

Toma control de tu propia salud

Esteban Poni-Ravagli

Un estilo de vida saludable beneficia tanto al individuo como a la sociedad.

Lucy es una buena estudiante. Se esfuerza “para ser alguien en la vida” y ayudar a su familia. Últimamente ha dejado de comer con regularidad y ha perdido sueño (“Tú sabes, demasiado que estudiar y poco tiempo para comer”). Se siente como si estuviera caminando en “la cuerda floja”. “Precisamente ayer —confiesa, preocupada— ¿me quedé dormida en la clase! ¿Te imaginas? —Y añade—: No puedo seguir así”. Lucy también dice que quiere establecer buenos hábitos de salud para poder ayudarse a sí misma y disfrutar de la vida estudiantil. Sin embargo, Lucy no sabe por dónde empezar: “¿Qué puedo hacer para vivir una vida saludable?”

Carlos es una persona bien educada que está tomando su sub-especialidad en Asuntos Internacionales. Le preocupan las proyecciones relacionadas con la salud mundial. Se ha enterado de que a pesar de una declinación en la mortalidad provocada por enfermedades cardiovasculares en algunos países, (como por ejemplo, Australia, las naciones de la Unión Europea, Nueva Zelanda y los Estados Unidos) el mundo sufrirá los efectos de una “segunda gran ola de muertes” para el año 2020. Esas enfermedades no sólo serán la principal causa de mortalidad en los países desarrollados, sino también en la gran mayoría de los países en desarrollo.^{1,2} Los investigadores predicen que los países en desarrollo no serán capaces de costear los mismos tratamientos que se ofrecerán en los países desarrollados. En los Estados Unidos, sólo un 20% de los pacientes hipertensos están adecuadamente controlados, pero en los países en desarrollo este porcentaje cae a un 5% al 10%.³ Además, la falta de sistemas eficientes de atención a la salud, las limitaciones en los recursos financieros y la subestimación de los beneficios de un estilo de vida saludable pondrán en peligro innecesario la vida de millones de personas.^{1,4,5} Carlos se ha vuelto pensativo:

“¿Quién tiene poder e influencia suficientes como para cambiar esas proyecciones? ¿Los gobiernos? Pero, ¿son los gobernantes los únicos responsables de mantener a los pueblos tan saludables como sea posible?”

Las experiencias de Lucy y Carlos son ejemplos extremos. Una se relaciona con la salud personal; la otra se enfoca en la salud colectiva.

Una perspectiva histórica

La historia universal de la salud y la medicina antes del siglo XX está llena de ensayos y errores así también como de ignorancia y pestilencias. Eran frecuentes las guerras y las hambrunas, y el escaso conocimiento médico daba como resultado un bajo promedio de vida. Las evidencias arqueológicas basadas en esqueletos humanos, tanto en Europa como en la América Pre-Colombina, así también como los registros históricos confirman que la expectativa de vida de las personas difícilmente superaba los 34 años.⁶⁻⁸ Se pensaba entonces que una persona era saludable si “no tenía enfermedad” o si había nacido sin defecto físico ni enfermedad infecciosa. Muchas sociedades necesitaban personas físicamente hábiles y fuertes para luchar en los campos de batalla y para trabajar en los cultivos. Muchos se consideraban víctimas —o sea, pasivos receptores— de “fuerzas externas” o “maleficios” que preterminaban no sólo su salud, sino también su bagaje hereditario y status social.⁶

Cuando en el siglo XIX se establecieron los primeros servicios hospitalarios militares y los departamentos de salud en los centros urbanos durante la Revolución Industrial Norteamericana, la expectativa de vida giraba en torno a los 40 años, con una alta mortalidad superior al 20 por 1000.^{7,9,11} Para 1900 el porcentaje de mortalidad había disminuido a 17,2 por 1000; y 75 años más tarde se desplomó a menos de 9 muertes por 1000 habitantes.¹¹ En 1993, el 71% de los estadounidenses esperaba vivir hasta los 70 años, lo que representa una mejoría superior al 32% en comparación con 1900. Un 80% de este mejoramiento del promedio de vida ocurrió entre 1890 y 1940. Esto se debió en gran parte a (a) los cambios radicales en

la disponibilidad de los alimentos y mejor comprensión de la nutrición y (b) a notables acciones públicas en el campo sanitario, incluyendo servicio de agua limpia, drenajes, calles más limpias, reglamentos urbanísticos, ventilación de las casas, control de la proliferación de ratas, pasteurización de la leche y campañas de vacunación para prevenir enfermedades infecto-contagiosas. Los Estados Unidos se beneficiaron por varios años con los avances de la medicina preventiva, principalmente gracias a iniciativas gubernamentales y a una creciente conciencia individual y colectiva de que “los hábitos sucios” eran “perjudiciales”. Por ejemplo, el escupir, estornudar y toser en público fueron vistos no sólo como falta de educación, sino que se lo prohibió.^{6,11,12} Debido a que se consideró que la salud debía estar al alcance de la toda la población, las iniciativas de salud preventiva iban dirigidas más a la sociedad que al individuo.

Durante las décadas de 1930 y 1940 se descubrieron de los antibióticos tales como las sulfas, la penicilina (descubierta accidentalmente) y la estreptomycin, que abrieron un nuevo horizonte en la medicina. Sin embargo, los antibióticos también crearon la ilusión de que cualquier persona podría tratar sus enfermedades con “remedios milagrosos”. Los gobiernos invirtieron fuertes sumas de dinero en la medicina curativa en vez de la medicina preventiva. La tecnología médica avanzó rápidamente, expandiendo la costosa medicina curativa centrada en los hospitales, que fueron aumentando en número y en tamaño para satisfacer la búsqueda de “mejor salud”. Para la década de 1950 la expectativa de vida había aumentado a un promedio de 65 años en los Estados Unidos.⁷ Se creyó que ese aumento se debía a las “maravillosas nuevas tecnologías”. Sin embargo, entre 1950 y 1970 se produjo un estancamiento en el promedio de vida en ese país. (Ver la Figura 1.)

Crisis médica a principios de la década de 1990

El interés en adquirir hábitos de conducta que reducen el riesgo de enfermedades fue casi olvidado debido a un exagerado énfasis en la medicina curativa. Durante la década

de 1980 tres factores se conjugaron para causar una crisis médica a comienzos de los 90: el aumento de las “enfermedades provocadas por el ser humano”, de los gastos de salud y de las quejas de los grupos pro-salud.^{6,7,13}

Las “enfermedades provocadas por el ser humano” tales como ataques cardíacos, accidentes cerebro-vasculares, cáncer, accidentes automovilísticos, suicidios, violencia, diabetes, abuso de drogas, y contaminación ambiental llegaron a ser la principal causa de muerte prematura.⁷ (Ver la Tabla 1.) Resultó evidente que la gente padecía de estas enfermedades por haber adquirido malos hábitos temprano en la vida; por ejemplo, el tabaquismo, el abuso del alcohol, la comida grasosa, el estrés, la conducta hostil, etc. Sin embargo, los investigadores notaron que un estilo de vida diferente protegía (prevenía) contra una muerte prematura; por ejemplo, el ejercicio físico regular, una dieta basada en

frutas y vegetales, y el reposo apropiado. A partir de los 70, el porcentaje de mortalidad comenzó otra vez a declinar en forma lenta pero sostenida debido a que un número mayor de personas adoptaban un estilo de vida saludable.

Los informes económicos confirmaron que la medicina preventiva había logrado la mayor parte del mejoramiento de la sobrevivencia y del estado general de la salud, con muy poco incremento en los costos.

Las quejas de los grupos pro salud llegaron a tener relevancia política en los Estados Unidos e impusieron su derecho a vivir, por ejemplo, en ambientes sin contaminación ambiental. Consideraron injusto que quienes no habían cuidado de su cuerpo consumieran la mayor parte del presupuesto nacional destinado a la salud.

Conductas pasivas y activas ante la salud

La historia de la salud y la medicina indi-

ca que las iniciativas del gobierno tienen influencia sobre la salud de la sociedad. Sin embargo, no podemos ignorar la importancia de las actitudes individuales hacia la salud, la enfermedad, la muerte y otros factores que afectan la conducta humana y eventualmente impactan a la sociedad. Varios estudios antropológicos y psiquiátricos interculturales concuerdan en que los sistemas de salud preventiva y curativa reflejan una actitud cultural. Vale decir, son influidos por “el sistema de creencias compartidas, valores, costumbres, conductas y artefactos que los miembros de una sociedad emplean para hacer frente al mundo y para relacionarse entre s[i], los cuales se transmiten a la siguiente generación mediante el aprendizaje”.^{14,15} Las personas que se interesan activamente en su propia salud examinan los conceptos de salud y enfermedad, y evalúan cómo su actitud ante la salud se ve influida por la cultura en que están inmersas. Por ejemplo, un individuo que cultiva un estilo saludable de vida no ingiere las comidas grasosas o fritas que son típicas de su cultura.¹⁶

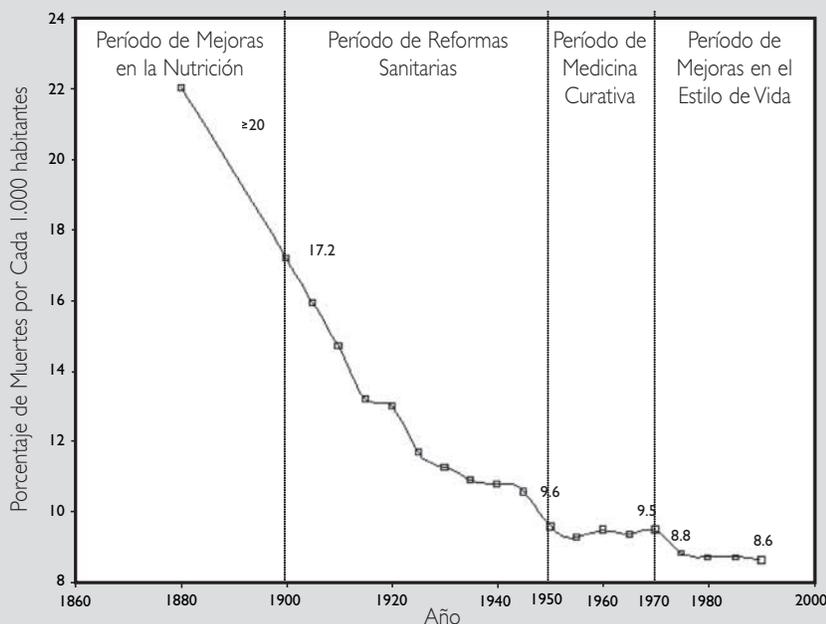
Por otro lado, los individuos que creen ser víctimas de la mala suerte corren un riesgo mayor de asumir una conducta pasiva ante su propia salud. Por ejemplo, algunos pacientes que corren el riesgo de infección por el HIV (virus productor del SIDA) declaran: “De todos modos, de algo voy a morir”.¹⁷ Estos datos refuerzan el concepto de que cuando dependemos del gobierno, el sistema social, el hospital o las agencias internacionales para nuestra estado de salud, negamos nuestra propia capacidad de asumir responsabilidad por nuestra propia salud.

¿Qué es salud?

Esta etapa caracterizada por “un estilo de vida preventivo” asigna a cada persona cierto nivel de responsabilidad por su vida y su vitalidad; vale decir la capacidad de vivir una vida activa y plena. Ya no es posible considerar la enfermedad como la simple ausencia de enfermedad o sólo una vida larga. Vitalidad, salud óptima y bienestar tienen significados semejantes. Una de las mejores definiciones modernas del concepto de salud proviene de la

Figura 1.
Iniciativas para mejorar la salud y su efecto sobre la mortalidad en EE.UU.

Fuente: Department of Health and Human Services, National Center for Health Statistics



Organización Mundial de la Salud: “Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencias”. Además de los aspectos físicos, emocionales y sociales, la salud abarca también las dimensiones interpersonales, intelectuales, espirituales y ambientales.

Perfil de una persona saludable

Desde el punto de vista físico, una persona saludable evita la ingestión de sustancias peligrosas (especialmente tabaco y alcohol); se alimenta apropiadamente, practica el ejercicio físico regular y trata de mantener un peso normal; entiende las limitaciones naturales de su cuerpo, el proceso del envejecimiento y acepta que la muerte marca el final de ese proceso. A pesar de esa realidad, se ha determinado a mantener una salud óptima.

En la perspectiva emocional, social e interpersonal, una persona saludable mantiene un equilibrio entre la autoestima (la capacidad de una persona de considerarse a sí misma valiosa) y la heteroestima (la capacidad de considerar a otras personas como valiosas); entre el uso y el abuso; y entre libertad (la capacidad de elegir o actuar), seguridad (el sentimiento de confianza) y el riesgo (la conciencia del peligro). Esta manera de pensar se aplica a todos los

aspectos de la salud preventiva, pero es especialmente valiosa para lo relacionado con una conducta sexual saludable.

En la dimensión intelectual, una persona saludable busca información sobre salud; controla los factores de riesgo que causan enfermedades, pero también solicita ayuda profesional si la necesita; procura entender el sistema de atención a la salud y lo utiliza eficientemente; y aprende a controlar conductas de alto riesgo para minimizar su impacto.

Espiritualmente, una persona saludable entiende la importancia de la dimensión espiritual en su vida y la cultiva activamente para experimentar al máximo serenidad, satisfacción y esperanza.

En lo que respecta al ambiente, una persona saludable es consciente de los beneficios y riesgos relacionados con el entorno en que vive, y actúa de manera apropiada para mantener condiciones saludables a su alrededor.

Todos podemos lograr mejor salud

Aunque la pobreza y las desigualdades sociales todavía existen en muchos países, se sabe que la salud preventiva y la participación individual son claves para atender las necesidades universales de salud. Algunos países en desarrollo como Sri Lanka, Costa Rica y en el Estado de

Kerala en la India han logrado niveles bajos de mortalidad mediante estrategias nacionales que incluyen hospitales pequeños, participación del público, médicos dedicados y trabajadores de la salud capaces de alcanzar a los más pobres y menos educados. Aunque no disfrutaban de acceso a servicios de salud, las madres nigerianas que son pobres pero que poseen algún nivel de instrucción fueron capaces de mejorar el promedio de sobrevivencia de sus hijos, pero no así las madres analfabetas.¹⁷

Nuestra actitud responsable y nuestro estilo de vida impactan poderosamente nuestra salud, cualquiera sea nuestro nivel de pobreza o riqueza. Cuando se practica un estilo de vida saludable es posible influir positivamente tanto sobre la persona como la sociedad. A continuación se recomienda enfáticamente la siguiente fórmula para el mejoramiento de la salud personal:

Primero, toma control de tu salud, identificando problemas.

Segundo, establece planes y objetivos que sean fáciles de cumplir.

Tercero, lleva a cabo esos planes y objetivos.

Cuarto, asegúrate de que tus nuevos planes y objetivos se están logrando.

Quinto, aléjate de personas, objetos y situaciones que pueden arruinar tus planes.

Sexto, pide ayuda, si la necesitas.

Tabla 1
Principales causas de muerte
en los años 1900 y 2000 (EE.UU.)

Comienzo del Siglo XX		Comienzo del Siglo XXI	
Año 1900	%	Año 2000	%
Pulmonía/Gripe	16.0	Enf. del corazón	29.6
Tuberculosis	11.0	Cáncer	23.0
Enf. gastrointestinales	9.0	Derrame cerebral	7.0
Enf. del corazón	9.0	Enf. obstructivas del pulmón	5.1
Enf. infecciosas y parasitales	8.0	Accidentes	4.1
Enf. del riñón	5.0	Diabetes	2.9
Enf. de la primera infancia	4.0	Pulmonía/Gripe	2.7
Derrame cerebral	4.0	Enf. de Alzheimer	2.1
Cáncer	4.0	Enf. del riñón	1.5
Enf. del hígado	1.3	Septicemia	1.3
		Suicidio	1.3

Fuentes: Organización Panamericana de la Salud, *Health in the Americas* 2 (1988); Center for Health Statistics, *National Vital Statistics Reports* 52 (9) 2003.

Esteban Poni (médico egresado de la Universidad de Venezuela) es especialista en medicina interna. Se dedica a la investigación y a la educación para salud, y radica en Loma Linda, California, EE.UU. Email: este3808@hotmail.com

REFERENCIAS

1. T. A. Pearson, “Cardiovascular disease in developing countries: myths, realities, and opportunities”, *Cardiovasc Drugs Ther* 13 (1999): 95-104.
2. J. W. Levenson, P. J. Skerrett y J. M. Gaziano, “Reducing the global burden of cardiovascular disease: The role of risk factors”, *Preventive Cardiology* 5 (2002):188-189.
3. Y. K. Seedal, “The limits of antihypertensive therapy—lessons from Third World to First”, *Cardiovascular Journal of South Africa* 12 (2001): 94-100.
4. L. J. Dominguez, M. Barbagallo, J.R. Sowers:

Continúa en la página 34.

DIÁLOGO 16•1 2004

PAUTAS PARA COLABORADORES

Diálogo Universitario se publica tres veces al año en cuatro ediciones paralelas (español, francés, inglés y portugués). Se dirige especialmente a los universitarios, docentes y capellanes adventistas de instituciones públicas y a los profesionales adventistas de diversas partes del mundo.

La redacción está interesada en publicar artículos bien escritos, entrevistas y reportajes que sean consistentes con los objetivos de la revista, que son:

1. Nutrir una fe cristiana inteligente y dinámica
2. Profundizar el cometido personal a Cristo, la Biblia y la misión adventista
3. Presentar un enfoque bíblico de temas contemporáneos
4. Ofrecer ideas y modelos de servicio cristiano y testimonio personal.

Diálogo generalmente asigna artículos, entrevistas y reportajes a autores específicos. Los lectores interesados en colaborar con la revista deben (a) examinar el contenido de varios números de *Diálogo*, (b) tomar en cuenta estas pautas editoriales, y (c) enviar un resumen del tema que proponen desarrollar y una breve nota personal antes de elaborar un artículo para su publicación. Los artículos que se envían por iniciativa propia no serán devueltos.

Ensayos Artículos de fondo que estimulan y, basados en la investigación, enfocan desde una perspectiva bíblica algún tema contemporáneo en las artes, las humanidades, la religión o las ciencias.

Perfiles Entrevistas con hombres y mujeres adventistas que se han destacado en sus carreras o profesiones y que, a la vez, son cristianos activos. Se aceptan recomendaciones.

Logos Un abordaje creativo a un pasaje o

tema bíblico que sirva de orientación y ánimo para la vida de fe en el mundo actual.

Vida Universitaria Ideas prácticas para el universitario, capellán o docente adventista que desea integrar fe, educación, vida social, servicio y evangelismo en un contexto contemporáneo.

En Acción Informes sobre actividades de universitarios, capellanes, y docentes en diferentes partes del mundo.

Libros Reseñas breves de obras de autores adventistas o que tratan sobre los adventistas, de interés para nuestros lectores. Se aceptan recomendaciones.

Punto de Vista Un abordaje personal sobre algún tema importante o controversial que merezca la atención de los cristianos.

Foro Abierto Respuestas de especialistas a preguntas enviadas por los lectores sobre temas de interés general.

Para tu Información Notas informativas sobre acontecimientos, programas, actividades o declaraciones de la Iglesia Adventista, de interés para universitarios y profesionales.

Primera Persona Relatos personales de universitarios y profesionales adventistas que animen a sus compañeros y colegas.

Dirigir la correspondencia a

Diálogo Universitario
GC Education Department
12501 Old Columbia Pike
Silver Spring, MD 20904-6600; EE.UU.
Teléfono: 301-680-5060
Fax: 301-622-9627
Email: 74617.464@compuserve.com

Toma control...

Continuación de la página 10.

- "Cardiovascular risk factors in South America and the Caribbean", *Ethn Dis* 9 (1999): 468-478.
5. K. S. Reddy, "Cardiovascular diseases in the developing countries: Dimensions, determinants, dynamics, and directions for public health action", *Public Health and Nutrition* 5-A (2002): 231-237.
 6. S. M. Ayres en "Health Care in the United States: The facts and the choices", *The Last Quarter Century: A Guide to the Issues and the Literature*, No. 4. J. H. Whaley Jr., ed. (Chicago: American Library Association 1996), pp. 1-92.
 7. A. R. Omran, "The epidemiologic transition theory revisited thirty years later", *World Health Statistical Quarterly* 53 (1998) 2-4:59-119.
 8. *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, vol. 2. W. F. Bynum y R. Porter, eds. (Londres, 1993), p. 1709.
 9. D. M. Ediev, "Reconstruction of the US immigration history: demographic potential approach", *Electronic Journal "Investigated in Russia"* (2001); 1619-1635. Web: <http://zhurnal.ape.relarn.ru/articles/2001/140e.pdf>
 10. Department of Health and Human Services. National Center for Health Statistics. Web: <http://www.dhhs.gov>.
 11. P. M. Insel y W. T. Roth, "Taking charge of your health" en *Core Concepts in Health*, P. M. Insel P. y W. T. Roth eds., 6a ed. (Mountain View, Cal.: Mayfield Publishing Company, 1991), pp. 1-21.
 12. A. Harding: *Milestones in Health and Medicine* (Phoenix, Oryx Press), p. 171.
 13. V. R. Fuchs: "Who shall live?" *Health, Economics, and Social Choice* (New York: Basic Books, 1974).
 14. F. Boaz: "Methods of ethnology", *American Anthropologist* 22 (1920): 311-322.
 15. C. Katona y M. Robertson, "Cross-cultural Psychiatry" en *Psychiatry at a Glance*. 2a. ed. (Oxford: Royal Free and University College Medical School, Blackwell Science Ltd., 2000), pp. 76, 77.
 16. G. E. Fraser: "Diet is primordial prevention in Seventh-Day Adventists", *Preventive Medicine* 29 (1999); (6 Pt 2): S18-S23.
 17. J. C. Caldwell: "Basic premises for health transition in developing countries", *World Health Statistical Quarterly* 53 (1998):121-133.



Cristián



JOEL VAUFMANN@AOL.COM