Páez, 2013). Existen diferentes factores internos y externos que favorecen a la resiliencia, algunos de ellos son la familia, la comunidad, las redes de apoyo o las instituciones (Boyden & Mann, 2005, como se citó en Botero y Páez, 2013), y en cuanto a los factores internos se habla de la personalidad, la herencia genética, la autoestima, el autoconcepto, la inteligencia, y el estilo de afrontamiento. La resiliencia implica un conjunto de habilidades y actitudes que promueven un proceso de adaptación y transformación exitosa a pesar de los riesgos y la adversidad (Fiorentino, 2005).

Grotberg (2002, como se citó en Fiorentino, 2005) afirma que la resiliencia ha sido reconocida como un aporte a la promoción de la salud mental, pues la realidad muestra que no todas las personas sometidas a situaciones críticas sufren enfermedades o cuadros psicopatológicos, sino que superan la situación y logran pasar esa experiencia. De igual forma, menciona que la resiliencia se trata de la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e inclusive ser transformado por ellas.

Para Vanistendael (1995, como se citó en Fiorentino, 2005) existen 2 componentes de la resiliencia: la resistencia frente a la destrucción, es decir, la capacidad de proteger la integridad propia bajo presión, y, por otra parte, la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a las circunstancias.

Rutter (1991, como se citó en Fiorentino, 2005) sostiene que la resiliencia se caracteriza como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana en un medio insano. La resiliencia no puede ser pensada como un atributo con el que se nace, sino que es un proceso.

Los factores protectores se consideran fuerzas internas que contribuyen a que la persona resista los efectos del riesgo. Implican variables genéticas, disposiciones personales, factores psicológicos, situacionales y sociales. Dentro de los personales se observan las habilidades comunicativas y de resolución de problemas, sentido del humor, autoestima elevada, creatividad, autonomía, tolerancia a la frustración, optimismo, fe, confianza en sí mismo, responsabilidad, capacidad de elegir y búsqueda de apoyo social. Sin duda una de estos factores protectores más importantes es la capacidad de otorgar sentido y significado al sufrimiento y a situaciones generadoras de estrés (Fiorentino, 2005).

5.4 Logoterapia de Víktor Frankl

Una de las contribuciones más significativas de Frankl fue la Logoterapia, cuyos cimientos son tres principios que no se demuestran, pero pueden ser experimentados:

- ▶ La vida tiene sentido bajo todas las circunstancias
- ▶ El hombre es dueño de una voluntad de sentido y se siente frustrado o vacío cuando deja de ejercerla.
- ▶ El hombre es libre, dentro de sus obvias limitaciones, para consumir el sentido de su existencia.

Estos tres puntos indican cómo la logoterapia ve en el hombre, un ser con una vida en donde las situaciones por las que atraviesa tienen un sentido particular, como si estuvieran destinadas únicamente para él, como parte de su crecimiento, logrando la mejor actitud hallando sentido a cada suceso, consiguiendo así su realización personal, felicidad y salud mental, o explicado de otra forma “La logoterapia considera que, en lo profundo del espíritu existe una voz interna que lleva a dar respuesta con sentido a los diversos acontecimientos” (Rodríguez, 2004, p. 24).

La logoterapia se enfoca en aquellos trastornos del logos y en los trastornos espirituales, buscando diferenciar los padecimientos patógenos (agentes infecciosos que pueden provocar enfermedades) de los de origen noógeno (aquellos que surgen debido a problemas existenciales o espirituales), complementando así la psicoterapia tradicional. A diferencia del psicoanálisis, el cual busca remontarse en el pasado o a las motivaciones inconscientes, la logoterapia conduce a la consciencia del individuo, tanto al presente como al futuro, a las relaciones o metas que debe cumplir y sentidos que debe descubrir, dando solución a crisis o vacíos existenciales.

Si la neurosis a tratar es ocasionada porque no se está atendiendo la dimensión espiritual, entonces la terapia misma debe partir de lo espiritual. El conflicto entre problemas morales, espirituales,

de conciencia, existenciales, vacío interno, frustración existencial, van a causar enfermedad, solo que surgirán desde el espíritu.

Dentro de la logoterapia, Frankl propone dos técnicas: la intención paradójica y la desreflexión.

La *intención paradójica* tiene como objetivo modificar el autodistanciamiento en la psique, existen dos modelos para explicar esta técnica, el primero de ellos corresponde a la neurosis de ansiedad en donde el paciente reacciona ante un síntoma “x” con el temor de que este vuelva a aparecer, confirmando así la reaparición del síntoma gracias al miedo original. El paciente teme la reaparición de la ansiedad, es decir, miedo al miedo, dando como resultado una actitud de escape o necesidad de huir, construyendo así un patrón fóbico. “Las fobias son debidas en parte, al esfuerzo por evitar la situación en la que surge la ansiedad” (Frankl, 1984, como se citó en Rodríguez, 2004, p. 44).

El segundo modelo corresponde a la neurosis obsesiva-compulsiva, aquí el paciente se encuentra bajo presión de las obsesiones que lo acechan, reaccionando para intentar reprimirlas. Lo que caracteriza la neurosis obsesiva es la lucha y enfrentamiento con las obsesiones, debido a que el paciente teme que las obsesiones lo conduzcan a situaciones externas en donde llegue a lastimar a otros o a sí mismo.

La intervención se basa en evitar que huya y que luche con la ansiedad anticipatoria, la fobia y la neurosis obsesiva, respectivamente, a través de:

Un proceso mediante el que el paciente es animado a hacer, o a desear que ocurra, aquello que precisamente teme (lo primero es aplicable al paciente fóbico y lo segundo al obsesivo-compulsivo). De este modo conseguimos que el paciente fóbico cese de huir de sus miedos y el que el paciente obsesivo-compulsivo cese de luchar contra sus obsesiones y compulsiones. De cualquier modo, el miedo patógeno es sustituido entonces por un deseo paradójico. El círculo

vicioso de la ansiedad anticipatoria queda así desmontado. (Frankl, 1984, como se citó en Rodríguez, 2004, p. 45)

En el ejemplo de un paciente claustrofóbico que teme quedar atrapado en un elevador, buscando siempre utilizar las escaleras, significa que tiene miedo a un hecho que de solo pensarlo le causa dificultad para respirar adecuadamente. El miedo a que pueda faltarle el aire lo invita a imaginarse que puede estar asfixiándose. Por lo que él mismo va a provocar el síntoma al que anteriormente había buscado huir.

Víktor Frankl enfatiza que el psiquiatra, psicólogo, psicoterapeuta o médico, debe recordar que el paciente es un ser único, y que “su” sentido de la vida también cuenta con esa cualidad, por lo que el profesional servirá de apoyo para que el otro encuentre “su” sentido, más no puede dárselo.

Así lo menciona el Dr. Frankl (s/a, como se citó en Rodríguez, 2004):

Hasta ahora les he dicho que tienen que improvisar, pero también en la terapia deben individualizar. No solamente tienen que individualizar en lo que respecta al paciente, sino también en lo que se refiere a las terapias. No todas las terapias tienen el mismo éxito en cada uno de los casos, ni tampoco tienen el mismo éxito en manos de los distintos terapeutas. (p. 42)

La *desreflexión* tiene como objetivo habilitar la capacidad de autotranscendencia (capacidad de ir más allá de uno mismo), pues la hiperreflexión es la observación y atención exageradas que pueden llegar a ser obsesivas, “mientras que la intención paradójica capacita al paciente para ironizar la neurosis, con la ayuda de la desreflexión se le capacita para ignorar los síntomas” (Frankl, 1992, como se citó en Rodríguez, 2004, p. 48).

Algunas formas para aprender a ser más positivo respecto a los problemas que podamos enfrentar día con día son tener dosis de humor en cada dificultad, ver el problema como es realmente, sin dramatizar y tener siempre una sonrisa para que ayude a aliviar las tensiones (Campojo, 2005).

Aun cuando el terapeuta tenga una orientación hacia la logoterapia o no, puede emplear la intención paradójica como técnica de intervención en una psicoterapia conductista, psicoanalítica, Gestalt, etc. Debe contar con una formación orientada precisamente para tratar el conflicto que subyace a las defensas. Puede intentar abordarse la intención paradójica con humor, ya que, al ser un fenómeno humano, permite al hombre distanciarse de todo y de todos, incluso de sí mismo. Para tener la capacidad de encararse con la angustia, de tener valor para afrontar el ridículo. Es decir, distanciarse de sí mismo a través del humor.

Desde la teoría de la Personalidad, Perfetti (1999, como se citó en Campojo, 2005) investiga y reflexiona sobre el sentido del humor como rasgo de personalidad. Señala que estaría estrechamente relacionado con el conocimiento de sí mismo, entendiéndose como una escala que va desde un gran conocimiento, muy escaso o nulo de sí.

5.5 Sentido Humorístico

PRACTICAR EL BUEN HUMOR EN LA VIDA DIARIA CONSTITUYE UNA VERDADERA MEDICINA Y TERAPIA
ECONÓMICA PARA CUERPO Y ALMA

EUSEBIO CAMPOJÓ

El filósofo Kant (1724-1864, como se citó en Campojo, 2005) pensaba que la risa era un fenómeno psicosomático; señalaba que algunas ideas mentales producen una respuesta corporal: la risa, con su efecto fisiológico benéfico.

La filosofía y el humor están estrechamente relacionados. El sentido en el sin sentido que caracteriza el chiste, es también la forma de las paradojas, aporías, y acertijos de que se nutre la filosofía. Juan Carlos del Río (2005, como se citó en Campojo, 2005) escribe: “el buen humor es herramienta de

gran eficacia, permite ver lo que quizás los demás no perciben, ser conscientes de la relatividad de todas las cosas y revelar con una lógica sutil lo serio de lo tonto y lo tonto de lo serio ... "(p. 142).

El sentido del humor es un mecanismo psicológico sofisticado que permite aumentar la eficacia con la que enfrentamos situaciones complicadas. El humor no es una capacidad innata, se aprende en el transcurso de la vida, algunas de sus características incluyen: ayuda a afrontar los problemas, estimula la inteligencia y la velocidad de reflejos, agudiza el sentido de supervivencia. Pero se debe evitar caer en extremos que puedan llegar a la ironía o la burla, con el fin de ridiculizar a las demás personas.

La TRE de A. Ellis (1997, como se citó en Campojo, 2005), es una escuela que aplica el sentido humorístico, enfocando las perturbaciones emocionales que acontecen debido a la sobredimensión e importancia que damos a los sucesos o acciones; las tomamos muy formales, rígidas, sin salida.

Rodríguez Idógoras (2003, como se citó en Campojo, 2005) manifiesta que el humor nos ayuda a relacionarnos con los otros de manera distendida y a alejarnos de un excesivo individualismo, enseñándonos a ser menos arrogantes y más humildes. El sentido del humor y la risa se asocian a procesos de enseñanza, se aprende más cuando se presenta con humor el aprendizaje (Brusasca y Labiano, 2005).

Se habla del humor como expresión específicamente humana, para suavizar la frialdad y dureza del mundo externo ante la realidad inmanente del campo de concentración; el humor se reflejaba en las pobres alegrías, alegría causada al cotejar la presencia de un mal menor (Frankl, como se citó en Rodríguez, 2004, p.15).

Se ha demostrado que la alegría y la risa, tienen influencia significativa en la mayoría de los grandes sistemas fisiológicos del cuerpo: el muscular, respiratorio, inmunitario y endocrino, cardiovascular, digestivo, SNC, SNA. Fry (s.f., como se citó en Campojo, 2005), afirma que reímos "con todo nuestro ser". Arthur Stone, psiconeuroinmunólogo en Inteligencia Emocional (como se citó en

Campojo, 2005), ha observado en individuos con buen humor y propensión a la risa, un aumento de inmunoglobulina 'A' en las mucosas y la saliva, la cual es importante frente a las infecciones.

La risa es una gimnasia excelente para el cuerpo, mejora la presión sanguínea, estimula la circulación y el sistema inmunológico, eleva los niveles de endorfinas, ejercita los pulmones y beneficia al corazón y al sistema respiratorio. Contribuye a activar el potencial curativo del organismo (Fry, 1970, como se citó en Brusasca y Labiano, 2005).

Estudios psicobiológicos recientes, indican que la salud depende del equilibrio que haya entre el sistema simpático, relacionado a los sentimientos de guerra y huida y el parasimpático que se vincula a los sentimientos de paz y armonía; este sistema segrega endorfinas ligadas a la alegría y felicidad. En el SNC, la manifestación del humor supone la estimulación de varias áreas, con consecuencias positivas: gran actividad, excitación, interacción personal, por lo general seguida de estimulación humorística (Campojo, 2005).

La terapia basada en el buen humor comienza cargando emocionalmente de forma positiva a la persona, incluso antes de conocer los detalles clínicos de su enfermedad; significa hacer hincapié en las emociones positivas con ayuda de la aplicación del humor natural. Esto puede lograrse en talleres individuales o grupales, donde existen actividades basadas en la risa, el lenguaje corporal y la expresión emocional, conducidas por profesionales de la salud. Esta terapia de la risa, posibilita nuevas perspectivas para recobrar el buen humor mermado perdido debido a la existencia de alguna enfermedad; además, se logra crear un ambiente relajado en donde las personas se sienten cómodas e interactúan con mayor facilidad (Campojo, 2005).

El auténtico sentido del humor es más que un mecanismo de escape, pues estos indicarían no afrontar una realidad desagradable, pero el sentido del humor ayuda a incorporar esa realidad

transformándola en algo más soportable y positivo. Si somos resilientes, sabremos tomar los obstáculos con humor, permitiendo sobrellevar lo imperfecto, la aceptación madura de los fracasos y tener confianza frente a la adversidad (Fiorentino, 2005).

Alguien con buen sentido del humor es más capaz que otras personas de enfrentarse a situaciones conflictivas, ya que posee la suficiente tranquilidad para que la tensión no le impida tomar la decisión adecuada. También ayuda a comprender el mundo que nos rodea, a ver la realidad desde distintos puntos de vista, a favorecer la conformidad con nosotros mismos a nivel afectivo, invita a desarrollar acciones proactivas, socialmente ayuda a las relaciones de amistad y a comunicarnos mejor, así como a crear pensamientos alternativos, evitando permanecer en pensamientos negativos (Campojo, 2005).

Para cerrar la temática expuesta a lo largo de los capítulos anteriores, a continuación, se muestra una cita expresada por Colin (2017), en donde acierta al resumir lo que significa tomar la decisión de cambiar el estilo de vida, y al sugerir lo que es conveniente en tal caso:

Lo que hay que hacer es tratar día a día de vivir con equilibrio, estar agradecido con mis padres por la vida y respetarlos solo por eso, cuidar lo que le doy de comer a mi cuerpo...; escucharme cuando tengo malestar y, antes de tomar medicamentos, preguntarme qué me falta hacer o con qué estoy inconforme; procurar a mi familia, decir lo que siento con congruencia entre lo que pienso, o que digo y lo que hago hay que escuchar las quejas del corazón que está triste y satisfacer las necesidades del espíritu para sobrevivir. (p. 254)

Conclusiones

A manera de conclusión he de mencionar que la relación de las emociones con las habilidades sociales, la terapia psicológica, el autoestima y la salud, se ha demostrado que es real, auténtica; si bien se puede entender que muchas creencias y estilos de vida son establecidas por la cultura o lugar en el que las personas crecen, también se hace hincapié en la importancia de elegir a voluntad recuperar el equilibrio biopsicosocial que ofrecen los tratamientos psicológicos, así como una adecuada actividad física, y una relación estable con uno mismo, para lo que resulta vital tener el conocimiento de estas distintas opciones de mejora que poco a poco intentan emerger de lo desconocido a lo necesario.

En la actualidad, las afecciones psicósomáticas no son abordadas con la importancia que merecen e incluso continúan siendo ignoradas por el área médica, acaparando aun esas situaciones específicamente psicológicas de las que se busca una solución inmediata, eficaz, superficial.

Es evidentemente complicado lograr un bienestar completo a lo largo de la vida, pero es quizá aún más complicado tomar la decisión de ignorar los conflictos internos por los que atravesamos, pues se ha observado que es el cuerpo donde se depositan las cargas familiares, las situaciones traumáticas que hemos pasado, la incertidumbre, los miedos que llevamos dentro, etc., llegando a convertirse en dolorosas enfermedades crónicas que no lograrán aliviarse por completo únicamente con la ingesta de medicamentos (aunque no se descarta el tratamiento farmacológico en padecimientos específicos), sino que se requiere comprender cómo nació la dolencia y por qué.

Las relaciones sociales satisfactorias han sido, son y probablemente sean siempre uno de los principales pilares de la salud, pues la interacción correcta con los demás puede cambiar nuestras formas de pensar, nuestra manera de vernos a nosotros mismos, aprender más allá de lo que se nos ha impuesto desde que tenemos memoria, de lo que damos por hecho; las redes sociales en este tiempo de pandemia, por ejemplo, han logrado conectar a las personas aun a la distancia, incluso en sesiones psicológicas se sigue intentado cuidar aquellos procesos que las personas necesitan para enfrentar los conflictos del día

de hoy, se ha permitido ver más allá del espectro de salud médica notando las cantidades de estrés que han surgido debido a un cambio mundial e inesperado, en donde lo ideal sería desarrollar este afrontamiento a las adversidades, esta resiliencia al momento de adaptarse a esta nueva forma de vida día con día, pues cada situación desagradable está ofreciendo la oportunidad de escuchar lo que está pasando en nuestro cuerpo, quizá desde hace bastante tiempo, en donde solo nosotros mismos tenemos la respuesta y la decisión de mejorar/cambiar el estilo de vida que llevamos y no permitir que el miedo al miedo llegue a ser incapacitante.

La comodidad que se creía al permanecer en casa sin existir la necesidad de movilizarse o hacer un esfuerzo para salir, socializar, enfrentar situaciones, ha sido totalmente transformada, se observó al cabo de un lapso corto de tiempo que se necesitan estas actividades sociales en el trabajo, con los círculos de amistad, con las personas fuera, más de lo que se hubiera llegado a pensar en el pasado, pues al igual que ocurre con un problema no resuelto en la mente, al cabo de un tiempo dejamos de ver hacia dónde estamos yendo, qué es lo que necesitamos, cómo podemos lograr esa mejora personal, hasta que llega el momento en el que es inevitable hacerle frente, y entonces todo se modifica, todo fluctúa de una manera distinta.

Resulta sumamente importante recordar que el ser humano es un todo, el enfoque biopsicosocial debe estar presente al momento de abordar las problemáticas en las vivencias de cada persona, evitando generalizar los síntomas, las circunstancias y adversidades para entender mejor los procesos internos por los que atraviesa, y así buscar la solución óptima de índole físico, psicológico, social o un conjunto de las tres, y que se realice el cambio esperado que le permita mejorar su calidad de vida al conectar con sus propias necesidades de cambio en las esferas de su vida, personal, emocional, social, laboral, educativa, física, psicológica.

Referencias

- Abajo, S., y Márquez, S. (2013). Salud y efectos beneficiosos de la actividad física. En S. Márquez y N. Garatachea (Eds.), *Actividad física y Salud* (pp. 3-14). Díaz de Santos. [Archivo PDF].
- Álvarez, E. (2013). Evolución histórica y análisis de los contenidos de la actividad física como forma de salud. En S. Márquez y N. Garatachea (Eds.), *Actividad física y Salud* (pp. 15-34). Díaz de Santos. [Archivo PDF].
- Álvarez, L. Y. (enero 2014). Caracterización de las creencias irracionales del trastorno histriónico de la personalidad. *Psicogente*, 17 (31), 143-154.
<https://www.redalyc.org/pdf/4975/497551994011.pdf>
- Baca, T. R. (2017). Dormir bien, una posibilidad de construcción. En S. López (Ed.), *Cómo recuperar tus emociones, tus sabores y tus órganos. Desde la psicología de lo corporal* (pp. 127-147). Los Reyes.
- Barra, E. (2005). Influencia del estado emocional en la salud física. En L. A. Oblitas (Ed.), *Atlas de Psicología de la Salud* (pp. 90-99). PSICOM.
- Beattie, M. (2006). *Deja de hacerte daño*. EDAF.
- Becoña, E. (2005). Introducción a la Psicología de la Salud. En L. A. Oblitas (Ed.), *Atlas de Psicología de la Salud* (pp. 11-63). PSICOM.
- Belloch, A, y Olabarria, B. (1993). El modelo bio-psico-social: Un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico. *Colegio Oficial de la Psicología de Madrid*, 4 (2). pp. 181-190.
<https://bit.ly/2SabllL>

Botero, J. C., y Páez, E. (2013). Caminos para la resiliencia. (Boletín Informativo N° 3).

<https://bit.ly/3eHJL7k>

Brusasca, C., y Labiano, L. M. (2005). Emociones positivas: algunas de sus implicaciones psicológicas. En L.

A. Oblitas (Ed.), *Atlas de Psicología de la Salud* (pp. 156-166). PSICOM.

Calderón, K. S. (2019). *El influjo sociocultural en la formación de enfermedades psicosomáticas* [Tesis de

Licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de

México]. TESIUNAM Digital.

Calderón, M., González, G., Salazar, P., y Washburn, S. (2012). *Aprendiendo sobre las emociones. Manual*

de Educación Emocional. <https://bit.ly/3vsHgMy>

Calles, R. S. (2017). Alimentarse bien – Vivir bien. En S. López (Ed.), *Cómo recuperar tus emociones, tus*

sabores y tus órganos. Desde la Psicología de lo corporal (pp. 13-25). Los reyes.

Campojo, E. (2005). Humor para establecer el bienestar psicológico. En L. A. Oblitas (Ed.), *Atlas de*

Psicología de la Salud (pp. 140-150). PSICOM.

Campos, J. E. (2017). Cinco principios para relacionarnos. En S. López (Ed.), *Cómo recuperar tus emociones,*

tus sabores y tus órganos. Desde la psicología de lo corporal (pp. 27-43). Los Reyes.

Caraveo, J. J., Colmenares, E., y Martínez, N. A. (octubre 2001). Síntomas, percepción y demanda de

atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. División de

Investigaciones Epidemiológicas y Sociales; Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”

<https://bit.ly/2SdlFtz>

Castillo, L. (2017). Construcción de la salud. En S. López (Ed.), *Aproximaciones a las relaciones órgano –*

emoción 3 (pp. 21 – 31). Los Reyes.

Chaparro, G. A., López, O., Herrera, I., y Rivera, M. (2007). La construcción de las enfermedades psicosomáticas en la sociedad mexicana. En S. López. *Una mirada incluyente de los psicólogos de Iztacala: Hacia una nueva construcción de la psicología* (pp. 45 - 78). Dgapa.

Chóliz, M. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional* [Archivo PDF].

Colin, M. (2017). Cuando el corazón y espíritu se ponen en huelga. En S. López. *Aproximaciones a las relaciones órgano – emoción 3* (pp. 241-254). Los Reyes.

Dethlefsen, T., y Dahlke, R. (1983). *La enfermedad como camino* [Archivo PDF].

Domínguez, B., Olvera, Y., Zaldivar, I., Hernández, C., y Hernández, R. (2005). Regulación cognoscitiva y emocional del dolor crónico. En L. A. Oblitas (Ed.), *Atlas de Psicología de la Salud* (pp. 273-288). PSICOM.

El Sahili, L. F. (2010). *Psicología Clínica. Trastornos neurológicos, hormonales y psicológicos*. Universidad de Guanajuato. <https://bit.ly/3ntEap1>

Fiorentino, M. (2005). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. En L. A. Oblitas (Ed.), *Atlas de Psicología de la Salud* (pp. 417-431). PSICOM.

González, R., y Márquez, S. (2013). Relación entre actividad física y salud mental: el papel del ejercicio en personas con depresión. En S. Márquez., y N. Garatachea (Eds.), *Actividad física y Salud* (pp. 99-114). Díaz de Santos.

Hernández, R. (2015). *Conflictos emocionales como fuente de manifestación de las enfermedades psicosomáticas* [Tesis de Licenciatura, Centro Universitario Vasco de Quiroga de Huejutla]. TESIUNAM Digital.

- Herrera, I., Solís, A., y Durán, N. (2007). Hacia una nueva epidemiología psicológica. En S. López (Ed.), *Una mirada incluyente de los psicólogos de Iztacala: Hacia una nueva construcción de la psicología* (pp. 33 - 43). Dgapa.
- Herrera, I., y Chaparro, G. (2017). Relaciones órgano – emoción en el cuerpo autosustentable. En S. López (Ed.), *Aproximaciones a las relaciones órgano – emoción 3* (pp. 11-19). Los Reyes.
- Jiménez, M. I., y Rosselló, J. (2005). Diabetes y depresión. En L. A. Oblitas (Ed.), *Atlas de Psicología de la Salud* (pp. 402-416). PSICOM.
- Lemos, M., Restrepo, D.A., y Richard, C. (enero 2008). Revisión crítica del concepto “psicosomático” a la luz del dualismo mente-cuerpo. *Pensamiento Psicológico*, 4 (10). 137-147.
<https://www.redalyc.org/pdf/801/80111670009.pdf>
- López, S. (2017). *Lo corporal y lo psicosomático, aproximaciones y reflexiones VII. Propuesta de psicología de lo corporal*. Los Reyes.
- Márquez, S. (2013). *Actividad física y salud*. Díaz de Santos.
- Matud, M. P. (2005). Género y Salud. En L. A. Oblitas (Ed.), *Atlas de Psicología de la Salud* (pp. 124-139). PSICOM.
- Marín, H. A., Franco, A., Vinaccia, S., Tobón, S., y Sandín, B. (2005). Trastornos del sueño, salud y calidad de vida: una perspectiva desde la medicina comportamental del sueño. En L. A. Oblitas (Ed.), *Atlas de Psicología de la Salud* (pp. 505-524). PSICOM.
- Melgar, A. (2000). El pensamiento: una definición interconductual. *Revista de Investigación en Psicología*, 3 (1). pp. 23-38. <https://bit.ly/3nAOco9>

- Morales, M. L. (2018). *El trabajo de las habilidades sociales y emocionales en familiares de estudiantes y su impacto en la convivencia escolar* [Tesis de Licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México]. TESIUNAM Digital.
- Moreira, P., Crusellas, L., Machado, F., y Pinheiro, A. (2005). Construyendo salud: de las evoluciones teóricas a las aplicaciones prácticas. En L. A. Oblitas (Ed.), *Atlas de Psicología de la Salud* (pp. 37-46). PSICOM.
- Moure, P., Del Pino, D. A., y Alvaredo, R. (2011, 15 de agosto). De lo psicológico a lo fisiológico en la relación entre emociones y salud. *Revista Psicología Científica.com*, 13(13). <http://www.psicologiacientifica.com/relacion-emociones-y-salud/>
- Naranjo, M. L. (2007, septiembre). Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Revista electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 7 (3). pp. 1-26. <https://bit.ly/3gRemlc>
- Northrup, C. (1999). *Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer*. URANO.
- Osorio, M., Bazán, G. E., y Paredes, M. (2005). Afrontamiento de los padres de niños con algún padecimiento crónico. En L. A. Oblitas (Ed.), *Atlas de Psicología de la Salud* (pp. 350-356). PSICOM.
- Pérez, O. (2015). Hacia la psicósomática: algunas consideraciones epistemológicas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18 (4). 1457-1477. <https://bit.ly/32TKCw1>
- Perlmutter, D. (2019). *Cerebro de pan*. Grijalbo.
- Rodríguez, L. C. (2004). *La logoterapia, una psicología para el espíritu*. [Tesina de Licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México]. TESIUNAM Digital.

Salaberría, K., y Echeburúa, F. (septiembre, 1995). *Ansiedad normal, ansiedad patológica y trastornos de ansiedad. ¿Un camino muy discontinuo?* (48). pp. 67-81. [Boletín de Psicología].

<https://bit.ly/3dZ9icO>

Salas, J. A. (2005). Control, salud y bienestar. En L. A. Oblitas (Ed.), *Atlas de Psicología de la Salud* (pp. 46-68). PSICOM.

Salguero, A., y Molinero, O. (2013). Efectos del ejercicio sobre el sueño. En S. Márquez y N. Garatachea (Eds.), *Actividad física y Salud* (pp. 115-125). Díaz de Santos.

Sánchez, G. (2012). Psicología Corporal. Aportes de Wilhelm Reich y Alexander Lowen. *Revista Argentina de Psicología* (51). 116-132. [Archivo PDF].

Segovia, L. M. (julio-diciembre 2014). La experiencia melancólica: una configuración diferencial entre la depresión mayor y la melancolía. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 14 (2). pp. 5-12. [Archivo PDF].

Tuero, C., y Márquez, S. (2013). Estilos de vida y actividad física. En S. Márquez y N. Garatachea (Eds.), *Actividad física y Salud* (pp. 35-49). Díaz de Santos.

Triglia, A. (s.f). La teoría de los 4 humores de Hipócrates. *Psicología y Mente*. <https://bit.ly/3nvtaaO>

Varela, C. G. (2017). Cómo controlar la ansiedad fácil y rápido. ¡Garantizado! En S. López (Ed.), *Cómo recuperar tus emociones, tus sabores y tus órganos. Desde la psicología de lo corporal* (pp.149-166). Los Reyes.

Vargas, P. (2013). Las enfermedades psicosomáticas y el malestar emocional de los estudiantes de la Sede del Atlántico, Universidad de Costa Rica. *Revista Intersedes*, 14 (28). 5-23.

<https://bit.ly/3tZ1TQm>

Zárate, O. (2017). Los fantasmas del pasado te enferman di – a – debis. En S. López (Ed), *Aproximaciones a las relaciones órgano - emociones 3* (pp. 165 – 176). Los Reyes.