
PSICOLOGIA Y SALUD

Eddie ulises Ocaña
Labias

LICENCIATURA EN
ENFERMERIA 1º CUATRIMESTRE





TEMAS

Introducción

1. **Terapia cognitiva *mindfulness* y diabetes**
2. **Hipocondría *presentación clínica***
3. **Enfermedades cardiovasculares e hipertensión**
4. **Explicaciones y planteamientos terapéuticos psicológicos actuales**
Impacto psicológico del COVID-19
5. **Impacto Psicológico en trabajadores de la Salud**
6. **Intervenciones psicológicas en COVID-19 *un modelo actual***
7. **variables físicas**
8. **Variables psicológicas**
9. **Variables espirituales**
10. **La calidad de sueño como factor relevante de la calidad de vida**
11. **Respiración diafragmática o profunda**
12. **Conciencia somática**
13. **Dimensión social**
14. **Relación de la conducta del hombre con su salud**

Introducción

El ser humano evolucionó más que otras especies pese a no contar con un equipo biológico superior que le permita captar la realidad con mayor amplitud y eficiencia. ¿Entonces qué determinó su mayor evolución? Se plantea la aparición de la conciencia como la causa que explica este diferente proceso evolutivo, debido a que en ella se representa una nueva realidad, una realidad psicológica más compleja, diversa y apremiante que la realidad física, siendo la que finalmente impondrá las nuevas condiciones de adaptación a los seres humanos. Se abordan las características de esta realidad psicológica, su dinámica interna, sus efectos en la determinación de la conducta humana, así como la implantación de una nueva esfera de realidad social mantenida por la comunicación. Se analiza la interrelación entre estas dos formas de realidad humana. Finalmente se reflexiona sobre la fragilidad del mundo que los humanos hemos construido.

La conciencia se define como el conocimiento que el ser humano tiene de sí mismo, como distinto de los demás de sus existencia y actividad. Noción del bien y del mal, según el cual el hombre juzga la moralidad de sus acciones, se llama también conciencia moral. Es por esta razón que la psicología entra en juego en el estudio del ser humano y sus comportamientos mentales como emocionales.

La terapia cognitiva conductual te ayuda a tomar conciencia de pensamientos imprecisos o negativos para que puedas visualizar situaciones exigentes con mayor claridad y responder a ellas de forma más eficaz, muchas veces el ser humano se aferra a la idea de que no todo está bien aún que físicamente no presente ningún problema, existen un determinado grupo de personas que se obsesionan con el mejoramiento de la salud y llevan a estos a tomar decisiones extremas que en vez de ayudarse se perjudican a sí mismos, estas personas son psicológicamente y clínicamente diagnosticadas como hipocondríacos. Por otro lado, están las personas que presentan problemas fisiológicos que desarrollan con el paso del tiempo y que pueden ser consideradas problemas comunes, pero eso no quiere decir que no sean importantes; estas personas pueden presentar estas enfermedades ya que psicológicamente hablando llevan un estilo de vida libre es decir que llevan un estilo de vida sin cuidados de alimentación principalmente y de activación física. La sociedad se a enfrentado a grandes impactos que dejan traumas muy marcadas y que pueden pasar décadas y aun así no pueden ser superadas por el hombre, si hablamos de estos acontecimientos en la historia podremos encontrar situaciones como la primera y segunda guerra mundial en (1914-1918) y (1939-1945), o más atrás como la peste negra (1347-1351), o más actualmente el COVID-19 el 25 de noviembre hasta la actualidad; en esta última nos enfocaremos siendo la más actual aún queda mucho que aprender de esta situación que afectó en muchos ámbitos de la sociedad; finalmente Para ser una persona sana hay que tener buena salud física, pero también necesitamos sentirnos bien emocionalmente y disponer de un entorno social favorable, lo que nos permitirá afrontar mejor las situaciones de estrés y ansiedad que se presenten.

Terapia cognitiva mindfulness y diabetes

Las estructuras cognitivas pueden relacionarse con los esquemas, los procesos cognitivos con la atribución de sentido que se da a partir de los esquemas. Los resultados cognitivos se relacionan con las creencias, que son el resultado del proceso que se da entre los esquemas y la realidad, dichas creencias a su vez influyen en el mismo proceso los cuales ayudan al individuo a cambiar su conducta mediante el cambio de la forma en que piensan y sienten entre sierras cosas; se usan para tratar trastornos mentales, emocionales, de personalidad y de conducta.

Uno de los hechos iniciales importantes en el surgimiento de la terapia cognitivo-conductual fue la publicación del libro de Ellis (1962) titulado razón y emoción en psicoterapia, así como el artículo de Beck (1963) "Thinking and depresión" que es otro hipo, pero-cursor del surgimiento de la terapia cognitiva. La Psicoterapia Cognitivo Conductual conocida comúnmente como "Terapia Cognitiva" es un modelo psicoterapéutico desarrollado en 1960 por el psiquiatra americano Aaron T.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) se basa en que la forma como la persona que percibe evalúa un acontecimiento, situación o conducta de los demás, determina la forma como piensa, siente y reacciona ante dichos eventos.

Una persona con diabetes puede reaccionar ante la subida de la glucosa diciendo "soy un fracaso" (generalización) con lo cual pone énfasis en la lectura de la glucosa y señala erróneamente su incompetencia, lastimando su autoestima y su motivación para el control de la enfermedad.

La TCC identifica el tipo de pensamiento erróneo y emociones negativas para reemplazarlas por conductas realistas y constructivas.

Estos pensamientos contienen alguna forma de distorsión cognitiva acerca de nosotros mismos y/o el mundo que nos rodea, dando como resultado, por ejemplo, el "catastrofismo" (cuando se exageran las consecuencias negativas e incluso una ligera decepción se percibe como un desastre absoluto) o la "generalización" (cuando un evento negativo es percibido como un patrón de fracaso sin fin) (Van der Ven, Weinger, & Snoek, 2002; Hernández y Sánchez, 2007; Jiménez y Dávila, 2007).

El objetivo de la TCC es contribuir a que el paciente diabético desarrolle habilidades de afrontamiento de la enfermedad, ayudándoles a identificar sus creencias distorsionadas, a contrastar dichas creencias con la realidad y a reemplazarlas por creencias más apropiadas o realistas.

La TCC se ha aplicado con éxito a una amplia serie de trastornos psicológicos asociados a las enfermedades crónicas, entre ellas la diabetes (Beléndez y Méndez, 1999; Cantón y Domingo, 2008; Castro y Rodríguez, 2002; Gálvez, 2009).

Mindfulness es una cualidad de la mente o más bien la capacidad intrínseca de la mente de estar presente y consciente en un momento determinado, en un momento en que cuerpo y mente se sincronizan totalmente en un instante de realidad presente.

La técnica consiste en enseñarla a la persona que tome conciencia plena y total de los pensamientos, emociones y sensaciones del momento presente sin hacer juicios.

El mindfulness fomenta la atención, enfoque en el momento presente y el desarrollo de la conciencia sin prejuicios, lo que ayuda a aceptar la forma como se sienten las emociones (principalmente las negativas, como la depresión), más que vivir luchando constantemente para tratar de modificarlas o erradicarlas, como suelen reaccionar habitualmente.

El propósito central de la Terapia cognitiva basada en Mindfulness es ayudara los pacientes en la reestructuración de las situaciones adversas y estresantes de sus vidas, creando una percepción positiva de oportunidad, crecimiento personal y mejora en la calidad de sus vidas.

Este modelo de terapia neuro-cognitiva posibilita un cambio de interpretación de los eventos estresantes con el propósito de incrementar las emociones positivas. La Terapia Cognitiva Mindfulness es un modelo psicoterapéutico con muy buenos resultados en el contexto del estrés crónico, aliviando la ansiedad y depresión, y reduciendo el distrés emocional, con el propósito de crear un nuevo estilo de vida y mejorar la salud del individuo (Moscoso, 2010).

Simultáneamente, se elevan los niveles de la hormona de crecimiento y cortisol, lo que hace que los tejidos del cuerpo (músculos y grasa) sean menos sensibles a la insulina.

, 2010, Méndez y Beléndez, 2014) Cuando se tiene diabetes tipo 2, los niveles de azúcar pueden disminuir por demasiada medicación o insulina, y puede convertirse en una causa común de estrés.

La respuesta hormonal aun nivel bajo de azúcar en sangre incluye una rápida liberación de epinefrina y glucagón, seguida por una liberación más lenta de cortisol y hormona de crecimiento.

Cuando se tiene diabetes tipo 2, el estrés puede hacer que suba su azúcar en la sangre y que se vuelva difícil de controlar, y quizá necesite tomar dosis más altas del medicamento para la diabetes o insulina (Tovote y cols, 2014)

Hipocondría: presentación clínica

El trastorno de ansiedad por enfermedad, a veces denominado hipocondriasis o ansiedad por la salud, implica preocuparse excesivamente por tener o poder contraer una enfermedad grave. Es posible que no tengas síntomas físicos

Esta interpretación la hace en el contexto de un intento desesperado de que esos síntomas desaparezcan porque suponen para el paciente un dolor inmenso y una amenaza de enfermedad o muerte.

Estos fenómenos, que no propios ni exclusivos de nuestros tiempos, pueden tener una influencia en la aparición y persistencia de la hipocondría.

Pero, desde luego la cultura y la información adecuada son sanas y el único efecto que pueden tener es de prevención de estos trastornos.



se han estudiado los pacientes que acuden a los hospitales y se ha encontrado que entre el 4% y el 9% de los pacientes que acuden al hospital lo hacen debido a síntomas hipocondriacos.

Las únicas diferencias significativas que se han detectado se refieren a culturas, pero pueden ser debidas más a las diferencias entre las formas de expresión de los países mediterráneos (más emocional) y los anglosajones (con mayor control sobre la expresión emocional) que a que existan más trastornos en un país que en otro.

Se han encontrado también diferencias en el nivel cultural, los que tienen menor nivel tienden a dar explicaciones relacionadas con la enfermedad a sus síntomas que a problemas psicológicos, lo que seguramente desencadena más hipocondrías entre este tipo de población, pero habría que matizar esos estudios, porque los más pobres tienen ciertamente peor salud física y también se dan diferencias en la expresión de las emociones.

Son los que tienen miedos hipocondriacos los que leyendo información sobre enfermedades temen tenerlas, pero no a la inversa, a los que leen sobre enfermedades no se les genera hipocondría.

Hay que señalar que los enfermos hipocondriacos graves no suelen ir a la consulta del médico, precisamente por el miedo a que les diagnostiquen una enfermedad.

Otros, como decía, no acuden al médico porque les pueden detectar la enfermedad que tanto temen.

Tratamiento



Se definen claramente con el paciente los objetivos de la terapia, que son que pierda la angustia y el miedo a la enfermedad que teme para poder retomar el sentido de su vida.

El tratamiento básico consiste en perder el miedo a estar enfermo, cuando se está sintiendo la sensación que se teme.

Es el propio pensamiento de estar enfermo que genera un miedo y una angustia muy grandes, es quien genera la sensación que se teme y se interpreta como enfermedad.

Esa angustia es una sensación desagradable e inexplicable que genera más miedo.

De esta forma, la propia ansiedad asociada al pensamiento de estar enfermo se convierte en un disparador de los miedos a la enfermedad.

(Para ver con más detalle cómo se implantan estos procesos se puede consultar la página sobre los procesos psicológicos en la hipocondría)

Enfermedades cardiovasculares e hipertensión

La hipertensión es el principal factor de riesgo para muertes por enfermedades cardiovasculares. Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en la mayoría de los países de las Américas, y son responsables del 30% de las muertes en la región.

La enfermedad cardiovascular se caracteriza por tener una etiología multifactorial, los factores de riesgo cardiovascular se potencian entre sí y, además, se presentan frecuentemente asociados.

Por ello, el abordaje más correcto de la prevención cardiovascular requiere una valoración conjunta de los factores de riesgo¹.

Existen biomarcadores de riesgo, no modificables para la aparición de la enfermedad, incluyen características fijas del sujeto, como pueden ser la edad, el sexo y la historia familiar.

En esta progresión, la edad en la que se produce mayor incidencia de enfermedades es entre los 50 y 65 años.

2 En cuanto al sexo del sujeto, parece ser que los estrógenos tienen un papel protector para las mujeres, retardando la aparición de la enfermedad cuando ningún otro factor hace acto de presencia.

Solteros, divorciados y viudos presentan tasas mayores de enfermedad cardiovascular, parece que el matrimonio actúa como escudo protector sobre todo para el varón⁴.

(Pérez, 2009) En relación con la historia familiar es posible que un sujeto tenga mayor riesgo de sufrir una enfermedad coronaria si algún progenitor posee un historial de enfermedad cardiovascular a una edad temprana.

Dentro de la clasificación de factores de riesgo susceptibles de ser modificados, se puede incluir la dislipidemia, la cual consiste o bien en una alteración del metabolismo de los lípidos (dislipidemia endógena), o bien está en función de la dieta (dislipidemia exógena).

La hipertensión arterial es considerada como otro factor de riesgo primario modificable, se asocia con un mayor número de muertes debidas a enfermedades coronarias, cerebrovasculares, arteriopatía periférica e insuficiencia cardíaca y puede ser controlada con medicamentos, ejercicios físicos y una dieta saludable.



El hábito de fumar es otro factor de riesgo, puesto que se ha observado en diferentes estudios sobre enfermedades coronarias, una mayor incidencia de muertes en personas fumadoras que no fumadoras.

También se incluyen en este grupo: el sedentarismo, como la ausencia de entrenamiento físico sistemático y de intensidad moderada y el sobrepeso u obesidad, acompañados estos de una dieta inadecuada, rica en grasa saturada.

Se pueden considerar el hábito de fumar, el sedentarismo, la obesidad y la dieta

inadecuada como factores que están relacionados con la autorregulación del comportamiento.

Se han estudiado recientemente los factores psicosociales que representan un riesgo para la enfermedad, uno de ellos y se podría considerar como el fundamental: el estrés psicosocial: “proceso de interacción entre el individuo y su entorno, que se produce cuando el sujeto evalúa determinadas situaciones ambientales como amenazantes o desbordantes de sus recursos, poniendo en peligro su bienestar.

5 En la experiencia de estas investigadoras, se ha evidenciado que el estrés laboral tiene una fuerte incidencia para la aparición de enfermedades cardiovasculares, muchos de los pacientes son dirigentes, ocupando cargos políticos y administrativos, militares, amas de casa, cuidadores de personas con minusvalías.

En estudios recientes no se le da el mismo valor predictivo al patrón A de comportamiento, pues muchas de sus características son consideradas como buenos movilizadores del comportamiento (competitividad, responsabilidad), más bien se está haciendo énfasis en el Síndrome AHI (agresión, hostilidad e ira), se hace referencia a un término acuñado por la relación hallada entre la elevada incidencia de enfermedad cardiovascular y el número de sujetos clasificados como hostiles con tendencia a aislarse fácilmente y a reducir su activación emocional mediante conductas agresivas.

No sólo con la incidencia de uno de estos factores sobre el sujeto propiciará la aparición de la enfermedad en sí, deben manifestarse de conjunto dos o más factores tanto los biológicos, sociales y psicológicos.

Explicaciones y planteamientos terapéuticos psicológicos actuales

Estas enfermedades van en aumento y suelen asociarse con uno o más factores de riesgo, los diez principales factores incluyen, en orden de importancia: bajo peso, sexo sin protección, hipertensión arterial, consumo de tabaco, consumo de alcohol, sanidad deficiente, déficit de hierro, humo por combustión de sólidos en interiores, colesterol alto y obesidad (World Health Organization, WHO, 2003). Así, la hipertensión arterial constituye un importante problema de salud pública al constituir el tercer factor de riesgo más importante para la mortalidad por padecimientos crónicos en general.

En efecto, entre las enfermedades no transmisibles cuyo aumento en incidencia es notorio, tanto en países desarrollados como en países en desarrollo con relativa baja mortandad (tales como México), la hipertensión arterial es actualmente la principal causa de muerte.

A nivel mundial la hipertensión es la tercera causa prevenible de enfermedad y muerte que cobró más daly's en el año 2000 con un total de 64 millones de ellos, tan sólo después del bajo peso y las prácticas sexuales inseguras (WHO, 2003). En México, de los tipos de hipertensión identificables, la hipertensión primaria o esencial fue el padecimiento más frecuentemente diagnosticado durante el año 2001 y el principal motivo de consulta externa en el 2002.

Finalmente, las enfermedades cardiovasculares entrañan el problema adicional de un desarrollo relativamente lento que las hace pasar desapercibidas en muchos individuos expuestos a condiciones de riesgo tales como la hipertensión. El comportamiento del paciente es un componente clave en su bienestar por el efecto de aspectos cognitivos, instrumentales y emocionales sobre el funcionamiento del organismo (Knight & Camic, 1998; Sánchez-Sosa, 2002).

Por ejemplo, en el seguimiento de las indicaciones del médico, creencias sobre lo que puede ocurrir si se siguen o no las instrucciones del personal de salud determinarán parcialmente esa conducta.

En el caso de la hipertensión estas creencias frecuentemente son inadecuadas debido al carácter asintomático del padecimiento.

En cuanto a los aspectos afectivos, una de las razones para el estudio del papel de las emociones en la salud es la interferencia de algunos estados como la depresión y la ansiedad con conductas que protegen o restauran la salud, tales como el autocuidado y la adherencia terapéutica.

Otra vía por la que los estados emocionales pueden contribuir a deteriorar el bienestar y la salud ocurre mediante sus efectos sostenidos en procesos fisiológicos como la activación parasimpática, el aumento de plaquetas en sangre, o la debilitación de procesos inmunes (Brannon & Feist, 2000; Cohen, 1982; Sánchez- Sosa,2002).

Los aspectos instrumentales de la conducta están parcialmente modulados por las cogniciones y emociones, principalmente las relacionadas con ansiedad y depresión.

Por otra parte, la ansiedad se ha asociado muy frecuentemente con la hipertensión por las reacciones fisiológicas que implica.

Un estudio con una muestra de pacientes hipertensos en México reveló que algunas quejas frecuentes incluyen fatiga, ansiedad, tos, cefalea, náusea y mareo (Barrón-Rivera, Torreblanca- Roldán, Sánchez-Casanova & Martínez-Beltran, 1998).

Cabe señalar que náusea, tos y mareo son algunos de los síntomas colaterales más frecuentes de los fármacos hipotensores, y que pueden generar tanto deterioro en calidad de vida, como la baja adherencia terapéutica típica del hipertenso.

Se ha mostrado, por ejemplo, que el sólo etiquetar como “hipertenso” a un individuo puede generarle perjuicios tales como angustia, y ausentismo laboral por enfermedad (Alderman & Lamport, 1990; Melamed, Froom & Green, 1997). Algunas propuestas describen a la CDV como valoración subjetiva del individuo y conductas de funcionamiento cotidiano.

En efecto, algunos estudios de calidad de vida ven en la salud una variable que afecta a otros componentes como el funcionamiento en el trabajo, ocio, autonomía, relaciones interpersonales y sociales adecuadas, etc.

Impacto psicológico del COVID-19

Debido a lo reciente de la enfermedad se cuenta con poca evidencia disponible, sin embargo, ya especialistas reportan una serie de reacciones y estados psicológicos observados en la población, incluyendo efectos en la salud mental (Torales, O`Higgins, Castaldelli-Maia & Ventriglio, 2020).

Estos estados y conductas pueden dar pie a problemas en salud mental pública incluidas reacciones de angustia (insomnio, ira, miedo extremo a la enfermedad incluso en personas no expuestas), y de comportamientos riesgosos para la salud como mayor uso de alcohol y tabaco y aislamiento social), trastornos específicos como trastorno de estrés postraumático, trastornos de ansiedad, depresión, y somatizaciones.

Estos últimos síntomas y la necesidad de intervenciones terapéuticas son igualmente recomendables para niños (ShaYanq, Wang et al.

Un efecto similar lo reportan (2020), quienes estudian los mensajes enviados de Weibo (sitio web chino de redes sociales) antes y después de la declaración del COVID-19 el 20 de enero del 2020, encontrando que las emociones negativas como la ansiedad, la depresión y la indignación, así como la sensibilidad a los

riesgos sociales aumentaron, en tanto disminuyeron las emociones positivas (por ejemplo, la felicidad) y la satisfacción con la vida.

Por otra parte, entre el 31 de enero al 2 de febrero de 2020 se realizó una encuesta en línea a 1210 personas de varias ciudades chinas, encontrándose que el 53.

8% los encuestados calificó el impacto psicológico de la enfermedad como moderado o severo (tratamiento, situación de brote local) y medidas de precaución específicas como higiene de manos y uso de una mascarilla) se asociaron con un menor impacto psicológico del brote y menores niveles de estrés, ansiedad, y depresión.



En este sentido, los especialistas concuerdan que las intervenciones en crisis deberían ser consideradas como una medida a implementar en todos los grupos afectados, ya sea pacientes personales médico, contactos cercanos, personas en las áreas afectadas, así como público en general (Zhu, Chen, Ji, et al.

Las intervenciones psicológicas en crisis tienen como objetivo minimizar los daños psicológicos y proveer asistencia durante la prevención y el control de la epidemia, intentando evitar así problemas posteriores como el estrés post traumático.

(2020), con base a los protocolos establecidos por el Gobierno Chino y aplicados en Shanghai en pacientes con neumonía por coronavirus, reporta cuatro niveles de atención que podían ayudar a la priorización de la atención: 1) pacientes con síntomas severos, personal médico de choque investigadores y personal administrativo, 2) pacientes con sintomatología mediana, contactos cercanos, pacientes sospechosos o que ingresan con fiebre para tratamiento, 3) personas relacionadas con los grupos 1 y 2, como miembros de la familia, colegas o amigos, rescatistas, 4) personas en áreas afectadas, grupos vulnerables o público en general.

La cuarentena, concebida como la separación y restricción del movimiento de personas que han sido potencialmente expuestas al virus, también ha sido un factor estudiado.

Los autores plantean que se han reportado efectos psicológicos negativos, como síntomas de estrés postraumático, confusión e ira.

Igualmente, reportan que existirían diversos factores que incidirían en la respuesta de las personas al distanciamiento social, como por ejemplo el tiempo de duración de la cuarentena, temores de infección, frustración, aburrimiento, suministros inadecuados, información inadecuada, pérdidas financieras y estigma.

Plantean que en las situaciones en que la cuarentena se considera necesaria, no se debe poner a las personas en cuarentena por un período superior al requerido, debiéndosele proporcionar una justificación clara de la cuarentena e información sobre los protocolos, asegurando que se proporcionen suficientes suministros.

Impacto Psicológico en trabajadores de la Salud

La pandemia por la COVID-19 ha traído consigo una serie de afectaciones en diferentes sectores sociales, tanto económicos, sociales y evidentemente, de salud. Sin embargo, el personal de salud se ha visto afectado psicológicamente tras la constante exposición a esta enfermedad, prolongadas jornadas laborales y el deterioro tanto físico como mental que la lucha en la primera línea de defensa conlleva. Entre los factores que contribuyen al desarrollo de trastornos de ansiedad, depresión, insomnio entre otros, se encuentran el factor etario, el contexto social y relaciones interpersonales, la falta de capacitación, el nivel de exposición a pacientes contagiados entre otros. Todos estos factores y sus repercusiones en la salud de los trabajadores de la salud son una problemática que no debe pasar desapercibida, esto en virtud de salvaguardar el bienestar de aquellos quienes se encuentran en la primera línea de defensa contra la COVID-19.

investigaron la percepción de riesgo y el estado psicológico inmediato de trabajadores de la Salud en la etapa temprana de la epidemia de COVID-19.

Se evaluó entonces la percepción del riesgo y el estado psicológico junto a características demográficas y las experiencias de exposición a COVID-19.

Las principales preocupaciones de los trabajadores de la salud fueron en primer lugar infección de colegas (72).

Por otra parte, un 39% de los trabajadores sanitarios presentaban problemas psicológicos, principalmente los que ya habían pasado por aislamiento y contagio a familiares o colegas.

Sin embargo, el personal de salud se ha visto afectado psicológicamente tras la constante exposición a esta enfermedad, prolongadas jornadas laborales y el deterioro tanto físico como mental que la lucha en la primera línea de defensa conlleva.

Todos estos factores y sus repercusiones en la salud de los trabajadores de la salud son una problemática que no debe pasar desapercibida, esto en virtud de salvaguardar el bienestar de aquellos quienes se encuentran en la primera línea de defensa contra la COVID-19.

Dentro del colectivo de trabajadores no sanitarios hay que distinguir dos grupos: los trabajadores de actividades esenciales y los no esenciales.

Los primeros han seguido su actividad laboral normal, en contacto con personas que podían estar contagiadas y con el peligro añadido de contagiar a sus familiares al volver al domicilio.

En el segundo grupo están los trabajadores en puestos no esenciales, que en gran medida han tenido que seguir trabajando en sus domicilios mediante teletrabajo y, en caso de no poder hacerlo, tuvieron que interrumpir temporalmente su actividad profesional por no haber podido virtualizarla.

Siendo conocidos los riesgos para la salud derivados del teletrabajo, con aumento de las tensiones a consecuencia del aislamiento, la adaptación a nuevas formas de trabajar y a un nuevo entorno, que suele provocar aumento de la carga mental y familiar, o factores positivos como no tener que desplazarse al trabajo, así como los efectos de la pérdida de empleo o la inseguridad para mantenerlo.

Se ha constatado que el entorno laboral tiene un fuerte impacto en la salud mental de los trabajadores, especialmente en situaciones límites de alta exigencia profesional.

El sentido de la coherencia (SOC) es entendido como la capacidad de las personas para percibir una situación estresante como comprensible, manejable y significativa, lo que les permite utilizar sus recursos para afrontarla de forma eficaz.

Esta asociación también es vista en los trabajadores no sanitarios, a lo que hay que sumar el efecto del engagement laboral, entendido como un estado de salud mental positivo y satisfactorio relacionado con el trabajo.

Niveles bajos de SOC y de engagement laboral, han demostrado ser factores protectores ante la presencia de distrés, ayudando en el afrontamiento de esta complicada situación.

Entre las variables que predicen el distrés psicológico en los trabajadores no sanitarios encontramos ser mujer, tener una vivienda interior, una mala percepción de salud durante los últimos 14 días, el número de síntomas, haber estado en contacto con personas o material contaminado y ser trabajador autónomo.

Otro aspecto interesante a analizar son las vías de información recibida sobre la pandemia y sus efectos en desarrollar distrés.

Hemos constatado que, en el conjunto de la población estudiada, las redes sociales ocupan el primer lugar.

Intervenciones psicológicas en COVID-19-: *un modelo actual*

Las intervenciones psicológicas en crisis tienen como objetivo minimizar los daños psicológicos y proveer asistencia durante la prevención y el control de la epidemia, intentando evitar así problemas posteriores como el estrés post traumático.

De esta forma, ya se sabe cuáles serían las conductas preventivas; prácticas de higiene de manos, evitar el contacto público, uso de máscaras, detección de casos, localización de contactos, cuarentenas para reducir la transmisión.

Ante la conducta de sospecha de presentar la enfermedad, primeros síntomas o el haber estado cerca de personas infectadas: acudir a centros de salud y realización de diagnóstico.

Por último, si se ha detectado la presencia del virus en las personas comienza la realización del tratamiento que está vinculado nuevamente a conductas delimitadas y específicas como reposo y aislamiento y el tratamiento de los síntomas siguiendo las indicaciones médicas.

(2020) proponen siete áreas en que la ciencia del comportamiento puede contribuir a frenar la propagación del virus en distintos niveles, no sólo por las autoridades nacionales y locales, sino también por organizaciones, lugares de trabajo e incluso hogares.

Estos investigadores plantean, por ejemplo, que la evidencia muestra que la educación y la información sobre la higiene de las manos no es suficiente, que el aislamiento puede causar distrés y problemas de salud mental que requieren

atención o que las percepciones de riesgo pueden estar sesgadas o distorsionadas.

Variables físicas

La actividad física es una importante alternativa para una vida saludable, incluyendo no tener dolores, no disminuir nuestras capacidades, mantenerse mentalmente activo y no reducir involuntariamente nuestras actividades.

Una práctica de actividad física-deportiva realizada bajo unos determinados parámetros de frecuencia, intensidad y duración está encuadrada dentro de los modelos o estilos de vida saludables.

En este sentido, diversos estudios muestran que existen relaciones significativas entre la práctica de actividad física y la reducción de hábitos negativos para la salud de los adolescentes, como el consumo de tabaco y alcohol.

Asimismo y, desde una consideración integral de la salud, hay que destacar los beneficios psicológicos y sociales de la misma, que convierten a la actividad físico-deportiva en un factor primordial para la contribución al desarrollo personal y social armónico en escolares y adolescentes, teniendo una marcada influencia en los hábitos de práctica durante la edad adulta.

La actividad física regular es importante para la buena salud, en especial si está intentando bajar de peso o mantener un peso saludable.

Al bajar de peso, una mayor actividad física aumenta la cantidad de calorías que su cuerpo “quema” o utiliza para obtener energía.

Al quemar calorías mediante la actividad física y reducir a la vez el número de calorías que consume, se origina un “déficit calórico” que se traduce en pérdida de peso.

Sin embargo, la evidencia muestra que la única manera de mantener la pérdida de peso es realizar actividades físicas en forma regular.

Y lo que es aún más importante, la actividad física reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares y diabetes en mayor medida que la pérdida de peso por sí sola.

La actividad física también ayuda a:

- Mantener el peso.
- Reducir la presión arterial alta.
- Reducir el riesgo de diabetes tipo 2, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular y varios tipos de cáncer.
- Reducir el dolor de la artritis y la discapacidad asociada con esta afección.
- Reducir el riesgo de osteoporosis y las caídas.
- Reducir los síntomas de depresión y ansiedad.

A continuación, le ofrecemos algunas pautas a seguir: Para mantener su peso: Llegue gradualmente hasta 150 minutos de actividad aeróbica de intensidad moderada, 75 minutos de actividad aeróbica de intensidad vigorosa o el equivalente combinado de los dos tipos de actividad cada semana.

Es posible que usted necesite hacer algo más que el equivalente de 150 minutos de actividad de intensidad moderada a la semana para mantener su peso.

Para perder peso y no recuperarlo: Usted necesitará una gran cantidad de actividad física a menos que ajuste su dieta y reduzca la cantidad de calorías que come y bebe.

Variables psicológicas

Por muchas y variadas que sean las razones para llevar un estilo de vida saludable, son simultáneamente muy fuertes los factores socioculturales que juegan en contra de los buenos propósitos de hacer más ejercicio, de reducir la ingesta de alcohol o de alimentos, de llevar, en definitiva, una vida más sana.

Y uno de esos mecanismos es, tal como lo ponen de relieve los datos presentados en un reciente artículo nuestro (Rodríguez, Goñi y Ruiz de Azúa, 2006), el autoconcepto físico por las relaciones que mantiene tanto con el bienestar psicológico subjetivo como con los hábitos de vida saludables.

Nuevos datos Eran conocidas las relaciones entre el autoconcepto físico, entendido como un conjunto de percepciones de las capacidades y atributos físicos propios que varía a lo largo del desarrollo evolutivo de manera diferente para cada uno de los dos géneros, y la frecuencia de actividad deportiva o el índice de masa corporal (Goñi, Rodríguez y Ruiz de Azúa, 2004); se sabía también que una baja percepción del yo físico guarda relación con una mayor probabilidad de padecer trastornos de conducta alimentaria (Goñi y Rodríguez, 2004).

Según nuestros datos, a la edad de 12 a 14 años se tienen hábitos de vida más saludables que en años posteriores; los hombres afirman llevar un estilo de vida más sano que las mujeres (consumen menos alcohol y tabaco, realizan más deporte, y perciben su alimentación como más sana); y, finalmente, quienes hacen deporte de forma más asidua obtienen puntuaciones superiores en un cuestionario dedicado a evaluar los hábitos de vida saludables.

Y, de otro lado, tanto un bienestar psicológico elevado como un estilo de vida más saludable se encuentran estrechamente relacionados con un concepto del yo-físico más positivo y elevado.

Los datos de nuestro estudio muestran una fuerte correlación de las puntuaciones de los adolescentes en autoconcepto físico con las puntuaciones en bienestar psicológico subjetivo.

Pautas para la intervención Los programas de intervención psicosocial deberían poner de relieve y ayudar a tomar conciencia de que un esfuerzo personal por mejorar el estilo de vida va a resultar rentable por sus repercusiones positivas no sólo en la salud física, sino también en la salud psicológica: va a aumentar el bienestar psicológico, va a mejorar el autoconcepto.

De otro lado, es decisivo, cuando se trata de un programa de intervención para la mejora de un determinado proceso (por ejemplo, los estilos de vida), el abordarlo tanto de forma directa como de manera indirecta, es decir, incidiendo

en los factores asociados (en este caso, el autoconcepto y el bienestar psicológico) ya que previsiblemente la mejora de estos repercutirá en la mejora de los hábitos de vida saludables.

Los contextos escolares, por ejemplo, son especialmente adecuados para llevar a cabo esta importante tarea de detección precoz y de intervención educativa y en estos contextos resulta útil y fácil contar con medidas del autoconcepto físico del alumnado: el CAF (Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez, 2006) se ha mostrado como un instrumento con sensibilidad para captar diferencias asociadas no sólo con las variables que aquí se comentan (bienestar y estilos de vida) sino con otras variables tan significativas como los trastornos de conducta alimentaria y el índice de masa corporal (Goñi y Rodríguez, 2004).

Así mismo ha podido comprobarse (Ruiz de Azúa, Rodríguez y Goñi, 2005) que una mayor vulnerabilidad ante las presiones socioculturales en cuanto a la difusión del modelo estético de la delgadez corporal se asocia también con un autoconcepto físico menor.

Variables sociales

La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud (DSS) como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”.

Las condiciones anteriores pueden ser altamente diferentes para varios subgrupos de una población y pueden dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud.

Para superar los obstáculos y lograr progresos, es indispensable que las políticas sociales reconozcan la función de género como un fuerte determinante estructural de la salud.

Por ejemplo, las mujeres tienen costos de salud mayores que los hombres debido a su mayor utilización de los servicios de atención de salud.

Al abordar las «causas de las causas» que son fundamentales para la buena y la mala salud, el enfoque de los determinantes sociales de la salud puede eliminar algunos de los principales obstáculos que repercuten en la salud y resolver algunos de los problemas de salud de más difícil solución en la Región que están estrechamente vinculados con las dimensiones de la inequidad, y apoyar así la transición progresiva hacia la salud universal.

En la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud de la Organización Panamericana de la Salud se señala que las recientes mejoras logradas en el ámbito de la salud en toda la Región se debieron en parte a los avances del desarrollo económico y social de los países, la consolidación de los procesos democráticos, el fortalecimiento de los sistemas de salud y el compromiso político de los países para atender las necesidades de salud de sus poblaciones.

En esa estrategia se reconoce que las políticas e intervenciones en las que se abordan los determinantes sociales de la salud y se fomenta el compromiso de la sociedad en su totalidad de promover la salud y el bienestar, haciendo hincapié en grupos en situaciones de pobreza y vulnerabilidad, son requisitos esenciales

para avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

Hay una clara necesidad de seguir realizando esfuerzos para superar la exclusión, la inequidad y los obstáculos para el acceso y la utilización oportuna de los servicios de salud integrales.

Es necesario adoptar mejores medidas intersectoriales para influir en las políticas, los planes, la legislación y los reglamentos que abordan los determinantes sociales de la salud, así como en la acción conjunta en este sentido más allá del sector de la salud.

Variables espirituales

El concepto de espiritualidad ha ido cobrando cada vez más importancia, excedió los límites de la religión y de la moral, especialmente en el mundo occidental, hasta convertirse en un constructo estudiado ampliamente por el campo de la salud (Koenig, 2008).

200 estudios sobre espiritualidad y religión en el área de la salud, y es en los últimos veinte años cuando más se ha encontrado una fuerte relación entre religiosidad- espiritualidad y salud física y mental en todo tipo de enfermedad.

Modelos de espiritualidad en salud Recientemente, Koenig (2008) planteó cuatro modelos sobre la relación de la salud mental y física con la religión y la espiritualidad o secularidad (laicidad): Versión tradicional-histórica de espiritualidad Se caracteriza por la profunda religiosidad, la dedicación al servicio de la religión y los miembros de una comunidad y, la enseñanza de las tradiciones de la fe a través del testimonio de vida.

En esta versión, la religión, la espiritualidad y la secularidad (laicidad) son recursos que pueden promover valores morales, conexiones con otros, tranquilidad, armonía, bienestar, esperanza, rasgos positivos de carácter y estados mentales positivos como el propósito y significado de la vida.

La espiritualidad en esta versión es entonces un constructo completamente separado de las medidas de salud mental o física

Esta versión conceptualiza la comparación de la salud mental y física de los que son “espirituales religiosos”, los que son “espirituales, pero no religiosos”, y los que son “completamente seculares” Versión tautológica moderna de espiritualidad Aunque es similar a la anterior (versión moderna) se caracteriza porque se extiende hacia fuera incluyendo en su definición la salud mental positiva y los valores humanos.

Este concepto de espiritualidad incluye no sólo indicadores religiosos tradicionales o una búsqueda de lo sagrado, sino también estados psicológicos positivos como propósito y significado de la vida, la conexión con los demás (la calidad de apoyo social), tranquilidad, armonía y bienestar.

Se define como versión “tautológica” porque incluye indicadores de salud mental en la definición de espiritualidad, lo que asegura una confirmación positiva entre estas dos variables.

Versión clínica moderna de espiritualidad Esta versión se caracteriza porque no sólo incluye las anteriores, es decir, el constructor de religión y los indicadores positivos de salud mental, sino también lo secular (laicismo) como elementos de su definición.

La calidad de sueño como factor relevante de la calidad de vida

La calidad de sueño nos hace referencia al hecho de dormir bien durante la noche y el rendimiento diurno. De esa forma, influye en salud y la buena calidad de vida. La pérdida de sueño es uno de los problemas de la sociedad moderna más llamativos especialmente en estudiantes de medicina humana.

Por desgracia, y quizá como consecuencia del ritmo de vida que caracteriza a las sociedades industrializadas, los trastornos del sueño suponen una de las alteraciones más preocupantes en la actualidad.

Aproximadamente una cuarta parte de la población sufre algún tipo de trastorno del sueño, en especial las mujeres de mediana edad y las personas ancianas, siendo el insomnio la queja más común.

En este capítulo describiremos en primer lugar un modelo comportamental del sueño que integra los elementos esenciales que influyen en la calidad del mismo; en segundo lugar, se analizará el papel que estos factores desempeñan; y, en tercer lugar, nos centraremos en aquellos instrumentos más importantes para evaluar la calidad del sueño.

Perspectiva comportamental del sueño El sueño se puede definir como un estado funcional, reversible y cíclico, que presenta ciertas manifestaciones conductuales características, como la relativa ausencia de motilidad y un incremento del umbral de respuesta a la estimulación externa, produciéndose durante el mismo cambios funcionales a nivel orgánico, así como cambios de actividad en el sistema nervioso, acompañado todo ello de la actividad intelectual que supone soñar (Buela-Casal y Sierra, 2001b).

Desde una visión comportamental, Buela-Casal y Sierra (2001a) proponen un modelo en el que el sueño —tanto su duración como su estructura— está determinado por cuatro dimensiones diferentes: tiempo circadiano (¿cuándo duerme la persona?), factores intrínsecos al organismo (edad, patrones de sueño, estado fisiológico o necesidad de dormir (¿cómo duerme?)), conductas que facilitan o inhiben el sueño (¿qué hace para dormir?) y, por último, el ambiente (habitación, temperatura, luz, ruido, etc.).

Tiempo circadiano Durante la mayor parte de la vida, el sueño del ser humano se ajusta a un ritmo circadiano de 24 horas, coincidiendo con la noche, aunque este ritmo no caracteriza todo el ciclo vital, pues, por ejemplo, durante los primeros meses de vida, el sueño sigue un ritmo circadiano de 3-4 horas.

Por desgracia, en las sociedades occidentales un gran porcentaje de la población adulta sufre alteraciones del ritmo circadiano, sobre todo como consecuencia de los horarios laborales; se estima que aproximadamente una cuarta o quinta parte de los trabajadores del mundo industrializado trabajan por turnos.

Por otro lado, para lograr fortalecer el ritmo circadiano del sueño y la vigilia, es indispensable tratar de acostarse y levantarse a la misma hora todos los días; se recomienda que, aunque algún día nos acostemos tarde, a la mañana siguiente nos levantemos a la hora habitual.

Respiración diafragmática o profunda

La respiración diafragmática es un tipo de respiración relajante que usa el diafragma. El diafragma es el músculo que se encuentra debajo de las costillas y arriba del estómago. Con este tipo de respiración, el diafragma ocasiona que el estómago, en vez del pecho, suba y baje.

Los estudios realizados indican que la práctica de la RD incrementa o estabiliza la temperatura periférica (Fried, 1990), lo cual está asociado con la disminución del Arousa simpático.

Se ha demostrado que esta respiración puede ayudar cuando se sufre de dolores de cabeza, ansiedad, presión arterial alta, alteraciones en el dormir, manos y pies fríos, etcétera.

Este movimiento crea más espacio en la cavidad del pecho, lo que permite que los pulmones se llenen totalmente.

Durante la exhalación, el diafragma se relaja y retoma su forma de cúpula.

La tercera parte baja de los pulmones contiene la mayor cantidad de sangre cuando el individuo está parado; de esta forma, la RD oxigena una mayor cantidad de sangre por cada ciclo respiratorio más que los otros tipos de respiración (Everly, 1990).

La hiperventilación se caracteriza por ser una práctica respiratoria torácica rápida, con frecuentes jadeos, contracciones abdominales e inhibición de la fase inhalatoria.

Es necesario el entrenamiento en la RD para revertir esta práctica respiratoria.

En la RD los hombros no deben moverse hacia arriba ni el pecho expandirse hacia afuera (esto es lo que comúnmente se llama respiración profunda).

El aire fluye suavemente hacia adentro y hacia afuera de los pulmones.

Conciencia somática

Las posturas y las emociones negativas que surgen de esta situación, pueden convertirse en placer, vitalidad, motivación, creatividad, comunicación e implicación para un cambio positivo y la mejora de nuestras acciones.

La conciencia somática enfoca los procesos que relacionan el cuerpo y la mente y nos permite conocernos mejor a partir de nuestro estado corporal: los sentidos y el movimiento, el sistema nervioso y la estructura musculo-esquelética y otras muchas funciones corporales que participan en este proceso.

Es una experiencia que implica no solo mi físico, sino también mi pensamiento, mi comportamiento, mi emoción, mi sensación y habla de cómo estos aspectos en interacción continua y en un único espacio corporal "el soma", determinan mi funcionamiento.

Ello define la relación entre el sistema nervioso como función que nos permite desarrollar la conciencia, el cuerpo biológico y su estructura y el entorno o medio donde nos movemos y actuamos.

La educación somática habla de la capacidad que tenemos los seres humanos de modificar y mejorar nuestro propio funcionamiento y la calidad de nuestros movimientos a partir del conocimiento de las sensaciones internas que surgen de nuestro cuerpo y cuya mejoría influenciara los diferentes aspectos de nuestro ser.

Ello significa que, mejorar un movimiento y aliviar un dolor, no solo repercute en mi bienestar físico, sino también en mi manera de gestionar mis emociones, pensamientos, sensaciones y comportamientos.

Al centrarme en la calidad y mejora de las sensaciones ligadas a funciones o acciones tales como respirar, comer, moverme, sentarme, comunicar, arraigarme, relacionarme, o emocionarme que se expresan a partir de patrones somáticos corporales, encuentro los recursos y la creatividad suficientes para solucionar situaciones o dolencias tanto físicas como psicológicas o emocionales vinculadas a dichas funciones.

El enfoque somático dirige la atención al desequilibrio que causa ese dolor en el organismo.

En ese sentido no se trabaja directamente con los síntomas del dolor sino con sus causas, en este caso, una organización del movimiento defectuosa y se estimula al sistema nervioso para que restablezca el equilibrio.

Recuperamos la capacidad inherente de nuestro organismo de autorregularse, permitiendo un proceso de aprendizaje y cambio que nos permite desarrollar más flexibilidad, movilidad y funcionalidad.

Dimensión social

Supone la expresión de la sociabilidad humana característica, esto es, el impulso genético que la lleva a constituir sociedades, generar e interiorizar cultura, y el hecho de estar preparada biológicamente para vivir con otros de su misma especie, lo que implica prestar atención a otro humano necesariamente presente, y la sociabilidad, o capacidad y necesidad de interacción afectiva con semejantes, expresada en la participación en grupos, y la vivencia de experiencias sociales.

Enfatiza en la diversidad de aspectos que permiten a la persona interactuar con otras personas, para lo que son esenciales la existencia de otros con conciencia de sí mismos, el lenguaje y la intención de comunicar.

La persona nace en una sociedad (antes de nacer ya se está condicionado por una variedad de aspectos sociales, por ejemplo, las costumbres que marcan cuales son los patrones adecuados de comportamiento respecto a la elección de pareja o el embarazo) y necesita vivir en sociedad, ésta favorece la adaptación al medio, lo que le multiplica las posibilidades de sobrevivir.

Nace de otras personas y requiere la presencia de otras personas para sobrevivir, llegar a ser ella misma en todos sus extremos y vivir una vida plena.

De hecho, muchas de las necesidades humanas precisan de la interacción con otros para ser cubiertas.

Se interioriza la cultura de la sociedad en la que se nace o en la que se vivía través de los procesos de socialización que, en última instancia, favorecen la construcción del sentido del yo de la pertenencia a un determinado grupo.

Mediante los otros, se moldea a la persona hasta que ésta acepta por completo las normas y valores sociales característicos del grupo donde habita, los ajusta a su propia idiosincrasia, y obtiene un marco de referencia para percibir y comprender la realidad y actuar autónomamente en ella.

La construcción de la propia identidad es otro de los procesos sociales básicos.

El proceso de identificación va a permitir a la persona descubrir el significado de su propia existencia y la construcción de su proyecto vital, aspecto éste imprescindible para la autorrealización.

En el contexto de la interacción con otros, la persona puede diferenciarse de los demás y reconocer sus similitudes con ellos.

Obtiene así, entre otros, sentido de su cuerpo y de sí misma como algo que permanece, aunque esté en cambio continuo; o la creencia en la propia valía.

La dimensión social y colectiva de las personas es tan importante como la dimensión somática o la psíquica.

Que, dadas las tragedias totalitarias del pasado, requieren preservar la singularidad de los individuos.

La paradoja de Rose aporta una explicación verosímil de la escasa adhesión a la vacunación de los profesionales sanitarios que durante muchos años han prescrito la vacuna estacional de la gripe sin vacunarse ellos mismos.

Una desconfianza que a menudo se combate mediante el marketing social como recomienda la guía de servicios preventivos comunitarios⁶ pero que sin profundizar en las políticas de transparencia y de rendir cuentas podría quedar limitada a una seductora persuasión.

Para promover comportamientos socialmente responsables en estos tiempos que corren tal vez no sea bastante recuperar mayor credibilidad y debemos recurrir a argumentos como los de Foster y Grundmann⁷ a propósito de la resistencia a los antibióticos, para quienes la solución del problema requiere anteponer la sociedad al individuo, prefieren dejar sin tratamiento algunos pacientes que tratar demasiado a la mayoría.

Todavía más cuando incluso aquellas personas que son objetivamente perjudicadas, perciben como pérdida la supresión de las intervenciones sanitarias iatrogénicas.

Relación de la conducta del hombre con su salud

El comportamiento saludable como cualquier otro comportamiento se adquiere, se aprende, La salud como proceso implica identificación, atención, adquisición, práctica, mantenimiento, y desarrollo.

El comportamiento saludable debe definirse como un comportamiento específico de salud desde la salud.

El objetivo del comportamiento saludable debe ser la salud Biopsicosocial.

Por lo tanto, la salud es un proceso que se manifiesta momento a momento como diferentes estados.

Por lo tanto, la salud es un proceso que se manifiesta momento a momento como diferentes estados.

Aprender a identificar las variables de las cuales es función el estado saludable, los factores de salud, seguridad y bienestar de manera cotidiana Identificación de la o las áreas saludables actuales o en perspectiva Repetición constante de los comportamientos saludables Definir las áreas como objetivos constantes de vida continuados: Inmediatos, a mediano ya largo plazo.

Establecerla como hábito: Ejercerla de manera práctica y constante identificando constantemente los beneficios y posibilidades.

Pasos sucesivos: Considerar que un proceso es una secuencia de comportamientos que sean especializando o perfeccionando con el curso del

trabajo al ejercerlo Práctica mejorada Hasta entonces considerarla y mantenerla como un estilo de vida.

La práctica cotidiana es el paso que se tiene que ir cubriendo para alcanzar los objetivos.

Elementos para ubicar al comportamiento saludable como un proceso de salud.

1. La medicina las instituciones médicas y los médicos ven a la persona enferma y tratan a la enfermedad y a la salud desde la enfermedad.
2. A pesar de que la definición de salud impuesta por la OMS desde finales de los 40s ha señalado que la salud “es un estado de bienestar general biopsicosocial” contraponiéndose a la concepción de la salud como “ausencia de enfermedad”, en los hechos, la salud se trata aún en la actualidad como ausencia de enfermedad o como cura de... por lo tanto es necesario que se privilegie a la salud desde la salud y se hagan efectivos los rubros psicológico y social desde la salud y para la salud en el ámbito de la prevención.
3. La salud desde la salud debe manejarse como comportamiento biopsicosocial, multifactorial y multicausal.
4. Es decir, tratar el tema de la salud como un área legítima de conocimiento en sí misma identificando, estudiando y controlando las variables que determinan por qué un individuo que es sano está sano.
5. 7. Si tomamos al comportamiento saludable como un proceso multicausal, que como tal puede cambiar momento a momento (dinámico) y que por tanto no es absoluto, se puede hablar de diferentes niveles o posibilidades de comportamiento de salud.
6. 8. Tenemos que describir de manera amplia explícita y precisa cada una de las condiciones de esos estados de salud o de bienestar lo que no necesariamente tendría que implicar o hacer referencia a la enfermedad.
7. 9. La salud es otro proceso a lo largo del continuo salud enfermedad y se tiene que explicitar.
8. Hay que rescatar las posibilidades de la salud en sí misma.

Conclusión

Al analizar los antecedentes teóricos y empíricos de la Terapia Cognitiva, se encuentra que esta surge en medio de varios acontecimientos significativos como el declive del psicoanálisis ante los criterios de efectividad y el auge del cognoscitismo. Además, recibe influencia desde la filosofía, el psicoanálisis y la psicología a partir de diferentes pensadores terapeutas y escuelas que resaltaban unánimemente el papel de la cognición en la comprensión de la psicopatología. En cuanto a la teoría, esta se sustenta sobre una estructura con algunos puntos comunes, como: la identificación de tres niveles de respuesta (cognición, emoción y comportamiento) y su respectiva interacción, así como su influencia en los patrones de pensamiento, comportamiento y emoción; la presencia de creencias irracionales, distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos que pueden dar paso a trastornos como producto de alteraciones de los componentes cognitivos, comportamentales y emocionales, los cuales están sujetos al modelo diátesis-estrés.

Adicionalmente, se enfatiza que este modelo estructura el funcionamiento en una jerarquización del procesamiento de la información, el cual varía en abstracción, arraigamiento y nivel de conciencia. Finalmente, en cuanto a su metodología, se caracteriza por ser una terapia breve con un enfoque activo y directivo, que otorga alta importancia a la psicoeducación y a las tareas en casa. El proceso terapéutico tiene características distinguibles relacionadas con el papel activo y directivo del terapeuta, con la brevedad del proceso y el elevado nivel de estructuración y el esfuerzo compartido y con espíritu científico denominado empirismo colaborativo. Respecto a las limitaciones de este enfoque, son de resaltar la necesidad de validación empírica, relacionada con la no consideración de variables a nivel del terapeuta, de la manifestación comórbida del trastorno y/o de las características del paciente, también la complejidad en su aplicación y la necesidad de estudiar aquellos pacientes que no responden bien a la terapia