



Revista de Divulgación

Crisis y Retos en la Familia y Pareja

RETOS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA.
PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD.



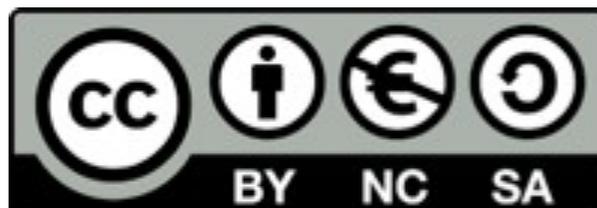
ISSN 2992-8214

Vol. 2 No.2

Julio -Diciembre 2020

D.R. © Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Av. de los Barrios No. 1, Los Reyes Iztacala
C.P. 54090, Tlalnepantla, Edo. de México



Copyright: © 2020 Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja Esta es una revista de acceso abierto distribuida bajo los términos de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional, por lo que su contenido gráfico y escrito se puede compartir, copiar y redistribuir total o parcialmente sin necesidad de permiso expreso de sus creadores con la única condición de que no se puede usar con fines directamente comerciales y los términos legales de cualquier trabajo derivado deben ser los mismos que se expresan en la presente declaración. La única condición es que se cite la fuente con referencia a la Revista y a sus creadores.

Las imágenes de las secciones y cubiertas de los manuscritos de la revista fueron cortesía de Pixabay

DOI: <https://doi.org/10.22402/j.redes.unam.2.2.2020>

La Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja, es una publicación semestral editada por la Universidad Nacional Autónoma de México a través del Grupo de Investigación en Procesos Psicológicos y Sociales (GIPPS) y la Residencia en Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, Avenida de los Barrios No 1, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, C.P. 54090, Estado de México; teléfono: 5623-1333 ext. 39855, <http://cuved.unam.mx/revistas/index.php/RRDCR>. Editor: Dr. Ricardo Sánchez Medina. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2022-071315295100-102, ISSN: 2992-8214, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número Dr. Ricardo Sánchez Medina, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Avenida de los Barrios No 1, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, C.P. 54090, Estado de México. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

DIRECTORIO

EDITOR GENERAL

Dr. RICARDO SÁNCHEZ MEDINA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES-IZTACALA | MÉXICO

EDITORA ASOCIADA

MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES-IZTACALA | MÉXICO

EDITORES EJECUTIVOS

DRA. CONSUELO RUBI ROSALES PIÑA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES-IZTACALA | MÉXICO

Dr. DAVID JAVIER ENRÍQUEZ-NEGRETE
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES-IZTACALA | MÉXICO

DRA. ESPERANZA GUARNEROS-REYES
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES-IZTACALA | MÉXICO

EDITORES TÉCNICOS

LIC. ARGENIS JOSUÉ ESPINOZA-ZEPEDA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES-IZTACALA | MÉXICO

LIC. BÁRBARA BRENDA LEÓN JURADO
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES-IZTACALA | MÉXICO

LIC. DULCE MARÍA VELASCO HERNÁNDEZ
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES-IZTACALA | MÉXICO

CONSEJO EDITORIAL

Dr. ARTURO SILVA-RODRÍGUEZ
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES-IZTACALA | MÉXICO

LIC. BLANCA DELIA ARIAS GARCÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES-IZTACALA | MÉXICO

Dr. ENRIQUE BERRA-RUIZ
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA, ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD |
MÉXICO

Dr. JAIME MONTALVO REYNA
INSTITUTO FAMILIAR SISTÉMICO INFASI | MÉXICO

MTRA. LAURA EDITH PEREZ LABORDE
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES-IZTACALA | MÉXICO

DRA. MARCELA RÁBAGO DE ÁVILA,
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT | MÉXICO

DRA. SANDRA MUÑOZ-MALDONADO
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES-IZTACALA | MÉXICO

Dra. Silvia Susana Robles Montijo
Universidad Nacional Autónoma de México, FES-Iztacala | México
Dr. Víctor Rodríguez Pérez
Clínica Especializada Condesa, SSA | México

COMITÉ EDITORIAL

MTRA. ALEJANDRA ANDRADE RAMOS
INSTITUTO FAMILIAR SISTÉMICO INFASI | MÉXICO
Dr. ALEXIS IBARRA MARTÍNEZ
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES-IZTACALA | MÉXICO
MTRA. ANA MAGDALENA OLGUÍN ÁNGELES
INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL, CICS SANTO TOMÁS | MÉXICO
DRA. AYME YOLANDA PACHECO TREJO
UNIVERSIDAD MODELO VALLADOLID | MÉXICO
MTRA. CARMEN SUSANA GONZALEZ MONTOYA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES-IZTACALA | MÉXICO
DRA. EDITH FLORES PÉREZ
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO | MÉXICO
MTRA. FABIOLA INÉS ARELLANO JIMÉNEZ
TERAPUETA FAMILIAR SISTÉMICA
DRA. GEORGINA CASTILLO CASTAÑEDA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT | MÉXICO
DRA. IRIS XÓCHITL GALICIA MOYEDA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES-IZTACALA | MÉXICO
MTR. JAYME PANERAI ALVES
LIBERTAS RECIFE | BRASIL
Dr. JORGE LUIS ABIA GUERRERO
INSTITUTO MILTON ERICKSON DE LA CIUDAD DE MÉXICO
O | MÉXICO MTR. JOSÉ RAFAEL ALVARADO NAVARRO
BITÁCORA SOCIAL | MÉXICO
MTRA. JUANA INÉS SOTO MEDINA
CENTRO INTEGRAL DE SALUD MENTAL, SSA | MÉXICO
MTRA. LÍA LOURDES MÁRQUEZ PÉREZ
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT | MÉXICO
MTRA. LIGIA ESTHER TORRES BURGOS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FES-IZTACALA | MÉXICO
DRA. LUCÍA PÉREZ SÁNCHEZ
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT | MÉXICO
DRA. MA. DE LOURDES MARTÍNEZ CERDA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ | MÉXICO

Dra. María de Lourdes Patricia Femat González
Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco | México
Dra. Ma. de Lourdes Martínez Cerda
Universidad Autónoma de San Luis Potosí | México
Dra. Marla Naiví Toiber Rodríguez
Clínica Especializada Condesa, SSA | México
Dr. Miguel Monroy Farías
Universidad Nacional Autónoma de México, FES-Iztacala | México
Mtra. Nalleli María Cedillo Morales
Universidad Nacional Autónoma de México, FES-Iztacala | México
Dra. Nérida Padilla-Gómez
Universidad Nacional Autónoma de México, FES-Iztacala | México
Mtro. Oscar Iván Negrete-Rodríguez
Universidad Nacional Autónoma de México, FES-Iztacala | México
Dra. Patricia Covarrubias Papahiu
Universidad Nacional Autónoma de México, FES-Iztacala | México
Mtra. Pilar Castillo Nava
Universidad Nacional Autónoma de México, FES-Iztacala | México
Mtro. Rodrigo Murguía Rodríguez
Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, ITESM | México
Mtra. Yu Hing Valeria Chuey Rosas
Fundación Salomon Kozolchik Youth | México

CONTENIDO



07

INVESTIGACIÓN

Experiencias de hombres diagnosticados con el Virus del Papiloma Humano VPH.

Lic. Jessica Escalante González



14

INVESTIGACIÓN

¿Una percepción negativa de la enfermedad renal crónica favorece la depresión y una pobre calidad de vida?

Mtro. Isaías Vicente Lugo-González
y Dr. Leonardo Reynoso-Erazo



19

ANÁLISIS

Trastornos de la Conducta alimenticia después del embarazo

Lic. Diana Karina Cervantes Navarro

24

ENTREVISTA

La importancia del trabajo del psicólogo de la salud en siglo XXI: una charla con el doctor Juan José Sánchez Sosa

Dra. Juan José Sánchez Sosa

CONTENIDO



30

RECOMENDACIONES

Salud mental, la pandemia del 2020: ¿Nueva normalidad?

Dr. Víctor Rodríguez Pérez



vol. 2 | no. 2 | 2020

RETOS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA. PROCESO DE SALUD ENFERMEDAD

PRESENTACIÓN DEL NÚMERO



El volumen 2, número 2 de la Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja está centrado en la calidad de vida y de cómo existe un vínculo entre la salud y la enfermedad. Si bien son diversos los aspectos que se relacionan con el proceso de salud-enfermedad, en este número se abordan algunos temas actuales en los que se proporciona al lector recomendaciones y sugerencias ante ciertas problemáticas.

Este número cuenta con cinco artículos divididos en cuatro secciones que comprende la revista. En la sección de investigación se presentan dos trabajos; la Lic. Jessica Escalante nos presenta las experiencias de hombres diagnosticados con el Virus del Papiloma Humano, para ello evaluó en un grupo de hombres las emociones negativas, sus creencias irracionales y percepción de apoyo social; mostrando cómo atraviesan un proceso de incertidumbre durante el diagnóstico inicial que puede impactar en su calidad de vida. Por su parte, el Mtro. Isaías Vicente Lugo González y el Dr. Leonardo Reynoso-Erazo refieren un estudio en personas que viven con enfermedad renal crónica, evidenciando que una percepción negativa de la enfermedad se relaciona con síntomas de depresión y con una pobre calidad de vida.

En la sección de análisis la Lic. Diana Karina Cervantes Navarro nos habla de cómo el post-parto implica en la mujer una nueva etapa en su ciclo de vida, en la que se debe procesar diversos cambios personales y emocionales, que de no llevarse a cabo de manera adecuada puede traer como consecuencia algún trastorno de la conducta alimentaria; así como de la necesidad de atender esta problemática para evitar riesgos futuros.

También se presenta la entrevista realizada al Dr. Juan José Sánchez Sosa, profesor emérito de la Universidad Nacional Autónoma de México con más de 40 años de servicio y miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel III, quien a través de las preguntas realizadas por el Mtro. Oscar Iván Negrete Rodríguez, invita a la reflexión sobre el trabajo del psicólogo de la salud y su relevancia en el área de la prevención de enfermedades y promoción de la salud, resaltando la importancia de cómo la sociedad debe aprender a identificar con quién acudir y que sólo acepté intervenciones o recomendaciones basadas en evidencia científica y profesional.

Por último, el Dr. Víctor Rodríguez Pérez en la sección de recomendaciones nos presenta algunos lineamientos generales que debemos seguir para el cuidado de la salud mental en tiempos de COVID-19, así como de una serie de instituciones que en caso de ser necesario las personas pueden acudir a solicitar apoyo psicológico. Además, nos habla de cómo el COVID-19 puede causar estigma y/o discriminación y la manera en cómo se puede prevenir, finalizando con algunas recomendaciones sobre relaciones sexuales y consumo de drogas en tiempos de COVID-19.

Dra. Consuelo Rubí Rosales Piña
EDITORA EJECUTIVA

EXPERIENCIAS DE HOMBRES DIAGNOSTICADOS CON EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Lic. Jessica Escalante González

RESUMEN

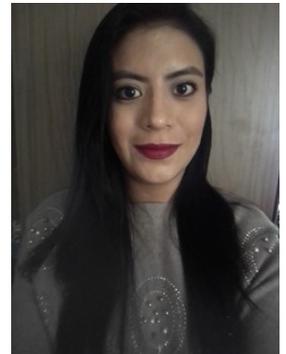
Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

El Virus del Papiloma Humano (VPH) tiene más de 80 tipos de virus diferentes, por lo cual, algunas investigaciones se han enfocado en mujeres identificando sus experiencias de vida con el VPH, en cambio, estas características en población masculina son poco conocidas. Esta investigación tuvo por objetivo conocer las creencias recurrentes de los hombres diagnosticados con VPH. Se realizó un cuestionario y una sesión de chat, analizando las categorías de emociones negativas, creencias irracionales después del diagnóstico y apoyo social, se encontró que la creencia irracional más recurrente es la de la muerte y que la mayoría de los participantes no cuentan con una red de apoyo. Se concluye que los hombres al igual que las mujeres, pasan por un proceso de incertidumbre durante el diagnóstico inicial, por tanto, se requiere desarrollar programas de intervención en hombres, que ayuden a identificar pensamientos disfuncionales y reemplazarlos por otros más eficientes.

Palabras clave: VPH, emociones

Profesora de Asignatura “A” en Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM / Coordinadora de Atracción de Talento y Capacitación en Desarrollo Humano en Bsafe

Correo electrónico:
jessica.escalante@iztacala.unam.mx



*Recibido: 19 de octubre de 2020
Aceptado: 25 de noviembre de 2020*

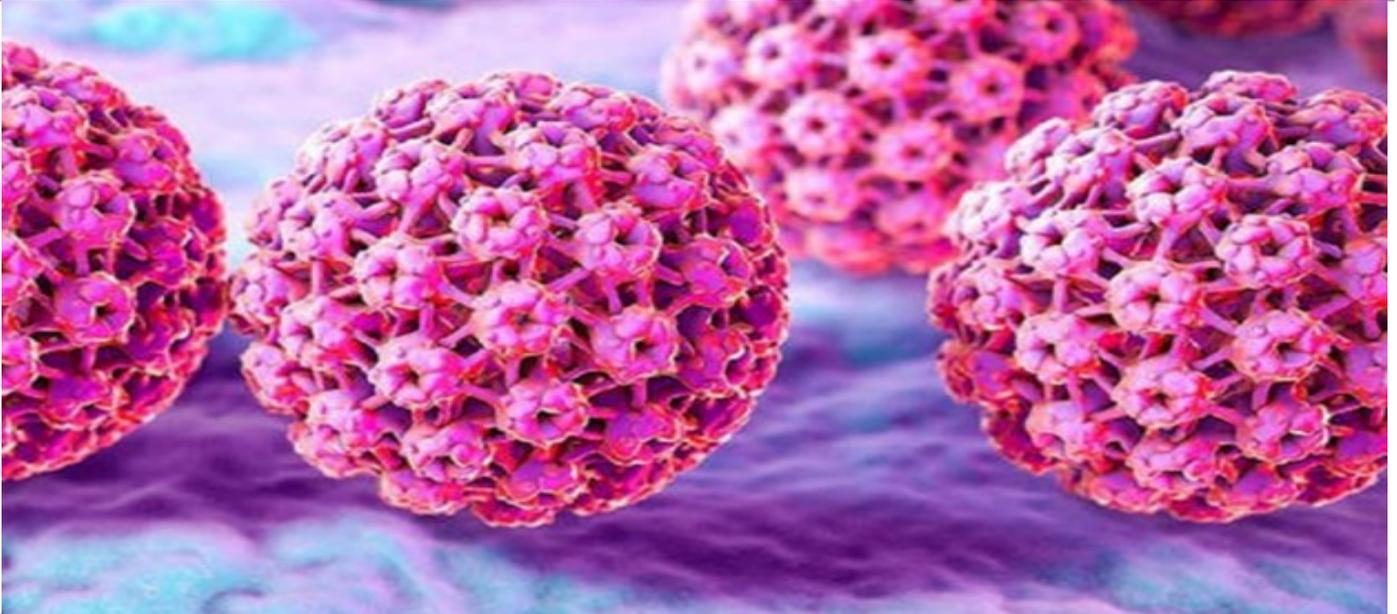
Cita recomendada:

Escalante, J. (2021). Experiencias de hombres diagnosticados con el virus del papiloma humano. *REDES. Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja*, 2(2), 7-13.
<https://doi.org/10.22402/j.redes.unam.2.2.2020.338.7-13>



INVESTIGACIÓN

DOI: <https://doi.org/10.22402/j.redes.unam.2.2.2020.338.7-13>



INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-039-SSA2 (2014) se menciona que las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en México, ocupan uno de los cinco primeros lugares de demanda de consulta en el primer nivel de atención médica y se encuentran entre las diez primeras causas de morbilidad general en el grupo de 15 a 44 años de edad, con un efecto diferencial para la vida y el ejercicio de la sexualidad de mujeres y hombres, por lo que ya es considerado un problema de salud pública, debido a su alta incidencia dentro de la población sexualmente activa. Puche (2015) hace referencia al VPH como una familia de más de 80 virus diferentes, puesto que ciertos tipos pueden causar verrugas en la piel, la boca y en el área genital.

Por otro lado, Guzmán et al. (2008) mencionan que es la enfermedad más frecuente en el mundo y una de las principales causantes del cáncer cervicouterino, además de que se le relaciona con tumores en otras localizaciones como es el cáncer de pene.

Muchas de las investigaciones que se han realizado en torno al VPH se han enfocado en mujeres, por ejemplo las realizadas por Rodríguez, Meléndez, Carmona, Bravo, &

Hernández en 2008; Mendoza, Ceballos, Jiménez, Ureña & Sandoval en 2017 y en particular, Arellano y Castro (2013), quienes argumentan que las mujeres viven el proceso de diagnóstico como un estigma, puesto que impacta no sólo en su sexualidad, sino que también en la fidelidad e incluso en sus ideas religiosas. Es por ello que debido a la relación que tiene el virus con el cáncer cervicouterino, se ha dejado de lado al género masculino, que, si bien la probabilidad de tener cáncer de pene a futuro es mínima, no los exenta de padecerlo, es por ello que en este estudio se buscó conocer las creencias irracionales y emociones recurrentes de los hombres diagnosticados con VPH, durante y posterior al proceso de diagnóstico.

¿Qué se hizo?

Se realizó un cuestionario en línea el cual se publicó en dos grupos de la red social Facebook, el primer grupo lleva por nombre VPH “Virus del Papiloma Humano” y el segundo grupo VPH (Virus del Papiloma Humano, CDMX), a estos grupos se unen personas que cuentan con un diagnóstico de VPH con la finalidad de obtener información sobre las ITS y compartir sus experiencias entorno al diagnóstico; se realizó la invitación a la población masculina a responder dicho cuestionario, haciéndoles mención del objetivo de la investigación y principalmente de que sus respuestas serían confidenciales, garantizando que nadie más del grupo se enteraría quién o quienes respondieron el cuestionario, participaron cuatro hombres de entre 22 y 30 años, tres respondieron el cuestionario en línea y uno accedió a realizar la entrevista a través de la llamada en línea vía Facebook argumentando que su experiencia podría ayudar a otras personas.

¿Cómo se hizo?

El cuestionario contiene 18 preguntas donde las categorías a identificar fueron: emociones negativas (desilusión, miedo, tristeza, decepción y preocupación) que presentan en el diagnóstico, creencias irracionales después del diagnóstico y el apoyo social recibido por parte de familiares, amigos y/o pareja. En cuanto a datos demográficos únicamente se les solicitó estado civil, último grado académico, edad en que inició su vida sexual y número de parejas sexuales.



En cuanto a la edad en que iniciaron su vida sexual, el participante 1 mencionó 23 años, participante 2 a los 15 años, participante 3 a

¿Qué se encontró?

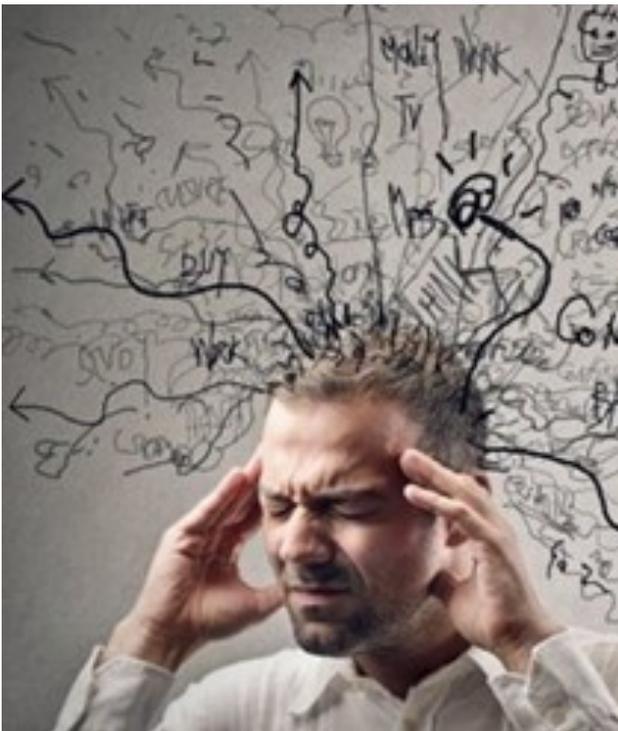
los 18 años, mientras que el participante 4 a los 10 años; con respecto al número de parejas sexuales que han tenido, el participante 1 mencionó 11, participante 2 36, participante 3 mencionó 15 y participante 4 mencionó 30.

A continuación, se mencionan las categorías y los discursos más relevantes de los participantes en el estudio.

Categoría 1. Emociones negativas

En esta categoría los participantes refieren las emociones negativas más frecuentes que presentaron al momento de ser diagnosticados con VPH, sin embargo, también existió presencia de dichas emociones después del diagnóstico, como por ejemplo, al recibir algún tratamiento y/o al tener que comunicar a sus familiares, amigos o pareja que eran portadores del VPH.

El participante 1 mencionó sentirse desilusionado ya que tenía la esperanza de que el diagnóstico fuera diferente.



“Bueno, en una parte me sentí desilusionado porque yo iba con la expectativa de que me dijera que no era eso...”
(Participante 1, 28 años)

Mientras que los demás participantes mencionaron sentir culpa y tristeza

“Sentí ganas de llorar” (Participante 2, 32 años)

“Sentí culpa” (Participante 3, 24 años)

“Me vino muchas cosas en la cabeza, sentía miedo...” (Participante 4, 22 años)

Categoría 2. Pensamientos irracionales después del diagnóstico

Esta categoría se enfocó en identificar los pensamientos irracionales más frecuentes después del diagnóstico y cómo estos han afectado su vida sexual.

“Qué no puedo llevar una vida normal”.
(Participante 1, 28 años)

“Voy a morir”. (Participante 2, 32 años)

“Qué iba a morir, mi vida se había arruinado” (Participante 3, 24 años)

“Pensé en desahogarme y llorar de que ya me iba a morir” (Participante 4, 22 años)

Categoría 3. Apoyo social

Finalmente, en esta categoría se les preguntó a los participantes sobre si al saberse portadores del VPH lo compartieron con sus familiares, amigos o pareja y cuál fue el apoyo que recibieron por parte de cada uno de ellos.

“...como te digo, mi familia es muy conservadora, entonces me da como que el miedo de que se molesten, me saquen de mi casa o sea no sentir el apoyo de ellos, como te digo, si uno de mis hermanos como que le valió, entonces imagínate toda mi familia que es más cerrada, más conservadora, más todo, entonces es miedo a eso, y pues vivo un poco más preocupado por eso, solo a un amigo le he contado porque es de mente más abierta y eso me hace sentir más tranquilo”. (Participante 1, 28 años)

“No les he contado por vergüenza”
(Participante 2, 32 años)

“Muy poco, pero no lo cuento por miedo a que me rechacen” (Participante 3, 24 años)

“Nunca tuve un apoyo, nadie sabe que tengo VPH”. (Participante 4, 22 años)

También se les pregunto, cómo ha cambiado su vida sexual a partir del diagnóstico inicial y posterior confirmación del mismo, los participantes mencionaron lo siguiente:

“Desde que salí del consultorio, me dije, no vuelvo a tener nada con nadie por miedo a contagiar a alguien, leí tantas cosas en internet que me dio tanto miedo, que dije, no voy a tener algo con nadie más, aunque sea mi pareja porque no quiero ser el causante de que padezca la misma enfermedad” (Participante 1, 28 años)

“Demasiado, porque desde que te contagias sabes que eres lo peor” (Participante 2, 32 años)

“Mucho, ya no puedo tener novia, pienso cosas, que no puedo llevar una vida normal” (Participante 3, 24 años)

“En no volver a tener relaciones sexuales” (Participante 4, 22 años)

¿Qué se puede concluir?

Dicho con palabras de Carstens (2012) hay muchos mitos alrededor de la infección genital por VPH, lo que se podría relacionar con las pocas certezas a nivel diagnóstico y de tratamiento que existen para afrontarlo, en conjunto con otros factores que trascienden lo eminentemente biomédico. Por tanto, si las personas diagnosticadas no cuentan con las herramientas de afrontamiento ante una situación adversa, puede repercutir directamente en el comportamiento sexual al intentar abstenerse de tener relaciones sexuales por miedo a transmitirlo, así como lo mencionó uno de los participantes de este estudio, pues llegó a pensar que no podría volver a tener una relación a causa de la infección, como consecuencia de esto, los pacientes con VPH ocultan la información de su diagnóstico, tal y como se revisó en la literatura en estudios con mujeres, en donde Arellano y Castro (2013) hacen mención a que ellas viven el proceso de diagnóstico como un estigma e impacta en su comportamiento sexual, en palabras de los autores lo refieren de la siguiente manera: “el aceptar una enfermedad sexualmente transmitida es una acción que pone en riesgo la estabilidad en las redes cercanas de las mujeres, por lo que exteriorizan conductas como suelen hacerlo las personas estigmatizadas como es encubrir cierta información para no dañar sus relaciones significativas” (p. 269), coincidiendo a lo que viven los hombres, pues ellos de igual manera ocultan el hecho de ser portadores de una ITS.

Las redes de apoyo son fundamentales en el proceso terapéutico de las personas, la mayoría de los casos observados en este estudio no contó con una red de apoyo, a diferencia de uno de los participantes que refirió sentirse tranquilo al saber que contaba con un amigo



al cual podía platicarle lo que le estaba sucediendo, de igual manera se pudo observar que la percepción del apoyo de amigos es mejor a la de familiares, en palabras del participante uno, puesto que considera que las amistades son más de mente abierta, a diferencia de la familia en donde existe cierta ideología cultural y religiosa que inhibe la comunicación entre ellos, con respecto a esta idea Carrobbles, Remor y Rodríguez (2003) realizaron un estudio en pacientes con VIH donde evaluaron el afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional, lo que encontraron fue que un afrontamiento activo basado en la solución de problemas incluyendo actitudes de autocuidado, búsqueda de apoyo social e información y contar con personas dispuestas a brindar escucha y afecto (apoyo afectivo percibido) han sido identificados como factores protectores contra el distrés emocional.

La falta de investigación en población masculina puede deberse a una cuestión cultural, en un estudio realizado por Sánchez, Retana y Carrasco (2008) operacionalizaron y validaron una prueba de ejecución máxima del entendimiento emocional en torno a las emociones de felicidad, amor, enojo, tristeza y miedo, tanto en hombres como en mujeres, encontraron que al explorar las diferencias sexuales al respecto de las viñetas, se puede decir que de manera general, tanto hombres como mujeres tienen en promedio la misma capacidad de reconocer el contexto ideal en que se deben presentar las emociones, aunque las mujeres son ligeramente mejores en este aspecto en la emoción de la tristeza; siendo esto congruente con lo encontrado por Siegel y Alloy (1990) y por Brody (2000) (como se citó en Sánchez, Retana & Carrasco, 2008), quienes señalan que la expresión de tristeza, depresión y miedo son menos distinguidas por los hombres, ya que son vistas como “indignas de ellos”, y aquellos quienes muestran tales emociones no solo son evaluados más negativamente que las mujeres, sino que también es menos probable que sean

confortados como las mujeres.

Esto último es congruente con lo planteado por Bar-On et al., (2000) (como se citó en Sánchez, Retana & Carrasco, 2008), quienes se dan cuenta que las mujeres a lo largo de su vida cuentan con una red social mucho más amplia, la cual aumenta habilidades interpersonales de entre las que se puede contar el entendimiento emocional.

Para concluir, podemos decir, que las redes de apoyo influyen de manera positiva, no solo en el reconocimiento de las propias emociones, sino también en el hecho de que se pueden mejorar las habilidades interpersonales, lo cual, en el caso de los hombres diagnosticados con VPH, les puede ayudar a disminuir los pensamientos irracionales y aminorar el impacto que puede existir en torno a la aversión de tener contacto sexual con otra persona, igualmente, sabemos que así como las mujeres pasan por un proceso de incertidumbre durante el diagnóstico inicial, los hombres pasan por ese mismo proceso, solo que ellos se enfrentan al estigma social de demostrar sus pensamientos y emociones, por tanto, se requiere desarrollar programas de intervención en hombres, que ayuden a identificar pensamientos disfuncionales y reemplazarlos por otros más reemplazarlos por otros más eficientes que les permitan tener una adecuada autogestión emocional, afrontamiento e interacción con sus redes de apoyo.

REFERENCIAS

- Arellano, M. d. C., & Castro, M. d. C. (2013). El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cáncer cervicouterino en Hermosillo, Sonora. *Estudios Sociales*, 21(42), 259-278. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/estsoc/v21n42/v21n42a11.pdf>
- Carstens, C. (2012). Conocimiento y conductas asociadas a VPH: un estudio descriptivo de Chile y España (Tesis de maestría no publicada) Universidad de Salamanca, España. Recuperado de: <https://gredos.usal.es/handle/10366/120780>

Carrobbles, J., Remor, E., & Rodríguez, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), 420-426. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/1082.pdf>

Diario Oficial de la Federación. (2014) Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-039-SSA2-2014, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. Recuperado de: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5352227&fecha=14/07/2014

Guzmán, P, Ili, C, Rifo, P, Briceño, G, Araya, J, Villaseca, M., & Roa, J. C. (2008). Prevalencia de la infección genital por virus papiloma humano en hombres universitarios voluntarios de la IX Región, Chile. *Revista Médica de Chile*, 136(11), 1381-1389. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008001100003>

Mendoza-López, S., Ceballos-Martínez, Z. I., Jiménez-Baez, M. V., Ureña-Bogarín, E. L., & Sandoval-Jurado, L. (2017). Ansiedad y depresión en mujeres con y sin infección por Virus del Papiloma Humano (IVPH). *Revista Salud Quintana Roo*, 10(36), 13-17. [http://www.salud.qroo.gob.mx/revista/revistas/36/articulos_pdf/ANSIEDAD_Y_DEPRESION_\(IVPH\).pdf](http://www.salud.qroo.gob.mx/revista/revistas/36/articulos_pdf/ANSIEDAD_Y_DEPRESION_(IVPH).pdf)

Puche, A. M. (2015). Programa para la reducción del estrés en mujeres portadoras del Virus del Papiloma Humano: Propuesta de intervención. (Tesis de licenciatura no publicada) Univerisas Miguel Hernández. España. Recuperado de: http://dspace.umh.es/bitstream/11000/2596/1/Puche%20Arenas_Mar%C3%ADa.pdf

Rodríguez, M. D. P. M., Meléndez, J. C., Carmona, F. M., Flores, C. A., Bravo, C. S., & Hernández, J. G. E. (2008). Condición emocional de las pacientes con infección por virus de papiloma humano. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22(3), 168-173. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=21095>

Sánchez, A, R., Retana, F, B. E., & Carrasco, C, E. (2008). Evaluación psicológica del entendimiento emocional: Diferencias y similitudes entre hombres y mujeres. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 2(26), 193-216. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/4596/459647347010.pdf>

Fuente de imágenes

Actualidad de ecommerce. (s/f). ¿Cómo funciona Facebook? [Fotografía]. Recuperado de: <https://www.actualidadecommerce.com/como-funciona-facebook/>

Estar bien. (s/f). Redes de apoyo [Fotografía]. Recuperado de: <http://estarbien.iberomx/mis-relaciones/amigos/redes-de-apoyo/>

ITACA. (s/f). Pensamientos Irracionales. [Fotografía]. Recuperado de: <https://psicologasantander.es/services/pensamientos-irracionales/>

Policlínica Metropolitana. (s/f). Virus del Papiloma Humano (VPH), [Fotografía]. Recuperado de: <https://policlinicametropolitana.org/informacion-de-salud/virus-del-papiloma-humano-vph-una-de-las-ets-mas-comunes/>

¿UNA PERCEPCIÓN NEGATIVA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA FAVORECE LA DEPRESIÓN Y UNA POBRE CALIDAD DE VIDA?

Mtro. Isaías Vicente Lugo-González y Dr. Leonardo Reynoso-Erazo

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

RESUMEN

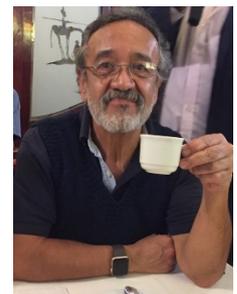
Las personas que viven con Enfermedad Renal Crónica (ERC) frecuentemente presentan diversas repercusiones emocionales y en la calidad de vida, dichas consecuencias se han asociado con una percepción negativa. El objetivo de este trabajo fue evaluar la relación entre la percepción de la enfermedad, la depresión y la calidad de vida en pacientes con ERC. Se realizó un estudio correlacional en el que participaron 45 pacientes con ERC de la Ciudad de México. Los principales resultados indican que una percepción negativa de la enfermedad se asocia de manera importante con los síntomas de depresión y una pobre calidad de vida ($Rho = .310$ a $.647$, $p < .01$). Se discute la importancia de la percepción de la enfermedad como variable reguladora del impacto emocional y la pobre calidad de vida, se resalta la necesidad de incluirla en la evaluación y la atención clínica de los pacientes con esta enfermedad.

Palabras clave: Percepción de enfermedad, Depresión, Calidad de vida, Enfermedad Renal Crónica.

Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencia de la Salud y Educación (UIICSE).
Correo electrónico: isaiasvlg@comunidad.unam.mx



Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencia de la Salud y Educación (UIICSE).
Correo electrónico: leoreynoso@gmail.com



Recibido: 29 de octubre de 2020
Aceptado: 18 de noviembre de 2020

Cita recomendada:

Lugo-González, I. y Reynoso-Erazo, L. (2021). ¿Una percepción negativa de la enfermedad renal crónica favorece la depresión y una pobre calidad de vida? *REDES. Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja*, 2(2), 14-18.
<https://doi.org/10.22402/j.redes.unam.2.2.2020.340.14-18>



INVESTIGACIÓN

DOI: <https://doi.org/10.22402/j.redes.unam.2.2.2020.340.14-18>



INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es uno de los padecimientos que tiene mayores consecuencias económicas y sanitarias en México, siendo una de las principales causas de atención hospitalaria y de urgencias (Méndez et al., 2010). Su desarrollo se relaciona con secuelas de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica y glomerulonefritis. La ERC es un padecimiento en el que progresivamente se pierde la función de los riñones por lo que se dependerá en forma permanente de un tratamiento sustitutivo como diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante renal (Méndez et al., 2010).

Los pacientes en Hemodiálisis (HD) se ven sometidos a estresores muy importantes como son: acudir a tres sesiones de HD semanalmente con una duración aproximada de tres horas, restringir el consumo de líquido y alimentos, y utilizar diversos medicamentos complementarios para el manejo de la enfermedad (Méndez et al., 2010).

Como consecuencia de vivir estos cambios en su vida, entre el 30 y el 80% de los pacientes experimentan consecuencias emocionales como depresión y afectaciones en su calidad de vida (Chilcot 2012; Goh & Griva, 2018). En este sentido, autores como

Rees et al. (2017) aseguran que estas repercusiones emocionales y de calidad de vida se pueden deber en gran medida a la forma en que se percibe o entiende la enfermedad.

Para explicar este proceso Diefenbach y Leventhal (1996) proponen el Modelo de Sentido Común y Representación de la Enfermedad (MSCRE), mediante el cual se considera que cada persona construye una percepción cognitiva y emocional sobre su padecimiento. Dependiendo de ésta, cada persona experimentará diversas repercusiones emocionales y responderá a ellas de forma diferente. La percepción de la enfermedad se organiza en dos dimensiones generales: 1) percepción cognitiva, la que incluye subdimensiones como identidad (experiencia perceptual de la enfermedad, es decir, tipo, lugar y cantidad de síntomas o sensaciones somáticas que se consideren correspondientes a la enfermedad), causas (creencias sobre lo que causó la enfermedad), temporalidad (duración que se cree que tendrá la enfermedad),

consecuencias (efectos percibidos y experimentados en diferentes áreas de la vida, como resultado de la enfermedad), control personal (capacidad percibida de controlar la enfermedad) y coherencia (claridad con la que se entiende la enfermedad en términos del tipo de síntomas, duración de los mismos y temporalidad de la enfermedad); y 2) percepción emocional o consecuencias emocionales derivadas de los síntomas de la enfermedad, sensaciones somáticas experimentadas, o bien, del resultado de vivir con un padecimiento crónico (Diefenbach & Leventhal, 1996).

Con base en estos elementos, el presente trabajo tuvo como propósito evaluar en qué manera se relaciona la percepción de la enfermedad, la depresión y la calidad de vida en pacientes con ERC.



¿Quiénes participaron?

Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal y correlacional en el que participaron voluntariamente 45 pacientes con ERC en HD que eran tratados en una clínica de atención al enfermo renal de la Ciudad de México, de los cuales 29 (64.4%) fueron mujeres y 16 (35.6%) hombres, con un promedio de edad de 39.80 años (DE=12.592).

¿Cómo se realizó el estudio?

Para el desarrollo del estudio, se acudió directamente con los pacientes durante su sesión de HD, se les explicó el objetivo de la investigación, solicitándoles su participación voluntaria para responder una batería de evaluación compuesta por los siguientes instrumentos:

Cuestionario Breve de Percepción de Enfermedad (BIPQ; Broadbent et al., 2006): instrumento para la evaluación de la percepción de la enfermedad, en formato breve. Se emplearon seis ítems, de los nueve, que evalúan las subdimensiones de consecuencias, temporalidad, control personal, identidad, coherencia y percepción emocional de la enfermedad. Cada ítem, se responde con una escala continua de 11 puntos que van de 0-10. Los datos más cercanos a cero implican un nivel bajo en la variable y puntajes cercanos a 10 indican lo contrario.

Inventario de Depresión de Beck (IDB Jurado et al., 1998): instrumento para evaluar la severidad de la sintomatología de depresión. Para su uso en pacientes con ERC se recomienda usar solo 14 ítems, no considerando los de tipo fisiológico-somático. Cada ítem cuenta con cuatro opciones de respuesta que van de cero a cuatro puntos, por lo que su rango oscila entre cero y 42; considerando, un punto de corte de 16 puntos para afectaciones clínicamente significativas (Kellerman et al., 2010).

Escala del Estado Funcional y Calidad de Vida Relacionada con la Salud (COOP-WONCA, van Weel et al., 1995). Cuestionario que comprende siete escalas (física, emocional, actividades cotidianas y sociales, cambio en el estado de salud, estado de salud y dolor) sobre la percepción de calidad de vida en las dos últimas semanas. Cada pregunta tiene cinco opciones de respuesta que van de 1 a 5, por lo que, a mayor puntuación, peor calidad de vida.

¿Qué resultados se obtuvieron?

Se realizaron análisis descriptivos de variables sociodemográficas, clínicas y de percepción de enfermedad, depresión y calidad de vida. Además, se llevó a cabo un análisis de correlación Rho de Spearman para las variables de percepción de enfermedad, depresión y calidad de vida.

En la tabla 1 se muestra el promedio y la desviación estándar de las respuestas dadas en cada uno de los ítems de percepción de enfermedad (BIPQ), puntuación en depresión (IDB) y en calidad de vida (COOP-WONCA).

Como se puede observar, en general, los pacientes perciben un impacto moderado de la ERC, así como síntomas y repercusiones emocionales. Por otro lado, consideran al padecimiento como crónico (temporalidad), se perciben capaces de controlar la enfermedad y

Tabla 1.
Distribución de respuestas en el BIPQ

VARIABLES	Ítems	X	DE
Consecuencias	¿Cuánto cree que la ERC afecta su vida?	4.62	3.400
Temporalidad	¿Cuánto tiempo cree que va a padecer la ERC?	8.27	2.980
Control personal	¿Cuánto control siente que tiene sobre la ERC?	7.42	2.472
Identidad	¿En qué medida tiene síntomas de la ERC?	4.98	2.718
Coherencia	¿Cuánto comprende en qué consiste la ERC?	8.69	2.054
Percepción emocional	¿Cuánto le afecta emocionalmente tener ERC?	5.00	3.444
Depresión		6.73	4.807
Calidad de vida		17.51	4.727

En relación con los síntomas de depresión se encontró que, en promedio los pacientes puntuaron en un nivel bajo (< 16) de depresión con un rango entre cero y 16 puntos, ubicándose con estos datos solo un paciente, y una calidad de vida que supera la media teórica del instrumento (< 21) en términos positivos, con un rango entre ocho y 29.

Respecto de la relación entre la percepción de enfermedad, depresión y calidad de vida, en la tabla 2 se muestran los datos.

Tabla 2.
Relación entre percepción de enfermedad, depresión y calidad de vida

Instrumento	Variables	1	2	3	4	5	6	7
BIPQ	1. Consecuencias							
	2. Temporalidad	-.132						
	3. Control personal	-.323*	.343*					
	4. Identidad	.398**	-.289	-.031				
	5. Coherencia	-.090	.098	.415**	.008			
	6. Percepción emocional	.475**	-.297*	-.157	.569**	-.199		
IDB	7. Depresión	.466**	-.453**	-.377*	.518**	-.249	.647**	
COOP-WONCA	8. Calidad de vida	.362*	.017	-.027	.311*	.018	.341*	.310*

Nota: p= * < 0.05, ** < 0.01.

Como se puede observar, mayores consecuencias percibidas de la enfermedad, más síntomas experimentados, menor control personal y menos coherencia, así como más consecuencias emocionales reportadas se asocian de manera importante con la depresión. Con respecto al impacto en la calidad de vida, la percepción emocional se relacionó específicamente con mayores consecuencias percibidas, mayores síntomas de la enfermedad y mayor impacto emocional.

¿Qué se concluye con los hallazgos?

Las evidencias encontradas como resultados del presente estudio concuerdan con los datos de la literatura de investigación en el contexto de la relación entre una percepción negativa de la enfermedad, los síntomas de depresión y el impacto en la calidad de vida en pacientes con ERC (Chilcot, 2012; Rees et al., 2017).

En este contexto, se resalta la importancia de la percepción y su impacto en diferentes áreas vinculadas con la enfermedad (Chilcot, 2012). Cabe señalar que, la forma de percibir la enfermedad será diferente en cada persona, dicha percepción es individualizada y no necesariamente relacionada con la perspectiva médica (Diefenbach & Leventhal, 1996).

Desde esta lógica, aquellas repercusiones emocionales y en la calidad de vida no dependen, exclusivamente, de la complejidad y severidad de la enfermedad, sino que, estarán mediadas y reguladas por la forma en que se perciba ésta. (Diefenbach & Leventhal, 1996).

Tomar en cuenta la percepción que los pacientes tengan de su enfermedad tiene grandes aportes clínicos y teóricos dado que se parte de un modelo que sienta las bases para la comprensión de este fenómeno. Respecto del primer elemento, es importante reconocer que en el área de atención clínica-médica normalmente no se toma en cuenta las creencias, expectativas y percepciones de los pacientes (Kucukarslan, 2016). Esto plantea una forma de abordaje para entender y planear intervenciones sobre las repercusiones psicosociales de la enfermedad.

Méndez-Durán, A., Méndez-Bueno, J. F., Tapia-Yáñez, T., Muñoz Montes, A., & Aguilar-Sánchez, L. (2010). Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *Revista de Diálisis y Trasplante Renal*, 31 (1), 7-11. doi: 10.1016/S1886-2845(10)70004-7

Kucukarslan, S. N. (2016). Using the Common Sense Model in daily clinical practice for improving medication adherence. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 23(5), 227-230. www.jcomjournal.com

Rees, J., Chilcot, J., Donnellan, W., & Soulsby, L. (2018). Exploring the nature of illness perceptions in people with end-stage kidney disease. *Journal of Renal Care*, 44(1), 19-29. DOI: 10.1111/jorc.12225

Van Weel, C., König-Zahn, C., Touw-Otten, F. W. M. M., Van Duijn, N. P., & Meyboom-de Jong, B. (1995). *COOP/WONCA Charts. A Manual*. Groningen, The Netherlands: WONCA/ERGHO/NCH. https://www.umcg.nl/SiteCollectionDocuments/research/institutes/SHARE/assessment%20tools/handleiding_coopwonca2edruk.pdf

REFERENCIAS

Broadbent, E., Petrie, K., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637. DOI:10.1016/j.jpsychores.2005.10.020

Chilcot, J. (2012). The importance of illness perception in end-stage renal disease: associations with psychosocial and clinical outcomes. *Seminars in Dialysis*, 25(1), 59-64.

Diefenbach, M. A., & Leventhal, H. (1996). The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 5(1), 11-38. DOI: 10.1007/BF02090456

Goh, Z. S., & Griva, K. (2018). Anxiety and depression in patients with end-stage renal disease: impact and management challenges-a narrative review. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease*, 11, 93-102. <http://dx.doi.org/10.2147/IJNRD.S126615>

Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 26-31. <http://biblat.unam.mx/es/revista/salud-mental/>

Kellerman, Q. D., Christensen, A. J., Baldwin, A. S., & Lawton, W. J. (2010). Association between depressive symptoms and mortality risk in chronic kidney disease. *Health Psychology*, 29(6), 594. DOI: 10.1037/a0021235

EL COMIENZO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTICIA DESPUÉS DEL EMBARAZO

Lic. Diana Karina Cervantes Navarro

Profesionista independiente

RESUMEN

La etapa del post-parto, es una transformación para la mujer que implica un nuevo ciclo de su vida, en el cual debe tener una fortaleza enorme para procesar los cambios personales y atender a una nueva vida. La preocupación que debería sostener es su cuidado como la de su bebé, en la que no implique una presión por parte de un terciario sobre el alimento, la figura fisiológica, la previsión excesiva del futuro, los cambios emocionales, aquellos estresores sin relevancia. Debido a factores de desarrollo ambientales, culturales, familiares, psicológicos, afectivos, entre otros, pueden dar lugar a los TCA en la etapa del post-parto, siendo una preocupación alarmante que puede ser heredada a las futuras generaciones, si no se mejora la relación que se tiene con el físico y la comida. Reeducar a la población sobre las funciones del cuerpo, el cómo se ven afectadas o beneficiadas.

Palabras clave: Ciclo, alimentación, emociones.

Asesora en el área de la Educación Especial y Necesidades Educativas

Correo electrónico:
kar.cervn69@gmail.com

Recibido: 29 de octubre de 2020
Aceptado: 18 de noviembre de 2020



Cita recomendada:

Cervantes, D. (2020). El comienzo de los trastornos de la conducta alimenticia después del embarazo. *REDES. Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja*, 2(2), 19-23.
<https://doi.org/10.22402/j.redes.unam.2.2.2020.335.19-23>



ANÁLISIS

DOI: <https://doi.org/10.22402/j.redes.unam.2.2.2020.335.19-23>



JUSTIFICACIÓN

Los TCA constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso. Esta alteración lleva como consecuencia problemas físicos o del funcionamiento psicosocial del individuo. Los TCA suelen iniciarse en la adolescencia, aunque progresivamente se va observando una mayor frecuencia de inicios en la edad adulta e infantil. Afecta principalmente a la población femenina (aproximadamente, por cada 9 casos de TCA en mujeres se presenta 1 en hombres). Se han asociado con los TCA los siguientes factores psicológicos: trastornos afectivos, trastornos de la personalidad, trastornos obsesivo-compulsivos, trastorno de control de impulsos, realizar dieta anómala y restrictiva y preocupación por el cuerpo, historia personal de dificultades alimentarias, excesiva rigidez, perfeccionismo, retraimiento social y baja autoestima. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008)

La aparición de los TCA y la obesidad no comienzan en el post-parto, pueden tener lugar mucho antes del embarazo por diversos factores, como pueden ser, biológico-genéticos, de vulnerabilidad, características psicológicas, aspectos socioculturales y estresores, así como

también pueden comenzar durante el embarazo, debido a los cambios naturales del cuerpo, que, sin embargo, no son vistos como necesarios, sino como, un problema para la imagen corporal. La sensación de culpa, vergüenza, dudas, miedo, y el desconocer la evolución de las mujeres como madres afecta la salud física y emocional.

El cambio corporal durante el embarazo es visto y señalado como una máquina que debe seguir reglas estrictamente formadas por la salud médica y los ambientes de desarrollo, olvidando que la madre es un humano y no un robot que debería controlar su cambio de una manera tan constante y recta.

El simple hecho de señalar el peso aproximado que debe subir en cada mes la madre, es una ansiedad constante en fijar su atención en cómo se verá en vez de fijar la atención en su intuición, reconocer que le pide su cuerpo, que comida quiere consumir, en que momentos quiere dormir, que cambios físicos (compuestos por un sinfín) está teniendo, el cómo se siente y que desea hacer, simplemente admirar su cuerpo, el cual está trabajando constantemente para formar una vida.

La cultura de las dietas ha pretendido controlar el cuerpo de las mujeres; y el embarazo no es la excepción

Este es justo el momento de la vida de una mujer en que el cuerpo cambia de forma abrupta y se vuelve “indisciplinado”, por lo que la cultura patriarcal hará todo por mantenerlo “en línea”. Es así como se han creado tablas arbitrarias (hechas por hombres) que indican “cuantos kilos deben subir”, como si fueran una especie de máquinas que pueden controlarlo. El cuerpo embarazado es un cuerpo rebelde, un cuerpo que se toma el derecho de engordar. Y eso a la cultura de las dietas no le gusta. Mujeres que se salen del huacal y que por un periodo de 9 meses se permiten lo impermissible en circunstancias normales: aumentar de peso. Y por supuesto, una vez que la gestación termina, se exige a la mujer que cuanto discipline nuevamente su cuerpo, vuelva de inmediato al cuerpo que ahora se espera de ella. Nos hacen creer que, tras un embarazo, el cuerpo debe regresar a su estado pre embarazo incuestionablemente (y lo más rápido posible) y que deben resistir al envejecimiento tanto a los cambios corporales que con éste ocurren, como si estos cambios fueran un defecto, una falla, sobre todo, resultado del descuido y la indulgencia (Lobaton, R., 2020)

DESARROLLO

De acuerdo con el DSM-IV-TR los TCA específicos son: Anorexia Nerviosa (se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales), y Bulimia Nerviosa (se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos

por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo). La obesidad en el DSM-IV no aparece, ya que no se ha establecido su asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales, sin embargo, es un problema que aparece en el post-parto y tiene afecciones de la misma magnitud que los TCA.

Las madres con TCA u obesidad pueden ser menos seguras de sí mismas, y menos eficaces en su estilo de crianza, y por ello pueden actuar inconscientemente, dependiendo del humor en que se encuentren. Esta conducta inconsciente puede ocasionar problemas de conducta en el hijo y reducir la efectividad de la crianza. Las actitudes y comportamientos de las madres frente a la comida o las dietas, la percepción que tienen de sí mismas, de su peso y su figura, los ideales de delgadez, la forma de expresar sus sentimientos negativos a sus hijas a la hora de alimentarse, los horarios de la comida y la elección de los alimentos para sus hijos, deberían ser, todos ellos, tópicos obligatorios del trabajo preventivo en las mujeres durante el embarazo o la crianza, dadas las implicaciones de estos comportamientos maternos en el riesgo de configurar TCA en los hijos (Vázquez & Reidl, 2013)



Antes de la etapa del postparto, y mucho antes de un embarazo una mujer está expuesta a sufrir percepciones erróneas sobre su cuerpo. Desde aquella mujer que este muy delgada o padezca obesidad. Esto como ya mencionado es un ciclo cultura que se mantiene y se ve beneficiado con

las inseguridades que se le presentan y se crean en las mujeres. Si una mujer antes de un embarazo ha sufrido un TCA, obesidad, críticas de la sociedad acerca de su cuerpo, trato de llevar una dieta y por diversas razones no funciona como esperaba, se le ha remarcado el estereotipo perfecto que una mujer debe cumplir, con toda la razón del mundo, al estar embarazada comenzara a cuestionarse sobre su cuerpo y todos los cambios que presentara, pero no de manera que entienda su cuerpo o lo admire, si no dé, una manera en que se avergonzara, no deseara volver a padecer obesidad, no deseara que su cuerpo salga de los estándares de belleza, se obligara a no alimentarse bien para cumplir con las metas de una dieta, provocando en el post-parto TCA.

La falta de apoyo por parte de familiares y la sensibilidad ética de los profesionales de salud, así como la nula educación en base al tema, crean estos estados destructivos en las mujeres durante el post-parto.



CONCLUSIÓN

Las dietas creadas no deberían tener la función de buscar que la persona llegue a una talla que dicen la adecuada, o prohibirles alimentos. El tener una meta idealizada por alguien ajeno a su cuerpo, les limita expresar lo que desean y en qué momento se sienten cómodos con

ellos (que desde un principio esto debería ser). A su vez, debería fomentarse el escuchar al cuerpo y como encontrar el momento en que este dice estar satisfecho, así como, reconocer los momentos en que se desea comer frutas, verduras, legumbres, alimentos picosos, y por qué no, en su defecto, alimentos ricos en carbohidratos.

Al momento de dejar de sobreponer el peso de una persona para poder valorarla, y comenzar a hablar de los alimentos de una manera adecuada sin tener que ir de lo blanco a lo negro o viceversa, será más sencillo dejar de estigmatizar a una mujer embarazada por el tamaño de su cuerpo, dando lugar a todos los cientos de factores que son causantes de cambios hermosos e increíbles, dejando un gran espacio para poder sentirlos, observarlos y disfrutarlos, como desde un inicio debería disfrutarse el antes, durante y después de la gestación. En ese momento se podrá reeducar a la población sobre las funciones del cuerpo, el cómo se ven afectadas o beneficiadas por distintos alimentos o líquidos, y por supuesto el que, cada humano tiene una fisionomía distinta pero igual de valiosa.

Los TCA, como anteriormente se dijo, es debido a varios factores, pero entre ellos está la comprensión de las emociones y el control mental. Si la educación incluyera oír y responder a la necesidad fisiológica, en vez de, estándares, disminuiría el número de personas afectadas por un TCA, a su vez, las mujeres en etapa de postparto se verían beneficiadas, enfocándose en sí mismas y en su bebé. No solamente se trata de mejorar la educación alimenticia, se trata de

Educar acerca de la intuición, de las emociones y la salud mental, así como, dejando de lado el tabú sobre el tema de los Trastornos de Conducta Alimenticios TCA.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson.
- Behar, A. & Arancibia, M. (2014). Trastornos alimentarios maternos y su influencia en la conducta alimentaria de sus hijas(os). *Revista Chilena de Pediatría*. 85(6), 731-739. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-chilena-pediatria-219-articulo-trastornos-alimentarios-maternos-su-influencia-X037041061476605X>
- Lobaton, R. (09 de junio 2020). Sobre cultura de dietas, embarazo y control de cuerpo femenino. [Entrada de Blog]. Recuperado de: <https://www.instagram.com/p/CBN23p5H-80/?igshid=h2i2orsu1o0k>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. Recuperado de: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1798/guia_practica_clinica_trastorn_alimentari_2009.pdf?sequence=1
- Vázquez, V. & Reidl, M. (2013). El papel de la madre en los trastornos de la conducta alimentaria: una perspectiva psicosocial. *Psicología y Salud*. 23(1). 15-24. Recuperado de: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/511/848>

LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO DEL PSICÓLOGO DE LA SALUD EN EL SIGLO XXI: UNA CHARLA CON EL DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

Facultad de Psicología, UNAM

Dr. Juan José Sánchez Sosa

RESUMEN

El presente documento reproduce la entrevista realizada al Dr. Juan José Sánchez Sosa, en donde se reflexiona sobre el trabajo del Psicólogo de la salud, las tareas encomendadas desde los años cincuenta hasta la fecha y la relevancia de su trabajo en la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. Se hace hincapié en lo vital que es contar con una formación profesional y atender a las distintas variables que regulan el proceso salud - enfermedad. Describe cómo los problemas de la salud tienen su origen en la interacción de los aspectos comportamentales y ambientales, por lo cual toda evaluación e intervención es incompleta si no se consideran estas dos partes de la ecuación salud-enfermedad. A lo largo de la entrevista insiste en que es importante que la sociedad aprenda con quién acudir y sólo acepté intervenciones o recomendaciones basadas en una evidencia científica y profesional.

Con más de 40 años de servicio en la Universidad Nacional Autónoma de México, el Dr. Juan José Sánchez Sosa, profesor emérito de nuestra Universidad, ha formado una gran cantidad de estudiantes a nivel licenciatura y posgrado, habiendo dirigido más de 120 tesis de doctorado y licenciatura y siendo sinodal de exámenes de grado en diversas universidades en Estados Unidos, Suiza, Holanda y España. Se distingue por su muy relevante y vasta labor como investigador, difusor y promotor de la psicología como disciplina científica y profesión de servicio.

Es licenciado en psicología por la UNAM, Maestro en Psicología y Desarrollo Humano por la Universidad de Kansas y Doctor en Desarrollo Humano y psicología del niño, también por la Universidad de Kansas, en Estados Unidos. Ha realizado estudios de actualización en la Clínica Menninger y en el Programa conjunto de educación continua del Hospital General de Massachusetts, así como en la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard.



ENTREVISTA

DOI: <https://doi.org/10.22402/j.redes.unam.2.2.2020.342.24-29>

Oscar Iván Negrete Rodríguez. Sabemos que la psicología como ciencia se ha diversificado y una de las áreas de mayor impacto y que más son necesarias, es la psicología de la salud. Sabemos, quienes nos hemos adentrado en el tema, que uno de los textos clásicos es Psicología Médica del Dr. Ramón de la Fuente, y que a partir de ese texto se enmarca la medicina conductual, allá por los años cincuenta y va evolucionando hasta transformarse en un área importante dentro de la psicología hoy en día ¿Desde su perspectiva cuál es la labor principal que el psicólogo debe realizar ante los problemas de salud que vive nuestro país?

Juan José Sánchez Sosa. Yo diría que son básicamente tres funciones centrales: Una primera es informar a la sociedad sobre qué es lo que hace el psicólogo, justo por los años en los que se publicó ese texto clásico que mencionas era muy común encontrar gente que pensaba que el psicólogo sólo veía problemas de personas con problemas serios de salud mental. Con los años ha ido quedando muy claro que el psicólogo puede ver esos problemas (tiene entrenamiento para ver esos problemas si pasó por un programa adecuado) pero, también tiene la posibilidad de prevenir esos problemas, es decir, atender a la gente, por así decirlo, cuando está sana, antes de que tenga un problema psicológico y es un enfoque más bien de naturaleza educativa en cuanto a interacción familiar, interacción en el trabajo, interacción en la comunidad, que lo que hace es proteger al ser humano del riesgo que se tiene de, por ejemplo, manejar mal el estrés, de tener interacciones defectuosas, de desarrollar alteraciones emocionales, de desarrollar sesgos cognitivos graves, etcétera.



Y entonces, quizá uno de los más importantes avances ha sido ese en el sentido social pero, ya hablando de Psicología de la Salud hay dos grandes mitades de una ecuación y que son precisamente el prevenir la enfermedad (ya estamos hablando de una enfermedad biológica, de una enfermedad que diagnostica un

médico) y por el otro lado, ajustar el comportamiento de quien ya se enfermó para recuperar la salud, para adherirse a las recomendaciones o a las indicaciones del equipo de salud de modo que se recupere la misma.

En este sentido, lo importante es que la investigación de los últimos treinta o cuarenta años ha hecho contribuciones enormes a esto que se ha denominado la interfaz entre el comportamiento y el funcionamiento del organismo.

Por ejemplo hace cuarenta, quizá menos años, no se sabía que el estrés sostenido, intenso, mal manejado se puede convertir en una gripa o en un tumor. Esto no quiere decir que el estrés los cause, lo que quiere decir es que son condiciones psicológicas que interactúan con otras variables, muchas de ellas de naturaleza genética y, que acaban representando un cambio que puede llevar a precipitar un cuadro médico, y así a precipitar una enfermedad física.

Y finalmente, en lo que está ocurriendo en nuestro país, quizá en toda América Latina y ahora en el mundo con la pandemia, una responsabilidad central de cualquier experto en comportamiento, especialmente el psicólogo de la salud consiste también, tocando esas dos mitades de la ecuación, primero en asegurarse de que el consejo que da a la sociedad en general (a los usuarios particulares de sus servicios, etcétera) estén orientados hacia proteger la salud por una parte, evitar el contagio etcétera pero, también mejorar lo que ocurre bajo las condiciones de cuarentena. Sabemos por ejemplo, que la cuarentena está propiciando, está ocasionando, aunque no los cause directamente, problemas de interacción familiar, problemas de alteraciones emocionales, problemas que tienen que ver con un manejo defectuoso de la información, por ejemplo, si vemos una mala noticia seis veces en un día, vamos a reaccionar como si esa noticia fuera mucho peor de lo que realmente es. Pero, tenemos el otro extremo en el sentido cognitivo, podemos ignorar por completo lo que está pasando y suponer que no está pasando casi nada. Estos dos extremos, por así decirlo, de sesgos cognitivos, son graves básicamente porque ambos desactivan el comportamiento y lo que necesitamos es activar el comportamiento que nos protege, que evita el contagio, pero también activar el comportamiento que mejora nuestras relaciones familiares, nuestras relaciones laborales, etcétera.

Ésas, serían básicamente, como yo lo veo, las más importantes contribuciones contemporáneas del psicólogo de la salud, pero también, es importante señalar que estas contribuciones no son posibles, ni funcionan, si no están basadas en investigación científica

ca. Es muy importante, por ejemplo, recordar que también la investigación científica en el caso del comportamiento humano tiene dos grandes componentes: uno es conocer los mecanismos naturales que regulan el funcionamiento humano, pero, el segundo es igual de importante y es el probar, el someter a prueba el efecto benéfico, en su caso, de las intervenciones profesionales que es lo que se llama evidencia clínica. Sin estos dos componentes estamos dejando muy desbalanceado y por así decirlo muy “coja” la intervención de un experto en comportamiento.

Oscar Iván Negrete Rodríguez. Claro, me parece muy importante todo lo que señala porque da cuenta de que la intervención y la labor que tiene que hacer el psicólogo en distintos escenarios, particularmente en el de la salud, va más allá de las buenas intenciones o de un ejercicio aparentemente motivacional que incite hacia el comportamiento positivo. Sino más bien, entender las diversas variables o situaciones que van a ejercer un control sobre el comportamiento, tanto aquellas intrínsecas como aquellas extrínsecas.



Juan José Sánchez Sosa. Exactamente y un punto importante también es que la sociedad necesita saber a quién acudir. Por ejemplo, hay nuevas normas que indican a los espacios de trabajo que deben ponerse en marcha procedimientos para reducir el estrés, para reducir problemas interpersonales, etcétera, y entonces de repente, como hay una norma aprobada general, hay muchísima gente que quizá con buenas intenciones, o quizá con todo su derecho comercial, echan a andar iniciativas que se supone que están orientadas a eso, que se supone que hacen que en el lugar de trabajo haya una serie de intervenciones o haya una serie de eventos de naturaleza educativa, quizá; que mejoren esta situación, que mejoren este problema de manejo del estrés o de manejo de dificultades interpersonales y lo que estamos viendo es que hay una gran cantidad de estos servicios que no tienen la menor idea de cómo derivar de lo que se sabe realmente sobre el comportamiento, porque no son psicólogos y tampoco tienen la forma de evaluar de una

manera sistemática, cuidadosa y que la gente sienta confianza de que lo que le están haciendo les está ayudando, de que lo que le están permitiendo conocer, los consejos que le están dando, las modificaciones interpersonales en el trabajo con el jefe, con los subordinados, con otras personas son las que están teniendo un efecto real.

Por ejemplo, he encontrado programas en los que suponen que basta poner música de fondo para relajar a la gente y es bastante más complicado que eso, porque lo que hemos visto, claro, es que la música de fondo que tranquiliza a unos enerva a otros; y entonces no solamente no se arregla el problema sino que se pone más grave. Entonces, es muy importante que la gente que necesita servicios que mejoran el funcionamiento humano en términos psicológicos revisen muy bien las credenciales de quienes ofrecen estos servicios, porque hay una gran cantidad de personas, que sin la menor preparación, o con una preparación muy marginal y de una calidad muy cuestionable ofrecen servicios de esta naturaleza.

Oscar Iván Negrete Rodríguez. Por supuesto, yo he identificado otro error consistente en algunas de estas intervenciones que usted señala. Y es que dentro de la ecuación que usted nos marca (el entorno y el individuo), eliminan el factor ambiental y pareciera que todo está bajo el control del individuo y que si entrenamos al individuo todo se va a solucionar, aunque las condiciones medioambientales sigan siendo severas.

Juan José Sánchez Sosa. Ese es un error tremendo. Lo hemos estado viendo en los estudios que hemos estado haciendo los últimos cuatro o cinco meses en los hospitales. Lo que hemos visto en hospitales es que, claro el estrés de todo el personal de salud tiene un componente individual, cada quien tiene su historia personal, su historia familiar, tendrá algunos problemas que no ha resuelto, etcétera.

Pero, cuando examinamos las fuentes del estrés y cuando les seguimos la pista a esas fuentes para ver cómo afectan su atención al paciente, su interacción con otros colegas, el seguir instrucciones, etcétera, lo que vemos es que hay defectos importantes dentro de la propia institución que no dependen del individuo, dependen de una estructura, dependen quizá, de un reglamento mal pensado, quizá de costumbres adoptadas desde hace mucho tiempo y que nadie se ha tomado la molestia de examinarlas para ver cómo realmente impactan sobre el funcionamiento del médico, de la enfermera, del trabajador social, del psicólogo, del director del hospital, del jefe servicio. Todo esto requiere un enfoque serio, un enfoque sistemático, un enfoque multidisciplinario, donde realmente se tome lo mejor que sabemos de cada una de

estas especialidades, de cada una de estas áreas de trabajo sobre comportamiento y sobre salud para ir realmente resolviendo los problemas.

Porque tenemos otro riesgo, podemos resolver el problema pero, la solución dura tres o cuatro semanas y lo que necesitamos es ajustar el sistema para que el paciente reciba la mejor atención, el personal de salud no sufra más de lo que normalmente sufre en un escenario laboral cualquiera y claro en mejorar la interacción profesional y la interacción interpersonal.

Oscar Iván Negrete Rodríguez. Por supuesto, ahora bien, todo este conocimiento que usted ha acumulado ha derivado de lecturas, de su formación y mucha investigación que usted ha realizado. A lo largo de su trayectoria profesional y cómo investigador ¿Cuál sería el principal reto y el principal éxito profesional que usted ha vivido como psicólogo de la salud?

Juan José Sánchez Sosa. Yo creo que el principal reto es que la sociedad en general y las instituciones en particular conozcan cuáles son los efectos reales de un trabajo profesional bien hecho; de un trabajo profesional bien hecho porque está derivado de investigación científica y porque prueba que las mejorías están relacionadas con ese servicio profesional y que esas mejorías no solamente surgen del servicio sino que duran mucho. Y para eso es importante que el experto en comportamiento, en este caso el psicólogo de la salud, garantice la transferencia de las mejorías a las condiciones naturales de ese sitio, sea la familia, sea el trabajo, sea la escuela, sea la comunidad, etcétera. Ese es uno de los retos más importantes.

Y respecto al avance, respecto a las buenas noticias, entre lo que estamos viendo es que cada vez más, y esto se ha visto en todo el mundo (claro, empezó en lo que se ha denominado como países avanzados, normalmente Canadá, Estados Unidos y el norte de Europa etcétera), pero ahora cada vez es más claro que se requiere un componente de comportamiento en prácticamente todas las instituciones de salud. Por ejemplo, en este mundo que se denomina desarrollado, prácticamente no hay un hospital, ni público, ni privado, en donde no haya un departamento de psicología que se encargue no solamente del bienestar psicológico de los pacientes sino del bienestar psicológico del personal que atiende a los pacientes.

Y si lo vemos más en general, una de las cosas que se nota cada vez más, es que se recurre al psicólogo para resolver problemas de otra naturaleza por ejemplo, interacción social, interacción en comunidades, comunicación de alta eficacia, etcétera.

Y nuevamente lo importante, es saber a quién se acude, si no se revisan las credenciales, el potencial real, el entrenamiento, la educación, la formación, la experiencia de las personas que toman estas decisiones y que dan consejos, que ponen en marcha intervenciones profesionales, hay dos riesgos importantes: primero el usuario no se va a beneficiar y el segundo es que se va a dar la impresión de que el psicólogo no funciona y no es que no funcione, es que no son psicólogos con una formación sólida. Por eso es importante también revisar los antecedentes de esa formación.

Oscar Iván Negrete Rodríguez. Y, en ese sentido ¿cómo podríamos prevenirnos o, por así decirlo, inocularnos todos los profesionistas de la salud contra juicios morales que a veces permean también nuestro actuar?



Juan José Sánchez Sosa. Básicamente, lo que tenemos que hacer es asegurarnos de que estamos claros de dónde salen las decisiones que tomamos, de dónde salen las decisiones que le hacen falta a una sociedad que tiene problemas relevantes. Cuando nosotros examinamos los problemas en salud, en educación, en el trabajo, en la comunidad, en la interacción humana en general, lo primero que se nota es que el comportamiento humano es un ingrediente de todos estos escenarios ¿Por qué? Porque son los seres humanos los que se comportan, son los seres humanos los que tienen reacciones emocionales, tienen sesgos cognitivos, tienen defectos interpersonales y por lo tanto el comportamiento humano aunque no se quiera, está metido en todos lados, es un ingrediente central de todos los problemas humanos. Entonces ¿qué tenemos que hacer? Esa gente que tiene juicios aparentemente morales y que denigran, o ignoran, o qué opinan de una manera negativa sobre el funcionamiento de este profesionista, lo que hacen la mayoría de las veces es que esa opinión surge de una tremenda ignorancia, simplemente no saben qué es lo que se puede hacer, de dónde salen esas decisiones profesionales y cómo un profesional, realmente bien for-

mado, responsable, puede mostrar, puede garantizar cuál es el origen de esos cambios.

Y claro, siempre existe otra posibilidad y es que esas personas a quienes se les hace muy fácil opinar sobre el funcionamiento de un profesional cualquiera, lo que están haciendo en realidad es proyectar un conflicto de intereses.

Lo que se nota muchas veces es que algunos de esos juicios están más orientados hacia proteger una postura personal, proteger una postura de grupo, a veces proteger una postura política o religiosa y lo que se tiene que hacer es que la gente note la diferencia de cuáles son los motivos detrás de ese tipo de opiniones; eso se requiere, experiencia pero requiere atención que todos podemos y debemos poner.

Oscar Iván Negrete Rodríguez. Bien, lo que me dice me hace pensar también en las condiciones sanitarias que estamos viviendo actualmente y cómo hay un conjunto de noticias falsas, pero también, de juicios de valor sobre las acciones que está implementando actualmente la Secretaría de Salud para controlar la pandemia que vivimos y me hace pensar en la siguiente pregunta ¿Qué tenemos o qué podemos hacer los psicólogos de la salud para abonar a la solución del problema que actualmente vivimos?



Juan José Sánchez Sosa. Dos cosas fundamentales. La primera es informar a la sociedad, informar de una manera veraz, de una manera fundamentada, de una manera bien basada en el conocimiento real de las cosas, sin politizarlo en ningún sentido. Lo que nos está pasando no requiere política, requiere decisiones inteligentes pero, derivadas de quien sabe lo que está ocurriendo. La otra es asegurarnos de que todos los servicios del experto en salud, del experto en esta interfaz entre comportamiento y salud es, decir, el psicólogo de la salud tenga acceso o vaya logrando acceso a las decisiones institucionales que le facilitan la vida al usuario de los servicios, a quién da los servicios, a quién dirige los servicios e incluso el político que toma las decisiones.

Lo que estamos viendo aquí es que una decisión se atribuye a una intención y no se atribuye a algo que se está buscando. Y cuando hacemos esto, claro, la gente va a estar informada a medias, va a ver datos contradictorios, va a ver una serie de opiniones que no checan una con la otra y entonces la gente no sabe realmente qué hacer. Por eso es fundamental que el experto en comportamiento y salud tenga esta posibilidad de educar, de informar, de intervenir cuando el problema está definido de una manera específica y poder mejorar las condiciones de salud en general, pero, también las condiciones que tienen características particulares dentro de las familias, dentro del centro de trabajo, etcétera.



Oscar Iván Negrete Rodríguez. Bien, pues una tarea importante y para nada sencilla porque siempre tenemos que poner en práctica un pensamiento lógico, un pensamiento analítico deductivo o inductivo en función de la naturaleza del problema pero analizando las distintas aristas del problema psicológico que atendemos. Como última pregunta, me gustaría que nos recomendará algunos textos básicos que toda persona interesada en entender el binomio psicología-salud deberiese leer.

Juan José Sánchez Sosa. Hay una cantidad importante de libros, muchos de ellos ya están en castellano, se pueden conseguir con relativa facilidad, pero, hay un fuente especialmente importante para el psicólogo de la salud, para el psicólogo que ofrece estos servicios, para el que se está formando en investigación aplicada, el que se está formando en evaluar el impacto real de un consejo, de un servicio de una intervención etcétera y es una página web que es una página que está alojada en el sistema de la UNAM (www.healthnet.unam.mx) y que es una página que incluye hasta ahorita veinticuatro o veinticinco recursos específicos para psicólogos de la salud y que les facilita intervenir a distancia, porque ahorita es peligroso intervenir presencialmente y lo que se ha visto es que las intervenciones a distancia pueden tener la misma eficacia que las intervenciones presenciales.

les si realmente están basadas, como decía yo, tanto en investigación en la valoración de la validación clínica de las intervenciones. Fuera de eso, una de las fuentes que yo recomiendo mucho es la biblioteca central de la UNAM (www.dgbiblio.unam.mx) y que ahí, por ejemplo, hay una gran cantidad de textos en castellano o en inglés, que lo que hacen es precisamente asegurarse de que muestren esta relación clarísima, indispensable como yo la veo, entre la investigación científica y los servicios que se ofrecen a los usuarios del trabajo psicológico.

VIDEO DE LA ENTREVISTA



Ingresar al siguiente link:

<https://youtu.be/GTQtdCmNP2s>

Realizada: 4 de noviembre de 2020

Por Óscar Iván Negrete Rodríguez

Cita recomendada:

Negrete, O. (2020). La importancia del trabajo del psicólogo de la Salud en el siglo XXI: Una charla con el Dr. Juan José Sánchez Sosa [Entrevista a Juan José Sánchez Sosa]. *REDES. Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja*, 2(2), 24-29. <https://doi.org/10.22402/j.redes.unam.2.2.2020.342>

SALUD MENTAL, LA PANDEMIA DEL 2020: ¿NUEVA NORMALIDAD?

Dr. Víctor Rodríguez Pérez

Clínica de Adherencia a Antirretrovirales y Polifarmacia
Clínica Especializada Condesa, SSA.

RESUMEN

La salud se refiere al equilibrio entre los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales del ser humano, se puede vulnerar por situaciones estresantes de vida como la muerte de un familiar, divorcio, desempleo o una pandemia, como la que todos estamos enfrentando. Algunos de los efectos psicológicos que se puede encontrar tras una emergencia epidemiológica como la pandemia de COVID-19 son diversos por lo que es importante prestar atención a sus consecuencias para evitar problemas de salud mental, es por ello que a continuación se presentan algunas recomendaciones y en caso de que requieras apoyo se muestran algunos sitios de apoyo psicológico.

Palabras clave: salud mental, prevención, COVID-19



Recibido: 1 de diciembre de 2020
Aceptado: 21 de diciembre de 2020
Correo electrónico:

victor.psicologoacademico@gmail.com

Cita recomendada:

Rodríguez, V. (2020). Salud mental, la pandemia del 2020: ¿nueva normalidad? REDES. Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja, 2(2), 30-35.
<https://doi.org/10.22402/j.redes.unam.2.2.2020.344.30-35>



51

RECOMENDACIONES

DOI: <https://doi.org/10.22402/j.redes.unam.2.2.2020.344.30-35>

La Salud mental, que se refiere al equilibrio entre los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales del ser humano, se puede vulnerar por situaciones estresantes de vida como la muerte de un familiar, divorcio, desempleo o una pandemia, como la que todos estamos enfrentando (Médicos Sin Fronteras, 2009).

¿La pandemia de coronavirus podría ser una catástrofe de salud mental? Según los datos de pandemias previas como la de SARS a finales del 2002, los trastornos más frecuentes fueron el Trastorno por Estrés Postraumático (TEP) y el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) con 47.8% y 44.4%, respectivamente (Rajkumar, 2020; Talevi, Socci, Carai, Carnaghi, Faleri, et al., 2020; Xiao, Zhang, Kong, Li & Yang, 2020). Cifras alarmantes, incluso mayores a lo reportado en desastres naturales (Mak, Chu, Pan, Yiu & Chan, 2009; Maunder, 2009).

Los estudios recientes en sobrevivientes de COVID-19 indican que la prevalencia de ansiedad es 28.8%, 16.5% TDM, 8% TEP y casi 20% para el trauma vicario. Estos datos son más alarmantes en el personal de salud al frente de pacientes con COVID-19. No solo está muriendo nuestro personal de salud, más de la mitad está padeciendo trastornos de ansiedad y el 20% tiene TEP ((Rajkumar, 2020; Talevi, Socci, Carai, Carnaghi, Faleri, et al., 2020; Xiao, Zhang, Kong, Li & Yang, 2020).

Estos datos nos llaman urgentemente a crear programas de salud orientados al cuidado de la salud mental, tanto de nuestros trabajadores de la salud, como de los sobrevivientes de esta pandemia.

¿Qué hacer para cuidar mi salud mental?

Algunos de los efectos psicológicos que podemos encontrar tras una emergencia epidemiológica como la pandemia de COVID-19 son:

- Impacto directo de los hechos traumáticos: crisis, estrés, duelo.
- Empeoramiento de las condiciones de vida: desplazamiento, pérdidas económicas, desempleo, desintegración social.
- Desestructuración familiar: impacto, pérdidas familiares, cambios en la estructura y relaciones.

- Aislamiento social: discriminación, distancia social, miedo, división comunitaria.

La manera como resultamos afectados por un mismo hecho está mediada por varios factores de personalidad, condiciones de vida, red de apoyo (el apoyo familiar y social es básico para la recuperación), entre otros. Sin embargo, debemos considerar que las reacciones emocionales intensas ante eventos inesperados y abruptos son naturales, esperables y variadas.

Durante la Jornada Nacional de Sana Distancia es esperado y natural sentirse abrumado o con miedo, pero hay métodos que ayudan a sobrellevar esos síntomas. La Jornada Nacional de Sana Distancia es temporal, pero sabemos que para mucha gente puede resultar complejo. Es esperado y natural sentirse abrumado o con miedo, pero hay métodos que ayudan a resolverlo (Centers for disease control and prevention, 2020a).



Aquí mencionamos algunas de las recomendaciones para mantener la salud mental:

- Intenta mantenerte ocupado en actividades que te generen bienestar.
- Colabora en las tareas del hogar.
- Practica la tolerancia, solidaridad y respeto.
- Tómate el tiempo para relajarte, haz ejercicio regularmente y duerme lo suficiente.
- Comunícate constructivamente: establece una comunicación clara y optima con tu red de apoyo. Señala los errores o deficiencias de manera constructiva y correctiva.
- Contacta a tu familia: en la medida de lo posible, mantén contacto con tus seres queridos. Si te es posible, haz uso de la tecnología (tu teléfono o computadora) para mantener contacto con tus seres queridos.
- Respeta diferencias: algunas personas necesitan hablar mientras otras necesitan tiempo a solas. Reconoce y respeta estas diferencias.

- Busca información actualizada: consulta fuentes de información confiables (ej. sitios oficiales).
- Limita el acceso a medios de comunicación: imágenes gráficas y mensajes perturbadores pueden incrementar el estrés, reducir la eficacia y afectar el bienestar.
- Implementa el autochequeo: monitorea constantemente síntomas de depresión o estrés agudo: tristeza prolongada, dificultad para dormir, recuerdos intrusivos, desesperanza.
- Evita el alarmismo: transmitir soluciones o indicaciones no oficiales pueden provocar más angustia a las personas afectadas.
- Reconoce tus sentimientos y acéptalos. Si lo requieres, puede compartirlos con las personas de confianza, escribir un diario o acercarte para ayuda profesional.
- La mayoría de los problemas de salud mental en personas que padecen una enfermedad infectocontagiosa es el estigma y la discriminación (Colegio oficial de psicología de Catalunya, 2020; Center for the study of traumatic stress, 2020).

Por eso, en el siguiente apartado te vamos a platicar sobre la discriminación y la COVID-19.



¿Por qué el COVID-19 puede causar estigma y/o discriminación?

- Es una enfermedad nueva y en gran parte desconocida.
- Ante lo desconocido, algunas veces podemos reaccionar con miedo y por ende actuar con base en ello.

- El miedo y la ansiedad ante la enfermedad puede producir estigma social hacia las personas, lugares o cosas (por ejemplo, ante alguna población, nacionalidad, personal de salud, personas que han viajado, entre otros).
- El estigma sucede cuando se relaciona a alguna persona, lugar o cosa con el riesgo de contagio.

¿Por qué es importante prevenir el estigma y discriminación?

- El estigma y discriminación, puede llevar a las personas a ocultar la enfermedad para evitar la discriminación, lo que puede disuadirlos de buscar atención médica y adoptar comportamientos saludables.
- Al estigmatizar y etiquetar a las personas podemos afectar su salud mental y emocional.
- Para prevenir la violencia (Centers for disease control and prevention, 2020).

¿Cómo evitar el estigma y discriminación?

- Evita asociar COVID-19 a grupos de población específicos, países, poblados, razas, etc., o por su profesión como personal de salud: personal médico, enfermería, etc.
- Refiérete a las personas con su condición de salud (“Personas con COVID-19”) y no exclusivamente a la enfermedad (Infectado/a de COVID-19).
- No digas que las personas “infectan” COVID-19. Evita expresiones que implican una transmisión intencional y son culpabilizadoras. Es mejor decir: las personas “adquieren o contraen” COVID-19.
- No hagas juicios sobre las personas con COVID-19, evita asociar que lo adquirieron por “irresponsables o inconscientes.”
- Crea conciencia sobre COVID-19 y las estrategias de prevención sin aumentar el miedo.

- Expresa tu rechazo contra los comportamientos negativos, incluidas las declaraciones negativas en las redes sociales sobre grupos de personas, o la exclusión de las personas que no representan un riesgo de las actividades regulares.
- Ten cuidado con las imágenes que compartes. Asegúrate que no refuercen los estereotipos.
- Agradece a los trabajadores de salud y al personal de respuesta si así lo deseas.
- De confirmarse que una persona cercana a ti tiene COVID-19, toma medidas preventivas oficiales recomendadas. Evita medidas adicionales que generen exclusión, aislamiento o rechazo. No aisles social ni emocionalmente a esa persona.
- Facilitar el acceso a la atención de servicios de salud a personas migrantes, que carecen de seguridad social o identidad legal.
- No hagas juicios de las personas que no se quedan en casa. El aislamiento social es voluntario, algunas personas que requieren salir por casos especiales.
- Mantén la confidencialidad de las personas con COVID-19. Tanto los servicios médicos, medios de comunicación y personas deben evitar difundir nombres.
- Evita difundir rumores no confirmados, o utilizar expresiones que generan miedo, como peste, apocalipsis, etc. (Centers for disease control and prevention, 2020).

¿Por qué el COVID-19 puede causar estigma y/o discriminación?

Las recomendaciones para tener prácticas sexuales seguras durante la pandemia por coronavirus y evitar el contagio de la enfermedad por COVID-19, también incluyen medidas de prevención y de sana distancia que te compartimos a continuación:

1. Siempre infórmate por medios oficiales sobre la forma en que ocurre el contagio de COVID-19:

- Una persona con COVID-19 puede enfermarte porque:
- El virus se puede propagar a las personas que están incluso a poco más de metro y medio de distancia de la persona con la enfermedad por COVID-19 cuando ésta estornuda, tose, habla o canta.
- El virus se puede propagar por el contacto directo con su saliva o mediante el contacto de superficies contaminadas.
- Aún se tiene mucho que aprender del COVID-19 y el sexo, pues,
- Este virus se ha encontrado en heces fecales de personas con infección por COVID-19.
- Aún no se ha encontrado en fluidos seminales o vaginales.
- Sabemos que otros coronavirus no se transmiten por vía sexual.

2. Para decidir con quién y cuándo tener encuentros sexuales, te compartimos la siguiente información:

- Besarse puede contagiar fácilmente la enfermedad de COVID-19.
- El anilingus o beso negro (boca en ano) puede propagar el virus que causa COVID-19. El virus que se encuentra en las heces fecales puede entrar por tu boca.
- Usar condones y diques dentales pueden reducir el contacto con la saliva o heces, especialmente durante el sexo oral o anal, pero no pueden garantizar que no adquieras el virus de alguna de tus parejas sexuales.
- Las medidas de higiene antes y después de las prácticas sexuales son ahora más importantes que nunca:
- Lava tus manos seguido con agua y jabón al menos por 40 segundos.
- Lava los juguetes sexuales con agua tibia y jabón.
- Desinfecta teclados y pantallas táctiles que hayas compartido con otras personas (en video chats, viendo películas o compartiendo juegos).

- En la medida de lo posible, báñate antes y después de tener relaciones sexuales.

Para más información oficial sobre COVID-19, consulta la web www.coronavirus.gob.mx

3. No tengas sexo si tú o tu(s) pareja(s) sexual(es) regular(es) no se sienten bien o presentan síntomas de COVID-19:

¿Drogas en tiempos de COVID- 19?

- Si tú o tu(s) pareja(s) sexual(es) regular(es) tienen síntomas de COVID-19, eviten tener sexo y especialmente besarse.
- Si tú o tu(s) pareja(s) sexual(es) regular(es) tienen una condición médica que les pongan en riesgo de desarrollar complicaciones en caso de contagiarse del virus SARS-Cov-2 (diabetes, hipertensión, asma, inmunosupresión), te recomendamos evitar cualquier práctica sexual temporalmente.

Se conoce que el virus SARS-CoV-2 afecta los pulmones por lo que aquellas personas que fuman tabaco, marihuana o que se vaporizan (“vapear”) pueden no tener una adecuada salud respiratoria o pulmonar para combatir al virus y esto puede influir sobre el pronóstico de la enfermedad.

Hay información científica reciente que sugiere que la exposición a los aerosoles de los cigarrillos electrónicos daña las células del pulmón y disminuye la capacidad de responder a infecciones pulmonares.

4. Es muy importante prevenir el VIH y otras infecciones de transmisión sexual e incluso los embarazos no planeados.

De igual forma, el uso de mentanfetaminas, cocaína u opioides incrementa el riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares, daños pulmonares, así como la disminución de oxigenación a la sangre, convirtiéndose en situaciones desfavorables para combatir la enfermedad COVID-19 (Volkow, 2020).

- VIH: los condones, la PrEP (donde esté disponible) y tener supresión viral ayudan a prevenir la transmisión del VIH. Para más información, visita <https://www.gob.mx/censida>. Recuerda que la PrEP no tiene ninguna eficacia contra el virus SarsCov-2. Es decir, si tomas PrEP, tienes el mismo riesgo de tener COVID19 que si no la tomaras.
- Otras ITS: los condones ayudan a prevenir la transmisión de otras infecciones como sífilis, gonorrea, VPH, clamidia, entre otras. Visita <https://www.gob.mx/censida>
- Embarazo: Asegúrate de tener métodos anticonceptivos para las siguientes semanas. (New York City Department of Health and Mental Hygiene,2020).

Por lo anterior se recomienda suspender el uso de productos de tabaco, cigarro electrónico y marihuana. Para ello puedes buscar apoyo profesional mediante recursos virtuales o telefónicos como los Centros de Integración Juvenil, A.C. quien tiene atención telefónica en los números: 55 52 12 12 12, y 55 45 55 12 12 ó comunicarte a la línea de la vida.

Recomendaciones para la prevención de COVID-19 en personas que se inyectan drogas



- No compartas cigarrillos, pipas, porros, equipos para inhalación, vapeadores o jeringas. Si los vas a compartir, practica la reducción de daños con sus suministros (limpia las boquillas con un algodón con alcohol antes de compartir o usa boquillas separadas).

- Lávate bien las manos durante 40 segundos con agua y jabón y prepara tus propias drogas. Mantén las superficies limpias antes, durante y después del uso, con toallitas alcoholadas, alcohol (al menos al 60%) o cloro. Si no puedes preparar tus propias drogas, quédate con la persona que lo está haciendo y haz que se laven adecuadamente las manos antes y después.
- Solicita a tu proveedor de jeringas y equipos de inyección que te suministre cantidades que reduzcan los encuentros. Toma tu sana distancia en los puntos de intercambios y entrega de jeringas.
- El acceso a medicamentos recetados puede estar limitado en un brote de COVID-19. Si tomas metadona, pídele a tu clínica o médico que haga un plan para evitar interrupciones en tu dosis. Pregunta sobre los planes de emergencia para pacientes (recargas por teléfono, visitas de telemedicina, etc.).
- Ante las medidas sanitarias, puedes perder el acceso a tu droga o drogas de consumo regular. Si te enfrentas a un posible síndrome de abstinencia de opioides, considera comprar medicamentos de venta libre para que sea menos difícil (ibuprofeno, Pepto-Bismol, Imodium). Para la dependencia de opioides, puedes acceder a clínicas de sustitución de metadona en las ciudades donde está disponible (Volkow, 2020a).

Sitios de apoyo psicológico:

- **Locatel. Tel. 56 58 11 11**
- **Háblalo. Tel. 01 800 422 5256**
- **Acompañamiento emocional. ILEF. Tel. 55545611. clinica@ilef.com.mx. direccionclinica@ilef.com.mx**
- **Saptel. Tel. 5259-8121**
- **UNAM Psicología call center. 5622-2288**
Horario: 8AM a 8PM, de lunes a viernes.
- **Línea de la vida: 800 911 2000.**
- **Centro de Integración Juvenil. Tel. 55 45 55 12 12. 55 52 12 12 12.**
- **Casa de la sal, A.C. Tel. 55 48 82 35 85. 55 48 82 24 94. 55 37 61 31 03.**
- **CONADIC: 800 911 2000.**

Referencias

- Centers for disease control and prevention. (2020). Reducing stigma. 20 abril 2020, de Centers for disease control and prevention <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/reducing-stigma.html>.
- Centers for disease control and prevention. (2020a). What to Know About HIV and COVID-19. 19 abril 2020, de Centers for disease control and prevention. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/hiv.html>.
- Center for the study of traumatic stress. (2020). Sustaining the well-being of healthcare personnel during coronavirus and other infectious disease outbreaks. 19 abril 2020, de Center for the study of traumatic stress. https://www.cstsonline.org/assets/media/documents/CSTS_FS_Sustaining_Well_Being_Healthcare_Personnel_during.pdf
- Colegio oficial de psicología de Catalunya. (2020). Recomendaciones de gestión psicológica durante cuarentenas por enfermedades infecciosas. España: Colegio oficial de psicología de Catalunya.
- Fronteras, M. S. (2009). Manual práctico de diseño e implementación de intervenciones en salud mental y psicosocial en desastres naturales. Barcelona: Médicos Sin Fronteras.
- Mak, I. W., Chu, C. M., Pan, P. C., Yiu, M. G., & Chan, V. L. (2009). Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *General hospital psychiatry*, 31(4), 318–326.
- Maunder R. G. (2009). Was SARS a mental health catastrophe?. *General hospital psychiatry*, 31(4), 316–317.
- New York City Department of Health and Mental Hygiene. (2020). Sex and Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 19 abril 2020, de New York City Department of Health and Mental Hygiene. <https://www1.nyc.gov/assets/doh/downloads/pdf/imm/covid-sex-guidance.pdf>
- Rajkumar R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian journal of psychiatry*, 52, 102066. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
- Talevi D, Socci V, Carai M, Carnaghi G, Faleri S, Trebbi E, di Bernardo A, Capelli F, & Pacitti F. (2020). Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. *Riv Psichiatri.*, 55(3), 137-144.
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical science monitor. international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e923549.
- Volkow, N. (2020). Collision of the COVID-19 and addiction epidemics. 19 abril 2020, de *Annals of internal medicine*. <https://annals.org/aim/fullarticle/2764313/collision-covid-19-addiction-epidemics>
- Volkow, N. (2020a). COVID-19: Potential implications for individuals with substance use disorders. 19 abril 2020, de National institute on drug abuse. <https://www.drugabuse.gov/about-nida/noras-blog/2020/04/covid-19-potential-implications-individuals-substance-use-disorders>

D.R. © Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Av. de los Barrios No. 1, Los Reyes Iztacala
C.P. 54090, Tlalnepantla, Edo. de México



Revista de Divulgación

Crisis y Retos en la Familia y Pareja

La Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja, es una publicación semestral editada por la Universidad Nacional Autónoma de México a través del Grupo de Investigación en Procesos Psicológicos y Sociales (GIPPS) y la Residencia en Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, Avenida de los Barrios No 1, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, C.P. 54090, Estado de México; teléfono: 5623-1333 ext. 39855, <http://cued.unam.mx/revistas/index.php/RRDCR>. Editor: Dr. Ricardo Sánchez Medina. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2022-071315295100-102, ISSN: 2992-8214, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número Dr. Ricardo Sánchez Medina, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Avenida de los Barrios No 1, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, C.P. 54090, Estado de México. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

