

**EI PENSAMIENTO DISTORSIONADO, COMO FACTOR DE RIESGO PARA SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN DE 14 A 28 AÑOS EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ.**

**CARMENZA ALVAREZ CAÑON**

**CENTRO DE ESTUDIOS AVANZADOS EN NIÑEZ Y JUVENTUD  
UNIVERSIDAD DE MANIZALES - CINDE  
MAESTRIA EN EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO  
MANIZALES  
2018**

**EI PENSAMIENTO DISTORSIONADO, COMO FACTOR DE RIESGO PARA SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN DE 14 A 28 AÑOS EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ.**

**CARMENZA ALVAREZ CAÑON**

**Director:**

**LUIS HERNANDO AMADOR PINEDA**

**Doctor en educación**

**Trabajo de grado entregado para optar al título de  
Magister en educación y desarrollo humano**

**CENTRO DE ESTUDIOS AVANZADOS EN NIÑEZ Y JUVENTUD  
UNIVERSIDAD DE MANIZALES - CINDE  
MAESTRIA EN EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO  
MANIZALES  
2018**

**Nota de Aceptación**

-----  
-----  
-----  
-----

**Presidente del Jurado**

**Jurado**

**Jurado**

**Manizales, Diciembre de 2018**

## **TABLA DE CONTENIDO**

<b>1 Aspectos preliminares .....</b>	<b>12</b>
--------------------------------------	-----------

<b>A.</b>	<b>Introducción</b> .....	12
1.1	<b>CUERPO DEL PROYECTO</b> .....	17
1.2	<b>Planteamiento de la pregunta o problema de investigación y su justificación en términos de necesidad y pertinencia</b> .....	17
1.3	<b>Formulación de la Pregunta de investigación</b> .....	23
1.4	<b>Objetivo general</b> .....	23
1.5	<b>Objetivos específicos</b> .....	23
1.6	<b>Justificación</b> .....	24
1.6.1	<b>DEFINICIÓN DE CATEGORIAS</b> .....	29
<b>2</b>	<b>MARCO TEORICO</b> .....	31
2.1	<b>ANTECEDENTES</b> .....	31
2.2	<b>MARCO NORMATIVO</b> .....	40
2.2.1	<b>MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL</b> .....	40
2.2.2	<b>MARCO NORMATIVO NACIONAL</b> .....	42
<b>3</b>	<b>ANALISIS DEL CONTEXTO</b> .....	44
3.1	<b>La salud mental: una situación socialmente problemática</b> .....	44
3.1.1	<b>En relación a su magnitud (frecuencia)</b> .....	44
3.1.2	<b>En relación con su incidencia (Número de casos nuevos)</b> .....	46
3.1.3	<b>Afectación por género</b> .....	50
3.1.4	<b>REGIONES MÁS AFECTADAS</b> .....	51
3.1.5	<b>La carga oculta y comorbilidades asociadas a la dificultad para gestionar el pensamiento</b> .....	52
<b>4</b>	<b>SALUD Y SALUD MENTAL</b> .....	53
4.1	<b>El concepto de salud</b> .....	53
4.2	<b>El concepto de salud mental</b> .....	53
4.3	<b>El concepto de enfermedad mental</b> .....	53
4.4	<b>El lenguaje legitimado de la Salud Mental</b> .....	54
4.5	<b>El valor intrínseco de la salud mental</b> .....	54
4.6	<b>Principales enfoques de intervención en salud mental</b> .....	55
4.7	<b>TRAYECTORIAS CAUSALES: ESPACIOS PARA LA INTERVENCION</b> .....	56
4.7.1	<b>FACTORES OCASIONALES</b> .....	56

<b>4.7.2</b>	FACTORES BIOLÓGICOS .....	59
<b>4.7.3</b>	FACTORES DISCURSIVOS.....	59
<b>5</b>	<b>LA COGNICIÓN O PENSAMIENTO COMO DETERMINANTE DE LA EXPERIENCIA HUMANA.....</b>	<b>60</b>
<b>5.1</b>	<b>Cognición.....</b>	<b>60</b>
<b>5.2</b>	<b>¿Qué es el pensamiento? .....</b>	<b>60</b>
<b>5.3</b>	<b>Estructura conceptual del concepto pensar; Fuente: K.A Ericsson y R. Hastie (1994) tomado de (Gabucio 2005, p. 16).....</b>	<b>61</b>
<b>5.4</b>	<b>el factor orden y la conciencia sobre el flujo continuo de la mente .....</b>	<b>61</b>
<b>5.5</b>	<b>Cuantos pensamientos puede producir la mente en un día? .....</b>	<b>62</b>
<b>5.6</b>	<b>Salud mental y cognición.....</b>	<b>62</b>
<b>5.7</b>	<b>Pensamiento y emoción: procesos químicos estimulantes en la producción de drogas endógenas.....</b>	<b>62</b>
<b>5.8</b>	<b>Modelos Teóricos del enfoque cognitivo.....</b>	<b>63</b>
<b>5.9</b>	<b>Principios Teóricos.....</b>	<b>65</b>
<b>5.10</b>	<b>Modos de organizar la realidad.....</b>	<b>65</b>
<b>5.10.1</b>	<b>ESTILOS DE PENSAMIENTO CONTRAPRODUCTENTES Y ADAPTATIVOS .....</b>	<b>66</b>
<b>5.10.2</b>	<b>Visiones de la cognición según (holyoak y Spellman, 1993) (Gabucio, 2005, p. 115) .....</b>	<b>66</b>
<b>5.11</b>	<b>LOS PENSAMIENTOS COMO CONTEXTO DE LA EMOTIVIDAD .....</b>	<b>67</b>
<b>5.12</b>	<b>FORMAS CONTRAPRODUCTENTES DE PENSAMIENTO .....</b>	<b>68</b>
<b>5.12.1</b>	<b>Distorsiones Cognitivas.....</b>	<b>68</b>
<b>5.12.2</b>	<b>Tendencias discursivas .....</b>	<b>69</b>
<b>5.12.3</b>	<b>CREENCIAS CONTRAPRODUCTENTES, SUPOSICIONES SILENCIOSAS Y REGLAS DE VIDA DISFUNCIONALES.....</b>	<b>70</b>
<b>5.13</b>	<b>EL DIALOGO INTERNO COMO PRODUCTO Y PRODUCTOR DE NUEVAS REALIDADES .....</b>	<b>73</b>
<b>5.14</b>	<b>IMÁGENES DE CRITERIO: LA VISION DE SI MISMO Y DEL RESTO DEL MUNDO: la posibilidad de trascender de una posición adoptada a una decisión intelectual. ....</b>	<b>76</b>
<b>5.14.1</b>	<b>Primera Posición: Yo estoy mal, tu estas bien.....</b>	<b>76</b>
<b>5.14.2</b>	<b>Segunda posición: yo estoy mal, tu estas mal. ....</b>	<b>77</b>
<b>5.14.3</b>	<b>Tercera posición: Yo estoy bien, tu estas mal. ....</b>	<b>77</b>
<b>5.14.4</b>	<b>Cuarta posición: Yo estoy bien, tu estas bien.....</b>	<b>77</b>
<b>5.15</b>	<b>FORMAS DISCURSIVAS PREDOMINANTES.....</b>	<b>78</b>
<b>5.15.1</b>	<b>CARACTERISTICAS DEL PADRE (LO ENSEÑADO).....</b>	<b>78</b>

<b>5.15.2</b>	<b>EI NIÑO (LO SENTIDO)</b> .....	79
<b>5.15.3</b>	<b>EL ADULTO (PENSAMIENTO CRÍTICO Y REFLEXIVO).</b> .....	79
<b>5.16</b>	<b>CRITICAS AL MODELO COGNITIVO</b> .....	81
<b>6</b>	<b>POLITICA PÚBLICA</b> .....	84
<b>6.1</b>	<b>Que son las políticas públicas</b> .....	84
<b>6.2</b>	<b>La salud PÚBLICA en Colombia</b> .....	84
<b>6.2.1</b>	<b>Definición:</b> .....	84
<b>6.2.2</b>	<b>Lineamientos estratégicos para la formulación de política</b> .....	85
<b>6.2.3</b>	<b>Marco general de la política de salud pública en Colombia - Plan decenal de salud pública)</b> 85	
<b>6.2.4</b>	<b>Enfoques conceptuales</b> .....	85
<b>6.2.5</b>	<b>Cero Tolerancia con la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitable</b> .....	87
<b>6.2.6</b>	<b>La salud mental: dimensión de atención priorizada en el campo de la salud</b> .....	88
<b>6.2.7</b>	<b>Componentes de atención en salud mental</b> .....	88
<b>6.2.8</b>	<b>LINEAS OPERATIVAS PARA LA EJECUCION DE LAS DIMENSIONES PRIORITARIAS</b> .....	88
<b>6.3</b>	<b>La atención integral en salud.</b> .....	92
<b>6.4</b>	<b>Políticas PÚBLICAS vigentes</b> .....	93
<b>6.5</b>	<b>CRITERIOS TÉCNICOS Y TRANSVERSALES SUGERIDOS POR LA OMS PARA LA PROMOCION EN SALUD MENTAL</b> .....	94
<b>6.6</b>	<b>CRITERIOS TRANSVERSALES PARA LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL</b> .....	95
<b>6.7</b>	<b>COMPROMISOS POLITICOS INTERNACIONALES</b> .....	96
<b>6.8</b>	<b>LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA PROMOVER LA CAPACIDAD DE GESTIONAR EL PENSAMIENTO COMO ESTRATEGIA DE POLITICA PÚBLICA EN SALUD MENTAL</b> .....	98
<b>7</b>	<b>DEFINICION DE TERMINOS BASICOS</b> .....	99
<b>7.1</b>	<b>SISTEMA DE HIPOTESIS</b> .....	99
<b>7.2</b>	<b>SISTEMA DE CATEGORIAS</b> .....	99
<b>7.3</b>	<b>CÁTEGORIAS Y OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE.</b> .....	100
<b>8</b>	<b>MARCO METODOLOGICO</b> .....	100
	Diseño de la investigación:.....	100
<b>8.1</b>	<b>ALCANCE:</b> .....	100
<b>8.2</b>	<b>POBLACIÓN Y MUESTRA</b> .....	100
<b>8.2.1</b>	<b>POBLACIÓN:</b> .....	100

8.2.2	MUESTRA: .....	100
8.2.3	CRITERIOS DE INCLUSIÓN: .....	101
8.3	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	101
8.3.1	DISEÑO DEL INSTRUMENTO DE VALORACIÓN: .....	101
8.3.2	PROPÓSITO DE LA ENCUESTA: .....	101
	.....	101
8.3.3	TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN PARA RECOLECCIÓN DE DATOS: .....	101
8.3.4	SISTEMA DE VALORACIÓN: .....	101
8.3.5	DISEÑO DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN: .....	102
8.4	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	102
8.5	APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN .....	104
8.6	ANÁLISIS DE DATOS .....	105
8.7	ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	105
8.7.1	PUNTO NÚMERO UNO: DISTORSIONES COGNITIVAS. ANÁLISIS EN CONJUNTO .....	105
8.7.2	PUNTO NÚMERO DOS: PENSAMIENTOS NEGATIVOS .....	112
8.7.3	PUNTO NÚMERO TRES: RELACIÓN ENTRE PENSAMIENTO Y SALUD. ¿CONSIDERA QUE LOS PENSAMIENTOS PUEDEN AFECTAR LA SALUD? .....	116
8.7.4	PUNTO NÚMERO CUATRO: IMÁGENES DE CRITERIO CONSIDERA QUE SUS DECISIONES Y RESPUESTAS CONDUCTUALES, ESTAN ESPECIALMENTE ORIENTADAS POR: SUS EMOCIONES, CONCEPTOS ENSEÑADOS DE LA VIDA, ANÁLISIS CRÍTICO Y REFLEXIVO DE LAS SITUACIONES ...	118
8.7.5	PUNTO NÚMERO CINCO: AREAS QUE PUEDEN VERSE AFECTADAS EN RELACION A SU FORMA DE PENSAR .....	121
8.7.6	PUNTO NÚMERO SEIS: QUE RECURSOS O HERRAMIENTAS UTILIZA LA PROBLACION JOVEN PARA EL MANEJO DE SUS EMOCIONES NEGATIVAS Y/O PENSAMIENTOS DESAGRADABLES? 124	
8.7.7	PUNTO NÚMERO SIETE: CONSIDERA NECESARIO IMPLEMENTAR ACCIONES EDUCATIVAS PARA EL MANEJO AUTONOMO DE LAS EMOCIONES NEGATIVAS Y EL RECONOCIMIENTO DE HABITOS DISFUNCIONALES DE PENSAMIENTO? .....	126
8.7.8	PUNTO NÚMERO 8: AUTOPERCEPCIÓN EN SALUD MENTAL .....	129
8.8	ANÁLISIS DEL INSTRUMENTO .....	131
8.9	CONCLUSIONES .....	132
8.10	RECOMENDACIONES .....	134
9	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	135

51. Ministerio de salud, Colombia. (2015). Carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia. Informe técnico observatorio nacional de salud. Recuperado de:  
[http://www.saludcapital.gov.co/CTDLab/Publicaciones/Carga\\_enfermedad\\_Cr%C3%B3nicas\\_y\\_Discapacidad\\_en\\_Colombia.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/CTDLab/Publicaciones/Carga_enfermedad_Cr%C3%B3nicas_y_Discapacidad_en_Colombia.pdf) ..... 139

81. Psicología social. (2013). El construccionismo social de Kenneth Gergen. Recuperado de: <http://kennethgergen.blogspot.com.co/2013/04/el-contruccionismo-social-de-kenneth.html>.  
142

**10 Anexos..... 144**

## INDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1</i> Comparación entre los estudios de carga por enfermedad (Colombia 2005- 2010) según grandes grupos de causas .....	48
<i>Figura 2</i> Causas de mayor mortalidad en Colombia, debidas a factores de causa externa entre el 2005 y 2013 (minsalud, 2015, p. 54).....	49
<i>Figura 3</i> Indicadores de salud en Colombia .....	50
<i>Figura 4</i> Incidencia de avisas de discapacidad y mortalidad por genero.....	51
<i>Figura 5</i> Regiones más afectadas en Colombia.....	52
<i>Figura 6</i> Componentes que definen la salud mental. ....	55
<i>Figura 7</i> Modelo teórico del enfoque cognitivo. ABC de Ellis (Álvarez, 1992, 115) .....	63
<i>Figura 8</i> Modelo de los cinco componentes .....	65
<i>Figura 9</i> Líneas operativas de la salud pública .....	92
<i>Figura 10</i> Énfasis actual de intervención en salud mental.....	93
<i>Figura 11</i> Metas sugeridas en el plan de acción de salud mental de la OMS .....	96
<i>Figura 12</i> Conocimiento del uso y frecuencia de uso de las Distorsiones Cognitivas.....	106
<i>Figura 13</i> Distorsiones Cognitivas .....	111
<i>Figura 14</i> Frecuencia de uso de los pensamientos negativos.....	113
<i>Figura 15</i> Pensamientos Negativos .....	114
<i>Figura 16</i> Tríada cognitiva .....	115
<i>Figura 17</i> Relación entre pesamiento (dialogo interno) y salud .....	117
<i>Figura 18</i> Imágenes de Criterio - Realidades Psicológicas .....	119
<i>Figura 19</i> Áreas que pueden verse afectadas en relación con su forma de pensar .....	122
<i>Figura 20</i> Recursos empleados por la población joven para el manejo de emociones negativas y/ o pensamientos desagradables.....	125
<i>Figura 21</i> Otros recursos empleados por la población joven para el manejo de emociones negativas y/ o pensamientos desagradables.....	125
<i>Figura 22</i> ¿Considera necesario implementar acciones educativas para el manejo autónomo de las emociones negativas y el reconocimiento de hábitos disfuncionales de pensamiento? .....	127
<i>Figura 23</i> Pensamientos automáticos, distorsionados y/o negativos. Factor de carga oculta y alto impacto en salud pública.....	129
<i>Figura 24</i> Autopercepción de salud mental .....	130

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Definición de Categorías.....	29
Tabla 2 Referentes normativos internacionales .....	41
Tabla 3 Marco Normativo Nacional .....	42
Tabla 4 Diez primeras causas de morbilidad en Colombia 1990-proyecciones 2020 .....	46
Tabla 5 Prevalencia de trastornos mentales por ciclos de edad.....	47
Tabla 6 Prevalencia por regiones (Minsalud- ENSM, 2015, P. 278, 279) .....	51
Tabla 7 Principales enfoques de intervención en salud mental.....	55
Tabla 8 Estructura Concepto de Pensar .....	61
Tabla 9 Estilos de pensamiento.....	66
Tabla 10 Estilos cognitivos según (holyoak y spellman, 1993) (gabucio, 2005, p. 115).....	67
Tabla 11 Relación entre pensamientos y emociones.....	67
Tabla 12 Distorsiones Cognitivas.....	68
Tabla 13 Tendencias discursivas.....	69
Tabla 14 Creencias contraproducentes.....	70
Tabla 15 El padre, el niño y el adulto .....	80
Tabla 16 Criterios técnicos para la prevención en salud mental .....	94
Tabla 17 Criterios transversales para la promoción y prevención en salud mental .....	95
Tabla 18 Objetivos y metas. Plan de acción en salud mental. (OMS, 2013-2020) .....	96
Tabla 19 Lineamientos técnicos para la promoción de la salud mental .....	98
Tabla 20 Categorías .....	99
Tabla 21 Instrumento de recolección de información .....	102
Tabla 22 Pensamientos negativos .....	103
Tabla 23 Imágenes de criterio .....	103
Tabla 24 Áreas que pueden verse afectadas en relación con su forma de pensar.....	103
Tabla 25 Pregunta No. 06.....	104
Tabla 26 Pregunta No. 08.....	104
Tabla 27 20 Primeras causas de morbimortalidad en Colombia.....	144
Tabla 28 Veinte primeras causas de morbimortalidad en mujeres de 5 a 69 años, Colombia. (Carga de enfermedad, 2010, p.p. 136-141.....	144
Tabla 29 Veinte primeras causas de morbi- mortalidad en ambos sexos de todas las edades, Colombia Carga de enfermedad, 2010, p. 135 a 152).....	145
Tabla 30 Puesto que ocuparon las lesiones de causa externa entre las 15 primeras causas de Mortalidad en Colombia en hombres de 5 a 69 años (Carga de enfermedad en Colombia, U Javeriana, 2010, p. 111 a 116).....	146
Tabla 31 Puesto que ocuparon las lesiones de causa externa entre las 15 primeras causas de mortalidad en Colombia en mujeres de 5 a 69 años (Carga de enfermedad en Colombia, Pontificia U Javeriana, 2010, pp. 120-124) .....	146

Tabla 32 Veinte primeras causas según AVISA totales (x 1000 personas en hombres y mujeres de todas las edades. (Estudio de carga por enfermedad, Colombia) (U. Javeriana, 2010, p. 144) .....	147
Tabla 33 Comportamiento que tuvieron las lesiones de causa externa según AVISAS totales (x 1000 personas), desagregadas por edad y género. (U. Javeriana, p.2010, p.72) .....	148
Tabla 34 Variables y operacionalizacion .....	150

# 1 ASPECTOS PRELIMINARES

La salud se produce cuando se devuelve a la gente el poder para efectuar las transformaciones necesarias que aseguren un buen vivir y se reduzcan las causas que atentan contra la salud y el bienestar.

Carta de Ottawa, 1986

## A. INTRODUCCIÓN

Este proyecto se interesa en estudiar el pensamiento humano, en cuanto éste, como ámbito de lo discursivo, sugiere un campo desde el cual es posible cuidar y promover la salud mental y emocional de la población (Ramírez, 2012, p. 35).

Si bien, este factor se ha sugerido desde la antigüedad por la filosofía, posteriormente, por la psicología cognitiva y más recientemente es acogido por la Organización Mundial de la salud, en donde se referencia “la capacidad para gestionar el pensamiento como uno de los determinantes fundamentales de la salud mental y emocional, aún existe escasa evidencia en este campo de conocimiento que soporte procesos de educación en salud, para que las personas puedan participar de manera autónoma en el cuidado de sí mismos, pudiendo identificar los modos o formas a partir de los cuales algunas formas de pensamiento constituyen un factor de riesgo o un factor de protección a la salud.

Desconocimiento que se hace evidente cuando un estudiante de la Universidad Nacional de Colombia- Sede Bogotá, en una conversación personal, expone:

.....Jajajajaja... pero ¿a quién se le ocurre creer que los pensamientos puedan afectar la salud, acaso es malo pensar?, ijajajaja!

En cuanto este proyecto acepta el supuesto teórico que afirma que el pensamiento crea la emoción (Burns, 2010, p. 46), pudiendo afectar positiva o negativamente el estado de salud

mental de la población, razón por la cual, inicio explorando en el capítulo uno de manera general la situación de salud mental de la población Colombiana y las acciones de promoción en salud que surgen desde el Ministerio de salud. Debido a que, por una parte, desde el ministerio de salud se señala en los informes variaciones en los patrones de enfermedad y en las causas de mortalidad de la población Colombiana, subrayando la existencia de una transición epidemiológica, evidente por el incremento en las tasas de depresión, suicidio y homicidio, que ubican la salud mental como un área de vigilancia epidemiológica y de atención prioritaria, y por otro lado, los decálogos de promoción en salud continúan promoviendo los mismos hábitos saludables sin ajustarse al contexto, señalando de este modo la necesidad de investigar áreas en las cuales se pueda desarrollar conocimiento práctico para la educación en salud.

En el capítulo dos se exploran los antecedentes investigativos relativos al campo del pensamiento, los cuales a pesar de no darse en el ámbito educativo, sirven como eje que facilita la comprensión de dicho fenómeno, asimismo permite observar las interacciones existentes entre formas de pensamiento y procesos de salud enfermedad, desde lo expuesto en campos de conocimiento como el de la psiconeuroinmunoendocrinología, donde Maruso (2010,p. 37 ) señala que “la mente (pensamiento) constituye la primera línea de defensa que tiene el cuerpo contra la enfermedad y otros estudios desde el campo de la psicología cognitiva donde se resalta la efectividad de las técnicas cognitivas para el manejo de la depresión.

Además, se explora en este apartado, el marco normativo nacional e internacional referido a la promoción en salud, expreso en acuerdos internacionales como la carta de Otawa (1986) y la declaración de Alma Atta, (1978) entre otros.

En el capítulo tres se describe el análisis general del contexto colombiano, identificando que la franja poblacional de 14 a 28 años es donde se presenta la mayor carga de enfermedad, es decir, una mayor pérdida de años de vida saludables por discapacidad o mortalidad prematura debida a trastornos mentales y del ánimo, resaltando, además, que Bogotá es la ciudad de

Colombia que presenta la mayor prevalencia según datos reportados en la encuesta nacional de salud Mental (Minsalud, 2015).

También, presenta algunos conceptos técnicos a partir de los cuales se permite comprender porque la salud mental se ubica como un problema social, de vigilancia epidemiológica e interés para la salud pública, en relación con la frecuencia (número de veces que se repite un evento) y magnitud (frecuencia y gravedad) con la que se presentan estos eventos en la población colombiana.

El capítulo cuarto expone algunos conceptos sobre salud, enfermedad, salud mental, enfoques de abordaje y trayectorias causales, permitiendo comprender cómo la salud mental positiva apoya todas las áreas en las cuales se desenvuelve el ser humano, evidenciando sin embargo que la mayor parte de abordajes en este campo se desarrollan desde una perspectiva biológica y medicalizada.

Más adelante, se hace énfasis en las trayectorias causales, ya que el desconocimiento de las mismas, impide a las personas saber qué factores pueden estar incidiendo en su estado de salud, expreso, por ejemplo, cuando un paciente expone lo siguiente:

Paciente: *...yo soy negativa, un poco fatalista, muy crítica conmigo misma...* Profesional: paciente que consulta por dolor de cabeza con un tiempo de evolución aproximado de tres años, de manera frecuente,- Paciente: *he ido varias veces al doctor, me envía exámenes, pero todos los resultados de los exámenes me salen normales, y los medicamentos no me ayudan, sigo igual ... tiendo a ser un poco hipocondriaca, siento alguna cosa y puedo imaginar que tengo una enfermedad grave-* Profesional de salud: *¿podría usted atribuir a algún factor, la manera como se siente?:* Paciente: *no sé, me alimento bien, hago ejercicio con regularidad, el descanso normal.... no me explico a qué razón puede deberse...* Profesional: *hay un libro de un doctor que me gustaría sugerirle, habla sobre el pensamiento,* - Paciente: *creer que el pensamiento tiene algún problema es como creer que uno está loco, no sé!....* Profesional: *voy a enviarle una información para que la revise y luego me cuenta como le parece...* tiempo después: *como le pareció el texto,-* Paciente: *creo que es un buen consejo, he aplicado unos ejercicios en mi casa con mis hijos y mi esposo, lo volvimos como un juego para evitar los pensamientos tóxicos... la cabeza no me ha vuelto a doler, pero no podría considerar que solo mi forma de pensar tenga que ver con la cefalea o con la tensión que experimento..* (Conversación personal con un paciente de consulta particular)

El capítulo cinco se desarrolla, desde la perspectiva de psicología cognitiva, con miras a favorecer la comprensión sobre los mecanismos y formas a partir de los cuales el pensamiento puede afectar la salud, como consecuencia al establecimiento de posiciones individuales o colectivas de “estar mal” en las que se ubican las personas respecto a su entorno social (Harris, 2010), así como en el uso de formas de pensamiento negativo, distorsionado o unidimensional.

Estableciendo desde esta comprensión una base para el proceso educativo dado que permite considerar que al modificar algunas formas de pensamiento, se pueda limitar, retrasar o prevenir la aparición de trastornos mentales y emocionales.

Reconociendo con ello un factor genérico de deterioro de la salud que debe atenderse para evitar pasar de la omisión en la educación para el cuidado autónomo de la salud a la patologización o medicalización, con todo lo que ello implica, como se observa a continuación:

*Psicólogo: Si un paciente refiere que no tiene problemas en ningún área de su vida, pero tiene síntomas de depresión, yo lo remito a un Psiquiatra.*

Entrevistador ¿Puede haber algo relacionado con su forma de pensar, en cuanto una cosa es lo que se puede manifestar externamente y otra la que se considere en el ámbito interno?

*Psicólogo: No lo sé, para mí eso es una depresión endógena, debo remitirlo a un psiquiatra para que lo diagnostique y lo medique (Conversación personal con un psicólogo de consulta particular)*

Este capítulo resalta la acción educativa como un medio encaminado a prevenir el incremento en la magnitud de eventos de salud mental.

El capítulo seis identifica algunos factores técnicos que deben tenerse en cuenta para la selección de factores causales, desde al ámbito político, para implementar acciones educativas en el campo de la salud mental.

El capítulo siete sobre metodología, análisis de resultados y conclusiones, parte de una hipótesis central en la cual se acepta que el pensamiento genera la emoción, y de una categoría central de análisis denominada “la capacidad para gestionar el pensamiento”

definida aquí como un “proceso en el cual el sujeto cognoscente se hace capaz de distinguir la diferencia entre lo que es una forma de pensar inconsciente, automática, y errática, de una forma de pensar reflexiva, consciente, controlada y explícita, (Gabucio, 2005, pp. 115-117), siendo, además, parte de esta capacidad, no solo el hecho de reconocer una u otra forma de pensamiento en el flujo de la mente, sino, también, el hecho de adquirir la habilidad para poner en práctica el pensamiento reflexivo, como un acto consciente en la cotidianidad de las personas.

Derivado de los dos planteamientos mencionados anteriormente, este estudio busca identificar si la población joven entre 14 y 28 años de edad, de Bogotá, hace uso de formas de pensamiento distorsionado o negativo de manera frecuente u ocasional, entendiendo éstas, como factores de riesgo o de deterioro de la salud mental y emocional, así mismo indaga sobre los recursos para el autocuidado de la salud mental y emocional, así como la autopercepción en salud mental de la población joven.

## 1.1 CUERPO DEL PROYECTO

### 1.2 PLANTEAMIENTO DE LA PREGUNTA O PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y SU JUSTIFICACIÓN EN TÉRMINOS DE NECESIDAD Y PERTINENCIA

Desde la antigüedad se ha reconocido que la capacidad de los sujetos para gestionar el pensamiento constituye un determinante fundamental de la salud mental, emocional y física. (Beck, 1979) (OMS, 2013-2020) (ENSM, p. 234).

Sin embargo, a pesar de saberse esto, aun no se han generado estrategias educativas que desde un enfoque anticipatorio, permitan conocer a la población los mecanismos o formas a partir de las cuales la estructura del pensamiento puede afectar la salud individual y colectiva de los sujetos, ni las estrategias sobre cómo puede regularse este.

Situación que limita la participación autónoma, y a voluntad de los sujetos en el cuidado integral de su salud, debido probablemente a que, desde la perspectiva psicológica se ha hecho referencia al limitado impacto que tuvo la psicología comunitaria en los años 70 y la escasa “efectividad de las intervenciones psico- educativas y de autoayuda guiada, sugiriendo la necesidad de implementar intervenciones en las cuales pueda establecerse una relación terapéutica directa, con un profesional, durante un periodo de tiempo generalmente largo, con intervenciones de alta intensidad”. (Tortella, Vázquez, Valiente, Quero, Soler, et al., 2016, p. 66- 67), sugiriendo de este modo una supuesta imposibilidad para promover la salud mental y emocional desde una perspectiva educativa.

En tal sentido, puede decirse que la intervención en salud mental está orientada principalmente hacia el manejo de los determinantes externos: biológicos o macroestructurales, o el manejo de situaciones personales, bajo las cuales la persona percibe la sensación de no estar bien; premisas bajo las cuales se considera escasamente la posibilidad de trabajar con la población sana o con la población general, desde una perspectiva educativa y primaria dirigida a “promover la capacidad de las personas para afrontar procesos que limitan su bienestar” (Martínez y Muñoz, 2010, p. 146), de manera autónoma, de modo que puedan participar de manera activa en el cuidado de la salud mental.

Por otra parte, los conocimientos desarrollados en el campo de la salud mental se han auto-legitimado desde una perspectiva biológica, como conocimiento técnico, para ser aplicado por profesionales especializados, quienes se constituyen en “reguladores de todos los pensamientos” y comportamientos, amparándose en discursos de verdad (Foucault, 2003, p. 214).

Así, desde el campo especializado se sugiere la posibilidad de transmitir conocimientos solo si el sujeto está dispuesto a pasar por una “serie de etapas sucesivas, obligatorias y necesarias, en el tiempo, a través de las cuales puede verse y obtenerse el progreso”, siendo necesaria la conducción, seguimiento y guía, de “alguien más adelantado que podrá hacerse cargo y responsable de otro”. (Foucault, 2003, pp.88, 89).

Momento en el cual, el sujeto deviene objeto de una mirada biológica, terapeutizada y medicalizada (Foucault, 2003, 415-417) que impone modelos de intervención basados en técnicas como el interrogatorio, el historial, la dirección y el seguimiento (Foucault, 2003, p 200). De esta forma, entonces, se trata de prácticas de poder, verdad, sujeción, dependencia, subyugación y domesticación de los sujetos; tal como aparecen en la “mayor parte de las tradiciones conceptuales de la psicología y de la psiquiatría, las cuales han entendido la salud mental desde una perspectiva patológica, accesible solo a través de metodologías de evaluación y de acción clínica y psicoterapéutica centrada en cada sujeto, preferiblemente, realizada en contextos hospitalarios o de consulta particular” (Novoa, 2012: 6), reduciendo lo mental a una perspectiva biologicista y cerebro-centrista, con las implicaciones que derivan de ésta, en violencia simbólica e institucional, que da paso a los denominados “ciclos de evitación” sugeridos por (Martínez y Muñoz, 2016, p. 147).

Estos ciclos de evitación hacen referencia a los motivos por los cuales los sujetos no buscan ni reciben ayuda en contextos asistenciales (Martínez y Muñoz, 2010, p. 147). En efecto, existe gran resistencia a la intervención debido a la “violencia institucional y simbólica, que surge producto de categorizaciones nosológicas,” (Foucault, 2003, p. 41) que colocan al sujeto en situación de control constante bajo un poder disciplinario (Foucault, 2003 p. 67).

Así, en medio de la violencia simbólica que surge producto del diagnóstico médico y de la necesidad de ser medicalizado o terapeutizado, y en ausencia de conocimiento para gestionar la salud mental, no es de extrañar que los sujetos recurran a la automedicación como medio para controlar sus estados

mentales y emocionales, así como, también, los problemas que afectan su intimidad. Vale resaltar, en este sentido, que “los medicamentos más utilizados en países occidentales, son los relacionados con el manejo del estrés, como: antidepresivos, ansiolíticos y somníferos, los antiácidos, para la acidez y úlceras de estómago, y los dedicados a combatir la hipertensión y el colesterol, además de uso de alcohol y *sustancias psicoactivas* como medida para enfrentar problemas relacionados con el estrés o con el estado de ánimo” (Servain, 2004, p. 16).

En la actualidad, puede afirmarse que, la mayor parte de intervenciones propuestas desde el campo de la salud, están fundamentadas en una perspectiva Nosopolítica o política de la enfermedad, (Gonzales y Alegría, 2013), dando prioridad a la urgencia y a la atención de quienes presentan una pérdida de salud y/o bienestar o que son diagnosticados con alguna patología mental o psicológica. Dejando en segundo plano las acciones de promoción y prevención, generando un círculo vicioso entre la ausencia de educación para el autocuidado y la aparición de condiciones sociales y de salud indeseables que pueden ser prevenibles (Lopera, 2016, p. 86).

En ausencia de atención preventiva aumenta el número de sujetos que requieren atención especializada, excediendo, así, la capacidad de los sistemas de salud para proporcionar atención suficiente y oportuna. Esto se expresa en dificultades como:

- La poca disponibilidad de profesionales. (Alarcón y Sarabia, 2014, p. 559).
- El uso preferente de intervenciones de tipo farmacológico (Fernández et al., 2016, p. 359); y la subutilización de prácticas que cuentan con eficacia demostrada, (Tortella et al., 2016, p. 66-67); (Irrazaval M, Prieto F, Armijo J. (2016).M y otros, 2016 p. 40).
- La falta de coordinación intersectorial e interservicios (Novoa, 2012, p.5-6).
- Una escasa financiación. El 46% de los países suramericanos asignan a la salud mental entre el 2 y el 5% del presupuesto sanitario, en tanto que un 30% adjudican menos del 2% (Tortella et al., 2016, p. 67).
- La ausencia de normatividad y el limitado marco político y jurídico (Novoa, 2012, p. 8).
- El tema no constituye una prioridad en la planificación de políticas (Evans, 2015, p. 115).

A nivel individual

- Hay una percepción generalizada que las intervenciones en el campo de la salud mental y emocional son poco efectivas; y, se cree, que este tipo de problemas pueden mantenerse a raya sin ningún tipo de intervención (Vicente, Saldivia, Pihan. (2016)B, 2016, p. 58).
- Hay brechas de atención, pues el “tiempo transcurrido entre la primera edad de ocurrencia de un trastorno mental y la solicitud de atención, puede estar alrededor de los 14 años”. (Wagner, Gonzales, Sánchez, Peña, Gallo (2012, p.7).
- Solo una tercera parte de los afectados demanda asistencia (Martínez y Muñoz, 2010, p. 147).
- La enfermedad mental es una molestia que se prefiere ocultar o disimular por el “estigma que genera” (Alvarado H, 2011, p. 86) (Vicente et al., 2016, p.58) (Wagner et al., 2012, p. 8) (Tortella et al., 2016, p. 67).

Así con el propósito de atender la urgencia, se sigue privilegiado una mirada clínica, especializada, patológica e individualizada, como espacio casi exclusivo de intervención, bajo una perspectiva de atención hospitalocéntrica y centrada en la enfermedad (Min salud, 2016),

Generando escasos espacios de intervención dirigidos a promover la participación autónoma de las personas en el cuidado de su salud mental, en tal sentido hábitos contraproducentes, que son de carácter modificable, terminan aportando en el desarrollo de trastornos crónicos, recurrentes (Wagner et al. 2012, p. 5) de alto costo (Torres F y otros, 2013, p.23) e impacto a nivel individual, familiar y social, generando “cifras de gasto creciente, tanto en recursos de personal y psicofarmacológicos, con poca eficiencia y efectividad en cobertura, e impacto sobre los problemas de salud mental de la población”. (Novoa, 2012, p. 6).

Por tanto, se puede afirmar que la ausencia de educación temprana en salud mental, contribuye al desarrollo de condiciones que son prevenibles, además de limitar el “derecho que tienen los sujetos a la autodeterminación y al control de la propia vida”, (OMS, 2004, p. 27), así como al deber de cuidar de sí. Puesto que la ausencia de conocimientos en este campo impide que los sujetos puedan:

- a) Cuidar de sí e intervenir sobre su propio cuerpo, como entidad privada, de acuerdo con sus propias necesidades y sin vincularse en un sistema terapéutico bajo supervisión médica o terapéutica.

- b) Agenciar su propio desarrollo sin necesidad de someterse a “prácticas de confesión, dirección de conciencia” (Foucault,2007, p. 53) o a relaciones de poder “sujeto- objeto” ( Foucault, 2003,p. 273).
- c) Generar procesos de desarrollo personal de forma autónoma.
- d) Evitar o retrasar la progresión de la enfermedad o mitigar el malestar por motivación propia.

Por otra parte, desde el ámbito de la salud pública, se acoge el enfoque de los determinantes sociales, propuesto por la Organización Mundial de la Salud- OMS, centrándose, principalmente, en la necesidad de impactar de manera primaria en los determinantes estructurales, relativos a contextos políticos, económicos y sociales que determinan los modos y condiciones de vida de la población, en lo relativo a temas como “vivienda, servicios trabajo, escuelas, entornos, alimentación e ingresos entre otros, (Minsalud 2012-2021, pp. 74-80).

En relación a este enfoque, llama mi atención el hecho que las cifras en salud mental son similares en países desarrollados como a aquellos en vías de desarrollo. (FEAPFEAFES, 2012). Premisa que no desestima la necesidad de intervenir en el campo socio-económico, pero si resalta la necesidad de trabajar de manera conjunta con otros enfoques e incluir acciones que promuevan la capacidad de las personas para participar de manera autónoma en el cuidado de su salud mental.

En este sentido, el eje de promoción de hábitos y estilos de vida saludables, sigue considerando que los factores de riesgo que tienen mayor peso para la población Colombiana son: el tabaquismo, la dieta inadecuada y la inactividad física (Minsalud, 2012-2021,p. 63), a pesar de los cambios epidemiológicos expresos en los estudios de carga por enfermedad, y en los reportes que emite el Ministerio de Salud, donde se evidencia un incremento de condiciones como la depresión, la ansiedad y el suicidio. Que sugieren la necesidad de incluir elementos adicionales para el cuidado de si, de modo que pueda prevenirse de manera primaria y directa el desarrollo de dichas condiciones.

En tal sentido, el Ministerio de Salud de Colombia -MSC- incorpora, en el decálogo de hábitos saludables, el pensamiento positivo como un elemento protector de la salud, pero no es específico sobre la forma en que este elemento puede aplicarse de manera práctica en la vida cotidiana. Así mismo, este modelo de intervención ha sido objeto de críticas, en cuanto se considera que se trata de

un enfoque “simplista y construido en base a concepciones que no necesariamente son válidas, correctas, realistas” (Beck, 1979).

En tal sentido puede decirse que la salud pública en Colombia no cuenta con estrategias educativas de gran escala, para la promoción de la salud mental, por ende, enfatiza sus acciones desde una concepción fragmentada de la “corporeidad” (Boff, 2002), en cuanto promueve principalmente la toma de conciencia sobre hábitos somáticos o físicos en la población, con escasas políticas públicas y programas de promoción en salud mental.

Pudiendo afirmar que la salud mental y psicológica es una de las “problemáticas más desatendidas, en las sociedades modernas” (Tortella et al., 2016, p. 66), no siendo prevenida, “diagnosticada, atendida” (Wagner et al., 2012, p.7), “ni incluida dentro de los objetivos de desarrollo para el Milenio, donde curiosamente se ignora casi por completo a las enfermedades no transmisibles” (Irrázaval y otros, 2016, p. 45). A pesar que los factores emocionales y mentales constituyen la raíz común de diversos problemas sociales y de salud como: dificultades para la convivencia, violencia, depresión y suicidio que, en razón de su magnitud, impacto y frecuencia, han sido catalogados en Colombia como problemáticas prioritarias que deben incluirse en la agenda pública de la salud.

Con tal propósito este proyecto sugiere promover la capacidad de gestionar el pensamiento, en cuanto esta capacidad constituye uno de los ejes fundamentales del funcionamiento humano que puede promoverse desde la educación y no solo desde una mirada biológica, sugiriendo la necesidad de facilitar la participación autónoma de las personas en el cuidado de la salud mental. Concibiendo la participación como una estrategia, en cuanto los sujetos aportan a la construcción de su propio proceso de salud y de la quienes le rodean, mediante la adopción de hábitos, estilos de vida y conductas personales que aportan de manera significativa en los resultados sanitarios (Lalonde, 1974),

El conocimiento aplicado al cuidado de sí, constituye una fuente de poder, que permite construir experiencias saludables, en la medida que los sujetos pueden conocer e incidir en los factores que afectan su salud y buen vivir (Minsalud, 2016 a).

Siendo posible desde la participación de los sujetos en el cuidado de sí y en el cuidado conjunto de la salud, reducir, corregir o retrasar, la epidemia de trastornos mentales que pueden anticiparse no solo en Colombia, sino en América Latina”, (Vicente et al., 2016, p 60), pudiendo aportar al mantenimiento

general de la salud, en cuanto existe consenso internacional sobre una premisa que refiere que “no puede haber salud, sin salud mental”(OMS, 2013-2020, p. 06). (ENSM, 2015)

La intervención en este campo no es, únicamente, una cuestión ética o social o una forma de aumentar el bienestar de las naciones, como recomendó el World Happiness Report (OMS; 2013), sino que es también “una cuestión de sostenibilidad económica, en tanto que los economistas ya han advertido que: no hay progreso sin salud mental”. (Tortella et al., 2016, p. 69), ni salud mental sin equidad.

La salud mental es una “condición indispensable para lograr el desarrollo económico y social, para mejorar la calidad de vida y alcanzar la paz”. (Restrepo y Jaramillo, 2012, p. 206) y, por tanto, es una condición esencial para agenciar el desarrollo y buen vivir de los sujetos, las sociedades y los países.

Por lo anterior, se considera la necesidad de generar acciones que desde una perspectiva educativa incrementen la comprensión en los sujetos sobre los mecanismos o formas a partir de las cuales el pensamiento puede afectar la salud y los mecanismos existentes que pueden emplearse para regular el pensamiento como eje fundamental del funcionamiento humano, con miras a que los sujetos puedan alcanzar un mejor nivel de vida.

### **1.3 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Hace o no, uso cotidiano la población de 14 a 28 años de formas de pensamiento distorsionado que podrían conllevar un riesgo a la salud mental?

### **1.4 OBJETIVO GENERAL**

Identificar la frecuencia de uso de formas de pensamiento distorsionado que pudieran poner en riesgo la salud mental de la población de 14 a 28 años en la Ciudad de Bogotá.

### **1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Definir que debe entenderse por capacidad para gestionar el pensamiento para la promoción en salud mental.

- Establecer por contraste las diferencias entre pensamiento distorsionado y pensamiento reflexivo.
- Aportar evidencia sobre el uso de formas de pensamiento distorsionado como factor de riesgo en salud mental para sugerencias de política pública.

## **1.6 JUSTIFICACIÓN**

El propósito de esta investigación está fundamentado en la aceptación científica sobre la existencia de factores que inciden en el estado de salud de la población. Estos factores pueden entenderse, desde una conveniencia científica, dentro de una relación entre factores causales de riesgo y/o protectivos y condiciones de salud-enfermedad y buen vivir. Por tanto, esta investigación centra su atención en la capacidad de los sujetos para gestionar el pensamiento como factor clave para el cuidado de la salud mental. Entendiendo en este proyecto que la capacidad para gestionar el pensamiento desde una perspectiva cognitiva estaría definido como la aptitud de las personas para ser conscientes como cómo piensan y hablan y tener la capacidad de adecuar sus diálogos a lo consensuado o establecido socialmente, pudiendo reconocer el uso de sesgos o deformaciones en el planteamiento de hechos o situaciones cotidianas. (Beck 1979); Burns(2010); Greenberger y Padesky (2016)

Aunque no encuentro estudios en los cuales se calcule la atribución causal, puede considerarse que, quizás, un factor de alto impacto a la salud y la vida, también, un elemento complejo de describir y explicar en sus mecanismos de funcionamiento e incidencias sea la capacidad de las personas para gestionar el pensamiento, por cuanto es éste, a la vez, facultad de raciocinio y espacio de simbolismo y de representación de realidad. A estas dificultades debe añadirse el rasero ideológico y moral que prescribe qué es “pensar bien” y que, como sostiene el antropólogo Castro, el pensamiento es finito, pero inabarcable (Castro, 2018 conversación personal).

Si bien, este trabajo investigativo no pretende adentrarse en el funcionamiento del pensamiento, argumenta su visión y conclusiones sobre los mecanismo o formas a partir de las cuales el pensamiento puede afectar la salud y la manera en que puede fomentarse la capacidad de gestionar el pensamiento en la población, a partir de trabajos teóricos e investigaciones de campo cuya vigencia es indiscutible, pero que, paradójicamente, no tienen como prioridad la intervención desde la promoción en salud mental.

En este sentido, miremos algunos de los aportes científicos. Se estima que aproximadamente un 80% de las enfermedades son originadas por factores psicológicos y mentales (Pérez J, 2005, p. 5); (Chimone, 2010, p.9); (Marchant, 2006, p. 1128-1158). Por tanto, es válido concluir que “lo mental subyace a muchas enfermedades físicas y emocionales, constituyendo un eje fundamental de la salud integral” (Mogollón, 2016, p.106). Planteamientos que coinciden con una premisa aceptada mundialmente que sostiene que: “no puede haber salud, sin salud mental (OMS, 2013- 2020, p. 06)- Plan de acción sobre la SM 2013-2020).

Estas interacciones mente-cuerpo se expresan a partir de un grupo importante de comorbilidades que relacionan estados de ansiedad y depresión con problemas de salud física, como “las enfermedades infecciosas agudas” (González f y otros, 2012, p. 16); “la diabetes, el accidente cerebrovascular, el cáncer, el infarto de miocárdico” (D Alarcón y otros, 2014, p. 559); “las enfermedades del corazón; la hipertensión arterial, la desnutrición, la enfermedad de Parkinson, el síndrome de intestino irritable, el trastorno de ansiedad, así como, algunas complicaciones en el tratamiento de cáncer, escasa adherencia al tratamiento, tiempo de estancia hospitalaria y calidad de vida” (Wagner, et al., 2012, p. 5-6).

En este sentido, Alarcón (2014, p.559) considera que los trastornos emocionales y mentales ejercen un efecto agravante en cuadros de naturaleza cardiovascular, respiratoria y endocrinológica. Por su parte, la Encuesta Nacional de Salud Mental, de Colombia (ENSM, 2015, p. 267), reporta la prevalencia de trastornos psiquiátricos en enfermedades crónicas como: la falla cardíaca, la enfermedad coronaria, el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la artritis reumatoide, el cáncer, la fibromialgia, la diabetes, la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad renal crónica.

Además, siguiendo a Chimone, hay interacciones conocidas en el ámbito médico como: “disonías neurovegetativas, para hacer referencia a todas aquellas condiciones de salud - enfermedad que resultan del estrés nocivo, por hiperactividad del sistema nervioso autónomo, revelando la estrecha relación existente entre la mente y cuerpo” (Chimone J, p. 7)

Estos planteamientos subrayan la importancia de la salud mental en la vida del sujeto, en cuanto afecta no solo el ámbito individual, sino, también, el ámbito social y económico del sujeto, pudiendo asociarse con altas tasas de mortalidad y discapacidad, las cuales se “encuentran en una escala superior a la que generan las enfermedades físicas, en cuanto éstas afectan el ámbito social, el ejercicio de las tareas

personales y productivas, con una pérdida importante de días laborales” (Wagner et al., 2012, p. 5-9); adquiriendo mayor relevancia si se tiene en cuenta que las enfermedades mentales afectan principalmente a “población joven, sin desestimar el impacto que genera en población adulta”. (Agudelo S y otros, 2015, p. 702).

Estos datos de manera general subrayan la existencia de una transición epidemiológica no solo en Colombia, sino a nivel mundial, dado que hasta “ la década de los 60, eran las enfermedades infecciosas las que ocupaban los primeros lugares, cediendo el paso, hoy día a las enfermedades crónicas no transmisibles” (Restrepo y Jaramillo, 2012, p. 204), de las cuales hace parte la ansiedad y la depresión, ocupando esta última el segundo lugar de carga por enfermedad, seguida tan solo de las enfermedades cardiovasculares; además, de que “la depresión “constituye un índice de frecuencia del suicidio” (Beck A. 1979, p. 11).

Sin embargo, una de las paradojas de la intervención consiste en “este tipo de relacionamientos se tienen en cuenta de manera escasa en la práctica médica” (Marchan, 2006, p. 1155), en cuanto se aborda de manera primaria las manifestaciones físicas de la enfermedad, prestando escasa atención a las dificultades experimentadas por un sujeto para resolver problemas de la vida cotidiana, entendidas estas dificultades como causas primarias de enfermedad, en relación con estructuras disfuncionales de pensamiento y/o construcciones simbólicas (significados, interpretaciones, percepciones) que constituyen la raíz común o “ la base de un amplio grupo de trastornos mentales, conductuales” (ENSM, 2015, p. 233), sociales y físicos.

Este contexto lleva a pensar en la pertinencia de proponer el desarrollo de acciones educativas que favorezcan la salud para evitar la enfermedad, en cuanto desde esta perspectiva es posible evitar o anticipar que algunas estructuras de pensamiento se “instalen, se profundicen y produzcan efectos deletéreos de reparación costosa” (OPS, 2000, p.18), o fatales pues el suicidio por depresión es de tal magnitud, frecuencia e impacto que se establece en Colombia como un evento de vigilancia epidemiológica, y la salud mental como una dimensión de atención prioritaria para el País (Minsalud, 2012-2021).

Entonces, fomentar la salud mental de la población desde una perspectiva educativa, tiene un impacto positivo en la vida de los sujetos, en cuanto la salud mental, según la OMS (2013, 2020, p. 5), se relaciona con la capacidad para afrontar tensiones de la vida cotidiana, trabajar de forma productiva y

fructífera, aportar a la comunidad y ser consciente de las propias capacidades, además de influir en las condiciones de salud-enfermedad de la población.

Desde esta perspectiva, se sugiere una mirada educativa que privilegie la salud como un estado ideal, evitando, en lo posible, que aparezcan los síntomas para solo intervenir en la curación. La propuesta sugiere la búsqueda de la autoconservación y el mantenimiento del equilibrio, cultivando el potencial de vida, desde la higiene personal y desde la lógica de autorregulación (Jullien, 1997 p.197).

Entendiendo que la salud es un estado multidimensional que puede verse afectado por múltiples causas y que, por tanto, no puede comprenderse ni alcanzarse desde una única perspectiva, ya sea, desde la responsabilidad interna del sujeto en el cuidado de sí mismo, ni tampoco desde una perspectiva de solución, situada exclusivamente en el ámbito de los determinantes externos, (biológicos y macro estructurales) sobre los cuales, la persona tiene poco o ningún control, además de que demoran mayor tiempo en generar efectos en la población, siendo necesario implementar acciones conjuntas desde ambas perspectivas.

Es, desde esta perspectiva, considerada la participación de los sujetos en el cuidado de la salud mental, como “el primer elemento, que posibilita resultados positivos en la salud de la población, por cuanto éstas pueden adoptar conductas y prácticas que los protejan frente a los riesgos de salud” (Política país, 2016). Participación en donde la persona asume la cuota de responsabilidad que le compete en el cuidado de sí, superando con ello, el rol pasivo y de dependencia mantenido históricamente en el cuidado de su salud psicológica y mental, con las consecuencias, que derivan de ello, en sufrimiento humano, en estigma social, en limitación para el desarrollo personal autónomo, y en la “medicalización” de la vida cotidiana (Novoa, 2012, p. 5 -6).

En tal sentido, la Organización Mundial de la salud (2004, p. 14), plantea, que los mejores resultados en salud se consiguen cuando se logra complementar las acciones externas o macro-estructurales que inciden en las condiciones de vida de la población con la acción que ejercen los sujetos para el cuidado de sí, en relación con sus hábitos, conductas y estilos de vida.

En consonancia con esto, el Ministerio de salud de Colombia, a través de la política País, sugiere la necesidad de salir de “modelos de atención Hospitalicentricos, centrados en la enfermedad, a modelos de atención comunitarios, con mayor énfasis en la promoción y prevención. (2016, p. 21), pudiendo

desde una perspectiva educativa nutrir “la propia vida”, (Yang Sheng)”, término Chino que traduciría lo mismo que en Griego significa Psyche “el alma”, que correspondería al Hebrero Néfech que significa “alma o espíritu” (Jullien, 2007, p.54), generando “conocimientos e información socialmente idónea, para aumentar la inteligencia en salud” (OPS, 2000, p. 44).

Esta perspectiva de promoción en salud, encaminada a “nutrir la propia vida” (Jullien 2007, p. 54), no solo impacta el espacio individual y colectivo sino también el ámbito social, cultural y económico, en cuanto algunos autores como Restrepo y Jaramillo (2012, p. 207); (Wagner et al., 2012, p. 9) y (Tortella et al., 2016, p. 66), “refieren la importancia de la prevención como medida para reducir los costes relativos a la alta prevalencia de dichas condiciones, así como sus consecuencias perjudiciales; en cuanto las acciones educativas permiten acercar los conocimientos para el cuidado de si, a segmentos más amplios de la población, contribuyendo además a “brindar soluciones de calidad para los millones de personas que necesitan ayuda y no la reciben” (Tortella et al., 2016, p. 66 y 69), facilitando a su vez la adquisición de conocimientos saludables en zonas de escasa asistencia sanitaria, o para quienes aun presentando síntomas graves no son diagnosticados, ni reciben atención, por no cumplir con los criterios de caso o por falta de oportunidad y accesibilidad a los servicios. (Restrepo y Jaramillo, 2012, p.207).

Así la situación, es sentida la necesidad de sugerir la implementación de políticas, programas y proyectos educativos, encaminados a fortalecer la capacidad de los sujetos para gestionar sus pensamientos, contribuyendo con ello a superar los “cuellos de botella existentes entre los servicios educativos y los servicios de salud (ENSM, 2015, p. 142), pudiendo de este modo, cumplir con el “objetivo de no solo llegar, sino poder llegar a tiempo, ojalá mucho antes de que se desarrolle la enfermedad” (Irrravazal, 2016, p. 41); (Goleman 2007, p. 317), y se genere sufrimiento humano.

La educación encaminada a “nutrir la propia vida” (Jullien, 2007, p. 54), fomentando la capacidad para gestionar el pensamiento, constituye un recurso poderoso para el cuidado autónomo de la corporeidad, pues estos conocimientos contribuyen al empoderamiento autónomo de los sujetos, las comunidades y la sociedad, en cuanto favorecen que los sujetos “desarrollen aptitudes y potencialidades individuales, que las protegen frente a los riesgos en salud, favorece la creación de entornos más saludables, da la posibilidad de que las personas puedan enfrentar mejor las emociones negativas y contratiempos cotidianos; adquiriendo la posibilidad de generar respuestas más saludables y con menor carga

emocional” (OMS, 2013-2020, p. 7); (Mogollón, 2016, p.106), en la cotidianidad de la vida, impactando con ello positivamente su medio personal, laboral, social e intelectual.

Lo cual no se reduce exclusivamente al cuidado del cuerpo físico sino también al cuidado del ser y a la elevación de sí. Por tanto, este proyecto resalta la influencia que tiene el “mundo simbólico, es decir: los pensamientos, construcciones simbólicas, formas de representar, percibir y procesar información” (Lopera, 2016, p. 26 y 112), en la vida de los sujetos y se enfoca en sugerir la necesidad de promover la capacidad para gestionar el pensamiento como un recurso fundamental para el cuidado de si y el buen vivir, entendiendo por este, no solo el cuidado individual, sino también el cuidado del otro, desde una perspectiva de interacciones, interrelaciones y correspondencias. 8P. 38)

## DEFINICIÓN DE VARIABLES

Tabla 1  
Definición de variables

<b>VARIABLES</b>	<b>MARCO TEÓRICO</b>
Capacidad para gestionar el pensamiento	Entiende aquí como un proceso en el cual el sujeto cognoscente se hace capaz de distinguir la diferencia entre lo que es pensamiento inconsciente, automático, y errático, del pensamiento reflexivo, consciente, controlado y explícito. (Gabucio, 2005, p. 115-117), siendo además, parte de esta capacidad, no solo el hecho de reconocer una u otra forma de pensamiento, sino, también, el hecho de adquirir la habilidad para poner en práctica el pensamiento reflexivo, como un acto consciente en la cotidianidad de las personas.
	La capacidad para gestionar el pensamiento, es un concepto que en China haría mención a una dietética del pensamiento (Jullien, 2007, p. 198). Y en psicología cognitiva hace referencia a la aptitud de las personas para ser conscientes de cómo piensan y hablan y ser capaz de adecuar sus diálogos a lo consensuado o establecido socialmente, (objetivo) pudiendo reconocer el uso de distorsiones o deformaciones en el planteamiento de situaciones cotidianas. (Beck, 1979); (Burns, 2010).
Promoción en salud	Concepto encaminado a identificar los recursos y necesidades que sugiere la población en el campo de la salud mental, referido a un concepto de “nutrir la propia vida”, (Yang

mental sheng), mantenerse en forma. Lo que expresa la “propia vida” en chino, se traduce por Psyche “el alma” en griego, que corresponde al hebreo Néfech que significa “alma o espíritu” (Jullien, 2007, p. 54)

Salud Mental La salud mental es un recurso para la vida que hace posible que las “personas materialicen su potencial, mediante el establecimiento de una autoestima sana, capacidad para superar el estrés normal de vida, trabajen de forma productiva, establezcan relaciones interpersonales y aporten a su comunidad” (OMS- 2013-2023, p. 05)

---

## 2 MARCO TEORICO

### 2.1 ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la salud, menciona en el plan de acción sobre salud mental, (OMS, 2013-2020) “la capacidad de gestionar el pensamiento”, como un determinante de la salud mental, término que es acogido en la Encuesta Nacional de Salud Mental (Minsalud, 2015) y en el Plan Decenal de Salud Pública (Minsalud, 2012-2021), resaltando de este modo la importancia de la relación pensamiento-salud.

Sin embargo, la relación pensamiento salud, como determinante de la salud, no es un planteamiento nuevo, en cuanto desde la antigüedad, la filosofía menciona que la manera de pensar influye, profundamente, en los estados de ánimo (Burns, 2010). En este mismo sentido, el taoísmo y el budismo subrayan que las emociones humanas están basadas en las ideas y que, por tanto, el control de los sentimientos más intensos puede lograrse mediante un cambio de ideas (Beck, 1979). En similar sentido, Epicteto, filósofo estoico griego, (Siglo IV a. C.), sostiene, en el Enchiridion, que los hombres no se perturban por causa de las cosas, sino por la interpretación que hacen de ellas (Beck, 1979, p. 17).

Desde el campo de la Psicología, Freud (1900/1953) muestra que los sentimientos y los afectos se basan en pensamientos inconscientes (Beck, 1979); mientras, Alfred Adler, (1931/1958), argumenta que “los significados no están determinados por las situaciones, sino que nos determinamos a nosotros mismos por el significado que damos a nuestras experiencias; en cuanto no logramos identificar errores implícitos cuando se toman determinadas experiencias como base para nuestra experiencia futura” (Beck, 1979, p. 17).

En esta perspectiva, el tratado de medicina china Sowen expone que “Si la mente (shen-pensamiento) está en equilibrio, ninguna energía por muy fuerte que sea puede dañar el organismo” (Padilla, año p. 119). Puede afirmarse que para la cultura oriental la mente (pensamiento) constituye la «Fuerza organizadora del ser» (Beinfeld, 2002, p.43), y que “lo primero que enferma en el sujeto es el psiquismo, manifestándose posteriormente en enfermedades somáticas” (Pérez, 2005, p. 20). Por tanto, el pensamiento es un eje central para el cuidado y recuperación de la salud.

Por otro lado, desde la psiconeuroinmunoendocrinología se señala que los pensamientos constituyen la “primera línea que tiene el cuerpo para defenderse contra la enfermedad” (Marusso, 2010, p. 37).

Así, a pesar de la relación entre formas de pensamiento y salud, aceptada desde la antigüedad y del reconocimiento que el pensamiento influye en la percepción, la emoción, la comunicación y la conducta, aún, no se han tendido puentes entre el conocimiento técnico y especializado y el saber común acerca de los mecanismos básicos o formas a partir de los cuales los pensamientos pueden afectar la salud individual y colectiva. Por tanto, puede afirmarse, que existen escasas prácticas educativas dirigidas a promover conocimiento sobre los recursos o prácticas que pueden emplear las personas para gestionar el pensamiento y disminuir el impacto que tienen estos en la salud y bienestar individual y social.

Sin embargo, hay que registrar los aportes de varios psicólogos y psiquiatras quienes desde una perspectiva cognitiva señalan tres posibles formas de acercarse al estudio de los procesos de pensamiento.

La primera, corresponde a un enfoque cognitivo-conductual, sugerido desde una perspectiva terapéutica, encaminada a facilitar la identificación y corrección de creencias, suposiciones, ideas erróneas, estereotipadas, repetitivas, o poco reflexionadas. En esta perspectiva, puede señalarse los trabajos de Berne (1961, 1964); Ellis (1957, 1962, 1971, 1973); Beck (1979); Burns (2010); Greenberger y Padesky (2016).

La segunda correspondería a un enfoque mentalista de la cognición social, la cual estudia los mecanismos cognitivos que hacen posible la auto percepción y la percepción de los demás en formas particulares, de paso, este enfoque explica algunos procesos cognitivos, usados con el fin de simplificar la tarea de percibir y reaccionar a los estímulos, como el uso de categorizaciones, inferencias, esquemas y modelos, atribuciones y actitudes desarrollado por Susan Condor y Charles Antaki ( Van Dijk T, 2000, pp. 454- 485)

Tanto el enfoque cognitivo-conductual como el mentalista de cognición social estudian los fenómenos o mecanismos psicológicos mediante los cuales los individuos representan mentalmente el mundo y los objetos sociales (ellos mismos y otras personas). Además, resaltan la dimensión individual y subjetiva del pensamiento, considerando que el proceso de información es un fenómeno automático e

inconsciente. Así, estos enfoques tienen por objeto identificar errores y sesgos mentales involucrados en los discursos.

Y, un tercer enfoque, que estudia la construcción social de realidad, señalando la importancia de los repertorios lingüísticos y de las interacciones en la producción del lenguaje, sugiriendo desde una perspectiva generativa la posibilidad de modificar la conversación que ocurre dentro del individuo, así como la que surge en medio de las interacciones humanas (Gergen, 2010).

Desde esta perspectiva se señala la base social y cultural del lenguaje, entendiendo las explicaciones y opiniones declaradas, no como procesos internos privados, sino como recursos explicativos que surgen al interior de comunidades de conocimiento o de una cultura común (Gergen, 2010).

Hasta aquí, ha sido repasada la relación entre pensamiento y salud y tres posibles perspectivas de abordaje. Ahora, miremos las intervenciones.

Desde el enfoque cognitivo-conductual, la mayoría de intervenciones tienen una orientación terapéutica de segundo nivel, es decir, se realizan posteriores al diagnóstico de trastornos psicológicos o de personalidad y, especialmente, están dirigidas por un profesional para la prevención y el manejo de la depresión.

Dentro de este tipo de intervenciones de segundo nivel, Puerta, sugiere el uso de técnicas cognitivas para ayudar a modificar formas de “pensamiento disfuncional: como creencias irracionales, distorsiones cognitivas y suposiciones entre otras” (Puerta et al., 2011, p.251), sugiriéndose que esta terapéutica es, en la actualidad, “la psicoterapia más estudiada y validada” (Barajas G y otros, 2013, p. 22).

El estudio de Puerta sugiere que las metodologías más utilizadas en psicología cognitiva conductual son las derivadas de los protocolos de Beck, (1979) haciendo uso de las técnicas de resolución de problemas, la activación conductual, o la meditación consciente, como medios que contribuyen a incrementar el bienestar psicológico y a disminuir la reactividad cognitiva (tendencia a responder al humor triste con aumento del pensamiento negativo), mejorar el funcionamiento interpersonal,

disminuir el estrés emocional e incrementar espacios de bienestar, ayudando a que las personas sean observadoras y objetivas en la evaluación de sus pensamientos y sentimientos (Puerta y col, 2011, pp. 253- 254).

Este estudio refiere que la metodología de la terapia cognitiva-conductual consiste en guiar a las personas a monitorear y reconocer los pensamientos automáticos negativos e identificar cómo éstos dan lugar a emociones, conductas y sensaciones somáticas desagradables e inadecuadas. Luego, la terapia, enseña cómo generar pensamientos más equilibrados y adaptativos. En resumen, a través de la terapia cognitiva conductual además de aprender a modificar cogniciones distorsionadas se induce a las personas a caracterizar y modificar creencias centrales e intermedias que son la base de los pensamientos automáticos.

Dentro de la terapia cognitiva-conductual, La biblioterapia de Burns (2010, p. 26- 29-33) reporta un estudio comparativo entre el uso de Tofranil (Clorhidrato de imipramina) un medicamento antidepresivo y la terapia cognitiva, concluyendo que las técnicas terapéuticas demostraron ser superiores en la reducción de síntomas de depresión y en los pensamientos suicidas, con mucha más rapidez que la psicoterapia convencional o la terapia basada en medicamentos; reportando, adicionalmente, que el uso de estas técnicas reducía el índice de recaídas en el transcurso de un año. (Burns 2010, p. 33)

El doctor Forrest Scogin y sus colegas del Centro Médico de la Universidad de Alabama, aplicaron el método de biblioterapia de Burns, a pacientes con diagnóstico de depresión grave, para lo cual entregaron un ejemplar del libro “sentirse bien” y tras un periodo de cuatro semanas valoraron la evolución, encontrando que las dos terceras partes de los pacientes se recuperaron sin ningún tratamiento adicional, reportándose también que estos pacientes no habían sufrido recaídas y habían mantenido su mejoría tres años más tarde después de aplicado el estudio (Burns, 2006).

El estudio de Sanchez (2014, p. 65) registra una serie de programas que utilizan técnicas derivadas de la terapia cognitiva y otras como la resolución de problemas, las habilidades sociales, la relajación y habilidades de comunicación para la prevención de la depresión. Los programas referidos en este

estudio son: *“El Penn Resiliency Program (PRP); el Coping with Stress Course (CWSC); El Problem Solving for Life (PSFL); el interpersonal Psychotherapy – Adolescent Skills Training (IPT-AST); el Resourceful Adolescent Program – Adolescents (RAP-A)”*

Entre los principales objetivos de estos programas destaca, Sánchez, cambiar el pesimismo por optimismo, favorecer la toma de decisiones, desarrollar habilidades sociales, refutar pensamientos desadaptados, afrontar estados de ánimo negativos, desarrollar habilidades sociales, vencer la pasividad, enfrentar adecuadamente problemas y evitar los conflictos, entre otros, (Sánchez, 2014, p. 65).

Así, El *“Coping with Stress Course (CWSC)* se utilizó con éxito en la prevención de la depresión, en adolescentes con alto riesgo (Sánchez y otros, 2014. P. 69).

El *interpersonal Psychotherapy – Adolescent Skills Training (IPT-AST)*, reportó reducción inmediata de los síntomas depresivos y una mejora en el funcionamiento general, con beneficios limitados a 6 meses, sugiriendo que los efectos preventivos del programa, en su formato actual, son limitados, proponiendo la posibilidad de combinar este método con los enfoques cognitivo-conductuales más tradicionales. (Sanchez y otros, 2014. p. 69).

El *Problem Solving for Life (PSFL)* se implementó para la prevención universal de la depresión, en grandes muestras en Australia, con resultados no muy satisfactorios, *“concluyendo que las intervenciones universales pueden no ser óptimas para la prevención de la depresión en la juventud, aunque existen otros factores que pueden haber interferido en los resultados como el número de sesiones y grupos de participantes muy amplios; en relación al profesional que impartía el programa no se encontró diferencia entre profesores y psicólogos clínicos entrenados”* (Sanchez y otros, 2014. p. 69).

Y el programa *Resourceful Adolescent Program – Adolescents (RAP-A)* reportó menos sintomatología depresiva tras la aplicación de este programa, y permitió clasificar a la población según su sintomatología en nivel clínico, subclínico y saludable (Sanchez y otros, 2014. pp. 69-70).

Aparte de las técnicas empleadas por la terapia cognitiva-conductual existen otros estudios que sugieren el uso de técnicas somáticas para mejorar procesos cognitivos y condiciones de salud mental. Tal es el caso del trabajo elaborado por la psicoterapeuta Marsha Lineham, quien propone la terapia dialéctica conductual (DBT, dialectical behavior therapy, por sus siglas en inglés). La DBT es un ejemplo exitoso de “la integración de la meditación con la psicoterapia para el tratamiento de patologías de personalidad, depresión, conducta suicida, adicciones y trastornos de alimentación, entre otros” (Barajas y otros, 2013, p. 25).

En este mismo sentido, la revista de Investigación y Ciencia en el artículo el “Cerebro del meditador”, (2015, p. 23), sugiere que la práctica de la meditación, acompañada de técnicas cognitivas, ayuda a reducir en un 40% las recaídas luego de eventos de depresión grave, sugiriendo, además, su uso en el manejo de problemas de ansiedad y sueño.

Otros estudios sugieren la importancia del ejercicio físico, el yoga, el desarrollo de pensamientos positivos, como recursos para mejorar el estado de ánimo y síntomas de ansiedad y depresión (Irrázaval M y otros, 2016 p. 43-45).

Por su parte, la organización Mundial de la Salud – OMS, (1993), propuso una iniciativa internacional para el desarrollo de habilidades para la vida, que se adoptó en Colombia desde 1996 “cuando el Ministerio de Salud hizo una convocatoria para convertir Habilidades para la Vida en instrumentos didácticos utilizables en la educación formal” (Mantilla, 2001 p. 1). Así mismo, la fundación Fe y Alegría, con el apoyo de la Fundación Saldarriaga-Concha elaboró una propuesta metodológica basada en el aprendizaje social y deductivo, ayudando a que los niños y niñas pudiesen descubrir por sí mismos relaciones y conexiones entre los conceptos y la realidad que experimentan (Mantilla, 2001 p. 14).

Entre las habilidades mencionadas en el programa de habilidades para la vida se encuentran el pensamiento creativo y el pensamiento crítico, así como habilidades para tomar decisiones (OMS, 2001, p.6).

Por otro lado, el decálogo de hábitos saludables del Ministerio de salud sugiere el pensamiento positivo como estrategia de promoción de la salud, sin embargo, el concepto no se desarrolla, no permitiendo

saber cómo puede aplicarse en la vida cotidiana de las personas. Siendo esta, quizás, una de las mayores debilidades de los enfoques de base terapéutica y social.

En cuanto a la perspectiva cognitiva-conductual, si bien reconoce el papel que desempeña el pensamiento estereotipado, polarizado, generalizado, categorizado, en la salud de las personas, se limita a intervenir casi de manera exclusiva, únicamente, la patología, bajo una noción medicalizada y terapeutizada, sin generar estrategias para la promoción y educación en salud.

Ahora, veamos los trabajos de Burns (2010) y Greenberger y Pedesky (2016) que parten desde una perspectiva terapéutica, pero desarrollan estrategias de biblioterapia como recurso de trabajo individual y preventivo no ligado directamente a la dirección y el control ejercido por el terapeuta o profesional, sino como posibilidad de trabajo autónomo, sugiriendo la posibilidad que tiene el sujeto de participar en el cuidado y recuperación de su salud, si se le brindan los medios para hacerlo.

De otro lado, hay propuestas como las de Feuerstein, (2011) quien, desde una perspectiva educativa, sugiere la modificabilidad de la estructura cognitiva y el enriquecimiento cultural de los individuos, en relación a procesos pedagógicos .

Por su lado, la perspectiva social explica cómo se construye las realidades y significados que atribuimos a los hechos, situaciones o cosas, resaltando el papel que desempeñan las comunidades de conocimiento. Esta perspectiva resalta la importancia de las interacciones como recursos para el dialogo performativo y transformativo, Gergen, (Estrada, 2007, p. 331). pero sugiere una cierta dependencia o codependencia en las interacciones, lo que dificultaría el ejercicio del control interno y la capacidad de participación del sujeto en el cuidado de la salud individual y colectiva, de manera autónoma, en cuanto ya no es el terapeuta quien interviene sino otros con quienes se interactúa

Estas perspectivas no pueden operar de manera aislada, separada o independiente, sino que son complementarias e integrativas, en cuanto es innegable la existencia de mecanismos psicológicos para el procesamiento individual de información, así como la influencia social y cultural en la construcción del conocimiento.

Los procesos cognitivos y las interacciones sociales coexisten, interactúan y se interrelacionan en la coproducción de pensamiento. En estos procesos el lenguaje empleado en el curso de las interacciones se constituye en productor de estructuras de pensamiento; y el discurso interno o pensamiento, como procesamiento de información, es productor, constructor o reconceptualizador de nuevas formas de pensamiento, promovidas por el sujeto quien se hace consciente de posibles sesgos y errores mentales. De acuerdo a la planteado por (1997, p. 76) podría pensarse que el pensamiento no es solamente el producto de las interacciones bio-antropo-socio-culturales, sino también producto de inter-retro-acciones entre lo bio-cerebral y lo sociocultural, refiriendo no solo a un determinismo externo, (genérico, ambiental, medicalizado), si no, también a la posibilidad que tiene el sujeto para hacerse conciente de sus procesos de pensamiento, así como a la capacidad que tiene para re-elaborarlos.

Por su parte, Berne, (Harris, 2010, p. 62), en su teoría de Análisis Conciliatorio, expone el papel que desempeñan las interacciones en la generación de actitudes vitales (cognitivas, lingüísticas y conductuales), pero resalta la posibilidad que tiene el sujeto para reflexionar sobre lo aprendido y desarrollar un pensamiento reflexivo, que obedece a lo que en la teoría de análisis conciliatorio se denomina el desarrollo del adulto, para hacer referencia a procesos cognitivos que se hacen evidentes tanto en la conversación interna como en los procesos de interacción humana

La comprensión del pensamiento como base de la comunicación interna y externa y como producto y productor de realidades podría explicarse así mismo, desde los planteamientos hechos por Maturana, (1991) cuando afirma que “si cambia mi estructura, cambia mi modo de estar en relación con los demás y, por lo tanto, cambia mi lenguajear. Si cambia mi lenguajear, cambia el espacio del lenguajeo, en el cual estoy y cambian las interacciones en que participo con mi lenguajeo” (p. 25), es decir, “solo si yo cambio cambia mi circunstancia y mi circunstancia cambia solo si yo cambio. De tal manera organismo y medio van cambiando juntos de manera congruente” (p. 57).

El proceso transformativo de Maturana es visto desde las neurociencias, como la posibilidad de crear nuevas interacciones y circuitos cerebrales, modelando lo aprendido, a partir de auto reflexiones y del surgimiento de explicaciones basadas en hechos y no en suposiciones o creencias.

Aunque los procesos de socialización primaria tienen una importante influencia en la construcción de realidades no se constituyen en productos cerrados en relación a la existencia de aprendizajes cargados de contenido o pensamiento no elaborado, estereotipado o disfuncional, por cuanto las intervenciones cognitivas de enfoque clínico y social han demostrado una gran capacidad para re-estructurar y re-construir contenidos ya sea desde una perspectiva individual o desde una perspectiva de las interacciones.

El pensamiento puede ser visto no solo como lo que es, como lo que se ha construido, sino también como lo que puede ser, (nuevos aprendizajes), a partir del desarrollo de un pensamiento reflexivo y conciente que permita diferenciar los supuestos, opiniones y creencias de los hechos concretos, en relación a criterios consensuados de aceptabilidad, patrones culturales de reconocimiento, consenso y sentido común, entendidos como puntos de referencia que sustentan el “razonamiento de todos” (Pakman, 1997, p. 94).

El pensamiento (diálogo interno) no es un proceso dado, preestablecido e inmodificable, sino que constituye un proceso que puede desarrollarse a lo largo de la vida, no solo en relación a la experiencia e influencia ambiental, que rodea al sujeto en un contexto determinado, sino también en relación con la posibilidad que tenga el sujeto de desarrollar un pensamiento propio, reflexivo y conciente, expreso no solo en el ámbito público o de las interacciones, sino también a nivel privado en el diálogo interior, como un reflejo de sus propios aprendizajes, su propia experiencia y lo que le plantea la vida cotidiana, teniendo libertad de opción y de cambiar a voluntad, siempre y cuando tenga una base de conocimiento que le permita reflexionar sobre ello.

Desde esta perspectiva, la relación individuo-sociedad puede pensarse a nivel macro, desde lo que la cultura, sociedad y familia aportan al individuo, pero también desde lo micro, es decir, desde el aporte que hace el individuo a su entorno, familia, contexto y cultura desde sus propios aprendizajes, capacidad reflexiva y desde la libertad de opción, que adquiere a través del conocimiento, reconociendo en este caso la existencia de un dominio interno que en psicología se denominaría locus de control interno.

Este locus de control interno puede fortalecerse mediante la incorporación de hábitos que tienen que ver con:

- El uso de los recursos propios del cuerpo (movimiento, respiración, meditación),
- Al desarrollo de la capacidad de análisis o Yi, (reflexión) expuesto por la Medicina Tradicional China.
- El desarrollo del pensamiento crítico, sugerido en el programa de habilidades para la vida de la Organización Mundial de la Salud.
- El desarrollo del adulto y la capacidad de elegir las respuestas cotidianas en relación al reconocimiento y diferenciación de lo aprendido, lo sentido y lo pensado, en análisis transaccional o análisis conciliatorio
- Con la reestructuración y reconstrucción de estructuras disfuncionales de pensamiento y nuevas formas de narrativa, en psicología cognitiva y construccionismo social.

En este sentido, la identificación, construcción o reelaboración de contenidos del pensamiento, se propone como un recurso fundamental para el cuidado de la salud individual y colectiva, en cuanto a partir de la reflexión sobre el propio pensamiento los sujetos pueden modificar la forma en que se comunican consigo mismos y con otros, sugiriendo de este modo una perspectiva de promoción de la salud que reconoce el papel que desempeña la capacidad de gestionar e pensamiento en el ámbito personal y social.

## **2.2 MARCO NORMATIVO**

### **MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL.**

El desarrollo de políticas públicas, programas y proyectos para la promoción de la salud, en Colombia, está guiada por diferentes referentes y normas, en particular, las sugerencias de la Organización Mundial de la Salud y las recomendaciones de la Organización de Naciones Unidas consolidadas en los objetivos de desarrollo sostenible, así como, todas aquellas que regulan la salud pública, la auto atención en salud, la promoción, prevención y educación en salud.

En el cuadro que aparece a continuación se señalan algunos referentes normativos internacionales relacionados con la promoción de la salud, la salud mental y el desarrollo humano.

Tabla 2  
Referentes normativos internacionales

Referentes	Descripción
Declaración de ALMA-ATA. (1978)	Sobre atención primaria en salud. Sugiere la necesidad de acción de los gobiernos, personal de salud, de desarrollo y de la comunidad mundial, para promover la salud de todos los pueblos del mundo.
Carta de Ottawa 1986-	Dirigida a la consecución del objetivo “Salud para todos en el año 2000, desde la perspectiva de salud pública
Declaración de Yakarta. (1997)	Sobre la promoción de la salud en el siglo XXI.
Declaración de Adelaida (2010)	Sobre la salud en todas las políticas. Resalta que una de las formas de alcanzar los objetivos de gobierno, consiste en que todos los sectores incluyan la salud y el bienestar como componente esencial de la formulación de políticas
Conferencia de Derechos Humanos. Viena 1993	Señala que la promoción en salud es responsabilidad de los gobiernos, para que las personas puedan gozar de manera efectiva de la salud física y mental.
Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014- 2023. Pág 9-10.	Invita a reconocer los recursos y prácticas que ofrecen los Sistemas Médicos tradicionales para el autocuidado y auto atención en salud, ayudando a que las personas tomen decisiones con conocimiento de causa para el cuidado de su salud
Plan de acción sobre salud mental (OMS, 2013-2020)	Establece una relación directa entre la salud mental y la consecución de la salud integral.

## MARCO NORMATIVO NACIONAL

Tabla 3  
Marco Normativo Nacional

Marco Normativo	Descripción
Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021	La Salud en Colombia la construyes tú. Establece la salud mental como una dimensión de atención en salud priorizada en Colombia
Ley 1616/13	Ley de salud mental.
ENSM 2015	Reporta aspectos relativos a la salud mental, incluyendo la percepción del individuo, características sociodemográficas, antecedentes personales y familiares, condiciones del hogar y la vivienda.
Ley 1751 de 2015	<p>Ley estatutaria de salud: para garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.</p> <p>Esta ley en conjunto con la Política Integral de atención en salud “situaron “el derecho a la salud en el ámbito de la Salud y no exclusivamente en el de seguridad social” y de protección financiera. (Minsalud, 2016 b, p. 26) Adoptando un enfoque de atención primaria en salud, dirigido a fortalecer la capacidad de las personas para participar en el mantenimiento y recuperación de su salud.</p>
Res. 00429 de 2016	Mediante la cual se implementó la política de Atención Integral en salud y el modelo integral de atención en salud (MIAS), que tiene un enfoque de promoción y prevención.
Ley 1122 de 2007	Señala los principales propósitos en salud pública, en prestación de servicios, implementación de programas de salud pública y organizar de redes para la prestación de servicios de salud; entre otros.
Ley 715 / 2001	Define las competencias de las entidades territoriales en educación y salud, así como la obligatoriedad de la Nación y de las entidades territoriales para <u>priorizar acciones</u> a partir de la situación de salud en el territorio, elaborando Planes de Atención Básica, con la

Marco Normativo	Descripción
Ley 115 de 1994	participación de la comunidad y bajo la dirección del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud.
Resolución 2358 de 1998	Por la cual se expide la Ley General de Educación.
Política PAIS, 2016	Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. Art. 77 del Decreto 1292 de 1994.  Esta política busca articular esfuerzos de diversos sectores, con el fin de pasar de un sistema de salud <i>hospitalcéntrico</i> , centrado en la persona y la enfermedad, a un modelo de atención familiar y comunitario, soportado, de manera explícita, en el Autocuidado, considerando éste, como el primer elemento que posibilita esperar resultados positivos en la salud de las personas, por cuanto éstas “adoptan conductas y prácticas que los protejan frente a los riesgos de salud”(min salud, 2016 b, p. 33)

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Minsalud 2012-2021 y el documento de política en salud mental para la paz (Minsalud, 2016 c)

## 3 ANALISIS DEL CONTEXTO

### 3.1 LA SALUD MENTAL: UNA SITUACIÓN SOCIALMENTE PROBLEMÁTICA

En la actualidad existen una serie de criterios técnicos que justifican la necesidad de incorporar acciones de intervención en el campo de la salud mental, en especial lo relativo a su magnitud expresado en su frecuencia, incidencia, gravedad, y carga oculta o comorbilidades asociadas

#### EN RELACIÓN A SU MAGNITUD (FRECUENCIA)

#### A NIVEL MUNDIAL

Los informes de la Organización Mundial de la Salud, presentados por FEAPFEAFES (2012) en su declaración, reflejando la siguiente situación:

- Una de cada cuatro personas padece alguna enfermedad mental a lo largo de su vida
- Unos 450 millones de personas en todo el mundo padecen alguna enfermedad mental.
- Un tercio de los años vividos con discapacidad pueden atribuirse a trastornos mentales. Globalmente el 12% se deben únicamente a la depresión.
- Las enfermedades mentales suponen el 40% de las enfermedades crónicas y la mayor causa de los años vividos con discapacidad.
- El impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida es superior al de las enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias.
- Se espera que en el 2020 la depresión sea la causa de enfermedad número uno en el mundo desarrollado.

#### AMÉRICA LATINA

“La enfermedad mental es responsable del 8.2% de la carga de enfermedad, siendo la depresión el trastorno que contribuye con mayor proporción al aumento de la discapacidad”, proyectando que para el 2020 todos los trastornos psiquiátricos contribuyan en un 20,9% a la carga total de enfermedad.”(Torres y otros 2012, p. 51).

### **En Chile:**

Chile es “catalogado por la OMS como el país con mayor carga de morbilidad por enfermedades psiquiátricas (23,2%) en el mundo. Siendo la depresión mayor y los trastornos por consumo de alcohol, el primer y segundo lugar en las discapacidades atribuidas entre adultos, seguidos por los trastornos de ansiedad. Casi un tercio de la población mayor de 15 años ha sufrido un trastorno psiquiátrico en su lapso de vida y un 22,2% ha tenido uno durante el último año. En niños y adolescentes, la prevalencia de cualquier trastorno psiquiátrico es de 22,5% (19,3% para niños y 25,8% para niñas). El trastorno depresivo unipolar es la causa específica más relevante para todos los grupos etarios, en términos de su contribución a los años de vida perdidos por discapacidad, ocupando el segundo lugar con el 4,5% del total (Vicente, et al., 2016, p. 5|-52)

### **México:**

“La tasa de prevalencia anual de depresión fue de 4,8%, entre la población general de 18 a 65 años. Se estima que una de cada 8 personas (12,8%) padece trastornos depresivos y cerca de la mitad los presenta en el último año (6,1%), afectando a la población más joven. Menos de la mitad de los casos de trastornos mentales ocurren antes de que las personas cumplan 21 años y el 7,2% de los jóvenes entre 12 y 17 años sufrieron un trastorno depresivo en el último año”. (Wagner et al., 2012, p.4),

### **Colombia**

Aproximadamente “12 millones de personas padecen algún trastorno mental” (Alvarado H, 2011,p. 88). El Estudio Nacional de Salud Mental (ENSM) (2003), refiere que dos de cada cinco colombianos han presentado algún trastorno de salud mental por lo menos una vez en su vida (Paniagua y otros, 2015, 315), siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad (19,3%), seguidos por los trastornos del estado del ánimo (15,0%) y los del uso de sustancias (10,6%) (Posada villa 2005) (Torres y otros 2012, p. 51). El momento de aparición más frecuente esta entre los catorce y los veintisiete años; evidenciando un aumento en la prevalencia de ideación suicida e intento de suicidio. (Paniagua y otros, 2015, 315)

## EN RELACIÓN CON SU INCIDENCIA (NÚMERO DE CASOS NUEVOS)

Los siguientes estudios permiten observar el incremento relativo a las condiciones de salud mental de la población desde el año de 1990, con proyecciones hacia el año 2020, facilitando hacer una observación epidemiológica relativa a las principales causas de morbilidad en el país, sirviendo de insumo para definir las prioridades en materia de salud pública.

La siguiente tabla presenta un análisis comparativo de las 10 primeras causas de morbilidad en Colombia, desde el año 1990 con proyecciones al año 2020

Tabla 4  
Diez primeras causas de morbilidad en Colombia 1990-Proyecciones 2020

Puesto	Año 1990 Causa	Año 2005 Causa	Año 2010 Causa	Año 2020 Causa
1	Inf. Respiratoria	Cardiopatía HT	Cardiopatía HT	Enf. cardíaca
2	Enf. diarreica	Depresión mayor	Depresión mayor	Depresión mayor
3	Muerte perinatal	Caries dental	Caries dental	Acc. de tránsito
4	Depresión mayor	Asfixia y Tx al nacer	Agresiones	ECV
5	Enf. cardíaca	Agresiones	Bajo peso al nacer	EPOC
6	ECV	Bajo peso al nacer	EPOC	Inf. respiratoria
7	Tuberculosis	EPOC	Trastornos Bipolar	Tuberculosos
8	Sarampión	Asma	Asma	Guerra
9	Acc. de tránsito	Glaucoma	Esquizofrenia	Enf. diarreica
10	Anorm. Congenita	Cardiopatía isquémica	Úlcera péptica	VIH

La tabla 4 es una elaboración propia a partir de los informes presentados por (U. Javeriana/Cendex, 2005, p.48 y p. 153); y el estudio de (Sánchez Díaz, 2005)

En los años 1990 y 2005 dos (2) de las diez (10) primeras causas de enfermedad correspondieron a trastornos mentales, mientras en el año 2010 esta cifra ascendió a cuatro; la depresión pasó de ocupar el cuarto lugar de frecuencia en 1990 (Sánchez Díaz, 2005) al segundo en el 2005, 2010 y 2020, después de la cardiopatía hipertensiva.

Adicionalmente los estudios de carga por enfermedad de la Universidad Javeriana (2005) evidencian un incremento relativo a las 20 primeras causas, expreso en el ingreso a la tabla de condiciones como la esquizofrenia, los trastornos bipolares, problemas mentales y de comportamiento debidos al consumo de alcohol, y las lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidio). (U. Javeriana/Cendex, 2005, p.48 y p. 153)

Mientras la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015) ingresa a la tabla morbilidades, como la ansiedad con una prevalencia mayor a la estimada para la depresión, tal como se muestra a continuación por ciclos de edad:

Tabla 5  
Prevalencia de trastornos mentales por ciclos de edad

Edad	Trastornos mental	Prevalencia
7-11 años	Ansiedad	2%
	Ansiedad de separación	1.8%
	Depresión mayor	0.1%
12 a 17 años	Ansiedad	3.5%
	Fobia social	3.4%
	Depresión mayor	0.8%*
18 a 45 años	Ansiedad	2.7%
	Depresión	2.4%
Mas de 45 años	Depresión	1.3%
	Ansiedad	1.2%

La tabla 5 es una elaboración propia a partir de la tabla presentada por el Minsalud, 2016 c, p. 21

### En relación a la gravedad (Mortalidad, discapacidad, complicaciones o secuelas asociadas)

#### TASAS DE DISCAPACIDAD

El estudio de Carga por enfermedad de la U. javeriana (2010) presento un análisis según grandes grupos de causas, donde el grupo I corresponde a enfermedades transmisibles, el grupo II: enfermedades crónicas no transmisibles, y grupo III de lesiones.

Encontrando que la mayor carga de enfermedad por discapacidad en el país, es generada por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), grupo II, que tuvieron un incremento del 7% en el año 2010, con respecto al año 2005. En este grupo, los trastornos neuropsiquiatricos ocupan el segundo

lugar después de las enfermedades circulatorias, mientras que en el grupo III, “las lesiones de causa externa generan una importante carga para el País, ocupando el 4 lugar de frecuencia en años de vida perdidos por mortalidad prematura” (U. Javeriana, 2010, p. 86); (Minsalud, 2015, ASIS, p.54)

Observemos la distribución:

Comparación entre los estudios de carga por enfermedad (Colombia 2005- 2010) según grandes grupos de causas.

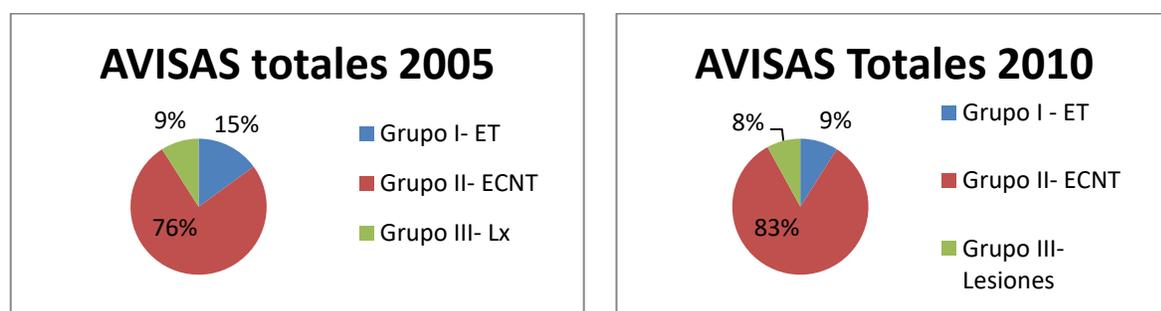
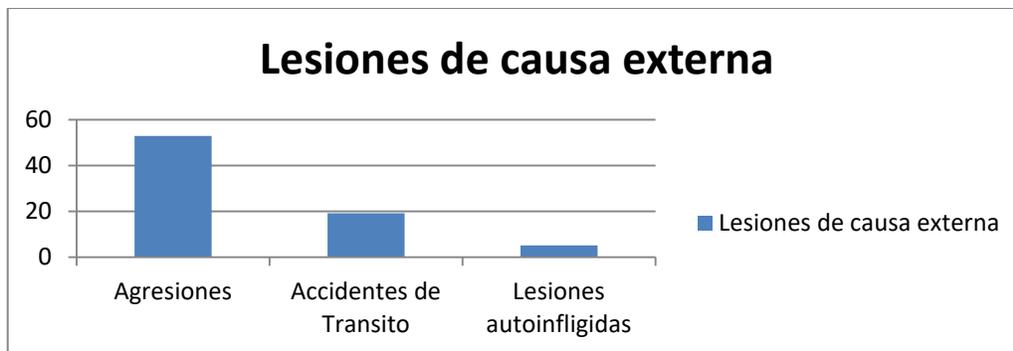


Figura 1 Comparación entre los estudios de carga por enfermedad (Colombia 2005- 2010) según grandes grupos de causas

#### TASAS DE MORTALIDAD

Una importante tasa de mortalidad en Colombia, es producida por las agresiones, seguida por los accidentes de tránsito, y las lesiones auto infligidas (U. Javeriana, 2010, p. 72), (Minsalud, 2015, p. 54). Situaciones estas asociadas a las condiciones de salud mental de la población.

Se presentan datos relativos a los accidentes de tránsito, en cuanto existe evidencia que referencia “la conducta humana, como una de las principales causas relacionadas con las tasas de accidentalidad, explicando entre el 71% y 93% del total de accidentes en el mundo” (WHO 2004, OPS 2008) (Serge R, 2015, p. 18)



*Figura 2* Causas de mayor mortalidad en Colombia, debidas a factores de causa externa entre el 2005 y 2013 (minsalud, 2015, p. 54)

Este tipo de lesiones constituyen eventos de gran significancia para la salud pública, siendo de estos, las agresiones y las lesiones autoinfligidas, eventos de vigilancia epidemiológica en relación a su incremento. En este sentido la Organización Mundial de la salud señala que a nivel mundial la tasa de suicidios “genera más muertes en relación a la suma total de homicidios y guerras”. (OMS, 2004b).

En Colombia, las cifras relativas al tema del suicidio no son muy alentadoras, en cuanto los indicadores de salud en Colombia han reportado un incremento de “aproximadamente un 30% en lesiones auto infligidas, respecto a los resultados obtenidos en el estudio de carga por enfermedad del año 2005” (U. Javeriana, 2010, p. 92), sugiriendo un problema de salud pública para Colombia.(ENSM, 2015, p. 231) OMS. (s.f). Indicadores: Así vamos en salud.

**¿Qué es?** La tasa de mortalidad por suicidio y lesiones auto infligidas es el número total de defunciones estimadas por estas causas en una población total o de determinado sexo y/o edad dividido por el total de esa población, expresada por 100.000 habitantes.



Fuente: Indicadores Así Vamos en Salud  
Organización Mundial de la Salud

Desde el año 2009, el fenómeno del suicidio en Colombia ha presentado un comportamiento constante.



El suicidio es la cuarta forma de violencia en Colombia con una tasa de mortalidad para el año 2014 de 3,94 por cada 100.000 habitantes, con un total de 1.810 casos. En nuestro país por cada mujer se quitan la vida cinco hombres.



Según la Organización Mundial de la Salud, las tasas de suicidio han aumentado un 60% en los últimos 50 años. Este incremento ha sido particularmente agudo en países en desarrollo, especialmente entre personas jóvenes: es la tercera causa de muerte entre los 15 y los 34 años de edad a nivel mundial.

60%

La OMS considera que la depresión (una de las principales causas del suicidio), también representará la mayor causa de pérdida de años de vida saludables después del VIH/SIDA para el año 2030.



Figura 3 Indicadores de salud en Colombia

En los anexos en las tablas No. 27-28-29-30-31-32-33, podrá observar en detalle el comportamiento que ha tenido esta situación en los últimos años, según edad y género.

#### AFECTACIÓN POR GÉNERO

#### AVISAS DE DISCAPACIDAD Y MORTALIDAD SEGÚN EL GÉNERO EN TODAS LAS EDADES

Las variaciones de Avisas según el género, no presenta variaciones significativas, sin embargo se ha identificado que la proporción de AVISAS de discapacidad es mayor en las mujeres que en los hombres

(83% vs 73%), mientras que el porcentaje de AVISAS de mortalidad es ligeramente mayor en hombres (26%) que en mujeres (17%) (U. Javeriana, 2010, p. 73), afectando ambas condiciones, especialmente a población joven entre 15 y 29 años, tal como se muestra en las tablas de los anexos No. 27-28-29-30-31-32-33.

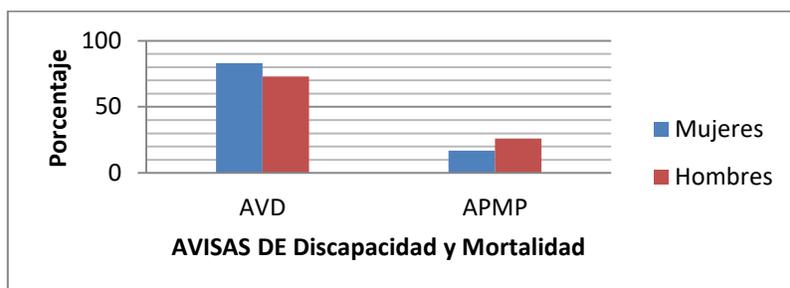


Figura 4 Incidencia de avisas de discapacidad y mortalidad por genero

## REGIONES MÁS AFECTADAS

Tabla 6  
Prevalencia por regiones (Minsalud- ENSM, 2015, P. 278, 279)

Ciclo de vida	Prevalencia		Regiones más afectadas
	Masculino	Femenino	
<b>Niños</b> 7-11 años	3,8%	5,6%	Región central (7,1%) Región atlántica 1,9%
<b>Adolescentes</b> 12- 17 años	1	2	Región Pacífica (6,3%) Región Atlántica (2,5%) (ENSM; p. 279)
<b>Adultos</b> 18 a 44	Transtorno bipolar	Todos los trastornos son más prevalentes en mujeres	Región con mayor prevalencia para cualquier trastorno es la Pacífica (5,6%) y en toda la vida es Bogotá (12,9%) *Todas las regiones tienen prevalencias similares para todas las edades alrededor del 8%

La región de Colombia más afectada para cualquier trastorno es la región pacifica mostrando mayor prevalencia entre los 12 y 17 años de edad, (ENSM, 2015,p. 278 a 280), mientras que la mayor prevalencia de trastornos en la vida se da en la ciudad de Bogotá con un 46.7%, explicado por el elevado índice de trastornos afectivos (Minsalud, 2012, p. 42)



Figura 5 Regiones más afectadas en Colombia

**LA CARGA OCULTA Y COMORBILIDADES ASOCIADAS A LA DIFICULTAD PARA GESTIONAR EL PENSAMIENTO.**

La carga oculta hace referencia a las consecuencias e interacciones que existen entre la salud física y la salud mental que no son tenidas en cuenta por los prestadores de salud, como relaciones de causa y efecto y que por tanto no son atendidas. (Minsalud, 2012-2021, p. 08 )

## **4 SALUD Y SALUD MENTAL**

### **4.1 EL CONCEPTO DE SALUD**

La conceptualización de la salud puede presentar variaciones culturales, por ejemplo: en los países occidentales, y de acuerdo al marco de referencia de la OMS, la salud se define en base a tres grandes componentes como son: el físico, mental y social,". (OMS, 1948 definición de Salud).

Mientras en culturas como la China, los procesos de salud enfermedad se entienden desde un punto de vista natural que hace referencia a estados de cambio y movimiento constante, reflejando un punto de vista natural, un materialismo y una dialéctica simple que refleja una cosmovisión o visión de mundo, en la cual la fisiología del organismo, semeja o se establece como una réplica del macrocosmos (Universo) en el microcosmo (cuerpo humano) derivando de ahí, estados de equilibrio (salud) o desequilibrio (enfermedad). (Zhang J, Zheng J, 1984, p. 3)

### **4.2 EL CONCEPTO DE SALUD MENTAL**

En Occidente la salud mental se ha conceptualizado desde unos referentes que hacen alusión a la capacidad de las personas para gestionar el pensamiento y la emoción, reconocer sus potencialidades, superar el estrés normal de vida, trabajar de forma productiva y aportar a la comunidad (OMS, 2013-2020).

### **4.3 EL CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL**

Mientras en Oriente, desde la perspectiva Taoista, la enfermedad se entiende como una consecuencia de la no realización del individuo, cuyo pensamiento, sentimiento y acción no sigue una misma línea, reflejando una ausencia de reconocimiento y autenticidad, que da origen al proceso patológico (Pérez, 2005, p. 19)

De una forma metafórica, (Pérez, 2005, p. 20) expone que la "la enfermedad mental obedece a un proceso degenerativo que se inicia cuando el ser humano no se reconoce así mismo, no acepta su realidad y empieza a no quererse. Durante el sueño el ser humano se conecta con su auténtico ser.

Cuando despierta descubre que el ser que ha soñado no es como es él y vuelve cada día a su tristeza. La energía Wei, (defensiva), relacionada con el psiquismo en vez de proteger al hombre lo ataca, dando lugar a la enfermedad física o mental”.

#### **4.4 EL LENGUAJE LEGITIMADO DE LA SALUD MENTAL**

La salud mental ha sido abordada generalmente desde una perspectiva clínica situada en el ámbito de la intervención. Es por eso que, desde el sentido común, la mayoría de personas asocian la salud mental con personas raras encerradas en sanatorios. Esta visión ha impedido el desarrollo de estrategias encaminadas a fomentar el bienestar y la salud mental positiva, como un recurso que le permite a todas las personas “desarrollar las potencialidades, superar el estrés de la vida cotidiana, desarrollar la resiliencia, trabajar de forma productiva, aportar a la comunidad a la que se pertenece y prevenir la enfermedad física mental y emocional. (OMS, 2013-2020, p. 7).

#### **4.5 EL VALOR INTRÍNSECO DE LA SALUD MENTAL**

La salud mental favorece todos los aspectos de la vida humana en su vida diaria, reflejándose en condiciones de bienestar y funcionamiento del individuo, la sociedad y la cultura. En si, la salud mental se considera un recurso personal que contribuye a la calidad de vida del individuo, (OMS, 2004,p. 23 promoción de la salud mental), ejerciendo influencia en diversos factores relativos a la vida humana, tal como se muestra en el grafico que aparece a continuación.

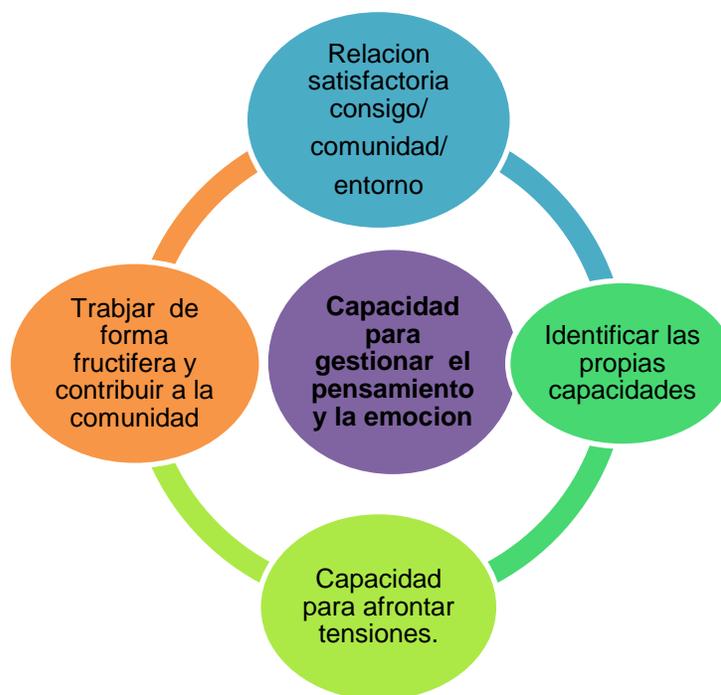


Figura 6 Componentes que definen la salud mental.

Fuente: (OMS, 2013-2020, p. 7)

#### 4.6 PRINCIPALES ENFOQUES DE INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL

Las intervenciones en el campo de la salud mental, parten principalmente desde tres perspectivas: la biomédica, la comportamental (conductual y cognitiva) y el enfoque socioeconómico, los cuales de manera general establecen las siguientes posibilidades de intervención:

Tabla 7  
Principales enfoques de intervención en salud mental

Modelo	Características	Líneas de intervención
<b>Concepción biomédica</b>	Estudia las causas anatomopatológicas, atribuyendo la personalidad, el comportamiento, los afectos, emociones y pensamientos a causas físicas o biológicas	Farmacológica
<b>Concepción comportamental</b>	Hace referencia los modos en que las personas se comportan, es decir sus hábitos y estilos de vida, como factores determinantes de procesos de salud enfermedad.	Psicoterapia Educación y promoción de estilos y hábitos de vida saludables.
<b>concepción emergente social</b>	Sugiere que las estructuras y modelos sociales son los que permiten a las personas gozar de una buena salud, en	Medidas gubernamentales- políticas publicas

Modelo	Características	Líneas de intervención
socioeconómica	relación a modos y condiciones de vida.	
Cognición social	Estudia la discursividad desde una perspectiva individual y colectiva.	Análisis del discurso Reestructuración cognitiva Reconstrucción social del conocimiento Re-conceptualización de contenidos.

Fuente: Elaboración propia a partir del artículo de (Restrepo y Jaramillo, 2012, p. 203 a 206)

## 4.7 TRAYECTORIAS CAUSALES: ESPACIOS PARA LA INTERVENCION

El conocimiento de las ciencias biológicas, sociales, y médicas ha permitido establecer diversos determinantes de la salud mental, los cuales pueden hallarse en el ámbito individual, social, ambiental, biológico, político, cultural y económico, entre otros.

Para su revisión este trabajo acoge la distribución propuesta por Ramirez (2012, p. 35), quien divide los determinantes de la enfermedad mental en tres categorías a saber: lo: ocasional (traumas), lo biológico, y lo discursivo.

### FACTORES OCASIONALES

#### CONTEXTO DE GUERRA

Estos contextos se asocian a una mayor probabilidad de desarrollar enfermedad mental en cuanto se asocian a la violencia, disponibilidad de drogas, desintegración familiar y pobreza económica y moral. Además de asociarse con el desplazamiento forzado (Torres F y otros, 2013, p. 3, 15).

Nota: Colombia ocupa el primer lugar en cifras de desplazamiento forzado, según consta en las cifras de Acnur y de la FPNU (2009, 2010 y 2011). En el 2009, las víctimas de desplazamiento forzado en el país oscilaban entre cuatro y cinco millones de personas, lo que equivale a más del 10% de la población del país, razón por la cual en el año 2004, la Corte Constitucional obligó al Estado colombiano, a través de la Sentencia T-025, a brindar atención en salud mental a víctimas del desplazamiento forzado. (Restrepo MH, 2012, p. 48)

#### INFLUENCIAS SOCIO-AMBIENTALES

- Las desigualdades sociales ,(Agudelo Suarez y otros, 2015, p. 706).
- La inequidad, la pobreza y la marginalidad (Torres F y otros, 2013, p.5).
- “El efecto de la globalización como factor de cambio social, la incertidumbres e inseguridades que afectan primordialmente a los grupos más vulnerables. La aparición de las nuevas tecnologías en las esferas pública y doméstica, las modificaciones en la estructura familiar, la desterritorialización de los grupos humanos, la cultura del consumo, y la cultura hedonista creadora de imágenes y canones estéticos”. ( Martínez y Muñoz 2010, p. 148)
- El sistema capitalista: que introduce la incertidumbre, el riesgo; el individualismo exacerbado, la economía de consumo, con una modificación en los vínculos y el debilitamiento de las comunidades. (Restrepo MH, 2012, p. 49).

#### CONDICIONES ECONÓMICO- SOCIALES

- El bajo nivel de educación (Wagner et al., 2012, p. 4)
- La pobreza, (Novoa, 2012, p. 7)
- El desempleo, la discriminación (el pertenecer a una zona rural, a un grupo indígena, a una población migrante o a un grupo minoritario)., (Torres F y otros, 2013, p.24)
- la violencia intrafamiliar, o condiciones de vulnerabilidad como estar en situación de calle, personas con discapacidad, madres adolescentes y adultos en plenitud),. (Torres F y otros, 2013, p.24),
- Personas que ejercen como Cuidadores. (Botero y otros, 2015, p.1)
- Los hijos de madres con depresión (Wagner et al., 2012, p. 6).

El maltrato parental y el *bullying*. En el plano económico se ven afectados los contextos de ingresos más bajos o irregulares, mientras que los de rentas más altas se ven más afectados por la presión social de mantener su posición de clase. (Martínez y Muñoz, 2010, p. 147- 148)

#### EXPOSICIÓN A ESTRESORES

- Las condiciones de vida adversas, los estresores familiares, psicosociales y laborales, (Caicedo B, 2010, p. 147).
- Eventos vitales estresantes, como la separación de los padres. (Paniagua y otros, 2015, 315)

- En adolescentes se ha reportado la incertidumbre al futuro, los obstáculos para adaptarse a los cánones estéticos y de consumo, la marginación y el peso de las cargas domésticas, que todavía afectan más a las mujeres que los adolescentes varones. (Martínez y Muñoz, 2010, p. 148)

#### **PROBLEMAS AFECTIVOS Y VINCULARES**

La disfunción familiar o problemas en la red de apoyo social, fallecimiento de un familiar o persona significativa, el maltrato infantil, el maltrato a la mujer, la violencia sexual, como factores de riesgo presentes al interior de la población. (Torres F y otros, 2013, p.15)

- La población joven se ve afectada por problemas de relación tanto con los padres como con los pares (Goleman, 2007, p. 277)
- La erosión del núcleo familiar debido a los divorcios, disminución del tiempo que los padres dedican a los niños y una mayor movilidad de las familias, así como la pérdida de la familia extendida como fuentes importantes de auto identificación. (Goleman 2007, p. 279),
- La indiferencia paterna ante las necesidades de los niños en la etapa del crecimiento, lo cual no es causa como tal, pero si es un factor de vulnerabilidad que sienta la base para el desarrollo de la depresión. Las tempranas presiones sociales pueden afectar el desarrollo neuronal, lo que puede conducir a una depresión cuando se está bajo una gran presión aun varias décadas más tarde (Goleman 2007, p. 279)
- El papel de la crianza (Puerta y otros, 2011, p.253)

#### **APOYO SOCIAL**

“Martin Seligman considera que el ascenso del individualismo y la decadencia en los apoyos de la comunidad y de la familia más extendida, genera una pérdida de recursos que hacen las veces de amortiguador ante los golpes sufridos por contratiempos o fracasos. Este autor considera que muchas personas tienen tendencia a ver el fracaso como algo permanente magnificando, trasladándolo a todos los órdenes de la vida, siendo propensas a permitir que una derrota momentánea se convierta en una permanente fuente de desesperanza” (Goleman 2007, p. 279).

#### **ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO**

Destacando que los casos más graves se deben a violencia o abuso sexual en la infancia, entre otras características.<sup>32</sup> (Wagner et al., 2012, p. 6)

## **FACTORES BIOLÓGICOS**

Relacionados con procesos de desarrollo humano, en cuanto este puede relacionarse con el origen de trastornos neurológicos profundos, ejerciendo un influencia que puede mantenerse durante toda la vida del sujeto.

## **FACTORES DISCURSIVOS**

A pesar que la capacidad para gestionar el pensamiento, se ha mencionado desde la antigüedad como un determinante fundamental de las condiciones de salud - enfermedad mental, en la literatura se hace escasa mención a este factor, pudiendo encontrar algunas referencias que describen este factor haciendo referencia a la presencia de:

- Estilo cognitivos rumiativos (Botero y otros, 2015, p.1),
- Déficit en habilidades para la solución de problemas como principal factor de vulnerabilidad para la depresión (Botero y otros, 2015, p.2),
- Hábitos pesimistas de pensamiento (Goleman, p. 278)
- Existencia de estructuras cognitivas distorsionadas Beck (1979); Burns( 2010); Greenberger y Padeskyi (2016)
- Patrones de pensamiento estereotipado (Harris, 2010)

## **5 LA COGNICIÓN O PENSAMIENTO COMO DETERMINANTE DE LA EXPERIENCIA HUMANA**

### **5.1 COGNICIÓN**

La cognición es definida por el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, (RAE) como conocimiento y acción de conocer. En el campo de la psicología cognitiva, el concepto hace referencia no solo a lo que pensamos, sino a como pensamos (estructuras del pensamiento), pudiendo extenderse a las creencias, suposiciones, interpretaciones, significados y formas de procesar la información (Greenberger y Pedesky,2016); (Burns,2010, p.28).

### **5.2 ¿QUÉ ES EL PENSAMIENTO?**

La palabra pensamiento es una palabra que presenta cierta polisemia, si bien, Gabucio, sugiere que cuando se quiere hacer referencia al pensamiento conviene “no confundir el mapa con el territorio” en cuanto el pensamiento constituye un proceso complejo, inseparable de otras funciones como son: recordar, imaginar, percibir, aprender, hablar, actuar, sentir, etc. Sugiriendo la idea de inseparabilidad entre ellas (Gabucio, 2005, p. 13) De este modo, resulta no solo complejo acercarse al término, sino también a su definición, pues este “designa tanto la facultad o capacidad de pensar como el proceso por el que se ejerce esta facultad, el producto o afecto de la actividad de pensar y, finalmente, un conjunto de ideas personales o colectivas, es decir, unas creencias”. (Carretero, 2004, p. 13)

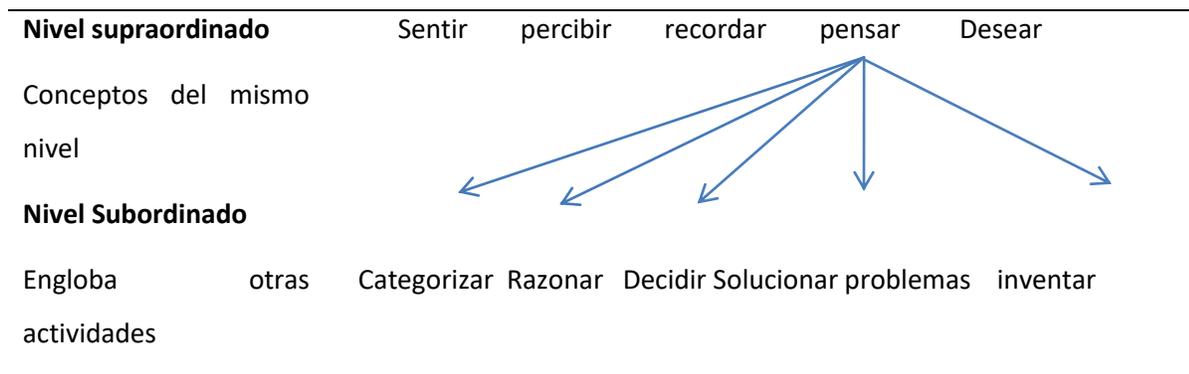
...De manera genérica, pensamiento puede designar lo que contienen o aquello a lo que apunta un conjunto de actividades mentales u operaciones intelectuales, como razonar, hacer abstracciones, generalizar, etc, cuyas finalidades son entre otras, resolver problemas tomar decisiones y representarse la realidad externa.(Carretero, 2004, p. 14).

El alcance del termino pensamiento ha sido objeto de debate... entendido como una habilidad que se desarrolla; como un conjunto de procesos mentales que se aplican sin error y de modo generalizado a cualquier contenido cognitivo.. (carretero, 2004, p. 14)

Según Gabucio el significado de pensar es lo que llaman un “primitivo semántico”, y por tanto un concepto universal e innato, estando presente en todas las lenguas humanas... de este modo la noción de pensar es un constituyente de significado primordial para la especie humana. Sin presuponer que en todas la lenguas los términos correspondientes a pensar signifiquen exactamente lo mismo... en la medida que se entiende de esta manera se hace imposible su definición, sin embargo el decir que sea indefinible no implica que no se entienda; la posición de (Wierzbicka (1996) (Gabucio, 2005, p. 14) Asi en un sentido restringido podría decirse que pensar refiere a la función cognitiva más compleja (Gabucio, 2005, p. 14-15)

### 5.3 ESTRUCTURA CONCEPTUAL DEL CONCEPTO PENSAR; FUENTE: K.A ERICSSON Y R. HASTIE (1994) TOMADO DE (GABUCIO 2005, P. 16)

Tabla 8  
Estructura Concepto de Pensar



### 5.4 EL FACTOR ORDEN Y LA CONCIENCIA SOBRE EL FLUJO CONTINUO DE LA MENTE

El factor orden y la conciencia sobre el flujo continuo de la mente, adquiere una relevancia fundamental en los procesos de pensamiento, en cuanto nos permite seaparar lo que es consciente de lo

inconsciente. Si bien, se sabe que la mera sucesión de ideas, es sin duda, pensamiento, pero no pensamiento organizado, reflexivo contextualizado. Es decir, que existe una corriente de pensamiento o de actividad mental que se impone, aparece, siendo carente de dirección, profundamente personal, errática, como algo que va y que nos lleva, a lo que Gabucio (2005, p. 24) denomina “sugerencias de la mente”. Este proceso se da de manera autónoma, por consiguiente, no controlamos el proceso que da lugar a su aparición, pero sí podemos intervenir en el proceso posterior, mediante la elaboración de hipótesis, la observación, y la posibilidad de determinar la probabilidad, validez, aplicabilidad, consecuencias, controlando de este modo el curso de nuestro pensamiento, y haciéndonos más conscientes sobre este, dando de este modo, paso a formas de pensamiento reflexionado. En relación a este aspecto, es que considero que puede situarse el pensamiento como un objeto fundamental de la educación.

### **5.5 CUANTOS PENSAMIENTOS PUEDE PRODUCIR LA MENTE EN UN DÍA?**

De Andrés y Andrés (2010, p. 160), exponen que una persona puede producir más de 50.000 pensamientos diarios, de los cuales el 80% son acerca de nosotros y la mayoría son negativos. A estos pensamientos que fluyen continuamente en la mente se les denomina “diálogo interior” los cuales de acuerdo a la interpretación que se haga, pueden ser objetivos, ilógicos, distorsionados, carentes de realismo o simplemente erróneos y en esa medida, pueden convertirse en un potencial factor de riesgo para enfermedad (ansiedad, depresión irritabilidad, etc...) (Burns, 2010, p. 47)

### **5.6 SALUD MENTAL Y COGNICIÓN**

Lo mental, puede definirse en términos de estructuras y procesos cognitivos no observables, que determinan la manera en que las personas sienten, piensan y se comportan. Desde el punto de vista cognitivo, los trastornos mentales y emociones estarían determinados por formas distorsionadas o irracionales de pensamiento que llevan al sujeto a presentar desajustes en su comportamiento o afecciones emocionales. (Restrepo y Jaramillo, 2012, p. 205)

### **5.7 PENSAMIENTO Y EMOCIÓN: PROCESOS QUÍMICOS ESTIMULANTES EN LA PRODUCCIÓN DE DROGAS ENDÓGENAS.**

Las investigaciones más relevantes en este campo, probablemente sean las de la doctora Candace Pert, ex directora del Departamento de Bioquímica Cerebral del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, y postulada al Premio Nobel de Medicina. Pert estudio los neuropéptidos, receptores de mensajes químicos que intervienen en la cognición humana, demostrando como los pensamientos y las emociones afectan estas moléculas, y por tanto, influyen en la salud física. La actividad del cerebro cortical y límbico se asocia con la producción de drogas endógenas como estimulantes, antidepresivos, ansiolíticos, analgésicos, y con la fisiología del cuerpo, y es posible estimular su producción mediante ciertos métodos y pautas. (Marusso, 2011, pp. 47- 48).

## 5.8 MODELOS TEÓRICOS DEL ENFOQUE COGNITIVO

Algunos modelos psicológicos cognitivos proponen una relación entre acontecimientos, pensamientos y estados de ánimo, sugiriendo que los pensamientos determinan el modo en que las personas se sienten. En tal sentido, Burns (2010, p.46), plantea que “es un hecho neurológico evidente, que antes de poder experimentar cualquier acontecimiento, este se procesa en la mente y se conecta con un significado,” sugiriendo que las experiencias se procesan en el cerebro y reciben un significado, antes de que se experimente una respuesta emocional. El modelo de Beck (1979) sugiere una relación entre estímulos, pensamientos automáticos y respuesta emocionales. Ellis, (Álvarez, 1992, p. 115) por su parte, construye el modelo del ABC, en el cual, A representa el acontecimiento activador o situación; B, representa el contenido cognitivo (creencias, suposiciones percepciones subjetivas, supuestos, inferencias, atribuciones, normas, valores, esquemas, filosofías de vida) que da origen a C, que serían las respuestas afectivas emocionales y de conducta:

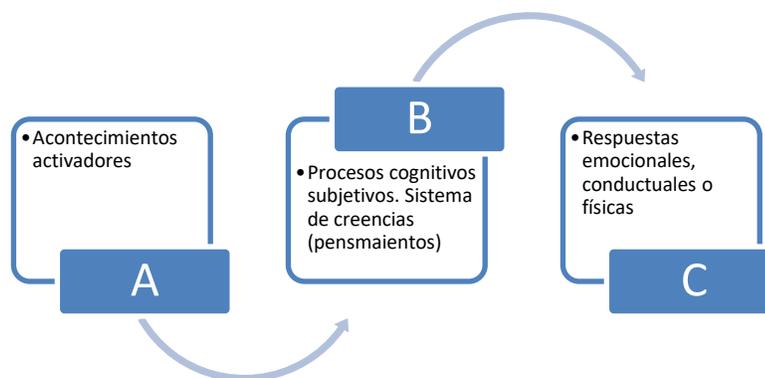


Figura 7 Modelo teórico del enfoque cognitivo. ABC de Ellis (Álvarez, 1992, 115)

Estos modelos plantean una relación lineal, unidireccional y exclusiva de funcionamiento, considerando que “cuando ocurre un acontecimiento o experiencia, la gente reacciona en el punto C, con determinadas consecuencias emocionales y de comportamiento. Esta linealidad del modelo, puede hacer pensar que lo que ocurre en A provoca directamente las reacciones correspondientes en C, pero si a un grupo de personas se les coloca bajo una misma situación, en el punto A, es posible que el resultado en C, sea un cumulo de reacciones diferentes, luego entre A y C hay algo, B, el sistema de creencias y valores de cada individuo” (Alvarez, 1992, 115). Es a través de este sistema de valores y creencias que la persona puede evaluar la situación como una experiencia positiva, neutra o negativa, y de esta manera modular sus respuestas conductuales, emocionales o físicas.

Estos modelos también resaltan la importancia de las conceptualizaciones, construcciones y contenidos mentales, en cuanto sugieren que no reaccionamos de manera general a una realidad exterior consensuada, sino a una realidad subjetiva determinada por procesos cognitivos que pueden ser disfuncionales.

Sin embargo, es posible generar otros modelos que no obedezcan a patrones exclusivos de linealidad, sino que se constituyan por elementos interactuantes entre sí, tal como lo plantea Greenberger y Padesky (2016, p. 31) en el modelo de los 5 componentes, el cual ubica en un mismo nivel de interacción el pensamiento, las reacciones físicas, los estados de ánimo y la conducta, y el entorno como ámbito externo de influencia, sugiriendo una relación interdependiente entre estos factores.

En tal sentido, y teniendo en cuenta la importancia de las estructuras del pensamiento, en relación con su capacidad para modular, experiencias físicas, conductuales, emocionales, sociales, se plantearía el modelo de los cinco componentes de la siguiente manera:



Fuente: Elaboración propia

Figura 8 Modelo de los cinco componentes

Ubicando al pensamiento (discurso interno) como eje central de intervención, se proponen acciones tendientes a desarrollar una mirada crítica y auto reflexiva, mediante el desarrollo de una actividad meta cognitiva que permita ser cociente de formas disfuncionales de pensamiento, dando la posibilidad de replantear constructos inapropiados, supuestos o estructuras de pensamiento que contienen errores, sesgos, estereotipos, creencias, automatismos, que se interiorizan como verdades y como filosofía de vida, sin que podamos percatarnos de su influencia negativa en la cotidianidad de las personas.

## 5.9 PRINCIPIOS TEÓRICOS

De acuerdo a lo expuesto por Burns (2010, p. 28), se puede sugerir la existencia de tres principios básicos

**Primero:** Los pensamientos tienen capacidad para crear y modificar los estados de ánimo.

**Segundo:** Los pensamientos que inducen malestar emocional contienen sesgos, o distorsiones o errores usualmente inconscientes o desconocidos.

**Tercero:** Los pensamientos pueden estar orientados por creencias o suposiciones implícitas que resultan contraproducentes

## 5.10 MODOS DE ORGANIZAR LA REALIDAD

En la siguiente tabla se presentan diferentes formas de interpretar la realidad expuestas bajo la denominación de estilos de pensamiento contraproducentes y estilos de pensamiento adaptativos.

## ESTILOS DE PENSAMIENTO CONTRAPRODUCENTES Y ADAPTATIVOS

Tabla 9  
Estilos de pensamiento

Estilos de pensamiento irreflexivo	Estilos de pensamiento reflexivo
Irreflexivo, distorsionado, negativo.	<b>Reflexivo - crítico: realista, funcional, lógico</b>
<b>Emisión de juicios globales</b> , totalitarios, extremos negativos, categóricos, absolutistas, estereotipados, idiosincráticos.	Pensamiento adaptativo “maduro” <b>Multidimensional:</b> reconoce la existencia de diversas categorías a la hora de definir algo. Soy medianamente miedoso, bastante generoso y ciertamente inteligente
Soy un miedoso	<b>Relativo:</b> sin emisión de juicios de valor (bueno-malo): soy más cobarde que la mayoría de personas que conozco
<b>Absolutista y moralista</b>	<b>Variable y dinámico:</b> mis miedos varían de un momento a otro y de una situación a otra
Soy un despreciable cobarde	<b>Diagnostico conductual:</b> evito en gran medida algunas situaciones y tengo diversos miedos
<b>Estático - Invariable:</b> siempre fui y siempre seré un cobarde.	<b>Diagnostico basado en el carácter:</b> hay algo extraño en mi carácter <b>Reversibilidad- modificabilidad, adaptabilidad:</b> puedo aprender modos de afrontar situaciones y de luchar contra mis miedos
<b>Diagnostico basado en el carácter:</b> hay algo extraño en mi carácter	<b>Irreversibilidad – inmodificabilidad :</b> como soy intrínsecamente débil, no hay nada que se pueda hacer con mi problema
<b>Irreversibilidad – inmodificabilidad :</b> como soy intrínsecamente débil, no hay nada que se pueda hacer con mi problema	

Tomado de (Beck, 1979, p. 23)

En relación a estas formas de pensamiento Gabucio (2005, p. 115) expone la diferencia entre pensamiento reflejo y pensamiento reflexivo, sugiriendo estas como diversas visiones de la cognición según (Holyoak y Spellman, 1993).

VISIONES DE LA COGNICIÓN SEGÚN (HOLYOAK Y SPELLMAN, 1993) (GABUCIO, 2005, P. 115)

**Tabla 10**

Estilos cognitivos según (Holyoak y Spellman, 1993) (Gabucio, 2005, p. 115)

<b>Inconsciente</b>	<b>Consciente</b>
Procedimental	Declarativo
Autonómico	Controlado
Implícito	Explícito
Intuitivo	Extensional
Experiencial	Racional
Reflejo	Reflexivo

## 5.11 LOS PENSAMIENTOS COMO CONTEXTO DE LA EMOTIVIDAD

Las teorías cognitivas asocian los modos de pensar a las emociones, tal como se presenta a continuación:

Tabla 11

Relación entre pensamientos y emociones

<b>Orientación del Pensamiento</b>	<b>Emoción</b>
Percepción de injusticia, o trato injusto. Concepto de justicia: no es un concepto universal y existe cierta relatividad en el concepto, no existe concepto de justicia absoluto (Burns p. 161)	<b>Rabia/ Irritación</b>
Sensación de pérdida, desesperanza o sensación de falta de valor o inferioridad	<b>Tristeza</b>
Formas de pensamientos caracterizadas por tres aspectos, como: Una visión negativa y crítica de sí mismo, una interpretación negativa de las experiencias considerando que las demandas del mundo son exageradas y los obstáculos insuperables y una visión negativa del futuro, lo que Beck (1979, p. 19), denominó la triada cognitiva de la depresión.	<b>Depresión</b>
Percepción de peligro	<b>Ansiedad</b>
Anticipación negativa del futuro o percepción de que algo terrible va a ocurrir. Trasgresión de valores personales.	<b>Culpa y vergüenza</b>

---

Fuente: Elaboración propia a partir de los planteamientos hechos por Beck (1979) y Burns (2010)

## 5.12 FORMAS CONTRAPRODUCENTES DE PENSAMIENTO

### **DISTORSIONES COGNITIVAS**

La siguiente lista obedece técnicamente al nombre de *distorsiones cognitivas*, sin embargo, con el fin de facilitar su recordación, he modificado este nombre por el de *deformación o desplazamiento lingüístico en la evocación de hechos o situaciones*, debido a que en mi práctica profesional tuve la oportunidad de recomendar a algunos pacientes el libro de David Burns, quienes posteriormente refirieron su gran utilidad, pero también una gran dificultad para recordar los nombres de las distorsiones cognitivas, lo cual dificultaba su recordación y por tanto su aplicación en la vida cotidiana.

De este modo considere la posibilidad de utilizar en las descripciones técnicas, un lenguaje más público, libre de jerga técnica, con el fin de crear un puente entre el saber especializado y el saber común que deben tener las personas para poder cuidar su salud de manera integral, y utilizar este lenguaje a un contexto educativo a través del cual puedan generarse políticas públicas, proyectos y programas encaminados a gestionar la capacidad de las personas para gestionar el pensamiento:

A continuación, se presenta el listado de hábitos relativos a la forma en que puede deformarse lingüísticamente la evocación de hechos o situaciones:

Tabla 12  
Distorsiones cognitivas

---

#### **Adelantar conclusiones:**

Adelantar una determinada conclusión, sin evidencia que lo apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión (p. 21) incurriendo en conclusiones inadecuadas, por ejemplo:

- a) **La lectura del pensamiento:** Usted interpreta las reacciones de los demás de manera arbitraria, sin corroborar su supuesto. Usted inventa motivos para explicar a su gusto porque las personas hacen lo que hacen
- b) **El error del adivino:** hacer predicciones sobre un supuesto y las considera como un hecho establecido

**Fijación selectiva- filtro**

Consiste en escoger un fragmento o detalle de una experiencia y conceptualizar toda la experiencia en base a este ignorando, separando o aislando otras características relevantes.

**Generalizar**

Establecer una regla general de vida en base a un hecho ocurrido y aplicar el concepto como para situaciones similares como un modelo único de interpretación.

**Maximizar y minimizar:** Manera de evaluar la magnitud o significación de un suceso, exagerando su importancia o reduciéndolas indebidamente.

**Culpabilizar**

Tendencia a culparse así mismo o a los demás de situaciones de los que no se es responsable.

**Polarizar**

Tendencia a clasificar las experiencias según categorías opuestas, absolutistas o dicotómicas.

**Contrariar o descartar denigrar lo positivo**

Consiste en refutar, objetar experiencias cotidianas positivas, considerándolas invalidas por una u otra razón.

**Razonamiento emocional:** Usted supone que sus emociones negativas reflejan necesariamente lo que son las cosas en la realidad: "lo siento, luego es verdad".

**Enunciación "Debería":** Usted trata de motivarse con "deberías" y no "deberías" como si tuvieran que azotarlo y castigarlo antes de esperar que usted haga algo. La consecuencia emocional es la culpa. Cuando dirige este tipo de enunciación hacia los demás, siente irritación, frustración y resentimiento.

**Etiquetar:** Es una manera de generalizar una situación, en la cual en vez de describir un error, se usa una etiqueta, haciendo uso de un lenguaje muy sentido que genera una alta carga emocional.

**Beck (1979, p. 22) Burns (2010, p. 49)**

## **TENDENCIAS DISCURSIVAS**

Tabla 13

### Tendencias discursivas

Anticipación negativa	Tendencia a anticipar y preveer dificultades, problemas o resultados indeseables
Tendencia a sobredimensionar o infradimensionar	Tendencia a añadir información o valor a los acontecimientos o tendencia a quitárselo
Tendencia a pensar que las	Tendencia a pensar que lo que está pasando ahora perdurara para

dificultades son estables.	siempre y será igual de positivo o negativo
Tendencia a pensar en causas globales específicas	Tendencia pensar que lo que sucede se debe a una globalidad de causalidades, desconocidas, inconmesurables e incontrolables

Fuente: (Cabero M, 2009, p.54)

## **CREENCIAS CONTRAPRODUCTENTES, SUPOSICIONES SILENCIOSAS Y REGLAS DE VIDA DISFUNCIONALES**

El siguiente listado se ha incorporado a este apartado de hábitos contraproducentes, pues constituye una serie de premisas que contienen en su interior algunos desplazamientos lingüísticos, que no siempre concuerdan con la realidad. Son contruidos en contextos sociales o individuales de manera irreflexiva, fija o estereotipada, como verdades absolutas y como la base de algunos comportamientos contraproducentes como la adicción a la aprobación, al amor, los logros y la perfección. Fue retomado de la propuesta de Ellis, (Álvarez, 1992) y enriquecido con los aportes de Burns (2010), y Álvarez (1992, p. 119) y constituyen subtextos argumentales que pueden producir malestar emocional, en relación a las siguientes temáticas:

Tabla 14  
Creencias contraproducentes

### **PERFECCIONISMO Y LOGROS**

- No debo fracasar jamás ni cometer ningún error. (debo comportarme, sentir y actuar, perfectamente para agradar a la gente y para recibir respeto.
- La gente no me querrá ni me aceptará si tengo algún defecto o si soy vulnerable, la desaprobación implicaría pensar que soy una persona imperfecta e inútil
- Mi valía del ser humano depende de sus logros, éxitos, realizaciones, inteligencia, talento, estatus, ingresos o belleza
- Hay que ser competente en todos los aspectos de nuestra vida, para poder considerarnos personas de valor.

### **NECESIDAD DE AFECTO Y APROBACIÓN**

Necesito recibir la aprobación de todo el mundo para valer algo. Si alguien me critica me siento miserable porque esto automáticamente significa que algo malo hay en mí. Si alguien me critica

quizás tenga razón

Para sentirme feliz y realizado necesito ser querido, si no me quieren no vale la pena vivir. Si estoy solo tiendo a sentirme desgraciado de segunda categoría o sin valía. Para ser una persona verdaderamente completa, debo ser amado

### **SUMISION**

- Debo procurar agradar a los demás en todo momento, aunque para ello me haga desgraciado a mí mismo.
- Las personas que se quieren no deben reñir ni discutir nunca, generando una verdadera fobia a los conflictos
- Los problemas en mis relaciones personales son por culpa mía, sensación de omnipotencia, se hace responsable de lo que ocurre a su alrededor. Sentir que debe ayudar a todos los que lo necesitan.

### **DECLARACIONES Y EXIGENCIAS**

Los problemas en mis relaciones personales siempre son por culpa de otras personas

Deben tratarme siempre como yo quiero . Considera que debe recibir mejor trato, tener más derechos o derecho a todo y menos obligaciones que otros..

**Verdad:** yo tengo la razón y tu estas equivocado.

Solo existe una solución única y perfecta para cada problema.

Definirse exclusivamente en función de un aspecto o actividad de su vida, en lugar de considerar la multiplicidad de circunstancias de su vida, valorándose por todas ellas y no solo por una.

### **AUSENCIA DE CONTROL INTERNO**

*La infelicidad humana se debe a causas externas, sobre las cuales no tenemos ninguna injerencia, no pudiendo controlar nuestras emociones perturbadoras.*

*Uno necesita de alguien más fuerte que lo proteja y lo cuide, alguien que le brinde seguridad y en quien pueda confiar.*

*Nuestras experiencias y eventos del pasado son los que determinan nuestra conducta presente, no pudiendo hacer nada para modificarlo.*

## **EVITACION**

Todas las situaciones amenazantes o que nos pueden dar grandes preocupaciones o traernos conflictos, deben ser evitadas a cualquier precio.

*Es mucho más fácil evitar las dificultades y responsabilidades que afrontarlas.*

## **ANSIEDAD**

Debo sentirme siempre feliz, confiado y controlado

La ira es peligrosa y debe evitarse a cualquier precio.

Nunca debo sentirme triste, inadecuado, angustiado, celoso ni vulnerable, debo esconder mis sentimientos bajo la alfombra y no trastornar a nadie.

Las personas que me importan son exigentes, manipuladoras y poderosas.

Todas las personas piensan igual, si alguien me desprecia, correrá la voz como un reguero de pólvora y pronto me despreciará todo el mundo

Necesito impresionar a las personas siendo sofisticado, ingenioso o interesante para poder gustarles.

Pensamiento mágico: *deberíamos* preocuparnos mucho por los problemas y trastornos de otras personas. Ya que si me preocupo lo suficiente, todo *saldrá bien*.

## **OTRAS**

Nunca debo sentirme frustrado, la vida debe ser siempre fácil y todo lo debo resolver.

Siempre debo mostrarme y sentirme fuerte, ocultándome a mí mismo y a los demás mis debilidades.

## 5.13 EL DIALOGO INTERNO COMO PRODUCTO Y PRODUCTOR DE NUEVAS REALIDADES

En la psicología cognitiva encuentro dos tendencias teóricas, unas que hacen referencia a los procesos cognitivos desde una perspectiva intra psíquica o mentalista, resaltando la dimensión individual y subjetiva presente en el dialogo interno, como Beck (1979) Burns (2010) Greenberger y Padesky (2016). Y otras teorías, como la de Gergen (2010), que dan mayor relevancia a las interacciones sociales como constructoras de realidad, centrándose en el papel del lenguaje.

Sin embargo, desde mi punto de vista, considero que, estos procesos no se dan independientemente; por el contrario, coexisten, interactúan y se interrelacionan en la co- producción del conocimiento; pues el lenguaje se constituye en productor de conocimiento desde las interacciones, y el discurso interno o pensamiento como recurso intrapsíquico, es productor de nuevas formas discursivas. Pakman (1997, p. 76) hace referencia al conocimiento como producto de las interacciones bio-antropo-socio-culturales, sugiriendo inter-retro-acciones entre lo bio-cerebral y lo sociocultural, refiriendo a un determinismo externo, (genérico, ambiental, medicalizado) que no puede ser modificado por el sujeto. Sin embargo, desde las Neurociencias es posible pensar en la posibilidad de crear nuevas interacciones y circuitos cerebrales, modelando lo aprendido, a partir de auto reflexiones y procesos metacognitivos que permiten tener conciencia del propio pensamiento y darse cuenta de hábitos contraproducentes.

Por otra parte Berne (Harris, 2010, p. 62), en su teoría de Análisis Conciliatorio, expone el papel que desempeñan las interacciones en la generación de actitudes vitales (cognitivas, lingüísticas y conductuales), pero resaltando la posibilidad que tiene el sujeto para reflexionar sobre lo aprendido y desarrollar un pensamiento consciente y regulado, que obedece a lo que en la teoría de análisis conciliatorio se denomina el desarrollo del adulto.

Por su parte, Gergen, (Estrada, 2007, p. 226) analiza el papel que desempeñan las comunidades de conocimiento en la construcción social de la realidad, sugiriendo la importancia de las interacciones como recursos para el dialogo performativo y transformativo. Esta situación sugiere a mi modo de ver, una cierta dependencia o codependencia en las interacciones, lo que dificultaría el ejercicio del control interno y la autonomía en los procesos transformativo, en cuanto aquí el lugar del terapeuta sería

cedido a otros con los cuales se construye el conocimiento.. De otro lado, aparecen propuestas como las de Fuesrtein, quien, desde una perspectiva educativa, sugiere la modificabilidad de la estructura cognitiva y el enriquecimiento cultural de los individuos, en relación a procesos pedagógicos.

En similar sentido, Beck (1979) y Ellis (1981) hacen referencia a la reestructuración cognitiva como posibilidad de desarrollo, pero lo plantean como una estrategia de intervención en el ámbito terapéutico, bajo una noción patológica, medicalizada y terapeutizada de la cognición. Los trabajos de Burns (2010) y Greenberger y Padesky (2016) parten de un mismo enfoque, pero desarrollan estrategias de biblioterapia como recurso de trabajo individual y preventivo no ligado directamente a la dirección y el control ejercido por el terapeuta o profesional, sino como posibilidad de trabajo autónomo.

La comprensión del discurso interno y externo como como producto y productor de realidades podría explicarse así mismo, desde los planteamientos hechos por Maturana (1991, p. 23) cuando afirma que “si cambia mi estructura, cambia mi modo de estar en relación con los demás y, por lo tanto, cambia mi lenguajear. Si cambia mi lenguajear, cambia el espacio del lenguajeo, en el cual estoy y cambian las interacciones en que participo con mi lenguajeo (p. 25), es decir “ solo si yo cambio cambia mi circunstancia y mi circunstancia cambia solo si yo cambio. De tal manera organismo y medio van cambiando juntos de manera congruente (p. 57)

En tal sentido, podría pensar que la dimensión intrapsíquica, no depende exclusivamente de los procesos de socialización primaria, aunque está influenciada por este proceso, de modo que no constituye un producto cerrado, en relación a la existencia de aprendizajes cargados de contenido o pensamiento no elaborado, estereotipado, disfuncional; definido en psicología, como un locus de control externo.

En cuanto la dimensión intrapsíquica también tiene que ver con lo que puede ser, (nuevos aprendizajes), a partir del desarrollo de un pensamiento reflexivo, crítico y consciente, que permita diferenciar los supuestos, opiniones, creencias y estereotipos, ente otros, de los hechos objetivos o consensuados; en relación a criterios concretos de aceptabilidad, patrones culturales de

reconocimiento, consenso y sentido común, entendidos como puntos de referencia que sustentan el “razonamiento de todos” (Pakman, 1997, p. 94).

La relación individuo- sociedad, puede pensarse a nivel macro, desde lo que la cultura, sociedad y familia aportan al individuo, pero también, desde lo micro, es decir desde el aporte que hace el individuo a su entorno, familia, contexto y cultura desde sus propios aprendizajes, capacidad reflexiva y conciencia que dan la libertad de opción,

que adquiere a través del conocimiento, reconociendo en este caso la existencia de un dominio interno, que en psicología se denominaría, locus de control interno.

Este locus de control interno puede fortalecerse, mediante la incorporación de hábitos que tienen que ver con:

- El uso de los recursos propios del cuerpo (movimiento, respiración, meditación),
- Al desarrollo de la capacidad de análisis o Yi, de la Medicina Tradicional China.
- El desarrollo del pensamiento crítico, sugerido en el programa de habilidades para la vida de la Organización Mundial de la Salud.
- El desarrollo del adulto y la capacidad de elegir las respuestas cotidianas en relación al reconocimiento y diferenciación de lo aprendido, lo sentido y lo pensado, en análisis transaccional o análisis conciliatorio
- Con la reestructuración y reconstrucción de estructuras disfuncionales de pensamiento y nuevas formas de narrativa, en psicología cognitiva y construcción social.

El pensamiento (diálogo interno) no es un proceso dado, preestablecido, e inmodificable, sino que constituye un proceso que puede desarrollarse a lo largo de la vida, no solo en relación a la experiencia e influencia ambiental, que rodea al sujeto en un contexto determinado, sino también en relación con la posibilidad que tenga el sujeto de desarrollar un pensamiento propio, reflexivo y crítico, en relación a sus propios aprendizajes, a su propia experiencia y a lo que le plantee la vida cotidiana, teniendo libertad de opción y de cambiar a voluntad, siempre y cuando tenga una base de conocimiento que le permita reflexionar sobre ello.

## **5.14 IMÁGENES DE CRITERIO: LA VISION DE SI MISMO Y DEL RESTO DEL MUNDO: LA POSIBILIDAD DE TRASCENDER DE UNA POSICIÓN ADOPTADA A UNA DECISIÓN INTELECTUAL.**

Harris (2010) en su Teoría del Análisis Conciliatorio, hace referencia a la visión del sí mismo y del resto del mundo; y explica el surgimiento del padre (lo enseñado- aprendido); el niño (lo sentido, emotivo); y el adulto, (lo pensado).

Las experiencias vivenciadas durante las primeras etapas del desarrollo, promueven la adopción de una serie de comprensiones y sensaciones que constituyen la base de la percepción adquirida sobre el sí mismo, sobre los otros y sobre el mundo, (Harris, 2010, p. 83). Sin embargo, estas primeras apreciaciones pueden ser modificadas a través de nuevas experiencias, y al desarrollo de la capacidad reflexiva del sujeto, sugiriendo la posibilidad de un control interno, y contraponiéndose a las teorías que sitúan las emociones y pensamientos como experiencias determinadas por acontecimientos externos y estructurales sobre los cuales el sujeto no tiene control.

Berne (Harris, 2010, p. 73) señala cuatro posiciones vitales determinadas por el tipo de relaciones vinculares establecidas entre los cuidadores primarios y el niño:

- 1) Yo estoy mal, tu estas bien.
- 2) Yo estoy mal, tu estas mal.
- 3) Yo estoy bien, tu estas mal.
- 4) Yo estoy bien, tu estas bien.

### **PRIMERA POSICIÓN: YO ESTOY MAL, TU ESTAS BIEN.**

En esta posición, el niño interioriza un sentimiento de inferioridad, sobre la base de las apreciaciones que perciben de los demás. Al carecer de recursos intelectuales que le permitan poner en tela de juicio esas apreciaciones y elaborar un retrato exacto de sí mismo, se guía por las reacciones discursivas ya sean en forma de palabras, gestos o acciones, aceptándolas de forma pasiva (Harris, 2010, p. 84)

En esta posición, se siente a merced de los demás, y experimenta una gran necesidad de caricias, reconocimiento y aprobación. Actúa entonces de dos maneras: en retirada, en cuanto le resulta doloroso convivir con gente que está bien; o con un comportamiento provocador que haga que los demás se vuelvan contra si (caricias negativas), con lo cual se reafirma su malestar. En ninguna de las dos posiciones encuentra felicidad, dado que se ubica en una posición de dependencia y sumisión, que puede llevarle a la desesperación, proceso que puede culminar con el desarrollo de trastornos afectivos, psicológicos y físicos.

#### **SEGUNDA POSICIÓN: YO ESTOY MAL, TU ESTAS MAL.**

Esta posición surge cuando el niño no obtiene caricias o reconocimiento debido a que sus cuidadores ofrecen escaso confort o consuelo, especialmente durante el proceso de independencia y movilidad que concluye en el aprendizaje del caminar, puesto que el niño inicia su proceso de exploración del ambiente. Cuando cesan las caricias y aparecen los castigos, el niño tiene la sensación de abandono y de que él no está bien, pero sus cuidadores tampoco. (Harris, 2010, p. 86)

Una vez la persona interioriza este estado, lo aplica a las demás personas, rechazando las caricias, por muy sinceras que estas sean, e interpreta sus experiencias de manera selectiva e ingeniosa, limitando su capacidad de reflexión.

#### **TERCERA POSICIÓN: YO ESTOY BIEN, TU ESTAS MAL.**

En ambientes violentos, los niños pueden adoptar a una posición de autoprotección, llegando a la conclusión de que él puede estar bien, si sus cuidadores no están cerca. El trato duro y cruel puede dar origen a algunas formas de psicopatología, pues la persona se muestra incapaz de mirar hacia dentro y ser objetivo, en cuanto a su implicación en lo que ocurre, culpabilizando a los demás por sus problemas. Esto puede llevar a la violencia, en cuanto una de los pensamientos que quedan impresos en la persona es “acércate que te doy”. (Harris, 2010, p. 91-92.)

#### **CUARTA POSICIÓN: YO ESTOY BIEN, TU ESTAS BIEN.**

Mientras las tres posiciones anteriores son inconscientes y están basadas en sentimientos y percepciones, esta posición es reflexiva consciente y está basada en el pensamiento, el empeño y la acción, en cuanto la persona concibe la posibilidad de trascender experiencias personales vividas con anterioridad. Por tanto, es una posición que permite desarrollar la capacidad reflexiva y crítica, siendo la capacidad reflexiva “el lugar donde reside la acción y la esperanza, y donde, por consiguiente, el cambio es posible” (Harris, 2010, p. 111)

## **5.15 FORMAS DISCURSIVAS PREDOMINANTES**

Según Harris (2010, p. 45), la manera de estructurar las experiencias cotidianas permite identificar la existencia de formas discursivas (pensadas, verbales o corporales) que contienen rasgos característicos identitarios, en relación a normas y reglas transmitidas en un contexto determinado (padre); expresiones emocionales y sentidas (niño); y a la capacidad reflexiva (adulto). Es posible ubicar los rasgos del padre y del niño, en un nivel pre-lógico, que hace referencia a creencias, suposiciones y reglas no ajustadas a la cambiante realidad; y los rasgos del adulto, o capacidad de análisis, en el nivel lógico, caracterizado por su coherencia en relación con hechos o circunstancias que pueden argumentarse en relación a lo consensado socialmente.

### **■ CARACTERÍSTICAS DEL PADRE (LO ENSEÑADO)**

La existencia del padre corresponde a lo enseñado, un campo en el cual están todos aquellos pensamientos impuestos e indiscutidos, proporcionados por las figuras de autoridad o los patrones culturales. Esta información usualmente se graba sin correcciones ni modificaciones.

Incluye normas, advertencias, leyes y prohibiciones tanto acertadas como erróneas, a luz de una ética del bienestar. Su reproducción ejerce una poderosa influencia en la vida de las personas en cuanto se forman como imperativos u órdenes encaminados a favorecer la supervivencia física y social. En su forma positiva, sirven para que la persona pueda valerse por sí misma; mientras que, en su forma negativa, pueden generar serios desajustes entre lo que pensamos y la cambiante realidad.

En su forma discursiva, obedecen a imperativos como nunca, siempre, no olvides jamás que; dando forma a las conexiones neuronales primarias, que proporcionan información para la interacción que establece la persona consigo mismo y con los demás. En este proceso formador, es significativo que el niño perciba la consistencia o coherencia del padre, es decir, la relación entre lo que se hace y se dice; ya que su ausencia resulta confusa y genera ansiedad, mientras la consistencia permite experimentar sentimientos de integridad y confianza (p. 66)

Las enseñanzas del padre, como orientaciones de vida, tienden a volverse automáticas, ejercen una influencia importante en la vida de las personas, pues les permite dedicar tiempo a procesos creativos, dado que una vez probada la integridad de la información, es archivada, se puede confiar en ella y dedicarse a otras cosas (Harris, 2010, p. 71). Pueden generar sufrimiento, especialmente cuando no son sometidas a revisión y son aceptadas de forma tal que entren en contradicción con la realidad, siempre cambiante y compleja, dando paso a la reproducción de prejuicios.

## **EL NIÑO (LO SENTIDO)**

Es la respuesta del niño ante lo que se ve y oye. Muchas situaciones vividas por los adultos, puedan suscitar los mismos sentimientos experimentados en la infancia, en una etapa en la que no tenía recursos intelectuales para comprender o generar soluciones; y generar nuevamente sensaciones de dependencia, abandono, frustración e incapacidad, en cuanto la persona se ubica en una posición de testigo presencial. Sin embargo, esta posición resulta favorable, cuando hace referencia a la curiosidad, la creatividad, el deseo de exploración, la necesidad de tocar, sentir y experimentar.

## **EL ADULTO (PENSAMIENTO CRÍTICO Y REFLEXIVO).**

Hace referencia a la capacidad reflexiva a través de la cual la persona puede descubrir la diferencia entre lo enseñado, lo sentido y lo que puede constatar; adquiriendo la capacidad de ordenar los datos y la información recibida, con el fin de emitir respuestas más saludables para sí mismo y para los demás

El adulto difiere del padre, que dictamina de manera imitativa, y del niño que reacciona abruptamente sobre la base de pensamientos pre lógicos y de percepciones escasamente diferenciadas. A través del

adulto, la persona puede diferenciar entre la vida tal como le fue mostrada y enseñada, la vida tal como la sentía, la deseaba o la imaginaba, y la vida vista por sí mismo, mediante el análisis y la reflexión.

## ALGUNAS CLAVES DEL PADRE, DEL NIÑO Y DEL ADULTO.

La siguiente tabla es elaborado con base en los planteamientos hechos por Harris (2010, pp. 114 -117)

Tabla 15  
El padre, el niño y el adulto

---

**Padre:** normas transmitidas, prestadas: conceptos enseñados y de uso automático, arcaico e irreflexivo (Harris, 2010, p. 114. - Reproducción de Visto y oído (p. 46)

Claves discursivas: Terminare con esto de una vez por todas, por nada del mundo, nunca, (siempre y nunca) indican sistema cerrado arcaico de datos, te lo he dicho muchas veces, yo de ti... (p. 114)

**Ordenes imperativas:** siempre, jamás nunca, no olvides que; están todas las advertencias normas, leyes, reglas, y declaraciones impuestas e indiscutidas, coercitiva, restrictivas o permisivas

Uso de términos valorativos, tanto críticos como favorables, en cuanto formulan un juicio sobre otra persona de manera automática, uso de etiquetas y adjetivos para referirse a personas, situaciones o cosas, uso de los deberías y debes.

**Claves corporales:** fruncir el ceño, apretar los labios, señalar o agitar el dedo índice, menear la cabeza, mostrar horror, golpear rítmicamente el suelo con el pie, poner los brazos de jarras, cruzar los brazos, estrujarse las manos, suspirar, dar golpecitos en la cabeza a otros (Harris, 2010, p. 114)

**Niño:** es la experiencia de la infancia, acontecimientos internos referidos a los sentimientos, correspondiendo a los sentido y entendido. (Harris, 2010, p. 57) y que le han dado la sensación

de estar acorralado aunque realmente no se este, provoca una reproducción de sentimientos de frustración, abandono o rechazo.

**Claves discursivas del niño:** modo infantilizado de hablar, uso de palabras como quiero, necesito, no quiero, me da igual, cuando sea mayor, más grande, el mayor, el mejor. (Harris, 2010, p. 116)

**Claves corporales:** expresiones no verbales, lagrimas, labios temblorosos, pucheros, berrinches, voz aguda o llorona, girar los ojos dentro de las orbitas, encoger los hombros, bajar la mirada, hacer cosquillas, reírse, levantar la mano para pedir permiso para hablar, morderse las uñas, retorcerse, soltar risitas ahogadas. (Harris, 2010, p. 115)

**Adulto:** lo reflexivo, pensado, basado en la ordenación de datos (Harris, 2010, p. 11)

Apreciaciones independientes, objetivas, capacidad para transformar estímulos en elementos de información.

**Claves discursivas:** por qué, que, donde, cuando, quien y como, cuanto, de qué manera, relativamente, verdadero, falso probable, desconocido, objetivo, creo, comprendo, opino. Uso de palabras que muestran una intención de organizar los datos (Harris, 2010, p. 117)

**Clave corporal:** movimiento constante de rostro, ojos cuerpo, parpadeo cada tres cuatro o cinco segundos (Harris, 2010, p. 116)

---

## 5.16 CRITICAS AL MODELO COGNITIVO

- Capacidad para sostener los efectos en el tiempo o la desaparición de los síntomas a lo largo del tiempo (Puerta y col, 2011,p. 255),... ante esto Burns (2010) aclara que:

“El tratamiento no garantiza que nunca más vuelva sentirse anímicamente mal, después de usar los métodos cognitivos, evidentemente no, sería como decirle que una vez que haya logrado un buen estado físico jugando jogging diariamente, nunca más le faltara el aliento. Una parte de la condición del ser humano incluye el hecho de sentirse mal de vez en cuando, así que puedo garantizarle que no lograra un estado de felicidad infinita. Lo cual significa que tendrá que volver a aplicar las técnicas que pueden ayudarle, si desea seguir dominando sus estados de ánimo. Hay una diferencia entre sentirse mejor (lo cual puede suceder espontáneamente) y lograr estar mejor ( lo cual es el resultado de aplicar y

volver a aplicar sistemáticamente los métodos que mejoraran su estado de ánimo que vez que sea necesario. Si está dispuesto a aplicar los métodos de forma continua, puede que permanezca emocionalmente en forma y con una mayor sensación de bienestar, autoestima y felicidad, durante el resto de su vida” (Burns, 2010, p. 33)

- Modelo limitado para explicar la patogénesis, y la hiperresponsabilización de los sujetos. (Restrepo y Jaramillo, 2012, p. 204).

Los procesos de salud- enfermedad no son únicos, sino que por el contrario, son policausados, no pudiendo agotarse las intervenciones en un solo factor de riesgo.

Sobre la hiperresponsabilización de los sujetos, considero que esta perspectiva más que establecer un sobredeterminismo sobre el sujeto, pretende por el contrario facilitar la participación de las personas en el cuidado de su corporeidad desde una perspectiva de derechos y libertades humanas, que remiten a la ética del amor propio y del cuidado de sí (Foucault, 1986), así como, a la libertad de participar en el control de la salud y el cuerpo, (Minsalud, 2012-2021, p. 27-28); siendo el conocimiento relativo a la corporeidad, más que una hiperresponsabilidad para los sujetos, una necesidad, encaminada a facilitar procesos de desarrollo humano y del buen vivir, de forma autónoma y activa, dando a las personas la posibilidad de prevenir, retrasar o limitar la aparición de patología física o social.

Esta perspectiva de trabajo, se ajusta a lo propuesto en la ley estatutaria de salud y en la política PAIS, en cuanto ambas sugieren la necesidad de pasar de modelos de atención clínicos a modelos de intervención comunitaria con enfoques de promoción y prevención, con el propósito de incrementar las capacidades de las personas para la autoatención y el autocuidado, entendiendo que este último, constituye “el primer elemento que posibilita esperar resultados positivos en la salud y el bienestar de las personas, por cuanto éstas “adoptan conductas y prácticas que los protejan frente a los riesgos de salud. (Minsalud, 2016 b, p. 7- 33)

- Desde el modelo médico y biológico se ha cuestionado la “efectividad de las intervenciones psicoeducativas y de autoayuda guiada, en cuanto se considera que las mejores intervenciones requieren como requisito previo el establecimiento de una relación terapéutica directa, con un

profesional, durante un periodo de tiempo generalmente largo, con intervenciones de alta intensidad”. (Tortella et al., 2016, p. 67) Esto, sumado al limitado impacto que tuvo la psicología comunitaria en los años 70 (Tortella et al, 2016, p. 66), ha llevado a algunos autores a afirmar la supuesta imposibilidad para intervenir la salud mental y emocional desde una perspectiva de salud pública en universos indivisibles, en cuanto esto se asocia con una “supuesta pérdida de individualización de los tratamientos, relegación del juicio clínico, y desatención a los aspectos realmente importantes de la intervención, como son: el proceso y la relación terapéutica (Tortella et al., 2016, p. 67).

En tal sentido, la “ mayor parte de las tradiciones conceptuales de la psicología y de la psiquiatría entienden la salud mental, abordándola por tanto desde un enfoque individual, biológico y cerebro centrista, accesible solo a través de metodologías de evaluación y de acción clínica y psicoterapéutica, realizada preferiblemente en contextos hospitalarios o de consulta particular”. (Novoa, 2012, p. 6).

Dando prioridad al manejo de las urgencias, es decir a los problemas y trastornos mentales, definidos en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales- (DSM),

- Por otra parte, autores, como Lopera (2016, p. 232) afirman la imposibilidad de generar estrategias de promoción de la salud en el campo mental y psicológica, dado que se estima que “ no puede haber algoritmo (conocimiento general universalizable) que diga al ser humano como proceder de la manera más prudente en determinada situación existencial, en cuanto existe un grado de variación existencial. (Lopera, 2016, p. 232). Con lo cual estoy de acuerdo, sin embargo aunque los pensamientos no puedan ser generalizables, los modos, estilos o formas de pensamiento a partir de los cuales puede afectarse la salud, si son generalizables, pudiendo aplicarse en diversos contextos.

Así mismo, considero que la necesidad de intervención terapéutica solo resulta necesaria en algunos casos.

## 6 POLITICA PÚBLICA

### 6.1 QUE SON LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Para la comprensión del concepto me apoyo en lo expuesto por Eslava (2011,p. 30) quien retoma las nociones presentadas por diversos autores., sugiriendo que desde una concepción tradicional las políticas pueden entenderse como la “ “actividad del Gobierno o Estado en acción “o según como lo plantea R. Klein y T. R. Marmor, serian “lo que los Gobiernos hacen y dejan de hacer” (2006: 892).

Por su parte, el profesor A. Vargas, entiende la política pública como “el conjunto de iniciativas, decisiones y acciones del régimen político, frente a situaciones socialmente problemáticas y que buscan la resolución de las mismas o llevarlas a niveles manejables. Mientras el *Diccionario de políticas públicas* plantea que una política pública es un fenómeno social y político específico, fundado empíricamente y construido analíticamente” (Thoenig, 2009: 334) (Eslava, 2011,p.30-31)

De otro lado Roth, (2002, p.85) sugiere que las políticas públicas son acciones formuladas, decididas y llevadas a cabo para proteger los derechos; mientras Aguilar (2000, p. 21) sugiere que la política es una actividad a través de la cual los grupos humanos toman decisiones colectivas. (Eslava, 2011,p.30-31)

En tal sentido, se puede afirmar que las políticas públicas involucran diferentes actores, no solo en el plano de acción gubernamental, si no que a su vez requieren la participación ciudadana; así como la definición de problemas sociales que puedan ser priorizados de modo que puedan ser incluidos en la agenda pública.

### 6.2 LA SALUD PÚBLICA EN COLOMBIA

**DEFINICIÓN:**

El departamento nacional de planeación, dentro del marco del sistema general de seguridad social en Colombia, define la salud pública como un conjunto de políticas que buscan garantizar de manera integral la salud de la población (dnp, 2016).

#### **LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS PARA LA FORMULACIÓN DE POLÍTICA**

Los lineamientos estratégicos para la formulación de la política surgen del Plan nacional de desarrollo (2010-2014) del cual deriva el plan decenal de salud pública (2012-2021) que enmarca las acciones gestión

#### **MARCO GENERAL DE LA POLÍTICA DE SALUD PÚBLICA EN COLOMBIA - PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA)**

El marco general de la salud pública en Colombia está expuesto en el plan decenal de salud pública, el cual, contienen una serie de orientaciones para la formulación de la política pública en Colombia. Este plan contiene una serie de sugerencias relativas a los enfoques conceptuales, objetivos estratégicos, áreas priorizadas y líneas de intervención entre otras.

#### **ENFOQUES CONCEPTUALES**

En la actualidad, las políticas públicas en el campo de la salud, han sido planteadas principalmente, desde la perspectiva de determinantes sociales entendidos estos como: “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (OMS, 2009)

Sugiriendo, de este modo, que las “poblaciones con relativa desventaja social y económica” (Alvarado, 2011, p. 84) tienen una mayor posibilidad de desarrollar patología de tipo mental, sugiriéndose desde la OMS (2004a, p.12, promoción) la necesidad de intervenir sobre los factores socioeconómicos y ambientales, en los indicadores de pobreza, incrementar el nivel educativo, mejorar condiciones habitacionales y el bajo ingreso .

Además de esta orientación conceptual, las políticas públicas se amparan en el ámbito de la salud, en otros enfoques como son:

- El enfoque de derechos, que reconoce la salud como un derecho inalienable, irrenunciable, irrevocable; (Minsalud, 2010-2021, p. 26)
- La perspectiva de género, las características “sociales, culturales, políticas, jurídicas y económicas asignadas socialmente en función del sexo de nacimiento (PNUD, 2008) ; (Minsalud, 2012-2021, p. 34)
- Ciclo de vida resaltando la comprensión de vulnerabilidades y oportunidades en cada etapa del desarrollo humano
- El enfoque de determinantes sociales de la enfermedad, el cual considera que el riesgo epidemiológico está determinado por factores, individuales, históricos y sociales, considerando relaciones complejas que requieren la participación de amplios sectores de la sociedad (Minsalud, 2012-2021, p. 75)

En relación al enfoque de determinantes sociales, surge una propuesta alternativa desde Latinoamérica, que hace referencia a la determinación social de la enfermedad, sugiriendo interacción existente entre el sistema social, los modos de vida y la salud, estableciendo 3 dimensiones de intervención que son la general que hace referencia a la sociedad; la particular que define perfiles de salud grupales y una singular que hace referencia a estilos de vida (Breilh, 2013, p. 25).

Tal como sugiere Breilh (2013, p. 19-20) el modelo de los determinantes sociales está sujeto casi de manera exclusiva al estilo de gobernanza política sugiriendo una epidemiología que resalta la exposición a factores de vulnerabilidad como elementos aislados y casi siempre de carácter individual, sin tener en cuenta el sistema social, en sí mismo como destructor de la vida.

En contraste con ello, el modelo de la determinación social de la enfermedad sugiere hacer uso de términos epidemiológicos que tienen que ver más con el buen vivir, la calidad de vida y vida saludable, no desde una perspectiva neofuncionalista (Breilh, 2013, p. 24 (artículo) sino desde una perspectiva de que promueve el cuidado de la vida y una cultura de vida, desde una perspectiva de interacciones, complementariedades, corresponsabilidades, no solo para el buen vivir, sino también para el vivir juntos o el convivir . (Ibañez y Cols, 2015, p. 42), además de señalar la búsqueda del equilibrio que debe existir entre lo material y lo espiritual, o entre lo o entre lo tangible y lo intangible (Ibañez y Cols, 2015, p. 58)

En tal sentido es posible pensar en el impacto que generan los modos y condiciones de vida de la población, pero también, en relación a esa noción de interdependencia que plantea el modelo del buen vivir, puede pensarse también en el impacto que se puede generar desde lo individual a lo general, ubicando en este caso el ser- como un lugar de práctica y agenciamiento, que parte de lo micro hacia lo macro o de lo interno hacia lo externo, sugiriendo esto en términos de Maturana (1991) una interdependencia en la cual no es posible modificar el entorno, sin generar cambios primero en uno mismo, lo cual nos avoca nuevamente en esa relación de interdependencia, interconexiones y , complementariedades.

De otro lado, en relación al enfoque de determinantes social o macro estructurales que hacen referencia principalmente a relaciones socio- económicas, llama

mi atención el hecho de que las cifras de carga por enfermedad sean similares en países desarrollados y en vías de desarrollo, considerando la necesidad de reflexionar sobre los modelos socioculturales y la cultura globalizada, que impone unos modos y estilos de vida que tienden a la homogeneidad y a la uniformidad como patrones estereotipados, que se opone a la individualidad, la reflexividad, la identidad a la convivencia y en si a la vida misma.

Además de considerar que la intervención desde estas perspectivas generales y macroestructurales, pueden tardar un tiempo considerable en verse reflejadas en los modos, condiciones y calidad de vida de la población, razón por la cual considero la posibilidad de intervenir desde lo individual, lo proximal, en relación a estilos, hábitos y culturas de vida, a la vez que se van dando los cambios sociales, políticos y económicos que generan las desigualdades y que se relacionan con la pérdida de la salud.

#### **CERO TOLERANCIA CON LA MORBILIDAD, MORTALIDAD Y DISCAPACIDAD EVITABLE**

Uno de los principales objetivos del plan decenal de salud pública refiere: Cero tolerancia con la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad evitables: sugiriendo el papel que desempeñan los servicios de salud en la consecución de un estado de salud satisfactorio para la población, señalando la importancia de la participación intersectorial, en cuanto los servicios de salud contribuyen a disminuir la morbilidad y mortalidad en un 25%, mientras los determinantes sociales aportan el 50%, los biológicos el 15% y los ambientales el 10% (Canadian Institute for Advanced Research, 2000). (Minsalud, 2012-2021, p. 75).

Entendiendo que la capacidad para gestionar el pensamiento se encuentra entre los determinantes sociales, en cuanto se relacionan con las conductas que eligen las personas para el cuidado de sí, además de otros factores que hacen referencia al ámbito social.

## **LA SALUD MENTAL: DIMENSIÓN DE ATENCIÓN PRIORIZADA EN EL CAMPO DE LA SALUD**

Con base en los análisis de la situación de Salud en Colombia, el Ministerio de salud sugiere responder de manera prioritaria a las dimensiones de salud priorizadas, en consideración al impacto que tienen estas condiciones en los indicadores de salud. La orientación para la acción está fundamentada principalmente en la ley 1616 de 2013, de salud mental. La cual sugiere entre otras cosas la necesidad de implementar acciones para la promoción de la salud mental (Congreso de la República de Colombia, 2013).

Cada una de estas dimensiones ha sido argumentada en base a criterios técnicos y políticos que definen su importancia para la población colombiana, adquiriendo un carácter de no negociable, en relación con su: magnitud: frecuencia y gravedad; histórico, tendencia y magnitud del cambio; carga por enfermedad, (incluida la carga oculta); diferenciales SIVIGILA y casos sujetos a vigilancia en salud pública; costos de omisión; y factibilidad y aceptabilidad, entre otros.

Así mismo incluye como elemento de análisis la categoría de morbi-mortalidad evitable, en cuanto hoy día se sabe que gran parte de los daños a la salud, obedecen a factores modificables prevenibles, mediante acciones educativas y otras acciones, que involucran la participación intersectorial. En cuanto la salud como concepto multidimensional, puede verse determinado por diversos factores, que van más allá de lo biológico, para extenderse a lo social, económico, político, y cultural, entre otros.

## **COMPONENTES DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL**

- 1) Promoción de la salud mental y la convivencia
- 2) Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y las diferentes formas de la violencia

## **LÍNEAS OPERATIVAS PARA LA EJECUCIÓN DE LAS DIMENSIONES PRIORITARIAS**

El plan decenal de salud pública (2012-2021, p. 41) enfatiza la ejecución de las dimensiones de atención prioritaria, mediante la implementación de acciones en tres líneas operativas que son promoción de la salud, gestión del riesgo y salud pública.

#### **LÍNEA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.**

La línea de promoción busca generar condiciones, capacidades y medios, necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto, consigan modificar e intervenir en los determinantes de la salud. Esta línea incluye entre otras acciones, las siguientes.

- Formulación de políticas públicas y proyectos
- Generación de capacidades sociales e individuales
- Educación en salud
- Generación de entornos saludables
- Participación ciudadana

En la actualidad esta línea de intervención viene liderando proyectos encaminados a incrementar el control que tienen las personas sobre su propia salud, de modo que se puedan tomar decisiones informadas, en hábitos y estilos de vida saludables relacionados con áreas temáticas que se consideran transversales a las principales causas de enfermedad, y por tanto, como potenciales factores de riesgo individual, susceptibles de ser abordados desde la promoción de la salud. Estas áreas son:

- El consumo de tabaco
- Consumo de frutas y verduras
- Obesidad
- Consumo de sal
- Actividad física
- Educación en enfermedades transmisibles como parte de la estrategia once para la salud
- Consumo de alcohol
- Prácticas de autocuidado en enfermedades no transmisibles como: salud bucal, visual y auditiva

En tal sentido podría considerar una visión fragmentada de la epidemiología, y de la corporeidad, en cuanto la salud pública, reconoce la carga de enfermedad y las comorbilidades, generadas por

condiciones como: la depresión, ansiedad y suicidio. Las cuales pueden asociarse a factores cognitivos y de reproducción simbólica. Sin que se incluya aun, la promoción de hábitos cognitivos- discursivos, como potenciales factores de riesgo para enfermedad. A pesar que en la etiología psíquica, se “resalta la importancia de los factores discursivos individuales, grupales y culturales, como causas de enfermedad”. (Ramírez, 2012, p. 35) .

Pudiendo considerar, al igual que Lopera (2016, p. 44) el hecho de que en la actualidad, la “higiene y profilaxis somática dispone de técnicas precisas, y pueden ser consideradas una ciencia aplicada, lo que no ocurre con la salud psíquica” (Lopera, J. 2016, p. 44)

En esta línea el concepto de habito, puede entenderse de acuerdo a la sugerido por Bourdeau (2011, p. 33) como disposiciones o esquemas de pensamiento relacionados con una posición social, desde la cual los sujetos perciben el mundo y actúan en el.

#### **■■■■■■■■■■ LÍNEA DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD.**

Esta línea genera acciones sobre población específica que sea identificable y caracterizable, con el ánimo de disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado evitable y negativo para la salud del individuo, la evolución, deterioro o complicación de una condición previa, que requiera posteriormente un mayor consumo de bienes y servicios.

Estas acciones se sustentan en una incertidumbre relativa a amenazas derivadas del medio ambiente, la actividad laboral, uso de la tecnología, comportamientos humanos, la epidemiología poblacional y a factores biológicos de las personas, entre otros.

Esta línea incluye acciones de:

- Análisis de riesgo de la población con enfoque diferencial.
- Planeación de la atención según riesgos con enfoque diferencial.
- Modificación del riesgo.
- Vigilancia de la gestión del riesgo.
- Gestión de la calidad de la atención.
- Coordinación administrativa – técnica de los servicios y planes.

## ■ LÍNEA DE GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA.

Esta línea ejecuta acciones sobre colectivos poblacionales indivisibles, con miras a modificar el riesgo primario o la posibilidad de pérdida de la salud, mediante la implementación de estrategias colectivas, políticas, normas y documentos técnicos, así como en ejercicios de planificación, dirección, coordinación, integración, vigilancia y administración y fiscalización de recursos.

Esta línea incluye acciones de:

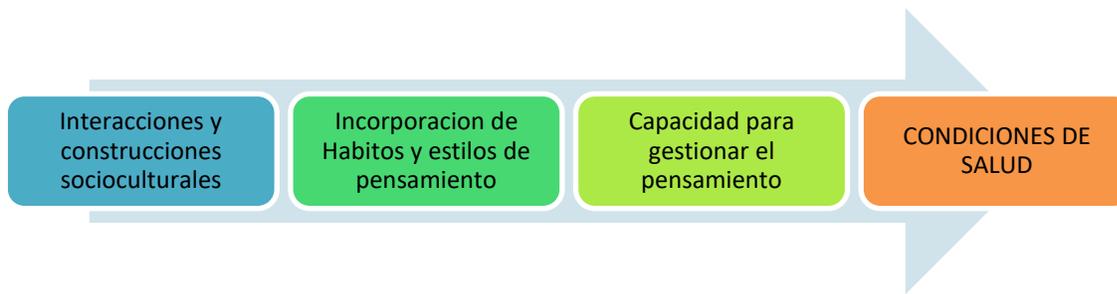
- Conducción.
- Sostenibilidad del financiamiento.
- Garantía del aseguramiento.
- Fiscalización.
- Intervenciones colectivas.
- Movilización de los otros sectores de la sociedad, de los territorios y de la ciudadanía.

La gestión en salud pública, puede pensarse desde una perspectiva determinantes exógenos- lejanos, no modificables por la persona en cuanto se relaciona con estructuras de poder, relaciones económicas sociales y de gobernanza; y desde una perspectiva de determinantes endógenos, proximales, directos, y modificables por la acción de la persona en relación a hábitos y estilos de vida.

Siendo necesario intervenir no solo desde lo macro estructural- lejano, sino también desde lo individual- proximal, es cuanto esta “combinación, es la que permite alcanzar los objetivos de salud”.(OMS, 2004, p. 14 promoción).

En tal sentido podría considerarse que las trayectorias causales se dan entre los siguientes factores:

Figura 8. Trayectorias causales.



En tal sentido desde la propuesta que sugiere este proyecto las líneas de intervención podrían verse de la siguiente manera

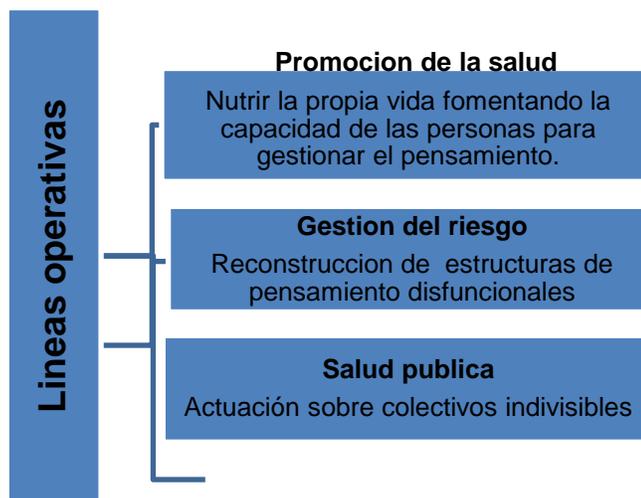


Figura 9 Líneas operativas de la salud pública

### 6.3 LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD.

La integralidad en la atención está definida en la Política País, (2016, p. 30) como la necesidad de consolidar intervenciones desde el primer nivel de atención, hasta la atención especializada, incluyendo acciones de promoción, prevención, diagnóstico tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.

Sin embargo en la actualidad la mayoría de intervención obedecen a la existencia de Nosopolíticas o políticas de la enfermedad que dan prioridad al diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, seguido de intervención preventivas de segundo nivel, es decir para colectivos en riesgo o son síntomas evidentes de deterioro en la salud, dejando en ultimo estado la promoción de la salud con escasa intervenciones para la promoción de la salud.

Encontrando que históricamente, por lo menos desde los movimientos de higiene mental, se tomó como equivalente el término de salud mental con el de enfermedad mental, en cuanto las prácticas de higiene en salud mental se dirigían principalmente, tal como señala Lopera (2016, p.37 ) a mejorar las condiciones de atención y tratamiento de las personas con problemas mentales, **no** constituyendo en sí, ejercicios de promoción y prevención primaria.

Situaciones estas, que a mi modo de ver, limitan la posibilidad de las personas para participar en el cuidado de la corporeidad, como ámbito de lo privado, sin la obligatoria necesidad de intervención por parte de un profesional de la salud mental, a menos que sea dada esta posibilidad, por decisión propia y no por direccionamiento de otros y en ausencia de un conocimiento básico que permita en primera instancia la confrontación consigo mismo de manera autónoma., dando escasa posibilidad para que las personas puedan ocuparse de sí mismas, sin depender del entorno externo ya sean intervenciones terapéuticas o interacciones.

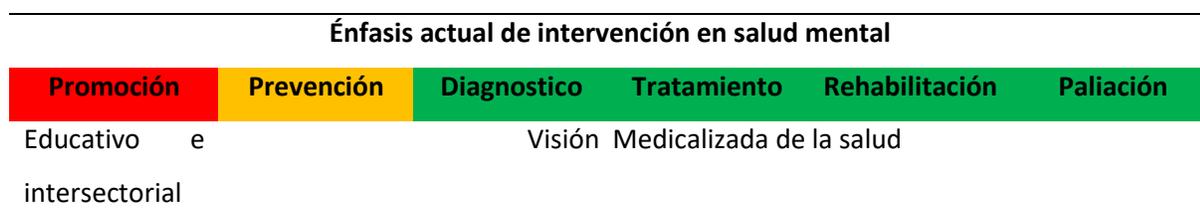


Figura 10 Énfasis actual de intervención en salud mental

#### 6.4 POLÍTICAS PÚBLICAS VIGENTES

En la actualidad la problemática en salud mental ha empezado a hacerse visible en el ámbito de la política pública, sin embargo aún existen escasas acciones prácticas que faciliten el autocuidado y el desarrollo de hábitos protectivos por parte de la población desde perspectivas de riesgo endógenas que puedan ser modificables mediante acciones por parte de los sujetos.

Encontrando en la actualidad 3 enfoques de política que sugieren la importancia de intervenir en este campo.

- 1) Por una parte el plan decenal de salud pública (2012-2021) que integra la salud mental y la convivencia social como dimensión prioritaria en salud pública
- 2) La política para la construcción de paz (Minsalud, 2016 c), que prioriza en la convivencia para la salud mental

- 3) La política de atención integral en salud (2016 b) que resalta el autocuidado y la auto atención en salud, sugiriendo la necesidad de pasar de modelos de intervención hospitalicenticos a modelos de intervención comunitarios y de promoción y prevención

## 6.5 CRITERIOS TECNICOS Y TRANSVERSALES SUGERIDOS POR LA OMS PARA LA PROMOCION EN SALUD MENTAL

La Organización Mundial de la salud, define unos criterios técnicos y transversales para la formulación de políticas y programas encaminados a la promoción en salud mental. A continuación se mencionan estos factores.

Tabla 16  
Criterios técnicos para la prevención en salud mental.

Conocimiento factores genéricos	Factores causales comunes a varios problemas
Causas	Conocimiento de los factores maleables -Factores de riesgo - Factores de protección
Enfoque de prevención o enfoque mixtos	<b>Prevención universal:</b> dirigida al público en general <b>Prevención selectiva:</b> Para individuos y subgrupos que están en riesgo de desarrollar un trastorno mental, según evidencia comprobada. <b>Prevención indicada.</b> Para individuos o grupos de alto riesgo, que presentan signos y síntomas mínimos, detectables, que pronostican el inicio de un trastorno mental, pero que en el momento no cumplen con criterios diagnósticos para trastorno mental.

Fuente: Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado. OMS. Ginebra. 2004

## 6.6 CRITERIOS TRANSVERSALES PARA LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

Tabla 17

Criterios transversales para la promoción y prevención en salud mental

---

<b>Cobertura sanitaria universal</b>	“Independientemente de la edad, sexo, situación socioeconómica, raza, etnia u orientación sexual, de acuerdo con el principio de equidad, las personas con trastornos mentales... o sin ellos, deberán poder acceder, sin riesgo de empobrecimiento, a servicios de salud y sociales esenciales que les permitan prevenir autocuidadese, recuperarse y gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr. (cursiva mía)
<b>Enfoque de Derechos humanos</b>	“Las estrategias, acciones e intervenciones terapéuticas, profilácticas y de promoción en materia de salud mental deben <i>ajustarse</i> a instrumentos internacionales y regionales existentes de derechos humanos”.
<b>Practica basada en la evidencia</b>	“Las estrategias e intervenciones terapéuticas, profilácticas y de promoción en materia de salud mental tienen que basarse en pruebas científicas y/o en prácticas óptimas, teniendo en cuenta consideraciones de carácter cultural”.

---

Fuente: Plan de acción sobre Salud Mental. OMS. 2013-2020 (P. 36)

Nota: Concepto de Universalidad, que puede entenderse, tal como lo plantea Jullien (2017)..[...] “No entendido desde el punto de vista débil: como generalidad, constatación, completud,.. lo que siempre es así, o como un término que no genera sospecha que pueda hacer falta algo; sino, desde una reconfiguración del término, y desde el punto de vista fuerte, para hacer referencia a: necesidad, a un sentido prescriptivo y un a priori, regulador que conduce a la investigación, evitando con ello la aparición de lo común, que como categoría política genera exclusiones, dejando por tanto posibilidad para un común abierto que permite la posibilidad de superación a un problema expuesto. (Jullien, 2017).

## 6.7 COMPROMISOS POLITICOS INTERNACIONALES

Además de la normatividad internacional y nacional, y de los hallazgos de la evidencia, existen dos grandes referentes de política pública, que son: el plan de Acción sobre salud Mental de la OMS, 2013-2020 y los objetivos de desarrollo sostenible, -ODS- (ONU, 2015), los cuales hacen unas recomendaciones, que para el caso de “Colombia se refieren a la implementación de acciones que contribuyan a reducir de aquí al 2030 la mortalidad prematura en un 30%” y los costos que generan las enfermedades crónicas no transmisibles de las cuales hacen parte las enfermedades mentales (Minsalud, 2016 b, p 58)

Por su parte, la OMS sugiere unas metas dirigidas a facilitar la consecución de dicho objetivo, entre las cuales se encuentran las siguientes:

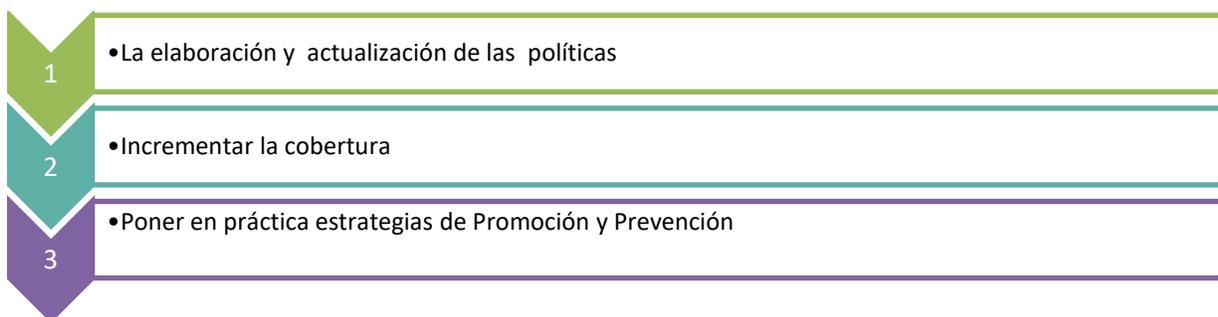


Figura 11 Metas sugeridas en el plan de acción de salud mental de la OMS

Fuente: Plan de acción sobre Salud Mental. OMS. 2013-2020 (p. 15-35)

Tabla 18

Objetivos y metas. Plan de acción en salud mental. (OMS, 2013-2020)

---

### Objetivo 1

Meta: Elaborar y actualizar políticas y planes de intervención en salud mental para el año 2020

#### Acciones:

Formular, reforzar, actualizar y aplicar políticas, estrategias, programas, leyes y reglamentos nacionales relacionados con la salud mental en todos los sectores pertinentes. (OMS, p. 26)

Planificación de los recursos: de acuerdo con las necesidades cuantificadas, o estimadas de forma sistemática, para poner en práctica los planes y acciones de salud mental basados en la evidencia.

---

(OMS, 2013,p. 27)

**Objetivo 2:** Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta

**Meta mundial:** Aumentar la cobertura de servicios para trastornos mentales en un 20% (para el año 2020). (p. 15)

**Acciones:**

Integrar y coordinar labores holísticas de prevención, promoción, rehabilitación, atención y apoyo que satisfagan las necesidades de atención de salud tanto mental como física (OMS, 2013, p.. 29)

**Objetivo 3:** Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental

**Meta:** Poner como mínimo dos programas multisectoriales nacionales de promoción y prevención en materia de salud mental (para el año 2020). (OMS, p. 24)

Prioridades: reducir en un 10% la tasa de suicidios en los países (para el año 2020). (p. 24 y p. 35)

Acciones

Encabezar y coordinar acciones multisectorial que combine intervenciones\_universales y otras selectivas para promover la salud mental, prevenir los trastornos mentales (OMS, 2013, p. 32)

Opciones para la aplicación:

- Fomento de los conocimientos al público en materia de salud mental
- Inclusión de la salud emocional y mental como parte de las aptitudes *de las personas en diferentes contextos*
- Implementación de programas a que se ocupen del desarrollo cognitivo, motor, sensorial y psicosocial de los niños,
- Promover la resiliencia
  - Desarrollo de actividades escolares de promoción y prevención, incluidos programas de preparación para la vida; programas para contrarrestar la intimidación y la violencia; medidas de sensibilización sobre los beneficios de un modo de vida sano.
- Fomento de unas condiciones de trabajo seguras y propicias, capacitación en materia de salud mental, organización de cursos de gestión del estrés y los programas de bienestar laboral.
- Sensibilización pública, política y mediática sobre la magnitud del problema y sobre la disponibilidad de estrategias de prevención eficaces. (OMS, 2013, p. 32- 33)

---

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Plan de acción sobre Salud Mental. OMS, 2013-2010

## 6.8 LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA PROMOVER LA CAPACIDAD DE GESTIONAR EL PENSAMIENTO COMO ESTRATEGIA DE POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD MENTAL

Tabla 19  
Lineamientos técnicos para la promoción de la salud mental

---

<b>Sector</b>	Educativo: (Ley 1122 de 2007- compromiso de todas las instancias del país). Escala: País.
<b>Líneas operativas</b>	Línea de promoción de la salud – educación y ciudadanía para la convivencia
<b>Punto de acceso estratégico.</b>	Determinantes individuales: La capacidad de las personas para gestionar el pensamiento). Nutrir la propia vida
<b>Área de acción:</b>	Intervención sobre las causas proximales - <u>directas o individuales</u> (Estilos de vida y hábitos saludables.
<b>Enfoque</b>	Enfoque de derechos y libertades humanas que abogan por el buen vivir desde la ética del cuidado. (Foucault, 1986)
<b>Modelo</b>	Salud Pública integrada que reconoce la capacidad de gestionar el pensamiento como factor de riesgo individual y colectivo que incide en la relación mente cuerpo, basado en el principio de buenas prácticas para todos.
<b>Entorno: ser</b>	Personas saludables Entender el ser como un lugar de práctica y agenciamiento
<b>Fuerza de la evidencia</b>	Tipo A: se sabe lo que funciona, se sabe cómo funciona, y la repetición es universal. Tipo B. se sabe lo que funciona, se sabe cómo funciona, pero la repetición en limitada Tipo C: se sabe lo que funciona, la repetición es universal, pero no se sabe cómo funciona. Tipo D: se sabe lo que funciona, no se sabe cómo funciona y la repetición es

---

limitada (OMS, 2004,p. 21)

---

Fuente: Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, practica: informe compendiado. OMS. Ginebra. 2004

## 7 DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

AVISAS: Años de vida perdidos por discapacidad o mortalidad

Minsalud: Ministerio de salud

OMS: Organización Mundial de la salud

OPS: Organización Panamericana de la salud

Carga por enfermedad:

Ca: Cancer

TX: Traumatismo

Lx: Lesion

### 7.1 SISTEMA DE HIPOTESIS

**Hipótesis:** La población joven hace uso cotidiano de formas de pensamiento (distorsionado, negativo e imágenes de criterio no reflexionadas, sin que advierta de modo consiente su uso como factor de deterioro en la salud mental.

### 7.2 SISTEMA DE VARIABLES

Tabla 20

Variables

---

<b>Variables independientes (X)</b>	<b>Variables dependiente (Y)</b>
(X1): Pensamientos distorsionados	
(X2): Pensamientos negativos	(Y): Autopercepción de Salud Mental
(X3): Imágenes de Criterio	
(X4): Recursos para el autocuidado	

---

### **7.3 VARIABLE Y OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE.**

En el estudio se eligen diversas variables como edad, sexo, estrato socioeconómico y se desarrollan las categorías propias de la investigación en lo referente a: la capacidad para gestionar el pensamiento expreso: en el uso de formas de pensamiento (distorsionado, negativo e imágenes de criterio); la segunda categoría: promoción de salud manifiesto en recursos para el autocuidado y necesidades educativas y finalmente la tercera categoría, referente a la autopercepción de salud mental. (Ver tabla de variables, dimensiones e indicadores o estrategias).

## **8 MARCO METODOLOGICO**

### **DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:**

El diseño metodológico para esta investigación es de carácter cuantitativo, no experimental, transversal.

### **8.1 ALCANCE:**

Descriptivo

### **8.2 POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **POBLACIÓN:**

El sistema nacional de información en juventud y adolescencia de Colombia,- Juaco- proyecto para el año 2018, que la población entre 14 y 28 años, en la ciudad de Bogotá está compuesta por 1.951.301 jóvenes.

#### **MUESTRA:**

La unidad de análisis estuvo compuesta por 480 jóvenes estudiantes, entre 14 y 28 años, en la ciudad de Bogotá, muestra representativa de la población que arroja un margen de confiabilidad del 95.5%, con un margen de error de 4,5%. es una muestra no probabilística o

dirigida, en cuanto se aplica a la población joven que accedió de manera voluntaria a participar de la encuesta.

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

Jóvenes de la ciudad de Bogotá, con edades comprendidas entre 14 y 28 años.

### **8.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **DISEÑO DEL INSTRUMENTO DE VALORACIÓN:**

El diseño del instrumento de valoración, se basó en los aportes de literatura en el campo de la psicología cognitiva, con miras a identificar el uso de formas de pensamiento distorsionado y negativo, entendidos como factores de riesgo o predictores de deterioro en la salud mental de la población joven, con miras a aportar evidencia en este campo de conocimiento.

#### **PROPÓSITO DE LA ENCUESTA:**

Probar la teoría, en cuanto este trabajo acepta el supuesto teórico que afirma que el pensamiento crea la emoción (Burns, 2010, p. 46), por tanto es válido pensar que interviniendo en el pensamiento se pueda enriquecer el aspecto emocional del ser humano y con ello prevenir limitar o reducir la aparición de trastornos emocionales o mentales.

#### **TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN PARA RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Para dar respuesta a la pregunta de investigación este proyecto utilizara como técnica de investigación la encuesta estructurada a gran escala, dirigida a población joven de Bogotá entre 14 y 28 años.

#### **SISTEMA DE VALORACIÓN:**

El instrumento o cuestionario se codifico, asignando valores numéricos de autopercepción, de modo que se pudiese obtener, organizar y cuantificar los datos recogidos en las encuestas. ver tabla No. 34 de variables y operacionalización de variables en anexo.

Para la escala de medición, se tomó como referencia la escala de Likert, pero dada la extensión del cuestionario se decidió cuantificar la respuesta de la siguiente manera: para preguntas de

respuestas Si (1) o No (2), (0) sin respuesta, y para otras preguntas se hizo uso de términos como: casi nunca, algunas veces, casi siempre; y nada, algo, bastante o mucho, y la asignación de valor (0) para las variables perdidas por ausencia de respuesta, según el caso. (Ver tabla No. 34)

## ■ DISEÑO DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN:

El proceso de recolección de información inicia con el diseño de un cuestionario, la selección de escalas de medición y la aplicación de una prueba piloto ejecutada para probar el funcionamiento del instrumento, confiabilidad y validez.

### 8.4 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

1. Marque con una X en la casilla de la derecha indicando en qué medida hace uso de los siguientes hábitos de pensamiento en su cotidianidad. Marque solo una casilla por pregunta.

**N: Casi nunca / AV: Algunas veces / S: Casi Siempre**

Tabla 21

Instrumento de recolección de información

1.2 ¿Si un resultado no es perfecto usted se considera un completo fracaso?	N	AV	CS
1.2 ¿Ha considerado que un hecho negativo ocurrido en su vida, puede repetirse como un modelo interminable de derrota?	N	AV	CS
1.3 ¿Si durante una situación ocurre un detalle negativo, usted se queda pensando exclusivamente en él, de modo que su visión de toda la realidad se reduce a ese evento, como la gota de tinta que tiñe todo el agua del vaso?	N	AV	CS
1.4 ¿Cuando alguien le hace un halago, usted piensa dentro de sí, que solo lo hace para quedar bien, o usted piensa que esa opinión no cuenta por una u otra razón; descartando dicha opinión?	N	AV	CS
1.5 ¿Usted adelanta conclusiones creyendo saber lo que piensan los demás, es decir usted hace una interpretación sobre las actitudes o reacciones de los demás respecto a usted, aunque no existan hechos definidos que fundamenten su conclusiones.	N	AV	CS
1.6 ¿Usted prevé anticipadamente que algo va a salir mal y se convence de esa predicción como si fuese un hecho establecido “ej: antes de presentar un examen usted piensa: perderé el examen” “no me aceptaran en el trabajo, no podré hacerlo, me rechazaran”?	N	AV	CS
1.7 ¿Cuándo usted evalúa la magnitud o significación de un suceso, exagera su importancia, magnifica o agranda desproporcionadamente su importancia, modificando la explicación o importancia de las cosas?	N	AV	CS
1.8 ¿Cuándo usted evalúa la magnitud o significación de un suceso, lo reduce indebidamente, minimizando o empequeñeciendo las cualidades indebidamente hasta que parecen diminutas, por ejemplo sus cualidades o las imperfecciones de otros?	N	AV	CS
1.9 ¿Utiliza en sus experiencias cotidianas el uso de los términos “debería y no debería” consigo mismo y con los demás?	N	AV	CS
1.10 ¿Hace uso de etiquetas y rótulos para definirse a sí mismo y a los demás, por ejemplo dice: soy un tonto, perdedor, genio, bruto”.	N	AV	CS

1.11 ¿Tiene tendencia a culparse así mismo o a los demás de situaciones de experiencias que ocurren en la cotidianidad? N AV CS

---

2. Marque con un X la(s) opción (es) que puedan coincidir con el modo en que se siente actualmente

Tabla 22

Pensamientos negativos

---

- 2.1. Tienen una visión negativa de mí mismo
  - 2.2 Tiene tendencia a interpretar sus experiencias de forma negativa
  - 2.3 Tiene una visión negativa del futuro
- 

3. Considera que sus decisiones y respuestas conductuales, están principalmente orientadas por:  
MARQUE SOLO UNA DE LAS TRES OPCIONES con X, en la casilla de la derecha:

Tabla 23

Imágenes de criterio

---

- 3.1 Sus emociones
  - 3.2 Conceptos enseñados de cómo se debe
  - 3.3 Análisis crítico y reflexivo de las situaciones
- 

4. Considera que el pensamiento (diálogo interno) puede afectar la salud y generar sensación de indisposición, inquietud o molestia general e imprecisa. Sí \_\_\_ No \_\_\_

5. Marque con una (X) en la (s) casilla (S) de la derecha, el o las áreas que considere puedan verse afectadas en relación con su forma de pensar.

Tabla 24

Áreas que pueden verse afectadas en relación con su forma de pensar

---

- 5.1 Relaciones interpersonales
  - 5.2 Percepción de sí mismo- autoestima
  - 5.3 Salud, vitalidad, bienestar
  - 5.4 Estado emocional
  - 5.5 Respuestas conductuales o modo de actuar y responder a los acontecimientos cotidianos
  - 5.6 Motivación para el desarrollo de las actividades cotidianas
  - 5.7 Ninguna de las anteriores
- 

6. Marque con una (X) en la casilla de la derecha, una o varias opciones que coincidan con los recursos, hábitos o herramientas que usted utiliza para el manejo de sus emociones negativas y/ o pensamientos desagradables.

Tabla 25

Pregunta No. 06

- 
- 6.1 Dieta o alimentación
  - 6.2 Ejercicio
  - 6.3 Consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias
  - 6.4 Respiración
  - 6.5 Apoyo social (hablar con otros)
  - 6.6 Otro: \_\_\_\_ Cual:
- 

7. Considera que es necesario implementar acciones educativas para el manejo autónomo de las emociones negativas y el reconocimiento de hábitos de pensamiento disfuncionales.

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

8. Marque con una (X) sobre el recuadro, la respuesta que mejor describa, el modo en que usted se siente, en cada uno de los 6 aspectos que se mencionan a continuación.

Tabla 26

Pregunta No. 08

ASPECTO	RESPUESTA (Marque con una X, sobre el recuadro )		
	Nada	Algo	Mucho
8.1 Satisfacción en las relaciones interpersonales	Nada	Algo	Mucho
8.2 Autoestima y autoimagen. ¿Se siente despreciable, que no vale, poco atractivo, incompetente, inferior a los demás, feo/a, viejo/a; o ha perdido confianza en sí mismo?	Nada	Algo	Mucho
8.3 ¿Sensación de agobio, tensión, inquietud, molestia general e imprecisa, ansiedad, nerviosismo, preocupación o miedo	Nada	Algo	Mucho
8.4 ¿Siente que juega un papel útil en la vida, aporta a los demás?.	Nada	Algo	Mucho
8.5 ¿Se siente motivado, siente que puede realizar sus actividades tan bien como antes?	Nada	Algo	Mucho
8.6 ¿Considera que su capacidad para afrontar tensiones es adecuada?	Nada	Algo	Mucho

---

## 8.5 APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.

La recolección de información se realizó entre los meses de agosto y octubre de 2018, entregando los cuestionarios e instruyendo sobre su diligenciamiento. Su aplicación se llevó a cabo en áreas externas e internas de universidades públicas y privadas de Bogotá, como universidad de rosario, universidad nacional principalmente, donde se aglomeraban estudiantes, obteniendo de este modo las

observaciones y las mediciones de las variables de interés para la investigación. El procesamiento de datos se realizó usando el programa de excel.

## **8.6 ANALISIS DE DATOS**

La información se organizó en 8 preguntas que dan respuesta a cada una de las variables propuestas para el proceso de investigación. estas preguntas hicieron referencia a: el uso de formas de pensamientos distorsionados, negativos, imágenes de criterio; la relación entre formas de pensamiento y diversos ámbitos de la vida cotidiana; hábitos empleados por los jóvenes en el manejo de sus emociones negativas y pensamientos disfuncionales o desagradables y la autopercepción de salud mental en relación a la satisfacción o insatisfacción de algunas dimensiones definidas por la organización mundial de la salud como: relaciones interpersonales, autoestima, sensación de tensión, el sentirse útil, la motivación, capacidad para superar dificultades.

## **8.7 ANALISIS DE RESULTADOS**

### **████████ PUNTO NÚMERO UNO: DISTORSIONES COGNITIVAS. ANÁLISIS EN CONJUNTO**

Para explorar la existencia de distorsiones cognitivas, fue elaborado un cuestionario con once preguntas que indagaban sobre el reconocimiento y frecuencia de uso de formas de distorsión a las que hace referencia Beck (1979 ) Burns (2010), entendiéndose que una distorsión según el RAE, hace referencia a la “acción de torcer, desequilibrar o deformar hechos, intenciones, o situaciones”

Este ítem se valoró mediante una escala, que permitía indicar si su uso era: Casi nunca o nunca con una valoración de (1); a veces, con una valoración de (2) y casi siempre, con una valoración de (3).

Entendiéndose que la respuesta (1) casi nunca o nunca adquiere un valor positivo en cuanto indica que la persona tiene tendencia a ser más reflexiva, consciente y selectiva reconociendo la veracidad y exactitud de ciertas premisas o pensamientos; la respuesta (2) haría referencia a un uso intermitente u ocasional de estas formas de pensamiento; mientras que la respuesta (3)

indicaría que la persona hace uso frecuente o constante de formas de pensamiento primitivas, irracionales, automáticas, inconscientes o no veraces.

En este ítem se evidenció de manera global que, del total de participantes (480), la mayoría de personas, situaron su respuesta en la opción (2) correspondiente a una percepción de uso de las distorsiones cognitivas de un modo intermitente u ocasional; seguido de la opción (1) para indicar que casi nunca o nunca se hace uso de estas formas de pensamiento, y, finalmente, se seleccionó la opción (3) referente a “casi siempre” para indicar una mayor estabilidad o frecuencia en el uso de las distorsiones, indicando una menor tendencia a la reflexividad. Distribución que puede observarse en la tabla que aparece a continuación.

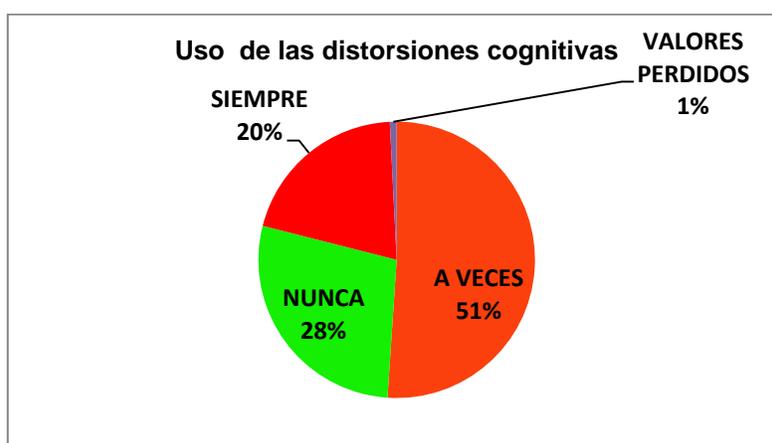


Figura 12 Conocimiento del uso y frecuencia de uso de las Distorsiones Cognitivas

De manera global dentro de distorsiones cognitivas se registró que un 51% de la población reconoce que hace uso de formas de pensamiento de manera intermitente u ocasional, mientras el 20% considera que las usa casi siempre, y el 28% sostiene que no los utiliza casi nunca o nunca, con un 1% correspondiente a valores perdidos, en cuanto no se obtuvo respuesta, tal como puede observarse en la gráfica que aparece a continuación.

El análisis en conjunto de estos datos indica una tendencia de la población joven a razonar de manera automática, haciendo uso de formas de distorsión que resultan muchas veces inconscientes y en otros casos de manera intencionada.

Aun cuando la psicología cognitiva considera que estas formas de pensamiento, sean inconscientes o intencionadas constituyen la base de la depresión y otros trastornos emocionales, debido a que a partir de ellas se “mantienen creencias que sostienen la validez de percepciones negativas, incluso, a pesar de la evidencia contraria”, (Beck, 1979, p.21), este estudio no alcanza para afirmar que el uso de las distorsiones pueda definir la existencia de un trastorno emocional en la población joven encuestada, pero si nos permite inferir, de acuerdo a los supuestos teóricos de la psicología cognitiva la existencia de un factor común de deterioro de la vida emocional y social de los jóvenes encuestados, especialmente, cuando estas se usan de un modo intermitente en el 51% de la población y en un 20% de modo frecuente o cotidiano. .

La asignación de atributos para cada uno de las formas de pensamiento se puede revisar en el cuestionario de preguntas, las cuales corresponde a cada una de las categorías definidas por psicólogos cognitivos como Beck (1979) y Burns (2010)

En este apartado se muestra las formas de pensamiento más utilizadas por la población joven para explicar sus experiencias, o dar cuenta de ellas, se encontró que en orden descendente la distribución es la siguiente:

En primer lugar, el 59% de la población entrevistada reconoció hacer uso ocasional o intermitente de la polarización como forma de distorsión. El 8% opinó que la utiliza de manera constante y el 33% indicó que no hace uso de ella, (casi nunca o nunca); con valores perdidos correspondientes al 1% de la población.

Esta distorsión hace referencia a la tendencia de la población a evaluar las cosas y las situaciones en términos absolutos o categóricos, haciendo uso de términos como todo o nada, blanco o negro, siempre o nunca, entre otros. Según Burns (2010, p. 49) esta tendencia es “característica del perfeccionismo”, que impide analizar y acoger otros puntos de vista en relación a una perspectiva determinada. Puede ser a su vez un hábito desalentador o desmoralizante, en cuanto desacredita o desconoce esfuerzos, alcances, contribuciones y

aportes, ubicando las expectativas acerca de sí mismo y de los demás en polos extremos, lo cual puede generar sentimientos de inutilidad, pérdida o fracaso.

La segunda distorsión más reconocida por la población joven fue la de magnificar o exagerar las cosas de una manera desproporcionada, aumentando su importancia, pudiendo incurrir en la catastrofización, generando con ello sentimientos de ansiedad o depresión. Esta distorsión fue reconocida como de uso ocasional o intermitente por un 53% de la población, mientras el 18% opinó que la utiliza de modo constante, y el 28% indicó que no hace uso de ella casi nunca o nunca, con valores perdidos correspondiente al 1 % de la población participante.

En tercer lugar se ubicaron tres formas de distorsión: la descalificación de lo positivo, la tendencia a adelantar conclusiones incurriendo en el error del adivino y la culpabilización.

Así, mientras el 52% de la población joven reconoce que descalifica lo positivo de manera ocasional o intermitente, el 15% opinó que incurre en este hábito de manera constante, y el 32% indicó que casi nunca o nunca lo utiliza; correspondiendo el 1% a valores perdidos. En esta distorsión se puede encontrar una tendencia de la persona a trasfigurar situaciones de contenido positivo o neutro en negativas, o a ignorar las situaciones de contenido positivo. Se resalta que, según Burns (2010, p. 51), esta forma de pensamiento es una de las más autodestructivas, en cuanto la persona se encarga de invalidar lo positivo que ocurre a su alrededor.

Por su parte, la tendencia a adelantar conclusiones mediante el error del adivino, que consiste básicamente en adelantar conclusiones anticipando fracasos o limitaciones, fue reconocida como de uso ocasional o frecuente por un 52% de la población, mientras el 15% opinó que la utiliza de modo constante y el 33% indicó que no hace uso de ella casi nunca o nunca.

La autoinculpación fue reconocida por el 52% de la población como una distorsión de uso ocasional o frecuente; mientras el 25% opinó que la utiliza de modo constante, y el 23% indicó que no hace uso de ella casi nunca o nunca

En el cuarto lugar se ubicó las generalizaciones y la tendencia a adelantar conclusiones mediante la lectura del pensamiento.

En cuanto a las generalizaciones, la persona hará uso de imperativos y formas globalizadoras de concebir las situaciones que ocurren en su cotidianidad haciendo uso de términos como: siempre, nunca y nada, entre otros, de un modo similar al hábito de polarizar la información. El hábito de la generalización se distribuyó de la siguiente manera: El 51% de la población reconoció que hace uso intermitente u ocasional de esta distorsión, mientras él 15% opinó que la utiliza de modo continuo o casi siempre, y el 34 % indicó que no hace uso de ella casi nunca o nunca.

Por su parte, la tendencia a adelantar conclusiones mediante la lectura de pensamiento fue reconocida como de uso ocasional o intermitente por un 51% de la población, mientras él 33% opinó que la utiliza de modo constante, el 15% indicó que no hace uso de ella casi nunca o nunca, y el 1% correspondió a valores perdidos por ausencia de respuesta. Esta distorsión consiste en que la persona que la utiliza cree saber lo que piensan y opinan los demás, validando de este modo suposiciones sobre las actitudes y comportamientos de los otros. El impacto negativo de esta distorsión se evidencia en que la persona, una vez supone algo, modifica su actitud o comportamiento en las interacciones cotidianas, mostrando actitudes negativas en las cuales puede o retraerse o contraatacar (Burns, 2010, p. 53)

El quinto lugar fue ocupado por el filtraje y las enunciaciones debería. El hábito de filtrar errores en el procesamiento de información o distorsiones cognitivas fue reconocido por el 50% de la población como de uso ocasional o intermitente, mientras él 19% opinó que lo utiliza de modo constante, y el 29% indicó que no hace uso de él, casi nunca o nunca, y un 1% correspondiente a valores perdidos. Este hábito muestra la tendencia de la persona a extraer un fragmento negativo de una situación y fijarse solo en este, descartando los acontecimientos positivos, como la gota de tinta que tiñe todo el vaso.

Mientras las enunciaciones debería se distribuyeron de la siguiente manera: un 50% de la población reconoce que las usa de manera intermitente u ocasional; mientras él 40% opinó

que la utiliza de modo constante, y el 10% indicó que no hace uso de ella casi nunca o nunca, con un 1% correspondiente a valores perdidos. En esta distorsión la persona tiende a motivarse usando los deberías, como enunciaciones para presionarse o presionar a los demás a realizar ciertas actividades o conseguir ciertos logros, de modo que si no logra satisfacer sus expectativas o normas se producirá apatía, frustración, rabia, vergüenza o culpa, (Burns, 2010, p. 55)

El sexto lugar lo ocupó la minimización, en la cual la persona hace una reducción indebida de aspectos positivos. Esta distorsión fue reconocida como de uso intermitente u ocasional por un 49% de la población, mientras el 8% opinó que la utiliza de modo constante, el 41% indicó que no hace uso de ella casi nunca o nunca, y el 2% se correspondió con valores perdidos.

En el séptimo lugar se ubicó las etiquetaciones, que consiste en catalogar la totalidad de una situación, experiencia o persona con base en un error o defecto, generando una alta carga emocional. Esta distorsión fue reconocida como de uso ocasional o intermitente por un 45% de la población, mientras el 26% opinó que la utiliza de modo frecuente o constante, y el 29% indicó que no hace uso de ella casi nunca o nunca, mientras el 1% se correspondió con valores perdidos.

Distribución que puede apreciarse en la siguiente tabla De Distorsiones Cognitivas que aparece a continuación:

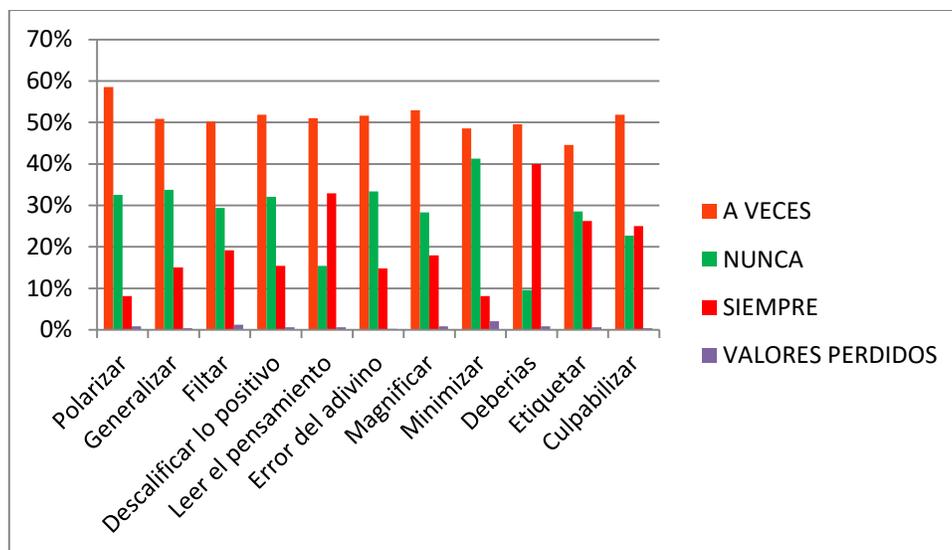


Figura 13 Distorsiones Cognitivas

### CONCLUSIONES GLOBALES PREGUNTA NÚMERO 1

El análisis en conjunto de estos datos indica una tendencia de la población joven a emplear formas de pensamiento distorsionado, irracional, inconsciente, errático, o haciendo uso de datos sesgados, o imprecisos, para explicar sus experiencias o dar cuenta de ellas, por cuanto un 51% de la población considero hacer uso de estas formas de distorsión de una manera intermitente u ocasional, mientras el 20% reconoció que lo hace de manera frecuente y tan solo un 28% afirma no hacer uso casi nunca o nunca de estas formas de pensamiento, con 1% relativo a valores perdidos por ausencia de respuesta.

La psicología cognitiva considera que estas formas de pensamiento, sean inconscientes o intencionadas, constituyen la base de la depresión, y de otros trastornos de ánimo, debido a que a partir de ellas se “mantienen creencias que sostienen la validez de las percepciones negativas o incorrectas, incluso, a pesar de la evidencia contraria”, (Beck, 1979, p.21).

Estas formas de pensamiento pueden volverse repetitivas, estereotipadas y rígidas impidiendo la identificación de sesgos y la articulación de conceptos y percepciones con los datos del contexto. El desconocimiento de estas formas de pensamiento, puede mantener la persona aferrada a formas de pensamiento o de “organización de la realidad típicas del

pensamiento inmaduro o primitivo Beck (1979, p. 15), caracterizado por la unidimensionalidad, globalidad, invariabilidad e irreversibilidad “(Guidano, 2006, p. 15)

## **PUNTO NÚMERO DOS: PENSAMIENTOS NEGATIVOS**

La psicología cognitiva afirma que los pensamientos negativos contienen gran cantidad de distorsiones y que estos se asocian con el desarrollo de la depresión Beck (1979), Burns (2010) y otros trastornos emocionales que afectan a la población joven.

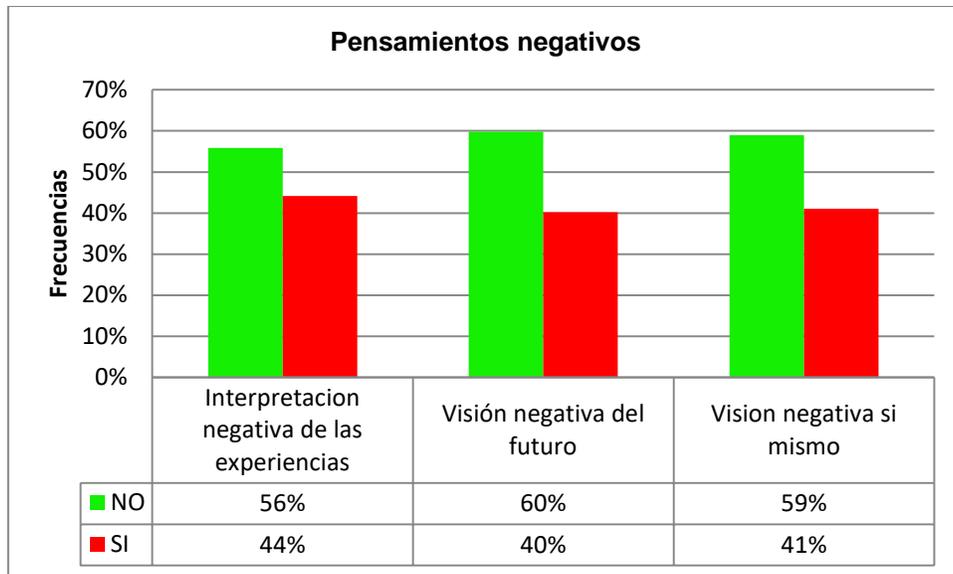
Por tanto, este apartado se interesó en reconocer la existencia de pensamientos negativos en la población joven en cuatro áreas a saber 1) percepción negativa de sí mismo, 2) tendencia a interpretar las experiencias de manera negativa y 3) visión negativa del futuro.

Usando para ello un sistema de valoración de selección múltiple donde se podía marcar con una X (SI) se incurría en la reproducción de estas formas de pensamiento, o dejando el espacio vacío si no se hace. Para fines estadísticos, (SI) adquirió un valor de (1) y (Espacios sin marcar) adquirió un valor de (0).

En este ítem se evidenció que del total de la población encuestada, el 58 % respondieron con la opción (0), es decir, no considera tener pensamientos negativos, en relación a un 42 % de población que considera tenerlos.

Distribución que arrojo los siguientes resultados: la interpretación negativa de las experiencias fue reconocida por un 44% de la población total; la visión negativa de sí mismo en un 41% y la percepción negativa del futuro se evidenció en un 40% de la población total.

Distribución que puede observarse en la siguiente tabla de la siguiente manera:



*Figura 14* Frecuencia de uso de los pensamientos negativos

Respecto a la población de jóvenes que respondió afirmativamente a la tenencia e pensamientos negativos, estos se distribuyeron de manera descendente en el siguiente orden: primero la percepción negativa de las experiencias, seguido de la percepción negativa de sí mismo y posteriormente en relación a una percepción negativa del futuro, de la siguiente manera:

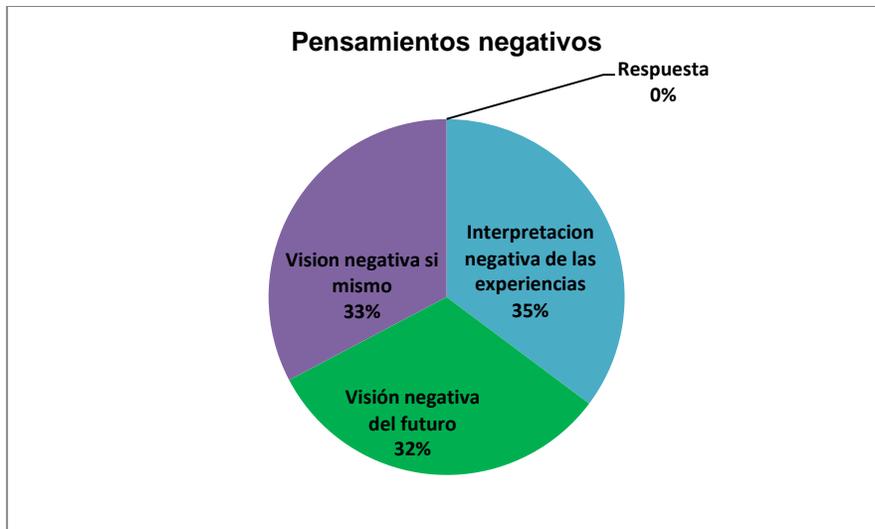
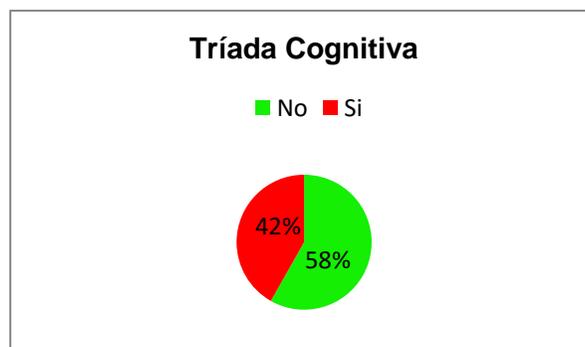


Figura 15 Pensamientos Negativos

### LA TRÍADA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN

El reconocimiento de pensamientos negativos, me permite identificar no solo las áreas en las que las personas reproducen más pensamientos negativos, también nos permite acercarnos al diagnóstico de la depresión, en cuanto la psicología cognitiva afirma que patrones negativos de pensamiento: sobre sí mismo, sobre las experiencias y sobre el futuro, obedecen en psicología cognitiva a la denominada tríada cognitiva de la depresión, según Beck (1979)

Encontrando una distribución que hace referencia a un 42% de la población que puede identificarse con la tríada cognitiva, frente a un 58% de población que no cumpliría con la reproducción de formas negativas de pensamiento en las tres áreas, tal como se muestra en la tabla a continuación.



### *Figura 16* Tríada cognitiva

Para el análisis de los pensamientos negativos se tuvo en cuenta lo expuesto por Beck, (1979, p.23) y en las posiciones vitales expuestas por Harris (2010, p.81) cuando hace referencia al “Estar mal” que aquí se entiende como la percepción negativa de sí mismo, con el propósito de reconocer el impacto que tienen estas formas de pensamiento en la vida personal y social del sujeto.

**La interpretación negativa de las experiencias constituye una posición en la cual la persona** tiene una tendencia a considerar que las demandas que le impone la vida son exageradas o insuperables, puede suponer una imposibilidad para alcanzar sus objetivos, mientras las relaciones e interacciones son observadas en términos de fracaso y frustración (Beck, 1979 p. 19).

**La percepción negativa de sí mismo**, según Beck (1979 p. 19), constituye una tendencia de la persona a criticarse y subestimarse, en la cual se ve “torpe, inútil, enferma, con poca valía,” puede atribuir sus experiencias desagradable a un defecto personal, considerando que carece de los atributos necesario para sentirse alegre, feliz o satisfecho. Una posición que se define en Harris (2010, p. 82) como la posición de “yo estoy mal, tu estas bien” posición en la cual persona contempla sentimientos de inferioridad. En el ámbito de las interacciones la persona puede preguntarse “sobre qué debe hacer para ganar la aprobación o las caricias de otros”, en esta posición las personas pueden escoger una vida de retirada en cuanto le resulta doloroso convivir con otros que están bien o generar comportamientos provocadores hasta que los demás se vuelvan contra sí (caricias negativas), con lo cual se demuestra continuamente que está mal. La expresión máxima de esta posición puede concluir en la institucionalización o el suicidio.

**La visión negativa del futuro**, es una posición en la cual la persona puede “proyectar o anticipar dificultades, sufrimientos, carencias, frustraciones, privaciones o fracasos Beck (1979, p. 20), en esta posición puede presentar síntomas motivacionales provocados por el

pesimismo, puede llegar a la desesperanza y /o ansiedad tal como señala Burns en su libro Adiós ansiedad (p. 21). Según Beck la posición límite de esta percepción es el suicidio, entendido aquí como un deseo de escapar a problemas considerados irresolubles o intolerables. (20)

#### **CONCLUSIONES GLOBALES PREGUNTA NO. 2**

El 58% de la población afirmó no tener pensamientos negativos, mientras el 42% considera reproducir estas formas de pensamiento, distribución que arrojó los siguientes resultados: la percepción negativa de las experiencias fue reconocida por un 35% de la población total; la percepción negativa de sí mismo en un 33% y la percepción negativa del futuro se evidenció en un 32% de la población total.

El impacto personal y social atribuido a los pensamientos negativos, descrito por Harris (2010) sugiere la necesidad de reconocerlos a tiempo, antes que se instauren y generen efectos deletéreos de reparación costosa en la vida de las personas, ya que estas formas de pensamiento pueden apartar a la persona de un pensamiento reflexivo, consciente, controlada, explícita, para fijarlas en formas de pensamiento inconsciente, automático, y errático, a hasta un punto en el que la persona no logra distinguir la diferencia entre conocimiento y creencia. Situación que puede concluir en la depresión y en algunas formas de violencia que recaen contra sí mismo o contra los demás, como son el homicidio o el suicidio, todos eventos de vigilancia epidemiológica en Colombia.

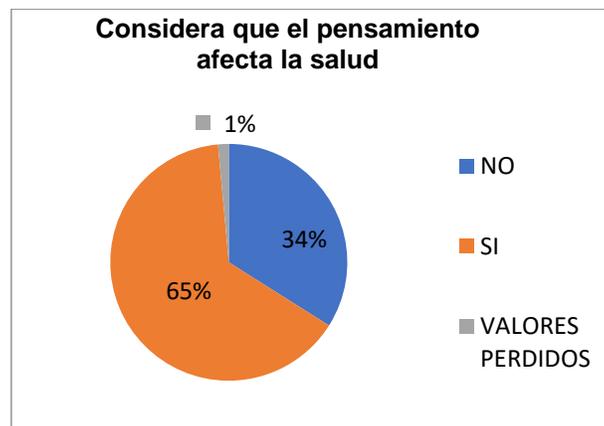
#### **PUNTO NÚMERO TRES: RELACIÓN ENTRE PENSAMIENTO Y SALUD. ¿CONSIDERA QUE LOS PENSAMIENTOS PUEDEN AFECTAR LA SALUD?**

##### **Análisis en conjunto**

Con el propósito de observar la relación que establecen los jóvenes entre los pensamientos como factores causales de diversas condiciones de salud se formuló la pregunta: ¿Considera que el pensamiento (diálogo interno) puede afectar la salud?

Para la valoración de este ítem se usó un sistema de evaluación en donde los jóvenes podían indicar como opción de respuesta: marcando con una X (SI) o (NO), donde (Si) adquirió un valor de (1), para fines estadísticos y (No) un valor de (2); los valores perdidos se tomaron con valor de (0).

El 65% de la población encuestada respondió de manera afirmativa frente a la pregunta ¿considera que el pensamiento afecta la salud? , frente a un 34% de la población que no considera la existencia de esta relación, tal como se muestra en la tabla que aparece a continuación.



*Figura 17* Relación entre pesamiento (dialogo interno) y salud

En relación a este tema, la psicología cognitiva establece una relación directa entre pensamientos y emociones y también entre emociones y condiciones de salud, cuando refiere que “las oscilaciones en los estados de ánimo pueden crear una amplia variedad de síntomas físicos, gastrointestinales, neurológicos, y sexuales, entre otros. (Burns, 2010, p. 41),

Así mismo desde la psicología cognitiva se explica que creencias relacionadas con el fracaso, la visión negativa del futuro se asocian a síntomas de apatía y agotamiento o inhibición psicomotriz. (p. 20)

Por su parte, desde la psiconeuroinmunoendocrinología se estima que aproximadamente un 80% de las enfermedades son originadas por factores psicológicos y mentales (Pérez J, 2005, p. 5); (Chimone, 2010, p.9); (Marchant, 2006, p. 1128-1158).

Planteamientos que coinciden con una premisa aceptada mundialmente que sostiene que: “no puede haber salud, sin salud mental (OMS, 2013- 2020, p. 06), además de lo expuesto por Maruso, 2010, p. 37) que refiere que los pensamientos constituyen la “primera línea que tiene el cuerpo para defenderse contra la enfermedad.

### **CONCLUSIONES GLOBALES PREGUNTA NÚMERO 3.**

Por tanto, es válido concluir que los pensamientos como actividades de la mente subyacen a muchas enfermedades físicas y emocionales, constituyendo un eje fundamental de la salud integral” (Mogollón, 2016, p.106). “. Correlación que es afirmada por la población encuestadas en este apartado.

Respecto a este punto sería conveniente ampliar y profundizar el conocimiento que tienen los jóvenes a este respecto, como lo entienden, como lo aplican a su vida cotidiana, en que momentos establecen relaciones entre pensamiento y salud, limitantes para aplicarlo, etc.

En relación a la literatura observada y a los datos de investigaciones precedentes en el campo de la psicología cognitiva, el análisis del pensamiento negativo, distorsionado y automático entendido como factor de carga oculta puede entenderse en relación a la siguiente gráfica. Desde el ámbito de la salud pública la relación pensamiento- salud podría entenderse de la siguiente manera:

### **PUNTO NÚMERO CUATRO: IMÁGENES DE CRITERIO CONSIDERA QUE SUS DECISIONES Y RESPUESTAS CONDUCTUALES, ESTAN ESPECIALMENTE ORIENTADAS POR: SUS EMOCIONES, CONCEPTOS ENSEÑADOS DE LA VIDA, ANALISIS CRÍTICO Y REFLEXIVO DE LAS SITUACIONES**

Con el ánimo de indagar sobre las imágenes de criterio que emplea la población joven para tomar decisiones o emitir respuestas conductuales, se preguntó si estas eran tomadas en base

a sus emociones, conceptos enseñados relativos al “como se debe” o en relación a un análisis reflexivo. Para el análisis de este apartado me apoye en lo expuesto por Guidano (2006, p.48), en relación a imágenes de criterio y esquemas emocionales y a lo expuesto por Harris en relación a realidades psicológicas expresadas en lo sentido, lo aprendido o lo pensado.

Para la valoración de este apartado, las personas encuestadas podían indicar con una (X) las opciones con las cuales se sintiera más identificado. Indicando con (X) su afirmación de uso tomando un valor de (1) para fines estadísticos, mientras que los espacios vacíos fueron tomados como (NO) adquirió un valor de (0)

En este ítem se evidenció de manera global que el 67% de la población considera que sus decisiones y respuestas conductuales son modeladas por el pensamiento reflexivo; un 50% considera que son motivadas por sus emociones, mientras un 25% considera que son guiadas por los conceptos enseñados. Distribución que puede observarse en la siguiente tabla de la siguiente manera:

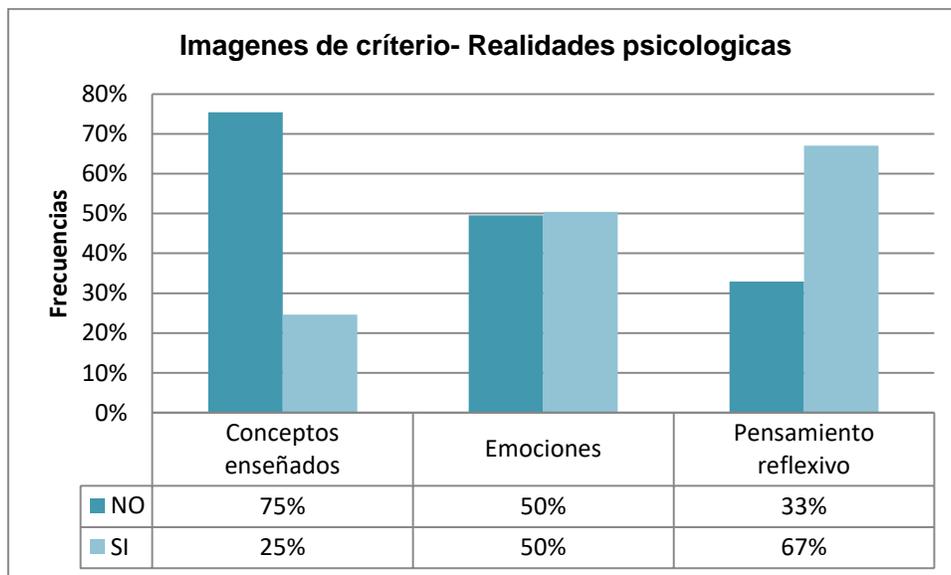


Figura 18 Imágenes de Criterio - Realidades Psicológicas

Aceptando que las imágenes de criterio formadas durante las experiencias tempranas pueden tener efecto “serios y perdurables en la vida del individuo” (Guidano, 2006, p.44), por cuanto

quedan grabadas en conexiones neuronales primarias, las cuales proporcionan información para nuestras formas de interacción actuales (Harris, p. 55), formando de este modo “núcleos primordiales de conocimiento que son preservados y reproducidos muchas veces de manera inconsciente, debido a que los “ los niños no internalizan el mundo de sus seres significativos como un mundo posible, sino como el mundo, el único que existe y el único concebible” (Guidano, 2006, p. 42), quedando guardado como posibles repertorios de reacciones y percepciones pre-existentes que surgen de manera automática e inconsciente o intencional.

Por su parte Harris (p. 47), refiere que estos estados se integran sin correcciones ni modificaciones en cuanto se producen en un momento en que el niño no cuenta con significados para modificar, corregir o explicar. Estos datos tanto si son acertados como erróneos quedan grabados como verdades, ejerciendo una importante influencia en la vida de las personas, en cuanto son emanados de la fuente de seguridad del niño.

Estas imágenes de criterio se pueden organizar en relación a tres conceptos: el primero hace referencia a los “cómo se debe” y al uso de imperativos como: nunca, siempre, no olvides jamás que, etc; el segundo a grabaciones relativas a acontecimientos internos que surgen en respuesta a lo que se ve, se oye o siente; y el tercero corresponde a la capacidad de la persona para ampliar la información, contrastarla y verificarla.

Reconocer estas tres áreas formadoras de criterio en la persona, ayuda a saber si el acto de pensamiento obedece a un ejercicio de memoria, reproducción o categorización errónea o si obedece a un proceso reflexivo y elaborado de pensamiento y por ende refleja la capacidad de la persona para gestionar su pensamiento.

Vale resaltar que cuando la información recibida tanto conceptual como emocional es positiva y se ajusta al contexto y a la realidad, la persona podrá “confiar en ella, olvidarla y dedicarse a otras cosas, mientras que si esta, no es confiable, generara una pérdida importante de tiempo en cuanto la persona debe corroborar la mayor parte de sus experiencias para evitar los prejuicios *e incluso la enfermedad* (Harris, 2010, p. 72) (la cursiva es mía), requiriendo que la

persona a partir de un acto reflexivo pueda reconocer patrones de pensamiento o de referencia sesgados de modo que puedan corregirse.

#### **CONCLUSIONES GLOBALES PREGUNTA NÚMERO 4**

El 67% de la población considera basar sus decisiones y respuestas conductuales principalmente en el pensamiento reflexivo, en oposición, al numeral uno donde el 71% de la población afirma hacer uso de pensamientos distorsionados y en el numeral dos un 42% manifiesta hacer uso de pensamientos negativos. Situación que evidencia una inconsistencia, en cuanto, dos de estos estados, realidades psicológicas o imágenes de criterio, no pueden coexistir, ni al mismo tiempo, ni en similar magnitud, de modo que, no podríamos ser dominados por un pensamiento reflexivo y a la vez hacer uso de las distorsiones cognitivas. Situación que pone de manifiesto la escasa conciencia que tiene la población joven sobre la imagen de criterio que domina su racionalidad, en cuanto por una parte la población joven se considera reflexiva, lo que implica pensar de manera consciente, controlada y explícita, pero por otro lado afirma que hace uso ocasional y frecuente de formas de pensamiento inconscientes, automáticas, erráticas o sesgadas.

La población encuestada no logra situarse de manera contundente en una u otra forma de pensamiento, distinguiendo a partir de su experiencia la diferencia de pensar de uno u otro modo, situación que limita la posibilidad de la población joven para gestionar su pensamiento, como determinante fundamental de la salud emocional y mental.

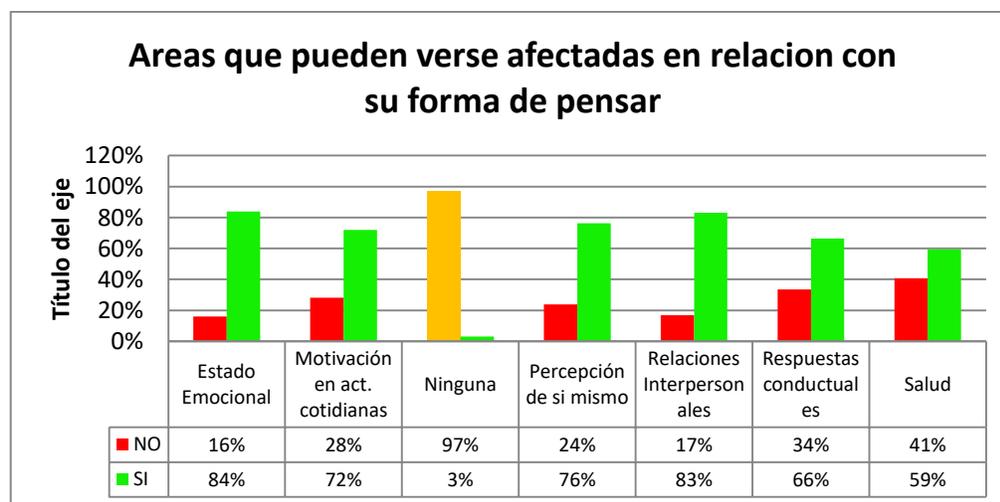
#### **PUNTO NÚMERO CINCO: AREAS QUE PUEDEN VERSE AFECTADAS EN RELACION A SU FORMA DE PENSAR**

##### **ANÁLISIS EN CONJUNTO.**

Esta área busco identificar las correlaciones que establecen las personas jóvenes entre sus formas de pensar y sus relaciones interpersonales, autoestima, salud, estado emocional y respuestas conductuales.

Para la valoración de este ítem se usó un sistema de evaluación en donde los jóvenes podían indicar como opción de respuesta: (SI) marcando con una X o (NO) dejando el espacio vacío, donde la respuesta (X) para fines estadísticos adquirió un valor de (1) y la respuesta (NO) adquirió un valor de (0)

Esta variable indicó que el 97% de la población reconoce que el pensamiento puede afectar otras áreas de la vida humana, de las cuales, el estado emocional ocupó el primer lugar con un 84% de respuesta positiva; seguido de las relaciones interpersonales con un 83% ; posteriormente, se ubicó la percepción de sí mismo con un 76% ; la motivación con 72%; se señaló que el área más afectada son las respuesta conductuales con un 66% de las respuestas, ocupando el último lugar, la salud, que fue señalada por un 59% de la población encuestada y tan solo un 3% de la población que considero que el pensamiento no ejerce ninguna influencia en estas áreas. Distribución que puede observarse en la tabla que aparece a continuación.



*Figura 19* Áreas que pueden verse afectadas en relación con su forma de pensar

La población encuestada manifiesta que los pensamientos afectan en mayor medida su estado emocional con un 84% y en último lugar con un 59% su estado de salud, situación que refleja una ruptura en las trayectorias causales en cuanto la población reconoce que existe una

relación pensamientos-emociones, no lo asocia directamente con su estado de salud, sugiriendo que no establecen directamente dicha relación o desconocen el modo en que se produce esa interacción, en cuanto es posible que los pensamientos y estados de ánimo negativos pueden mantenerse por largo tiempo, generando efectos negativos en el organismo, mucho antes de que se manifiesten o expresen como enfermedad física o del estado de ánimo (Pérez JL, 2005, p. 20)

Adquiere importancia el estudio de este factor en el ámbito de la salud pública en cuanto se ha mencionado desde la psiconeuroinmunoendocrinología, las neurociencias y la psicología cognitiva el impacto que tienen algunas formas de pensamiento en el desarrollo de trastornos emocionales y en el desarrollo de condiciones de importancia hoy día para la salud pública, como son la depresión, Burns, 2010) el suicidio y el homicidio (Harris, 2010)

Sin embargo, en relación a las trayectorias causales hay que considerar que la construcción de contenidos o pensamientos disfuncionales sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre los demás, no parte, en sí mismo del pensamiento, como algo a priori o tácito, sino que éste, surge en relación a los entornos culturales, redes sociales, y en sí, todo lo referido al ambiente temprano del niño y la calidad del mismo., constituyendo en este caso una causa lejana de enfermedad en cuanto se suscribe al ambiente temprano del niño.

Por tanto, resulta significativo preguntar cómo es posible mejorar el ambiente temprano de los niños, sin mejorar el desarrollo cognitivo y emocional de los adultos. (Guidano, 2006, p. 17). Aspecto que puede entenderse como causa proximal, relativa a los hábitos y estilos de vida modificables por los sujetos.

Por tanto, considero viable sugerir como parte de la política pública la necesidad de promover el pensamiento reflexivo como contraparte al pensamiento automático, distorsionado, y negativo, y como un eje del desarrollo emocional y del cuidado integral de la salud, que tiene la posibilidad de afectar en un doble sentido, tanto en lo personal como en lo social, estableciendo desde aquí relaciones individuo-sociedad.

## **CONCLUSIONES GLOBALES PREGUNTA NÚMERO CINCO**

La población encuestada manifiesta que los pensamientos afectan en mayor medida su estado emocional con un 84% y en último lugar con un 59% su estado de salud, situación que refleja una dificultad para integrar pensamientos emociones, estados de salud, entendiéndose la mente y el cuerpo como áreas que funcionan por separado y en independencia la una de la otra, sin interactuar, correlacionarse y afectarse mutuamente, no pudiendo de este modo establecer relaciones de causalidad entre formas de pensar contraproducentes y el modo en que se sienten.

## **PUNTO NÚMERO SEIS: QUE RECURSOS O HERRAMIENTAS UTILIZA LA POBLACION JOVEN PARA EL MANEJO DE SUS EMOCIONES NEGATIVAS Y/O PENSAMIENTOS DESAGRADABLES?**

### **ANÁLISIS DE CONJUNTO.**

Para la valoración de este ítem se usó un sistema de evaluación en donde los jóvenes podían indicar como opción de respuesta: (SI) marcando con una X o (NO) dejando el espacio vacío, donde la respuesta (X) para fines estadísticos adquirió un valor de (1) y la respuesta (NO) adquirió un valor de (0)

Se observó que los recursos más empleados por la población joven para el manejo de sus emociones negativas y pensamientos desagradables en orden descendente evidencio que el más reconocido es el apoyo social, seguido de la respiración, ejercicio, consumo de tabaco u otras sustancias, dieta y otros de los cuales el más referido fue el arte, la meditación-relajación-reflexión; leer y descansar entre otros, refiriendo de este modo el 96% de la población joven encuestada que hace uso de algún recurso para contrarestar o mejorar sus emociones negativas y/o pensamientos desagradables, mientras el 4%refirio que no hace uso de ningún recurso. Datos que pueden observarse en la figura que aparece a continuación.

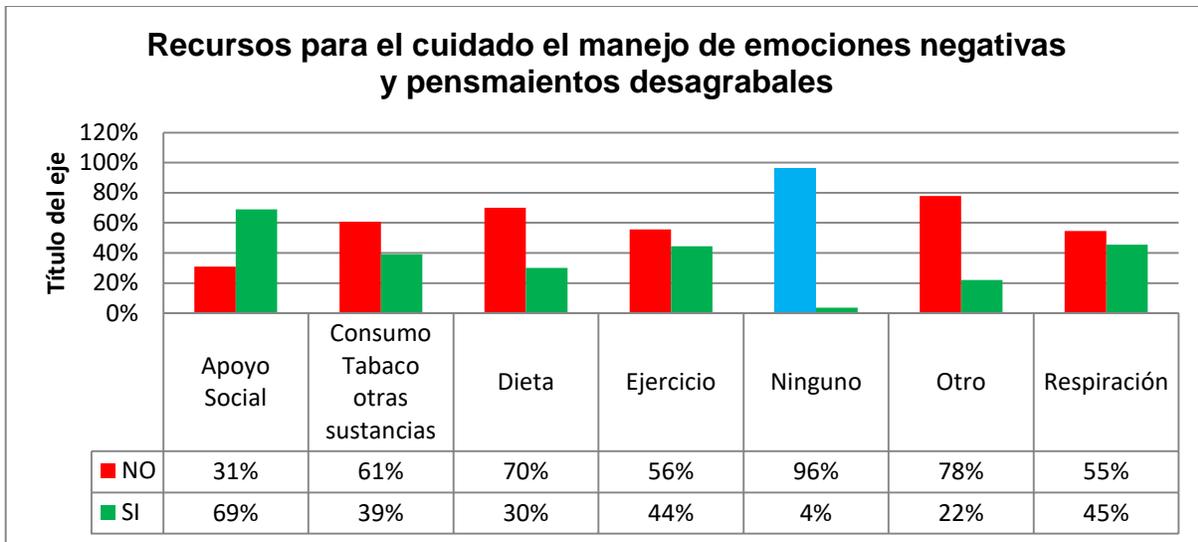


Figura 20 Recursos empleados por la población joven para el manejo de emociones negativas y/ o pensamientos desagradables.

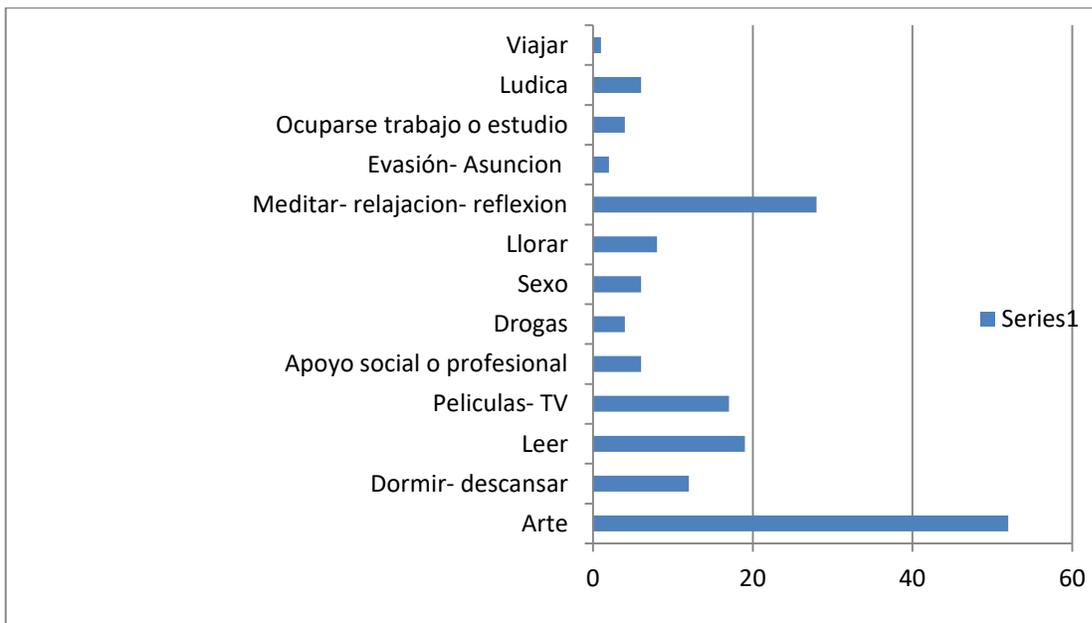


Figura 21 Otros recursos empleados por la población joven para el manejo de emociones negativas y/ o pensamientos desagradables.

Se observó que la población reconoce el impacto positivo que tienen los ámbitos sociales, corporales (meditación, relajación, ejercicio) y el arte su salud mental y emocional, estableciendo una menor relación con la dieta.

En relación a esto la literatura ha resaltado la importancia del apoyo social, por ejemplo en (Torres F y otros, 2013, p.15); Puerta y otros, 2011, p.253); que refiere el papel de la crianza y Guidado (2006, p.115), que hace referencia a la teoría del apego.

En relación a las técnicas corporales Harris (2010, p. 63), refiere que el movimiento constituye un elemento tranquilizador, según Harris), -, refiriendo que cuando una persona se siente turbada sale a dar una vuelta para despejarse. Siendo una manera de aliviar la ansiedad. Este autor afirma que existe una grabación en la mente que nos dice que el movimiento es algo bueno, que posee una cualidad tranquilizadora ayudando a ver con más claridad los problemas.

Sobre la meditación, la revista de investigación y ciencia, en una publicación denominada el cerebro del meditador, explicó ampliamente los beneficios que se obtienen de estas prácticas no solo a nivel cognitivo y emocional, sino también como algo beneficioso en todos los aspectos de las sociedades humanas” p. 25 - (Matthieu No.460. enero 2015. P. 20)

**████████ PUNTO NÚMERO SIETE: CONSIDERA NECESARIO IMPLEMENTAR ACCIONES EDUCATIVAS PARA EL MANEJO AUTONOMO DE LAS EMOCIONES NEGATIVAS Y EL RECONOCIMIENTO DE HABITOS DISFUNCIONALES DE PENSAMIENTO?**

**████████ ANÁLISIS DE CONJUNTO.**

Esta pregunta tuvo como propósito indagar sobre la necesidad sentida de la población de recibir educación encaminada a facilitar el cuidado autónomo de la salud mental y emocional.

Para la valoración de este ítem se usó un sistema de evaluación en donde los jóvenes podían indicar como opción de respuesta: (SI) marcando con una X o (NO) dejando el espacio vacío,

donde la respuesta (X) para fines estadísticos adquirió un valor de (1) y la respuesta (NO) adquirió un valor de (0)

Observando que el 92% de la población respondió afirmativamente a esta pregunta sugiriendo la necesidad de implementar acciones educativas para el cuidado autónomo de la salud mental y emocional, frente a un 6% de población que considera no tener esta necesidad y un 2% relativo a valores perdidos en cuanto no se obtuvo respuesta



*Figura 22 ¿Considera necesario implementar acciones educativas para el manejo autónomo de las emociones negativas y el reconocimiento de hábitos disfuncionales de pensamiento?*

En la actualidad el Ministerio de salud formula sus políticas principalmente desde una perspectiva de determinantes sociales de la enfermedad, haciendo referencia a modos y condiciones de vida de la población. En tal sentido, el periódico El Tiempo de Bogotá, público, el 24 de febrero de 2017, un informe derivado del estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (Sabe, 2015) del Ministerio de salud, en donde confirmó que 4 de cada 10 personas padecían depresión en Colombia, pero no relaciono esta con formas y estructuras de pensamiento, sino con la falta de recursos económicos (Periódico el tiempo, 24 de febrero 2017).

Sin embargo en relación a estas correlaciones que se establecen desde el marco político, llama la atención que las cifras de depresión sean similares en países en vías de desarrollo como en países desarrollados, tal como se evidencia en el informe Feap- Feafes. (2012, p. 419-428).

Situación que invita a investigar nuevas áreas de conocimiento para sugerir estrategias políticas y educativas que contribuyan en la erradicación y control de otros factores de riesgo para la salud, desde una perspectiva de intersectorialidad, contribuyendo en este caso a fortalecer formas de pensamiento reflexivo desde la escuela, con miras a contrarrestar formas de pensamiento distorsionado, negativo, automático, unidimensional, errático etc.

La promoción y prevención primaria se fundamenta en la identificación de factores o trayectorias causales comunes, sobre los cuales exista evidencia. Desde la antigüedad se ha reconocido la relación pensamiento-emociones y desde las emociones se han establecido correlaciones con la salud integral que podrían resumirse en el principio mundialmente aceptado de la OMS que afirma que no puede haber salud sin salud mental. (OMS, 2013-2020,p.6)

Por su parte la psicología cognitiva ha fundamentado sus teorías y hallazgos en base a una premisa que refiere que los pensamientos crean la emoción, arrojando investigaciones satisfactorias en el manejo de trastornos emocionales que pueden intervenir mucho antes de que se instauren y generen efectos deletéreos de reparación costosa en la población, mediante la implementación de políticas y programas encaminados a nutrir la vida o favorecer el desarrollo emocional y mental de la población y fortaleciendo con ello las relaciones individuo-sociedad.

La justificación para implementar acciones educativas y de política pública podría resumirse en la tabla No. que aparece a continuación.

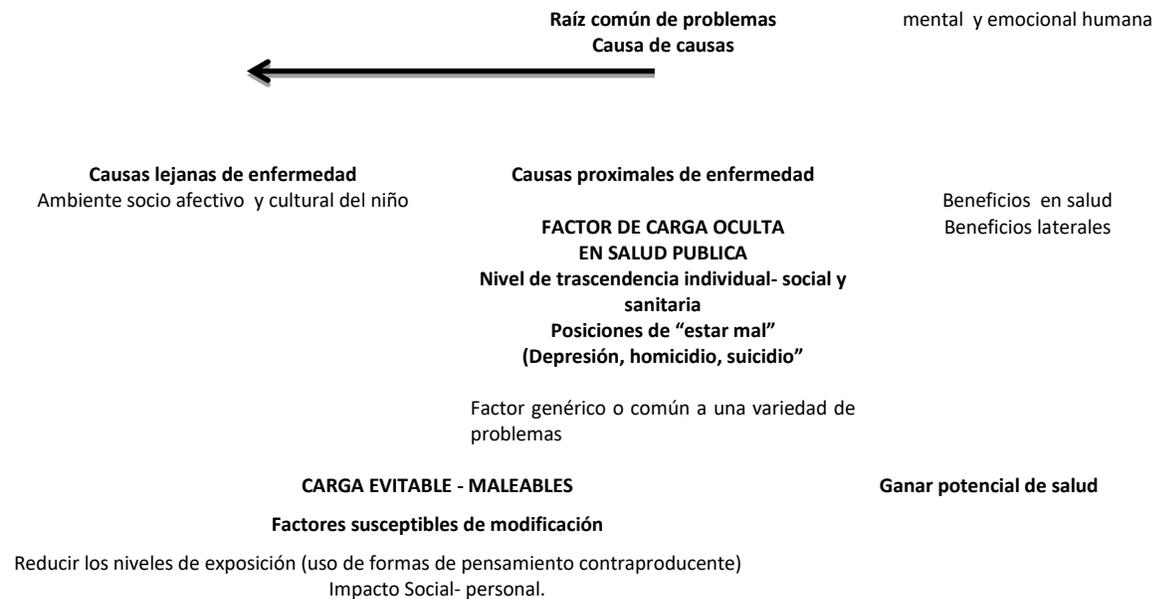
**CONOCIMIENTO DE LAS CAUSAS O TRAYECTORIAS CAUSALES**

**CONDICIONES DE RIESGO**

**Rutas evolutivas** (Riesgo atribuible y Carga evitable)

<p><b>EXPOSICION ANTERIOR</b> (Riesgo relativo- Ambiente primario del Niño) (Guidano, 2006) Formación esquemas emocionales Imágenes de criterio negativas, distorsionadas, erráticas.</p>	<p><b>EXPOSICIÓN ACTUAL CONDICION DE RIESGO</b> Pensamientos distorsionados, automaticos, erraticos (Beck 1979), (Burns, 2010); Greenberger y Padesky (2016) – <b>INCONCIENTES</b></p>	<p><b>PENSAMIENTO REFLEXIVO</b> (adulto) (Harris, 2010)  Contribuir a interrumpir factores que contribuyen a la disfunción</p>
---	--	--





*Figura 23* Pensamientos automáticos, distorsionados y/o negativos. Factor de carga oculta y alto impacto en salud pública.

#### CONCLUSIONES GLOBALES PREGUNTA NUMERO 7

La necesidad de implementar acciones en el campo de la salud mental y emocional es afirmada por el 92% de la población encuestada y por las tendencias epidemiológicas de Colombia, donde las enfermedades mentales ocupan lugares destacados dentro de las primeras 20 causas de enfermedad, ver anexos, tablas No. No. 27-28-29-30-31-32-33

#### PUNTO NÚMERO 8: AUTOPERCEPCIÓN EN SALUD MENTAL

##### ANÁLISIS DE CONJUNTO.

Este apartado indaga sobre la autopercepción que tienen los jóvenes sobre su estado de salud mental, en relación con la satisfacción o insatisfacción presente en algunas áreas, en cuanto la buena salud hace que las personas materialicen mejores relaciones interpersonales, superen el estrés y las dificultades normales de la vida, tengan una percepción de si mismos favorable, se sientan motivados, y consideren el papel útil que desempeñan en la vida. (OMS- 2013-2020, p. 5)

Para valorar cada uno de estos ítem, se usó una escala que permitía determinar el nivel de satisfacción en tres niveles donde (3) correspondía a mejor estado (2) a un nivel intermedio de satisfacción y (1) como nivel de insatisfacción, haciendo uso de los términos mucho, poco o nada. Distribución que puede observarse en la figura No. 24, que aparece a continuación

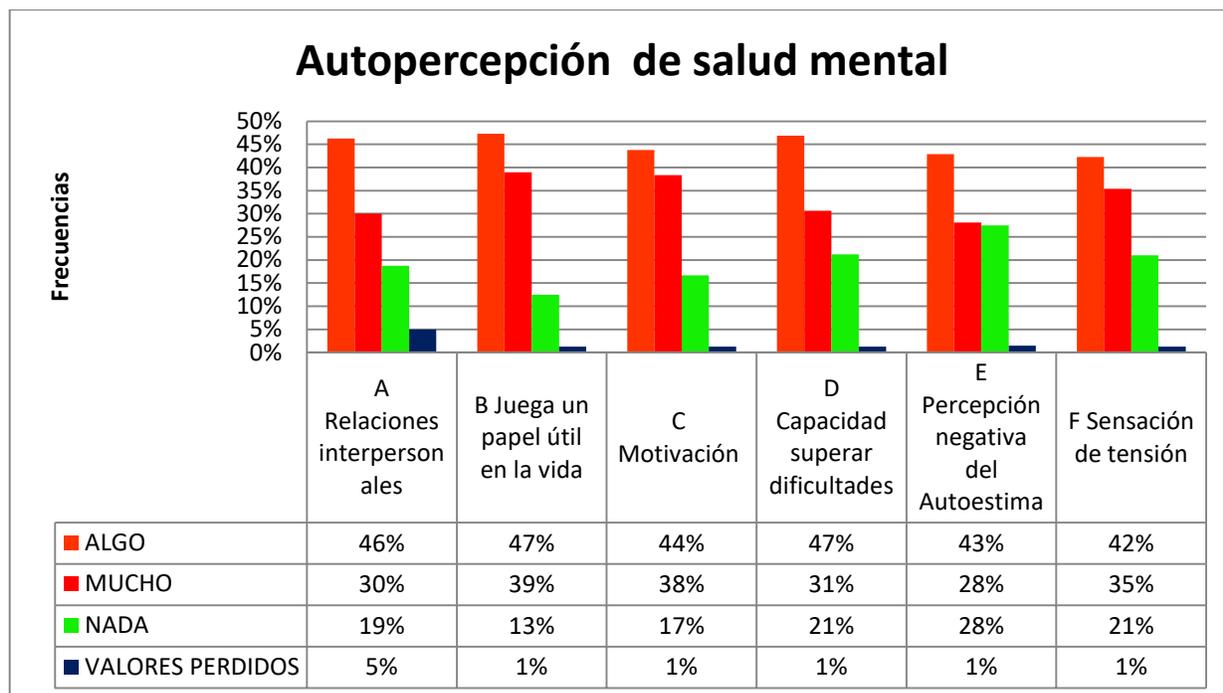


Figura 24 Autopercepción de salud mental

El análisis en conjunto de estos datos permitió evidenciar que la mayoría de personas situaron su respuesta en la opción (2) indicando que su autopercepción de salud mental en cada una de las áreas se encuentra en nivel intermedio ni bueno ni malo, indicando que existe un margen para mejorar,

Observando que las mayores dificultades se expresaron en orden descendente en las siguientes áreas: sensación de tensión en un 35% de la población encuestada, autopercepción negativa de sí mismo en el 28%; capacidad para superar dificultades 21% relaciones interpersonales 19%, motivación 17% y sensación de jugar un papel útil en la vida en el 13% de la población.

Según la OMS “La buena salud mental hace posible que las personas materialicen su potencial, superen el estrés normal de vida, trabajen de forma productiva y hagan aportaciones a su comunidad”, situaciones estas que pueden verse afectadas por los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales que hacen referencia entre otras cosas, a características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, (OMS, 2013-2020, p.5, p7)

## **CONCLUSIONES GLOBALES DE LA PREGUNTA NÚMERO 8**

En la autopercepción de salud mental se observa un porcentaje significativo de indiferencia, es decir población que refiere no estar ni bien ni mal, evidenciando un margen para mejorar.

Concluyendo este estudio la necesidad de fomentar el pensamiento reflexivo, como contraparte al pensamiento automático, distorsionado, y negativo, como un eje de cuidado integral de la salud, que afecta en un doble sentido, tanto en lo personal como en lo social y desde ahí en la salud y bienestar de las personas, pudiendo desde esta perspectiva no solo mejorar la salud emocional y mental de la población sino también, establecer relaciones individuo-sociedad.

## **8.8 ANALISIS DEL INSTRUMENTO.**

La elaboración del formulario partió de reconocer indicadores sobre formas de pensamiento que la psicología cognitiva relaciona con el desarrollo de trastornos emocionales y otros impactos en la salud como son los pensamientos distorsionados, negativos, imágenes de criterio, no encontrando pruebas estandarizadas ni otras investigaciones similares en el área dirigida a reconocer el uso cotidiano de formas contraproducentes de pensamiento, entendidos como factores causales de enfermedad.

Algunas dificultades relacionadas con el instrumento tuvieron que ver con la formulación de preguntas, unas en sentido positivo y otras con sentido negativo, donde en algunos casos (mucho) podría indicar satisfacción mientras que en otros podía indicar empeoramiento de su

estado, situación que limito consolidar la información en plataformas de análisis estadísticos y hacer tablas con consolidados globales que permitieran observar los recursos globales favorables como las debilidades observadas en la población joven.

## 8.9 CONCLUSIONES

- La población encuestada no reconoce de manera consciente el lugar desde el cual se toman las decisiones y se emiten las respuestas conductuales, emocionales y sociales, en cuanto existe un choque entre pensamientos reflexivos y pensamientos distorsionados, lo que dificulta la capacidad de esta población para gestionar su pensamiento como determinante fundamental de su salud emocional y mental.
- La población no reconoce con claridad la relación existente entre pensamientos-emociones y condiciones de salud, pudiendo existir estas formas de pensamiento negativo, distorsionado mucho antes de que se genere el proceso patológico, sin que la población pueda percatarse conscientemente de dichas interacciones y de su impacto negativo, por tanto, constituyen un factor de carga oculta y de morbi-mortalidad evitable, que puede trabajarse desde una perspectiva de promoción en salud, con miras a evitar reducir o limitar efectos deletéreos de reparación costosa en la vida personal y social de la población.
- El desconocimiento de formas de pensamiento inconsciente y automático establece una limitante para el cuidado autónomo de la salud y una fragmentación de la corporeidad, en cuanto impide establecer relaciones entre formas de pensamiento, emociones y condiciones de salud enfermedad.
- El marcado uso de formas de pensamiento distorsionado, negativo o emotivo, en psicología cognitiva hace referencia a formas subjetivas de pensamiento que se

corresponden con esquemas emocionales y de pensamiento aprendidos, previos, repetitivos, estereotipados, unidimensionales, y no con procesos de pensamiento consientes, controlados, elaborados, propios y explícitos.

- Esta población requiere de Educación en la Gestión de Pensamiento, como Política Pública en Salud de apoyo del logro y mantenimiento de estados favorables de salud mental y emocional, en cuanto puede entenderse que algunas formas de pensamiento constituyen una causa de causas en los procesos de salud enfermedad.
- Una Educación en la Gestión de Pensamiento debe implementarse, entre otros argumentos, porque no es posible cuidarse en lo que no se conoce y es obligación estatal y derecho ciudadano el apoyo y fortalecimiento de los recursos personales para el manejo de emociones negativas y pensamientos desagradables. Es decir, debemos aprender/enseñar a gestionar el pensamiento para el cuidado autónomo de la salud mental.
- El pensamiento automático, distorsionado y negativo puede afectar en una doble direccionalidad tanto en lo personal como en lo social, constituyendo un eje para el cuidado integral de la salud y el bienestar de las personas, que contribuye a mejorar la salud emocional y mental de la población, así como a establecer nuevas relaciones individuo-sociedad.
- La mitad de la población encuestada vive en un estado indiferente, es decir, no está bien no está mal, situación que abre interrogantes y rutas para nuevas investigaciones. Por mencionar una, es necesario determinar hasta qué punto la categorización como proceso cognitivo puede naturalizar o bloquear instrumentos de análisis para reconocer y diferenciar pensamientos distorsionados de pensamientos reflexivos? ¿Qué mecanismos pedagógicos, desde la escuela pueden contribuir a fomentar el pensamiento reflexivo sobre sí mismo, sobre los demás, y sobre las experiencias? ¿Identificar los factores limitantes y potenciadores del uso del pensamiento reflexivo como eje para el cuidado autónomo de la salud mental y emocional?. Determinar la

atribución causal que aportan las formas de pensamiento distorsionado y negativo a las principales causas de enfermedad.

- A mayor uso de formas de pensamiento distorsionado o negativo, menor calidad de vida emocional o mental, no encontrando en los hábitos de autocuidado elegidos de manera libre, recursos que favorezcan de manera directa la modificabilidad de la estructura cognitiva, como eje causal de enfermedad,

## 8.10 RECOMENDACIONES

Durante el proceso investigativo surgen algunas inquietudes sobre las cuales pueden implementarse futuras investigaciones

Relación entre formas de pensamiento y eventos de vigilancia epidemiológica

Éticamente, ¿sería viable decir qué es pensar bien y qué no lo es?

¿No es posible modificar la estructura individual del pensamiento, sin modificar la estructura social cultural y época que lo determina, y a su vez surge mi inquietud sobre ¿cómo poder impactar el ámbito social y cultural sin intervenir en el espacio individual o personal?....

## 9 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Agudelo AA, Posada A, Meneses EJ. (2015). Salud Mental en adultos mayores atendidos en la red hospitalaria pública de Medellín. Rev Perú Med Exp Salud Pública, 32 (4),701-8.
2. Alarcón RD, Suarez-Richards M, Sarabia S. (2014). Educación psiquiátrica y componentes culturales en la formación del médico: perspectivas latinoamericanas. Rev Peru Med Exp Salud Publica, 31(3) ,557-65.
3. Alvarado RH. (2011) Los problemas de salud mental en los adolescentes, el derecho a la salud en la actual política de salud y el papel del profesional de enfermería. Bogotá. Investigación en enfermería: Imagen y desarrollo, 13 (1), 79-92.
4. Alvarez RJ. (1992). *Para salir del laberinto. Como pensamos, sentimos y actuamos*. España. Editorial Sal Terrae.
5. Andres V y Andrés F. (2010). *Confianza total para vivir mejor*. Buenos Aires, Argentina. Grupo editorial planeta S.A.I.C.
6. Aristizabal C, Cañón S.C., Castaño J, Castaño L, García J, Marin JL, Osorno, et al. (2013) Riesgo suicida y factores asociados en instituciones de rehabilitación para adictos a las drogas en la ciudad de Manizales. Archivos de Medicina, 13 (1), 11-23
7. Beck, A. (1979). *Terapia Cognitiva de la depresión*. España: Editorial Desclee de Brouwer, S.A.
8. Beinfield H, Korngold E. (2002). *Entre el cielo y la tierra. Los cinco elementos en la medicina china*. Barcelona, España: Los libros de la liebre de marzo.
9. Burns, D. (2006). *Adiós Ansiedad*. Recuperado de: [https://www.academia.edu/6117301/Adios\\_Ansiedad\\_David\\_Burns](https://www.academia.edu/6117301/Adios_Ansiedad_David_Burns)
10. Burns, D. (2010). *Sentirse bien*. Barcelona: Editorial Paidós.
11. Barajas M, Peral V, Cabrera A. (2013) Espiritualidad, meditación y psiquiatría rumbo a una integración de la dimensión espiritual en el tratamiento de los trastornos siquiátricos. Psiques, 22 (1), 21-32

12. Boff, L. (2002). El cuidado esencial. Ética de lo humano compasión por la tierra. Madrid: Editorial trota
13. Calvo F, Giralt C, Calvet A, Carbonells X. (2016) Riesgo de suicidio en población sin hogar. Clínica y salud: Investigación empírica en psicología, 27 (2), 89-96
14. Chimone, L. (2010). *De la mente a la respuesta inmune. El puente integrativo de la psiconeuroendocrinoinmunología*. Colombia: Fundación Génesis.
15. Carretero, M. y Asensio, M. (2004). *Psicología del pensamiento*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.
16. Chávez AM, Macías LF, Klein AI. (2012) *Salud mental y malestar subjetivo*. Buenos aires: Editorial Manantial.
17. Condor S y Antaki C. (2000). Cognición social y discurso. En: Van Dijk T. El discurso como estructura y proceso. (pp. 453- 485) Barcelona. (Editorial Gedisa S.A).
18. Consoli, M. E. V. (2008). La teoría de la modificabilidad estructural cognitiva de Reuven Feuerstein. Investigación educativa, 12 (22), 203-221.
19. Latorre D. (2011). Reuven Feuerstein: Teoría de la Modificabilidad Cognitiva. Conciencia educativa. Recuperado de:  
<http://concienciaeducativaatorred.blogspot.com/2011/11/reuven-feuerstein-teoria-de-la.html>
20. Díaz, JL. (2016). Ensayo no aleatorizado de una intervención educativa basada en principios cognitivo - conductuales para pacientes con lumbalgia crónica inespecífica, atendidos en fisioterapia de atención primaria. Atención Primaria 48 (7), 440-448.
21. Diccionario. Real academia española. Consultado en junio de 2018. Recuperado de: <http://www.rae.es/>
22. Depresión en Colombia es más alta que el promedio en el mundo. (24 de febrero de 2017). El tiempo. Recuperado de: <https://www.eltiempo.com/vida/salud/cifras-sobre-depresion-en-colombia-y-en-el-mundo-segun-la-oms-61454>.
23. Departamento Nacional de planeación. ( 2016). Recuperado de: [www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/subdireccion-de-salud/paginas/salud-publica.aspx](http://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/subdireccion-de-salud/paginas/salud-publica.aspx)

24. Evans- Meza R. (2015). Carga Global de la enfermedad: breve revisión de los aspectos más importantes. *Rev Hisp Cienc Salud*. 1 (2),107-116
25. Ellis A. (1981). *Manual de terapia racional emotiva*. España; editorial desclée de Brouwer.
26. Eslava A. (2011). *El juego de las políticas públicas: reglas y decisiones sociales* Medellín; Fondo Editorial Universidad EAFIT.
27. Estrada AM, Diazgranados S. Kenneth Gergen. Construccinismo social. Aportes para el debate y la práctica. Bogotá- Colombia. Uniandes
28. Feap- Feafes. (2012). Declaración conjunta de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP) y la Confederación Española de Asociaciones de Familiares Y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 32 (114), 419-428.
29. Fernandes R, Jimenez A, Eulalio M, Almeida D, Nascimento EC, Cunha Araujo PR. (2016) Intervenciones de psicólogos en la salud pública de Brasil, España y Portugal. *Revista de Psicologia* Vol. 34 (2), 357-386
30. Fundación Salud. [Internet]. Programa para. Argentina. Recuperado de: <http://www.fundacionsalud.org.ar/para/>
31. Foucault, M. (2005) *El poder psiquiátrico*. Argentina: Fondo de Cultura Económica de Argentina, S.A.
32. Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica*. Argentina: Fondo de Cultura Economica de Argentina, S.A.
33. Fe y Alegría. (1999). Habilidades para la vida. Recuperado de [http://www.feyalegria.org/images/acrobat/72979810510810510097100101115\\_849.pdf](http://www.feyalegria.org/images/acrobat/72979810510810510097100101115_849.pdf) .
34. Gabucio, F. (2005). *Psicología del pensamiento*. Barcelona, España: Editorial Eureka Media, SL.
35. Gergen, K. (s.f). Gergen hablando de construccionismo social. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=COJaS8C1erM>.
36. Goleman, Daniel. (2007). *La inteligencia emocional*. Porque es más importante que el coeficiente intelectual. Mexico. Ediciones B, S.A.

37. González W y Alegría Juan Carlos. (2013) Foucault y la pedagogía nosopolítica de los discursos biomédicos en Colombia entre finales del siglo XIX y principios del XX. Universidad del Valle. Praxis Filosófica. Nueva serie, 36, 163 - 201
38. Greenberger, D. y Padesky, C. (2016). *El control de tu estado de ánimo. Cambia lo que sientes, cambiando como piensas*. Barcelona, España: Espasa libros, S.L.U.
39. Guidano, V.F. (2006). *Procesos cognitivos y desordenes emocionales*. Santiago de Chile. Editorial cuatro vientos.
40. Harris T. (2010). *Yo estoy bien, tu estas bien*. España. Editorial Sirio, S.A.
41. Henao S, Quintero S, Echeverri J, Hernández J, Rivera E, López S. (2016). Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. Rev. Fac. Nac. Salud Publica, 34 (2),184-192
42. Ibañez, A. Ledezma, A. (2015). *Buen vivir, vivir bien. Una utopía en proceso de construcción*. Bogotá, Colombia: Ediciones desde abajo.
43. Irrázaval M, Prieto F, Armijo J. (2016). Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional. Acta Bioethica, 22 (1): 37-50
44. Jullien, F. (2010). *De lo universal, de lo uniforme, de lo común y del dialogo entre culturas*. Madrid, España: Ediciones Siruela.
45. Jullien, F. (2007). *Nutrir la vida. Más allá de la felicidad*. Madrid, España: katz Editores.
46. Labori JR. (2012). Funciones esenciales de la salud pública y su relación con la economía de la salud. Medisan, 16 (9),1462
47. Lerma A, Salazar E, Pérez H, Bermúdez L, Gutiérrez D, Reyes I, et al. (2012). Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de las distorsiones cognitivas en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Salud Mental, 35,189-194.
48. Lopera, JD. (2016). *Sabiduría práctica y salud psíquica*. Bogotá, Colombia: Fondo editorial universidad Eafit/ editorial san pablo.
49. Márquez A. (2006). Introducción a la psiconeuroinmunoendocrinología. En: Merchant, N, Monchablon. *Tratado de psiquiatría*. (pp.1127-) Argentina: (Editorial grupo guía S: A A).

50. Martínez A, Muñoz A. (2010). Un infinito que no acaba: Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses. *Salud Mental*, 33, 145-152
51. Marruso, Stella. (2011). *El laboratorio del Alma*. España. B,S.A.
52. Maturana, H. (1990). *Emociones y lenguaje en educación y política*. Chile: Ediciones Pedagógicas Chilenas S.A.
53. Matthieu R, Iutz A, Davidson R. (2015). El cerebro del meditador. *Investigación y ciencia*. Edición española de *scientific american*, 460, 18- 25
54. Ministerio de salud, Colombia. (2015). Análisis de situación de salud- ASIS; 2015. Recuperado de: [www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2015.pdf](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2015.pdf) .
55. Ministerio de salud, Colombia. (2015). Carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia. Informe técnico observatorio nacional de salud. Recuperado de: [http://www.saludcapital.gov.co/CTDLab/Publicaciones/Carga\\_enfermedad\\_Cr%C3%B3nicas\\_y\\_Discapacidad\\_en\\_Colombia.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/CTDLab/Publicaciones/Carga_enfermedad_Cr%C3%B3nicas_y_Discapacidad_en_Colombia.pdf) .
56. Ministerio de salud, Colombia. (2003). Estudio Nacional de salud mental. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>
57. Ministerio de salud, Colombia. (2012). Dimensiones prioritarias en salud pública. Recuperado de: [http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/09/PDSP\\_Dimensiones\\_Prioritarias\\_en\\_Salud\\_P%C3%BAblica\\_VERSI%C3%93N\\_1\\_JULIO-16-de\\_2012.pdf](http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/09/PDSP_Dimensiones_Prioritarias_en_Salud_P%C3%BAblica_VERSI%C3%93N_1_JULIO-16-de_2012.pdf)
58. Ministerio de salud, Colombia. (2015). Encuesta Nacional de salud mental. Recuperado de: [http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta\\_Nacional\\_de\\_Salud\\_Mental\\_Tomo\\_I.pdf](http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta_Nacional_de_Salud_Mental_Tomo_I.pdf)
59. Ministerio de salud, Colombia. (2012-2021). Plan decenal de salud pública. 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tu. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

60. Ministerio de salud, Colombia.(s.f). Decálogo de conductas saludables para evitar y controlar las enfermedades no transmisibles. Recuperado de: [\[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/infografia%20\(2\).pdf\]](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/infografia%20(2).pdf)
61. Ministerio de salud, Colombia. (2016a). Proceso de participación para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. La experiencia de la Dirección de
62. Promoción y Prevención. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/participacion-promocion-salud-prevencion-enfermedad.pdf>
63. Ministerio de salud, Colombia. (2016 b). Política de Atención integral en salud. "un sistema al servicio de la gente. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
64. Ministerio de salud. (2016 c). Documento de Política Pública en salud mental para la construcción de paz Subdirección de Enfermedades No Transmisibles Dirección de Promoción y Prevención. Recuperado de: [file:///C:/Users/Consultorio/Downloads/Documento%20de%20Pol%C3%ADtica%20P%C3%ABlica%20en%20salud%20mental%20Ajustado%20octubre%2018%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Consultorio/Downloads/Documento%20de%20Pol%C3%ADtica%20P%C3%ABlica%20en%20salud%20mental%20Ajustado%20octubre%2018%20(1).pdf)
65. Morales C, Borde E, Eslava J, Concha S. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. Revista de Salud Pública, 15 (6), 797-808.
66. Mogollón OM, \* Villamizar DJ, Padilla SL. (2016). Salud mental en la educación superior: una mirada desde la salud pública. Revista ciencia y cuidado, 13 (1),103-120
67. Noguez S. (2002). El desarrollo del potencial de aprendizaje Entrevista a Reuven Feuerstein. Revista electrónica de investigación educativa, 4 (2), 01-15,133 -147

68. Novoa MM. (2012). De la salud mental y la salud pública. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 11 (23): 5-9.
69. Organización Mundial de la salud (OMS, 2004a). Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica: informe compendiado. Ginebra. OMS. Depto. De salud mental y abuso de sustancias. En colaboración con la fundación Victorian para la promoción de la salud (Vichealth) y la Universidad de Melbourne, 2004, p. 14
70. Organización Mundial de la salud. Definición de salud. Recuperado de: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> .
71. Organización Mundial de la salud. (2013). Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf) .
72. Organización Mundial de la salud. (1993). Habilidades para la vida. Recuperado de: <http://www.habilidadesparalavida.net/modelo.php>
73. Organización Mundial de la salud. (s.f). Indicadores: Así vamos en salud. Recuperado de [http://www.asivamosensalud.org/sites/default/files/images\\_1.pdf](http://www.asivamosensalud.org/sites/default/files/images_1.pdf)
74. Organización Mundial de la salud. (2009). Determinantes sociales Recuperado de: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)
75. Organización Panamericana de la salud. (2001). Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. ASDI y Fundación W.K. Kellogg. Recuperado de: [http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Enfoque%20de%20Habilidades%20para%20la%20vida%20OPS\\_0.pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Enfoque%20de%20Habilidades%20para%20la%20vida%20OPS_0.pdf)
76. Plan nacional de desarrollo (2010-2014). Recuperado de: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/PND/PND2010-2014%20Tomo%20I%20CD.pdf> y <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/PND/PND2010-2014%20Tomo%20II%20CD.pdf>
77. Pakman, M. (1997). *Construcciones de la experiencia humana*. Barcelona, España: Editorial Gedisa, S.A.

78. Paniagua RE, González CM, Rueda SM. (2014). Orientación al suicidio en adolescentes en una zona de Medellín, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 32(3), 314-321.
79. Padilla JL. (1999). *Tratado de sanación en el arte del soplo*. Medellín: Edita escuela neijing.
80. Padilla JL. (2001). *La enfermedad hoy, Tratamiento humanista y energético*. Cuenca – España. Edita escuela Neijing.
81. Pérez JL. Psicología y Medicina China. [Internet] Valencia- España: CEMET; 2002 – 2004 [consultado enero 2017] Disponible en: <https://es.scribd.com/document/37611249/Psicologia-y-Medicina-China.2005>.
82. Pontificia Universidad javeriana de Bogotá. (2005). Carga de enfermedad Colombia. Recuperado de: [www.javeriana.edu.co/cendex/GPES/informes/PresentacionCarga\\_Informe.pdf](http://www.javeriana.edu.co/cendex/GPES/informes/PresentacionCarga_Informe.pdf).
83. Pontificia Universidad javeriana de Bogotá. (2010). Estimación de la carga de enfermedad para Colombia 2010. Recuperado de: [www.javeriana.edu.co/documents/12789/4434885/Carga+de+Enfermedad+Colombia+2010.pdf/e0dbfe7b-40a2-49cb-848e-bd67bf7bc62e](http://www.javeriana.edu.co/documents/12789/4434885/Carga+de+Enfermedad+Colombia+2010.pdf/e0dbfe7b-40a2-49cb-848e-bd67bf7bc62e).
84. Psicología social. (2013). El construccionismo social de Kenneth Gergen. Recuperado de: <http://kennethgergen.blogspot.com.co/2013/04/el-contruccionismo-social-de-kenneth.html>.
85. Puerta JV, Padilla DE. (2011). Terapia cognitiva- conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Revista internacional Ciencias de la salud*, 8 (2), 251-257
86. Ramírez CA. (2012). *La vida como un juego existencial. Ensayitos*. Medellín, Colombia: Fondo Editorial universidad Eafit.
87. Ramírez SG, Sevilla ML, Gervacio LA, Tenorio J A. (2013). Inhibidores de la recaptura de serotonina y terapia cognitivo conductual para tratamiento de la ansiedad en niños. *Act Méd Polit*, 1 (5),16
88. Restrepo DA, Jaramillo JC. (2012). Concepciones de la salud mental en el campo de la salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 30 (2), 202-211

89. Restrepo MH, (2012). Biopolítica: elementos para un análisis crítico sobre la salud mental pública en la Colombia contemporánea. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 11 (23), 39-55.
90. Rodríguez M, Mendoza E, Cumplido Agustín, Simental Luis, Rodríguez Gabriela, Sánchez Gloria, et al. (2014). Terapia cognitivo conductual en el manejo integral de la obesidad en adolescentes. Rev Med Inst Mex Seguro Soc, 52 (Supl 1), S68-S73.
91. Servain, D. (2004). *Curación emocional. Acabar con el estrés, la ansiedad y la depresión sin fármacos ni psicoanálisis*. Barcelona, España: Editorial Kairos.
92. Sánchez H, Xavie M, Garber J. (2014). Prevención de la depresión en niños y adolescentes: revisión y reflexión. Revista de psicopatología y psicología clínica, 19 (01), 63-76
93. Salaverry O. (2012) Entrenamiento metacognitivo y estrategias de resolución de problemas en niños de 5 a 7 años. Rev Peru Med Exp. Salud Pública, 29 (1),143-48.
94. Saiz M.C, Roman J.M., (2011). Entrenamiento metacognitivo y estrategias de resolución de problemas en niños de 5 a 7 años. International Journal of Psychological Research, 4 (02), 9-19
95. Tortella, Vázquez, Valiente, Quero, Soler, Montorio, Hervás, García, García C, Fernández, (2016). Retos en el desarrollo de intervenciones psicológicas y la práctica asistencial en salud mental. Clínica y salud, 27 (2), 65-71
96. Torres Y, Agudelo A, Sierra GM, Salas. (2014). Prevalencia de Trastornos mentales en población general del municipio de Itagüí (Colombia), Rev. CES Med, 28 (1),49-60
97. Vicente B, Saldivia S, Pihan R. (2016). Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. Departamento de Psiquiatría y salud mental. Acta bioeth, 22 (1), 51-61
98. Wagner F, Gonzales C, Sánchez GS, Peña GC, Gallo J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. Salud Mental, 35, 3-11.
99. Zhang J, Zheng J. (1984) Fundamentos de Acupuntura y moxibustion de China/ Recopilado por el Instituto de la Medicina tradicional de China de Beijing, Shanghai, Nanjing e Instituto de investigación de acupuntura y moxibustión de la

academia de la medicina tradicional china. Beijing – China. Ediciones en lenguas extranjeras

## 10 ANEXOS

Morbimortalidad en hombres de 5 a 69 años, (carga por enfermedad en Colombia, 2010, p. 127- 132)

Tabla 27  
20 Primeras causas de morbilidad en Colombia

No.	Causa 5-14 años	Causa 15-29	Causa 30-44	Causa 45-59	Causa 60-69 años
1	Asma	Cardiop. Hipertensiva	Cardiop Hipertens	Cardiop Hipertens	Cardiop Hipertensi
2	Caries dental	Depres May Unipolar	Agresiones	EPOC	Glaucoma
3	Epilepsia	Agresiones	Depres May Unip	Glaucoma	EPOC
4	Agresiones	Trast. Bipolares	Caries Dental	Caries Dental	Cataratas
5	Cardiop Reumatica	Esquizofrenia	EPOC	Cardiop Isquemica	Cardiop Isquemica
6	Cardiop Hipertensiv	Caries Dental	Ulcera péptica	Cataratas	Edentulismo
7	Accid. de transito	TMYC x uso alcohol	Accid de Transito	Agresiones	Caries dental
8	Ahoga/ y SA	Accid de Transito	Asma	Hipert prostat Beni	ECV
9	Trastorno Bipolares	TMYC x uso de drogas	SIDA	Ulcera péptica	Hipert prostat Beni
10	Leucemia	Asma	Hipert prostát benign	Cirrosis Hepatica	Ulcera péptica
11	O. E Neuropsiq	Lx Autoinflig inten/	TMYC x uso alcohol	ECV	Cirrosis hepática
12	SIDA	Ulcera péptica	Cardiop Isquemica	Acciden de Transít	Diabetes Mellitus
13	O. Lx no Intencional	SIDA	Lx autoinflig inten/	Ca de Estomago	Ca de Estómago
14	Esquizofrenia	O. Lx no intencionales	O. Lx no inten/	Diabetes Mellitus	Ca de T/B yP
15	Ulcera péptica	Cardiop Reumatica	ECV	Asma	Agresiones
16	Inf vías resp inf	Ahoga/ Y SA	Epilepsia	SIDA	S Digestivo
17	Lx autoinflig intenc	Epilepsia	Cardiop Reumatica	CA de T/B y P	Inf de vías resp inf
18	Cisticercosis	Enf. Periodontal	Ca de estomago	Edentulismo	Tumores malign
19	ECV	Inf de vías resp inf	Caisas	Lx autoinflig intenc	Ca de próstata
20	Otras neoplasias	Trast del estrés postTx	Inf de vías resp inf	Inf de vías resp inf	Sistema circulat

Tabla 28

Veinte primeras causas de morbilidad en mujeres de 5 a 69 años, Colombia. (Carga de enfermedad, 2010, p.p. 136-141)

No.	Causa 5-14 años	Causa 15-29	Causa 30-44	Causa 45-59	Causa 60-69 años
1	Asma	Depres May Unipolar	Cardiop Hipertens	Cardiop Hipertens	Cardiop Hipertensi
2	Caries dental	Cardiop. Hipertensiva	Depres May Unip	Caries Dental	Cataratas

3	Epilepsia	Caries Dental	Caries Dental	EPOC	Glaucoma
4	Lx autoinflingidas	Trast. Bipolares	Ulcera péptica	Cataratas	EPOC
5	Agresiones	Esquizofrenia	EPOC	Ulcera peptica	Edentulismo
6	Ulcera péptica	Ulcera péptica	Asma	Glaucoma	Cardiop Isquemica
7	Accid. de transito	Asma	Osteoartritis	Cardiop Isquemica	Caries dental
8	O. E Neuropsiquia	Agresiones	Trast estres Postx	Ca de mama	ECV
9	Leucemia	Lx autoinflig intenc/	Agresiones	ECV	Ulcera péptica
10	Trast Bipolares	Trast del estrés postx	Ca cervico- uterino	Osteoartritis	Diabetes Mellitus
11	Esquizofrenia	Accidentes de transito	Ca de mama	Ca cervico-uterino	Ca de mama
12	SIDA	Cardiop Reumática	SIDA	Diabtes Mellitus	Ca de T/B yP
13	Inf de vías resp inf	Epilepsia	ECV	Asma	Cirrosis Hepatica
14	Ahogam/ y SA	SIDA	Accid de Transito	T de estrés PostX	O. E del S Digestivo
15	Cisticercosis	TMyC x uso drogas	Cardiop Reumatica	Edentulismo	Ca cervico-uterino
16	O. Lx no intencion/	Enf periodontal	Cardiop Isquemica	AR	Ca de colon y recto
17	O Tumores malignos	TMyC x uso alcohol	Lx autoinflig inten/	CA de colon y recto	Ca de Estómago
18	Cardiopatía Congen	O E Maternas	Ca de estomago	Ca de Estomago	Inf de vías resp inf
19	O enf endocrinas	Cisticercosis	Cisticercosis	O E del S Digestivo	O E del S circulat
20	O enf maternas	O E del S OM	Epilepsia	Ca de T/B y P	Nefritis y nefrosis

Tabla 29

Veinte primeras causas de morbi- mortalidad en ambos sexos de todas las edades, Colombia Carga de enfermedad, 2010, p. 135 a 152)

No.	Mujeres de todas las edades (p. 144)	Hombres de todas las edades ( 2010,p. 135)
1	Depresión Mayor Unipolar	Cardiopatía Hipertensiva
2	Cardiopatía Hipertensiva	Depresión Mayor Unipolar
3	Caries Dental	Agresiones
4	Bajo peso al nacer	Caries Dental
5	Ulcera péptica	EPOC
6	EPOC	Bajo peso al nacer
7	Asma	Trastornos Bipolares
8	Cataratas	Glaucoma
9	Trastornos Bipolares	Asma
10	Esquizofrenia	Esquizofrenia
11	Cardiopatía Isquémica	Cardiopatía isquémica
12	Glaucoma	TMyC x uso alcohol
13	Asfixia y trauma al nacer	Accidentes de tránsito
14	ECV	Cataratas
15	Agresiones	Ulcera péptica
16	Trast. del estrés post- Tx	Asfixia y trauma al nacer
17	Osteoartritis	Hipertrofia prostática benigna

18	Cáncer de mama	SIDA
19	Lx auto infligidas intencional/	ECV
20	Inf. de vías resp inf	TMYC x uso de drogas

## Tablas de Mortalidad

Tabla 30

Puesto que ocuparon las lesiones de causa externa entre las 15 primeras causas de Mortalidad en Colombia en hombres de 5 a 69 años (Carga de enfermedad en Colombia, U Javeriana, 2010, p. 111 a 116)

No.	Evento 5-14 años	Evento 15-29	Evento 30-44	Evento 45-59	Evento 60-69 años
1	Agresiones	agresiones	Agresiones	Cardiop isquemica	Cardiop isquém.
2	Lx causadas x transit	Lx causadas x transito	Lx causadas X trans	Agresiones	Enf cerebrovasc
3	Ahoga/ y SA	Lx autoinflingidas int/	VIH/SIDA	Lx causadas x Trans	EPOC
4	Leucemia	O. lx no intencionales	Cardiop. Isquémica	Enf. Cerebrovasc	Diabetes mellitus
5	Otras enf Neuropsi.	VIH/ sida	Lx autoinf intenc	Ca de estomago	Ca de Estomago
6	Otras Lx no int/	Ahogamiento y S A	O. Lx no intencion/	VIH/SIDA	Ca de T/B y P
7	Inf. de vías resp.	Inf vías resp inf	Enf cerebrovasc	Diabetes Mellitus	Agresiones
8	Lx autoinflingidas int	Leucemia	Ca. Estomago	Cirrosis Hepatica	Enf hipertensiva
9	Otras neoplasias	Cardiopatía isquémica	Caidas	Ca de T/B y P	O.E del sist Digest
10	O. tumores malign/	Otras enf. Neuropsi	Inf vías resp inf	O. E del S . Digetsivo	O. tumores malign
11	O. enf. Infecciosas	Guerra	O. E del S. Digetsivo	Inf. Vías resp inf	Ca de próstata
12	Enf cerebrovascular	Caidas	Ahogamiento y S.A	EPOC	O. E del sist circul
13	Cá del encefalo	O tumores malignos	Cirrosis hepática	O tumores malignos	Cirrosis hepática
14	Cardiopatía isquem.	Enf cerebrovasc.	Diabetes mellitus	Lx autoinflingidas int/	Inf de vías resp inf
15	O. enf endocrinas	Epilepsia	O. E del sist circulat	O. Lx no inten/	Lx causadas X trán

Tabla 31

Puesto que ocuparon las lesiones de causa externa entre las 15 primeras causas de mortalidad en Colombia en mujeres de 5 a 69 años (Carga de enfermedad en Colombia, Pontificia U Javeriana, 2010, pp. 120-124)

No.	Evento 5-14 años	Evento 15-29	Evento 30-44	Evento 45-59	Evento 60-69 años
-----	---------------------	-----------------	-----------------	-----------------	----------------------

1	Agresiones	Agresiones	Agresiones	Cardiopa isquémica	Cardiop isquemica
2	Accid. de transito	Accidentes de tránsito	Ca cervico-uterino	ECV	ECV
3	Otras enf neuropsiq	Lx autoinf. intencional	Ca de mama	Ca de mama	Diabetes mellitud
4	Leucemia	O. E maternas	VIH/SIDA	Ca cervico-uterino	Ca de mama
5	Ahoga/ y SA	Otras enf del sist OM	Cardiop isquémica	Diabetes Mellitus	EPOC
6	Inf. Vías resp inf	VIH/SIDA	Accid. de transito	O. E del S digestivo	Ca de T/B y P
7	O. Lx no intencional	Leucemia	ECV	Ca de est+omago	O. E del S digestivo
8	Lx autoinfligidas	Inf vías resp inf	Ca de estómago	Ca de colon y recto	Enf hipertensiva
9	O. Tumores malign	Cardiopatía isquémica	O. E del sist OM	Ca de T/B y P	Ca cervico- uterino
10	Cardiop. Congénita	O. E neuropsiquiat	O. E del S digestivo	Agresiones	O. E del sist circul
11	O. E endo- Meta y de la sangre	Enf Cerebrovascular	Inf de vías resp inf	O tumores malignos	Ca de estomago
12	O. E Maternas	O. tumores malignos	O. E del sist circul	O. E del S circulat	Ca de colon y recto
13	Ca de encéfalo	O Lx no intencionales	O. Tumores malig	Ca de Ovario	Inf de vías resp inf
14	Otras neoplasias	Trast HT del embaraz	Otras neoplasias	Inf de vías resp inf	Nefritis y nefrosis
15	O.E del S OMusc.	Otras neoplasias	Ca de colon y recto	Otras neoplasias	O. tumores malig

Tabla 32

Veinte primeras causas según AVISA totales (x 1000 personas en hombres y mujeres de todas las edades. (Estudio de carga por enfermedad, Colombia) (U. Javeriana, 2010, p. 144)

Puesto	Causa	
	Mujeres	Hombres
1	Depresión mayor unipolar	Cardiopatía hipertensiva
2	Cardiopatía Hipertensiva	Depresión mayor unipolar
3	Caries Dental	Agresiones
4	Bajo peso al nacer	Caries dental
5	Úlcera péptica	EPOC
6	EPOC	Bajo peso al nacer
7	Asma	Trastornos Bipolares
8	Cataratas	Glaucoma
9	Trast. Bipolares	Asma
10	Esquizofrenia	Esquizofrenia
11	Cardiopatía isquémica	Cardiopatía isquemica
12	Glaucoma	TMy C x uso de alcohol
13	Asfixia y trauma al nacer	Accidentes de transito
14	Enfermedad cerebrovascular	Cataratas
15	Agresiones	Úlcera peptica
16	Tras x estrés Post- Tx	Asfixia y trauma al nacer
17	Osteoartritis	Hipertrofia prostática benigna
18	Cáncer de mama	SIDA
19	Lx autoinflig intencional	Enf. Cerebrovascular

## PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN COLOMBIA

Tabla 33

Comportamiento que tuvieron las lesiones de causa externa según AVISAS totales (x 1000 personas), desagregadas por edad y género. (U. Javeriana, p.2010, p.72)

Evento	Edad	Puesto No		No. Muertes		Tasa	
		F	M	F	M	F	M
Agresiones	5-14	1	1	116	264	2.70	5.93
	15-29	1	1	823	9750	13.80	160.02
	30-44	1	1	557	6465	11.81	146.70
	45-59	10	2	293	24.98	8.18	76.50
	60-69	-	7	-	572	-	49.14
Lesiones causadas por transito	5-14	2	2	98	172	2.30	3.85
Accidentes de transito	15-29	2	2	339	1799	5.68	29.52
	30-44	6	2	284	1458	6.02	33.08
	45-59	-	3	-	959	-	29.38
	60-69	-	15	-	376	-	32.35
	Lesiones autoinflingidas intencionalmente	5-14	8	8	45	48	1.06
15-29		3	3	268	873	4.50	14.33
30-44		-	5	-	507	-	11.50
45-59		-	14	-	351	-	10.74
60-69		-	-	-	-	-	-
Otras lesiones no intencionales	5-14	7	6	48	91	1.12	2.05
	15-29	13	4	63	469	1.06	7.69
	30-44	-	6	-	474	-	10.75
	45-59	-	15	-	374	-	10.64
	60-69	-	-	-	-	-	-
Otras enfermedades neuropsiquiatricas	5-14	2	5	95	115	2.22	2.58
	15-29	10	10	93	175	1.55	2.88
	30-44	-	-	-	-	-	-
	45-59	-	-	-	-	-	-
	60-69	-	-	-	-	-	-

Guerra	5-14	-	-	-	-	-
	15-29	-	11	-	170	-
	30-44	-	-	-	-	-
	45-59	-	-	-	-	-
	60-69	-	-	-	-	-

Tabla 33  
Consentimiento Informado



Maestría en Educación y Desarrollo Humano  
 Universidad de Manizales y CINDE  
 Línea de investigación: Políticas públicas  
 Investigadora: Carmenza Álvarez Cañón.  
 Correo electrónico: [holosalud@gmail.com](mailto:holosalud@gmail.com)

Usted ha sido invitado a participar en un proyecto de investigación.

**Título del proyecto:** La capacidad para gestionar el pensamiento: como estrategia de política pública para la promoción de la salud mental, desde la ética del cuidado y el buen vivir.

**Propósito:** Sugerir la implementación de políticas y/o programas de promoción en salud mental que promuevan la capacidad de gestionar el pensamiento desde la ética del cuidado y el buen vivir.

Edad:

Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino: \_\_\_\_\_

Estrato socioeconómico:

Hora:

Fecha:

Lugar:

**PROCEDIMIENTO:** Encuesta estructurada.

**RIESGOS O INCOMODIDADES:** Este estudio no implica ningún riesgo o evento adverso para los participantes.

**BENEFICIOS:** Usted no recibirá ningún beneficio económico por participar en este estudio. Su participación es una contribución solidaria al desarrollo de la ciencia y el conocimiento sobre factores promotores de la salud.

Autoriza el uso de datos, procesamiento y divulgación de la información suministrada.

**Agradecemos su participación y la honestidad en las respuestas.**

Tabla 34 Variables y operacionalización  
Variables y operacionalización

Variable	Pregunta NO.	Definición operacional	Tipo de variable	Nivel de medición	Forma de calculo Respuestas	Índice
<b>1. Pensamientos Distorsionados</b>	Polarización: 1.1. Usted sitúa, evalúa, encasilla o explica sus experiencias cotidianas en términos opuestos, extremos o absolutistas de blanco o negro, todo o nada, bueno o malo?	Cuestionario de auto-reporte	Cuantitativa	Ordinal	0= Valores perdidos 1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=Casi siempre	Frecuencia Porcentaje promedio
	Generalizar 1.2. ¿Usted utiliza los términos “siempre” “jamás” “nunca” para explicar hechos que ocurren en su cotidianidad?	Cuestionario de auto-reporte	Cuantitativa	Ordinal	= Valores perdidos 1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=Casi siempre	Frecuencia Porcentaje promedio
	Filtrar 1.3. ¿Ha considerado que un hecho que ha ocurrido una vez en su vida, puede repetirse como un modelo interminable de sucesos similares?.	Cuestionario de auto-reporte	Cuantitativa	Ordinal	0= Valores perdidos 1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=Casi siempre	Frecuencia Porcentaje promedio
	Descalificar lo positivo 1.4. ¿Cuando alguien le hace un halago, usted piensa dentro de sí, que solo lo hace para quedar bien, o usted piensa que esa opinión no cuenta por una u otra razón; o si durante una experiencia ocurre un detalle negativo, usted se fija exclusivamente en él, pasando por alto o restando importancia a las demás cosas que fueron positivas o neutras?	Cuestionario de auto-reporte	Cuantitativa	Ordinal	0= Valores perdidos respuesta 1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=Casi siempre	Frecuencia Porcentaje promedio
	Leer el pensamiento 1.5. ¿Usted adelanta conclusiones creyendo saber lo que piensan los demás, es decir hace una lectura del pensamiento sacando conclusiones apresuradas sobre las actitudes y reacciones de los demás, respecto a usted?	Cuestionario de auto-reporte	Cuantitativa	Ordinal	0= Valores perdidos respuesta 1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=Casi siempre	Frecuencia Porcentaje promedio
	Error del adivino 1.6. ¿Usted adelanta conclusiones prediciendo o pronosticando que algo va a resultar mal y se convence de esa predicción “ej: antes de presentar	Cuestionario de auto-reporte	Cuantitativa	Ordinal	0= Valores perdidos respuesta 1=Casi nunca	Frecuencia Porcentaje promedio

Variable	Pregunta NO.	Definición operacional	Tipo de variable	Nivel de medición	Forma de calculo Respuestas	Índice
	un examen usted piensa: perderé el examen” “no me aceptaran en el trabajo, no podré hacerlo, me rechazaran”?				2=Algunas veces 3=Casi siempre	
	Magnificar 1.7. ¿Cuando usted evalúa la magnitud o significación de un suceso, exagera su importancia, magnifica o agranda desproporcionadamente su importancia, modificando la explicación o importancia de las cosas?	Cuestionario de auto-reporte	Cuantitativa	Ordinal	0= Valores perdidos respuesta 1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=Casi siempre	Frecuencia Porcentaje promedio
	Minimizar 1.8 ¿Cuando usted evalúa la magnitud o significación de un suceso, lo reduce indebidamente, minimizando o empequeñeciendo las cualidades indebidamente hasta que parezca diminutas	Cuestionario de auto-reporte	Cuantitativa	Ordinal	0= Valores perdidos respuesta 1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=Casi siempre	Frecuencia Porcentaje promedio
	Uso de “Deberías” 1.9 ¿Utiliza en sus experiencias cotidianas el uso de los términos “debería y no debería” consigo mismo y con los demás?	Cuestionario de auto-reporte	Cuantitativa	Ordinal	0= Valores perdidos respuesta 1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=Casi siempre	Frecuencia Porcentaje promedio
	Etiquetar 1.10 ¿Para describir un error usted utiliza en su cotidianidad etiquetas y rótulos para definirse así mismo y a los demás, por ejemplo dice: soy un tonto, perdedor, genio, bruto”.	Cuestionario de auto-reporte	Cuantitativa	Ordinal	0= Valores perdidos respuesta 1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=Casi siempre	
	Culpabilizar 1.11 ¿Tendencia a culparse así mismo o a los demás de situaciones de experiencias que ocurren en la cotidianidad?	Cuestionario de auto-reporte	Cuantitativa		0= Valores perdidos 1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=Casi siempre	
<b>2. Pensamientos Negativos</b>	2.1 Tienen una visión negativa de mí mismo 2.2 Tiene tendencia a interpretar sus experiencias de forma negativa 2.3 Tiene una visión negativa del futuro				1= Si 2=No	
<b>3. Imágenes de Criterio</b>	3.1 Sus emociones	Cuestionario de auto-reporte	Cuantitativa	Ordinal	1= Si 2=No	Frecuencia Porcentaje promedio

Variable	Pregunta NO.	Definición operacional	Tipo de variable	Nivel de medición	Forma de calculo Respuestas	Índice
	3.2 Conceptos enseñados de cómo se debe	Cuestionario de auto-reporte	Cuantitativa	Ordinal	1= Si 2=No	Frecuencia Porcentaje promedio
	3.3 Análisis crítico y reflexivo de las situaciones	Cuestionario de auto-reporte	Cuantitativa	Ordinal	1= Si 2=No	Frecuencia Porcentaje promedio
<b>4. Relación Pensamiento-salud</b>	4. Considera que el pensamiento (diálogo interno) puede afectar la salud y generar sensación de indisposición, inquietud o molestia general e imprecisa.	Cuestionario de auto-reporte	Cuantitativa	Ordinal	1=Si 2=No	Frecuencia Porcentaje promedio
<b>5. Áreas que puedan verse afectadas en relación con su forma de pensar</b>	5.1. Relaciones interpersonales	Cuestionario de auto-reporte	Cuantitativa	Ordinal	1=Si 2=No	Frecuencia Porcentaje promedio
	5.2 Percepción de sí mismo- autoestima	Cuestionario de auto-reporte	Cuantitativa	Ordinal	1=Si 2=No	Frecuencia Porcentaje promedio
	5.3 Salud,	Cuestionario de auto-reporte	Cuantitativa	Ordinal	1= Si 2=No	Frecuencia Porcentaje promedio
	5.4 Estado emocional	Cuestionario de auto-reporte	Cuantitativa	Ordinal	1=Si 2=No	Frecuencia Porcentaje promedio
	5.5 Respuestas conductuales o modo de actuar y responder a los acontecimientos cotidianos	Cuestionario de auto-reporte	Cuantitativa	Ordinal	1=Si 2=No	Frecuencia Porcentaje promedio
	5.6 Motivación para el desarrollo de las actividades cotidianas	Cuestionario de auto-reporte	Cuantitativa	Ordinal	1=Si 2=No	Frecuencia Porcentaje promedio
	5.7 Ninguna de las anteriores	Cuestionario de auto-reporte	Cuantitativa		0= Valores perdidos 1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=Casi siempre	Frecuencia Porcentaje promedio
<b>6. Hábitos o herramientas que usted utiliza para el manejo de sus emociones negativas y/ o pensamientos desagradables.</b>	Dieta o alimentación	Cuestionario de auto-reporte	Cuantitativa	Ordinal	1=Si 2=No	Frecuencia Porcentaje promedio
	Ejercicio	Cuestionario de auto-reporte	Cuantitativa	Ordinal	1=Si 2=No	Frecuencia Porcentaje promedio
	Consumo de sustancias: Alcohol,	Cuestionario	Cuantitativa	Ordinal	1= Si	Frecuencia

Variable	Pregunta NO.	Definición operacional	Tipo de variable	Nivel de medición	Forma de calculo Respuestas	Índice
	tabaco u otras	Cuestionario de auto-reporte			2=No	Porcentaje promedio
	Respiración	Cuestionario de auto-reporte	Cuantitativa	Ordinal	1=Si 2=No	Frecuencia Porcentaje promedio
	Apoyo social	Cuestionario de auto-reporte	Cuantitativa	Ordinal	1=Si 2=No	Frecuencia Porcentaje promedio
	Otros	Cuestionario de auto-reporte	Cuantitativa	Nominal		Frecuencia Porcentaje promedio
<b>7. Necesidad de educación</b>	Considera que es necesario implementar acciones educativas para el manejo autónomo de las emociones negativas y el reconocimiento de hábitos de pensamiento disfuncionales.	Cuestionario de auto-reporte	Cuantitativa	Ordinal	0= Valores perdidos 1=Si 2=No	Frecuencia Porcentaje promedio
<b>8. Autopercepción en salud mental</b>	8.1 Satisfacción en las relaciones interpersonales	Cuestionario de auto-reporte	Cuantitativa	Ordinal	0= Valores perdidos 1=Nada 2=Algo 3= Mucho	Frecuencia Porcentaje promedio
	8.2 Percepción de sí mismo- autoestima ¿Se siente despreciable, que no vale, poco atractivo, incompetente, inferior a los demás, feo/a, viejo/a; o ha perdido confianza en sí mismo?	Cuestionario de auto-reporte	Cuantitativa	Ordinal	0= Valores perdidos 1=Nada 2=Algo 3= Mucho	Frecuencia Porcentaje promedio
	8.3 ¿Sensación de agobio, tensión, inquietud, molestia general e imprecisa, ansiedad, nerviosismo, preocupación o miedo	Cuestionario de auto-reporte	Cuantitativa	Ordinal	0= Valores perdidos 1=Nada 2=Algo 3= Mucho	Frecuencia Porcentaje promedio
	8.4 ¿Siente que juega un papel útil en la vida, aporta a los demás?.	Cuestionario de auto-reporte	Cuantitativa	Ordinal	0= Valores perdidos 1=Nada 2=Algo 3= Mucho	Frecuencia Porcentaje promedio
	8.5 ¿Se siente motivado, siente que puede realizar sus actividades tan bien como antes?	Cuestionario de auto-reporte	Cuantitativa	Ordinal	0= Valores perdidos 1=Nada 2=Algo 3= Mucho	Frecuencia Porcentaje promedio

Variable	Pregunta NO.	Definición operacional	Tipo de variable	Nivel de medición	Forma de calculo Respuestas	Índice
	8.6 ¿Considera que su capacidad para afrontar tensiones es adecuada?	Cuestionario de auto-reporte	Cuantitativa	Ordinal	0= Valores perdidos 1=Nada 2=Algo 3= Mucho	Frecuencia Porcentaje promedio