



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala



centro de apoyo y orientación para estudiantes

CAOPE



DR. ENRIQUE LUIS GRAUE WIECHERS
Rector



DRA. PATRICIA D. DÁVILA ARANDA
Directora

DR. IGNACIO PEÑALOSA CASTRO
Secretario General Académico

CD RUBÉN MUÑOZ ARZATE
Secretario de Desarrollo y Relaciones Institucionales

DR. RAYMUNDO MONTOTOYA AYALA
Secretario de Planeación y Cuerpos Colegiados

CP REINA ISABEL FERRER TRUJILLO
Secretaria Administrativa

MC JOSÉ JAIME ÁVILA VALDIVIESO
Coordinador Editorial

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

centro de apoyo y orientación para estudiantes

CAOPE

Carolina Santillán Torres Torija
Angel Corchado Vargas
COORDINADORES

AUTORES

Blanca Leonor Aranda Boyzo • Ana Leticia Becerra Gálvez • María Cristina Bravo González
Angel Corchado Vargas • Anabel De la Rosa Gómez • Gabriela Delgado Sandoval
Luz de Lourdes Eguiluz Romo • Ana Karina García Santillán • Alfredo Hernández Corona
Jennifer Lira Mandujano • Gisel López Hernández • Roberto Miguel Corona
Angélica Enedina Montiel Rosales • Germán Morales Chávez • Sergio Moreno Gutiérrez
Rubén Muñiz Arzate • Maetzin Itzel Ordaz Carrillo • Nélida Padilla Gámez
Benjamín Peña Pérez • Miguel Ángel Pérez González • Iván Enrique Picazo Martínez
María Kenia Porras Oropeza • Hilda Rivera Coronel • Luis Alberto Rivero Sánchez
Alba Luz Robles Mendoza • Silvia Susana Robles Montijo • Aldo Azael Rojas Salazar
Carolina Santillán Torres Torija • Fernanda Tapia Arteaga • Aglae Vaquera Méndez
Eréndira Valdez Piña • Andrea Witt González



FES IZTACALA
UNAM, 2019

Catalogación en la publicación UNAM. Dirección General de Bibliotecas

Nombres: Santillán Torres Torija, Carolina, editor, autor. | Corchado Vargas, Angel, editor, autor. | Aranda Boyzo, Blanca Leonor, 1971- , autor. | Becerra Gálvez, Ana Leticia, autor. | Bravo González, María Cristina, autor. | Rosa Gómez, Anabel de la, 1983- , autor. | Delgado Sandoval, Gabriela, autor. | Eguiluz Romo, Luz de Lourdes, autor. | García Santillán, Ana Karina, autor. | Hernández Corona, Alfredo, autor. | Lira Mandujano, Jennifer, autor. | López Hernández, Gisel, autor. | Corona, Roberto Miguel, autor. | Montiel Rosales, Angélica Enedina, autor. | Morales Chávez, Germán, autor. | Moreno Gutiérrez, Sergio, autor. | Muñiz Arzate, Rubén, autor. | Ordaz Carrillo, Maetzin Itzel, autor. | Padilla Gámez, Nélide, autor. | Peña Pérez, Benjamín, autor. | Pérez González, Miguel Ángel, autor. | Picazo Martínez, Iván Enrique, autor. | Porras Oropeza, Kenia, autor. | Rivera Coronel, Hilda, autor. | Rivero Sánchez, Luis Alberto, autor. | Robles Mendoza, Alba Luz, autor. | Robles Montijo, Silvia Susana, autor. | Rojas Salazar, Aldo Azael, autor. | Tapia Arteaga, Fernanda, autor. | Vaquera Méndez, Aglae, autor. | Valdez Piña, Eréndira, autor. | Witt González, Andrea, autor.

Título: Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes CAOPE / Carolina Santillán Torres Torija, Angel Corchado Vargas, coordinadores ; autores, Blanca Leonor Aranda Boyzo, Ana Leticia Becerra Gálvez, María Cristina Bravo González, Angel Corchado Vargas, Anabel De la Rosa Gómez, Gabriela Delgado Sandoval, Luz de Lourdes Eguiluz Romo, Ana Karina García Santillán, Alfredo Hernández Corona, Jennifer Lira Mandujano, Gisel López Hernández, Roberto Miguel Corona, Angélica Enedina Montiel Rosales, Germán Morales Chávez, Sergio Moreno Gutiérrez, Rubén Muñiz Arzate, Maetzin Itzel Ordaz Carrillo, Nélide Padilla Gámez, Benjamín Peña Pérez, Miguel Ángel Pérez González, Iván Enrique Picazo Martínez, María Kenia Porras Oropeza, Hilda Rivera Coronel, Luis Alberto Rivero Sánchez, Alba Luz Robles Mendoza, Silvia Susana Robles Montijo, Aldo Azael Rojas Salazar, Carolina Santillán Torres Torija, Fernanda Tapia Arteaga, Aglae Vaquera Méndez, Eréndira Valdez Piña, Andrea Witt González.

Otros títulos: CAOPE Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes.

Descripción: Primera edición. | Tlalnepantla de Baz, Estado de México : Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, 2019.

Identificadores: LIBRUNAM 2056703 | ISBN 9786073022255

Temas: Orientación Universitaria - México. | Programas de desarrollo de estudiantes universitarios - México. | Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala – Estudiantes - Orientación profesional.

Clasificación: LCC LB2343.34.M6.C45 2019 | DDC 378.198 —dc23

centro de apoyo y orientación para estudiantes

CAOPE

Primera edición: octubre 2019

**D.R. 2019 © UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

Ciudad Universitaria, Alcaldía Coyoacán,
CP 04510, Ciudad de México, México.

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Av. de los Barrios n.º 1, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla
de Baz, CP 54090, Estado de México, México.

ISBN: 978-607-30-2225-5

Esta edición y sus características son propiedad de la Universidad
Nacional Autónoma de México.

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la
autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

APOYO TÉCNICO

MC JOSÉ JAIME ÁVILA VALDIVIESO

Corrección de estilo y cuidado de la edición

PLH JORGE ARTURO ÁVILA GÓMORA

Cotejo y adecuación de aparato crítico

DG ELIHÚ GAMBOA MIJANGOS

Diseño de portada

DG JACQUELINE VERÓNICA SÁNCHEZ RUIZ

Diseño, diagramación, formación editorial
y retoque digital de imágenes

Impreso y hecho en México

Índice

Prólogo	I
<i>Patricia D. Dávila Aranda</i>	
Prefacio	V
<i>Carolina Santillán Torres Torija y Angel Corchado Vargas</i>	
1. Semblanza sobre la creación del Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes	1
<i>Rubén Muñiz Arzate y Aglae Vaquera Méndez</i>	
2. Apoyo Académico: Una estrategia integral de atención al estudiante universitario	9
<i>Blanca Leonor Aranda Boyzo e Hilda Rivera Coronel</i>	
3. Competencias para el Estudio	19
<i>Germán Morales Chávez, Benjamín Peña Pérez, Alfredo Hernández Corona, Sergio Moreno Gutiérrez y Fernanda Tapia Arteaga</i>	
4. Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva	31
<i>Silvia Susana Robles Montijo y Nélida Padilla Gámez</i>	

5. Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio	49
<i>Carolina Santillán Torres Torija y Luz de Lourdes Eguiluz Romo</i>	
6. Promoción del Desarrollo Personal y Profesional	57
<i>Ana Karina García Santillán, Gabriela Delgado Sandoval, Gisel López Hernández, María Kenia Porras Oropeza y Luis Alberto Rivero Sánchez</i>	
7. Orientación Escolar	71
<i>Aldo Azael Rojas Salazar y Angélica Enedina Montiel Rosales</i>	
8. Acompañamiento Psicológico	83
<i>Angel Corchado Vargas, Angélica Enedina Montiel Rosales y Aldo Azael Rojas Salazar</i>	
9. Prevención y Atención al Consumo de Sustancias	97
<i>Jennifer Lira Mandujano, Eréndira Valdez Piña y Miguel Ángel Pérez González</i>	
10. Orientación en la Diversidad Sexual	107
<i>Alba Luz Robles Mendoza</i>	
11. Atención Psicológica con Enfoque Cognitivo-Conductual	125
<i>María Cristina Bravo González y Maetzin Itzel Ordaz Carrillo</i>	
12. Redes de Apoyo para la Salud Mental	135
<i>Andrea Witt González y Carolina Santillán Torres Torija</i>	
13. Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia, CAPED	143
<i>Anabel De la Rosa Gómez</i>	
14. Protocolo de Emergencia ante Situaciones de Suicidio: <i>Una experiencia exitosa y de vanguardia para la UNAM</i>	161
<i>Carolina Santillán Torres Torija, Angel Corchado Vargas, Rubén Muñiz Arzate e Iván Enrique Picazo Martínez</i>	
15. Visión prospectiva del CAOPE: nuevas estrategias de atención	169
<i>Ana Leticia Becerra Gálvez, Roberto Miguel Corona, Ana Karina García Santillán y María Kenia Porras Oropeza</i>	

Prólogo

La presente obra da cuenta de una serie de esfuerzos conjuntos en los años recientes por brindar a los alumnos, que transitan por las aulas y laboratorios de la FES Iztacala, herramientas para el desarrollo personal y de competencias de estudio que repercutan de manera positiva en su rendimiento académico.

No es nuevo que las instituciones de educación, en especial las de nivel superior, se enfrentan al gran reto de la eficiencia terminal. Casi la mitad de los alumnos que ingresan a las universidades no logra terminar sus estudios y realizarse a nivel profesional. Situación sumamente grave si consideramos que los alumnos que no consiguen terminar una carrera estarán condenados a trabajos marginales, bajos ingresos económicos y a formar parte de las estadísticas de pobreza.

Las causas por las que un estudiante no logra concluir una carrera universitaria son múltiples, sobre todo por la etapa de desarrollo en la que se encuentran, pero habrá que centrarse en las que motivaron la creación del Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes, CAOPE. Aproximadamente el 25% de los alumnos que ingresan a la Facultad, presentan algún

II

tipo de alteración o desorden, físico o emocional, en menor o mayor grado, de acuerdo a los resultados del Examen Médico Automatizado, que se les aplica a todos los alumnos de nuevo ingreso. Los diagnósticos son variados, van desde obesidad, desnutrición, consumo alto de alcohol, de tabaco, adicciones, infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, síndrome metabólico, violencia sexual, violencia familiar, dificultad para la toma de decisiones, baja autoestima, bajo rendimiento académico, problemas económicos, estrés, depresión, ansiedad, hasta ideación suicida o alguna otra alteración de riesgo. Amén de las deficiencias de tipo académico que presenta gran parte del alumnado.

Una manera de contrarrestar este escenario es brindando apoyo y orientación a los alumnos en las áreas detectadas para que puedan fortalecer su tránsito académico y concluir sus estudios. Así, el desarrollo personal y profesional, promovido por la Universidad, resulta fundamental y necesario. De esta manera, se fueron delineando ya hace algunos años, las primeras estrategias de apoyo. Al inicio de esta administración, en el marco de la Universidad Saludable, se agruparon en lo que denominamos Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes, CAOPE, con la misión de brindar a los estudiantes servicios de orientación, consejería, apoyo y canalización, que redundaran en la reducción de riesgos a la salud, promoviendo su bienestar emocional y facilitando su desarrollo académico, el cual vio la luz como tal en octubre del año 2013.

Fueron cinco las estrategias que integraron inicialmente este Centro: Atención Multidisciplinaria al Rendimiento Académico, Competencias de Estudio, Prevención de las Adicciones, Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, y Salud Emocional.

Hoy día, son 15 las estrategias que dan vida al CAOPE y que se describen puntualmente en este trabajo de recopilación de experiencias en donde cada uno de los coordinadores nos presenta fundamentos, objetivos, visiones, desarrollo de programas de intervención, resultados y, en algunos casos, prospectivas de perfeccionamiento. No obviaré que los coordinadores académicos de las estrategias son profesionales con amplia experiencia, investigadores muchos, y ampliamente comprometidos. Para cada uno de ellos mi más amplio reconocimiento por la labor que realizan en el día a día desde sus áreas de competencia.

Los resultados en relación con la demanda han sido sorprendentes, en el año de su creación se atendieron a 2377 estudiantes, cifra que

se ha ido incrementando a tal grado que en el 2018 se atendieron a 8300 alumnos. A la fecha, se han atendido un total de 29,563 alumnos, lo que sin duda hace evidente la necesidad real de los alumnos de apoyo y acompañamiento en su desarrollo personal y académico.

El mejor indicador de que este tipo de apoyos está dando resultados es la eficiencia terminal, esto es, el número de alumnos titulados. El promedio de egresados y titulados en el año de creación del CAOPE y los dos años subsecuentes, es decir, de 2013 a 2015 es de 1882, y el promedio de los tres años siguientes, esto es, de 2016 a 2018, es de 2316, lo que significa un incremento de la eficiencia terminal del 23%. Evidentemente, este resultado también involucra otro tipo de apoyos que reciben los alumnos en su tránsito académico y que no menciono en este prólogo.

Si bien los resultados son halagüeños, no es una tarea acabada, por el contrario, habrá que redoblar esfuerzos en el futuro cercano, para ofertar a nuestros estudiantes un abanico de apoyos calificados para que su paso por la universidad no solo sea exitoso desde el punto de vista académico, sino salgan fortalecidos desde el ámbito personal y con más herramientas que les auguren un futuro profesional exitoso.

Enhorabuena a todos los que participan en el CAOPE. Reconozco y alabo su trabajo y esfuerzo. Sus aportaciones y frutos alcanzados hablan por sí solos y la Facultad de Estudios Superiores Iztacala se los agradece.

Patricia D. Dávila Aranda
Directora

Prefacio

Las universidades hoy día se enfrentan a retos complejos. La revolución de las redes sociales, la globalización, los entornos a distancia, el entorno político y económico impactan las formas de aprender, y la vida de los jóvenes mexicanos que logran tener una oportunidad en la universidad. Este lugar tendrá la forma de un espacio de reflexión, crítica, construcción de la democracia, y crecimiento personal, así como una posibilidad de movilidad social para el estudiante y la futura generación. En este escenario, una de las responsabilidades de las instituciones de Educación Superior, radica no sólo en ofrecer contenidos de aprendizaje, sino también en apoyar y orientar a los estudiantes para que puedan concluir y fortalecer sus estudios, acompañándolos durante al menos cuatro años.

Es durante los años de formación universitaria, cuando los estudiantes continúan la exploración del consumo de sustancias, con más frecuencia inician su vida sexual, y algunos de ellos tienen hijos. Esta es una de las épocas que será recordada como la mejor etapa de la vida; pero para algunos de ellos, sin el apoyo académico, de competencias para el estudio y orientación

escolar, será muy difícil lograr esta meta. El desarrollo personal y profesional, promovido por la Universidad, resulta fundamental y necesario. Algunos alumnos requerirán de acompañamiento psicológico, algunos tendrán que recibir orientación relacionada con la diversidad sexual, y un porcentaje de ellos necesitarán atención psicológica, para atender el estrés, o en casos de urgencia para atender conductas asociadas al suicidio.

A partir del año 2013, por iniciativa de la Dra. Patricia D. Dávila Aranda, Directora de la FES Iztacala, se funda el Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes (CAOPE). Este modelo que en parte responde a la demanda de hacer universidades saludables, ha sido, entre otras, una de las más importantes aportaciones de la presente administración. El que los estudiantes cuenten en su Facultad con más de 15 estrategias, en las cuales, de manera presencial, puedan contar con atención personalizada, donde haya cubículos provistos para la atención y ésta sea gratuita, resulta ser una gran oportunidad y ventaja. Además, el que este Centro se pueda basar en la experiencia, investigación y trayectoria de un grupo de académicos comprometidos, es un hecho sin precedente.

El presente texto, nace con el objetivo de compartir las experiencias de los últimos años en la construcción y fortalecimiento del CAOPE. En cada capítulo los autores, quienes a su vez fungen como coordinadores de las distintas estrategias, presentan la problemática a la que se enfrentan los estudiantes, desarrollan los programas, visiones, intervenciones que han ido perfeccionando, y nos ofrecen los resultados cuantitativos y cualitativos de su trabajo.

Para cada uno de ellos nuestro reconocimiento y admiración por el compromiso que realizan todos los días desde sus áreas de especialización. A nombre de la Universidad Nacional Autónoma de México agradecemos todas las horas hábiles e inhábiles que han ofrecido para apoyar a los estudiantes. No sólo en términos de eficiencia terminal, sino en la opinión de parte del alumnado de la Facultad, las estrategias implementadas en el CAOPE han impactado de manera significativa sus trayectorias escolares y sus historias de vida. Estamos juntos en esta experiencia para hacer de nuestros estudiantes mejores profesionales, mejores ciudadanos, y para algunos de ellos que así lo decidan, en algún momento, padres y madres de familia más conscientes de sus vidas, emociones y metas.

El texto comienza con la semblanza sobre la creación del Centro; los inicios y los retos con los que se gestó este proyecto. Rubén Muñiz

Arzate y Aglae Vaquera Méndez relatan como el CAOPE se conformó como un proyecto institucional y autosustentable. Comenzando con cinco estrategias, fue creciendo hasta llegar hoy día a las 15 estrategias. Incorporando la tecnología, a través de la inscripción orientación individual desde la plataforma, y tornando cada vez más eficiente, la pronta atención a los estudiantes.

Más adelante, Blanca Leonor Aranda Boyzo e Hilda Rivera Coronel nos presentan la estrategia Apoyo Académico, cuya modalidad de intervención es la psicopedagogía psicoanalítica breve que se trabaja en seis sesiones, y que cada año ha atendido a un mayor número de estudiantes, quienes refieren motivos de consulta como administración del tiempo, dificultad para participar en clases, o dificultades para concentrarse.

Germán Morales, Alfredo Hernández, Benjamín Pérez, Sergio Moreno y Fernanda Tapia presentan la estrategia Competencias para el Estudio, partiendo de un modelo interconductual, refieren que esta línea se diseñó con el objetivo de auspiciar el desarrollo de habilidades y competencias vinculadas al desempeño estudiantil que cumple con criterios conductuales y disciplinarios en ausencia del docente. La estrategia ha atendido a más de 800 estudiantes para diagnóstico e intervención.

Susana Robles Montijo y Nélida Padilla Gámez presentan la estrategia Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, la cual apoya a los estudiantes universitarios a tomar la responsabilidad de su vida sexual combinando el conocimiento con las habilidades conductuales. Promueve el desarrollo y mantenimiento de relaciones de parejas saludables, trabaja en prácticas sexuales afectivas, placenteras, protegidas y responsables, en la prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, considerando el contexto sociocultural.

Carolina Santillán Torres Torija y Luz de Lourdes Eguiluz Romo, presentan la estrategia Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio, que ha atendido a más de 500 estudiantes que presentan una emergencia psicológica. Describen la estrategia de guardianes de emergencia psicológicas en donde han capacitado más de 4000 estudiantes para que aprendan a notar señales tempranas de conductas asociadas al suicidio, motiven a un compañero, paciente, familiar o amigo a acercarse a recibir ayuda profesional, y estableciendo los límites de su competencia, lo refieran a un servicio de salud mental especializada.

Ana Karina García Santillán, Gabriela Delgado Sandoval, Gisel López Hernández, María Kenia Porras Oropeza y Luis Alberto Rivero

Sánchez, desde la estrategia Proyecto de Promoción del Desarrollo Personal y Profesional, describen cómo han logrado su objetivo de desarrollar conjuntamente estas dos esferas de la vida del alumnado, impactando en cuatro áreas: personal, familiar, social y académica, atendiendo a más de 300 estudiantes a través de Talleres de Desarrollo Humano.

Aldo Azael Rojas Salazar y Angélica Enedina Montiel Rosales como supervisores académicos de la estrategia Orientación Escolar, favorecen la identidad profesional y multidisciplinaria de los alumnos que se encuentran estudiando las diferentes carreras que se imparten en la Facultad, y facilitan la adecuada elección de carrera de alumnos de bachillerato. Trabajan de manera individualizada a través de asesorías personalizadas, y también a través de jornadas, eventos académicos, ferias, talleres de elección de carrera y toma de decisiones, entre otros.

Angel Corchado Vargas, Angélica Enedina Montiel Rosales y Aldo Azael Rojas Salazar, desde la estrategia Acompañamiento Psicológico, entrenan a consejeros quienes atienden a los alumnos desde la mirada de la Psicología Existencial Humanista, abriendo un espacio de escucha que permite fusionar, tanto la teoría como la técnica. Realizan un primer contacto tanto en nuestra Facultad como en otros dos campus, aplican las técnicas del Enfoque Centrado en la Persona y evalúan permanentemente las actividades del programa, apoyando en casos de incidencias que van más allá del acompañamiento psicológico.

Jennifer Lira Mandujano, Eréndira Valdés Pina y Miguel Angel Pérez González coordinan la Prevención y Atención al Consumo de Sustancias de nuestros estudiantes que así lo requieran. Sus dos ejes principales son la aplicación de intervenciones breves a los estudiantes de la Facultad que consumen tabaco, alcohol, marihuana y cocaína, y aplicación de intervenciones breves basadas en la evidencia. Presentan los resultados de una muestra de 130 estudiantes aplicando cuatro programas de intervención breve: motivacional para dejar de fumar, para vividores problema, para usuarios de marihuana, y para usuarios de cocaína. Los resultados demuestran un decremento en el consumo de sustancias con base en el patrón de consumo inicial y final. Los estudiantes después de haber trabajado desde esta estrategia logran disminuir el riesgo para consumir bajo situaciones de riesgo.

Alba Luz Robles Mendoza describe la estrategia Orientación a la Diversidad Sexual, en la cual se apoya a los y las estudiantes de las

diferentes carreras en el desarrollo de su identidad de género y orientación sexual dentro del entorno de las expresiones de sexualidades diversas. Los alumnos que acuden a esta estrategia conocen los conceptos que se involucran en el tema de la diversidad sexual como el sexo, género, rol sexual, rol de género, estereotipos sexuales, identidad de género y orientación sexual. A través de un programa de seis sesiones, más de 80 estudiantes, en su mayoría hombres, hacen de este servicio relevante, incluso en concordancia con el avance jurídico del país en relación con el matrimonio igualitario, y con la propuesta de Ley de la Diversidad Sexual recientemente analizada en el 2019.

La estrategia Atención Psicológica con Enfoque Cognitivo Conductual, encabezada por María Cristina Bravo González y Maetzin Itzel Ordaz Carrillo, presentan la metodología con la que trabajan desde el diplomado de terapia cognitivo conductual aplicando una entrevista, realizando un análisis funcional de la problemática presentada por el alumno, e implementan técnicas cognitivo conductuales para poder apoyar a los estudiantes. Han logrado completar la atención de 27 estudiantes, en su mayoría mujeres de la carrera de Psicología que presentan diversos trastornos como los relacionados con la ansiedad y el estado del ánimo, entre otros.

Andrea Witt González y Carolina Santillán presentan la estrategia Redes de Apoyo para la Salud Mental a través del servicio de psiquiatría de la Facultad. Relatan como en 2015 inician en la Facultad con un consultorio de psiquiatría y salud mental que atiende alumnos, académicos y ex alumnos de la UNAM. Los datos revelan, con base en la bibliografía internacional, que el trastorno más frecuente de los estudiantes que se acercan a esta estrategia es la depresión, seguido de los trastornos de ansiedad. Esta estrategia ha atendido a más de 250 estudiantes, principalmente de las carreras de Médico Cirujano y Psicología.

Anabel De la Rosa Gómez describe la estrategia que realiza desde el Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED), cuyo objetivo es brindar apoyo psicológico y orientación educativa a los estudiantes de la carrera de Psicología a distancia, combinando con crear un escenario de práctica para los alumnos del séptimo y noveno semestres. Esta estrategia ha atendido a más de 600 estudiantes que también presentan trastornos de ansiedad, depresión, o problemas de regulación emocional.

Finalmente, se presenta el Protocolo de Emergencia ante Situaciones de Suicidio dentro del campus universitario, que Carolina Santillán, Angel

Corchado Vargas, Rubén Muñiz Arzate e Iván Enrique Picazo Martínez desarrollaron ante la necesidad de que la Facultad esté preparada para enfrentar un evento como este. Se sumaron esfuerzos con la Comisión de Bioseguridad de la Facultad. El protocolo para primeros respondientes involucra a las jefaturas de carrera, jefes de clínica, área jurídica, así como a la estrategia Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio de la Universidad. Cabe mencionar que este protocolo es pionero en todos los campi universitarios.

Esperamos que las experiencias vertidas en este texto sirvan como un referente para otras universidades que también están pensando en apoyar de una mejor manera a sus estudiantes.

Gracias a la Doctora Patricia Dávila Aranda por la confianza que ha puesto en cada uno de nosotros, y esperamos haber respondido a este compromiso y a las expectativas que han puesto en nosotros.

Carolina Santillán Torres Torija
Angel Corchado Vargas

Semblanza sobre la creación del Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes

Rubén Muñiz Arzate
Aglae Vaquera Méndez

La salud física y el bienestar emocional, además de las habilidades y competencias para el aprendizaje, son necesarias para el óptimo aprovechamiento de los servicios educativos, culturales y deportivos que la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI) ofrece para la formación integral de sus estudiantes.

Con el propósito de brindar apoyo y orientación a los estudiantes con riesgos escolares, psicosanitarios, y a quienes ya cursaban con problemáticas declaradas (v.g. adicciones, alteraciones emocionales, bajo rendimiento académico, síndrome metabólico, embarazos no deseados), la Dirección de la Facultad creó, a través de la Secretaría de Desarrollo y Relaciones Institucionales, el Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes (CAOPE).

El 9 de octubre del año 2013, durante el evento “Iztacala Innova-Proyecta”, la Secretaría de Desarrollo y Relaciones Institucionales hizo la presentación oficial del CAOPE, cuyo objetivo consistía en *brindar a los estudiantes de la FES Iztacala servicios de orientación y apoyo para la reducción de riesgos a la salud, promoción del bienestar emocional y del desarrollo académico* (UNAM, 2013b).

El CAOPE se conformó como un proyecto institucional y auto-sustentable, concebido por la Dra. Patricia D. Dávila Aranda, directora de nuestra Facultad, considerando que la salud física y emocional es un derecho fundamental para el desarrollo de cualquier individuo, el Centro está basado en las necesidades de nuestros estudiantes como futuros profesionistas en las áreas biológicas y de la salud. El Proyecto está enfocado en cubrir las necesidades de los estudiantes iztacaltecas con recursos propios, al ser nuestra Facultad un semillero de profesionales de la salud y contar con programas, proyectos y líneas de investigación con atención a alumnos en situaciones vulnerables.

Nuestra *Misión* es brindar servicios de orientación, consejería, apoyo y canalización a los estudiantes que redunden en la reducción de riesgos a la salud, promoviendo su bienestar emocional y facilitando su desarrollo académico. La *Visión* busca que el CAOPE satisfaga plenamente las necesidades de la comunidad estudiantil, procurándole las habilidades y herramientas necesarias para enfrentar los riesgos a su salud física y psicológica para ser el promotor de su propio bienestar.

Debido a la alta demanda del servicio el CAOPE comenzó a operar la primera semana de mayo de 2013 con cinco estrategias de atención (Figura 1.1), mismas que se enuncian en estricto orden alfabético junto con los Supervisores Académicos responsables de cada una: “Atención Multidisciplinaria al Rendimiento Académico” a cargo de la Dra. Blanca Leonor Aranda Boyzo, “Competencias para el Estudio” del Dr. Germán Morales Chávez, “Prevención de Adicciones” por el Lic. Juan Ramiro Vázquez Torres, “Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva” de la Dra. Silvia Susana Robles Montijo y “Salud Emocional” a cargo de la Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo.

Atención Multidisciplinaria al Rendimiento Académico, el objetivo de la estrategia se centró en *detectar y atender los principales obstáculos que enfrentaban los estudiantes en su rendimiento académico (psicológicos, físicos y sociales)*. La estrategia general de trabajo consideraba: la formación de orientadores mediante cursos y talleres, actividades promocionales (v.g. feria del rendimiento académico, coloquio sobre rendimiento académico, difusión en medios), la impartición de talleres de reflexión y detección de obstáculos de aprendizaje dirigidos a estudiantes, el seguimiento y atención individualizada. Se inició con siete asesores.



Figura 1.1. Estrategias de atención en los inicios del CAOPE.

Competencias para el Estudio, cuyo objetivo fundamental era *promover el establecimiento de habilidades y competencias de estudio en alumnos con bajo desempeño académico y auspiciar el desarrollo de competencias vinculadas al autodidactismo*. La estrategia general de trabajo se basó en la formación de orientadores mediante cursos permanentes, la atención individualizada a alumnos que hubieran sido canalizados por bajo desempeño académico, la impartición de talleres semestrales para modelar habilidades y promover competencias de estudio en los estudiantes, la elaboración de guías y manuales de autoaplicación para detectar problemas en la conducta de estudio, que al mismo tiempo fueran prescriptivos y el seguimiento de los estudiantes que fueron remitidos por problemas de bajo desempeño. Se inició con siete asesores.

Prevención de Adicciones, cuyo objetivo procuraba *disponer, al servicio de la comunidad universitaria, un programa de información, orientación, detección y canalización para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y para la atención de problemas relacionados con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas*. La estrategia general de trabajo se centró en la difusión de los servicios del CAOPE, una campaña de sensibilización con respecto a los riesgos asociados

al consumo de sustancias mediante la distribución de carteles, impartición de conferencias sobre prevención del consumo de drogas para familiares, profesorado y personal administrativo. Diseño, elaboración y distribución de materiales de divulgación. Organización del primer foro estudiantil para la prevención de adicciones, incorporación y participación permanente de prestadoras y prestadores de servicio social, pasantes, tesistas y estudiantes, impartición de talleres y sesiones de actualización sobre epidemiología, riesgos y oportunidades para prevenir el consumo de drogas, intervenciones para la detección temprana y canalización oportuna y la coordinación del sitio electrónico contr@adicciones para proporcionar información, orientación y atención.

Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, cuyo objetivo era *promover en los estudiantes de la FESI competencias conductuales que les permitieran enfrentar con éxito situaciones que suponían un riesgo a su salud sexual y reproductiva*. La estrategia general de trabajo consistía en la formación de orientadores mediante cursos y talleres, la evaluación y seguimiento de factores psicológicos que ponían en riesgo la salud sexual y reproductiva de los estudiantes, la impartición de talleres especializados sobre salud y sexualidad, la creación de una red social estudiantil promotora de la salud sexual, la creación de una página web dirigida a la difusión de las actividades de este programa y de materiales didácticos sobre el tema, que sirvieran de apoyo a los estudiantes, así como a la detección oportuna de casos que requirieran atención individualizada y diversas actividades promocionales, como el Día mundial de la lucha contra el SIDA. Se contaba con cinco asesores y 40 facilitadores.

Salud Emocional, cuyo objetivo central era *detectar y atender, desde el modelo de Terapia Breve Sistémica, a aquellos alumnos que acudieran de manera voluntaria a solicitar el servicio por estar viviendo una crisis psicológica*. La estrategia general de trabajo consideraba la formación de terapeutas desde el enfoque de la Terapia Breve Sistémica; el curso PROSAP a razón de dos horas por semana (13:00 a 15:00 h) durante todo el semestre, actividades de información, ciclo de cine con películas sobre el tema de muerte y suicidio, las cuales fueron comentadas por expertos en los temas expuestos. Los días sábado en el Aula Magna en el horario de 10:00 a 12:00 h, se realizaba el diplomado en

Psicología Positiva, donde los contenidos y ejercicios que se realizaban podrían ayudarles en el manejo clínico de los pacientes atendidos; la oportunidad de hacer investigación cuantitativa y cualitativa para realizar tesis o escribir artículos de investigación bajo la orientación de la supervisora académica; y la supervisión constante para la revisión de casos. La supervisión de casos se realizaba por acuerdo de los supervisados cada 15 días por espacio de dos horas continuas. Se contaba con 13 asesores.

Los requerimientos para la operación del CAOPE consistían básicamente en reuniones de sensibilización con autoridades, jefes de carrera y profesores, cubículos para asesorías individuales, espacios para formación de asesores o facilitadores y la reproducción de los formatos de expediente e instrumentos de evaluación.

El servicio se solicitaba de manera presencial en el Área de Evaluación y Seguimiento de Proyectos Institucionales ubicada en el primer piso del Edificio de Gobierno o a través del sitio de internet de la FESI, con una base de datos precargada que contenía las filiaciones de nuestros estudiantes, por lo que para identificarse bastaba con su número de cuenta y fecha de nacimiento, adicionalmente se les solicitaban datos de contacto como teléfono y correo electrónico, el servicio requerido y el horario de su preferencia (UNAM, 2013ba). El uso de los datos era confidencial –como se muestra en la figura 1.2– y desde el sistema se acompañaba con la frase “Tu solicitud es confidencial, un terapeuta se comunicará contigo; las sesiones tienen una duración de 45 min. y son sólo una vez a la semana. El cupo es limitado, por favor asiste puntualmente a tu cita”.

En cuanto concluían con su registro, los alumnos recibían un mensaje que a la letra decía *Gracias por registrarte, en breve se pondrán en contacto contigo para agendar la primer cita*. El mensaje incluía su nombre completo, el servicio y horarios solicitados. Posteriormente a lo cual se enviaba una notificación automática al responsable de la estrategia de atención y al responsable del Centro para el seguimiento puntual de las solicitudes de los estudiantes.

Cabe hacer una mención especial y reconocimiento a las carreras de Biología, Cirujano Dentista, Enfermería, Médico Cirujano, Optometría y Psicología, así como a las áreas de servicio de nuestra Facultad que al identificar alguna necesidad de acompañamiento apoyaron a la comunidad ofreciéndoles los servicios del Centro y notificando al mismo para la pronta atención.

Centro de Apoyo y Orientación Para Estudiantes
Inscripción a Orientación Individual

Tu solicitud es confidencial, un terapeuta se comunicará contigo; las sesiones tienen una duración de 45 min. y son sólo una vez a la semana. El cupo es limitado, por favor asiste puntualmente a tu cita.

No. de

Cuenta:

Fecha: (de nacimiento)

Teléfono:

Celular:

Servicio:

Horario solicitado:

Correo:

Figura 1.2. Página web de registro al CAOPE para orientación individual.

Para difundir las actividades del CAOPE se elaboró un video que daba inicio con la frase “El Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes de la FES Iztacala atiende las necesidades de la comunidad estudiantil, procurándole las habilidades y herramientas necesarias para enfrentar los riesgos a su salud física y psicológica promoviendo su propio bienestar.” Además, el video invitaba a los estudiantes a la reflexión con preguntas como ¿Qué sabes acerca de Rendimiento Académico?, ¿Repruebas y no sabes la razón?, ¿Piensas mucho en tus problemas pero no los resuelves?, ¿Fumas todo el tiempo?, ¿Peleas a diario con tu pareja?, ¿Comes lo que sea?, ¿Sabes usar el condón?

El video *Conoce el CAOPE de la FES Iztacala UNAM*, describe detalladamente las estrategias de atención y ejemplifica las situaciones en las que los estudiantes podrían disponer del servicio, así como el proceso de atención, desde cómo registrarse hasta cómo llegar a los cubículos en los que serán atendidos.

La atención personal se realizaba en los cubículos 2, 3, 9, 10 y 11 ubicados en la planta baja de la Torre Académica de tutorías. Al ser pocos los espacios se realizaba una distribución horaria que permitiera a las estrategias trabajar ordenadamente, e incluso algunos responsables académicos compartían los espacios de sus proyectos para contribuir al desarrollo del Centro.

La capacidad de atención en CAOPE llegó a su máximo nivel justo el día de su presentación, ese día recibió cerca de 200 solicitudes, mismas que fueron atendidas en pocas semanas y que permitieron vislumbrar que además de la alta demanda, se debía trabajar en atender las problemáticas de manera específica, por lo que debían sumarse más estrategias para cubrir las necesidades del estudiantado.

La estrategia denominada *Salud Emocional* que era la de mayor demanda fue sustituida por “Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio” (CREAS) y se sumó al Centro el programa de “Acompañamiento Psicológico” a cargo del Dr. Angel Corchado Vargas, permitiendo con ello ampliar la gama de posibilidades a los usuarios del servicio.

Además de atención personalizada, se optó por trabajar en talleres que nos permitieron tener un mayor impacto en la comunidad, y fue así que se incorporaron talleres de sexualidad para los alumnos de primer ingreso como parte del Programa de Inducción e Integración (para las nuevas generaciones) con temas como el uso del condón, negociación, comunicación asertiva e infecciones de transmisión sexual.

Para febrero de 2014, el CAOPE crecía y contaba con siete estrategias de atención, su incorporación en las actividades de bienvenida a la nueva generación, talleres sobre Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva a todos los grupos de primer año y la división de la estrategia de Salud Emocional en *Orientación en Desarrollo Personal* a cargo del Proyecto Promoción del Desarrollo Personal y Profesional (PDP), *Acompañamiento Psicológico*, y *Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio* (Figura 1.3).



Figura 1.3. Estrategias de Atención en el CAOPE hasta 2014.

En el cuadro 1.1 se muestra la distribución de los 2377 alumnos atendidos en el CAOPE en el año de su creación, 2013:

Cuadro 1.1. Número de actividades y alumnos atendidos por el CAOPE en sus cuatro primeros meses de atención

<i>Actividades</i>	<i>Alumnos atendidos</i>
Orientación individual	252
Talleres	363
Capacitación	120
Ciclos de cine	150
Ferias académicas y de salud	1492
<i>Total</i>	<i>2377</i>

Sirva el presente capítulo como un agradecimiento a cada uno de los actores que forman y formaron parte del CAOPE por dar lo mejor de sí, por apoyar a nuestros estudiantes y dotar de estrategias a los profesionistas en formación, que como nosotros permanecen cerca de la comunidad y dejan un poco de ellos en cada atención otorgada, quienes descubren y promueven las habilidades y competencias de cada uno de los estudiantes para ofrecer a nuestra sociedad profesionistas en salud comprometidos con su noble labor.

Referencias

- Facultad de Estudios Superiores (FES) Iztacala. (2013). *Conoce el CAOPE de la FES Iztacala UNAM* [Archivo de video]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=d9SKljlo2es>
- UNAM. (2013-2016a). *Área de Evaluación y Seguimiento de Proyectos Institucionales de la FES Iztacala*. México: Archivo General, UNAM.
- UNAM. (2013-2016b). *Secretaría de Desarrollo y Relaciones Institucionales de la FES Iztacala*. México: Archivo General, UNAM.

Apoyo Académico: Una estrategia integral de atención al estudiante universitario

Blanca Leonor Aranda Boyzo
Hilda Rivera Coronel

Introducción

Uno de los grandes desafíos de México es alcanzar los estándares internacionales en la calidad educativa, el rendimiento académico de los estudiantes universitarios son un reflejo de la efectividad de los planes de estudio, sin embargo, la experiencia indica que no son los contenidos o las innovaciones de los nuevos planes curriculares los que van a generar las mejoras en la educación. El modelo educativo de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala tiene como misión formar profesionistas altamente competentes, capaces de dar respuesta a la demanda social que requiere el país en los ámbitos de salud, educación y el ambiente. Las transformaciones sociales, laborales, científicas, políticas y económicas, demandan un modelo educativo con una perspectiva más amplia. Para ello se requiere de un modelo educativo que contemple una formación integral de sus estudiantes en las esferas: intelectual, humana, social y profesional. Respecto a las competencias con las que deben contar sus egresados, estas

deben estar basadas en un aprendizaje permanente, un desarrollo autónomo de habilidades, trabajo en equipo, destrezas para la solución de problemas, ser autogestores, autónomos, con un pensamiento lógico, crítico y creativo (Zúñiga, 2011). En la educación se ha prestado demasiada atención a la adquisición de competencias universales, donde prevalecen las garantías institucionales sobre la libertad del sujeto, donde la modernidad plantea desde su origen la ruptura entre la ciencia y la conciencia. Una educación basada en la actividad productiva y en el desarrollo tecnológico no debe suponer la pérdida de las subjetividades (Touraine, 2014).

Por lo anterior, resulta de gran importancia conocer acerca de las causas que genera un bajo rendimiento académico, para que así las universidades cumplan con su principal misión, que es formar profesionistas con las competencias necesarias que respondan ante las demandas sociales y poderlos posicionar en un mercado laboral de una sociedad globalizada. El rendimiento académico no puede ser visto sólo como el resultado de la interacción educativa del docente y el estudiante, donde el producto es una nota cuantitativa. Los obstáculos que inciden en el rendimiento académico son diversos, los resultados apuntan a una serie de condiciones que deben atenderse en la población estudiantil para el logro de una formación integral. Por lo que el rendimiento académico no puede ser atribuido sólo a las capacidades cognitivas, sino que es un fenómeno multicausal, donde inciden tanto factores internos como externos al estudiante. Estos pueden ser de orden tanto social como cognitivos y emocionales. Flores y Sánchez (2016) definen al bajo rendimiento académico como un problema complejo, resultado de la interrelación de factores y actores que se entretajan en la subjetividad, y es ahí donde se generan los problemas. En relación con los diferentes obstáculos que inciden en el rendimiento académico de los estudiantes de la carrera de Médico Cirujano de la FES Iztacala, Aranda y Rivera (2016) encontraron, acerca de las percepciones y representaciones, que los estudiantes se perciben como los únicos responsables del bajo rendimiento académico, lo cual no les brinda posibilidades de actuar frente a esta problemática.

Respecto a los factores personales en el rendimiento académico, el ámbito de la salud tiene un fuerte impacto, ya que es fundamental en la formación del estudiante, sin embargo, se le ha prestado poca atención. Lara, Saldaña, Fernández y Delgadillo (2015), de la Universidad

Autónoma de Metropolitana-Xochimilco, realizaron un estudio para medir la percepción de salud en la población de los tres sectores que la conforman: personal académico, administrativo y estudiantes; poniendo énfasis especialmente en la población estudiantil con un rango de 17 a 26 años. Se encontró que existe una relación entre la autopercepción de calidad de vida, las relaciones interpersonales tanto con sus compañeros de clases y profesores, con tener una calidad en la enseñanza que reciben. Concluyendo que un buen autoconcepto mejora la competencia personal y el sentimiento de satisfacción personal, lo cual contribuye a la creación de una universidad saludable, que pueda a la vez ser generadora y promotora de proyectos de salud para la atención de la población que será atendida por estos futuros profesionistas.

Algunas otras de las relaciones que se han identificado en el rendimiento académico, son las diferencias entre hombres y mujeres, carrera y semestre que se cursa, en un estudio realizado para identificar qué factores influyen en el rendimiento académico en la Universidad de San Luis Potosí, se observó que las mujeres presentan un rendimiento percibido como mayor en relación con los hombres, también se encontró que las mujeres se encuentran más satisfechas al estudiar una carrera universitaria y obtienen mejores calificaciones (Gómez, Oviedo y Martínez, 2011).

Mejorar las condiciones educativas supone plantear diversas estrategias que permitan potencializar los recursos de los estudiantes universitarios, con programas como las tutorías individualizadas, metodologías interdisciplinarias, trabajo no sólo de estrategias de aprendizaje, sino de sensibilización con el profesorado y las autoridades de las instituciones educativas (Lamas, 2015). Es el aspecto imperceptible del rendimiento académico generado en la subjetividad a lo largo de la trayectoria académica y de vida de los estudiantes, los que van dejando huellas de las experiencias negativas, que se va traduciendo en un verdadero obstáculo para el aprendizaje, lo que Bachelard (2000) nombró obstáculo epistemofílico y que se diferencia del epistemológico porque este se refiere al orden manifiesto, observable, académico, ante una situación actual como lo es la dificultad para aprender nuevos conceptos centrales para cada materia, un desconocimiento del lenguaje técnico propio de cada profesión. Entiéndase por obstáculos epistemológicos todas aquellas limitaciones o impedimentos que van

afectar la capacidad del estudiante para construir nuevo conocimiento, ya sea científico o empírico. De acuerdo con Bachelard se presentan cinco tipos de obstáculos principales: La experiencia básica o experiencia previa; el obstáculo verbal en la generación y comprensión de conceptos; desconocer la explicación acerca de la utilidad; el conocimiento general y el aspecto anímico.

Dentro del amplio campo de problemáticas vinculadas a la educación, un foco de atención se sitúa en los factores epistemológicos y epistemofílicos que intervienen en el fracaso escolar, fenómenos complejos y multidimensionales que suele manifestarse como rendimiento insuficiente. La consideración de lo clínico en el fracaso escolar tiene en cuenta que su frecuencia masiva no desciende cuando se generalizan las soluciones (contra políticas públicas que ofrecen las mismas alternativas para contextos y aprendices disímiles), porque el fracaso escolar es siempre un fenómeno singular (Kachinovsky, 2012). La ilusión pedagógica de alcanzar el conocimiento impulsa la búsqueda de técnicas para enseñar mejor o nuevas estrategias para optimizar el aprendizaje. De esta suerte, se afana en crear o reeditar tecnologías educativas de muy diverso tipo y alcance, siempre bajo el icono de la innovación. Y en estas tecnologías se proyecta la esperanza de revertir un problema tan antiguo y persistente como la propia institución que lo acoge. Ello se acompaña de un desconocimiento de la dimensión conflictiva del ser humano, producto de la radical división del sujeto (consciente y preconsciente por un lado, inconsciente por otro), lo que en cierta forma hace invisible el malestar que el sujeto padece en su relación con el saber. Ubicada la problemática del aprendizaje como déficit, ya sea individual o pedagógico, las políticas públicas en materia educativa se orientan a resolver un conflicto de orden cognitivo; descuidan el conflicto psíquico y la singularidad del hecho pedagógico. Por eso, este enfoque refiere al fracaso de lo escolar y no del escolar, con la intención de intervenir allí donde el fracaso de los programas educativos –en su afán de abarcar, globalizar y masificar- ha borrado o desatendido la singularidad del padecimiento. En este sentido, como dice Schlemenson (2004), abordar el campo de problemas relativos al aprendizaje como expresión de dificultades en los procesos de simbolización de los estudiantes contribuye a la prevención del riesgo psíquico y social en

alumnos que presentan restricciones simbólicas potenciadas por carencias socioeconómicas y culturales.

En el marco de la disciplina psicológica, la psicopedagogía psicoanalítica puede ser concebida como una subdisciplina que aborda la dimensión subjetiva del hecho educativo, desde el punto de vista de los factores psíquicos que comprometen y condicionan los procesos de simbolización. La psicopedagogía clínica se nutre del cuerpo teórico psicoanalítico, al que hace dialogar con disciplinas afines. Se aboca a problemas del eje salud/educación y a otros del eje salud/enfermedad, llevando a cabo procedimientos que se sitúan en ámbitos clínicos y no clínicos. A propósito de estos últimos, destacan por su frecuencia las intervenciones clínicas desarrolladas en espacios escolares.

Por su relevancia y pertinencia, cabe señalar el diagnóstico y tratamiento de los estudiantes con problemas de aprendizaje como objetivos y actividades característicos del área profesional de injerencia, mientras los interrogantes clínicos son el punto de partida de las investigaciones desarrolladas en el ámbito académico. A los estudiantes se les ofrece un extenso menú de propuestas diagnósticas y terapéuticas para quienes la función representativa (figurativa, simbólica, imaginaria, ideográfica) muestra restricciones. Tal función constituye un requisito insoslayable para cubrir satisfactoriamente las demandas escolares. Al resguardo de este enfoque, los problemas de aprendizaje son comprendidos desde una perspectiva metapsicológica psicoanalítica, que los liga al conflicto psíquico y a los factores dinámicos intervinientes (Hornstein, 2003).

En el contexto universitario como se puede ver son diversos los factores que inciden en el rendimiento académico, así como los actores que tienen que ver con el entramado del rendimiento académico. Entre los que están los personales, familiares, emocionales, sociales e institucionales, de ahí la importancia de generar estrategias a nivel institucional que aborden los obstáculos que enfrentan los estudiantes a lo largo de su formación universitaria, de una manera integral, que responda sí a las estrategias a nivel epistemológico, enfatizando en los aspectos emocionales e interaccionales de los diferentes actores del rendimiento académico. La estrategia de Apoyo académico surge del interés por conocer y crear estrategias acerca de los factores que contribuyen a un mejor rendimiento académico de los estudiantes de las diferentes carreras de la FES Iztacala.

Metodología

La modalidad de intervención es la psicopedagogía psicoanalítica de modalidad breve en la que se trabaja durante seis sesiones continuas con los estudiantes, cada sesión tiene una duración de 50 minutos una vez por semana, y se realiza una sesión de seguimiento un mes después de terminado el tratamiento.

Fases de la Intervención

Sesión 1. Entrevista psicodinámica y Valoración Dinámica y Estructural del estudiante

Sesión 2. Continuación de Entrevista psicodinámica y Valoración Dinámica y Estructural del estudiante

Sesión 3. Intervención

Sesión 4. Intervención

Sesión 5. Intervención

Sesión 6. Intervención y cierre del tratamiento

Sesión 7. Seguimiento un mes después de concluido el tratamiento.

Escenario: Cubículos del Centro de Atención y Orientación para Estudiantes (CAOPE) de la FES Iztacala.

Instrumentos: Formato de Entrevista Psicodinámica

Materiales: Hojas blancas, colores, marca textos, pegamento, tijeras escolares, regla

Población: Estudiantes de las carreras de Médico Cirujano, Cirujano Dentista, Psicología, Biología, Enfermería y Optometría de la FES Iztacala.

Resultados

La implementación de la estrategia de Apoyo Académico que forma parte del programa de Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes, muestra una tendencia hacia el incremento de su demanda. Como se muestra en la figura 2.1, en el primer año de su implementación asistieron 15 estudiantes para recibir la atención de Apoyo Académico. Desde entonces ha mostrado un incremento, para el año 2018 se dieron 54 atenciones. Respecto a la proporción entre hombres y mujeres, son estas últimas las que más demandan el servicio (Figura 2.2).

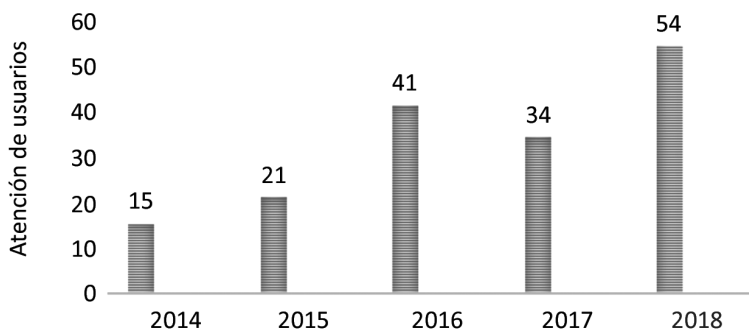


Figura 2.1. Muestra los usuarios atendidos por año en la estrategia Apoyo Académico.

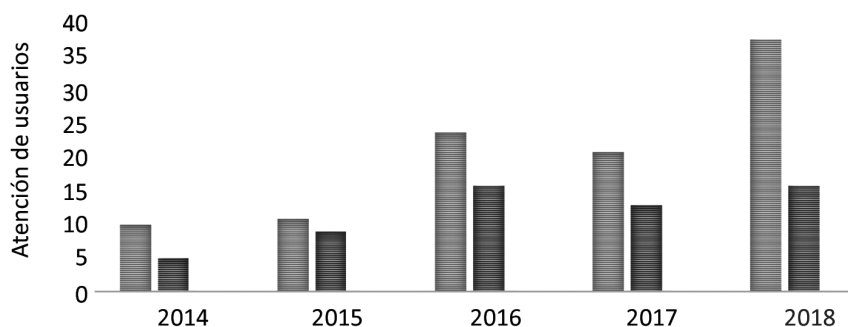


Figura 2.2. Muestra la proporción entre hombres y mujeres que asisten a la estrategia Apoyo Académico.

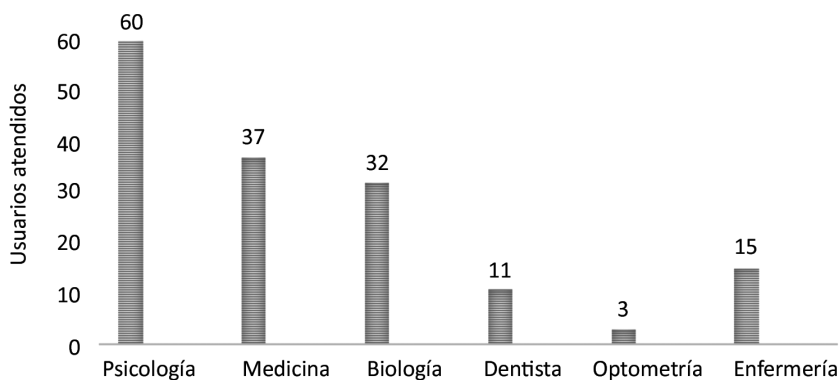


Figura 2.3. Muestra la proporción de usuarios atendidos por carrera por la estrategia Apoyo Académico en la FES Iztacala.

La carrera de Psicología es la que más demanda la atención de Apoyo Académico, seguida de la carrera de Médico Cirujano, si bien la carrera de Optometría es la que muestra menor demanda, en la carrera de Enfermería es donde existe menor índice de reprobación dentro de la FES Iztacala (Figura 2.3).

Cuadro 2.1. Motivo de consulta

1.	Administración del tiempo	33
2.	Dificultad para participar en clase	25
3.	Dificultad para concentrarse	22
4.	Preparar exámenes	22
5.	Estrés/ansiedad	15
6.	Toma de apuntes/técnicas de estudio	9
7.	Compresión lectora	7
8.	Problemas familiares	7
9.	Falta de motivación por la carrera	5
10.	Problemas en la relación de pareja	3
11.	Acoso escolar	3
12.	Guía de estudios	3
13.	Depresión	3
14.	Problemas con docentes	2
15.	Adicciones	1
16.	Taquicardia	1

Los principales motivos de consulta en la estrategia Apoyo Académico, como se muestra en el cuadro 2.1, son: la administración del tiempo, a los estudiantes de las diferentes carreras se les dificultad adaptarse a las demandas de su carrera y organizar las actividades escolares y las actividades personales, generalmente detrás de este primer motivo de consulta, hay algún problema de tipo emocional, como lo es no poder delegar actividades domésticas o por vivir con la familia extensa, no cuentan con el espacio y un horario para las labores escolares. Le siguen la dificultad para participar en clase que está fuertemente relacionada con la primera demanda, y en el mismo nivel está la dificultad de concentrarse, este obstáculo se presenta con mayor frecuencia en los estudiantes de la carrera de Psicología.

Discusión y conclusiones

A partir de los resultados obtenidos encontramos que la estrategia de Apoyo Académico desde su implantación en el Centro de Atención y Orientación para Estudiantes (CAOPE) de la FES Iztacala, ha tenido una

demanda creciente pasando de 15 alumnos que fueron atendidos en 2014 a 54 atendidos en 2018, habiéndose atendido a 165 alumnos en total a lo largo del tiempo que el programa ha estado vigente, lo que muestra la necesidad que tienen los estudiantes de contar con estrategias que apoyen su desempeño académico. Un aspecto a destacar es que son más mujeres que hombres las que solicitan la atención, lo que coincide con el estudio de Gómez, Oviedo y Martínez (2011), quienes encontraron que las mujeres estudiantes universitarias están más preocupadas por obtener mejores calificaciones, por lo que recurren con más frecuencia a solicitar ayuda cuando la requieren. En cuanto a la demanda de atención por carrera encontramos que los alumnos de Psicología son los que más solicitan el servicio, representando el 42% de la población atendida, seguidos por los estudiantes de Médico Cirujano quienes solicitaron la atención en 21%, y los de Biología la solicitaron en un 18%. Cabe destacar la baja de demanda de atención de los alumnos de las carreras de Enfermería, Cirujano Dentista y Optometría, pues estas tres carreras juntas representan el 19% de las demandas de atención. Esto puede deberse a que los estudiantes de la carrera de Psicología se encuentran más sensibilizados hacia los programas de apoyo psicológico, lo que les facilita solicitar ayuda en un área determinada cuando detectan algún déficit. Por otra parte, en relación con los estudiantes de Médico Cirujano y Biología que fueron los que siguieron en cuanto a demanda de atención, puede deberse a la complejidad de la carrera que estudian y los métodos de evaluación, que en su mayor parte son exámenes departamentales, lo que les genera un alto índice de estrés, siendo la organización del tiempo, el estudiar para exámenes y la elaboración de guías de estudio las principales demandas de atención de estos alumnos. Y, finalmente, el que los estudiantes de las carreras de Cirujano Dentista, Enfermería y Optometría tuvieran tan bajos índices de solicitud de atención, puede deberse al bajo nivel de reprobación que se tiene en estas carreras, pues por ejemplo, en enfermería el índice de reprobación es de tan sólo el 3% de los alumnos. En cuanto al motivo de atención se detectó que los más frecuentes fueron la administración del tiempo, dificultades para participar en clase, dificultades para concentrarse, estudiar para exámenes, tomar apuntes y comprensión lectora; todos estos motivos estrechamente relacionados con falta de habilidades y competencias pedagógicas. En la mayor parte de las ocasiones estas deficiencias no son tomadas en cuenta por los docentes, quienes consideran que sus alumnos, al encontrarse cursando estudios universitarios, ya cuentan con estas habilidades;

así, estas carencias se convierten en un obstáculo para su desempeño académico. Además de los aspectos pedagógicos, encontramos que los factores psicológicos también repercutían en el desempeño escolar de los alumnos, como fueron el estrés, la ansiedad, los problemas familiares, la falta de motivación hacia la carrera, problemas de pareja, depresión, acoso escolar y problemas de relación con los docentes. Por lo que se trabajó con ellos sobre estos aspectos, con la finalidad de que alcanzaran cierto grado de insight, lo que les permitiría tener un proceso de elaboración y subjetivación de estos conflictos, y dejaran de ser un obstáculo en su rendimiento escolar. Finalmente, se detectaron otros problemas de adicciones y taquicardia los cuales tenían un componente biológico. Es así que coincidimos con Flores y Sánchez (2016), al considerar que el problema del rendimiento académico es multifactorial y está relacionado con aspectos académicos, psicológicos, subjetivos, biológicos y sociales. Así como también con Touraine (2014), quien considera que una educación basada en la actividad productiva y en el desarrollo tecnológico no debe suponer la pérdida de las subjetividades. Es así que consideramos que el abordaje del problema del rendimiento académico necesariamente debe ser multifactorial y multicausal.

Referencias

- Aranda, B. B. y Rivera, C. H. (2016). "La representación social del bajo rendimiento académico desde una aproximación del imaginario social". En: O. M. Flores y C. F. Sánchez (2016) [Coord.], *El bajo rendimiento académico: La mirada de los alumnos*. México: Éxodo.
- Bachelard, G. (2000). *La formación del espíritu científico: contribución a un psicoanálisis del conocimiento objetivo* (23ª ed.). Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Flores, O. M. y Sánchez, C. F. [Coords.]. (2016). *El bajo rendimiento académico: La mirada de los alumnos*. México: Éxodo.
- Gómez, S. D., Oviedo, M. R. y Martínez, S. D. (2011). Factores que influyen en el rendimiento académico del estudiante universitario. *Tecnociencia Chihuahua*, V(2), 90-98.
- Hornstein, L. (2003). *Intersubjetividad y clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Kachinovsky, A. (2012). *Enigmas del saber: historias de aprendices*. Montevideo: Universidad de la República.
- Lamas, H. (2015). Sobre el rendimiento escolar. *Propósitos y Representaciones*, 3(1), 313-386. doi:http://dx.doi.org/10.20511/pyr2015.v3n1.74
- Lara, F. N., Saldaña, B. Y., Fernández V. N. y Delgadillo, G. H. (2015). Salud, calidad de vida y entorno universitario en estudiantes mexicanos de una universidad pública. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 20(2), 102-117.
- Schlemenson, S. (2004). *Subjetividad y lenguaje en la clínica psicopedagógica*. Buenos Aires: Paidós.
- Touraine, A. (2014). *¿Podremos Vivir juntos? Igales y diferentes* (6ª. Ed.). Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Zuñiga, S. M. (2012). Los estudiantes universitarios del siglo XXI en México: de la pasividad a la autonomía y al pensamiento crítico. Teoría de la Educación. *Educación y Cultura en la Sociedad de la Información*, 13(2), 424-440.

Competencias para el Estudio¹

Germán Morales Chávez
Benjamín Peña Pérez
Alfredo Hernández Corona
Sergio Moreno Gutiérrez
Fernanda Tapia Arteaga²

En México, el acceso a la educación superior es un auténtico privilegio, como evidencia de esto, baste señalar que el porcentaje total de la población mexicana que cuenta con este nivel escolar es el más bajo (16%) entre todos los países miembros de la OCDE. Lo que significa que poseer educación de este nivel es un lujo al que no cualquiera tiene acceso: alrededor de una tercera parte de los jóvenes que están en condiciones de cursar educación terciaria, tienen acceso a alguna institución de educación superior (Mendoza, 2018; OCDE, 2016). Pero si el ingreso es una misión complicada, el egreso lo es todavía más, ya que se presentan una serie de obstáculos que tornan complicado el tránsito por dicho nivel, que resulta en que la mitad de los que ingresan al pregrado, consiguen titularse. Para quienes no ingresan a la carrera profesional y para quienes no egresan de ésta, las posibles implicaciones son: una calidad de vida precaria debido

¹ El trabajo fue parcialmente realizado gracias al apoyo del proyecto PAPIIT IA302217.

² Los autores agradecen el respaldo de Angel Corchado y Samuel Pérez para el buen funcionamiento de la línea Competencias de estudio.

a los bajos ingresos económicos (el salario de un mexicano con educación media superior es, en promedio, menos de la mitad del de uno con educación universitaria), y la consecuente limitación en la movilidad social, que probablemente los condenará a vivir en condiciones de pobreza (Robles-Vásquez y Pérez-Miranda, 2017).

Toda vez que ingresar a la educación superior significa entrar a la élite social, es una auténtica tragedia que un estudiante repruebe materias, repita cursos, deserte de la escuela y que no aprenda lo que disciplinariamente se espera. El inicio de la problemática no está justamente en este nivel, sino que se va gestando en los niveles educativos previos, haciendo crisis en el nivel superior, documentado entre otras cosas, por los resultados en los exámenes diagnósticos que se aplican al ingresar a las diversas Instituciones de Educación Superior (IES), en los que los estudiantes de nuevo ingreso no muestran las capacidades requeridas para el nivel superior (Morales, Rodríguez, Chávez y Vargas, 2017).

Como puede apreciarse, el acceso, funcionamiento y consecución de la educación superior está lleno de problemas que comprometen no sólo al estudiante, sino también a su grupo social, al desarrollo científico de su comunidad, a la riqueza cultural regional, y con ello el progreso nacional. Ante dicho panorama, se torna fundamental trabajar para mejorar las condiciones de acceso al nivel mencionado, pero también llevar a cabo investigación y brindar atención a aquellos que ya han logrado su ingreso. Esto con el objetivo de contribuir a que los estudiantes del nivel superior aprendan aquello que se espera de su carrera, que cubran los créditos, se gradúen y logren tener acceso a mejores empleos, que además, se encuentren relacionados con lo estudiado.

La FES Iztacala, una entidad multidisciplinaria de la UNAM, en tanto es una IES, no se encuentra al margen de las problemáticas presentadas en el nivel educativo superior. En un diagnóstico de la nueva administración en 2012, se identificó que los estudiantes ingresaban con problemas relacionados con precurrentes en español, matemáticas e inglés, niveles de deserción elevados en los primeros dos semestres, desde el 20% en la carrera de Médico Cirujano hasta el 43% en Optometría, proporción de egreso de los estudiantes mayor al 70% en cuatro de las siete carreras (Psicología escolarizada, Médico Cirujano, Enfermería y Cirujano Dentista) pero tasas de egreso bajas en Biología, Optometría y Psicología SUAyED y, finalmente, porcentajes de titulación altos en

carreras como Enfermería y Médico Cirujano, pero bajos en carreras como Psicología y Psicología SUAyED (PAIDEA FES Iztacala, 2012). Por lo que la administración de dicha entidad universitaria concibió la creación del CAOPE, y dentro de dicho centro, la línea de atención de Competencias de estudio para hacer frente a las problemáticas reportadas, como espacio de promoción de desarrollo psicológico que contribuyera a complementar la formación curricular de la población estudiantil y favorecer la culminación de los estudios profesionales por medio de la formación de estudiantes competentes.

Competencias de estudio y aprendizaje

La línea de Competencias de Estudio se diseñó con el objetivo de *auspiciar el desarrollo de habilidades y competencias vinculadas al desempeño estudiantil que cumpla con los criterios conductuales y disciplinarios en ausencia del docente*, pero a partir de contactos eficientes con el desempeño del docente. Por lo que su trabajo se fundamenta en una postura de análisis funcional de la educación superior (Carpio e Irigoyen, 2005), que tiene como núcleo la noción de interacción didáctica, noción que alude al corazón funcional de las relaciones establecidas entre docentes y estudiantes. La interacción didáctica tiene como finalidad que el estudiante aprenda las formas de comportamiento disciplinariamente esperadas, de manera gradual, a partir de la prescripción por parte del docente, de los criterios de logro, didácticos y sociológicos. En esta perspectiva enseñar no es igual a hablar frente a un grupo, ni aprender se iguala con leer, escuchar o escribir; enseñar y aprender refieren el papel funcional que corresponde en la interacción didáctica al docente y al estudiante, respectivamente (Morales, Pacheco y Carpio, 2014). Por esto la diada enseñanza-aprendizaje se transforma en las relaciones de interdependencia entre la enseñanza, el estudio y la tarea disciplinaria, dichas relaciones idealmente conducen al aprendizaje. Mientras que el aprendizaje no es visualizado como un proceso, sino como un logro que resulta del desempeño efectivo del estudiante frente a los criterios impuestos por el docente (Morales, Chávez, Rodríguez, Peña y Carpio, 2016; Ribes, 1990).

La noción de interacción didáctica permite analizar el comportamiento de los actores involucrados y definir los objetivos de dicha

interacción. De forma específica, se sostiene que el comportamiento del docente media el comportamiento del estudiante en su relación con las tareas, los aparatos, los hechos teóricos, los eventos y las personas, a partir de un criterio por lograr, para lo cual emplea diversas estrategias. Ese comportamiento didáctico del docente tiene como finalidad que el comportamiento del estudiante se ajuste a los criterios que se imponen en cada situación académica que enfrenta, tales criterios son de diversa complejidad, se corresponden con los criterios disciplinarios y los programas curriculares formalizados (León, Morales, Silva y Carpio, 2011). Esta variación en el tipo de criterios, de interacciones y formas de cumplir con los criterios guarda correspondencia con la variedad de circunstancias y requerimientos sociales de diversa índole, ante las que el estudiante tendrá que desempeñarse de manera efectiva y variada sin la presencia docente (Carpio e Irigoyen, 2005). Por ende, del enfrentamiento a las diversas situaciones problema definidas por un criterio, surge la definición de habilidad y competencia. La habilidad supone que un individuo despliega formas de comportamiento que cumplen con el criterio, por lo que desempeño exitoso y habilidad son prácticamente sinónimos, y se identifican siempre *a posteriori*, cuando se cubre la demanda. Mientras que cuando un individuo despliega un comportamiento exitoso en situaciones nuevas o diferentes a las que inicialmente aprendió a cumplir demandas, entonces se predica una tendencia a la efectividad, denominada competencia (Carpio, Canales, Morales, Arroyo y Silva, 2007).

En síntesis, las competencias de estudio representan la capacidad estudiantil para resolver situaciones problema, primero didácticas, posteriormente, profesionales. Para la promoción de tales competencias en el nivel superior se han reconocido áreas que comprenden actividades académicas comunes en las distintas carreras que se imparten en la FESI, las cuales son: lectoras, escritoras y orales, pero que se peculiarizan en función de la comunidad disciplinaria particular (Médico Cirujano, Enfermería, Psicología, etc.) (Morales, Alemán, Canales, Arroyo y Carpio, 2013). Igualmente, es importante señalar que las interacciones didácticas no se restringen únicamente a espacios áulicos, trascienden los espacios cotidianos en los que se desenvuelve el estudiante, y son justamente estas segundas las que se recuperan para promover la autonomía del desempeño estudiantil respecto del desempeño docente. En

este análisis cobran un sentido valioso los factores que probabilizan negativa o positivamente, el establecimiento del desempeño estudiantil efectivo, ya que son justamente los que favorecen el fracaso o éxito escolar. Por ello, el trabajo en esta línea de acción se orienta a la promoción de competencias de estudio y en la reducción del nivel de riesgo de factores que conducen al fracaso académico (Carpio *et al.*, 2018).

Metodología

Inicialmente la estrategia interventiva era individualizada, partía de una solicitud del estudiante que requería el servicio, a través de la plataforma que para ello ha dispuesto la administración en la página del CAOPE. Se concertaba una cita con el estudiante solicitante, en uno de los cubículos usados para dicho propósito, en dicha cita se realizaba una entrevista y se aplicaba un instrumento para evaluar el desempeño del estudiante. El instrumento exploraba la valoración del estudiante sobre su propio desempeño en diferentes áreas como la lectura, la escritura y la oralidad. En esta primera etapa se generaban planes de trabajo personalizados a cada estudiante, considerando el repertorio conductual (hábitos de estudio) y el perfil competencial que se esperaba generar (habilidades). A pesar de las ventajas que potencialmente brindaba la atención individualizada, fue necesario cambiar la forma de aplicación dado que se requerían espacios físicos disponibles y mayor número de recursos humanos, dada la naturaleza voluntaria de la atención, regularmente los estudiantes solicitantes cancelaban citas, no concluían las actividades y el alcance de esta forma de proceder era limitada, ya que muy pocos estudiantes podían ser atendidos.

La evolución de la línea de atención tuvo lugar cuando se solicitó el apoyo a los beneficiarios del Programa de Apoyo Nutricional Iztacala (PANI), cuyo perfil era de primero a tercer semestre, con bajo rendimiento académico (promedio general menor a 8), de condición socioeconómica baja y que por la concurrencia de estos factores, su nivel de riesgo de reprobar, recurrir o desertar era elevado. El objetivo de la línea se orientó a apoyar académicamente a estos estudiantes con cursos grupales, como complemento de la beca alimenticia que recibían, para que mejorara su desempeño académico, salieran de la zona de bajo promedio

y tuvieran acceso a otro programa de becas, como el de manutención. En esta segunda etapa se ofertaron cursos-talleres semestrales e intersemestrales que eran impartidos por un grupo de 8 a 10 “pasantes” de la carrera de Psicología. En los cursos se explicitaban los tipos de criterios que los estudiantes debían identificar para satisfacerlos, se ilustraban las formas mediante las cuales se podía satisfacer el desempeño esperado ante cierto tipo de criterios, para que posteriormente lo hicieran en sus clases. Se planteó un seguimiento de los estudiantes a lo largo de un semestre, el cual constaba de mantener contacto con alguno de los integrantes de la línea de competencias de estudio vía correo electrónico. Los coordinadores de competencias de estudio mandaban registros relativos a la participación, la exposición, la lectura y la escritura que los estudiantes debían completar como una forma de comenzar a regular su comportamiento sin necesitar que un monitor estuviera permanentemente regulando su comportamiento. La principal desventaja de proceder con los cursos semestrales e intersemestrales era que el comportamiento de los asistentes al curso se tornaba completamente situacional, trabajaban mientras estaban en el curso, pero no mantenían el mismo desempeño en clase, se perdía el contacto para el seguimiento, hubo pérdida de datos y con ello se perdía la posibilidad de retroalimentación.

La tercera etapa de la línea de competencias de estudio inició bajo la lógica de ofertar cursos-talleres que formaran dos tipos de asesores, aquellos que acompañarían a los estudiantes como pares revisores de su desempeño en clases, por ello se esperaba que este tipo de asesores fuera capaz de desempeñarse de manera adecuada al tipo de criterios que revisarían. Mientras que el segundo tipo de asesores constaba de estudiantes a quienes no se les solicitaba tener un desempeño académico alto, pero sí se les requería que fuesen sus propios revisores, en este sentido se intentaba dar cobertura a los estudiantes que originalmente asistían a los cursos y que regularmente perdían contacto con los asesores.

En la cuarta y más reciente etapa, se ha incorporado una serie de cambios a partir de la experiencia obtenida. Se reconoció la relevancia de ofrecer una atención individualizada pero a un número mayor de estudiantes, en condiciones en las que no fuese necesario un cubículo y un monitor o asesor académico, es decir, una atención no presencial, sino auxiliada por recursos tecnológicos como lo es Internet. La falta de recursos humanos y económicos para poder atender a un estudiante

a la vez, dió origen al diseño y aplicación de dos formularios que administrados por la red, ayudan a obtener información relevante sobre factores que pueden incidir en un desempeño académico no óptimo del estudiante y una plataforma que pretende poseer dos características: permitir la evaluación del desempeño estudiantil en diversas áreas y favorecer el desempeño efectivo en áreas en las que se identifiquen áreas de oportunidad para el estudiante. El primer formulario rescata información sociodemográfica, cultural, académica y económica para determinar el nivel de riesgo del estudiante de reprobar, recurrir, no aprobar, no aprender y desertar. Mientras que el segundo explora condiciones en las que el estudiante despliega habilidades y competencias orales, lectoras y escritoras. Finalmente, la plataforma es un instrumento autogestivo, en el que el estudiante ejercita diferentes habilidades orales, lectoras y escritoras, sin necesidad de recurrir a un asesor y sin restricciones de horario, sólo requiere una computadora conectada a Internet. En esta etapa se ha trabajado con la población beneficiaria del programa PANI pero eventualmente, se puede llegar a una población con un perfil diferente.

A lo largo de sus cuatro etapas, que van de 2013 a marzo de 2019, la línea de atención de Competencias de estudio ha atendido a alrededor de 800 estudiantes de las diferentes carreras y de diferentes semestres. La transición de atención uno por uno a cursos incrementó el número de estudiantes a los que se llegaba, pero definitivamente la metodología apoyada en Internet permitió llegar a muchos más estudiantes simultáneamente sin perder rigor ni el sentido de atención individualizada. Las investigaciones sobre competencias de estudio y sobre riesgo académico, han permitido la integración de estas dos líneas en un programa de intervención llamado Programa de Prevención del Fracaso Académico (PREVEFA), mismo que es llevado a cabo por pasantes de la carrera de Psicología, aunque está abierta la posibilidad de incorporación de pasantes de la carrera de Pedagogía y Sociología. Como complemento del trabajo de atención, se inició un trabajo de divulgación y para ello se elaboró un página en Facebook (<https://www.facebook.com/CompEst-CAOPE/>) que posibilitará compartir sugerencias y establecer contacto con estudiantes de otras instituciones y de otros niveles educativos. En el cuadro 3.1, se encuentran resumidos algunos de los logros de la línea de atención, se espera que por delante los alcances sean mucho

mayores, como ha ocurrido en los dos últimos años, pero sobre todo que sea posible canalizar a otros programas a los estudiantes identificados con diversas problemáticas, realizar un acompañamiento a quienes lo soliciten y llevar a cabo un seguimiento al estudiantado a lo largo de su trayectoria escolar.

Cuadro 3.1. Numeralia CAOPE estrategia
Competencias para el estudio

Total de cursos semestrales e intersemestrales impartidos	Total de horas de cursos impartidos	Total de estudiantes atendidos para el diagnóstico e intervención	Instrumentos y materiales derivados de la estrategia	Total de internautas en las páginas de Facebook CAOPE <i>competencias de estudio y PREVEFA</i>
9	180	888 (Suma de asistentes a seminarios y contactados de los programas)	8	1677

Reflexiones finales

Las restricciones económicas de las instituciones de educación superior de tipo público, limita la posibilidad de contar con departamentos y programas orientados a las problemáticas paralelas de su matrícula estudiantil. Lo que ha conducido a echar mano de sus docentes e investigadores para atender situaciones que impiden la consecución de la misión educativa, ese fue justamente el sello que distinguió la creación de CAOPE-Competencias de estudio: traducir los resultados de la investigación realizada en intervenciones fundamentadas en evidencia. Se asumieron varios compromisos en dicha labor: el primero de ellos es que se seguiría haciendo investigación, pero ahora de los diferentes programas de intervención, como forma de retroalimentación del trabajo implementado. El segundo de ellos es que se recuperaría un marco teórico que permitiera una aproximación a los problemas académicos de los estudiantes, de forma interdisciplinaria pero evitando al máximo

el eclecticismo. El tercero, adoptado como objetivo, promover el desarrollo psicológico de los estudiantes que recibieran la atención, con lo cual se conseguiría no limitar la intervención solamente a mejorar los indicadores administrativos de materias aprobadas, promedio obtenido y porcentaje de créditos cursados. El cuarto consistió en ofertar programas de intervención con un carácter preventivo más que correctivo, que a la larga reduciría costos en la solución de los problemas, en tanto se consigue que no se presenten tales problemas. El quinto fue realizar un trabajo de atención que tuviera como distintivo su sentido voluntario, para que los estudiantes sean quienes asuman la responsabilidad de sus actos y consecuencias, como condición que posibilita auspiciar la autonomía intelectual.

Son estos compromisos y el apoyo incondicional de la administración de la FES Iztacala, los elementos que han permitido sobreponerse a los avatares que enfrenta una línea y sus programas que ofrecen resultados a mediano y largo plazos. ¿Son las calificaciones obtenidas por el estudiante el mejor indicador de la intervención? Creemos que no, para clarificarlo se plantea la posibilidad de dos criterios con los cuales se puede analizar el desempeño estudiantil de manera más pertinente: 1. Formales/administrativos, que son aquellos que tienen que ver con las calificaciones, promedios, materias seriadas y créditos cubiertos, como requisitos para la inscripción, avance, egreso y titulación; y 2. Funcionales, que aluden a los criterios que permiten identificar el desempeño efectivo, y con ello determinar el aprendizaje logrado por un estudiante. Los factores formales son las condiciones necesarias para determinar la estancia de un estudiante en la institución educativa, pero los funcionales representan las condiciones suficientes para predicar competencia estudiantil (Morales *et al.*, 2018). Por supuesto, ambos criterios resultan relevantes y su combinación da origen a perfiles de desempeño estudiantil que requieren intervención diferencial. a) Perfil que no cumple con criterios formales ni funcionales, es el desempeño que poco o nada tiene que ver con lo estudiantil, en tanto ni avanza administrativamente ni aprende disciplinariamente. b) Perfil que cumple criterios formales pero no funcionales, que caracteriza al estudiante que está avanzando en la carrera pero no está incorporando los conocimientos disciplinarios que requiere. c) Perfil que no cumple criterios formales pero sí los funcionales, es característico del estudiante

que está aprendiendo pero adeuda materias, se atrasa, no termina en tiempos reglamentarios o no se titula aunque cuenta con conocimientos profesionales. Y d) Perfil que cumple con criterios formales y funcionales, que es lo que identifica al estudiante que ha avanzado curricularmente y ha aprendido lo que se ha establecido como esperable. Es este último perfil el que interesa promover en Competencias de estudio y que se considera, debe ser el ideal de desempeño estudiantil en el nivel superior.

En la formación de un estudiante competente se reconoce que no tendrá lugar de forma sencilla ni rápida, antes bien, exige un trabajo intenso que revierta los efectos negativos de una enseñanza repetitiva y poco efectiva recibida en niveles previos. Como una guía general se ha propuesto auspiciar el desempeño efectivo de los estudiantes ante problemas de diferente complejidad y dificultad, siguiendo una secuencia como la siguiente: 1. Resolver de una forma, un problema disciplinario en una modalidad (oral, por ejemplo), 2. Resolver de diferentes formas, un problema disciplinario en la misma modalidad, 3. Resolver de una misma forma, diferentes problemas disciplinarios en la misma modalidad, 4. Resolver de diferentes formas, diferentes problemas disciplinarios en diferentes modalidades. En esta secuencia por supuesto que el estudiante enfrenta variaciones de tipo de criterios, formas de cumplirlos, modalidad de la interacción didáctica, materias, recursos, textos y situaciones. Con esta guía es posible que tenga lugar la emergencia del comportamiento variado y efectivo, es decir, competente o inteligente (Morales, Aguilar y Carpio, 2017).

Ante el nivel de inversión en la formación de cada estudiante del nivel superior, resulta necesario que se dispongan condiciones para que la población de este nivel cumpla con las capacidades que caracterizan a dicho nivel. Estos estudiantes deben distinguirse por desplegar comportamiento efectivo, variado e innovador ante las diversas problemáticas que habrán de enfrentar en su práctica profesional, así como gozar de autonomía intelectual e independencia respecto de la figura docente. Pero dicha labor no puede dejarse a la serendipia o la búsqueda de talentos, sino fincarse en la promoción cotidiana del desarrollo psicológico, por medio del fomento de habilidades, auspiciando diferentes desempeños frente a los problemas, y con ello favorecer la tendencia a la efectividad que demanda el enfrentar distintas problemáticas sociales

y disciplinares. Con esta misión se busca contribuir no sólo a subsanar problemas que ya se encuentran vigentes, sino prevenirlos y a largo plazo proyectar la formación estudiantil de alto nivel, que en el futuro habrán de constituir la potencialidad innovadora que encierra la fuerza juvenil del país.

Referencias

- Carpio, C., Arroyo, R. Silva, H., Canales, C. y Morales, G. (2007). Inteligencia, creatividad y desarrollo psicológico. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 41-50.
- Carpio, C. e Irigoyen, J. (2005). *Psicología y Educación. Aportaciones desde teoría de la conducta*. México: FES Iztacala, UNAM.
- Carpio, C., Pacheco, V., Carpio, C., Morales, G., Carranza, J., et al. (2018). "Atención al riesgo académico en el bachillerato: avances conceptuales y metodológicos. México": En C. Carpio et al. (Coords.), *Avances conceptuales y metodológicos en la atención al riesgo académico: una experiencia*. México: UNAM.
- Robles-Vásquez, H.V. y Pérez-Miranda, M. G. (Coords.) (2017). *Panorama educativo de México. Indicadores del Sistema Educativo Nacional 2016*. México: INEE.
- León, A., Morales, G., Silva, H. y Carpio, C. (2011). "Análisis y evaluación del comportamiento docente en el nivel educativo superior". En: V. Pacheco y C. Carpio (Coords.), *Análisis del comportamiento. Observación y métricas* (pp. 83-103). México: FES Iztacala, UNAM.
- Mendoza, J. (2018). *Subsistemas de educación superior. Estadísticas básicas 2006-2017*. México: DGEI, UNAM.
- Morales, G., Aguilar, F. y Carpio, C. (2017). "Educación superior, enseñanza de la ciencia y desarrollo psicológico". En: Z. Monroy, R. León-Sánchez y G. Álvarez (Eds.), *Obstáculos epistemológicos en la enseñanza y el aprendizaje de la filosofía y de la ciencia* (pp. 343-358). México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Morales, G., Alemán, M., Canales, C., Arroyo, R. y Carpio, C. (2013). Las modalidades de las interacciones didácticas: entre los disensos esperados y las precisiones necesarias. *Revista Conductual*, 1(2), 73-89.
- Morales, G., Beas, E., Ibáñez, J., Canales, C., Gutiérrez, S., Hernández, A. y Peña, B. (2018). Riesgo académico y seguimiento del desempeño de universitarios en la carrera de Psicología de Iztacala. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 23(2), 122-134.
- Morales, G., Chávez, E., Rodríguez, R., Peña, B. y Carpio, C. (2016). Estudiar y aprender: precisiones sobre su naturaleza analítica e investigación empírica. *Revista de Educación y Desarrollo*, 37, 5-15.
- Morales, G., Pacheco, V. y Carpio, C. (2014). Competencias de estudio y aprendizaje en estudiantes universitarios. En P. Morales, E. Saavedra, G. Salas y C. Cornejo (Eds.), *Aprendizaje. Miradas desde la psicología educacional* (pp. 126-136). Talca, Chile: Universidad Católica del Maule.
- Morales, G., Rodríguez, R., Chávez, E. y Vargas, Y. (2017). "Promoción de competencias de estudio: un ejemplo en una entidad multidisciplinaria de ciencias de la salud". En: Z. Monroy, R. León-Sánchez y G. Álvarez (Eds.), *Obstáculos epistemológicos en la enseñanza y el aprendizaje de la filosofía y de la ciencia* (pp. 331-339). México: Facultad de Psicología, UNAM.
- OCDE (2016). *Education at a Glance 2016: OECD Indicators*. OECD Publishing. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1787/eag-2016-en>
- FES Iztacala (2012). *Plan de Apoyo Integral para el Desempeño Escolar de los Alumnos (PAIDEA)*. México: FES Iztacala, UNAM.
- Ribes, E. (1990). *Psicología general*. México: Trillas.

Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva

Silvia Susana Robles Montijo¹
Nélida Padilla Gámez²

Los adolescentes y jóvenes son una población que se enfrenta a situaciones que ponen en riesgo su salud sexual y reproductiva, especialmente cuando ejercen su sexualidad desde edades tempranas, tienen múltiples parejas sexuales o tienen relaciones sexuales sin protección (Gutiérrez *et al.*, 2012; Hernández, Villalobos, & Rauda, 2006; Pulido *et al.*, 2013; Quiroz, Atienzo, Campero y Suárez-López, 2014; Robles, Frías, Moreno, Rodríguez y Barroso, 2011; Teva, Bermúdez, & Buela-Casal, 2009). Tales prácticas sexuales dan como resultado una potencial vulnerabilidad a infecciones de transmisión sexual (ITS), a embarazos no deseados y, como consecuencia de estos últimos, al aborto. En México, del total de casos de VIH registrados hasta diciembre del 2018 (203,312), el 12.4% (25,118) corresponde a jóvenes entre los 15 y 24 años de edad (Centro

¹ Coordinadora de la estrategia de *Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva* del CAOPE, y del *Grupo de Investigación en Psicología y Salud Sexual* de la Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y la Educación (UIICSE), FES Iztacala, UNAM.

² Coordinadora de la estrategia de *Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva* del CAOPE, e integrante del *Grupo de Investigación en Psicología y Salud Sexual*, UIICSE, FES Iztacala, UNAM.

Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida, 2019). Desde abril de 2007 hasta el 31 de marzo de 2019, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA, 2019) registró un total de 209,353 casos acumulados de abortos legales, la mayor proporción (52%) corresponde a mujeres de 15 a 24 años de edad.

Para disminuir el riesgo de tener estos problemas que afectan la salud sexual de los jóvenes, se han llevado a cabo diversas estrategias que incluyen informar a la gente sobre dichos problemas, fomentar relaciones sexuales con una sola pareja, practicar sexo seguro (masturbación, caricias, besos), postergar los encuentros sexuales, fomentar la práctica de la abstinencia sexual y emplear condones u otros métodos anticonceptivos (Bárcena y Robles, 2010; Bárcena, Robles y Díaz-Loving, 2012; Martínez, Villaseñor y Celis, 2002; Pérez, 2013; Robles *et al.*, 2012; Torres, Walker, Gutiérrez, & Bertozzi, 2006). En personas que tienen una vida sexual activa, el uso consistente del preservativo ha sido la conducta sexual que mayor atención ha recibido en la investigación encaminada a prevenir los problemas de salud sexual antes referidos (Bárcena, Rendón y Robles, 2011), porque es justamente el único método que, usado siempre y de manera correcta, disminuye el riesgo de adquirir alguna ITS.

Tratar de explicar cuáles son los factores que hacen más probable que una persona use el condón al tener relaciones sexuales es un objetivo que se han planteado distintos modelos y teorías de cambio conductual (Noar, 2007). Entre los modelos psicológicos que han generado mayor investigación en el campo de la salud sexual destaca el de Información, Motivación y Conducta (IMB, por sus siglas en Inglés) propuesto por J. Fisher y W. Fisher (1992), en el cual se plantea que para que una persona sea capaz de involucrarse en conductas que previenen, por ejemplo, la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, tiene que poseer información relevante relacionada con la transmisión y prevención de este virus y estar fuertemente motivada para iniciar y mantener dichas conductas, pero además, necesita contar con habilidades conductuales específicas que le permitan involucrarse en comportamientos preventivos. Este modelo ha sido uno de los más utilizados para diseñar programas de intervención dirigidos al cambio de conductas sexuales de riesgo a preventivas (Crosby *et al.*, 2008; J. Fisher, W. Fisher, Bryan, & Misovich, 2002; Robles y Díaz-Loving, 2011).

Entre las variables que han estado estrechamente asociadas con el comportamiento sexual de los jóvenes destacan aquellas que se ubican en el componente conductual del modelo antes referido, tales como la habilidad para comunicarse con padres, madres y parejas sobre temas vinculados al cuidado de la salud sexual, así como las habilidades involucradas en el uso correcto del preservativo. Cuando los jóvenes, antes de iniciar su vida sexual, son capaces de comunicarse con sus padres sobre temas vinculados a su sexualidad, es más probable que demoren la edad de su primer encuentro sexual, que éste sea protegido y que usen consistentemente el preservativo en subsecuentes relaciones (Andrade, Betancourt, & Palacios, 2006; Aspy *et al.*, 2007; Hutchinson, 2002; Hutchinson & Montgomery, 2007; Moreno, Robles, Frías, Rodríguez y Barroso, 2010; Pérez y Pick, 2006; Teitelman, Ratcliffe, & Cederbaum, 2008). Se ha demostrado un efecto diferencial por sexo en estas variables, ya que las mujeres, comparadas con los varones, se comunican más con sus madres sobre temas relacionados con embarazo, aborto y métodos anticonceptivos, mientras que los varones hablan más con sus padres sobre tener relaciones sexuales y el uso del preservativo (Frías, Barroso, Rodríguez, Moreno y Robles, 2008; Moreno, Robles, Frías, Rodríguez y Barroso, 2010).

También se ha visto que el nivel de información que los jóvenes tienen acerca de la transmisión y prevención del VIH/Sida y otras ITS, promueve la comunicación con su pareja sobre temas vinculados al cuidado de su salud sexual (Robles, Moreno, Frías, Rodríguez y Barroso, 2012). A su vez, aprender a conversar con la pareja sobre tales temas, facilita el aprendizaje de la habilidad para negociar con ella el uso del preservativo (Robles *et al.*, 2006); esta última habilidad, hace más probable el uso consistente del condón (Robles y Díaz-Loving, 2008; Singh, 2003; Tulloch, McCaul, Miltenberger, & Smith, 2004).

Usar correctamente un preservativo es una habilidad que todo programa dirigido a prevenir ITS y embarazo no deseado, debe tomar en consideración. Crosby, DiClemente y Yarber (2009), Fishbein y Pequegnat (2000), Lindemann y Brigham (2003), Miller (2006) y Robles *et al.* (2006), entre otros, han demostrado que las personas que reportan usar consistentemente el preservativo, no necesariamente saben usarlo en forma correcta, poniendo en riesgo su salud sexual. Cuando los jóvenes cometen ciertas fallas al usar el preservativo durante el acto sexual

(por ejemplo, ponérselo después de haber iniciado la penetración, justo antes de la eyaculación), es más probable que se les rompa o deslice (Bortot, Risser, & Cromwell, 2006; Crosby, Yarber, Sanders, Graham, & Amo, 2008; Mukenge-Tshibaka, Alary, Geraldo, & Lowndes, 2005; Topping *et al.*, 2011), incrementando con ello la posibilidad de un contacto con agentes patógenos que ponen en riesgo su salud sexual. Por ello, resulta particularmente importante que los jóvenes aprendan a usar correctamente un preservativo. Robles, Rodríguez, Frías y Moreno (2014) encontraron que los jóvenes que tenían conocimientos adecuados sobre cómo usar un preservativo habían demostrado un mejor desempeño en la habilidad para colocarlo y retirarlo en un modelo de pene para la enseñanza, y éstos, a su vez, habían cometido menos errores al usarlo en sus relaciones sexuales.

Con base en los estudios antes referidos, es posible contribuir con la prevención del embarazo no deseado y de las infecciones de transmisión sexual en jóvenes, a través del diseño de acciones y programas encaminados a: 1) proporcionar y analizar la información, basada en evidencia científica, relacionada con la transmisión y prevención de distintas ITS, y con la prevención del embarazo; 2) promover el desarrollo de habilidades relacionadas con la comunicación y negociación en la pareja; y 3) desarrollar la habilidad para usar correctamente el condón durante el acto sexual, todo ello en el marco de los derechos sexuales y reproductivos y bajo una perspectiva de género.

La estrategia Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva

La estrategia Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva (PSSyR), que forma parte del Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes (CAOPE) de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), se creó en el 2013 con el fin de atender las problemáticas vinculadas con la salud y la sexualidad de la comunidad estudiantil, desarrollando diversas acciones encaminadas a promover en los estudiantes comportamientos sexuales saludables. Desde entonces, la Dra. Patricia Dávila Aranda, Directora de nuestra Facultad, encomendó esta responsabilidad al Grupo de Investigación en Psicología y Salud Sexual, bajo la coordinación de la Dra. Susana Robles Montijo, y con la participación de Beatriz

Frías Arroyo, Martha Rodríguez Cervantes, Rodolfo Barroso Villegas y Diana Moreno Rodríguez (de 2013 al 2016), así como de la Dra. Nélida Padilla Gámez (de 2017 a la fecha).

Son seis las características que distinguen a esta estrategia:

1. Es una estrategia dirigida al desarrollo y mantenimiento de relaciones de pareja saludables, por tanto, el eje central de sus programas es la prevención.
2. Se trabaja en las prácticas sexuales afectivas, placenteras, protegidas y responsables, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.
3. Se enfatiza el aprendizaje de habilidades conductuales para promover la toma de decisiones en forma asertiva e informada, la negociación de conflictos en la pareja y el desarrollo de comportamientos sexuales preventivos, entre los cuales se incluye el uso adecuado y efectivo de distintos métodos anticonceptivos.
4. Se trabaja en la prevención del VIH y otras ITS, del embarazo no deseado/no planeado y, como consecuencia de este último, del aborto.
5. Todos sus programas consideran el contexto sociocultural en el que se desarrollan las relaciones de pareja, y están diseñados con base en evidencia científica.
6. Bajo una perspectiva de género, la estrategia busca atender a la comunidad estudiantil en temas relacionados con las identidades sexo-genéricas, las orientaciones erótico-afectivas, las vinculaciones afectivas y sus diversidades.

Siguiendo los lineamientos establecidos en el CAOPE para las estrategias que lo conforman, en la correspondiente a *Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva* nos propusimos atender a la comunidad estudiantil a través de las siguientes acciones:

- a) Identificación del patrón de conducta sexual que caracteriza a los estudiantes de la FES Iztacala, así como de los factores socio-demográficos, familiares y psicológicos que ponen en riesgo la salud sexual de la población estudiantil, mediante evaluaciones sistemáticas grupales.
- b) Formación de *promotores CAOPE* mediante cursos y talleres.
- c) Impartición de talleres especializados sobre salud y sexualidad dirigidos a estudiantes de nuevo ingreso.

- d) Detección oportuna de casos que requieren atención individualizada.
- e) Ciclos de conferencias y mesas de debate sobre temas vinculados con la salud sexual y la salud reproductiva, con la participación de expertos en el área.
- f) Creación de una red social estudiantil promotora de la salud sexual.
- g) Desarrollo de materiales didácticos sobre salud y sexualidad que sirvan de apoyo a los estudiantes.
- h) Difusión de la estrategia a través de: redes sociales como Facebook y Twitter, creación de una página web, y folletos/trípticos sobre temas de interés estudiantil, diseñados por los propios estudiantes promotores CAOPE.
- i) Actividades promocionales vinculadas con el cuidado de la salud sexual y la salud reproductiva.

Metodología y resultados de la estrategia

Asesorías psicológicas individualizadas

Entre las actividades que realiza la estrategia se encuentra el apoyo psicológico personalizado a estudiantes que solicitan asesoría a través de la página web del CAOPE. La asesoría individualizada la realizan las coordinadoras o supervisoras de las estrategias, o bien, alumnos que son Promotores CAOPE egresados de la carrera de Psicología o estudiantes de Psicología que estén cursando los últimos semestres. Todos ellos reciben un entrenamiento previo en el abordaje de la sexualidad, salud sexual y derechos sexuales.

La asesoría tiene por objetivo resolver dudas y apoyar a los usuarios en las diversas situaciones que plantean, tales como: dificultades para dejar una relación de pareja, violencia en el noviazgo, disfunciones sexuales (dificultad para tener una erección, dificultad para controlar la eyaculación, dificultad para llegar al orgasmo aún con lubricación, etc.), temores al tener relaciones sexuales, mitos y tabúes acerca de la sexualidad, represión y autocastigo por fantasear sexualmente, dudas sobre la orientación sexual, dudas acerca de cómo llevar a cabo prácticas sexuales anales, dudas y temores de la primera relación sexual, rechazo a tener vida sexual por el temor a ITS/VIH y a embarazos no deseados/planeados, parejas que consultan para elegir un método anticonceptivo, dudas sobre

el uso de la pastilla anticonceptiva de emergencia, sufrimiento por secuelas de infecciones de transmisión sexual, contención en procesos de diagnósticos ginecológicos, dudas sobre el embarazo y los servicios de interrupción legal del embarazo, entre otros. En los casos que hemos considerado conveniente hacerlo, se canaliza al usuario a servicios especializados en: detección del VIH y otras ITS, detección de embarazo, instituciones de salud autorizadas para realizar la interrupción de un embarazo, consulta ginecológica. Es importante mencionar que los casos atendidos por los promotores CAOPE son supervisados por las coordinadoras de la estrategia, quienes están al tanto del proceso de los usuarios. Hasta mayo del 2019 se han atendido a un total de 68 alumnos, procedentes de las carreras de Biología, Cirujano Dentista, Optometría y Psicología, incluyendo un alumno del CCH Naucalpan.

Promotores CAOPE

Para lograr que las acciones de promoción de la salud sexual y la salud reproductiva lleguen a la mayor parte de los estudiantes de nuestra Facultad, resulta fundamental contar con el apoyo de un grupo de jóvenes universitarios interesados en colaborar voluntariamente con la estrategia para asesorar, divulgar y promover entre sus compañeros las actividades que se desarrollan, siempre desde un marco de respeto, ética profesional y derechos sexuales y reproductivos. Por ello, a través de diferentes medios, cada año difundimos entre la comunidad estudiantil una convocatoria para participar como *Promotores CAOPE de la salud sexual y reproductiva*. Durante los años 2013 a 2018 logramos incorporar en promedio a 15 estudiantes cada año. Todos ellos reciben una capacitación para que adquieran conocimientos y habilidades para trabajar en la promoción de la salud sexual en nuestra Facultad. Dicha capacitación se da a través de un curso diseñado para que ellos: 1) conozcan y analicen el sustento teórico-metodológico de investigaciones psicológicas que han contribuido con información relevante respecto a los factores que ponen en riesgo la salud sexual de los adolescentes y jóvenes mexicanos; 2) conozcan y analicen la epidemiología, etiología, transmisión y prevención de distintas infecciones de transmisión sexual; 3) analicen críticamente el problema del embarazo no deseado, así como las problemáticas a las que se enfrentan los jóvenes cuando deciden interrumpir un embarazo; 4) conozcan las características, funcionamiento y efectividad

de distintos métodos anticonceptivos; 5) aprendan, bajo el marco de los derechos sexuales y reproductivos, habilidades conductuales que les permitan comunicarse asertivamente con su pareja, incluyendo la negociación de conflictos; y 5) aprendan a usar correctamente el condón masculino y el femenino.

Considerando que las temáticas por las que los usuarios solicitan asesoría son diversas y tienen que ver con la complejidad que expresan y experimentan las sexualidades, la estrategia ha replanteado incluir en la capacitación de los promotores temáticas sobre la transversalidad del género, es decir, contemplar que el género no sólo atañe a la equidad, sino a la diversidad de características que poseen los individuos respecto a su raza, condición social y económica, etnia, orientación sexual, color de piel, discapacidades, etc. Bajo esta mirada se revisan temas sobre el erotismo, el placer, la respuesta sexual humana, masturbación, elección de pareja, orientación sexual, vinculaciones erótico-afectivas, y proyecto de vida, todo enmarcado en la promoción de habilidades que les permitan a los promotores aplicarlo a su propia vida y en el trabajo con los usuarios. Los promotores también participan en el *Seminario permanente de actualización para promotores CAOPE en la estrategia de Salud Sexual y Reproductiva*, en el cual se revisan temas relacionados con el trabajo que se realiza en la estrategia, se supervisan los casos de asesoría individual y se discuten las herramientas de intervención más adecuadas, tanto en el trabajo de asesoría individual como en el trabajo comunitario que desarrolla la estrategia en diversos espacios y foros de la Facultad. Tanto los cursos como el seminario permanente se realizan bajo el Programa de Superación Académica Permanente (PROSAP), el cual permite extender la invitación a los alumnos de todas las carreras de la Facultad para que se inscriban y puedan obtener una constancia con valor curricular. Cabe destacar la labor de estos promotores CAOPE en la difusión de la estrategia a través de la creación de una página en Facebook, inicialmente coordinada por la profesora Beatriz Frías, y posteriormente rediseñada y coordinada por la Dra. Nélida Padilla (<https://www.facebook.com/CAOPE-Salud-Sexual-y-Reproductiva-460998874237653/>).

Divulgación en foros y eventos

Dentro de las actividades académicas que realiza la estrategia también se encuentra la participación en ferias y eventos que realiza la Facultad

o eventos que desarrolla la misma estrategia para celebrar o conmemorar fechas representativas de la salud sexual, entre los que destacan:

- *Día Mundial de la Lucha contra el Sida*. Exposición de carteles elaborados por los promotores CAOPE, conferencia y testimonios de personas que viven con VIH. Noviembre 29 de 2013.
- *Día Mundial de la Salud Sexual*. Actividad realizada en la explanada de la FESI y organizada por los promotores CAOPE para difundir los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes. 4 de septiembre de 2013 y de 2015.
- *Día Mundial de la Salud Sexual*. Acciones y reflexiones en torno al día mundial de la salud sexual. “Salud sexual: rompamos mitos”. Septiembre 2016.
- *Día Mundial de la Lucha contra el Sida*. Ciclo de conferencias en conmemoración. Noviembre 2017.
- A 36 años de la lucha contra el VIH: Mi salud, Mi derecho #myrighttohealth #misaludmiderecho. Diciembre 2018.

En estos eventos hemos tenido como invitados a importantes representantes de las temáticas abordadas, haciendo énfasis en el trabajo de investigación y difusión. Entre los que destacan: el Dr. Tirso Clémades del ISEM, el Dr. Rolando Díaz Loving investigador en Psicología sociocultural, el Dr. Eduardo Calixto, neurofisiólogo y divulgador de la ciencia, el Mtro. Luis Manuel Arellano de la Clínica Condesa, Casa de la Sal, y Católicas por el Derecho a Decidir. Además de contar con el apoyo de *DKT condones Prudence* y *AHF México* realizando pruebas de detección de VIH.

La estrategia también participa en actividades realizadas por la FESI, a través de la Secretaría de Relaciones Institucionales, entre ellas se encuentra la *Jornada Multidisciplinaria de la Salud/Jornada Multidisciplinaria sobre Salud y Medio Ambiente* (Febrero 2016, 2018 y 2019). En el 2019 se desarrollaron tres talleres, impartidos por tres promotoras de la estrategia: *Cómo sobrevivir al amor y a las ITS en tiempos posmodernos*, *Autoerotismo y Salud Sexual y Comunicación sexual asertiva*.

Examen Médico Automatizado (EMA)

La estrategia también participa, desde 2013, en el Examen Médico Automatizado que se realiza anualmente a los estudiantes de nuevo

ingreso de nuestra Facultad. Los promotores CAOPE diseñan trípticos o folletos con información de temas específicos vinculados con el cuidado de la salud sexual, los cuales se proporcionan a los alumnos de nuevo ingreso acompañado de una breve explicación del tema de cada tríptico. También difunden los talleres cortos sobre salud sexual y reproductiva que ofrece la estrategia a los alumnos de nuevo ingreso y realizan la demostración del uso correcto del condón utilizando un modelo de pene para la enseñanza. Esta labor se lleva a cabo durante la semana de inducción y se atiende aproximadamente a 3000 estudiantes que pasan por el stand de la estrategia, tanto en el turno matutino como en el vespertino.

Talleres de promoción de la salud sexual y reproductiva

El eje central de los programas de esta estrategia lo constituye la prevención, y por ello, resulta particularmente importante implementar acciones específicas para que los estudiantes de nuestra Facultad se informen adecuadamente de los problemas que pueden afectar su salud sexual y, al mismo tiempo, desarrollen habilidades conductuales que promuevan, a corto y largo plazos, comportamientos sexuales saludables. Con fundamento en el modelo de Información, Motivación y Conducta (J. Fisher & W. Fisher, 1992), y en investigaciones en las que hemos probado la efectividad de programas de intervención conductual dirigidos a adolescentes (Robles *et al.*, 2012) y jóvenes universitarios (Robles *et al.*, 2006), diseñamos un Taller breve de promoción de la salud sexual y reproductiva dirigido a los alumnos de nuevo ingreso de nuestra Facultad. Con el apoyo de la Secretaría de Relaciones Institucionales, se ha logrado impartir este taller durante la primera o segunda semana de inicio de clases a estudiantes de las seis carreras de la FESI que han formado parte de las generaciones 2014 a la 2019. Recuérdese que cada generación inicia en agosto del año anterior, por ejemplo, la generación 2014 inició clases en agosto del 2013. En el cuadro 4.1 se muestra el total de estudiantes, por carrera y por generación, que han asistido a este taller; se observa una tendencia a la baja conforme avanzan las generaciones, así como una participación más alta en las carreras de Psicología y Enfermería.

Cuadro 4.1. Número de estudiantes, por carrera y por generación, que asistieron al taller de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva

Carrera	Generación						Total
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Biología	66	28	0	13	10	0	117
Cirujano Dentista	64	40	3	12	23	0	142
Enfermería	101	70	17	48	48	42	326
Médico Cirujano	76	33	28	22	27	38	224
Optometría	30	9	26	1	1	4	71
Psicología	200	45	15	16	44	24	344
Total	537	225	89	112	153	108	1224

Perfil del comportamiento sexual de los estudiantes de nuevo ingreso

En la estrategia también nos hemos propuesto evaluar a estudiantes de nuevo ingreso con el fin de conocer el perfil de su comportamiento sexual, identificando aquellas conductas específicas que ponen en riesgo su salud. Esta evaluación se ha realizado únicamente a los estudiantes de las generaciones 2014, 2015 y 2016 que han participado en los talleres breves sobre salud sexual y reproductiva. En el cuadro 4.2 se presentan los datos correspondientes a esta evaluación, la cual incluye: información sobre la proporción de estudiantes, por generación, que reportaron haber tenido relaciones sexuales (debut sexual), edad, planeación y uso del condón en la primera relación sexual, tipo de prácticas sexuales (vaginal, anal, oral, masturbación), uso del condón en dichas prácticas, uso del condón en última relación sexual, si el condón se les ha roto o deslizado al tener relaciones, número de parejas sexuales en toda la vida, y el reporte de ITS, embarazo y aborto.

En general, se puede apreciar que poco más de la mitad de los jóvenes de las tres generaciones evaluadas ingresan a nuestra Facultad habiendo tenido relaciones sexuales entre los 16 y 17 años. Más de la mitad de estos estudiantes planearon su primer encuentro sexual, y entre el 77 y 90 por ciento dijo haber utilizado el condón en su primera relación sexual. También se aprecia que las prácticas sexuales más

frecuentes reportadas por los estudiantes de las generaciones 2014 y 2015 son el sexo con penetración vaginal, sexo oral y sexo anal (en ese orden), pero no en todos los casos los estudiantes se protegen al tener estas prácticas. Llama la atención que la práctica en la que menor proporción de estudiantes usa el condón es la del sexo anal, la cual resulta ser la que mayor riesgo de transmisión del VIH tiene, comparada con las de sexo oral y vaginal. Además de esto, los datos muestran que a una proporción importante de estos estudiantes se les ha roto o deslizado el preservativo, aumentando aún más el riesgo de ITS y de un embarazo no deseado o no planeado. De hecho, entre el 6 y el 8 por ciento de los estudiantes reportó haber tenido un embarazo o haber embarazado a su pareja, y una proporción ligeramente menor (entre el 2 y el 8 por ciento) ha acudido al aborto.

Cuadro 4.2. Perfil del comportamiento sexual de estudiantes de nuevo ingreso de distintas generaciones

Conducta sexual		Gen. 2014		Gen. 2015		Gen. 2016	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Debut sexual	Sí	276	(51.8)	116	(51.6)	52	(58.4)
	No	257	(48.2)	109	(48.4)	37	(41.6)
Primera relación sexual:							
Edad	Media	16.61		16.36		16.58	
	DE	1.68		1.51		1.68	
	Moda	17		17		16	
Planificación	Sí	159	(57.6)	73	(64.0)	28	(53.8)
	No	117	(42.4)	41	(36.0)	24	(46.2)
Uso del condón	Sí	212	(77.4)	94	(80.3)	47	(90.4)
	No	62	(22.6)	23	(19.7)	5	(9.6)
Prácticas sexuales:							
Sexo vaginal	Sí	202	(73.7)	84	(72.4)	NE	
	No	72	(26.3)	32	(27.6)		
Sexo anal	Sí	44	(17.1)	17	(15.2)	NE	
	No	213	(82.9)	95	(84.8)		
Sexo oral	Sí	135	(51.1)	62	(53.4)	NE	
	No	129	(48.9)	54	(46.6)		

Conducta sexual		Gen. 2014		Gen. 2015		Gen. 2016	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Uso del condón en:							
Sexo vaginal	Sí	199	(83.6)	86	(89.6)	NE	
	No	39	(16.4)	10	(10.4)		
Sexo anal	Sí	38	(30.2)	16	(27.1)	NE	
	No	88	(69.8)	43	(72.9)		
Sexo oral	Sí	19	(10.3)	9	(11.4)	NE	
	No	166	(89.7)	70	(88.6)		
Última relación sexual	Sí	199	(72.6)	89	(76.1)	NE	
	No	75	(27.4)	28	(23.9)		
El condón se les ha roto	Sí	58	(22.1)	19	(16.7)	8	(9.0)
	No	205	(77.9)	95	(83.3)	81	(91.0)
El condón se les ha deslizado	Sí	69	(26.2)	29	(25.2)	8	(9.0)
	No	194	(73.8)	86	(74.8)	81	(91.0)
Han tenido:							
Alguna ITS	Sí	6	(2.2)	1	(0.9)	2	(2.2)
	No	249	(90.5)	109	(93.2)	87	(97.8)
	No sé	20	(7.3)	7	(6.0)	0	(0.0)
Embarazo	Sí	24	(8.7)	13	(11.1)	3	(5.8)
	No	249	(90.5)	102	(88.0)	49	(94.2)
	No sé	2	(0.7)	1	(0.9)	0	(0.0)
Aborto	Sí	13	(4.7)	9	(7.8)	1	(1.9)
	No	254	(92.7)	104	(90.4)	51	(98.1)
	No sé	7	(2.6)	2	(1.7)	0	(0.0)
Parejas sexuales en toda la vida	Media	2.67		2.54		2.04	
	DE	3.35		2.62		1.10	
	Moda	1		1		1	

Nota: DE=Desviación estándar; NE=No evaluado.

Conclusiones, limitaciones y sugerencias

A lo largo de casi seis años de trabajo, la estrategia de *Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva* ha podido realizar diversas acciones encaminadas, principalmente, a la prevención de ITS y embarazo no deseado, con la participación constante de estudiantes de nuestra Facultad que han recibido una capacitación especializada como *Promotores CAOPE de la salud sexual y la salud reproductiva*. Algunas de estas acciones –tales como la organización y participación en foros, ferias, ciclos de conferencias, el Examen Médico Automatizado y nuestra página en Facebook– han tenido como propósito central proporcionar a la comunidad estudiantil información, basada en evidencia científica, sobre diversos temas relacionados con la salud y la sexualidad. Otras acciones –tales como los talleres cortos sobre salud sexual y reproductiva que hemos impartido a más de 1200 estudiantes del turno matutino y vespertino de las seis carreras de la FESI– han buscado desarrollar en los estudiantes habilidades específicas que, en diversas investigaciones, han mostrado ser útiles y efectivas para que los jóvenes lleven a cabo comportamientos sexuales preventivos y desarrollen relaciones de pareja saludables. Además de las acciones de prevención antes referidas, la estrategia también ha trabajado en la atención psicológica individualizada derivada de las solicitudes registradas en el sistema en línea del CAOPE (<http://antares.iztacala.unam.mx/caope/index.cgi>). Las problemáticas atendidas han ido más allá de la sola asesoría sobre el uso de métodos anticonceptivos, implicando también la atención a problemas vinculados con la diversidad sexual, el erotismo, el placer, la respuesta sexual humana, masturbación, elección de pareja, orientación sexual, vinculaciones erótico-afectivas, y proyecto de vida.

Sin embargo, a la fecha no sabemos si el conjunto de estas acciones ha tenido un impacto positivo en los estudiantes, pues lamentablemente no hemos trabajado en la obtención de indicadores confiables que nos permitan valorar si tales acciones han producido una reducción en los comportamientos sexuales de riesgo y un bienestar en el ejercicio de la sexualidad de los jóvenes. Adicionalmente, consideramos importante señalar que en el CAOPE también existen otras estrategias que atienden y promueven la salud y la sexualidad de los estudiantes, tales como *Orientación en la diversidad sexual y Acompañamiento*

psicológico, y ello sin duda, beneficia a un mayor número de estudiantes de nuestra Facultad. No obstante, creemos que institucionalmente se pueden coordinar acciones específicas que permitan optimizar esfuerzos y recursos para que las distintas estrategias del CAOPE que abordan la salud y sexualidad en los estudiantes, trabajemos conjuntamente en el diseño e implementación de evaluaciones sistemáticas que nos proporcionen información sobre la efectividad de las acciones que emprendemos, y nos permitan continuar o, en su caso, reorientar nuestros esfuerzos para contribuir con la salud y el ejercicio responsable de la sexualidad de nuestros estudiantes.

Referencias

- Andrade, P., Betancourt, D. y Palacios, J. (2006). Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescents. *Revista Colombiana de Psicología*, 15, 91-101.
- Aspy, C., Vesey, S., Oman, R., Rodine, S., Marshall, L. y McLeroy, K. (2007). Parental communication and youth sexual behavior. *Journal of Adolescence*, 30, 449-466.
- Bárcena, S. y Robles, S. (2010). "Aprender a usar el preservativo facilita posponer una relación sexual no protegida". En: S. Rivera, R. Díaz-Loving, I. Reyes, R. Sánchez y L. M. Cruz (Eds.), *La Psicología Social en México* (Vol. XIII, pp. 163-168). México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Bárcena, S., Rendón, G. y Robles, S. (2011). "Factores asociados a la conducta sexual protegida: una revisión". En: R. Díaz-Loving y S. Robles (Coords.), *Salud y Sexualidad* (pp. 5-47). México: FES Iztacala, AMEPSO, CONACyT.
- Bárcena, S., Robles, S. y Díaz-Loving, R. (2012). "Efectos de un programa conductual sobre variables precursoras de la conducta sexual protegida". En: R. Díaz-Loving, S. Rivera-Aragón e I. Reyes-Lagunes (Eds.), *Aportaciones Actuales de la Psicología Social* (Vol. I, pp. 437-441). México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Bortot, A., Risser, W., & Cromwell, P. (2006). Condom use in incarcerated adolescent males: Knowledge and practice. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(1), 2-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.olq.00000187195.51056.2b>
- CENSIDA (2019). *Epidemiología/Registro Nacional de Casos de VIH y Sida. Cierre de 2018*. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida. Disponible en: <https://www.gob.mx/censida/documentos/epidemiologia-registro-nacional-de-casos-de-sida>
- Crosby, R., DiClemente, R., & Yarber, W. (2009). Correlates of correct condom use among high-risk African American men attending an STD clinic in the South. *International Journal of Sexual Health*, 21(3), 183-191. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/19317610903205627>
- Crosby, R., Yarber W., Sanders, S., Graham C., & Amo, J. (2008). Slips, breaks and 'falls': condom errors and problems reported by men attending an STD clinic. *International Journal of STD y AIDS*, 19(2), 90-93. doi: <http://dx.doi.org/10.1258/ijsa.2007.007103>
- Fishbein, M. & Pequegnat, W. (2000). Evaluating AIDS prevention interventions using behavioral and biological outcome measures. *Sexually Transmitted Diseases*, 27(2), 101-110. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00007435-200002000-00008>
- Fisher, J. D. & Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111, 455-174.

- Fisher, J., Fisher, W., Bryan, A., & Misovich, S. (2002). Information-Motivation-Behavioral Skills model-based HIV risk behavior change intervention for inner-city high school youth. *Health Psychology, 21*(2), 177-186. doi:10.1037/0278-6133.21.2.177
- Frías, B., Barroso, R., Rodríguez, M., Moreno, D. y Robles, S. (2008). "Comunicación sobre temas sexuales con padres y parejas y su relación con la intención para tener sexo y usar condón en adolescentes". En: S. Rivera-Aragón, R. Díaz-Loving, R. Sánchez-Aragón e I. Reyes-Lagunes (Eds.), *La Psicología Social en México*, vol. XII (pp. 227-232). México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Gutiérrez, J. P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L. et al. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Hernández, M., Villalobos, A., & Rauda, J. (2006). "Adolescentes". En: G. Olaiz F., J. Rivera D., T. Shamah-Levy, R. Rojas, S. Villalpando H., M. Hernández Á. y J. Sepúlveda A. (Eds.), *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006* (pp. 67-74). México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Hutchinson, M. K. (2002). Influence of sexual risk communications between parents and daughters on sexual risk behaviors. *Family Relations, 51*(3), 238-247.
- Hutchinson, M. K. & Montgomery, A. (2007). Parent Communications and sexual risk among African Americans. *Western Journal of Nursing Research, 29*(6), 691-707.
- Lindemann, D. & Brigham, T. (2003). A Guttman scale for assessing condom use skills among college students. *AIDS and Behavior, 7*(1), 23-7.
- Martínez, R. A., Villaseñor, M. y Celis, A. (2002). El condón masculino y su eficacia. Información y creencias en adolescentes escolares. *Revista Médica del IMSS, 40*(1), 35-41.
- Miller, K. (2006). Correct and consistent use of condoms in preventing STDs. *American Family Physician, 73*(4), 703-704.
- Moreno, D., Robles, S., Frías, B., Rodríguez, M. y Barroso, R. (2010). "Hablando con los padres sobre sexualidad". En: S. Rivera, R. Díaz-Loving, I. Reyes, R. Sánchez y L. M. Cruz (Eds.), *La Psicología Social en México* (Vol. XIII, pp. 287-294). México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Mukenge-Tshibaka, L., Alary, M., Geraldo, N., & Lowndes, C. (2005). Incorrect condom use and frequent breakage among female sex workers and their clients. *International Journal of STD and AIDS, 16*(5), 345-347.
- Noar, S. (2007). An interventionist's guide to AIDS behavioral theories. *AIDS Care, 19*(3), 392-402. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/09540120600708469>.
- Pérez, C. (2013). Habilidades para la vida y uso de anticoncepción por tipo de pareja sexual en adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 8*(1), 35-49.
- Pérez, C. y Pick, S. (2006). Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología, 40*(3), 333-340.
- Pulido, M., Ávalos, C., Fernández, J., García, L., Hernández, L. y Ruiz, A. K. (2013). Conducta sexual de riesgo en tres universidades privadas de la Ciudad de México. *Psicología y Salud, 23*(1) 25-32.
- Quiroz, J., Atienzo, E., Campero, L. y Suárez-López, L. (2014). Entre contradicciones y riesgos: opiniones de varones adolescentes mexicanos sobre el embarazo temprano y su asociación con el comportamiento sexual. *Salud Pública de México, 56*, 180-188.
- Robles, S. y Díaz-Loving, R. (2008). "Determinantes del uso de condón con pareja regular y pareja ocasional en adolescentes". En: S. Rivera-Aragón, R. Díaz-Loving, R. Sánchez-Aragón e I. Reyes-Lagunes (Eds.), *La Psicología Social en México* (Vol. XII, pp. 299-305). México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Robles, S. y Díaz-Loving, R. (2011). *Validación de la Encuesta Estudiantil sobre Salud Sexual (EESS)*. México: FES Iztacala, UNAM.
- Robles, S., Frías, B., Moreno, D., Rodríguez, M. y Barroso, R. (2011). Conocimientos sobre VIH/SIDA, comunicación sexual y negociación del uso del condón en adolescentes sexualmente activos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 14*(4), 317-340.

- Robles, S., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M. y Barroso, R. (2012). "Factores psicosociales y conductuales que promueven el uso del condón en jóvenes universitarios". En: R. Díaz-Loving, S. Rivera-Aragón e I. Reyes-Lagunes (Eds.), *La Psicología Social en México* (Vol. XIV, pp. 330-336). México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Robles, S., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R. y Hernández-Pozo, R. (2006). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. *Anales de Psicología*, 22(1), 60-71.
- Robles, S., Rodríguez, M., Frías, B. y Moreno, D. (2014). Indicadores del uso eficaz del preservativo. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 25(2), 244-258. ISSN: 1946-2016 (impreso), 2331-6950 (Online).
- Robles, S., Solano, R., Díaz-Loving, R., Moreno, D., Frías, B. y Barroso, R. (2012). Efectos de un programa de prevención de problemas de salud sexual sobre variables psicosociales y conductuales en adolescentes sin experiencia sexual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(3), 1129-1155.
- SEDESA (2019). *Interrupción legal del embarazo. Estadísticas Abril 2007-31 marzo 2019*. Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Disponible en: <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/Interrupcion-Legal-del-Embarazo-Estadisticas-2007-2017-31-de-marzo-2019-copia.pdf>
- Singh, S. (2003). Study of the effect of information, motivation and behavioural skills (IMB) intervention in changing AIDS risk behaviour in female university students. *AIDS Care*, 15(1), 71-76.
- Teitelman, A., Ratcliffe, S., & Cederbaum, J. (2008). Parent adolescent communication about sexual pressure, maternal norms about relationships power, and STI/HIV protective behaviors of minority urban girls. *Journal of American Psychiatry Nurses Association*, 14(1), 50-60.
- Teva, I., Bermúdez, M. P., & Buela-Casal, G. (2009). Characteristics of sexual behavior in Spanish adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(2), 471-484.
- Topping, A., Milhausen, R., Graham, C., Sanders, S., Yarber, W., & Crosby, R. (2011). A comparison of condom use errors and problems for heterosexual anal and vaginal intercourse. *International Journal of STD y AIDS*, 22, 204-208. doi: <http://dx.doi.org/10.1258/ijsa.2011.010259>
- Torres, P., Walker, D., Gutiérrez, J. y Bertozzi, S. (2006). Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. *Salud Pública de México*, 48(4), 308-316.
- Tulloch, H. E., McCaul, K. D., Miltenberger R. G., & Smith, J. M. (2004). Partner communication skills and condom use among collage copules. *Journal of American Collage Health*, 52(6), 263-267.

Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio

Carolina Santillán Torres Torija
Luz de Lourdes Eguiluz Romo

Introducción

¿Cómo se inició nuestro interés por los temas de la muerte y el suicidio? Cuando hace ya tiempo, me lo preguntó una de mis pacientes –relata Luz de Lourdes Eguiluz–, no supe que contestarle, pero lo que sí pude decirle, es que hacía más de 20 años. Cuando me di cuenta que hablar sobre la muerte era un tema prohibido socialmente, que no se quería hablar de esto ni entre la familia ni los amigos, como si pusiera en evidencia para cada uno de los participantes en la conversación, lo efímero de nuestras vidas, y de ahí reflexioné sobre lo trascendente que resulta darnos cuenta que nada es para siempre, que todo es efímero, que todo lo que existe cambia y se transforma.

Esa reflexión personal me llevó a desarrollar un curso para los alumnos de la FES Iztacala para cursarse durante una semana a razón de dos horas diarias, en el periodo intersemestral. Pensé que no iba a estar muy concurrido, porque qué joven quiere hablar o escuchar hablar sobre la muerte, cuando se ve tan lejana. La primera vez que lo ofrecí en 1993,

acudieron alumnos de psicología que me conocían y dos estudiantes de medicina amigos de mis alumnos, pero para mi sorpresa, en la segunda ocasión llegaron casi el doble y no solo de psicología sino de enfermería, medicina y odontología, así el interés por el curso fue creciendo y se ofreció de forma gratuita durante ocho años.

Posteriormente, ya en 1996, siendo jefa de la carrera de Psicología, una tarde se presentaron varios alumnos que venían muy agitados a informarme que una de sus compañeras estaba subida a horcajadas en el barandal del tercer piso de uno de los edificios de psicología, amenazando con tirarse si alguno se acercaba a ella buscando detenerla. Estuve hablando con ella durante aproximadamente media hora, yo no conocía a la alumna, por sus compañeros supe su nombre y que era de segundo semestre del turno vespertino. Estaba llorando y pidiendo que la dejaran en paz para poder terminar con su vida. Pude convencerla que se bajara y la acompañé a un salón donde estuvimos hablando largo rato, narró que el joven con el que estaba saliendo la había traicionado, como lo había hecho también su padre una semana atrás quien después de una acalorada discusión con su madre le había confesado que tenía un hijo con otra mujer y que la iba a dejar. Por otro lado, la carrera de Psicología no había sido lo que ella esperaba y ahora ya en segundo semestre, llevaba varias materias reprobadas, además, con la salida de su padre de la familia, pensaba que lo mejor era dejar la escuela y ponerse a trabajar. Esa dura experiencia con nuestra joven estudiante, me volvió a poner en la mente el tema de la muerte y el suicidio.

Para entonces (2001), me habían aprobado un proyecto de investigación PAPIME con duración de tres años, la investigación comprendía un aspecto cuantitativo (aplicar escalas y cuestionarios a una muestra poblacional de estudiantes) y otra parte cualitativa, que implicaba la atención en crisis (con un modelo de Terapia Breve enfocada a soluciones). En la investigación participaron la Dra. Martha Córdova Osnaya, el Mtro. Carlos Rosales Pérez y alumnos recién egresados, dos con sus proyectos de tesis para obtener el grado de maestría en terapia familiar y dos más el grado de licenciado en Psicología. El Mtro. Rosales también obtuvo el grado de doctor a través de una investigación sobre el tema del suicidio en jóvenes. Los primeros resultados obtenidos nos parecieron altamente preocupantes, acudimos a los Jefes de Carrera para informarles lo que habíamos encontrado sobre ideación suicida, la

depresión y las características de las familias de esos jóvenes, pero no obtuvimos la respuesta esperada.

En 2013, dos alumnos egresados de Psicología (Cabrera y Flores) hicieron una larga investigación analizando todas las tesis que existían desde 1986 hasta el 2010 en la FES Iztacala, sobre el tema del suicidio. El análisis muestra que de las 41 tesis registradas 22 de las investigaciones las habíamos coordinado nosotros (53.65%). Con todos esos saberes acumulados nos dimos a la tarea de formar el CREAS = Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio, para atender las emergencias psicológicas antes de que se transformen en ideas suicidas.

Soporte teórico y empírico

Del año 2013 al 2015, CREAS empezó a funcionar ya desde el CAOPE, atendiendo a estudiantes, quienes recibían entrenamiento y supervisión. Tras la jubilación de la Dra. Eguiluz, la estrategia empezó a implementar, desde el año 2015, el protocolo para la atención de pacientes suicidas de Wenzel y Beck (2008) y Wenzel, Brown y Beck (2009).

A este respecto, las guías clínicas publicadas por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, y la Asociación de Psicología norteamericana (APA) señalan que la psicoterapia cognitivo conductual es la que muestra evidencia sólida para tratar sintomatología depresiva, trastornos por estrés, de la ansiedad, y trauma. Actualmente, el protocolo de atención incluye una entrevista inicial y la guía para que los voluntarios trabajen, dependiendo de la problemática por la que llegan los alumnos, siguiendo las técnicas estandarizadas que se utilizan en protocolos internacionales (Santillán, 2019). De esta manera, las sesiones incluyen casi siempre psicoeducación, técnicas de relajación (Jacobson, 1952), técnicas de automonitoreo de las emociones (Greenberg y Padesky, 1995) y los pensamientos, técnicas de solución de problemas, reestructuración cognitiva (Beck, 1979; 1989; 1985) activación conductual (Burns, 2000), y prevención de recaídas. Los voluntarios de manera transversal trabajan en las sesiones utilizando entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 2000).

Asimismo, con base en el modelo empleado por la Asociación Psiquiátrica norteamericana (2006) para entrenar estudiantes y personal docente, y el modelo de guardianes iniciado por Paul Quinnet (2005) que ha mostrado tener buenos resultados, capacitando a personal de alto

riesgo como el del ejército, personal médico, se incorpora desde el año 2017 un taller para no psicólogos (profesores, trabajadores y alumnos) con una duración de hora y media en donde los participantes reciben información sobre la prevalencia a nivel nacional de las conductas asociadas al suicidio y conocen los tres pasos que toma un guardián cuando detecta a un compañero, familiar, alumno, vecino, o paciente que pueda presentar una situación de riesgo: preguntar activamente, motivar a pedir ayuda, y referir a un servicio de salud mental altamente especializado.

Los estudiantes de la FESI presentan riesgos de salud mental en dos sentidos, por un lado por el alto desgaste profesional que representa su profesión al estar tratando con personas, y por otro lado, que la mayoría de los estudiantes de la Facultad estarán, desde el quinto semestre en una escuela, en un hospital, en un centro de salud o clínica en donde están en la posición de poder detectar, como profesionales de salud a otra persona, colega, o usuario de los servicios de la institución donde desempeñan sus labores, personas que podrían beneficiarse de recibir apoyo profesional.

La sintomatología depresiva sigue siendo un protector importante de las conductas asociadas al suicidio, por tanto, desde el año 2017, en el marco del Examen Médico Automatizado, se incorpora una escala de autoevaluación que incluye 10 reactivos críticos para evaluar ideación, planeación e intentos suicidas en estudiantes de primer semestre de todas las carreras.

Metodología

Los agresados a la carrera de Psicología que están interesados de manera voluntaria en atender a estudiantes que presentan alguna cuestión emocional reciben una capacitación de manera presencial o en línea gratuita de 20 semanas a través del sistema (Programa XXIX) PROSAP. Los agresados que hayan completado la capacitación realizan una rotación en el área de Psiquiatría, asisten a la supervisión semanal, y observan sesiones durante un mes antes de que se les asigne un usuario.

Una vez terminado este proceso de capacitación, los voluntarios acuden por lo menos tres veces por semana en diferentes horarios a cubrir guardias para atender a los usuarios. Los usuarios solicitan el

servicio a través de la plataforma del CAOPE y en menos de 48 horas se les asigna un voluntario que se pondrá en contacto con ellos a través de un teléfono celular para acordar la fecha de la sesión, el horario, y el consultorio donde serán atendidos.

Los usuarios recibirán una primera sesión donde se determinará si el alumno o alumna necesita una evaluación por parte de la psiquiatra. También se le pedirá al alumno conozca los términos del servicio y firme un consentimiento informado, así como responda a una escala de depresión (PHQ9), apoyo social (Lever, García y Estrada, 2013), y una escala que evalúa la presencia de algún trastorno de la personalidad (Beck *et al.*, 2001). En general, los usuarios reciben un mínimo de cinco y hasta ocho sesiones consecutivas una vez por semana. Algunos de los usuarios que acuden a la estrategia presentan el debut de un trastorno grave (trastorno de la conducta alimentaria, episodio depresivo mayor, trastorno límite de la personalidad, entre otros) por lo que se les apoya en la canalización a servicios de alta especialidad, por ejemplo, al Instituto Nacional de Psiquiatría.

Cabe mencionar que la capacitación está abierta a la comunidad de psicólogos a través del canal de YouTube.

Durante la primera sesión el voluntario determina si el usuario requiere evaluación por parte del área de psiquiatría, y le informa al usuario sobre el funcionamiento del servicio. Los usuarios firman de manera electrónica un consentimiento informado y completan escalas para evaluar sintomatología depresiva, así como una escala que evalúa la presencia de pensamientos distorsionados.

Resultados

Se han capacitado a 100 egresados de la carrera de Psicología para formar parte del equipo de voluntarios. En el canal de YouTube se tienen a más de 3800 suscriptores, y 153 vídeos de entrenamiento. Psicólogos de toda la República Mexicana y Latinoamérica han estado recibiendo la capacitación y utilizando la herramientas proporcionadas en su práctica clínica.

En relación con la atención a usuarios, desde el año 2015 se han atendido a un total de 529 alumnos (Cuadro 5.1). La mayoría de los usuarios provienen de la carrera de Psicología seguidos de las carreras

de Biología, Médico Cirujano y Enfermería. Las mujeres son quienes más buscan el servicio (69%), y en promedio los usuarios reciben cuatro sesiones. El motivo de consulta más frecuente que detonó la solicitud de apoyo profesional fue la ruptura con la pareja.

Cuadro 5.1. *Alumnos y alumnas atendidas en el CREAS por carrera*

Psicología	237	43%
Biología	88	16%
Médico Cirujano	72	13%
Enfermería	48	9%
Cirujano Dentista	42	8%
Optometría	15	3%
Otros	86	16%
Total	552	

El entrenamiento en guardianes se ha impartido a más de 2000 personas sólo al interior de la Facultad. Este entrenamiento también se ha proporcionado a organizaciones civiles, instituciones educativas públicas y privadas, centros de salud y hospitales en el periodo intersemestral según lo han solicitado. Ejemplos de las sedes donde se ha impartido este taller son el Instituto de la Juventud de la Ciudad de México, el Hospital de Naucalpan de Salud Visual, el Hospital General de Atizapán, el centro de Salud Azcapotzalco, la organización sin fines de lucro Amnistía Internacional, la escuela Sierra Nevada, UPIICSA del Instituto Politécnico Nacional, Escuela Preparatoria Oficial No. 64 de Atizapán, la Escuela Secundaria General Benemérito de las Américas No. 17 de Ciudad Satélite, entre otros.

Durante el EMA se han evaluado a 7545 estudiantes de todas las carreras de la FESI con la escala de desesperanza de Okasha, y los resultados refieren que 7% del total de los estudiantes ha tenido al menos un intento de suicidio a lo largo de su vida. Más de la mitad de éstos han sido realizados por mujeres. Las carreras de Enfermería y Cirujano Dentista presentan prevalencias más altas del 7% en comparación con las demás carreras. Hay que recalcar que más del 80% de los alumnos que

ingresan a la carrera de Optometría habían elegido otra carrera como primera opción, y el no tener la carrera de primera elección puede ser vivido como desesperanzador o estresante.

Conclusiones

La incorporación de psicoterapias basadas en la evidencia para atender a grandes poblaciones de manera breve, utilizando intervenciones manualizadas, es una de las opciones más viables para poder atender la gran demanda de atención psicológica en los entornos educativos. La universidad no solamente tienen la obligación de formar a los estudiantes en contenidos académicos, llevarlos a los campos aplicados para adquirir experiencia profesional, sino estar atento de otras variables que pueden predecir el desempeño académico, como es la salud mental. La estrategia Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio ha funcionado como una respuesta para atender estas necesidades, proporcionando, por un lado, la oportunidad de los egresados de contar con un entrenamiento altamente especializado, y como lo menciona Eguiluz (comunicación personal), devolver a la universidad en un voluntariado que cuenta con supervisión, la oportunidad de atender alumnos y alumnas que tiene una dificultad emocional. Queda pendiente realizar investigación para conocer los efectos de esta intervención, y si es realmente efectiva para los usuarios.

Por otro lado, cabe mencionar que ante la obligación de difundir el conocimiento y la creación de un canal de YouTube en donde esta capacitación se comparte con la comunidad de psicólogos que no tienen oportunidad de capacitarse en esta materia, la respuesta ha sido muy positiva.

Es necesario continuar entrenando a no psicólogos en ser Guardianes, y puedan apoyar a canalizar oportunamente a los alumnos que presenten señales de alto riesgo para conductas asociadas al suicidio.

Seguimos observando con preocupación que son principalmente las mujeres y los estudiantes de la carrera de Psicología quienes se acercan a solicitar el servicio de atención psicológica. Las cifras que retratan la epidemiología psiquiátrica en México y en el mundo también señalan que son las mujeres las que presentan síntomas de depresión y ansiedad con mayor frecuencia que los hombres. Consideramos que la inhibición emocional aleja a los hombres de acercarse a pedir ayuda. Una cultura en donde el machismo sigue predominando

y en donde se les educa a los hombres a aguantar (Fuentes, 1958), tiene como resultado que las muertes por suicidio siguen siendo principalmente en hombres. Hace falta realizar investigación e intervención dirigida a los hombres que están estudiando carreras de la salud que se encuentran en especial riesgo por el desgaste que implica atender a otras personas. Además, la evidencia señala que el estigma aleja a las personas de buscar ayuda relacionada con salud mental (Lannin, 2016), y hace falta trabajar todavía más en sensibilizar a la población, particularmente a los profesionales en formación provenientes de carreras de la salud. Para intentar resolver esta problemática y acercar los temas de salud mental a todos los estudiantes con apoyo de la dirección de esta Facultad se ha creado la materia “Emociones y estrés”.

Referencias

- Asociación Psiquiátrica Norteamericana (2006). *Typical or Troubled*. Washington: Asociación Psiquiátrica Americana.
- Beck, A. T. (Ed.). (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books.
- Beck, A. T., Butler, A. C., Brown, G. K., Dahlsgaard, K. K., Newman, C. F., & Beck, J. S. (2001). Dysfunctional beliefs discriminate personality disorders. *Behaviour research and therapy*, 39(10), 1213-1225.
- Beck, A. T. & Weishaar, M. (1989). “Cognitive therapy”. In: *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (pp. 21-36). New York, NY: Springer.
- Burns, D. (2000). *Sentirse Bien*. Madrid: Editorial Paidós.
- Cabrera, M. y Flores, G. (2013). *Análisis crítico de las tesis realizadas en la FES-I, relacionados con el tema del suicidio*. Tesis de licenciatura. México: UNAM.
- Greenberg, D. y Padesky, C. (1995). *El control de tu estado de ánimo*. México: Editorial Paidós.
- Lever, J. P., García, G. L. M. y Estrada, A. V. (2013). Elaboración de una Escala de Apoyo Social (EAS) para adultos. *Universitas Psychologica*, 12(1), 129-137.
- Lannin, D. G., Vogel, D. L., Brenner, R. E., Abraham, W. T., & Heath, P. J. (2016). Does self-stigma reduce the probability of seeking mental health information? *Journal of Counseling Psychology*, 63(3), 351.
- Miller, W. R., y Rollnick, S. (2000). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Quinnet, P. (2005). *Ask a question, save a life*. Washington: QPR Institute.
- Santillán, C., Chávez, E., García, H., Meza, A., Flores, O. y Valle, S. (2019). Atención de emergencias psicológicas a estudiantes de las carreras de Salud en la UNAM FESI. En: R. Valdes y L. Arenas (Eds.), *Simplemente quería desaparecer*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2009). *Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications*. Washington: American Psychological Association.
- Wenzel, A. & Beck, A. T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and preventive psychology*, 12(4), 189-201.

Promoción del Desarrollo Personal y Profesional

Ana Karina García Santillán
Gabriela Delgado Sandoval
Gisel López Hernández
María Kenia Porras Oropeza
Luis Alberto Rivero Sánchez

El Proyecto de Promoción del Desarrollo Personal y Profesional (PDP) es un programa institucional adscrito a la Unidad de Relaciones Institucionales de la FES Iztacala; el modelo teórico de PDP se deriva de la Tradición Existencial Humanista, por ello tiene como fundamentos los planteamientos del Enfoque Centrado en la Persona, la Gestalt y el Modelo de Reconstrucción Experiencial.

La hipótesis central del Enfoque Centrado en la Persona (ECP) consiste en que el individuo posee en sí mismo medios para la autocomprensión, para un cambio en las actitudes, el comportamiento autodirigido y en el concepto de sí mismo; y que esos medios pueden ser potencializados al facilitar un clima determinado de actitudes psicológicas favorables (Rogers, 1987). Un objetivo fundamental del ECP es que el individuo desarrolle una tendencia actualizante, la cual preside el ejercicio de todas las funciones, tanto físicas como de la experiencia, para desarrollar las potencialidades de la persona que aseguren su conservación y enriquecimiento, tomando en cuenta las posibilidades y límites del ambiente (Rogers y Kinget, 1971).

La Gestalt coloca en el centro de su interés el desarrollo de las potencialidades del ser humano, una de sus premisas básicas es la idea de que toda la vida orgánica se rige por el principio de la homeostasis, entendiéndose como el proceso en que se satisfacen las necesidades mediante un continuo intercambio de desequilibrio y equilibrio, con la aparición de figuras sobre fondos, esto significa que la necesidad más fuerte vigente emerge del fondo de las distintas necesidades como figura. Otro supuesto básico es que la naturaleza del hombre se compone de estructuras totalizadoras y sólo puede ser comprendida y experimentada a partir de esas totalidades (Quitman, 1989).

La Terapia de Reconstrucción Experiencial se caracteriza por ser un modelo integrativo porque incorpora diversos recursos teóricos y terapéuticos provenientes de distintas perspectivas psicológicas (Enfoque Centrado en la Persona, Gestalt, Teoría de la Personalidad de los Potenciales de Experiencia, Enfoque General de Procesamiento de Información, Terapia Narrativa y Asociación Libre). La Reconstrucción experiencial opera como un espacio de transformación y promoción del cambio personal a través de la búsqueda interior de los recursos de cada persona, lo que implica caminar por senderos de autodescubrimiento y la integración al encuentro experiencial del sentido de la vida (Michel y Chávez, 2017).

Antecedentes

Antes de la creación del Proyecto de Promoción del Desarrollo Personal y Profesional, en la carrera de Psicología de la entonces Escuela Nacional de Estudios Profesionales (ENEP), el plan curricular oficial contaba con un enfoque conductista de la Psicología. La planta docente se fue conformando de egresados de la propia escuela, muchos de ellos en la búsqueda de nuevas opciones que respondieran a las necesidades que la realidad social y profesional les iba imponiendo.

Es así que en esta búsqueda Gabriela Delgado Sandoval y Leticia Maldonado Durán tuvieron la oportunidad de leer, cuando eran estudiantes en la práctica de Psicología Social Aplicada de séptimo semestre, el libro *Grupos de encuentro* de Carl Rogers. Texto que impactó su formación y las motivó a seguir buscando bibliografía relacionada con la Psicología Humanista, en particular con el ECP. En 1982 fueron

invitadas a integrarse al área de Psicología Social Aplicada como docentes e iniciaron de manera autodidacta el proceso de aprender y aplicar los principios del ECP en su práctica docente.

Deciden entonces darle continuidad al trabajo realizado como alumnas de la carrera de Psicología colaborando con el entonces llamado Modelo de Salud Comunitaria “San Pedro Xalpa”, el cual sirvió como base para la iniciación de los Centros de Salud en nuestro país. Este centro estaba dirigido por médicos, enfermeras y trabajadoras sociales del Instituto Politécnico Nacional (IPN).

A partir de ese momento y hasta 1999, se lleva a cabo el primer proyecto de Psicología Humanista en la FESI, llamado *Proyecto de Salud Comunitaria*, en el cual se trabajó todos estos años de manera interdisciplinaria en coordinación con el Modelo de Salud Comunitaria del IPN; y en 1985 se integra como docente la primera ex alumna del proyecto, María Elena Martínez Chilpa.

Durante estos años de trabajo se fueron incubando y fortaleciendo las tesis de la Psicología Humanista en la vida profesional de las coordinadoras y en su ejercicio como docentes de la FESI, quienes continuaron formándose en la tradición existencial humanista de la Psicología. Estos proyectos que antecedieron a PDP, contaban ya con una visión distinta desde la tradición existencial humanista, ya que se centraban en el estudio y la comprensión del complejo fenómeno de lo humano y sus atributos, especialmente los relacionados con los valores, la autoconciencia, la salud, la creatividad, el significado de la existencia y la plena realización del potencial biopsicosociotranscendental de la naturaleza humana (Martínez, 2004).

Paralelo al trabajo realizado durante estos años en el Proyecto de Salud Comunitaria, las profesoras a cargo llevaron a cabo otras actividades como la creación de diplomados, la organización de ciclos de conferencias, la dirección de tesis con este enfoque de la Psicología, entre muchas otras. Esto permitió que paulatinamente el proyecto fuera creciendo y fuera reconocido en la FESI, creándose el Proyecto de Identidad Profesional (PIPE) para apoyar en su identidad universitaria y rendimiento académico al alumnado de la FES Iztacala al regreso de la huelga de 1999. El cual se transformó en el año 2001, en el Proyecto de Promoción del Desarrollo Personal y Profesional (PDP), con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la comunidad universitaria para

impactar en su rendimiento. Actualmente cuenta con las estrategias de Microtalleres, Grupos de Escucha, Escucha para Padres, Orientación Individual para el Desarrollo Personal y Talleres de Desarrollo Humano.

En PDP se ha buscado desde su formación aplicar los fundamentos teóricos y metodológicos derivados de la tradición existencial humanista en la investigación, evaluación, diagnóstico, intervención y prevención de los fenómenos personales y sociales, para ello, el programa se ha enfocado en el estudio histórico de la Psicología social y el desarrollo de comunidades, intervención social-comunitaria y la intervención y acompañamiento de la persona. A partir de este momento, nos enfocaremos en la Orientación Individual para el Desarrollo Personal y los Talleres de Desarrollo Humano, por ser las estrategias que actualmente forman parte del Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes, CAOPE.

Metodología

La metodología de trabajo en las estrategias de PDP es fenomenológico-hermenéutica (Hernández, Fernández y Baptista, 2010) y comienza con la formación del alumnado, para ello las estrategias pertenecientes al CAOPE (Orientación Individual para el Desarrollo Personal y Talleres de Desarrollo Humano), trabajan en primer lugar aspectos teóricos y metodológicos desde la tradición existencial humanista, los cuales sirven de base para el trabajo que se realiza con los usuarios de cada estrategia. Durante la formación teórica se hace una revisión desde aspectos generales sobre la filosofía existencialista y el surgimiento del humanismo como corriente psicológica, hasta formas de intervención específicas útiles durante la orientación y talleres como el reflejo (simple, de sentimiento y elucidación) y las actitudes básicas de consideración positiva incondicional, empatía y congruencia en el trabajo individual (Rogers y Kinget, 2013; Yalom, 2019) y grupal (Rogers, 2004). En la formación metodológica se instruye al alumnado para practicar habilidades útiles antes, durante y después de la práctica, para llevar a cabo un trabajo de calidad y visto como un proceso planeado y adecuado a la realidad de las personas.

Además de la formación teórica y metodológica y siendo congruentes con la Tradición Existencial Humanista, en PDP es fundamental

que el alumnado lleve a la par de la teoría y la metodología una formación personal, en donde a través de un Taller de Sensibilización (Delgado, Maldonado y Martínez, 2003) o la participación en un Círculo de Aprendizaje Interpersonal (CAI) (Michel, 2009) tengan la posibilidad de conocerse y de vivenciar aquello que pretenden trabajar con los usuarios durante la Orientación Individual o durante un Taller de Desarrollo Humano. También para las estrategias de PDP resulta importante la formación durante la práctica, por lo que se lleva a cabo una constante supervisión del trabajo del alumnado por parte de los docentes responsables de cada estrategia, lo cual incide de manera directa en la calidad del servicio otorgado.

Al tener como objetivo el desarrollo conjunto de lo personal y lo profesional, las estrategias de PDP miden su impacto en los usuarios a través de cuatro áreas: personal, familiar, social y académica (Cuadro 6.1):

Cuadro 6.1. Medición del impacto de las estrategias de PDP

Personal	Se enfoca en la forma en que cada una de las actividades desarrolladas en cada estrategia apoya el desarrollo de la autoestima, la forma en que las personas se conocen a sí mismas, les ayuda a diferenciar lo que les pertenece y lo que le corresponde al otro, se enfocan en su propio proceso.
Familiar	Mide el impacto que las actividades tienen en la formación de lazos con su familia, el desarrollo de una comunicación efectiva, en cómo las personas forman un espacio seguro en donde sus familiares pueden convertirse en el apoyo necesario para el desarrollo.
Social	Determina el impacto en el desarrollo de relaciones con el otro en diversos ámbitos, en la comunidad, escuela, grupo de amigos; se enfoca en la formación de habilidades para la comunicación y la convivencia.
Académica	Mide el impacto en el desarrollo y aprendizaje de habilidades útiles en su actividad profesional y vida académica.

**Orientación Individual
para el Desarrollo Personal**

La Orientación Individual para el Desarrollo Personal (OI) surge como una de las estrategias iniciales de PDP en el año 2001 con el objetivo de fortalecer el autoconocimiento de manera individual de las personas de la comunidad de la FES Iztacala para promover su desarrollo personal y

profesional, sin embargo, no fue sino hasta el año 2014 en que la Orientación Individual se incorpora al CAOPE, haciendo uso de su plataforma para el contacto de usuarios de la estrategia. En esta nueva etapa se contó con la dirección académica de la profesora María Kenia Porras Oropeza y a partir del año 2015 se incorpora el profesor Luis Alberto Rivero Sánchez para dirigir la estrategia hasta el 2018; durante el 2019 retoma la dirección la Profesora María Kenia Porras Oropeza y se incorpora la profesora Nina Adriana Chavolla Calderón.

Resultados

Durante el periodo en que la Orientación Individual se integra a CAOPE, se han atendido un total de 312 alumnos, hombres y mujeres de todas las carreras de la FESI y de todos los semestres. En el cuadro 6.2 se muestra el crecimiento que ha tenido la estrategia del 2015 al 2018, dicho cambio se explica debido al crecimiento de la infraestructura del Centro, debido a la incorporación de nuevos espacios destinados para la atención, así como al mejoramiento de la plataforma, lo cual ha facilitado la inscripción y el contacto entre terapeutas y usuarios.

Cuadro 6.2. Número de usuarios atendidos en la estrategia de Orientación Individual

Año	Usuarios atendidos
2015	65
2016	64
2017	70
2018	113

En la Orientación Individual se trabajan diversas temáticas, al no ser una estrategia específica, continuamente llegan alumnos con situaciones distintas que desean trabajar, sin embargo, se ha desarrollado una clasificación que describe las principales temáticas atendidas (Cuadro 6.3).

Cuadro 6.3. Temáticas atendidas
en la Orientación Individual

Temáticas atendidas	Descripción
Académicas	Elección de carrera, estrategias de estudio, falta de concentración, habilidades de concentración, problemas con profesores.
Familiares	Relación con padre y madre, comunicación intrafamiliar, relación con hermanos, familia extensa, pérdida de algún familiar.
Relaciones interpersonales	Comunicación, relación con amistades y compañeros, problemas con la comunidad, habilidades sociales, asertividad.
Suicidio	Intento e ideación suicida, sentido de vida, redes de apoyo, intervención en crisis.
Relaciones de pareja	Comunicación con la pareja, violencia, relaciones destructivas, codependencia, pérdida.
Proyecto de vida	Identificación de necesidades, cambio de carrera, identificación de metas.
Autoconocimiento	Autoestima, autoconcepto.

La diversidad de temas que se trabajan en la Orientación Individual ha permitido que esta estrategia se vea en múltiples ocasiones como una puerta de entrada a otras estrategias específicas, lo cual requiere por parte de quienes la imparten una amplia formación y exige el desarrollo de habilidades de búsqueda de información, así como el poder canalizar a otras estrategias cuando se requiere.

El impacto que tiene la Orientación Individual en el alumnado se mide a través de las áreas utilizadas en PDP (personal, académica, social y familiar). El área personal ha tenido un rango de impacto desde el 80% hasta el 95%, lo cual indica que esta área es la de mayor importancia en la estrategia, es decir, el usuario ve un mayor desarrollo de sí mismo, sin importar la temática abordada durante las sesiones (Figura 6.1).

El área académica tiene un rango de impacto del 63% al 70%, ubicándose en el área con menos impacto de la estrategia (Figura 6.2), esto demuestra que durante el trabajo, el alumnado se desarrolla en menor medida en lo que se refiere a su rendimiento académico y decide trabajar otros aspectos, sin embargo, en PDP se considera que enfocarse en el área personal, familiar y social incide de manera positiva en lo relacionado al aprendizaje.

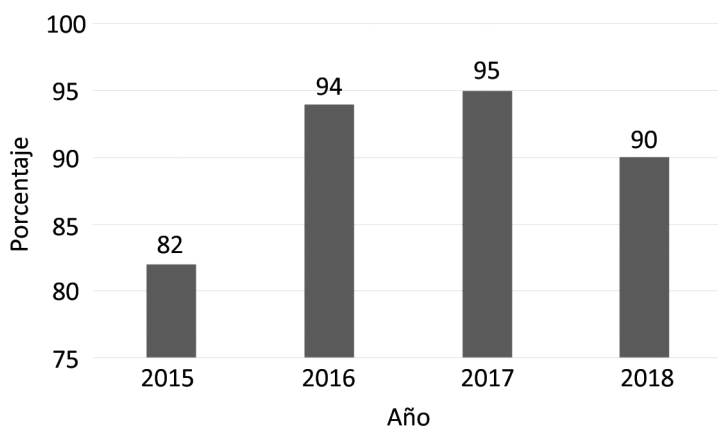


Figura 6.1. Impacto de la Orientación Individual en el área personal de los usuarios.

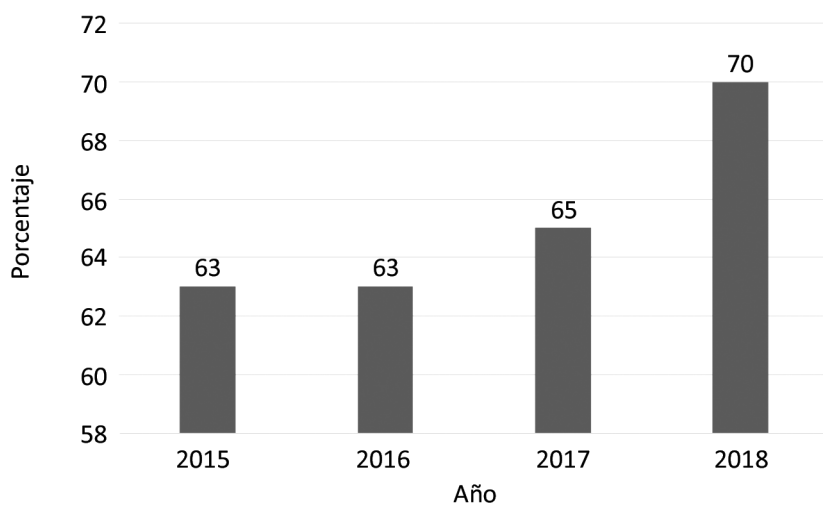


Figura 6.2. Impacto de la Orientación Individual en el área académica de los usuarios.

El área social impacta en los usuarios de la estrategia de Orientación Individual en un rango del 75% al 80%, lo cual ubica a esta área como el segundo lugar en importancia (Figura 6.3), esto se explica debido a que el primer lugar el alumnado trabaja el área personal como base para el trabajo en el resto de la áreas, y una vez que se trabaja en ésta, la persona está lista para el trabajo con el otro. El área familiar ha tenido un rango de impacto que va del 70% al 75% (Figura 6.4), lo que la ubica en el tercer lugar de importancia, durante el proceso de orientación el usuario decide trabajar esta área de manera constante, sin embargo, tiene un bajo impacto, esto puede explicarse debido a que en diversas ocasiones los usuarios deciden no abrirse de manera completa en esta temática, por lo que sigue siendo un reto el desarrollo de estrategias que faciliten que el usuario abra su experiencia hacia el trabajo con su familia.

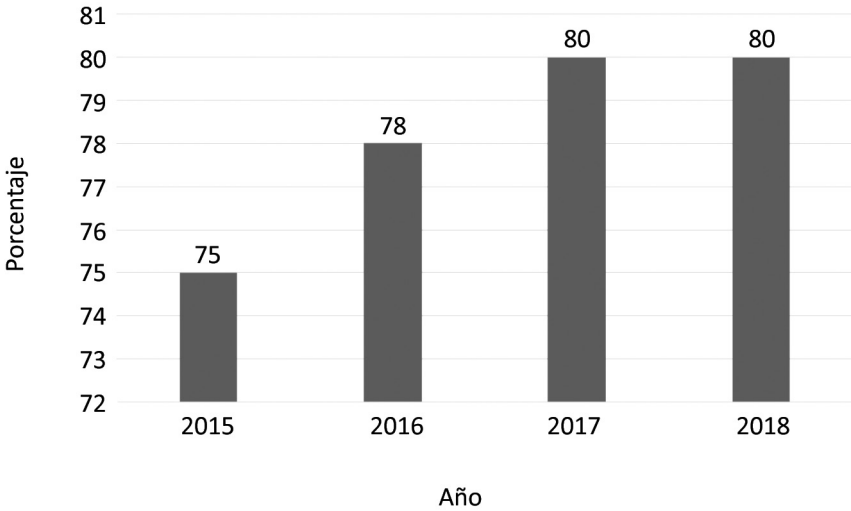


Figura 6.3. Impacto de la Orientación Individual en el área social de los usuarios.

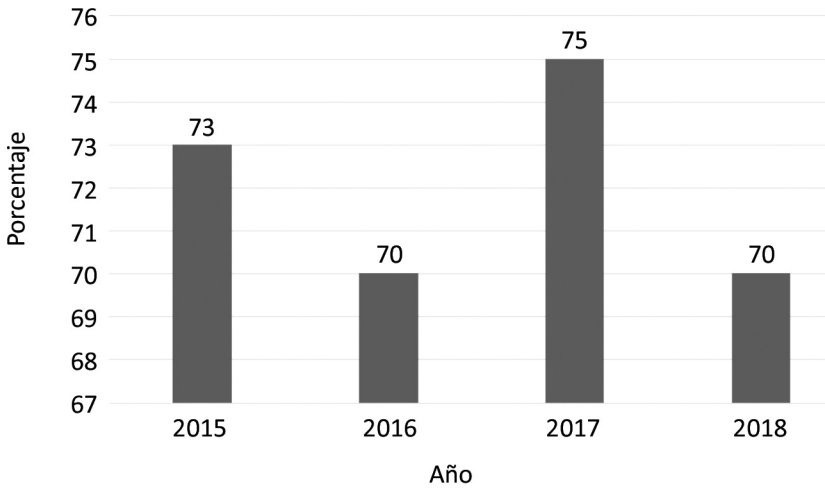


Figura 6.4. Impacto de la Orientación Individual en el área familiar de los usuarios.

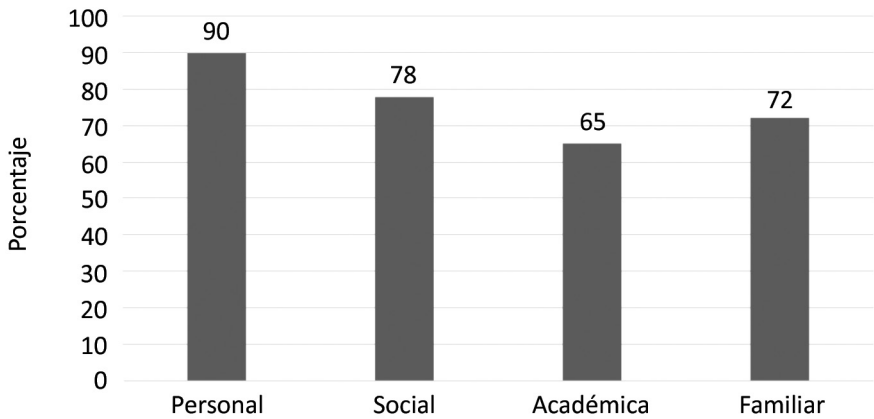


Figura 6.5. Comparativo de áreas de impacto en la Orientación Individual.

La Orientación Individual impacta de manera directa a cada usuario en las cuatro áreas, sin embargo, el área personal es la de mayor trabajo, y en último lugar el área académica, lo cual deja de reflexión que si se busca

incidir de manera directa en los aspectos académicos, toda institución debe de promover que el alumnado cuente con apoyo en lo personal, social y familiar y de este modo se generarán las condiciones propicias para el aprendizaje (Figura 6.5).

Talleres de desarrollo humano

Una de las estrategias iniciales de PDP en el año 2001 fueron los denominados talleres largos, los cuales se transformaron en los Talleres de desarrollo humano bajo la dirección académica de la profesora Gisel López Hernández, esta estrategia tiene el objetivo de promover en los grupos, el desarrollo personal y autoconocimiento de la comunidad estudiantil de la UNAM. Desde su creación, esta estrategia se ha impartido en diversas instituciones educativas de bachillerato universitario y en la FES Iztacala, sin embargo, no fue sino hasta el año 2018 en que se utiliza la plataforma del CAOPE para la inscripción a estos talleres.

Resultados

Durante el año 2018 se abrió únicamente un Taller de Desarrollo Humano, con la temática de autocuidado y hábitos de estudio, al cual acudieron tres estudiantes de la carrera de Enfermería. En el semestre 2019-1, participaron 22 personas en talleres de sentido de vida, identidad profesional, habilidades sociales, y organización del tiempo. Para el semestre 2019-2, se inició con 65 participantes en los talleres de autoestima, emociones, comunicación y relaciones de pareja, se encontró que, independientemente de la temática específica del trabajo en los talleres, éstos favorecen el autoconocimiento y el desarrollo de habilidades para las relaciones interpersonales, debido a la naturaleza del trabajo grupal, mismas que les son útiles a los participantes, en su día a día.

Se evaluó el impacto de la estrategia mediante las cuatro áreas reconocidas en PDP (Personal, académica, social y familiar) y se pudo notar que las temáticas abordadas en los Talleres de Desarrollo Humano tienen gran impacto en los asistentes; de acuerdo a lo mencionado al final de los mismos, el alumnado reconoce un impacto del taller en las

cuatro áreas: 18 de 25 personas en el área de menor impacto (familiar) y 20 de 25 asistentes en las otras tres. Estos datos reafirman la importancia que tiene el desarrollo personal para el logro de objetivos académicos y la importancia de lo social para la búsqueda de redes de apoyo y mejoramiento de la comunicación.

A pesar de que puede haber temáticas orientadas hacia los hábitos de estudio, el impacto en el área académica fue muy bajo en comparación con la personal y la social, esto reafirma los resultados que PDP ha encontrado en todas sus estrategias, en el sentido de que lo personal es la base del desarrollo y puede tener impacto en lo académico, es decir, el alumnado que se conoce a sí mismo tiene una mayor posibilidad de mejorar su rendimiento académico. En el ámbito familiar, que tiene un impacto más bajo, pudo observarse durante los talleres que los asistentes muestran cierta resistencia a trabajar estas temáticas, por lo cual se reconoce como una área de oportunidad para la intervención en los Talleres.

En los talleres de desarrollo humano, los usuarios reconocen logros en: la aceptación de sí mismos, la ampliación de su autoconcepto en el incremento de su propia valía y autorrespeto, en el reconocimiento de sus intereses, así como reafirmación de su elección vocacional y una mejora en sus relaciones interpersonales.

A pesar de que los Talleres de Desarrollo Humano se han aplicado durante un año y medio utilizando la plataforma del CAOPE, han tenido éxito al impactar en diversas áreas en los usuarios, por lo que se han trazado diversas áreas de oportunidad para incrementar el número de talleres, de temáticas y asistentes, ya que han demostrado ser una estrategia que contribuye al desarrollo personal y profesional de los asistentes en las diversas instituciones en que se han aplicado.

Conclusiones

Desde su surgimiento, PDP ha demostrado impactar de manera positiva en el autoconocimiento y desarrollo en diversos ámbitos del alumnado asistente a cada una de sus estrategias, se ha encargado de trabajar en un nivel de atención y prevención primaria para promover recursos de afrontamiento y regulación, ha promovido relaciones sociales e identidad profesional, tomando siempre como base la formación de redes de apoyo entre facilitadores, alumnos y responsables académicos.

PDP es un proyecto vivo que crece constantemente, se ha diversificado en diferentes ámbitos, al día de hoy PDP está presente en los ámbitos social y clínico, de acuerdo al nuevo plan de estudios de Psicología y se encuentra presente en diversos planteles pertenecientes a la UNAM (FES Iztacala, CCH Vallejo y Oriente), además de instituciones de educación pública y privada e instituciones de salud, y producto de sus resultados, encuentra en todo momento invitaciones para trabajar en nuevos espacios.

En el CAOPE se ha encontrado la posibilidad de incrementar el contacto con el alumnado de la FES Iztacala, y al formar parte de este centro de apoyo, año con año se generan nuevos retos para atender las limitaciones que se van encontrando, desde contar con más espacios para a través de la plataforma, hasta la incorporación de nuevas estrategias que abarquen otro tipo de población a través de una nueva modalidad de atención como los Círculos de Escucha y Escucha para Padres, que sin duda con la promoción y el trabajo indicado, PDP seguirá impactando en la calidad de vida y en el rendimiento de los alumnos universitarios.

Referencias

- Delgado, G., Maldonado, L. y Martínez, M. E. (2003). *Taller de sensibilización. Manual para facilitar*. Proyecto de Promoción del Desarrollo Personal y Profesional. Documento interno. Texto inédito.
- Hernández, R., Fernández, C. C. y Baptista, L. P. (2010). "Diseños del proceso de investigación cualitativa". En: *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Martínez, M. (2004). *La psicología humanista. Un nuevo paradigma psicológico*. México: Trillas.
- Michel, B. S. (2009). *En busca de la Comunidad. Facilitación de procesos de integración y crecimiento personal en la organización*. México: Trillas.
- Michel, B. S. y Chávez, R. R. (2017). *Terapia de Reconstrucción Experiencial*. México: Editorial Norte-Sur.
- Quitmann, H. (1989). *Psicología humanista*. España: Herder.
- Rogers, C. (1987). *El proceso de convertirse en persona*. México: Paidós.
- Rogers, C. (2004). *Grupos de encuentro*. Argentina: Amorrotu.
- Rogers, C. y Kinget, M. (1971). *Psicoterapia y relaciones humanas: teoría y práctica de terapia no directiva* [Vol. I]. Madrid: Alfaguara.
- Rogers, C. y Kinget, M. (2013). *Psicoterapia y relaciones humanas. Teoría y práctica de la terapia no directiva*. México: Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt.
- Yalom, I. D. (2019). *El don de la terapia*. México: Emecé.

Orientación Escolar

Aldo Azael Rojas Salazar
Angélica Enedina Montiel Rosales

En el pasado, las personas no tenían oportunidad de elegir su profesión, ya que ésta era determinada por la familia o la posición social. Además, se heredaba de padres a hijos, de esta manera si el abuelo había ejercido determinada profesión el nieto estaba destinado a estudiar lo mismo y seguir con la “tradición familiar” (Cázares, 2007). Por tanto, en las instituciones educativas se encontraban alumnos inconformes con lo que estudiaban, presentándose un malestar generalizado en las aulas derivando en rezago y abandono escolar.

Al paso del tiempo, los planteles de educación básica fueron incluyendo en sus planes de estudio una materia destinada a favorecer la toma de decisiones conscientes e informadas contemplando todos los elementos involucrados, lo cual permitió que cada vez más jóvenes tomaran una elección exitosa. Dicha materia se denominó Orientación Escolar, la cual hacía referencia al proceso de enseñanza mediante el cual se pretendía guiar a la persona para conocerse a sí misma a través de la detección de sus capacidades y limitaciones, así como su entorno. El trabajo se realizaba tanto a nivel grupal como individual, según se requiriera, favoreciendo a resolver los

problemas que se presentaran y facilitando elecciones prudentes y adecuadas, de las cuales dependería el crecimiento posterior como persona integral (Fernández *et al.*, 2007).

Con la puesta en marcha de la Orientación Escolar la manera de interpretar la intervención que se debía brindar, así como sus objetivos prioritarios cambió. Así, mientras inicialmente la orientación se concebía de un modo incidental, ahora se abría paso a una concepción más global y general, poniendo de manifiesto la necesidad de una orientación a lo largo de toda la vida escolar, y no solamente en los momentos de transición.

De esta manera, para que la orientación resulte verdaderamente efectiva, es imprescindible que se encuentre integrada en todas y cada una de las etapas por las que el alumno va pasando en el desarrollo de su madurez personal, académica y profesional; este tipo de orientación pretende convertirse en una dimensión más de la actividad educativa, que permita que el alumnado vaya adquiriendo progresivamente un conjunto de estrategias y habilidades que garantizarán una toma de decisiones fundamentada y justificada en todos los ámbitos de su desarrollo vital y que contribuiría al desarrollo de un elemento central como es su autoconcepto académico, garantizando así un buen ajuste con las instituciones académicas y un buen rendimiento dentro de ellas.

En la Orientación Escolar se encuentra la Orientación Vocacional, definida como el proceso que brinda ayuda a la elección de una profesión, la preparación para ella, el acceso al ejercicio de la misma y la evolución y progreso posterior (Vidal y Fernández, 2009).

Este tipo de orientación tiene como objetivo despertar los intereses vocacionales que el individuo requiere, el conocimiento de sí mismo, de las ofertas capacitantes y académicas, de los planes y programas de estudio, de las propuestas de trabajo, de las competencias que debe desarrollar para alcanzar un buen desempeño, lo cual le permitirá tomar las decisiones que considere, de acuerdo a sus capacidades y aptitudes, para ubicarse en el contexto sociolaboral y profesional adecuados.

La Orientación Vocacional surge por la necesidad de facilitar la información que oriente al individuo para lograr las competencias que requiere para insertarse en ese contexto. En su desarrollo se han experimentado cambios significativos que la han llevado a convertirse en una acción permanente e integrada en la dinámica docente de los centros educativos.

La sociedad actual demanda un sujeto capaz de conocerse a sí mismo y de conocer qué oportunidades laborales y académicas le son más dadas de acuerdo a sus aptitudes y actitudes personales, y si se tienen en cuenta que las vocaciones y los valores se orientan, forman y educan, entonces, la orientación vocacional no es sólo una intervención puntual en algún momento de la vida de un individuo, es más bien un proceso continuo en el tiempo, que acompaña al individuo en su formación durante toda la vida, de manera que conozca y tome decisiones para construir su propio conocimiento de acuerdo a su vocación (Vidal y Fernández, 2009).

Varios han sido los estudios que se han realizado para determinar la efectividad, el alcance y los beneficios que brinda una adecuada orientación vocacional con los estudiantes, por mencionar tan solo un ejemplo, Redondo (2013) realizó una investigación sobre el impacto de un programa de orientación vocacional en el grado de madurez de los estudiantes, para lo cual utilizó un grupo control y un grupo experimental aplicando un pre test post test. Al grupo experimental se le aplicó un programa de orientación vocacional, mientras que al grupo control no. Al finalizar la aplicación del programa, los análisis estadísticos mostraron que ambos grupos tanto el de control como el experimental antes de la aplicación del programa no presentaban diferencias significativas en cuanto a la capacidad de planificación, exploración, información y orientación realista, pero sí se presentaron diferencias significativas después de la aplicación del programa. De tal manera que el grupo control no experimentó cambios significativos, mientras que en el grupo experimental sí los hubo, expresados en un incremento de los valores. Esto indica que el programa de orientación vocacional desarrolla en el estudiante la capacidad de planificación, exploración, información y orientación realista, favoreciendo con ello una madurez en la toma de decisiones.

En la actualidad, el surgimiento de nuevas cosmovisiones, así como de estrategias institucionales que se han implementado para orientar a los alumnos en una toma de decisiones han impactado de gran manera y enriquecido el crecimiento, desarrollo y conocimiento de los mismos estudiantes. Cada año más y más instituciones suman a sus apoyos institucionales justamente la orientación vocacional.

En el caso de la FES Iztacala, en el año de 1997 surge el Proyecto de Orientación Vocacional y Profesionalización Multidisciplinaria (PO-VPM), el cual formaba parte de los programas y proyectos del entonces Departamento de Relaciones Institucionales y cuyos objetivos primordiales fueron:

- Favorecer la identidad profesional y multidisciplinaria de los alumnos que se encuentran estudiando las diferentes carreras que se imparten en la Facultad.
- Favorecer la adecuada elección de carrera de alumnos de bachillerato propiciando un acercamiento entre iguales y brindando información acerca de las seis carreras de la Facultad, Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia y el Posgrado.

Para lograr dichos objetivos, el proyecto participó en diversas actividades desarrolladas por instancias de la propia UNAM e Instituciones de Educación Media Superior públicas y privadas como:

- Exposiciones de Orientación Vocacional
- Ferias profesiográficas.

Metodología

Se trabajaba de manera individualizada a través de asesorías personalizadas tanto con alumnos de la Facultad como de otras Instituciones que requerían la atención, brindándoles un espacio de escucha y orientación en sus inquietudes en torno a la elección de carrera principalmente.

En 2013 el Proyecto de Orientación Vocacional y Profesionalización Multidisciplinaria, tiene un cambio con la fundación del Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes (CAOPE) y se convierte formalmente en la Estrategia de Orientación Escolar.

Resultados

En la actualidad, la estrategia de Orientación Escolar en el CAOPE opera brindando servicios de orientación a la población UNAM y la población externa a través de múltiples actividades académicas y formativas tales como jornadas masivas de orientación vocacional, participación

en ferias profesiográficas, actividades de orientación individual con los estudiantes, aplicación de pruebas psicométricas, realización de perfiles vocacionales, promoción y difusión de talleres y conferencias sobre toma de decisiones y elección de carrera, recorridos y visitas guiadas en la FES Iztacala y coordinación de eventos culturales y académicos, esto con el objetivo de coadyuvar a la formación integral de los alumnos apoyándolos en su proceso de toma de decisiones vocacionales que haga más probable su permanencia escolar, un alto desempeño académico y sobre todo optimizar su bienestar personal respecto a la licenciatura y el plantel en el que estudiarán su carrera universitaria.

El trabajo principal de esta estrategia del CAOPE radica en dos diferentes líneas, la primera se encuentra en la difusión de la oferta educativa que la FES Iztacala tiene disponible para el alumnado que está interesado por alguna licenciatura de la cual la Facultad es sede, y la segunda es la asesoría educativa mediante orientación individual y la orientación vocacional a los estudiantes de la propia FES y externos.

La línea de trabajo independiente a la orientación individual comprende cuatro actividades que se realizan anualmente. Tal es el caso de *El Estudiante Orienta al Estudiante*, jornada de orientación vocacional que consiste en acercar la oferta educativa de nivel licenciatura de la UNAM a los jóvenes estudiantes de bachillerato de la Escuela Nacional Preparatoria (ENP) y del Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH). Para lo cual, todas las facultades, incluida la FES Iztacala, a través de la estrategia de orientación escolar del CAOPE visitan los nueve planteles de la ENP y los cinco del CCH en un periodo de dos semanas y media. El objetivo principal de esta jornada es establecer un diálogo entre alumnos o egresados de las seis licenciaturas de la FES Iztacala y los estudiantes de bachillerato a fin de compartirles información significativa, opiniones y experiencias acerca de la carrera que se encuentran estudiando y que son de su interés.

En este evento académico, la estrategia de Orientación Escolar coordina la logística y la participación de la FESI para lo cual sostiene constantes reuniones con los miembros de un comité de orientación vocacional de la Facultad. Este comité está conformado por un académico de cada carrera que funge como representante vocacional de su respectiva licenciatura. En coordinación con este comité se convoca a uno o dos estudiantes de cada carrera para que asistan a las

instituciones del bachillerato UNAM, posteriormente se capacita a los estudiantes para brindar asesoría y orientación vocacional de acuerdo con el perfil de ingreso y egreso, el plan de estudios, las prácticas profesionales, el servicio social y la titulación que corresponde a cada una de las carreras que se ofertan.

La estrategia de orientación escolar favorece en los estudiantes que irán a la Jornada como orientadores vocacionales un entrenamiento en habilidades sociales y conductuales para el desempeño correcto en el trabajo que realizarán con los jóvenes del bachillerato.

Este evento es de suma importancia para el estudiante del nivel medio superior, ya que le permite establecer un encuentro personal y directo con estudiantes y egresados que conocen a profundidad la carrera que es de su interés, de tal manera que tenga la oportunidad de conocer y resolver sus dudas para tomar una decisión más reflexiva y responsable sobre la carrera que estudiará en el futuro.

Se resalta la utilidad bidireccional de participar en este tipo de jornadas ya que existe una ganancia mutua, mientras los estudiantes de bachillerato se enriquecen con la información de los orientadores, los orientadores también aprenden y comparten experiencias significativas con los jóvenes estudiantes. Esta Jornada se realiza anualmente a mediados de febrero y termina a principios del mes de marzo.

El segundo evento anual que organiza la estrategia de orientación escolar se titula *Iztacala Abre sus Puertas*, el cual consiste en una Jornada de Orientación Vocacional donde la Facultad recibe a todos los alumnos, principalmente del nivel medio superior, para brindarles información general sobre cada una de las carreras que se imparten. En esta Jornada se ofrece atención en cuatro diferentes modalidades:

Stands informativos de cada una de las carreras que se ofrecen en Iztacala (Biología, Cirujano Dentista, Enfermería, Médico Cirujano, Optometría, Psicología y Psicología en Sistema Abierto y a Distancia) en los cuales dos estudiantes de cada una de ellas atienden las dudas y comentarios que los asistentes tienen sobre la licenciatura en cuestión. Estos orientadores brindan información general y comparten experiencias y vivencias significativas que han tenido a lo largo de su estancia universitaria.

Otra de las modalidades que se trabajan en este evento son las *Clases modelo*, en las cuales se invita a los asistentes a recibir una clase muestra de cada una de las licenciaturas, impartidas por profesores invitados

ex profeso y los asistentes puedan vivir una experiencia que se aproxime lo más posible a la realidad académica universitaria.

Durante el evento se brindan *Talleres de elección de carrera y de Toma de decisiones* impartidos por alumnos de la carrera de Psicología, en ellos se ofrece información sobre la importancia de tomar decisiones responsables respecto de su futuro académico y profesional, a evaluar aquellos elementos que posibilitan o interfieren en una adecuada elección vocacional y además se trabajan aspectos personales, familiares y sociales que influyen en la toma de decisiones y en la elección de carrera.

Además de lo anterior, la estrategia de Orientación Escolar también organiza *Visitas guiadas* durante la jornada, para que los asistentes puedan conocer las instalaciones de la Facultad, incluyendo los edificios donde se brindan las clases, la Unidad de Documentación Científica, la Torre de Idiomas, las Áreas Deportivas, el Centro Cultural, las Clínicas y las Unidades de Investigación.

Lo más destacado de este evento es la oportunidad de brindar al público interesado información valiosa sobre la carrera de su interés y viva una simulación de la experiencia de estudiar en esta importante Facultad de la UNAM. Esta Jornada se realiza de manera anual a mediados del mes de Marzo.

El último y más grande evento anual de Orientación Vocacional en el que la FESI participa a través de la Estrategia de Orientación Escolar del CAOPE lleva por nombre *Al Encuentro del Mañana*, Jornada Masiva de Orientación Vocacional que se lleva a cabo en el Centro de Exposiciones y Congresos de Ciudad Universitaria, lugar en el cual todas la Facultades de la UNAM así como Instituciones externas, públicas y privadas, colocan un stand para brindar información, de tal manera que los asistentes de secundaria, bachillerato y público en general tengan en un mismo lugar toda la oferta educativa de la Universidad mediante stands informativos para que puedan acercarse a recibir información, resolver dudas y platicar con las personas que ya se encuentran estudiando o ya egresaron de esa carrera de interés para los jóvenes que están por ingresar a la licenciatura.

Durante la Jornada se brindan talleres y conferencias sobre toma de decisiones, elección de carrera y temas de interés para los jóvenes de bachillerato y también para sus padres.

La FES Iztacala participa con un stand en el cual asisten dos personas de cada carrera y su misión es precisamente dar un servicio de orientación para los asistentes. Para ello, la estrategia de orientación escolar lleva a cabo labores de logística para preparar el stand y capacitar a los estudiantes que irán a dar la orientación. Esta capacitación se da de manera grupal mediante información, técnicas y ensayos conductuales para que los alumnos aprendan a dar a orientar a los estudiantes interesados en estudiar en la Facultad.

Esta Jornada dura una semana completa, inicia a mediados del mes de octubre incluyendo sábado y domingo, de tal manera que se proyecta como un evento público en el cual todas las personas pueden entrar pagando una cuota mínima de recuperación. La FES Iztacala fue galardonada en el 2012 por la Dirección General de Orientación y Atención Educativa (DGOAE) por haber ganado el premio al “Local de Excelencia” obteniendo el primer lugar con el mejor stand de todas las facultades y universidades participantes.

Ferias profesiográficas

Las instituciones educativas, particularmente las de nivel Medio Superior, están seriamente comprometidas con sus alumnos en el proceso de toma de decisiones vocacionales, especialmente con sus estudiantes que se encuentran en los últimos semestres y los que se encuentran próximos a egresar. Por tal motivo, continuamente estas escuelas organizan ferias profesiográficas en las cuales invitan a diversas universidades para brindar información a los alumnos sobre su oferta educativa. Las escuelas preparatorias oficiales aledañas a la FES Iztacala de los municipios de Naucalpan, Atizapán, Tlalnepantla, Cuautitlán Izcalli, entre otros, invitan cordialmente a lo largo del año a la Facultad para participar y llevar a Iztacala a sus escuelas. Durante estas ferias, los alumnos deben hacer un recorrido a través de los diferentes stands de las escuelas invitadas para recibir información, especialmente de aquellas instituciones en las que están interesados en estudiar.

Es un gran orgullo identificar que a lo largo de los años, Iztacala siempre es una de las escuelas más demandadas para recibir información por parte del alumnado, particularmente de las carreras de Médico Cirujano, Psicología y Biología.

El objetivo principal de la intervención por parte de la estrategia de Orientación Escolar en las Ferias profesiográficas es precisamente orientar a los estudiantes con respecto a la oferta educativa, los servicios y las oportunidades de crecimiento en la Facultad, y además se motiva constantemente a los alumnos a aceptar el reto de ingresar a la UNAM, ya que es bien sabido por ellos que es un proceso complicado que requiere de mucho esfuerzo para lograrlo, sin embargo, dentro de la estrategia siempre se intenta incentivarlos para que sepan que entrar a la FES Iztacala, si bien puede verse muy difícil, es un hecho que el reto no es imposible.

Orientación individual

En la FES Iztacala se ha podido identificar que no sólo los estudiantes de bachillerato requieren de atención vocacional, sino que también los mismos estudiantes de nivel licenciatura que ya se encuentran estudiando en la Facultad presentan diversas dificultades vocacionales. Algunos se dan cuenta en los primeros semestres que no era lo que esperaban, que no cumple con sus expectativas, se dan cuenta que entraron a esa carrera por la presión de sus familiares, o bien, que definitivamente sus intereses han cambiado con respecto a lo que pensaban en el bachillerato. Durante este proceso, algunos estudiantes incluso ya se encuentran interesados en estudiar otra licenciatura, y en función de ello se acercan al CAOPE a solicitar ayuda.

La estrategia de Orientación Escolar guía a estos estudiantes a reflexionar sobre las razones que los han llevado a pensar en dejar la carrera y se plantean con ellos intervenciones orientadas a trabajar el estado psicoemocional que esta situación les ha generado, se realiza también su perfil vocacional basado en intereses y habilidades, se realiza con ellos balance decisional en el cual se plantean las ventajas y desventajas de cambiar de carrera, se les guía a realizar su proyecto de vida, y al final, en el caso de aquellos alumnos que definitivamente deciden desertar se les apoya brindándoles información sobre las opciones que tienen a su alcance, así como la canalización a las instancias correspondientes para realizar los trámites administrativos que se requieren, ya sea para darse de baja definitiva, tramitar un cambio de carrera o bien el procedimiento para realizar el examen de admisión y

entrar a otra carrera de su elección. Es un proceso complicado, sobre todo para aquellos alumnos que tienen niveles de exigencia muy altos por parte de sus padres y por parte de sí mismos, sin embargo, son decisiones que requieren tomar para mejorar su calidad de vida, ya que la permanencia en una carrera en la cual no se sienten cómodos o que no es de su interés normalmente se asocia con trastornos del estado de ánimo, estrés, ansiedad y, por supuesto, bajo rendimiento y abandono escolar (Román, 2013).

Conclusiones

En la actualidad resulta importante considerar en el proceso educativo no sólo la enseñanza aprendizaje sino todos los elementos que la conforman y que hacen que un estudiante asista a las aulas motivado y perteneciendo a un espacio que le brinda la seguridad de estar satisfaciendo sus necesidades de autorrealización.

La Orientación Escolar cada día va tomando más fuerza e importancia en los centros educativos que promueven un acompañamiento en los estudiantes que les favorezca establecer e identificar sus aptitudes, actitudes, intereses, habilidades, deseos y necesidades. Se pretende generar conciencia y conocimiento de sí mismos promoviendo la toma de decisiones reflexiva, congruente y consciente.

Pareciera que atrás quedaron aquellos tiempos donde la elección de carrera era una herencia familiar donde se tenía que seguir por la misma línea que habían estado los abuelos y los padres dejando a los estudiantes en espacios donde más que aprender iban por compromiso y estudiaban para los otros. La orientación escolar en su vertiente de Orientación Vocacional permite que los jóvenes no estudien una carrera “porque suena bonito”, “porque se va a ganar mucho dinero”, “porque es fácil” o sólo “porque no lleva matemáticas”, sino que a través de conocer sus propios intereses puedan inclinarse por una carrera que realmente los haga sentirse plenos.

La FES Iztacala ha promovido por muchos años mejores tomas de decisiones tanto en alumnos de nivel medio superior como superior, de esta manera la Estrategia de Orientación Escolar perteneciente al CAOPE ha sido clave en la promoción de actividades que impactan a los estudiantes, el número de beneficiados hasta este momento

oscilan en aproximadamente 140 mil, todos ellos alumnos que ya sea por medio de ferias profesiográficas, asesorías individuales o participando en jornadas de orientación vocacional han transformado o corroborado sus elecciones vocacionales.

Aún queda mucho por hacer, sin duda los medios electrónicos permiten tener un mejor acercamiento con la información, sin embargo, no todos los sectores pueden tener acceso a ellos, por lo cual es de vital importancia seguir generando difusión sobre espacios de encuentro como talleres, mesas redondas o conferencias, que permitan a los jóvenes tomar decisiones informadas, reflexivas y responsables.

Referencias

- Cazares, Y. (2007). *Orientación Vocacional*. México: Preuniversitario Santillana.
- Fernández, C., Peña, J., Viñuela, M. y Torio S. (2007). Los procesos de orientación escolar y la toma de decisiones académica y profesional. *Revista Complutense de Educación*, 18(2), 87-103. [Recuperado el 3 de abril de 2019 de: <https://core.ac.uk/download/pdf/38820756.pdf>]
- Redondo, C. (2013). Impacto de un programa de orientación vocacional en el grado de madurez vocacional de sus estudiantes. *UNACIENCIA. Revista de Estudios e investigaciones*, 6(11), 41-48. [Recuperado el 3 de abril de 2019 de: <https://docplayer.es/16091485-Impacto-de-un-programa-de-orientacion-vocacional-en-el-grado-de-madurez-vocacional-de-sus-estudiantes.html>]
- Román, M. (2013). Factores asociados al abandono y la deserción escolar en América Latina: una mirada de conjunto. *REICE. Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 11(2), 33-59. [Recuperado el 19 de abril de 2019 de: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/661463M>]
- Vidal, M. y Fernández, B. (2009). Orientación Vocacional. *Revista Educación Médica Superior*, 23(2), 1-11. [Recuperado el 5 de abril de 2019 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412009000200011]

Acompañamiento Psicológico

Angel Corchado Vargas
Angélica Enedina Montiel Rosales
Aldo Azael Rojas Salazar

Introducción

Dentro del CAOPE, se pensó desde el inicio en atender a las necesidades emocionales del alumnado de la Facultad. Hacia el año 2013, se gestó la idea de diseñar una estrategia denominada *Salud Emocional*, la cual recibiría las solicitudes de los y las estudiantes que por diversas circunstancias atravesaran por momentos de crisis emocional, depresión, ansiedad y situaciones diversas que se relacionaran con la interacción dentro del núcleo familiar, la toma de decisiones personales, construcción de un proyecto de vida y noviazgo, entre otras. Sin embargo, al no haber un criterio claro para poder derivar situaciones que requieran un trabajo de corte clínico y otro de índole psicosocial, fue entonces que hacia el año 2014 se tomó la determinación de dividir la atención y clarificar criterios, considerándose por un lado el trabajo específico en el rubro de Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio (CREAS) y por otro lado, la diversificación de la atención hacia un espacio de escucha y aprendizaje, denominado *counselling* psicológico con una perspectiva psicosocial. A esta última vertiente se le dio por nombre *Acompañamiento Psicológico*.

Dentro del Programa de Servicio Social de Intervención Humanista Comunitaria, a cargo de los profesores Angel Corchado Vargas y Angélica Enedina Montiel Rosales, se formuló la idea de que, por medio de esta modalidad de atención, el estudiantado de la FES Izta-cala pudiera acudir al acompañamiento. El objetivo ha sido que por medio de un proceso de orientación psicológica, los jóvenes universitarios puedan comprenderse mejor, enfocar qué aspectos quieren resolver o mejorar en su vida a través de una relación de ayuda con un consejero como facilitador. La construcción del *self o del yo mismo* es lo que para Rogers (1961; citado en Celis, 2006) indica la consecución de una salud emocional personal y un equilibrio en la convivencia con los demás. El acompañamiento psicológico permite a la persona que acude a la relación de ayuda comprender de manera creativa cuál es su papel dentro del mundo, así como las necesidades de construir un mejor estilo de vida, relacionándose con los demás. La salud emocional es vista desde esta perspectiva como algo que va más allá de un enfoque de salud-enfermedad o un enfoque clínico. Se posiciona como un proceso de transformación y cambio social. Por tanto, la estrategia de Acompañamiento Psicológico coadyuva a la mejora de estilos de vida saludables para los jóvenes universitarios desde una perspectiva social.

Partiendo de los principios del enfoque centrado en la persona y del *counselling* psicológico propuesto por Rowan (1998) se entiende que esta manera de estar con los estudiantes, es un proceso de ayuda por medio de una relación personal y directa, en la cual se utilizan teorías, principios, métodos y estrategias basados en el conocimiento científico, para promover el desarrollo y el bienestar integral de las personas. Quienes utilicen el *counselling* humanista tienen experiencia previa y conocimiento en la aplicación de una combinación de teorías y procedimientos, así como la prestación de servicios de desarrollo humano y bienestar personal que integren un modelo multicultural del comportamiento humano. Los consejeros cuentan con la preparación para ayudar a las personas y a los grupos a lograr el desarrollo y estabilidad mental, emocional, física, social, ética, educativa y ocupacional a través del ciclo de vida.

Herraiz (2009) considera que estos procesos deben llevarse a cabo en poco tiempo, a comparación de una psicoterapia habitual (8 a 12 sesiones en seis meses o menos). Asimismo, es descrita como

adecuada para personas “sanas” con situaciones temporales de vida que en ese momento no tienen la posibilidad o los recursos para resolver. Es un proceso intenso y personal, concentrado en ayudar a personas promedio con problemas y oportunidades promedio. La persona que lo brinda puede estar en un proceso de formación y no necesariamente debe contar con una vasta experiencia.

Resulta importante hacer esta precisión con respecto a la diferencia que tiene una psicoterapia y la consejería o *counselling* dentro del CAOPE, ya que los y las estudiantes que acuden depositan expectativas que distan mucho del trabajo emocional que se ofrece. El acompañamiento psicológico no es el espacio adecuado cuando el alumnado presenta problemáticas de índole psiquiátrico o problemáticas complejas en su conducta o cogniciones. Para ello, el consejero atiende de manera puntual la situación reportada por el consultante y en caso de requerirlo, acude a la construcción de una red de apoyo emocional más amplia donde se pueda atender al consultante por medio de psiquiatría o de alguna otra estrategia de las que se ofrecen dentro del Centro.

El acompañamiento psicológico está bajo la perspectiva de la Psicología Social Aplicada y alude al Enfoque Centrado en la Persona (ECP). Es indispensable considerar que dentro de este modo de hacer psicología se tomen en cuenta dos dimensiones: la del Ser y la del Hacer. La primera de ellas hace referencia a las actitudes y manera de mostrarse que tiene el consejero ante el consultante, tomándose como referencia ineludible la congruencia, el aprecio positivo incondicional y la empatía explicadas ampliamente en la obra de Rogers (1997). El autor enuncia como hipótesis *a posteriori* que la relación de ayuda será benéfica, libre y eficaz, si se construye un clima de autenticidad y transparencia, una cálida aceptación y valoración de la persona que acude al espacio de acompañamiento, así como una sensible capacidad para comprender al mundo tal como la persona consultante lo ve. El autor sostiene que estas actitudes se encuentran en el plano del Ser ya que son parte de la persona misma y no son como tal una técnica.

En lo que respecta al Hacer, la flexibilidad del ECP permite que el consejero pueda acompañar al consultante por medio de técnicas de otros paradigmas psicológicos, si así se requiriese, principalmente en lo conducente al entrenamiento de habilidades sociales y asertivas. Tanto éstas como la instrumentalización humanista, de las cuales se hará mención

más adelante, son los elementos indispensables para que la estrategia tenga un sustento y fundamento.

Partiendo del campo de la Psicología humanista y su aplicación en el área social, los prestadores del servicio están formados para responder a la realidad que acontece en el estilo de vida posmoderno que se caracteriza por ser un medio hostil, sin valores y con una pérdida de sentido vital. Ante esto muestran un carácter de responsabilidad, ejerciendo de forma actitudinal y técnica el papel del psicólogo en la intervención comunitaria. Con la dirección del compromiso y responsabilidad, se lleva a cabo la sensibilización, evaluación y retroalimentación de los procesos que llegan al CAOPE en la estrategia de Acompañamiento Psicológico. Respecto a la evaluación, los estudiantes autodirigen el contacto y curso de las sesiones, planeando de acuerdo a las necesidades las maneras de trabajar, interviniendo con las técnicas adecuadas. Esta manera de trabajar se inspira en el modelo de trabajo comunitario de Gómez del Campo (2011). Además, son asesorados por el profesor de la asignatura¹, brindando un espacio que se enfoca en el aprendizaje vivencial, permitiendo que cada uno tome lo propio de cada caso con el debido enfoque científico y técnico para expansión de un repertorio de soluciones y orientaciones para aportar avances a los procesos particulares.

Los prestadores de servicio asumen el compromiso y planean su esquema de intervención. Es destacable la formación que se le da a los prestadores de servicio en detectar situaciones catalogadas como problema por los grupos humanos, tratando los motivos de consulta como una oportunidad para el cambio. Para ello se parte de los principios establecidos por Bradshaw (1972; citado en Lafarga y Gómez del Campo, 2001) quien manifiesta la importancia de una detección de necesidades reales y pertinentes que hagan del acompañamiento psicológico algo funcional.

La ambiciosa ideología de Rogers que pone de manifiesto el hecho de que estos espacios de escucha que permiten fusionar la teoría, técnica y las actitudes a fin de promover procesos de transformación y cambio en las personas, haciéndolas más creativas, adaptadas y autónomas, es secundada por Sefchovich (2007), quien además agrega a todo

¹ El servicio social de la carrera de Psicología en FES Iztacala es intracurricular, por tanto, al mismo tiempo que se cumple el servicio de Psicología Social, se acreditan las Asignaturas de Psicología Aplicada Laboratorio VII y VIII del Plan de Estudios.

este proceso la retroalimentación por parte de los consejeros (entre sí) y los coordinadores de la estrategia (los docentes).

Así pues, se entiende que para llevar a cabo un acompañamiento psicológico, habrá de desarrollarse una metodología. Para explicar a detalle el procedimiento de cada intervención se da a continuación una secuencia de los pasos que los prestadores de servicio realizan.

Metodología

A) Primer contacto: Las distintas sedes de trabajo de la estrategia (Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Cuautitlán, Aragón y CCH Naucalpan) tienen a su disposición cubículos acondicionados para brindar dicho servicio. El consultante debe registrarse por correo electrónico en caope@campus.iztacala.unam.mx o por medio del portal de Internet que se tiene para tal fin. Una vez que la solicitud es enviada, los responsables de la estrategia asignan el caso a alguno de los consejeros prestadores de servicio, los cuales tienen que llevar a cabo las siguientes actividades:

- El consejero, una vez que se le asigna el usuario o consultante, tiene la responsabilidad de contactarlo en un lapso no mayor a 48 horas, ya sea vía telefónica o correo electrónico, donde hará el primer contacto con la finalidad de concretar el día y lugar de la sesión, por lo que resulta fundamental este primer momento.
- El consejero, el día de la sesión, tiene la responsabilidad de estar presente en el lugar donde se llevará a cabo, minutos antes de la hora acordada con el consultante.
- Antes de iniciar la sesión, el consejero, tiene la responsabilidad de realizar el encuadre al usuario, el cual deberá contener la siguiente información:
 - a) El programa está diseñado para tener una duración de 5-8 sesiones, dependiendo de la situación que el consultante refiera, la variación de las sesiones pueden ser flexibles, cada sesión dura de 45-50 minutos.
 - b) Tanto consejero como consultante tienen la responsabilidad de respetar el horario de la sesión, teniendo como tolerancia 15 minutos, después de este lapso, no es recomendable llevar a cabo la sesión, sin embargo, cada consejero determinará si la sesión continúa o no.

- c) Es importante hacerle saber al consultante que sus datos son confidenciales y únicamente podrán ser utilizados para fines académicos, sin embargo, respetando datos personales, el consultante es libre de compartir lo que quiera.
- d) El consejero es responsable de informarle al consultante que solamente tiene derecho a dos faltas durante su proceso, después de dicha falta, se le dará de baja del servicio, debido a la demanda del propio servicio.
- Una vez comentado esto, se da inicio al proceso de la persona. El consejero, a través de las actitudes básicas de empatía, congruencia y aceptación incondicional, además de la instrumentalización, promoverá en él los procesos de transformación y cambio.

B) Aplicación de las técnicas del enfoque centrado en la persona e instrumentalización: Para la intervención práctica los consejeros han sido capacitados en el Enfoque Centrado en la Persona (ECP), el cual ha desarrollado una instrumentalización y técnicas diseñadas para un servicio psicológico de calidad, las técnicas se especifican a continuación:

88

REFLEJO DE CONTENIDO. Es la técnica más conocida de la terapia de Rogers, donde no se hace algún tipo de interpretación ni de opinión personal, sólo se le devuelve la información al consultante de la misma manera en que lo hizo él. El reflejo debe de ser algo con sentido y no la simple repetición de lo que dijo el consultante, la escucha debe ser real y el facilitador debe aprender a parar su propio pensamiento para así poder estar receptivo al mensaje que le están transmitiendo.

REFLEJO DE CONTENIDO. Consiste en recoger el componente emocional presente y devolverlo de un modo más o menos explícito, proponiéndole al consultante esto de una manera más clara. El facilitador trata de mostrar de manera explícita lo que está diciendo el consultante.

REFLEJO NO VERBAL Observación selectiva y consciente hacia los movimientos, gestos, actitudes físicas del consultante que nos dicen algo acerca de él, como es por ejemplo si está triste, contento, enojado, sonriente, cambia de posición muy bruscamente, cambios en los tonos de voz, cambiar la dirección de la mirada etcétera y así reflejarlos.

ELUCIDACIÓN. Exponer los sentimientos y actitudes del consultante que no se derivan directamente de las palabras que emplea el consultante. Deduciendo razonablemente del discurso.

RESONANCIA. El facilitador toma conciencia de su experiencia, es decir, está presente de sus experiencias, del mundo del consultante y/o del suyo propio. Resonancia significa el eco en el terapeuta, que se evoca por la relación con el consultante.

- **La autorresonancia** se refiere a lo que el terapeuta siente en respuesta a la expresión de su consultante, que se relaciona con su propia experiencia (no necesariamente en el ámbito de esta relación, con esta persona en particular)
- **La resonancia empática** implica que el facilitador toma el sentir de su consultante y le devuelve su reflejo. Puede ser concordante (en la cual lo reflejado describe lo más exactamente posible la experiencia del consultante) o complementar, en la cual el terapeuta agrega algo más a lo que menciona el consultante, que es también resultado de la empatía.
- **La resonancia relacional** en la cual el terapeuta incluye sus propias experiencias, como persona razonable y congruente, a la experiencia de la persona.

CONEXIÓN DE ISLAS. Técnica utilizada para unir o relacionar diversos temas sobre sentimientos, conductas y experiencias aportados por el consultante, que pueden estar conectados de alguna manera y no siempre puede verlo, asimismo, sirve para esclarecer el discurso de la persona.

USO DE SILENCIOS. Permite que el terapeuta haga breves pausas en su discurso, después de plantearle algún reflejo o con la intención de que el consultante tome la iniciativa y retome el diálogo, asimismo, facilita la reflexión de la persona.

CONFLICTO MAYÉUTICO. El origen griego de la palabra "mayéutica" se refiere al "arte de la partera", donde se establece el nexo de "dar a luz" con ayudar a expulsar pensamientos. La mayéutica se encuentra dentro del método socrático, en donde se busca que la persona encuentre "la verdad" por medio del diálogo, preguntas o planteamientos que le presente el terapeuta.

USO DE METÁFORAS. Se refiere al uso de comparaciones, frases o cuentos, permitiendo que el consultante, observe su problemática desde otras perspectivas.

CONCRETIZACIÓN. Es la técnica utilizada para lograr que el consultante explique ampliamente una situación, ayudándose de preguntas cómo: ¿a qué te refieres con...?, ¿para qué?, ¿cómo? y ¿qué?, invitando al consultante a profundizar en sus sentimientos, significados y detalles de su experiencia. Por medio de esta técnica se puede lograr una mejor auto-comprensión del consultante gracias a la profunda autoexploración.

Dado que el proceso de *counselling* puede incluir otras habilidades, estrategias, técnicas y conocimientos previos del prestador de servicio social, cuando lo considere y sea pertinente, se pueden emplear otros elementos, principalmente del entrenamiento en habilidades sociales, reestructuración cognitiva, confrontación y manejo de recursos que posee el paradigma cognitivo conductual. La riqueza del trabajo estriba en una intervención funcional y pertinente de acuerdo con las necesidades y características del consultante.

C) Evaluación permanente de las actividades del programa: En la búsqueda de ofrecer argumentos lo más objetivos posible del progreso obtenido, objetivos en la medida en que el consultante reporte su mejora en un ámbito concreto (puesto que es el mismo consultante quien lleva la evaluación de sus progresos durante todo el proceso, se debe confiar en que es él quien está en facultad de evaluar lo provechoso de tales actividades). Por ende se puede argumentar que el referente gradual que se considera en segunda instancia para la evaluación de las actividades es la demanda que se tiene en la estrategia de acompañamiento psicológico, interpretando que apunta a la difusión de un programa funcional para la comunidad.

D) Incidencias: En ocasiones, los casos que se llegan a presentar en la estrategia van más allá del acompañamiento psicológico; por tanto, es necesario realizar un trabajo multidisciplinario, donde intervienen médicos, psiquiatras e incluso, otras modalidades del servicio de CAOPE. Todo ello depende de la valoración y evaluación que obtuvo el consejero durante el primer contacto con el consultante. Una vez que se determina la necesidad de otro servicio, se le informa a la persona y si decide asistir:

el consejero a cargo será quien realice los trámites para que se le programe una cita, misma que se llevará a cabo exclusivamente en FES Iztacala, o si es el caso de intervención psiquiátrica, se derivará a la Dirección General de Atención a la Salud en Ciudad Universitaria, siempre con una plena comunicación con las instancias correspondientes de las sedes de servicio.

**Resultados cuantitativos
y cualitativos de la estrategia**

Dada la relevancia del trabajo realizado dentro de la estrategia, se reportan algunos datos estadísticos (de los últimos tres años) en cuanto al número de personas que han sido atendidas dentro de la estrategia desde que se inició. Se pretende que, más allá de valorar cifras, se entienda que la solicitud de atención es significativa. Esto habla de la necesidad que existe entre la comunidad universitaria de ser escuchada, considerada y tomada en cuenta para la promoción de sus procesos de cambio.

En los últimos años se han realizado registros de las principales problemáticas reportadas por los usuarios en el acompañamiento psicológico y el porcentaje de hombres y mujeres que asisten al servicio en cada FES sede (Iztacala, Cuautitlán, Aragón y Acatlán). Los problemas de pareja y familiares se encuentran en los primeros lugares de incidencia y son las mujeres quienes solicitan más el servicio (Cuadros 8.1 a 8.8).

Cuadro 8.1. Porcentajes de las problemáticas abordadas durante los ciclos 2016 a 2018 en el servicio de Acompañamiento Psicológico en el CAOPE (FES Iztacala)

2016. Problemática	Porcentajes
Problemas en la relación de pareja	20%
Problemas familiares	20%
Estrés y ansiedad	20%
Baja autoestima	13%
Bajo rendimiento académico	10%
Control y expresión de emociones	10%
Depresión	5%
Ideación suicida	2%

2017. Problemática	
Problemas en la relación de pareja	36%
Problemas familiares	24%
Habilidades sociales	16%
Estrés	9%
Cambio de carrera	1%
Ideación suicida	1%
Otros	13%
2018. Problemática	
Problemas en la relación de pareja	26%
Falta de motivación	24%
Problemas familiares	21%
Inseguridad en sí mismo	15%
Baja autoestima	14%

También se reportaron los porcentajes de cuántos hombres y mujeres se atienden en la estrategia de Acompañamiento Psicológico.

Cuadro 8.2. Porcentajes (por sexo) respecto del uso del servicio de Acompañamiento Psicológico en CAOPE durante los ciclos 2016 a 2018 (FES Iztacala)

Usuarios atendidos FESI 2016	Porcentajes
Hombres	27%
Mujeres	73%
Usuarios atendidos FESI 2017	
Hombres	25%
Mujeres	75%
Usuarios atendidos FESI 2018	
Hombres	34%
Mujeres	66%

Cuadro 8.3. Se muestran los porcentajes de las problemática abordadas, durante el ciclo 2017 en el servicio de Acompañamiento Psicológico en el CAOPE (FES Cuautitlán)

Problemática abordada ciclo 2017	Porcentajes
Problemas en la relación de pareja	24%
Problemas familiares	33%
Depresión	4%
Autoestima	2%
Ansiedad	2%
Inseguridad	2%
Estrés	20%
Habilidades sociales	6%
Manejo de emociones	8%

Cuadro 8.4. Se muestran los porcentajes (por sexo) respecto del uso del servicio de Acompañamiento Psicológico en CAOPE durante el ciclo 2017 (FES Cuautitlán)

Usuarios atendidos ciclo FES Cuautitlán 2017	Porcentajes
Hombres	36%
Mujeres	64%

Cuadro 8.5. Se muestran los porcentajes de las problemática abordadas, durante el ciclo 2018 en el servicio de Acompañamiento Psicológico en el CAOPE (FES Aragón)

Problemáticas abordadas FESA 2018	Porcentajes
Habilidades para la vida	76%
Salud Mental	18%
Violencia	4%
Duelo	2%

Cuadro 8.6. Se muestran los porcentajes (por sexo) respecto del uso del servicio de Acompañamiento Psicológico en CAOPE durante el ciclo 2018 (FES Aragón)

Usuarios atendidos ciclo FESA 2018	Porcentajes
Hombres	34%
Mujeres	66%

Cuadro 8.7. Se muestran los porcentajes de las problemática abordadas, durante el ciclo 2017 en el servicio de Acompañamiento Psicológico en el CAOPE (FES Acatlán)

Problemática abordada ciclo 2017 FES Acatlán	Porcentajes
Problemas de control emocional	25%
Problemas de pareja	17%
Dificultad para adaptarse	13%
Autoestima	8%
Falta de motivación	8%
Dificultad para comunicarse	8%
Problemas familiares	8%
Organización del tiempo	8%
Tricotilomanía	5%

Cuadro 8.8. Se muestran los porcentajes (por sexo), respecto del uso del servicio de Acompañamiento Psicológico en CAOPE durante el ciclo 2017 (FES Acatlán)

Usuarios atendidos ciclo 2017 FES Acatlán	Porcentajes
Mujeres	67%
Hombres	33%

En cuanto a algunas experiencias y retroalimentación por parte de alumnado que ha asistido en las distintas sedes, con respecto al servicio brindado, se rescatan las siguientes como algunas de las más significativas:

Agradezco muchísimo la dedicación que le ponen, de verdad que salí con mucho oro de esta mina.

Me gustaría agradecer por el apoyo que nos brindan como estudiantes y reconocer el trabajo y esfuerzo que hacen por nosotros. Muchas gracias.

Me ayudó mucho para encontrar estabilidad emocional, ahora me siento más segura, capaz, independiente. Aunque fueron pocas sesiones me sirvieron de mucho, me siento más feliz, ya no presento ataques de ansiedad frecuentemente.

Me agradó sentir la atención del terapeuta cuando yo hablaba. La comprensión que quiso darme en todo momento y el cómo me ayudó a darme cuenta de algunas cosas.

Me ayudó mucho, me hizo sentir mejor, me ayudó a darme cuenta de muchas cosas que no había tomado en cuenta.

Me ayudó bastante para resolver mis conflictos pero algo que no me pareció fue que la persona que me atendía se fue y sentí que me faltaron sesiones, en general, la persona se portó excelente, muy profesional.

En CAOPE me han ayudado muchísimo, las dos personas que me atendieron fueron muy atentas, responsables y me apoyaron mucho.

Me ayudó a resolver problemas que tenía tanto personales, familiares como escolares.

Muy buena, realmente cumplió mis expectativas, el psicólogo que me atendió me hizo ver muchas cosas respecto al problema por el que pasaba y posibles soluciones al mismo, al igual que me dijo que siempre estará CAOPE cuando necesite el servicio y no solo yo, sino cualquier persona de la FES Iztacala.

Fue muy agradable ya que la terapeuta que me brindó el servicio estaba de una manera muy preparada profesionalmente y supo muy bien guiarme a mis metas que me proponía cumplir.

Durante mi experiencia me sentí desde el inicio en confianza, el espacio me pareció adecuado para el servicio, durante mi proceso me encontré con nuevas posibilidades para percibir mi realidad y para comprender mis emociones.

Las frases anteriores reflejan parte del trabajo y el impacto que tuvieron los asistentes en diversos ámbitos, entre los cuales se encuentran: social, personal, familiar y académico/escolar. Se destaca la percepción que se tuvo con respecto a los facilitadores, y al cómo no se sintieron juzgados, al ser escuchados y al percibir en su facilitador una apertura e interés genuino los asistentes pudieron explorar con más libertad sus vivencias y contactar con ellas para lograr un trabajo sensible y consciente de lo que estaba sucediendo y con base a ello generar alternativas de acción.

Conclusiones (alcances y limitaciones de la estrategia)

El Acompañamiento Psicológico es una estrategia del CAOPE que responde a una necesidad imperiosa del alumnado de tener espacios de atención en salud emocional en los cuales pueden trabajar con problemáticas asociadas a sus emociones, su estado de ánimo, sus relaciones interpersonales y su toma de decisiones.

Tomando en cuenta que la salud de los estudiantes universitarios y de las personas en general debe considerarse desde una perspectiva holística, el Acompañamiento Psicológico ha permitido generar procesos de transformación y cambio que fomenta que el estudiantado se encuentre emocionalmente más saludable. La estrategia ha sido tan exitosa que ha trascendido las puertas de la Facultad en la que nació y ha podido llegar a otras comunidades estudiantiles de la UNAM que lo han solicitado como es el caso de las FES Cuautitlán, Aragón y Acatlán.

Respecto a algunas de las limitaciones que se han encontrado en la estrategia cabe mencionar que ocurre con mucha frecuencia que algunos solicitantes de la atención presentan problemáticas graves que requieren de atención legal y/o psiquiátrica que no pueden atenderse en la estrategia, pero que sí pueden ser canalizadas a las instancias correspondientes. Asimismo, se ha identificado que esta estrategia es la que más usuarios atiende por semestre y se pronostica que la demanda de atención va aumentando cada vez más, por tanto, dar la atención a todos es un reto muy importante que la estrategia tiene como prioridad.

Referencias

- Celis H., A. (2006). Congruencia, integridad y transparencia. El legado de Carl Rogers. POLIS, Revista Latinoamericana [en línea], 5. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30517306004>> [Fecha de consulta: 20 de abril de 2019].
- Gómez del Campo, J. (2011). *Psicología de la Comunidad*. México: Plaza y Valdés.
- Herraiz, M. (2009). *Formación de formadores. Manual didáctico*. México: Limusa.
- Lafarga, J. y Gómez del Campo, J. (2001). *Desarrollo del Potencial Humano: Aportaciones de una Psicología Humanista*. México: Trillas.
- Rogers, C. (1997). *El proceso de convertirse en persona*. México: Paidós.
- Rowan, J. (1998). *Ordinary Ecstasy. Humanistic Psychology in Action*. Chicago: Routledge.
- Sefchovich, G. (2007). *Creatividad para adultos*. México: Trillas.

Prevención y Atención al Consumo de Sustancias

Jennifer Lira Mandujano
Eréndira Valdez Piña
Miguel Ángel Pérez González

El consumo de sustancias adictivas legales e ilegales representa un problema importante de salud pública en el ámbito internacional y nacional por las consecuencias que tiene a nivel económico, social, de salud, familiar, laboral y académicos, entre otros. Específicamente, se ha señalado en estudios epidemiológicos que en los últimos años se ha incrementado el número de mujeres que consumen alguna droga legal e ilegal, ha disminuido la edad de inicio y se ha incrementado el consumo en la población adolescente y en los adultos jóvenes (Gómez-Cruz *et al.*, 2014; González-González *et al.*, 2012; Puig- Nolasco, Cortaza- Ramírez y Pillon, 2011; Rodríguez-Soriano *et al.*, 2009; Villatoro-Velázquez *et al.*, 2017).

El consumo de drogas entre los 17 y 25 años trae como consecuencia problemas que van desde discusiones, conductas agresivas, problemas legales, deserción escolar, bajo desempeño académico, actividad sexual no consentida, embarazos no deseados, problemas de memoria, de atención, de percepción, lesiones y depresión, entre otros (Hidalgo-Rasmussen *et al.*, 2015; Rosales, Cruz-Morales y Lira-Mandujano, 2018). Adicionalmente, diversos estudios señalan que el inicio temprano del consumo de drogas

legales incrementa la probabilidad de consumir otras drogas, y está en relación directa con la disponibilidad y tolerancia que se tiene ante las drogas legales (Medina-Mora *et al.*, 2003; Villatoro *et al.*, 2005).

Con el propósito de atender esta problemática la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONCA) en el 2012, señaló algunas pautas de prevención y atención de las adicciones en universidades, entre dichas pautas se enfatizan la necesidad de establecer estrategias de prevención y atención que tengan validación científica.

En consonancia con esta problemática, la UNAM elaboró el “Plan de Apoyo Integral para el Desempeño Escolar de los Alumnos” (PAIDEA), cuyo objetivo consiste en dotar de servicios educativos a todos los alumnos, para contribuir al mejoramiento de su desempeño escolar, mediante la implementación de seis ejes de acción, uno de los cuales consiste en la “Universidad Saludable”, en cada una de las entidades académicas (UNAM, 2019).

Mediante la instrumentación de este eje se pretende impulsar una cultura de salud, autocuidado y de prevención oportuna de enfermedades y/o adicciones que se fortalezca a lo largo de los estudios universitarios, de forma tal que se optimice el aprendizaje. En este sentido, en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala se desarrolló el “Proyecto Salud Integral Institucional” como parte del Plan de Desarrollo de la FES-Iztacala 2012-2016 y 2016-2020 (Dávila, 2019a,b), el cual tiene como meta atender las necesidades de la comunidad universitaria en las áreas de la salud física, psicológica y social, con la finalidad de promover en el alumnado la cultura del autocuidado para combatir sus problemas de tipo socioeconómico, familiar, de salud y académicos.

Para cumplir con este propósito la FESI ha instrumentado varias estrategias, entre ellas, el establecimiento, en octubre del 2013, del Centro de Atención y Orientación para los Estudiantes (CAOPE) que tiene como propósito brindar a los estudiantes servicios de orientación y apoyo para reducir riesgos en la salud, promoción del bienestar emocional y del desarrollo académico, el cual fue propuesto por la dirección de la FES Iztacala a través de la Secretaría de Desarrollo y Relaciones Institucionales. La atención que se brinda es a partir de la solicitud del alumno en la dirección electrónica <http://antares.iztacala.unam.mx/caope/index.cgi> o de la canalización de la tutoría institucional para recibir atención en una de las estrategias de atención.

En este sentido, con el objetivo de sumar esfuerzos en la atención de este complejo problema multifactorial, a partir de enero del 2014 se instrumentó la estrategia de prevención y atención del consumo de sustancias con acciones enfocadas a la detección temprana y a la prevención secundaria. Dicha estrategia cumple su objetivo a partir de dos ejes principales:

1. Formación y capacitación de alumnos de la carrera de Psicología, de alumnos de la maestría en Psicología con residencia en Psicología de las adicciones y alumnos del Programa de Doctorado en Psicología en acciones de detección temprana, aplicación de intervenciones breves y la canalización de alumnos que consumen alguna sustancia.
2. Aplicación de las intervenciones breves a estudiantes de la FES Iztacala que consumen tabaco, alcohol, marihuana o cocaína interesados en atender el consumo por las consecuencias asociadas.

Específicamente, las intervenciones breves se caracterizan por estar validadas empíricamente ya que se ha demostrado su efectividad en diferentes investigaciones y están constituidas por técnicas cognitivo conductuales (técnicas de autocontrol, manejo de contingencias, estrategias de afrontamiento, análisis funcional de la conducta) (Lira-Mandujano, Cruz-Morales y Ayala-Velázquez, 2012; Oropeza *et al.*, 2012; Echeverría *et al.*, 2010). Asimismo, utilizan estrategias de detección temprana, esto es, se dirigen principalmente a población que no tiene una dependencia a las sustancias y está empezando a tener problemas por el consumo de drogas.

Por tanto, el objetivo del presente estudio fue evaluar si existen diferencias significativas en el patrón de consumo y en la autoeficacia para afrontar situaciones de riesgo de consumo de los estudiantes al asistir y finalizar una intervención breve para el consumo de sustancias.

Método

Participantes

Se recabaron datos de una muestra de 130 estudiantes de la comunidad que asistieron al CAOPE, de entre 18 y 36 años, con una media de 22

($DE = 3.1$). El 27.5% fueron hombres y el 72.5% mujeres; el 61.1% cursaban la carrera de Psicología, seguidos por la carrera de Biología 9.2%, Enfermería 6.9%, Cirujano Dentista 3.1%, Médico Cirujano 3.1%, Pedagogía 2.3%, Optometría 2.3% y .8% para Derecho, Historia, Relaciones Internacionales, Ingeniería y Nanotecnología.

Instrumentos

- *Entrevista inicial*. Su objetivo es obtener datos sociodemográficos, historia familiar, social y laboral, así como lugar de residencia, historia de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998).
- *Formato de consentimiento informado*: Su objetivo es explicar las características de la Intervención (número de sesiones, duración, etc.), que conozca y esté de acuerdo con el tratamiento.
- *Cuestionario breve de confianza situacional* (CBCS). Su objetivo es obtener una medida sensible al grado de confianza del usuario en cada una de las ocho categorías o situaciones de riesgo relacionadas con el consumo (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998).
- *Línea Base Retrospectiva (LIBARE)* (Sobell & Sobell, 1980 adaptado por Lira-Mandujano, 2009). A través de este instrumento se conoce el patrón de consumo en función del número total de días de consumo, número total de cigarros consumidos y promedio de consumo por día.

Hoja de registro de consumo de cigarros. El objetivo es que el usuario registre su consumo diario de cigarros, señalando las situaciones y la hora de consumo de cada cigarro (Abrams *et al.*, 2003 adaptada por Lira, 2009)

- *Autorregistro*. El automonitoreo o autorregistro requiere que el usuario anote rutinariamente varios aspectos de su conducta de consumo.

Procedimiento

A los estudiantes que solicitaron el servicio para el consumo de sustancias se aplicó la intervención para la sustancia que consumían, se aplicaron cuatro programas de intervención: 1) Intervención breve motivacional para dejar de fumar (Lira-Mandujano, Cruz-Morales y Ayala-Velázquez, 2012), 2) Intervención breve para bebedores problema (Echeverría, Ruiz, Salazar, Tiburcio y Velázquez, 2012), 3) Intervención breve para usuarios de marihuana (*et al.*, 2012) y 4) Tratamiento breve para usuarios de cocaína (Oropeza, Fukushima, García y Escobedo, 2012). Todos los usuarios asistieron a una sesión de admisión con el propósito de conocer su historia de consumo y consecuencias, una segunda sesión donde se aplicaron instrumentos para conocer el patrón de consumo, los factores relacionados con su consumo y posteriormente de 4 a 9 sesiones de acuerdo a la intervención a la que asistieron, al finalizar la intervención se realizó una posevaluación. Se conformó una base de datos que, para motivos del presente trabajo, sólo se tomaron en cuenta los datos de los usuarios que asistieron a la estrategia del año 2016 al 2018.

Análisis estadísticos

Se realizaron análisis estadísticos descriptivos de medias, desviación estándar respecto al patrón de consumo, puntajes de dependencia y situaciones de riesgo. Para cumplir con el objetivo se realizaron análisis de medias relacionadas para el patrón de consumo y las situaciones de riesgo, así como un ANOVA para observar si el género tuvo influencia sobre las situaciones de riesgo presentadas por los estudiantes.

Resultados

En cuanto al tipo de tratamiento solicitado por los estudiantes, 119 (90.8%) recibieron intervención para el consumo de tabaco, 7 (5.3%) para alcohol, 4 (3.1%) para marihuana y solo 2 (.8%) para cocaína. Del total de participantes, el 53.4% concluyó la intervención (52.8% fueron hombres y 53.7% fueron mujeres) mientras que el 46.6% no lo hizo;

el promedio de sesiones que recibieron fue de 5, con un máximo de 9 sesiones para los que finalizaron la intervención.

El promedio del patrón de consumo de acuerdo con el tipo de sustancia fue para el consumo de tabaco, 3.8 ($DE = 3.51$) cigarros. El nivel de dependencia a la nicotina fue bajo en el 90.8% de los estudiantes, 5.9% presentaron dependencia media y solo un 3.4% nivel alto. Para el consumo de alcohol, el promedio de tragos estándar fue de 7.06 ($DE = 4.60$). El 71.4% presentó consumo nocivo y el 28.6% consumo de riesgo. Respecto al consumo de marihuana, el promedio de cigarros consumidos fue de 1.75 ($DE = .50$), al evaluar la dependencia los estudiantes mostraron consumo de riesgo en un 75%, mientras que el 25% mostró un nivel de dependencia sustancial. Finalmente, solo un estudiante fue atendido por cocaína, reportando consumo de 1 gramo por ocasión.

Para cumplir con el objetivo del estudio en relación con la evaluación de las diferencias significativas en el patrón de consumo de los estudiantes que concluyeron la intervención se realizó una prueba *t* de *student* para muestras relacionadas, los resultados obtenidos mostraron diferencias significativas ($t=8.305$, $gl= 69$, $p=0.000$) del patrón de consumo inicial ($M = 3.8$, $DE = 3.6$) al final ($M = 1.1$, $DE = 1.5$) (Figura 9.1) .

En la misma línea, para saber si existieron diferencias significativas en el nivel riesgo para consumir en situaciones específicas de los estudiantes al asistir y finalizar una intervención breve para el consumo de sustancias. Para cumplir con el objetivo se realizaron pruebas *t* de *student* para muestras relacionadas de las ocho situaciones de riesgo para el consumo de sustancias [emociones desagradables ($t=12.341$, $gl= 69$, $p=0.000$), malestar físico ($t=8.988$, $gl= 69$, $p=0.000$), emociones agradables ($t=4.518$, $gl= 69$, $p=0.000$) probando autocontrol ($t=5.327$, $gl= 69$, $p=0.000$), necesidad física ($t=8.997$, $gl= 69$, $p=0.000$), conflicto con otros ($t=8.207$, $gl= 69$, $p=0.000$), presión social ($t=6.455$, $gl= 69$, $p=0.000$), momentos agradables con otros ($t=5.915$, $gl= 69$, $p=0.000$)] (Figura 9.2). Los resultados mostraron que los puntajes de la evaluación inicial para todas las situaciones disminuyeron significativamente el riesgo de consumo en la evaluación final.

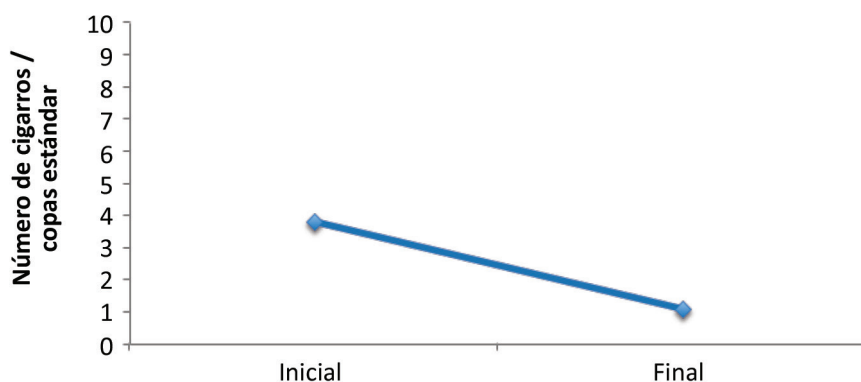


Figura 9.1. Presenta la media del patrón de consumo de drogas inicial y final de los estudiantes que finalizaron la intervención (n=119).

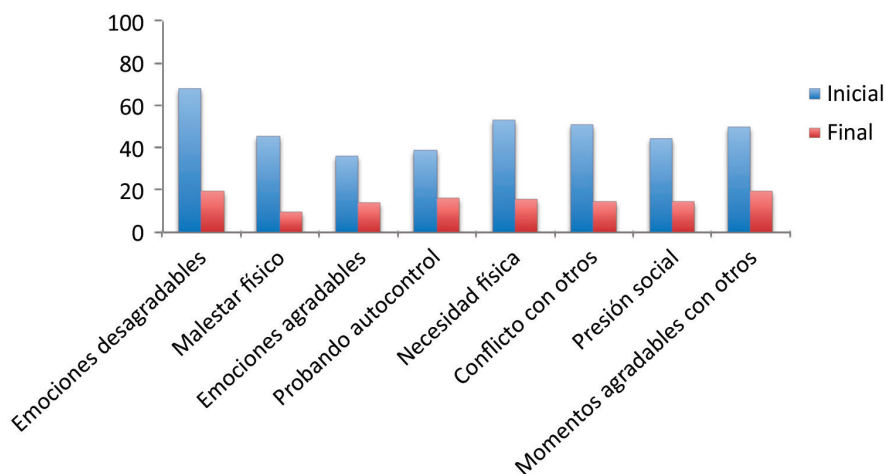


Figura 9.2. Muestra las medias antes y después de recibir la intervención del nivel de riesgo para consumir en las ocho situaciones específicas.

Conclusiones

De acuerdo con los resultados obtenidos, las intervenciones breves resultaron efectivas para reducir el patrón de consumo, así como disminuir el nivel de riesgo para consumir bajo las ocho situaciones de riesgo

de consumo de sustancias al finalizar la intervención para el consumo de la sustancia que solicitaron. Los resultados muestran que los alumnos desarrollaron y aplicaron estrategias específicas de afrontamiento para disminuir el riesgo en situaciones bajo las cuales regularmente consumían y con ello disminuyó el patrón de consumo al finalizar la aplicación de la intervención. Los resultados coinciden con Dennhardt y Murphy (2013), quienes señalan que las intervenciones motivacionales y el consejo breve pueden ser un método eficaz para ayudar a los estudiantes universitarios a reducir su consumo de drogas.

A pesar de que se han aplicado a un buen número de alumnos, se ve reflejado que un número importante es el que asiste a la intervención para dejar de fumar. Lo atribuimos a que tenemos un monitor para medir el nivel de monóxido de carbono que permite dar a los alumnos una retroalimentación personalizada que hace que se motiven para tomar la decisión de dejar de fumar, por lo que es necesario instrumentar estrategias que permitan captar más alumnos que tengan problemas con su forma de beber alcohol, alumnos que consumen marihuana o cocaína. Asimismo, es importante difundir la estrategia con alumnos que cursen otras carreras pues han llegado principalmente alumnos de Psicología. Por otro lado, también es de importante captar a alumnos hombres pues en su mayoría han sido mujeres.

La estrategia ha tenido un impacto de largo alcance, ya que también se han canalizado a administrativos de la FESI, a alumnos de otras Facultades como la FES Cuautitlán y FES Acatlán, así como alumnos de CCH Azcapotzalco porque saben que existe la estrategia y solicitan asesoría o atención por la gravedad del problema y la necesidad de atención.

Por último, es importante señalar que a partir de los resultados obtenidos de la aplicación de las intervenciones breves se ha permitido modificar algunos componentes para el contexto específico de la FES Iztacala. Lo anterior tiene como base lo planteado por Rojas, Real, García-Silberman y Medina-Mora (2011), en la que enfatizan la necesidad de evaluar e implementar tratamientos especializados de acuerdo a poblaciones específicas que enfaticen las necesidades de la población estudiada.

Referencias

- Abrams, D. B., Niaura, R. S., Brown, R., Emmons, K., Goldstein, M. G., & Mond, P. (2003). *The Tobacco Dependence Treatment Handbook: A Guide to Best Practices*. NY: Guilford Publications.
- Ayala, V. H., Cárdenas, L. G., Echeverría, L. y Gutiérrez, L. M. (1998). *Manual de Auto Ayuda para Personas con Problemas en su Forma de Beber*. México: Porrúa, UNAM.
- Dávila, P. (2019a). *Plan de Desarrollo de la FES-Iztacala 2012-2016*. Consultado en <http://direccion.iztacala.unam.mx/PDFs/PDAI2012-2016FESIztacalacompletol.pdf>
- Dávila, P. (2019b). *Plan de Desarrollo de la FES-Iztacala 2016-2020*. Consultado en http://direccion.iztacala.unam.mx/PDFs/PDAI_FESIztacala2016.pdf
- Dennhardt, A. A., & Murphy, J. G. (2013). Prevention and treatment of college students drug use: A review of the literature. *Addictive Behaviors*, 38, 2607-2618. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.06.006>
- Echeverría, L., Carrascoza, C., Ruiz, G., Barragán, L., Lira, J., Martínez, K. et al. (2010). "Técnicas de detección temprana e intervención breve para la atención de conductas adictivas entre estudiantes". En: M. L. Reidl (Coord.), *Desarrollo de Nuevos Modelos para la Prevención y el Tratamiento de conductas Adictivas*. México: UNAM, Porrúa.
- Echeverría, L., Ruiz, G. M., Salazar, M. L., Tiburcio, M. A. y Ayala, H. E. (2012). *Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema*. México: Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Gómez-Cruz, Z., Hernández-Tinoco, A., Torres-Morán, J. P. y Landeros-Ramírez, P. (2014). Hábitos de alimentación, tabaquismo y consumo de alcohol en estudiantes del Centro Universitario de Ciencias Biológicas y Agropecuarias. *e-Cucba*, 1, 21-26.
- González-González, A., Juárez-García, F., Solís-Torres, C., González-Forteza, C., Jiménez-Tapia, A., Medina-Mora, M. E. y Fernández-Varela, H. (2012). Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura. *Salud Mental*, 35(1), 51-55.
- Hidalgo-Rasmussen, C., Franco, K., Díaz, R., Rojas, M. y Vilugrón, F. (2015). Comportamientos alimentarios de riesgo y consumo de tabaco, alcohol y marihuana según género en estudiantes universitarios chilenos. *Revista Mexicana de Trastornos alimentarios*, 6(1), 30-37. DOI: 10.1016/j.rmta.2015.05002
- Lira-Mandujano, J. (2009). *Programa de intervención breve motivacional para fumadores y terapias de sustitución con nicotina: resultados de un ensayo clínico aleatorio controlado*. Tesis doctoral. México: UNAM.
- Lira-Mandujano, J., Cruz-Morales, J. y Ayala-Velázquez, H. E. (2012). *Manual del terapeuta para la aplicación de la intervención breve motivacional para fumadores (IBMF)*. México: Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Medina, M. A., Chávez, M. E., López, F., Félix, V., Gordillo, T. y Morales, S. (2012). *Manual del terapeuta para la aplicación de la intervención breve para usuarios de marihuana*. México: Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Medina-Mora, M. E., Cravioto, P., Villatoro, J., Fliez, C., Galván-Castillo, F. y Tapia-Cnyer, R. (2003). Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998. *Salud Pública de México*, 45(Suppl.1), S16-S25.
- Muñoz, L., Barbosa, C., Bríñez, A., Caycedo, C., Méndez, M. y Oyuela, R. (2012). Elementos para programas de prevención en consumo de alcohol en universitarios. *Universitas Psychologica*, 11(1), 131-145.
- Oropeza, R., Fukushima, E. A., García, L. R. y Escobedo, J. J. (2012). *Manual de aplicación del tratamiento breve para usuarios de cocaína (TBUC)*. México: Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.

- Puig-Nolasco, A., Cortaza-Ramirez, L. y Pillon, S. (2011). Consumo de alcohol entre estudiantes mexicanos de medicina. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 714-721.
- Rodríguez-Soriano, N. Y., Ríos-Saldaña, M. D. R., Lozano-Treviño, L. R. y Álvarez-Gasca, M. A. (2009). Percepción de jóvenes universitarios respecto a su salud: conductas y contexto de riesgo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(2), 245-260.
- Rojas, E., Real, T., García-Silberman, S. y Medina-Mora, M. E. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud Mental*, 34(4), 351-365.
- Rosales, G. M., Cruz-Morales, S. y Lira-Mandujano, J. (2018). Funciones ejecutivas como predictores del consumo y la dependencia al tabaco. *Cuadernos de Neuropsicología. Panamerican Journal of Neuropsychology*, 12(3). DOI: 10.7714/CNPS/12.3.202
- Sobell, L. C., Maisto, S. A., Sobell, M. B., & Cooper, A. M. (1979). Reliability of alcohol abusers' self-reports of drinking behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 17(2), 157-160.
- Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (1980). "Convergent validity: An approach to increasing confidence in treatment outcome conclusions with alcohol and drug abusers". In: L. C. Sobell, M. B. Sobell, & E. Ward (Eds.), *Evaluating Alcohol and Drug Abuse Treatment Effectiveness: Recent Advances* (pp. 177-183). New York: Pergamon Press.
- Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (1992). "Timeline Follow-back: A technique for assessing self-reported ethanol consumption". In J. Allen & R. Z. Litten (Eds.), *Measuring alcohol consumption: Psychosocial and biological methods* (pp). New Jersey: Human Press.
- UNAM (2019). *Plan de Apoyo Integral para el Desempeño Escolar de los Alumnos*. Consultado en: <http://www.paidea.unam.mx/pdf/Presentacion-PAIDEA.pdf>
- Villatoro-Velázquez, J. A., Reséndiz- Escobar, E., Mujica-Salazar, A., Bretón- Cirett, M., Cañas –Martínez, V., Soto-Hernández, I. et al. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016–2017. Reporte de Alcohol*. México: INPRFM, INSP, CONADIC, Secretaría de Salud.
- Villatoro-Velázquez, J. A., Medina-Mora, M. E., Hernández-Valdes, M., Fleiz, C., Amador, N. y Bermúdez, L. P. (2005). La Encuesta de Estudiantes de Nivel Medio y Medio Superior de la Ciudad de México: noviembre 2003. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*, 28(1), 38-51.

Orientación en la Diversidad Sexual

Alba Luz Robles Mendoza¹

Introducción

La diversidad sexual ha sido un tema controversial en los últimos años dentro de la sociedad mexicana debido a la estigmatización de aquellas sexualidades que están fuera de la heteronormatividad social. Esto ha generado actitudes discriminatorias, conflictos y acciones violentas hacia las personas que se encuentran fuera de esta normatividad heterosexual, provocando un daño a nivel personal, familiar y social.

La falta de información es la principal causa de dichas problemáticas, puesto que reducen el término de diversidad sexual a una condición sexual no heterosexual. Por ello, es importante realizar un primer acercamiento a la comunidad universitaria a través del fomento y difusión de la salud sexual, enseñando los aspectos básicos y relevantes que conlleva la diversidad sexual, a través de la perspectiva de género, como unidad de

¹ Académica Titular “A” de tiempo completo de la carrera de Psicología de la FES Iztacala, UNAM, responsable de la estrategia “Orientación de la Diversidad Sexual” del CAOPE.

análisis que retoma la diferenciación entre hombres y mujeres desde una construcción sociohistórica y cultural.

Con base en lo anterior, se requiere conocer los conceptos que se involucran en el tema de la diversidad sexual, tales como sexo, género, rol sexual, rol de género, estereotipos sexuales, identidad de género y orientación sexual.

Sexo y género

El Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED, 2016) define al sexo como al conjunto de características biológicas (genéticas, hormonales, anatómicas y fisiológicas) a partir de las cuales las personas son clasificadas como hombres o mujeres. En este sentido, el ser humano trae una carga biológica para la diferenciación sexual y una característica que lo determina desde su sexo de asignación social. Es decir, aquello que se espera de él o ella por el órgano sexual reproductor con el que llega a esta sociedad.

Por otro lado, se entiende al género como los atributos sociales, históricos, culturales, económicos, políticos y geográficos, que influyen en la construcción social de ser hombres o mujeres. Se utiliza para referirse a las características que, social y culturalmente, han sido identificadas en el individuo para ser considerado como masculino o femenino, las cuales abarcan desde las funciones que se le han asignado a cada sexo, las actitudes y conductas socialmente esperadas, hasta las formas de vestir, caminar, hablar, pensar, sentir y relacionarse (CONAPRED, 2016).

Un sistema de género será entonces una organización social de carácter simbólico que consta de dos categorías complementarias y excluyentes: hombre-mujer. Bajo este sistema, se pueden clasificar a todos los seres humanos a partir de las características de sus genitales, lo que hace que dicha asignación aparezca como una realidad objetiva, cuando de hecho, son las cargas simbólicas y sociales asociadas al sexo las que determinan su diferencia; es a partir de ellas, que se define socioculturalmente una serie de actividades, actitudes, conductas, roles, símbolos, expectativas, valores, objetos, colores, lugares, asociados diferencialmente a hombres y a mujeres (Cucchiari, 2013).

Roles sexuales y de género

Desde el nacimiento, hombres y mujeres presentan una diferenciación desde el punto de vista biológico; sin embargo, las variantes comportamentales, emocionales y cognitivas se atribuyen más a la influencia de la cultura y las creencias que a factores heredables. Por tanto, las diferencias convencionales en prioridades, preferencias, intereses y ocupaciones se deben al condicionamiento parental, educacional y sociocultural (Lamas, 2002).

Múltiples culturas adoptan formas específicas de organización relacionadas con la división sexual del trabajo. Según ésta, le corresponde a la mujer el espacio del hogar por su capacidad para gestar y amamantar a los hijos e hijas, debido al cuidado que éstos requieren. Por su proximidad espacial, se ocupó del resto de las funciones vinculadas al espacio de la casa, mientras que el hombre se dedicaba a la agricultura, la cacería, la domesticación de animales y la guerra. Por ello, las mujeres, hasta hoy, han sido educadas sobre todo para las labores domésticas y el cuidado y la educación de la descendencia familiar, en comparación con los hombres, que lo han sido para ser los proveedores y protectores del hogar (Valdez, Díaz y Pérez, 2005).

Esta perspectiva tradicionalista, cargada de normas, creencias y valores, dominante en la cultura mexicana, pretendía resolver de modo rutinario los imperativos fundamentales de la existencia, delimitando de un modo preciso los roles genéricos, lo que agudizó las diferencias sexuales entre hombres y mujeres (Reidl, Valencia, Vargas y Sierra, 1998).

En este sentido, los roles sexuales hacen referencia a la categorización hombre o mujer, la cual consiste en que los niños y niñas aprenden una serie de expresiones sociales, que comprenden un amplio y diverso conjunto de asociaciones ligadas al sexo, tales como la anatomía, función reproductora, división del trabajo y atributos de personalidad, que los hace sentir, pensar y hacer desde su rol o papel social, aspectos importantes tanto para la propia personalidad del individuo como para las relaciones familiares y grupales (Moya, 1984).

Por otro lado, el rol de género es el papel, acción o actitud asumido por una persona, de acuerdo a factores culturales, políticos, económicos, éticos o religiosos. Los roles de género pueden derivar en estereotipos o discriminación si es que no se corresponden con las

verdaderas capacidades e intereses de las personas (Manual pedagógico para aminorar la discriminación por orientación sexual e identidad de género en los establecimientos educacionales, 2016).

Estereotipos sexuales

Allport (1968) definió el estereotipo como una creencia que está asociada a una categoría, justificando una actitud hacia dicha categoría; para este autor, el estereotipo está muy relacionado con el prejuicio. Los estereotipos no son innatos sino aprendidos durante la interacción social, y pueden cambiar en el transcurso del tiempo o permanecer estáticos mientras nada provoque su transformación (Munné, 1989; Sangrador, 1991). Los estereotipos sexuales refuerzan la dicotomía de sexo hombre-mujer, de forma extrema, opuesta y exclusiva, lo que coloca al otro en la determinante social de un solo sexo, siendo peyorativo o violento cuando no se expresa lo esperado del mismo; por ejemplo, “mariquita” para varones o “marimachas” para mujeres.

Por otro lado, los estereotipos de género se refieren al conjunto de creencias socioculturales sobre lo que significa ser hombre o ser mujer, poseen una fuerte carga simbólica en cuanto al valor y el estatus de hombres y mujeres en la región del país en la que se exprese, lo que los hace plurales y complementarios; hablándose así de varias expresiones de masculinidades y feminidades (Aguilar y Reid, 2007).

Identidad de género

La identidad de género es definida por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH, 2011) como la vivencia psíquica, interna e individual del género, tal como cada persona la experimenta, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo, que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de técnicas médicas, quirúrgicas o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales.

Podemos decir, en resumen, que se refiere a la conciencia de sentir y pertenecer a un sexo u otro, para definirse desde lo femenino o masculino y, por tanto, sentirse hombre o mujer (Movilh, 2016).

Orientación sexual

La orientación sexual es independiente del sexo biológico o de la identidad de género; se refiere a la capacidad que cada persona tiene de sentir atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, de su mismo género o de más de un género, así como la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas (ACNUDH, 2011).

La UNICEF (2016) reconoce que la orientación sexual se puede delimitar como la atracción física, erótica o emocional hacia otras personas. Y a su vez, estas denominaciones nos permiten diferenciar la orientación y la preferencia sexual, siendo que existe en la población cierto consenso respecto a que pueden utilizarse indistintamente, sin embargo, hemos de reconocer a la preferencia sexual, porque ésta sugiere un grado de elección, que determina la vida sexual de una persona al establecer un sexo como objeto de deseo (Moral de la Rubia, 2011).

Con base en las definiciones anteriores, es posible reconocer al colectivo de la diversidad sexual en varias expresiones, hablaremos de algunas de ellas desde las conceptualizaciones que realiza el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación en nuestro país (2016).

1. **Lesbiana.** Mujer que se siente atraída erótica y/o afectivamente por mujeres. Es una expresión alternativa a “homosexual”, que puede ser utilizada por las mujeres para enunciar o reivindicar su orientación sexual. De acuerdo con Belge y Bieschke (2015) no existe una lesbiana típica, ya que algunas lesbianas se consideran a sí mismas *butch*, es decir, que se expresan de forma masculina ante los demás. Otras se consideran *lipstick* o *femmes*, quienes por lo general se visten de manera femenina; *blue jeans femmes*, que no usan vestidos; o *soft butches*, quienes son más sutiles que las *butch*.
2. **Gay.** Hombre que tiene una atracción emocional, romántica y/o sexual hacia otro hombre. Es una expresión alternativa a “homosexual”, la cual puede asociarse con matices clínicos o de origen médico. Algunos tipos de hombres gay son, por ejemplo, gays con atributos femeninos que pueden llamarse *queens*, pero si dichas cualidades son muy exageradas entonces son *flaming*. Asimismo, existen otras categorías de acuerdo al tipo de música que escuchan, las actividades que realizan o el tipo de vestimenta que utilizan, sin embargo, sólo son etiquetas que ayudan a las

personas a expresar quienes son y sirven de ayuda para aclarar su identidad social (Belge y Bieschke, 2015).

3. **Bisexual:** Se refiere a un hombre o mujer que tiene una atracción emocional, romántica y/o sexual hacia personas de ambos géneros. Para algunos(as), la atracción hacia cada género es equitativa, mientras que para otros(as) puede existir una preferencia de un género sobre otro. Belge y Bieschke (2015) mencionan que usualmente las personas se identifican como bisexuales en periodos de transición antes de reconocerse como lesbianas o gays, o incluso en ocasiones puede resultar difícil reconocerse como *bi*, debido a la presión para que “elijan un lado o el otro”. Sin embargo, no siempre se considera que los bisexuales sienten atracción por igual hacia ambos sexos, es válido sentirse atraído más hacia un sexo que al otro. Es común que se tenga una confusión entre el término bisexual con el de pansexual y poliamor, por lo que es necesario aclarar sus definiciones.
4. **Pansexual:** Hombre o mujer que puede sentirse atraído hacia un hombre, una mujer, un gay, un transgénero, un transexual, etc., diferente al bisexual quien siente atracción por personas de su mismo sexo o el sexo contrario (Belge y Bieschke, 2015). Es decir, es una persona que siente atracción erótica afectiva hacia otra persona, con independencia del sexo, género, identidad de género u orientación sexual, así como la capacidad de mantener relaciones íntimas y/o sexuales con ella.
5. **Poliamor:** Es una concepción de la relación en la cual es posible mantener relaciones románticas y/o sexuales con varias parejas simultáneamente, siendo que todos los involucrados en una relación están enterados del carácter no monógamo de la relación (Klesse, 2006).

Por otro lado, la expresión de la diversidad sexual que se relaciona con los procesos de identidad de género se definen como personas *Trans*. La palabra *trans*, de acuerdo con Lasso (2014), se utiliza como término genérico para designar a las personas y experiencias que de alguna manera cuestionan la continuidad impuesta entre el sexo biológico y el género cultural y la estricta segmentación de lo masculino y lo femenino. Por lo que, lejos de ser una categoría homogénea, incluye

múltiples formas de nominación y autorreconocimiento como *travestis*, *transexuales*, *transgéneros*, *transgeneristas*, entre otras, cuyo denominador común es que el sexo asignado al nacer no concuerda con la identidad y/o expresiones de género de la persona. Estos cuerpos desafían, con su existencia, los tránsitos por los sexos-géneros y los supuestos fundados en la sociedad occidental, que colocan al binarismo del género, la continuidad estricta entre sexo-género-deseo y la heterosexualidad, como norma.

6. **Transexual:** Son personas que se sienten y se conciben a sí mismas como pertenecientes al género y al sexo opuestos a los que social y culturalmente se les asigna en función de su sexo de nacimiento, y que pueden optar por una intervención médica –hormonal, quirúrgica o ambas- para adecuar su apariencia física y corporalidad a su realidad psíquica, espiritual y social.
7. **Transgénero:** Se refiere a las personas que se sienten y conciben a sí mismas como pertenecientes al género opuesto al que social y culturalmente se asigna a su sexo de nacimiento, y quienes no optan por una reasignación hormonal –sin llegar a la intervención quirúrgica de los órganos pélvicos sexuales internos y externos- para adecuar su apariencia física y corporalidad a su realidad psíquica, espiritual y social. Algunas personas transgénero pueden optar por seguir un tratamiento médico, “de manera que su cuerpo luzca en su exterior como ellos lo sienten en su interior”. Sin embargo, muchas veces las personas que eligen este tratamiento, se consideran transexuales, aunque también ocurre que eligen que se les considere como el sexo que han elegido para vivir, ya que en ocasiones el término transexual se utiliza más como un término médico o impersonal (Belge y Bieschke, 2015, p.16).
8. **Travesti:** Se utiliza para nombrar aquellas personas que gustan de presentar de manera transitoria o duradera una apariencia opuesta a la del género que socialmente se asigna a su sexo de nacimiento, mediante la utilización de prendas de vestir, actitudes y comportamientos. Dentro de éstas, existen las personas *drag*, quienes utilizan ropa caracterizada del otro género por diversión, focalizándose en el humor y la exageración, utilizado en clubs o shows en vivo. Cuando se trata de un hombre que viste ropas femeninas se le llama *drag queen*; y cuando es una mujer que viste con ropas masculinas se les llama *drag king* (Belge y Bieschke, 2015).

Por último, mencionaremos algunas diversidades sexuales que no recaen ni en la orientación sexual ni en la identidad de género.

1. **Intersexual:** La intersexualidad se refiere a todas aquellas situaciones en las que la anatomía o fisiología sexual de una persona no se ajusta completamente a los estándares definidos para los dos sexos. De esta manera, las características sexuales innatas en las personas podrían corresponder en diferente grado a ambos sexos. Se considera este término como el adecuado ante el concepto de hermafroditismo o pseudohermafroditismo que siglos atrás se usaba en el ámbito médico.
2. **Queer:** Se refiere a las personas que no se identifican con el binarismo de género. Es decir, son aquellas que además de no identificarse y rechazar el género socialmente asignado a su sexo de nacimiento, tampoco se identifican con el otro género o con alguno en particular. Dichas personas pueden manifestar, más que identidades fijas, expresiones y experiencias que se mueven entre un género y otro alternadamente, y formulan nuevas alternativas de identidades, por lo que no habría, en sentido estricto, una transición que partiera de un sitio y buscara llegar al polo opuesto, como en el caso de las personas transexuales. Las personas *queer* usualmente no aceptan que se les denomine con las palabras existentes que hacen alusión a hombres y mujeres. De igual manera, se llegan a utilizar los términos *gender queer* o *gender fluid* para describirse, siendo que para ellos puede llegar a ser restrictivo hablar de solo dos géneros (Belge y Bieschke, 2015).
3. **Asexual:** Orientación sexual de una persona que no siente atracción erótica hacia otras personas, aunque puede relacionarse afectiva y románticamente. López (2015) la define como la falta de atracción sexual por personas del mismo o distinto sexo, de manera estable en el tiempo y no como consecuencia de una enfermedad o cualquier otro impedimento. Son personas mental y físicamente sanas que, sencillamente, no sienten ninguna necesidad ni interés por mantener relaciones sexuales, lo que no quiere decir que muchos de ellos no deseen pareja, otro tipo de intimidad con otra persona o que no sean capaces de enamorarse.

Junto con el término asexual se generan otros términos como *grisexual*, *demisexual* y *fraisexual*. Las personas *grisexuales* experimentan atracción sexual hacia otras personas sólo bajo limitadas y específicas circunstancias, la *demisexualidad*, es que no se experimenta atracción sexual a menos que formen una fuerte conexión emocional con alguien, y el *fraisexual* es sentir atracción sexual por individuos que apenas conocen (Sin filtros, 2017).

Diversidad sexual

La diversidad sexual, como menciona Núñez (2016), ha sido un término que en la última década ha tenido un impacto fuerte en México y América Latina, debido al cambio en el escenario político y sociojurídico relacionado con la igualdad y equidad del género y la no discriminación entre los hombres y las mujeres.

De acuerdo con el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2016), la diversidad sexual y de género se refiere a todas las posibilidades que tienen las personas de expresar y vivir su sexualidad, así como de asumir preferencias u orientaciones e identidades sexuales, reconociendo que todos los cuerpos, sensaciones y deseos tienen derecho a existir y manifestarse, sin más límites que el respeto a los derechos de las otras personas.

En otras palabras, Weeks (2000) la refiere como la condición de ser diverso, al hecho de ser diferente y desigual con respecto de la norma socialmente establecida; es decir, la heteronormatividad no es que todas las personas son o deben ser heterosexuales, sino a la expresión de la sexualidad válida, ética, legítima, social y culturalmente.

Asimismo, el concepto de diversidad sexual también implica un término político, que al igual que gay, lesbiana, joto, marimacha, negro, indígena, discapacitado, etc., tiene implicaciones en la manera en que se nombran, en que se construyen diferencias sociales y en que se configuran relaciones de poder y posibilidades de resistencia social (Núñez, 2016).

Por ello, planteamos la necesidad de cambiar los conceptos y su uso, si se quiere cambiar los efectos políticos. Se reconoce mundialmente que hay decenas de países en los que la diversidad sexual es considerada un delito. La situación es grave y la lucha internacional por la

inclusión y la defensa de sus derechos no se detiene. Sin embargo, pese a los avances existentes, aquellos en los que no se criminaliza a esta población, se siguen enfrentando a contextos de discriminación, acoso y rechazo social. De ahí la importancia de crear un espacio de escucha y reflexión sobre las nuevas posturas de las expresiones sexuales dentro de los recintos universitarios, y en particular de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, para prevenir la discriminación sexual² y fomentar el respeto a los derechos de la diversidad sexual para la promoción de la educación incluyente y diversa.

La estrategia Orientación a la Diversidad Sexual, que se encuentra dentro de los programas del Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes (CAOPE), tiene como objetivo apoyar al estudiante en el proceso de su identidad de género y orientación sexual, para el mejoramiento de sus relaciones interpersonales y familiares, desde un enfoque psicosocial con perspectiva de género, que coadyuve en la no discriminación y el respeto a la diferencia.

Este servicio está conformado por seis sesiones, donde se abordan temáticas como diferencia entre sexo y género, concepto de identidad de género, orientación sexual, diversidad sexual y expresiones sociales. Se trabajan vivencias relacionadas con los roles sexuales y de género en entornos familiares, de pareja y escolares. También se analizan las dificultades para expresar su identidad y orientación sexual. Se explican sus diferencias y se trabaja desde la asertividad y el desarrollo de habilidades sociales e individuales para la toma de decisiones y manejo de derechos humanos y jurídicos en torno a la no discriminación sexual. Asimismo, se realiza la construcción de proyectos de vida en relación con la expresión de su identidad de género u orientación sexual que le permita una mejor armonía interpersonal y de satisfacción personal. Se esquematiza cada sesión de la siguiente manera:

Sesión 1 Primer contacto

Nivel 1. Recepción del usuario

- I. Bienvenida empática al usuario
 - a) Saludo
 - b) Presentación del facilitador(a)

² La discriminación sexual se define como la exclusión, degradación, desvalorización y comportamientos peyorativos, ofensivos y/o amenazantes contra las personas que tienen una preferencia u orientación sexual diferente a la heterosexual.

- c) Objetivo del servicio
- d) Resumen del servicio
- II. Datos generales del usuario
 - a) Aplicación de la hoja de recepción del servicio
 - b) Intervención en crisis de primer orden
 - i) Evaluación de la mortalidad
 - ii) Canalización a otros servicios
 - c) Entrevista inicial libre 1ª. parte

Nivel 2. Objetivos de orientación psicológica

- I. Entrevista inicial libre 2ª. Parte
- II. Elaboración de objetivos de la orientación psicológica
 - a) Integración de los objetivos en la guía de servicio

Sesión 2 Historia de vida

Nivel 1 Género e identidad de género

- I. Ubicación de la perspectiva de género en la historia de vida
 - a) Diferencia entre género y sexo
 - b) Concepto de identidad de género
- II. Elaboración de la historia de vida
 - a) Lectura de la historia de vida
 - b) Retroalimentación con perspectiva de género

Nivel 2 Orientación sexual

- I. Ubicación de la diversidad sexual en la historia de vida
 - a) Concepto de diversidad sexual y clasificaciones
 - b) Concepto de orientación sexual y características
- II. Elaboración de historia de vida
 - a) Lectura de la historia de vida
 - b) Retroalimentación con perspectiva de género

Sesión 3 Trabajo psicológico en el ámbito familiar

Nivel 1 Metas y expectativas familiares

- I. Ubicación de los roles sexuales familiares en su historia de vida
 - a) Diferencia entre roles sexuales y roles de género
- II. Desarrollo de metas y expectativas familiares
 - a) Lectura de las metas y expectativas familiares
 - b) Retroalimentación con perspectiva de género

Nivel 2 Toma de decisiones

- I. Elaboración del listado de metas y expectativas familiares
 - a) Concepto de asertividad y habilidades asertivas
- II. Elección de prioridades y toma de decisiones
 - a) Reunión con padres de familia
 - b) Manejo de la asertividad del usuario ante los familiares

Sesión 4 Trabajo psicológico en el ámbito personal

Nivel 1 Orientación en condiciones de pareja

- I. Concepto de pareja y tipos de pareja amorosas
 - a) Diferencia entre parejas fraternas y parejas amorosas
 - b) Parejas igualitarias desde la perspectiva de género
- II. Ubicación de la pareja amorosa en la historia de vida
 - a) Lectura de la historia de vida
 - b) Retroalimentación con perspectiva de género

Nivel 2 Orientación en condiciones de amistades

- I. Concepto de amistad y tipos de amistades
 - a) Clasificación de amistades en la historia de vida
 - b) Reunión con mejor amigo(a)
 - c) Manejo de la asertividad del usuario ante las amistades

Sesión 5 Acciones sociales

Nivel 1 Integración de acciones de no discriminación

- I. Derechos humanos y discriminación
 - a) Conceptos y características
 - b) Leyes nacionales e internacionales
 - c) Ubicación de acciones discriminatorias en la historia de vida

Nivel 2 Orientación en condiciones escolares (profesorado y compañeros/as)

- I. Ubicación de las condiciones escolares discriminatorias
 - a) Del profesorado al usuario. Retroalimentación desde la perspectiva de género
 - b) Del alumnado al usuario. Retroalimentación desde la perspectiva de género

- c) Del administrativo al usuario. Retroalimentación desde la perspectiva de género
- II. Desarrollo de asertividad y toma de decisiones para la no discriminación en ámbito escolar
 - a) Escrito
 - b) Comunicación verbal

Sesión 6 Proyecto de vida

Nivel 1 Metas a corto y mediano plazos

- I. Evaluación del aprendizaje del servicio
- II. Elaboración de metas como proyecto de vida
 - a) Desarrollo de la línea cronológica de vida a corto plazo (1 día a 12 meses)
 - b) Desarrollo de la línea cronológica de vida a largo plazo (1 a 5 años)

Nivel 2 Seguimiento de planeaciones de vida

- I. Seguimiento a un mes
 - a) Vía telefónica
 - b) Una cita de servicio de reafirmación de temas
- II. Seguimiento a tres meses
 - a) Vía telefónica
 - b) Vía WhatsApp
- III. Seguimiento a seis meses
 - a) Vía correo electrónico, Facebook en mensaje personal o WhatsApp
 - b) Una cita de servicio de reafirmación de temas
- IV. Seguimiento a un año o más
 - a) Vía correo electrónico, Facebook en mensaje personal o WhatsApp.

Resultados

En sus tres años de creación de este servicio, se han atendido a 16 usuarios de las diferentes carreras que integran la FES Iztacala. Los cuadros 10.1 y 10.2 muestran las características de la población atendida.

Cuadro 10.1. Número de usuarios por año

Año	Usuarios	Sesiones
2017	4	24
2018	8	48
2019 ¹	4	10
Total	16	82

El cuadro 10.1. muestra el total de usuarios por año, siendo el 2018 cuando se atendió a más estudiantes; sin embargo, creemos que en este año habrá un incremento del servicio, debido a los nuevos materiales de difusión que existen sobre el servicio.

Cuadro 10.2. Datos generales de los usuarios 2017-2019

Usuario	Año	Sexo	Edad	Semestre	Carrera	Turno
1	2017	Mujer	22	Sexto	Psicología	Matutino
2	2017	Hombre	20	Séptimo	Psicología	Vespertino
3	2017	Hombre	20	Sexto	Psicología	Matutino
4	2017	Mujer	20	Sexto	Psicología	Matutino
5	2018	Mujer	23	Primer	Psicología	Matutino
6	2018	Mujer	22	Quinto	Optometría	Matutino
7	2018	Mujer	18	Primer	Psicología	Matutino
8	2018	Hombre	25	Tercer	Psicología	Vespertino
9	2018	Hombre	22	Octavo	Biología	Matutino
10	2018	Hombre	22	Segundo	Optometría	Matutino
11	2018	Hombre	18	Primer	Biología	Matutino
12	2018	Hombre	20	Tercer	Biología	Matutino
13	2019	Hombre	22	Segundo	Psicología	Matutino
14	2019	Hombre	20	Sexto	Psicología	Matutino
15	2019	Hombre	21	Tercer	Odontología	Matutino
16	2019	Mujer	22	Sexto	Psicología	Vespertino

¹ Estos datos corresponden al servicio de enero a marzo del 2019.

En el cuadro 10.2 se muestra que el sexo de los usuarios que predomina en el servicio es el masculino, en 62.5% y el 37.5% son mujeres. Esto implica, desde el análisis de género, la limitante psicosocial aprendida de las mujeres para no hablar de su sexualidad y referirse a ella como privada e íntima, lo que limita la solicitud del servicio; sin embargo, hablar de sexualidad en los varones se aprende como parte de su socialización entre pares, lo que facilita buscar un espacio para hablar de ella y de sus expresiones.

Por otro lado, la carrera que mayormente asiste al servicio es Psicología, seguida de Biología y Optometría. Podemos mencionar al respecto de este dato, que la disciplina psicológica presenta, dentro de sus temas de trabajo profesional, los conceptos relacionados con la diversidad sexual, siendo un área de análisis en su carrera, por lo que recurrir al servicio en esta estrategia es parte de su formación profesional. Sin embargo, en las demás carreras de la salud con las que cuenta la FES Iztacala, podemos encontrar una resistencia para hablar sobre el tema, por el desconocimiento de la temática, así como por el miedo a verse expuesto ante la comunidad universitaria frente a esta condición socialmente no aceptada.

También observamos que el turno que más lo utiliza es el matutino en un 82% donde existe una matrícula mayor de estudiantes en toda la Facultad y los semestres a los que pertenecen son sexto (37.5%), tercer y primer semestres (18.75%, respectivamente). Además, el promedio de edad fue de 22 años, siendo la equivalente al semestre que cursan.

Conclusiones

La importancia de la atención y orientación a la diversidad sexual dentro de la FES Iztacala, la ubica como un servicio relevante dentro de la sociedad mexicana. No sólo por el avance jurídico que se ha tenido en nuestro país al reconocerse el matrimonio igualitario o del mismo sexo en el 2010 y que actualmente abarca 31 estados federales, sino por la propuesta de la Ley General de la Diversidad Sexual que acaba de analizarse en la cámara de diputados y senadores el pasado 28 de febrero del 2019.

Dicha ley servirá de fundamento jurídico para impulsar reglamentos, protocolos y acuerdos, que solucionen las demandas y necesidades

del colectivo LGBTTTTI+, en un ejercicio de derechos humanos en igualdad de condiciones. En esta propuesta jurídica se manejan, en su artículo 6°, cinco principios fundamentales para el establecimiento del respeto a sus derechos como personas.

- I. Autonomía y autorrealización.** Relacionadas con las acciones que fortalezcan la independencia, capacidad de decisión y desarrollo personal y comunitario.
- II. Participación.** La inserción de las personas de la diversidad sexual en todos los órdenes de la vida pública. En los ámbitos de su interés serán consultados y tomados en cuenta; asimismo, se promoverá su presencia e intervención.
- III. Equidad.** Es el trato justo y proporcional en las condiciones de acceso y disfrute de los satisfactores necesarios para el bienestar de las personas por orientación sexogenérica, sin distinción por sexo, situación económica, identidad étnica, fenotipo, credo, religión o cualquier otra circunstancia.
- IV. Corresponsabilidad.** La concurrencia y responsabilidad compartida de los sectores público y social, en especial de las comunidades y familias, para la consecución del objeto de esta Ley.
- V. Atención preferente.** Es aquella que obliga a las instituciones federales, estatales y municipales de gobierno, así como a los sectores social y privado a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas de la diversidad sexual.

Cabe resaltar que estos principios se rigen por los principios generales de los derechos humanos universales, por tanto, no son exclusivos de la población de la diversidad sexual, sino de cualquier persona.

Sabemos que tenemos mucho camino que recorrer, en el proceso de igualdad de derechos y oportunidades para todos y todas. Sin embargo, el trabajo de la difusión del conocimiento científico es primordial para llevar a cabo cambios sociales en torno a la no discriminación sexual y el respeto a la diferencia e igualdad de género.

Referencias

- Aguilar, M. A. y Redid, A. (2007). *Tratado de psicología social. Perspectivas socioculturales*. Barcelona: Anthropos.
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2011). "Leyes y prácticas discriminatorias y actos de violencia cometidos contra personas por su orientación sexual e identidad de género". En: *ACNUDH. Informe anual* (pp. 1-6). Colombia: América del Sur Oficina Regional.
- Allport, G. (1968). *La naturaleza del prejuicio*. Buenos Aires: Eudeba.
- Belge, K. y Bieschke, M. (2015). *Queer. La guía LGBT para adolescentes*. México: Altea.
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2016). *Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales*. México: Secretaría de Gobernación.
- Cucchiari, S. (2013). "La revolución de género y la transición de la horda bisexual a la banda patrilocal: los orígenes de la jerarquía de género". En: L. Martha (Coord.), *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 181-264). México: Porrúa, PUEG-UNAM.
- Klesse, C. (2006). Polyamor and its "Others": Contesting the Terms of Non-Monogamy. *Sexualities* 9(5) 565-583. doi: 10.1177/1363460706069986
- Lamas, M. (2002). *Cuerpo: Diferencia sexual y género*. México: Taurus.
- Lasso, R. (2014). Transexualidad y servicios de salud utilizados para transitar por los sexos-géneros. *CES Psicología*, 7(2), 108-125.
- López, M. (2015). La identidad asexual: de la masculinización social a las redes sociales virtuales. *EMPIRIA. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*, (32), 129-167.
- MOVILH (2016). *XIV Informe Anual de Derechos Humanos de la Diversidad Sexual*. Marzo. Chile: MOVILH www.movilh.cl
- MOVILH (2016). "Sexualidad, homosexualidad y transexualidad". En *Educando en la Diversidad Orientación sexual e identidad de género en las aulas*. Recuperado de: http://www.movilh.cl/documentacion/educando_en_la_diversidad_2da_edicion_web.pdf
- Munné, F. (1989). "Prejuicios, estereotipos y grupos sociales". En: A. Rodríguez y J. Seoane (Eds.), *Creencias, actitudes y valores. Tratado de psicología general* (pp. 315-363). Madrid: Alhambra.
- Moral de la Rubia, J. (2011). Orientación sexual en adolescentes y jóvenes mexicanos de 12 a 29 años de edad. *Psicología desde el Caribe*, (2), 112-135. Universidad del Norte.
- Moya, M. (1984). Los roles sexuales. *Gazeta de antropología*, 3(8), 1-7.
- Núñez, G. (2016). *¿Qué es la diversidad sexual?* México: PUEG, UNAM.
- Reidl, L., Valencia, V., Vargas, X. y Sierra, G. (1998). Celos y envidia en la pareja cuando ella trabaja fuera de casa. *La Psicología Social en México*, 7, 170-175.
- Sangrador, J. (1991). *Estereotipos y cognición social: una perspectiva crítica. Interacción social*. Madrid: CIS.
- Sin filtros. (2017). [Productor]. *Soy asexual*. De <https://www.sinfiltros.com/especiales/>
- UNICEF (2016). *Orientación sexual. Ambientes escolares libres de discriminación*. Bogotá: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Velásquez, G. (2008). *Manual pedagógico para aminorar la discriminación por orientación sexual e identidad de género en los establecimientos educacionales*. Tesis para optar al título de Diseñador Gráfico. Santiago: Facultad de Arquitectura y Urbanismo, Universidad de Chile.
- Valdez, J. L., Díaz, R. y Pérez, B. (2005). *Los hombres y las mujeres en México: dos mundos distantes y complementarios*. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Weeks, J. (2000) *Sexualidad*. México: Paidós

Legislación:

Iniciativa que expide la Ley General de la Diversidad Sexual, a cargo de la Diputada Silvia Lorena Villavicencio Ayala, del Grupo Parlamentario de Morena. 11 de diciembre 2018. http://sil.gob-nacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2018/12/asun_3802003_20181221_1544552680.pdf

Atención Psicológica con Enfoque Cognitivo-Conductual

María Cristina Bravo González
Maetzin Itzel Ordaz Carrillo

Introducción

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC), desde hace varias décadas, ha demostrado ser un sistema psicoterapéutico eficaz con un amplio cuerpo de investigación que lo respalda (Kuyken, 2006; Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012; Wrigth, 2004) en intervenciones breves, debido a su carácter estructurado y dirigido a la modificación de componentes muy particulares: cognición y conducta, ya que como menciona Lam (2008), cuando las personas tienen un malestar emocional, tienden a culpar a otros o a la situación por sus sentimientos negativos a través de las evidencias selectivas que parecen probar esos sesgos negativos.

Experimentar emociones desagradables es algo que todas las personas, en algún momento de sus vidas, atravesarán (Lam, 2008); en ese sentido, la posición de la TCC es que ese malestar emocional en determinadas circunstancias puede ser normal e incluso apropiado presentar pensamientos y conductas poco adaptativas que van ajustándose en la medida que el individuo puede afrontar esa condición; sin embargo, al experimentar

malestar de forma intensa y durante largos periodos de tiempo las cogniciones y comportamientos pueden volverse redundantes: los pensamientos se vuelven evidencias de comportamientos ineficaces, y éstos, a su vez, confirman los primeros, lo cual favorece que el malestar parezca no tener fin.

En resumen, los principios de la TCC señalan que si un evento externo es la causa de un malestar emocional, entonces se puede esperar que cualquiera experimente el mismo nivel de malestar en la misma circunstancia o en situaciones similares, sin embargo, en la realidad no es así, cada persona interpreta de forma distinta cada circunstancia, algunos a partir de pensamientos útiles o adaptados, mientras que otras personas pueden interpretar la situación a partir de sesgos cognitivos que favorecen el malestar, por lo que aprender a pensar e interpretar las situaciones de forma diferente puede favorecer experimentar menos malestar, por tanto, es posible cambiar la manera de sentir y tener el control de los sentimientos negativos.

La formación de terapeutas, a partir del modelo de TCC, debe incluir el énfasis en que la atención se imparta considerando, al menos, cuatro características esenciales de la TCC (Lam, 2008):

- Establecer una relación de colaboración con la persona a atender, lo cual implica que el terapeuta no es un experto, sino un compañero que es capaz de adaptar sus habilidades y conocimientos a las circunstancias, características, recursos y lenguaje del paciente.
- Formulación del caso, a partir de la recolección de información y posterior análisis a partir de las diversas propuestas de conceptualización (Modelo secuencial de Kanfer y Phillips, Mapa Clínico de Patogénesis, Conceptualización cognitiva, etcétera) y realización del análisis funcional, en una entrevista de devolución de información, se exponen al consultante las hipótesis explicativas que se han elaborado para su caso, donde se incluye una explicación tentativa basada en la teoría (Kuyken, 2006) sobre la causa del malestar, la prospectiva de lo que puede ocurrir si no hay cambios, así como la propuesta de tratamiento.
- Estructura. El proceso de cambio está fundamentalmente basado en una aproximación altamente estructurada, lo cual es esencial para desarrollar la alianza terapéutica, promover un sentido de dirección y enfoque tanto para el paciente como para el terapeuta

(Lam, 2008). En general, la estructura implica el establecimiento de objetivos a cumplir en sesión, retroalimentación continua, asignación de tareas y resumen de la sesión y de proceso.

- Empleo de técnicas cognitivo conductuales. Las dificultades emocionales por lo regular requieren de una amplia gama de técnicas y procedimientos, Lam (2008) menciona que un empleo hábil de esa variedad de técnicas puede ayudar al cliente a analizar la naturaleza de sus pensamientos y reacciones tanto negativas como desadaptativas, ser más hábil para afrontar la adversidad, desarrollar una forma de percibirse a sí mismo, a otros y al mundo de una forma más realista o adaptativa.

La formación sólida de terapeutas en este modelo de intervención es una tarea compleja que en los programas de estudio de licenciatura puede no profundizarse, ya que los contenidos se abordan someramente en algunas asignaturas y no siempre se cuenta con un espacio de práctica, por lo que surge la necesidad de formar terapeutas con conocimientos más profundos sobre la TCC, no sólo en cuanto al bagaje de técnicas de intervención, sino a un nivel teórico y metodológico que fundamente una práctica de la psicoterapia coherente y congruente con la ideología que representa esta aproximación psicoterapéutica, donde una de las premisas centrales recae en la figura del terapeuta como experto en la modificación del comportamiento humano en sus diversos niveles de respuesta, por ello resulta fundamental que el psicólogo interesado en impartir terapia bajo esta modalidad de intervención cuente con las habilidades y competencias adecuadas para detectar, evaluar e intervenir en aquellos motivos de consulta demandados por la población.

Para dar respuesta a esta necesidad, hace ocho años nació el Diplomado de Terapia Cognitivo Conductual, el cual se organiza y coordina por la División de Extensión Universitaria de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, y es en el año 2017 que como parte de la metodología didáctica se solicitó al Centro de Atención y Orientación para Estudiantes (CAOPE) que proporcionara las facilidades para que los alumnos de este diplomado contaran con espacio de práctica y pudieran brindar atención psicológica, con lo que se creó la estrategia de Atención Psicológica con Enfoque Cognitivo Conductual (APECC) que se integró como otra opción dentro de la amplia oferta de estrategias con las que

cuenta la comunidad estudiantil de la FESI. A continuación, se describe de manera general la metodología con la que se realizan las actividades de esta estrategia.

Metodología

La atención que brinda la APECC corresponde al último módulo del Diplomado de Terapia Cognitivo Conductual, que está compuesto por 16 sesiones; en la primera sesión se brinda la capacitación a los terapeutas, la cual consiste en la exposición de los lineamientos propios de CAOPE, la presentación de los documentos que integran el expediente clínico electrónico, organización de diadas de terapeutas, asignación de un supervisor y usuario, además de hacer una revisión de aspectos éticos de la intervención psicológica. Para cuando se lleva a cabo esta sesión ya se han recibido las solicitudes de atención que principalmente corresponden a alumnos inscritos de la FESI. En la figura 11.1 se presentan los pasos para la recepción y atención de solicitudes, es importante destacar que debido a que el horario de atención de esta estrategia está limitado a los martes de 15 a 19 horas, en algunos casos es necesario hacer una negociación con los usuarios, si ésta no es exitosa, se hace la recomendación de hacer una nueva solicitud a otra estrategia de CAOPE.

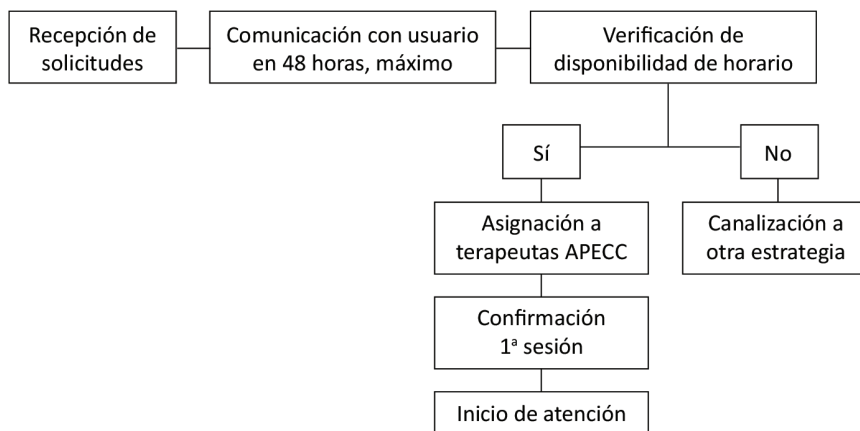


Figura 11.1. Pasos para la recepción y atención de solicitudes a APECC.

Las siguientes 12 sesiones corresponden a la atención a los usuarios, en las cuales se lleva a cabo la entrevista inicial, que tiene un formato semiestructurado que en general se divide en presentación, cuerpo de la entrevista y la terminación o cierre. En la figura 11.2 se describen las etapas que conforman el proceso de atención a los usuarios de la estrategia: la primera etapa corresponde al proceso de evaluación que comienza con la entrevista y se complementa con la aplicación de instrumentos de evaluación a partir de los cuales es posible emitir un juicio sobre la efectividad de la intervención; la siguiente etapa corresponde a la entrevista de devolución de información, donde el terapeuta presenta la conceptualización o formulación del caso, así como un plan de tratamiento derivado del mismo; esta etapa es crucial en el proceso de atención, ya que como mencionan Muñoz, Roa, Pérez, Santos y Colomina (2014), trata de explicar el inicio, curso y mantenimiento de los problemas del usuario y presentar un pronóstico sobre el problema, lo cual puede afianzar la relación terapéutica y sentar las bases para la implementación de las estrategias de intervención y posterior conclusión del tratamiento.

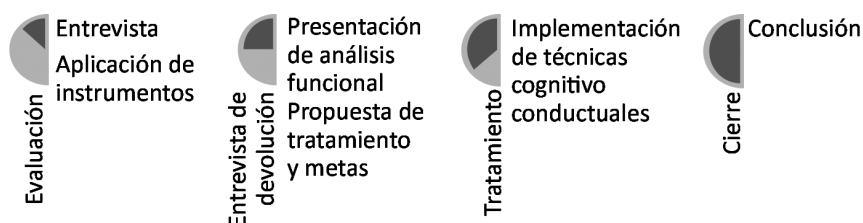


Figura 11.2. Etapas que conforman el proceso de intervención con los usuarios de la APECC.

La atención de usuarios incluye un modelo de supervisión que la entiende como un “proceso interactivo de aprendizaje en donde el supervisor (experto) y el supervisado (aprendiz) planean, dirigen y evalúan la práctica asistencial del supervisado mediante el entrenamiento en funciones clínicas que garantizan la labor profesional del psicólogo...bajo los estándares éticos y de calidad” (Mora-Miranda, 2014, p. 30) por tanto, el supervisor es una guía para el terapeuta durante el proceso de intervención con el usuario, revisa y discute la planeación de cada sesión garantizando el seguimiento del modelo de Terapia Cognitivo Conductual,

colabora en el análisis de los avances y modificaciones necesarias a la intervención, resuelve dudas y promueve la búsqueda de información relacionada con el caso. Adicionalmente, se encarga de verificar el correcto llenado del expediente clínico electrónico, así como de los formatos que sean necesarios en el proceso de atención de cada usuario.

La información acerca del caso, así como las evidencias del trabajo realizado por cada uno de los terapeutas se concentra en un expediente clínico electrónico el cual está diseñado para uniformar la forma en que se presenta la información sobre el caso, desde el motivo de consulta, la intervención, los resultados, así como los formatos sobre consentimiento informado y confidencialidad para el uso de la información. A partir de la información recabada en el expediente clínico electrónico, se estructura la presentación del caso clínico, actividad que se desarrolla en las últimas tres sesiones: cada terapeuta debe preparar y entregar debidamente requisitado el expediente clínico electrónico, además de exponer al grupo de terapeutas en formación los aspectos más relevantes del caso atendido para su discusión, análisis y, en su caso, recomendaciones de mejora.

En resumen, el funcionamiento de la APECC implica una primera sesión de capacitación, 12 sesiones de atención a usuarios, y tres de presentación y discusión de casos clínicos. En el siguiente apartado se describen los resultados más relevantes de esta estrategia.

Resultados

Hasta el momento, los terapeutas de dos generaciones del Diplomado de Terapia Cognitivo Conductual han atendido a 27 estudiantes de la comunidad iztacalteca, 12 durante el año 2017 y 15 en el 2018; la mayoría de las personas atendidas son mujeres (77%), la edad promedio de los solicitantes es de 22 años. El 92% de los usuarios de la estrategia pertenecen a la carrera de Psicología y el resto a estudiantes de Optometría; esto no implica que no se reciban solicitudes de otras carreras, sin embargo, debido a situaciones de incompatibilidad de horario, se han canalizado a otras estrategias de CAOPE para la recepción de apoyo.

Poco más del 35% corresponde a usuarios que se encontraban cursando el último año de la carrera, mientras que 25% se encontraban cursando el primer semestre; el 7% corresponde a egresados que

se encontraban elaborando su trabajo de tesis, lo cual implica que las posibilidades de atención en CAOPE incluyen a egresados y ex alumnos.

En promedio, los usuarios asisten a nueve sesiones ($DE=2.05$), y el porcentaje de terminación del tratamiento propuesto se encuentra en el 85% de los casos; en aquellos que desertaron se argumentaron básicamente tres razones: dificultad para acudir en el día y hora estipulado debido a actividades académicas; por encontrarse con una carga académica excesiva al final del semestre, y por dificultades para justificar la asistencia a la Facultad en el periodo intersemestral debido al desconocimiento de padres o familiares de la asistencia al servicio.

Respecto a antecedentes de atención psicológica, se encontró que el 43% de los casos no había recibido ninguna clase de atención previa, el 36% de los usuarios ya había recibido atención por alguna de las estrategias del CAOPE, 14% tenía antecedentes de atención privada y sólo el 7% había acudido a instituciones públicas. En cuanto a la remisión, la mayoría de los usuarios (70%) decidieron buscar el apoyo por iniciativa propia, a 23% los refirió algún docente y el 7% de los usuarios no proporcionó datos al respecto.

A partir del análisis funcional realizado para cada caso, se identificó que la principal impresión diagnóstica es el Déficit en habilidades sociales, seguido de Déficit en el control de impulsos, autocontrol o conductas autolesivas, mientras que en tercer lugar se ubica el Déficit en habilidades de afrontamiento y solución de problemas (Figura 11.3).

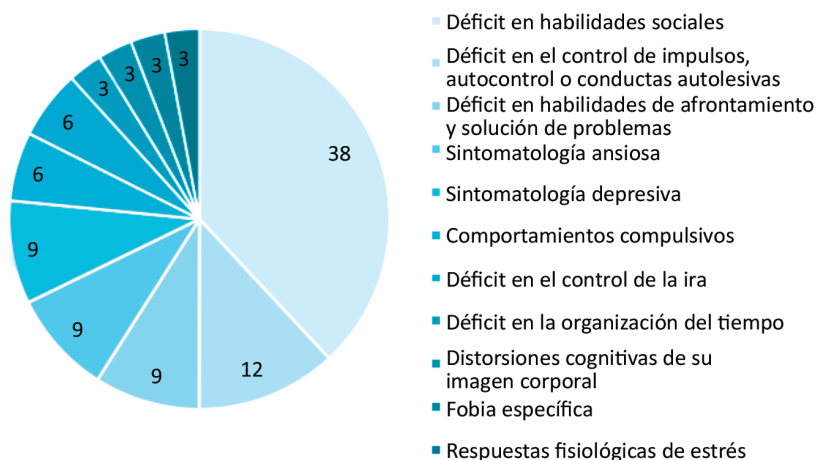


Figura 11.3. Distribución porcentual de la impresión diagnóstica a partir del Análisis Funcional.

Adicionalmente, se establecieron los diagnósticos a partir de los criterios del DMS IV-TR (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002), en la mayor parte de los casos se encontró que no cumplen con los criterios para establecer un diagnóstico en el Eje 1, sin embargo 19% de los usuarios fueron diagnosticados con algún trastorno de ansiedad y el 15% con algún trastorno del estado de ánimo. Cabe señalar que un 4% de los casos se diagnosticó con los criterios del DSM 5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), debido a que cumplió con las especificaciones el trastorno explosivo intermitente (Figura 11.4).

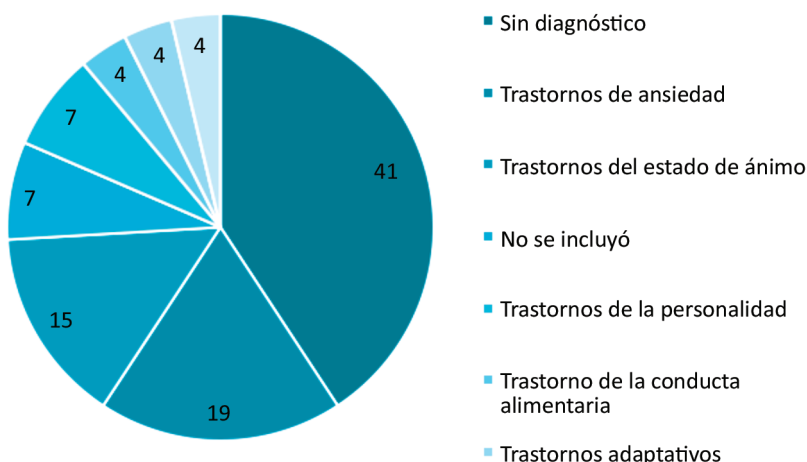


Figura 11.4. Distribución porcentual de los diagnósticos a partir de criterios nosológicos.

En el cuadro 11.1 se muestran las cinco técnicas de intervención que se han empleado con mayor frecuencia en la atención de los casos, como puede observarse la más frecuente es el entrenamiento en habilidades sociales, seguido del entrenamiento en autoinstrucciones y respiración diafragmática, procedimientos que se encuentran dirigidos a la mejoría en las habilidades sociales, de control de impulsos y de afrontamiento.

Cuadro 11.1. Técnicas de intervención empleadas con mayor frecuencia en la estrategia APECC

Técnica	Frecuencia
Entrenamiento en habilidades sociales	16
Entrenamiento en autoinstrucciones	12
Respiración diafragmática	12
Psicoeducación	7
Reestructuración cognitiva	7

Nota. Elaboración propia

Conclusiones

Como señala Wright (2004), la TCC está basada en un modelo pragmático que puede aplicarse a una amplia variedad de condiciones y problemas psicológicos, lo cual se refleja en la diversidad de motivos de consulta que se han atendido a través de la APECC; condición que ha fortalecido la formación de terapeutas cognitivo conductuales al proporcionarles la oportunidad de atender problemáticas con diferentes niveles de gravedad.

Desde la apertura de la APECC como una estrategia de atención del CAOPE, ha generado un interés significativo en la población estudiantil, sin embargo, la cobertura total de las solicitudes recibidas no se ha logrado, debido a que la estructura de la estrategia favorece la supervisión continua y altamente estructurada de las decisiones clínicas que se van tomando en cada caso los terapeutas en formación, lo cual implica que cada terapeuta debe dedicar una cantidad de tiempo considerable para preparación de sus sesiones, condición que limita la asignación de casos a uno por terapeuta.

Una de las principales fortalezas de la APECC es el modelo de supervisión de casos, el cual favorece el seguimiento puntual de los terapeutas, quienes, al carecer de experiencia clínica, se benefician de los conocimientos y habilidades de un profesional experto y calificado, quien provee de manera formal, apoya, orienta, desarrolla y evalúa el trabajo de terapeutas en formación (Mora-Miranda, 2014).

Hasta el momento, el porcentaje de casos que concluyen se considera adecuado (85%) pese a que la calendarización de las sesiones avanzadas coincide con actividades de fin de semestre, condición que favorece que los usuarios de la estrategia no asistan con regularidad para dedicar el tiempo de la sesión al cumplimiento de las actividades académicas; sin embargo, la relación que se establece entre cada usuario y su terapeuta permite que el primero logre las metas del tratamiento (Gavino, 2005) a través de su implicación en el tratamiento, lo cual de manera informal se observa reiteradamente en la valoración final de los usuarios de la estrategia, con comentarios que se resumen en la valoración de una de las usuarias “fue muy útil, me enseñaron estrategias que me pueden ayudar a comportarme de otra forma, sin lastimarme ni lastimar a otros; las tareas me llevaron a practicar lo que veíamos en la sesión, me voy mejor de como llegué” (*sic*).

La principal área de oportunidad se encuentra precisamente en favorecer una evaluación final de la atención recibida de forma más estructurada, a través del empleo de instrumentos que acompañen el reporte verbal de los usuarios, donde sea posible identificar el nivel de satisfacción percibido, así como aquellas variables relacionadas con el trabajo terapéutico que inciden en los resultados de la intervención.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría [2002]. *Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR. Breviario*. Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría [2014]. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Gavino, A. (2005). “Habilidades del terapeuta”. En: J. Espada, J., Olivares y F. Méndez (Coords.). *Terapia psicológica, casos prácticos* (pp. 23-45). Madrid: Pirámide.
- Kuyken, W. (2006). “Evidence-based case formulation”. En: N. Tarrier (Ed.). *Case formulation in Cognitive Behaviour Therapy. The treatment of challenging and complex case* (pp. 14-35). Nueva York: Routledge.
- Lam, D., (2008). *Cognitive Behaviour Therapy. A practical guide to helping people take control*. Nueva York: Routledge.
- Mora-Miranda, M. (2014). “La supervisión clínica en Medicina Conductual”. En: A. Becerra y L. Reynoso (Coords.), *Medicina conductual: Teoría y práctica* (pp. 27-42). México: UNAM-Qartuppi.
- Muñoz, M., Roa, A., Pérez, E., Santos, A. y Colomina, A. (2014). *Instrumentos de evaluación en salud mental*. Madrid: Pirámide.
- Ruiz, M., Díaz, M., y Villalobos, A., (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales* (2a ed.). Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Wright, J. (2004). *Cognitive-Behavior Therapy*. Washington: Asociación Americana de Psicología.

Redes de Apoyo para la Salud Mental

Andrea Witt González¹
Carolina Santillán Torres Torija²

Introducción

El trastorno depresivo mayor y los trastornos de ansiedad son padecimientos frecuentes en estudiantes universitarios. La presencia de un trastorno mental no tratado, afecta el desempeño académico del estudiante y su calidad de vida. En respuesta a esta necesidad, es importante ofrecer a los estudiantes atención especializada dentro de las universidades.

La salud mental es definida por la OMS (2013) como un estado de bienestar en el cual el individuo conoce sus capacidades, puede afrontar los estresores cotidianos, puede trabajar y además contribuir a la sociedad. Es decir, tener salud mental permite el desarrollo de las potencialidades de los individuos, permite vivir plenamente.

¹ Médico Psiquiatra, técnico Académico Titular B tiempo completo de la carrera de Médico Cirujano, FES Iztacala UNAM. Encargada del área de Psiquiatría y salud mental de la FESI.

² Profesora Asociada "C" de Tiempo Completo de la carrera de Psicología, FES Iztacala UNAM. Supervisora Académica de la estrategia Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio del CAOPE.

La salud mental es un tema prioritario, los trastornos mentales y los trastornos ligados al consumo de sustancias son la principal causa de discapacidad en el mundo y son la causa de cerca del 23% de los años perdidos por discapacidad (OMS, 2013).

Lara y colaboradores realizaron un estudio en nuestro país en 2007 en el cual evaluaron la discapacidad que provocan los trastornos mentales y su impacto, en éste se reportó que los trastornos psiquiátricos relacionados con mayor discapacidad son la depresión, la fobia social y el trastorno por estrés postraumático; las áreas más afectadas en los pacientes fueron las relaciones sociales cercanas y su vida social. Entonces, los trastornos mentales afectan a los pacientes no sólo en su desempeño académico, sino también en lo social; además, ocasionan pérdida en los días laborales y generan altos costos en salud tanto para el individuo y su familia como para la sociedad.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, Medina-Mora *et al.* (2003) mencionan que las alteraciones psiquiátricas más frecuentes en la población mexicana son los trastornos de ansiedad (14.3%), afectivos (9.1%) y por uso de sustancias (9.2%). Se enfatiza también la temprana edad de inicio de los trastornos: la depresión, tiene un primer pico a los 17 años; los de ansiedad suelen iniciar a edades más tempranas, esto es, antes de los 15 años, y para los trastornos por uso de sustancias el mayor pico se encontró entre los 15 y los 30 años. Considerando únicamente la edad, tenemos en las universidades a una población altamente vulnerable de padecer algún trastorno de salud mental.

Se ha observado que apenas el 19% de las personas que padecen un trastorno mental reciben tratamiento, además, los pacientes tardan en recibir tratamiento entre 4 y 20 años desde que aparece la enfermedad, por lo que aquellas que llegan a tratamiento suelen hacerlo en un estado avanzado de la enfermedad (Heinze y Camacho, 2010); únicamente uno de cada 10 personas con patología mental recibe atención (Medina-Mora *et al.*, 2003). El poder identificar y tratar estas patologías a edades tempranas, evitaría cuadros más graves, crónicos y más difíciles de tratar.

La necesidad de atención especializada en salud mental entre la población estudiantil es evidente. El ingresar a la universidad representa una decisión importante que se toma a una edad temprana, que implica para el

estudiante múltiples cambios en su estilo de vida: mudarse a una ciudad lejos de la familia (Beiter *et al.*, 2015), vivir solo, recorrer grandes distancias, dedicar más horas al estudio y trabajos. Todos estos factores estresantes, aunados a un individuo vulnerable, constituyen un factor de riesgo para desarrollar un trastorno de salud mental.

En estudios internacionales se ha reportado una prevalencia del 20 al 50% de la presencia de un trastorno psiquiátrico en estudiantes universitarios (Hunt & Eisenberg, 2009; Auerback *et al.*, 2016; Blanco *et al.*, 2008; Verger *et al.*, 2010). En Francia, Verger (2010) reportó prevalencias por trastorno, es decir, para trastorno depresivo mayor del 8.9%, trastornos de ansiedad 8.1% y trastorno por uso de sustancias de un 8.1%. Se ha observado también que, en particular, el riesgo de un trastorno por uso de alcohol es mayor para estudiantes universitarios que jóvenes que no se encuentran en la universidad (Blanco *et al.*, 2008).

En nuestro país, Romo-Nava *et al.* (2019) realizaron un estudio en la facultad de Medicina de la UNAM en el que observaron una prevalencia de trastorno depresivo mayor del 16% y como factores asociados a la depresión el abuso emocional, historia personal de depresión e intento suicida, historia familiar de depresión y el estrés académico percibido. Relacionado con estos factores de riesgo, ha replicado en otros estudios, que estudiantes con historia familiar de depresión presentan tasas más altas de trastorno depresivo mayor, estos estudiantes reportan también 2.3 veces más la presencia de ideación suicida comparado con estudiantes sin historia familiar de depresión (Goebert *et al.*, 2009).

Es importante considerar que la presencia de un trastorno afecta la vida de los estudiantes, rendimiento académico (Bruffaerts *et al.*, 2018) y laboral, llegando incluso a dejar la carrera o tener rendimiento muy por debajo del resto de sus compañeros. En México, uno de cada cuatro alumnos que ingresa a la universidad no logra graduarse (Borges *et al.*, 2011). Existen múltiples factores asociados a que los alumnos dejen la universidad (condiciones económicas, hábitos de estudio, edad, empleo, actitud familiar hacia el estudio), sin embargo, con lo que hemos comentado antes, resulta inevitable pensar que algunas de estas deserciones estén relacionadas con la presencia de algún trastorno mental.

Borges *et al.* (2011) realizaron un estudio para determinar aquellos trastornos relacionados con el abandono escolar, en el cual se reportan como los trastornos más asociados a abandono escolar el uso de sustancias y el trastorno de control de impulsos.

Schwenk y Davis (2010) observaron que los estudiantes de medicina con trastorno depresivo mayor presentan alteraciones cognitivas como desesperanza, fracaso, culpa excesiva, dificultad para la toma de decisiones, autocrítica, miedo intenso al futuro, duda de sus capacidades, además de sentimientos negativos como miedo e inseguridad, los cuales pueden afectar de forma notable su desempeño escolar y laboral.

Una de las principales Barreras para recibir atención especializada en los jóvenes es el estigma (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010). Éste puede ser tanto percibido como personal, el primero, son las creencias que tiene un individuo acerca de cómo otros miembros de una comunidad ven la salud mental y a las personas con patologías mentales; el segundo está relacionado con los estereotipos e ideas propias del individuo.

Eisenberg *et al.* (2009) realizó un estudio en 5555 estudiantes de 13 universidades, observó que a pesar de que el estigma percibido es más frecuente, el estigma personal es el que más se asocia a que el estudiante no busque atención especializada.

De acuerdo al informe de actividades del 2017 de la Dra Patricia Dávila, Directora de la FES Iztacala, se reporta que en el Examen Médico Automatizado realizado a los alumnos de primer ingreso, 956 alumnos se encontraban en un nivel de vulnerabilidad alto en relación con su salud, es decir, mostraron síntomas de alguna enfermedad o adicción a tabaquismo, alcoholismo y consumo de sustancias psicotrópicas y problemas de violencia intrafamiliar, abuso sexual e ideación suicida.

Considerando lo expuesto, es evidente la necesidad de atención en salud mental en las universidades. Para dar respuesta a estas necesidades las autoridades de la FES Iztacala se han esforzado en generar diversos programas de salud mental para estudiantes universitarios como CREAS y CAOPE.

Metodología

Acuden al consultorio de psiquiatría y salud mental de la FES Iztacala UNAM alumnos, trabajadores, académicos, ex alumnos y alumnos de la UNAM de otras facultades aledañas a la zona que no cuentan con este servicio en sus facultades (FES Cuautitlán, FES Acatlán, FES Zaragoza), además de población abierta, de forma personalizada, para obtener una cita.

En el caso de los estudiantes estos suelen acudir provenientes del servicio de CREAS, CAOPE o atención psicológica de la clínica universitaria con una nota de envío con un breve resumen del estudiante solicitando la atención, sin embargo, algunos acuden por iniciativa propia o bien enviados por parte de sus profesores, jefatura de enseñanza o en el caso de medicina de sus coordinadores clínicos. Se ofrece además atención de emergencia para pacientes que se encuentren en crisis y requieren atención inmediata.

Durante la valoración inicial, se realiza una extensiva historia clínica en la cual se recopilan todos los antecedentes del paciente, historia de salud mental previa y padecimiento actual, además de realizar exploración física y mental; en esta valoración inicial se determina si requiere manejo psiquiátrico y qué modalidad de este. En caso de que no requiera manejo psiquiátrico se contrarreferirá a Psicología para continuar con apoyo psicoterapéutico únicamente o bien se dará de alta a su domicilio.

En caso de que sea candidato para recibir manejo psiquiátrico se determinará la gravedad del cuadro. En el caso de padecimientos graves en los que se detecte algún riesgo para el paciente o sus familiares, serán enviado a hospital psiquiátrico para recibir manejo intrahospitalario y estabilizar el cuadro agudo. A estos pacientes se les lleva a trabajo social, ahí se podrán en contacto con sus familiares para que acudan a la clínica universitaria para recibir indicaciones del médico psiquiatra y la hoja de referencia.

Aquellos padecimientos que requieran manejo interdisciplinario por diversos servicios o pacientes con cuadros crónicos que requieran atención de urgencias (anorexia nerviosa, esquizofrenia, trastorno límite de la personalidad grave) serán referidos a algún centro de atención de tercer nivel (Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente, Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez o bien, en caso de ser derechohabientes al IMSS o ISSSTE) para recibir atención interdisciplinaria. Los pacientes con cuadros moderados o graves sin riesgo, se les dará seguimiento por medio de la consulta externa de psiquiatría de la clínica universitaria (Figura 12.1).

Las citas de seguimiento al igual que la historia clínica tienen una duración aproximada de una hora. Se realizarán diagnósticos de acuerdo al DSM 5 y tratamientos específicos de acuerdo a cada patología basado en guías de tratamiento tanto nacionales como internacionales.

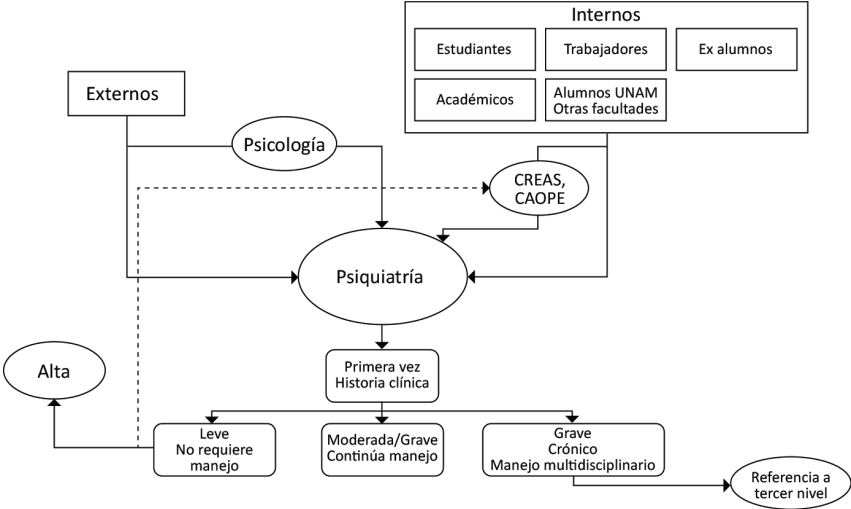


Figura 12.1. Flujograma de atención para trastornos mentales.

Resultados

El consultorio de psiquiatría inició funcionamiento en septiembre del 2015. Se han otorgado un total de 1957 consultas con duración de una hora, de las cuales 912 corresponden a consultas de estudiantes de la FES Iztacala (Cuadro 12.1).

Cuadro 12.1. Diagnósticos más frecuentes en alumnos de la FES Iztacala.

Diagnóstico	Hombre	Mujer
Depresión	47	104
Trastorno de ansiedad generalizada	20	76
Adaptativo	10	16
Trastorno por estrés postraumático	7	4
Ataques de pánico	7	15
Bipolar	4	3
Fobia social	2	2
Espectro del trastorno obsesivo compulsivo	2	4
Alcohol	1	0
Sustancias	1	2
Trastorno por déficit en la atención	0	3
Otro	15	131

Fuente: creación propia

Se han atendido un total de 260 estudiantes de la FESI. De éstos, 47.7% corresponden a Médico Cirujano, 24.3% a Psicología, 7.8% a Biología, 4.4% a Cirujano Dentista, 6.5% de Enfermería, 0.8% Optometría y 12.7% estudiantes de maestría. Con una edad media de 22.86 años.

Los diagnósticos más frecuentes fueron trastorno depresivo mayor moderado, trastorno depresivo persistente y trastorno de ansiedad generalizada.

Conclusiones

Se presentó el trabajo realizado por el área de psiquiatría de la FES Iztacala, el cual a pesar de tratarse de un programa relativamente nuevo en la Facultad, ha logrado alcanzar un gran número de estudiantes; los datos muestran la necesidad de atención de los estudiantes universitarios y reflejan la alta prevalencia de trastornos mentales en estudiantes universitarios (Hunt & Eisenberg, 2009; Auerback *et al.*, 2016; Blanco *et al.*, 2008; Verger *et al.*, 2010).

En los resultados se encontró que las principales patologías observadas en los estudiantes fueron el trastorno depresivo mayor y el trastorno de ansiedad generalizada (Verger *et al.*, 2010; Beiter *et al.* 2015)

Una de las limitaciones de los resultados es que no se determinó si la sintomatología depresiva y ansiosa inició previo a su ingreso a la carrera o si surgió posterior a su ingreso, Auerbach (2016) reportó que el 83% de los estudiantes con trastornos psiquiátricos iniciaron con la sintomatología antes de ingresar a la universidad.

Considerando el retraso en la atención en salud mental y la edad temprana de inicio de los trastornos psiquiátricos en nuestro país (Medina-Mora *et al.*, 2003), el tener a los estudiantes universitarios concentrados en una institución educativa, constituye un área de oportunidad, y de responsabilidad, para poder diagnosticar, otorgar atención oportuna a aquellos estudiantes que lo requieran y, además, ofrecer programas de prevención en salud mental (Beiter, Nash, McCrady, Rhoades, Linscomb, Clarahan y Sammut, 2015).

Como parte del interés de la FES Iztacala de crear estrategias de prevención para los alumnos, es en el 2019 que se iniciará con una materia optativa para todas las carreras de la Facultad a través de la cual

se pretende concientizar a los estudiantes sobre cómo cuidar la salud mental propia y de aquellos que les rodean.

Referencias

- Auerbach, R. P., Alonso, J., Axinn, W. G., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Green, J. G., & Hwang, I. (2016). Mental disorders among college students in the World Health. *Psychological Medicine*, 46(14), 2955-2970.
- Beiter, R., Nash, R., McCrady, M., Rhoades, D., Linscomb, M., Clarahan, M., & Sammut, S. (2015). The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students. *Journal of affective disorders*, 173, 90-96.
- Blanco, C., Okuda, M., Wright, C., Hasin, D. S., Grant, B. F., Shang-Min, L., & Olfson, M. (2008). Mental health of college students and their non-college-attending peers: results from the National Epidemiologic Study on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 65, 1429-1437.
- Borges, G., Medina Mora-Icaza, M. E., Benjet, C., Lee, S., Lane, M., & Breslau, J. (2011). Influence of mental disorders on school dropout in Mexico. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 30, 477-483.
- Bruffaerts, R., Mortier, P., Kiekens, G., Auerbach, R., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., & Kessler, R. (2018). Mental Health Problems in college freshmen: prevalence and academic functioning. *Journal of affective disorders*, 225, 97-103.
- Dávila, P. (2017). *Primer Informe de actividades*. [En línea]. Tlalnepantla, México: FES Iztacala, UNAM. Obtenido de: <http://www.planeacion.unam.mx/informes/PDF/FESI-2016-2017.pdf>
- Eisenberg, D., Dows, M., Golberstein, E., & Zivin, K. (2009). Stigma and help seeking for mental Health among college students. *Medical Care Research and Review*, 66, 522-541.
- Goebert, D., Thompson, D., Takeshita, J., Beach, C., Bryson, P., Ephgrave, K., & Kent, A. (2009). Depressive symptoms in medical students and residents: A multischool study. *Academic medicine*, 84, 236-24.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 10, 113.
- Heinze, G., y Camacho, P.V. (2010). *Guía clínica para el Manejo de Ansiedad*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).
- Hunt, J. & Eisenberg, D. (2009). Mental Health Problems and seekig Behavior among college students, *Journal of adolescent Health*, 46, 3-10.
- Lara, M. C., Medina-Mora, M. E., Borges, G., & Zambrano, J. (2007). Social Cost of mental disorders: disability and work days lost. Results from the Mexican survey of psychiatric epidemiology. *Salud Mental*, 30, 4-11.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., y Villatoro, J. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26, 1-16.
- Organización Mundial de la Salud (2013). Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. Organization World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine* 46, 1-16. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/eb130/b130_9-sp.pdf
- Romo-Nava, F., Bobadilla-Espinosa, R., Tafoya, S., Guizar-Sanchez, D., Gutierrez, J., Carriedo, P., & Heinze, G. (2019). Major depressive disorder in Mexican medical students and associated factors: A focus on current and past abuse experiences. *Journal of Affective Disorders*. 245, 834-840
- Verger, P., Guagliardo, V., Gilbert, F., Rouillon, F., & Kovess-Masfety, V. (2010). Psychiatric disorders in students in six French universities: 12-month prevalence, comorbidity, impairment and help-seeking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 189-199.

Centro de Apoyo
Psicológico y Educativo
a Distancia, CAPED

Anabel De la Rosa Gómez¹

Introducción

Una de las metas de la educación universitaria es graduar a profesionales que tengan conocimientos, habilidades y actitudes adecuadas para desarrollarse en forma exitosa. Acorde a la literatura, algunas de las dificultades más significativas que experimentan los alumnos durante su formación y que potencializan la posibilidad de abandono o rezago, corresponden a malestares y trastornos percibidos como episodios de ansiedad, depresión, dificultades del aprendizaje y fobias sociales, entre otros. Si bien en lo que respecta a la eficiencia terminal, hay una cierta tendencia a su reducción en las casi dos últimas décadas en México, la eficiencia terminal comparada al número de estudiantes que ingresan revela que continúan existiendo problemas en la conclusión de los estudios universitarios, provocados sobre todo por las dificultades escolares, así como por las dificultades emocionales y afectivas.

¹ Facultad de Estudios Superiores Iztacala-SUAyED

De forma particular en la educación universitaria se ha reportado que existen factores que tienen efecto negativo en la salud emocional y desempeño académico de los estudiantes, tales como: carga de trabajo, demandas académicas, estresores sociales, problemas económicos y el ajuste inherente al ambiente universitario, etc. (Álvarez y Cáceres, 2010); la presencia de estrés académico y depresión en el alumnado son causas de abandono de los estudios por bajo rendimiento o indecisiones vocacionales (Adlaf, Gliksman, Demers, & Newton, 2011; García, Pérez, Pérez y Natividad, 2011). Es así que el proceso de aprendizaje implica resistir adecuadamente ritmos y exigencias de adaptación y respuestas de todo tipo, además de la capacidad de autorregularse para responder en la medida adecuada sin caer en situaciones de exacerbación o alteración emocional como indefensión, apatía, depresión y ansiedad –distrés psicológico– (Al-Qaisy, 2011; Gaxiola, González y Gaxiola, 2013).

Respecto a la asociación entre rendimiento académico y el distrés psicológico, ésta ha sido abordada en diversos estudios (De la Rosa, Rodríguez, & Rivera, 2017; De Roma, Leach, & Leverett, 2009). Mientras que algunos autores consideran que el bajo rendimiento académico es el factor causal o predictor de la depresión (Campo *et al.*, 2005; Santillán *et al.*, 2016) otros consideran que la relación es inversa, esto es, que el rendimiento académico se ve afectado por el abatimiento del estado de ánimo (Roh, Jeon, Kim, Han & Hahm, 2010).

Con respecto a las estrategias de afrontamiento que despliegan con más frecuencia los estudiantes universitarios se encuentran las de evitación, es decir, que los comportamientos están orientados a distanciarse de la situación estresante (Casari, Anglada y Daher, 2014; Palacio, Caballero, González, Gravini y Contreras, 2012). Asimismo, en cuanto a la relación entre los niveles de ansiedad y estrategias de afrontamiento, los resultados informan que a menores niveles de ansiedad los estudiantes implementan con mayor frecuencia estrategias de acercamiento como la solución de problemas y la reevaluación positiva; mientras que a mayores niveles de ansiedad se incrementan las estrategias de evitación tanto cognitivas como la aceptación-resignación y, conductuales como la descarga emocional (Feldman *et al.*, 2008).

Los estudios al respecto del estrés académico señalan que las carencias de autoconfianza crean un patrón de vulnerabilidad que deja a

los estudiantes en condiciones de baja resistencia y escaso optimismo acerca de sus posibilidades y las del entorno para poder salir adelante, lo cual desencadena trastornos de diversa índole psicosocial que no son atendidos regularmente por los servicios de apoyo institucional debido a diversas razones; situación que incide en el desempeño académico, las relaciones sociales y la afectividad misma del estudiante (Feldman *et al.*, 2008; Solorzano y Ramos, 2006).

Al respecto de la intervención, en las últimas décadas los hallazgos derivados de la investigación indican que las intervenciones cognitivo-conductuales, desde la perspectiva centrada en trastornos específicos, han mostrado un gran apoyo empírico y constituyen el tratamiento de primera línea para la atención de ansiedad y depresión (Bradley *et al.*, 2005; Cuijpers, van Straten, Andersson, & van Oppen, 2008; Kazdin, 2015). Los tratamientos psicológicos basados en la evidencia que han demostrado ser eficaces para los trastornos emocionales (TE) son: a) la terapia de exposición; b) técnicas para el manejo de ansiedad; y c) terapia cognitiva (Hofmann & Smits, 2008). Sin embargo, estos tratamientos son poco utilizados (Mohr *et al.*, 2010). Se han advertido diversas razones que explican el acceso limitado y la poca disponibilidad a las intervenciones eficaces; una minoría de personas buscan atención psicológica de forma activa debido a su propia condición de malestar emocional por miedo al estigma social, por cuestiones geográficas que los separan de los centros de salud, por cuestiones de tiempo, preferencia por otro tipo de tratamiento o auto-ayuda, por el costo elevado que representa el apoyo psicológico, lo cual lo hace inaccesible e incosteable tanto para el usuario como para el sistema de salud pública (Berenzon *et al.*, 2013; Gorman, Blow, Ames, & Reed, 2011).

Ahora bien, el avance tecnológico ha generado alternativas para la asistencia psicológica, tanto para la evaluación como para el tratamiento de distintos trastornos emocionales. Así es que surge el término telepsicología, derivado del área de la telesalud, y que se refiere a la provisión de servicios de salud a distancia (*Standing Committee of Family and Community Affairs*, 1997), mediante el uso de videoconferencia, teléfono, radio, televisión e Internet para poner en contacto a los usuarios con profesionales de la salud mental. Sin duda, una de las tecnologías más usadas para tener acceso a los programas de telepsicología es Internet.

En los últimos años se ha observado un aumento de iniciativas dirigidas a la promoción e intervención en salud mental mediadas por tecnología y que han favorecido el acceso y la diseminación de intervenciones eficaces sin importar distancias, barreras físicas y sociales (Cárdenas, Flores y De la Rosa, 2012). La evidencia sugiere que los tratamientos mediados por Internet son eficaces para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y depresión (Andersson & Cuijpers, 2009; Cárdenas, Botella, Quero, De la Rosa y Baños, 2014; Königbauer *et al.*, 2017). Asimismo, los datos de metaanálisis revelan que estas intervenciones son tan eficaces como los tratamientos presenciales (Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy, & Titov, 2010; Cuijpers, van Straten, Warmerdam, & Andersson, 2009).

Para el caso del alumnado de la licenciatura en Psicología del Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia (SUAYED) de la UNAM, se ha detectado e informado en coincidencia con la literatura científica que las causas de abandono de mayor incidencia son ocasionados por problemas emocionales de la vida personal, o bien aquellas derivadas del momento socioambiental tomando en cuenta las regiones donde residen a lo largo del país o en el extranjero, o las generadas por las vicisitudes que presenta el reto de estudiar y trabajar simultáneamente (De la Rosa, Rodríguez, & Rivera, 2017; Miranda y Peralta, 2018). Dichos estresores de vida aumentan la probabilidad de abandono de estudios o impactan negativamente en el rendimiento académico; sin embargo, rara vez se consideran en la instituciones educativas, por lo que evaluar y brindar orientación psicoemocional y educativa se convierte en una necesidad de salud integral para la población estudiantil acorde a las necesidades de la modalidad educativa.

En este sentido, con la finalidad de solventar las necesidades detectadas en este ámbito, y aprovechando la infraestructura en el acceso a los medios tecnológicos, la Coordinación de Educación a Distancia (COED) de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y con apoyo del financiamiento del Programa de Apoyo a Proyectos para la Innovación y Mejoramiento de la Enseñanza <PAPIME; PE300916, PE303817, PE304218> en el 2015 se creó el Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED), permitiendo: (1) un escenario de práctica para el desarrollo de competencias clínicas y psicoeducativas en

estudiantes de Psicología SUAyED en las áreas de profundización de clínica y educativa, (2) brindar apoyo psicológico y orientación educativa a estudiantes en modalidad a distancia, (3) vincular líneas de investigación emergentes en las áreas de psicología clínica y educativa. Asimismo, permite dar respuesta al Plan de estudios de la carrera de Psicología a distancia, en donde se plantea como imperativo el desarrollo de estancias de práctica en escenarios reales como eje sustantivo de la formación profesional.

Debido a las condiciones de comunicación asincrónica de los alumnos, el apoyo psicológico y la orientación educativa es brindado a través de aplicativos virtuales que permiten tanto la evaluación como la consejería en modalidad a distancia, donde son los propios alumnos y futuros profesionales competentes quienes atienden las necesidades de la comunidad estudiantil y desarrollan habilidades propias de su profesión durante el proceso. De esta forma se fortalece la formación práctica de los estudiantes de la licenciatura bajo supervisión de especialistas y permite que las intervenciones cuenten con bases teóricas y metodológicas que el SUAyED-Psicología pretende fomentar en el alumnado, y que incide en la calidad de los servicios que ofrece a la comunidad.

A nivel institucional, el presente proyecto retomó los ejes estratégicos no. 5 (2012-2016) y no. 1 (2016-2020) del Plan de Desarrollo Académico Institucional (PDAI) de la FESI que declaran entre sus líneas de acción brindar eficazmente un apoyo integral a los alumnos en aspectos académicos como salud física y emocional, particularmente, lo relacionado a dotarlos de estrategias para enfrentar sus problemas de tipo social, familiar, de salud y académicos, a través de la consolidación y diversificación del CAOPE en el área de Salud Emocional y del CAPED. De esta forma desde el año 2017 el proyecto forma parte de las estrategias del CAOPE brindando apoyo y orientación a los estudiantes de las seis carreras presenciales de la Facultad.

Objetivos

- Brindar apoyo psicológico y orientación educativa a distancia dirigido a los estudiantes de la carrera de Psicología SUAyED con la finalidad de disminuir el malestar emocional y su impacto en el rendimiento académico, y de ser necesario canalizar al estudiante

a la instancia correspondiente que le ofrezca un servicio especializado acorde a sus necesidades.

- Crear un escenario de práctica profesional que permita la formación de alumnos de 7° a 9° semestre de la licenciatura en Psicología a distancia en las áreas clínica y educativa.

Modalidades de atención

- *Apoyo psicológico:* Se brinda asesoría psicológica basada en un modelo de terapia breve para aquellos alumnos que presenten alteraciones de la conducta y conflictos emocionales que afecten algunos ámbitos de su vida. Se ofrece apoyo a corto plazo que puede ir de dos a seis sesiones dependiendo del caso y acorde al tipo de intervención que se requiera. En caso de ser necesario o requerir mayor seguimiento se realiza la canalización pertinente a instituciones especializadas.
- *Orientación educativa.* Se orienta en atender las necesidades educativas en cuanto habilidades de aprendizaje, hábitos y estrategias que faciliten el estudio en línea de los diferentes módulos y que favorezcan la planeación y organización del trabajo académico.

Método

Participantes

Se inició el tratamiento con 725 alumnos, 552 mujeres y 173 hombres, que solicitaron el servicio de atención psicológica al CAPED durante los años 2015 al 2018. El 92.7% fueron de la carrera de Psicología SUAyED y el 7.3% de carreras presenciales (Cuadro 13.1). La edad promedio fue de 32.5 años ($DE = 9.5$) con un rango entre 17 y 70 años. Al momento de realizar la solicitud referían como motivo de consulta situaciones relacionadas con malestar emocional y rendimiento académico (Cuadro 13.2).

Cuadro 13.1. Carreras en las que se encuentran inscritos los estudiantes solicitantes

Carrera	f	%
FES-A Comunicación	1	0.13
FES-A Lenguas y Literatura Hispánicas	1	0.13
FES-C Bioquímica diagnóstica	2	0.27
FES-C Veterinaria	1	0.13
FES-I Biología	4	0.55
FES-I Cirujano Dentista	11	1.51
FES-I Enfermería	4	0.55
FES-I Médico Cirujano	7	0.96
FES-I Optometría	4	0.55
FES-I Psicología SUAyED	672	92.68
FES-I Psicología	17	2.34
FFyL Filosofía	1	0.13

Cuadro 13.2. *Motivos de consulta*

Motivos de consulta	f	%
Ansiedad y/o estrés	114	15.72
Depresión	81	11.17
Duelo	24	3.31
Competencias/hábitos de estudio	103	14.20
Motivación	50	6.89
Regulación emocional	142	19.58
Pareja	31	4.27
Canalización	38	5.24
Habilidades sociales	13	1.79
Hábitos de salud	7	0.96
Autoestima	26	3.58
Familiar	37	5.10
Conocimiento	27	3.72
Deserción escolar	9	3.27
Enfermedad crónica	9	3.27
Estrés postraumático	14	1.93

Criterios de inclusión: (a) realizar una solicitud al CAPED para atender un problema psicológico de índole emocional y/o académico; (b) tener entre 18 y 70 años; (c) aceptar participar de manera voluntaria en la intervención; (d) ser estudiante activo de la FES Iztacala; (e) firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: (a) ser consumidor de alcohol y/o drogas; (b) al momento del estudio estar en otro tratamiento psicológico y/o farmacológico; (c) que el usuario requiera atención psicológica en crisis, y (d) que el usuario no cumpla con el perfil para ser atendido bajo la modalidad a distancia.

Instrumentos

Consentimiento informado. Se abordan los lineamientos bajo los cuales se otorga la atención psicológica mediante el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en formato de videoconferencia en sesiones semanales de una hora de duración a lo largo de 6 a 8 semanas, aproximadamente. Se menciona que en el CAPED no se atiende a usuarios en caso de que se requiera atención psicológica en crisis, se ponga en riesgo la vida del usuario o que no cumpla con el perfil para ser atendido bajo la modalidad a distancia; en cuyo caso, se le canalizará a instituciones de atención psicológica, psiquiátrica y/o de salud que puedan brindarle el servicio que requiere de acuerdo a su problemática y área de localización geográfica; además, se presentan los motivos de baja del servicio: inasistencia a tres sesiones, tener problemas psicológicos crónicos graves o estar bajo tratamiento psiquiátrico. Tras aceptar este consentimiento informado, los usuarios proceden a contestar los siguientes instrumentos:

Ficha de datos sociodemográficos. Se utiliza para recolectar la información sociodemográfica del usuario: sexo, edad, semestre en curso, estado civil, ocupación principal, entre otros.

Inventario de Depresión de Beck (IDB; Beck, 1961). Consta de dos factores constituidos por un total de 21 reactivos. El factor de síntomas afectivos-cognoscitivos está compuesto por 14 reactivos referentes a:

tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, expectativas de castigo, autodesprecio, autoacusación, ideas suicidas, episodios de llanto, irritabilidad, retirada social, indecisión y cambios en la imagen corporal. El factor de síntomas vegetativos y somáticos está conformado por siete reactivos referentes a: enlentecimiento, insomnio, fatiga, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupaciones somáticas y bajo nivel de energía. El inventario maneja una escala tipo likert de 0 a 3, donde 0 indica que *no hay síntoma depresivo*, 1 *síntoma leve*, 2 *síntoma moderado* y 3 *síntoma grave*. El punto de corte para el diagnóstico es de 14 o más. La versión en español para población mexicana (Jurado, Villegas, Méndez, Loperena y Varela, 1998) tiene un alfa de cronbach de 0.94.

Inventario de Ansiedad de Beck (IAB) (Beck, Brown, Epstein, & Steer, 1988). Cuenta con 21 reactivos cuyo formato de respuesta es de escala Likert de 4 opciones (0 que es en absoluto hasta el 3 que es severamente). Se empleó el instrumento en su versión en español para población mexicana (Robles, Varela, Jurado, & Páez, 2001). Tiene un alfa = 0.82.

Material

Manual de entrenamiento para asesores psicológicos a distancia (De la Rosa, 2016). Manual realizado con el objetivo de brindar la información básica para el entrenamiento del asesor psicológico para dirigir una intervención de consejería emocional a distancia.

Sistema de Evaluación Inteligente e Interfaz para videoconferencia y Chat en plataforma Moodle. Constituye un escenario virtual de interacción entre usuario-asesor a lo largo del proceso de atención psicológica y orientación educativa. Por sí mismo es un espacio en el que se llevan a cabo los procesos de evaluación e intervención psicológica, pues alberga los recursos y medios disponibles, entre materiales y recursos audiovisuales, formatos de registro y actividades, calendarización de citas, recursos de apoyo e instrumentos de evaluación, así como alberga el acceso al servicio de chat y videoconferencia, medio esencial para llevar a cabo la sesión en línea.

Procedimiento

El programa de práctica supervisada contempla que los alumnos realicen una estancia de práctica clínica o educativa de cinco meses. Previo a la estancia de práctica supervisada, el alumno ya cuenta con fundamentos y antecedentes de los diferentes procedimientos y técnicas propios de formación académica, así como los criterios de prescripción y las actividades terapéuticas relacionadas con los diversos procedimientos de cambio conductual. Dado que el objetivo de la estancia es lograr que el estudiante lleve a la práctica las diferentes técnicas y procedimientos en ambientes virtuales propios de la modalidad a distancia, los alumnos seleccionados cursan un entrenamiento intensivo e inducción a la práctica por un total de 25 horas a lo largo de una semana, donde reciben los fundamentos referentes a los antecedentes de las intervenciones psicológicas mediadas por tecnologías y consejería psicológica vía Internet. Al término de la capacitación, el estudiante es evaluado en competencias clínicas a través de una sesión virtual (videoconferencia) con un usuario simulado. En dicha sesión, un voluntario simula una problemática estandarizada, que el asesor desconoce y que debe evaluar para el análisis de caso y aplicar alguna técnica de intervención cognitivo conductual.

Durante la estancia de práctica, los estudiantes reciben supervisión en modalidad individual y grupal por profesores con amplia experiencia en el campo, quienes atienden sus dudas y les asisten en la formulación de sus tratamientos e intervenciones a través de (1) supervisión “*in situ*”, es decir, que los asesores se encuentran acompañados por un supervisor de guardia que les asiste en caso de emergencias, así como les orienta en la intervención de cada uno de sus usuarios, y (2) supervisión plenaria semanal, donde se comparten aprendizajes e intercambian opiniones sobre casos clínicos. Al finalizar la estancia, se realiza de nueva cuenta la evaluación simulada aplicando el mismo procedimiento descrito anteriormente.

Consejería a distancia. Tratamiento

Se realizó la difusión del servicio en medios de comunicación institucionales, con el objetivo de que éste sea conocido por los usuarios meta y puedan solicitar y recibir atención psicológica y orientación educativa. Los candidatos enviaron una solicitud de servicio vía formulario

del sitio web; el coordinador operativo del programa asignó un asesor u orientador a distancia, que desde el centro de apoyo psicológico le brindó la intervención. El asesor psicológico realizó una primera sesión por videoconferencia para conocer el motivo de consulta del usuario, así como para explicar el servicio y el tipo de intervención (Figura 13.1). Después de la primera sesión por videoconferencia, el asesor realizó las evaluaciones pertinentes vía Internet y estableció junto con el usuario fecha y horario para realizar las sesiones de consejería u orientación; la intervención puede ir desde una a ocho sesiones, una vez por semana, en modalidad a distancia y, dependiendo del tipo de intervención: consejería (2-5 sesiones) y terapia breve (3-8 sesiones), con una duración de 60 minutos, las cuales se llevaron a cabo vía Internet empleando una aplicación para videoconferencia o chat desde el sitio web del CAPED (<http://caped.iztacala.unam.mx/>) vinculado a la plataforma Moodle. Durante la intervención clínica se utilizaron técnicas cognitivo-conductuales con las cuales los usuarios adquieren las herramientas necesarias para resolver su problemática. Una vez finalizadas las sesiones de tratamiento se programaron las evaluaciones postratamiento.



Figura 13.1. Asistencia síncrona y monitoreo de asesores psicológicos del CAPED.

Resultados

De los 750 alumnos atendidos, 150 finalizaron la intervención. En los cuadros 13.3 y 13.4 se presentan los datos sociodemográficos de los participantes.

Cuadro 13.3. Datos sociodemográficos

Sexo	<i>f</i>	%	Estado civil	<i>f</i>	%	Ocupación	<i>f</i>	%
Hombre	26	17.3	Soltero(a)	39	26	Estudiante	90	60
			Casado(a)	10	6.6			
			Divorciad(o)	31	20.6			
Mujer	124	76.1	Unión libre	37	24.6	Trabaja y estudia	60	40
			No contestó	33	22			

Cuadro 13.4. Datos sociodemográficos por carrera

Carrera	<i>f</i>	%	Sistema Escolar	<i>f</i>	%
Bioquímica diagnóstica	1	0.6	Escolarizado	14	9.3
Enfermería	1	0.6			
Cirujano Dentista	2				
Médico Cirujano	3	2	A distancia	136	90.6
Psicología	7				
Psicología SUAyED	136	90.6			

Para conocer la eficacia de la intervención se computó a través del programa SPSS versión 21 la prueba *t de Student* para muestras relacionadas, encontrando diferencias significativas en el IDB ($t = 11.71, p < .000$) al comparar la medida antes ($\bar{x} = 20.3, DE = 10.2$) y después del tratamiento vía Internet ($\bar{x} = 8.5, DE = 9.6$) y también en el IAB se mostró cambio significativo ($t = 8.8, p < .000$) entre la medida pre ($\bar{x} = 18.9, DE = 12.6$) y la posintervención ($\bar{x} = 9.9, DE = 9.6$) (Figura 13.2).

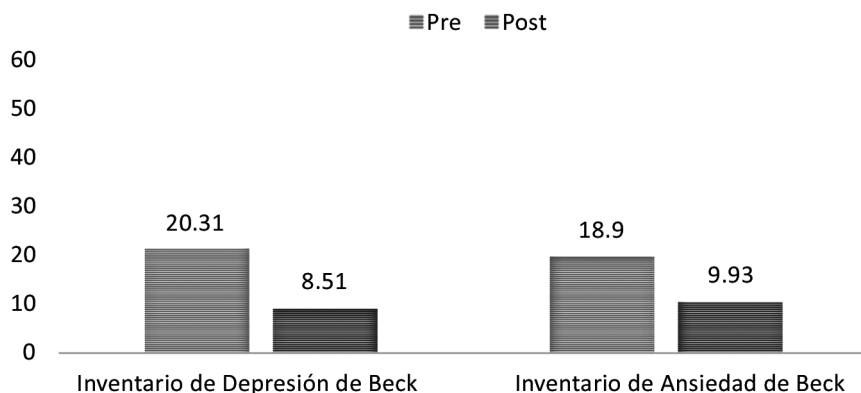


Figura 13.2. Medidas de ansiedad y depresión antes y después de la intervención vía Internet.
Nota: n=150.

Para el análisis específico de eficacia de la intervención por sexo, se evaluaron 124 usuarias del CAPED con el Inventario de depresión de Beck, antes de recibir asesoría psicológica en línea, mostrando una $\bar{x} = 20.9$ (depresión moderada) (DE = 10.17). Al término de la asesoría psicológica cognitivo conductual se realizó una nueva medición informando una media de 8.72 (depresión leve) (DE = 9.35). Se aplicó la prueba *t de Student* para muestras relacionadas encontrando que las diferencias entre las medidas previas y posteriores son significativas ($t = 11.22, p < .000$). Con respecto al Inventario de ansiedad de Beck, antes de recibir asesoría psicológica en línea se informó de una $\bar{x} = 20$ (ansiedad moderada) (DE = 12.3) y después se mostró una media de 9.9 (ansiedad leve) (DE = 8.8). Se aplicó la prueba *t de Student* para muestras relacionadas encontrando que las diferencias entre las medidas previas y posteriores son significativas ($t = 9.6, p < .000$).

En el caso de los varones, se valoraron a 26 usuarios con el Inventario de depresión de Beck, antes de recibir asesoría psicológica en línea encontrando una media de 17.58 (depresión moderada) (DE = 10.2) y después de la intervención $\bar{x} = 7.54$ (normalidad), (DE = 10.9). Se aplicó la prueba *w de Wilcoxon* para muestras relacionadas encontrando que las diferencias entre las medidas previas y posteriores

son significativas ($z = -3.27, p < .001$). Con respecto al Inventario de ansiedad de Beck, se mostró antes de la intervención una media de 13.65 (ansiedad leve) ($DE = 13$) y después una media de 10.08 (ansiedad leve) ($DE = 12.78$). Se aplicó la prueba w de *Wilcoxon* para muestras relacionadas encontrando que las diferencias entre las medidas previas y posteriores son significativas ($z = -2.45, p < .014$).

Discusión

El propósito del proyecto fue conocer la eficacia de un programa de intervención cognitivo-conductual brindado en modalidad en línea a través del CAPED de la FES Iztacala. Los datos preliminares nos muestran resultados positivos al incorporar nuevas tecnologías a la enseñanza de competencias clínicas en estudiantes universitarios a distancia y proponen una alternativa prometedora ante la carencia de escenarios de práctica profesional para lograr que los estudiantes puedan involucrarse en escenarios reales propios a sus intereses o a la propia estructura curricular. En este sentido, nuevas avenidas de investigación y desarrollo tecnológico se abren para el desarrollo de escenarios virtuales para la enseñanza práctica para la atención en el ámbito de la salud, ya que integra la tecnología educativa con el propósito de proveer un escenario alternativo a los estudiantes que les permitan la flexibilidad para desarrollar competencias que la situación de aprendizaje demande para la toma de decisiones en el contexto profesional.

Por otro lado, la consejería psicológica vía Internet, como un escenario innovador para la formación de habilidades clínicas para los estudiantes de Psicología del SUAyED, brinda ventajas principalmente al estudiante-terapeuta en esta etapa de formación o actualización profesional. El empleo de aplicaciones de comunicación virtuales sincrónicas y asincrónicas a través de Internet facilitan la posibilidad de contar con registros de la comunicación mantenida entre el psicólogo y el paciente, que con previo consentimiento del usuario, pueden ser empleados como material de supervisión clínica, que permite que el terapeuta y supervisor realicen un análisis más cuidadoso de la conducción del problema o fenómeno psicológico con el fin de diseñar un tratamiento más eficaz y llevar a cabo una búsqueda más precisa para evaluar la eficacia del tratamiento. Otra ventaja para los terapeutas es

que en cualquier momento el supervisor puede asesorarlo y guiarlo con respecto a las decisiones a tomar en beneficio de los usuarios meta. Así, las posibilidades técnicas de las nuevas tecnologías permiten la evaluación y el tratamiento de un gran número de personas de muchos lugares a través de modalidades de bajo costo.

Los indicadores de cambio permitieron probar la eficacia de la propuesta actual; sin embargo, se continuará en futuros estudios con la medición de los efectos del programa de práctica supervisada para el desarrollo de habilidades clínicas, declaraciones cognitivas, formulaciones de tratamiento, adherencia a protocolos de tratamiento, así como la relación entre el nivel de competencia del terapeuta y la eficacia de tratamientos cognitivo-conductuales. Otra limitación de nuestro estudio piloto es el tamaño de la muestra, es necesario probar la eficacia de este programa de intervención en muestras más grandes usando diseños de grupo, incluyendo grupos de control y otros grupos de tratamiento.

Finalmente, la capacitación de los estudiantes en esta modalidad innovadora y su incipiente aplicación en México permite dotar al estudiante de conocimientos especializados que fortalecen su nivel de competencia y lo colocan a la vanguardia como profesional en estas especialidades de reciente desarrollo.

Referencias

- Adlaf, E., Gliksman, L., Demers, A., & Newton, B. (2001). The prevalence of elevated psychological distress among Canadian undergraduates: Findings from the 1998 Canadian Campus Survey. *Journal of American College Health*, 50(2), 67-72.
- Álvarez, L. y Cáceres, L. (2010). Resiliencia, Rendimiento Académico y Variables Sociodemográficas en Estudiantes Universitarios de Bucaramanga (Colombia). *Psicología Iberoamericana*, 18(2), 37-46.
- Al-Qaisy, L. (2011). The relation of depression and anxiety in academic achievement among group of university students. *International Journal of Psychology Counseling*, 3(5), 96-100.
- Anderson, G. & Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(4), 196-205.
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-analysis. *PLoS ONE*, 5(10), 1-6.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Berenzon, S., Saavedra, N., Medina-Mora, M. E., Aparicio, V. y Galván, J. (2013). Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿Hacia dónde encaminar la atención? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(4), 252-8.

- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD. *Psychiatry*, 162, 214-227.
- Campo, A., González, R. J., Sánchez, H. Z., Rodríguez, R. D. et al. (2005). Percepción del rendimiento académico y síntomas depresivos en estudiantes de media vocacional de Bucamaranga, Colombia. *Archivos Pediátricos de Uruguay*, 76(1), 21-26.
- Cárdenas, G., Botella, C., Quero, S., De la Rosa, A. y Baños, R. (2014). Programa de telepsicología para el tratamiento de la fobia a hablar en público en población mexicana. *Psicología Iberoamericana*, 22(1), 45-54.
- Cárdenas, G., Flores, L. y De la Rosa, A. (2012). *Una alternativa a distancia: psicoterapia vía internet*. México: DGAPA, UNAM.
- Casari, L. M., Anglada, J. y Daher, C. (2014). Estrategias de afrontamiento y ansiedad ante exámenes en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología (PUCP)*, 32(2), 243-269.
- Cuijpers, P., Van Straten, A., Andersson, G., & Van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909-922.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Warmerdam, L., & Andersson, G. (2009). Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Depression and anxiety*, 26, 279-288.
- De la Rosa, A. (2016). *Manual de entrenamiento para asesores psicológicos a distancia*. México: DGAPA, UNAM.
- De la Rosa, A., Rodríguez, A. y Rivera, J. (2017). Distrés psicológico, resiliencia y estrategias de afrontamiento en estudiantes universitarios del sistema a distancia. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 9(2), 58-67.
- De Roma, V., Leach, J., & Leverett, J. (2009). The relationship between depression and college academic performance. *College Student Journal*, 43, 325-334.
- Feldman, L., Gonçalves, L., Chacon-Puignau, G., Zaragoza, J., Bagés, N. y Pablo, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Revista Universitas Psychologica*, 2(3), 739-751
- García, R., Pérez, F., Pérez, J. y Natividad, L. (2011). Evaluación del estrés académico en estudiantes de nueva incorporación a la universidad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(2), 143-154.
- Gaxiola, J., González, S. y Gaxiola, E. (2013). Autorregulación, resiliencia y metas educativas: Variables protectoras del rendimiento académico de bachilleres. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(2), 241-252.
- Gorman, L. A., Blow, A. J., Ames, B. D., & Reed, P. L. (2011). National guard families after combat: mental health, use of mental health services, and perceived treatment barriers. *Psychiatry Service*, 62, 28-34. doi: 10.1176/ps.62.1.pss6201_0028
- Hofmann, S. G. & Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 621-32.
- Jurado, S., Villegas, M. E., 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(3), 26-31.
- Kazdin, A. E. (2015). Clinical dysfunction and psychosocial interventions: the interplay of research, methods, and conceptualization of challenges. *Annual Review Clinical Psychology*, 11, 25-52.
- Königbauer, J., Letsch, J., Philipp, D., David, E., & Harald, B. (2017). Internet- and mobile-based depression interventions for people with diagnosed depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 223, 28-40.
- Miranda, A. y Peralta, J. (2018). *Causas de ausencia escolar: programa de seguimiento a estudiantes*. México: FES Iztacala, UNAM.

- Mohr, D., Ho, J., Duffecy, J., Baron, K., Lehman, K., Ling, J., & Reifler, D. (2010). Perceived barriers to psychological treatments and their relationship to depression. *Journal of clinical psychology*, 66(4), 394-409.
- Palacio, J. E., Caballero, C. C., González, O., Gravini, M. y Contreras, S. K. P. (2012). Relación del Burnout y las estrategias de afrontamiento con el promedio académico en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 11(2), 535-544.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.
- Roh, M., Jeon, H., Kim, H., Han, S., & Hahm, B. (2010). The prevalence and impact of depression among medical students: a nationwide cross-sectional study in South Korea. *Academic Medicine*, 85(8), 1384-1390.
- Santillán, C., Eguiluz, R., Gómez, M. F., Witt, A., Jaques, L. C., & De la Rosa, A. (2016). Mental Health in College Students: Suicidal Behaviors and well-being and its relationship with a measure of academic achievement. *Acta Psicológica Peruana*, 1(2), 197-218.
- Solórzano, M. y Ramos, N. (2006). Rendimiento académico y estrés académico de los estudiantes de la EAP de Enfermería de la Universidad Peruana (Semestre I-2006). *Revista de Ciencias de la Salud*, 1(1), 34-38.
- Standing Committee of Family and Community Affairs (1997). *Health on line: A report on health information management and telemedicine*. House or Representatives Parliament of the Commonwealth of Australia. Canberra: Australia Government Publishing Service.

Protocolo de Emergencia ante
Situaciones de Suicidio:
*Una experiencia exitosa
y de vanguardia para la UNAM*

Carolina Santillán Torres Torija
Angel Corchado Vargas,
Rubén Muñiz Arzate
Iván Enrique Picazo Martínez

Introducción

Desde el primer día de clases, los alumnos que reciben las universidades presentan problemas de salud mental principalmente asociados a los trastornos de la ansiedad, del estado del ánimo y el consumo de alcohol (Auerbach *et al.*, 2016). La prevalencia de conductas asociadas al suicidio en la población universitaria es alta, los datos sobre estas conductas a nivel nacional presenta un estimado del 4% (INEGI, 2015), mientras que para los estudiantes de la FESI se estima un 12% (Santillán *et al.*, 2019). Los intentos suicidas en los campus universitarios en México desafortunadamente son más frecuentes, y es necesario capacitar al personal que colabora en las instituciones para saber cómo enfrentar un evento como este. El binomio homicidio-suicidio que ha ocurrido en un ataque escolar es un evento que requiere atención altamente especializada y un protocolo que involucre a toda la comunidad.

Con respecto a la depresión, Furr, Westefeld, McConnell, y Jenkins (2001) hablan que entre los jóvenes estudiantes universitarios

estadounidenses se han identificado diferentes causas asociadas al suicidio: problemas sociales, inadecuadas razones para vivir, problemas académicos, y problemas en la interacción. Encontraron que en una muestra de 1455 estudiantes, más de la mitad refirió haber experimentado depresión desde que empezaron sus estudios universitarios, y un 9% de ellos reportó que habían considerado cometer suicidio desde su ingreso a la universidad.

Se ha documentado que el alto nivel que tienen los alumnos de exposición a la violencia, y particularmente la violencia por armas, tiene relación con el riesgo; es decir, estudios recientes han encontrado que el 85% de las heridas por balada ocurren dentro de la red social cercana de las personas (Papachristos, Braga, & Hureau, 2012).

Kalish y Kimmel (2010), en un intento por caracterizar la violencia realizada por estudiantes que han desatado tiroteos en las universidades, han encontrado que, de manera casi universal, estos crímenes han sido cometidos principalmente por varones. En su análisis describen que estos eventos involucran suicidio y en cierto sentido tienen que ver con la cultura de la hegemonía y la masculinidad, y el derecho a ejercer la violencia.

162

Una segunda hipótesis sobre las características de los estudiantes que tienen estas conductas, es aquella que está relacionada con estudiantes que tienen rasgos de un trastorno mental o de la personalidad, y han tenido grandes dificultades para relacionarse socialmente con sus compañeros y/o han sufrido acoso escolar. Muchas de las veces son estudiantes que tienen modelos familiares a favor de la violencia. Estos estudiantes se caracterizan por presentar conductas como impulsividad, irritabilidad, agresividad, aislamiento y en casos graves ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido o maltratado (APA, 2013).

Finalmente, es importante mencionar que la mayoría de los estudiantes de la FESI atienden a otras personas y hay bibliografía que habla de que los estudiantes que están en contacto con escenarios asociados con la salud están en mayor riesgo de sufrir desgaste profesional y presentar mayor estrés.

Descripción de la propuesta

Aunque la estrategia Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio del CAOPE está principalmente enfocada a atender alumnos que presentan una emergencia psicológica relacionada con síntomas de depresión, o problemas de regulación del afecto, los eventos recientes en México en relación con tiroteos en ámbitos educativos seguidos por suicidio (Muñiz, 2017) nos hacen preocuparnos también por aquellos alumnos que podrían tener un deficiente manejo de la ira, la tristeza y la impulsividad y pudieran poner en riesgo a la comunidad universitaria como a sí mismos.

Principalmente en Estados Unidos se han desarrollado protocolos muy detallados sobre estrategias para prevenir el suicidio (Tompkins & Witt, 2009), así como estrategias de posvención cuando ya ha ocurrido un suicidio en el campus (Maine Youth Suicide Prevention Center, 2007). Existen también ejemplos de programas universitarios preventivos sobre el riesgo de tiroteos que han realizado estudiantes seguido de un suicidio (Greenberg, 2007; Hook, 2016). Retomando las ideas de Greenberg, quien en el 2007 plantea atender las necesidades de:

Acceso a las armas de fuego en el campus, prevención de la violencia armada en el campus, control de armas, disponibilidad de servicios de salud mental a estudiantes universitarios, alentar a los estudiantes a aprovechar los beneficios, servicios de salud, liberación de información sobre estudiantes en riesgo, respuesta de la seguridad pública a situaciones de tirador activo, y reacciones de estudiantes, profesores y personal a un tirador.

(S57)

A continuación presentamos dos propuestas, de prevención y de posvención, que pueden formar parte del protocolo a implementarse en la FESI.

Características de la intervención de primer respondiente para la prevención

La estrategia Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio, además de atender a estudiantes en psicoterapia, creó el taller Guardianes de Emergencias Psicológicas (GEP), el cual tiene como objetivo entrenar a los participantes en tres habilidades: Notar señales de alto riesgo, motivar a la persona a buscar ayuda, y referirla con un profesional de salud mental.

Además, a este taller se le agregó un componente que incluye información sobre la importancia de que los universitarios adquieran habilidades para no sólo detectar estudiantes con riesgo de sintomatología depresiva, que es la que está más asociada a las conductas suicidas, sino que también detecten y puedan apoyar a canalizar a estos estudiantes que podrían poner en riesgo a la población universitaria al estar en contacto con armas de fuego, tengan dificultades con sus compañeros, reciban acoso escolar, o estén planeando un tiroteo.

El entrenamiento GEP ampliado se realiza a partir del semestre 2018-1 con un grupo de estudiantes de las carreras de mayor riesgo de la FESI (Psicología y Médico Cirujano). Además se han generado materiales para los alumnos que no pueden asistir a estos a través del canal de YouTube del CREAS. Los profesores interesados, así como los tutores institucionales, los jefes de clínicas y funcionarios han recibido esta capacitación, ya que tienen contacto directo con estudiantes y pueden ser una primera red de detección de casos.

Dicho entrenamiento se ha realizado en un formato breve, con duración de una hora y media, en donde los voluntarios del CREAS dan a conocer información relacionada con la prevención del suicidio y algunos elementos para entrenar a los asistentes como Guardianes de Emergencias Psicológicas. El entrenamiento describe el proyecto CREAS con la finalidad de que los participantes conozcan el servicio, cómo solicitar una cita, así como las labores que desarrolla el programa: entrenamiento a voluntarios, supervisión de voluntarios, atención a usuarios, campaña de difusión en redes sociales, investigación, y capacitación de profesores y estudiantes como guardianes de emergencias psicológicas. Posteriormente se presentan a los estudiantes datos epidemiológicos, la visión del suicidio desde diversas disciplinas como la sociología, la antropología, la medicina, la economía, el derecho y la psicología, y se revisan algunas variables relacionadas con la prevalencia de conductas asociadas al suicidio, así como algunos factores de riesgo identificados por la bibliografía internacional. También se hace hincapié en que el suicidio en la comunidad estudiantil en ocasiones no está asociado con la sintomatología depresiva, sino con estudiantes que presentan conductas como consumo de drogas, experiencias de acoso escolar, impulsividad, irritabilidad, agresividad, aislamiento, que tienen acceso armas y que tienen alto riesgo para presentar conductas homicidio-suicidio. El entrenamiento se centra posteriormente en los

tres componentes que tendrá que tener un guardián de emergencias psicológicas que son: Preguntar, Persuadir y Referir (Quinnett, 2007). Se brinda a los estudiantes elementos de entrevista motivacional Miller y Rollnick (1991) para poder abordar a un compañero, familiar, o alguna persona cercana que presenta señales tempranas de conductas asociadas al suicidio. Los voluntarios llevan viñetas para hacer este entrenamiento más dinámico y contar con la participación de los asistentes a través de preguntas. Al final de la sesión se abre un espacio para dudas por parte de los estudiantes y se brinda información sobre dónde referir los casos. Este entrenamiento va acompañado de un folleto informativo.

En segundo lugar, en relación con la investigación, contamos con el acceso a los datos del Examen Médico Automatizado, en donde a través de diez reactivos hemos podido detectar a los estudiantes con factores de riesgo, contactarlos para invitarlos a recibir el servicio, atenderlos y/o dar seguimiento, y junto con las jefaturas de las carreras promover la atención directa de estos estudiantes.

Características de la intervención de primer respondiente en la posvención

1. Inmediato: fase aguda
2. Coordinar: contener la crisis
3. Notificar: respetar la privacidad de la disminución de empleados y familiares
4. Comunicarse: comunicación interna dentro del lugar de trabajo para reducir el contagio
5. Apoyo: ofrecer apoyo a la familia
6. Corto plazo: fase de recuperación
7. Enlace: conecta a determinados empleados con servicios de apoyo adecuados
8. Comodidad: apoyar el dolor sano
9. Restaurar: trabajar hacia el equilibrio en el lugar de trabajo
10. Plomo: trabajar para establecer confianza en el liderazgo en el lugar de trabajo
11. A largo plazo: fase de reconstrucción
12. Honra: prepararse para hitos y eventos potenciales
13. Sostener: pasar de estrategias de posvención a estrategias de prevención

Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health (2015).

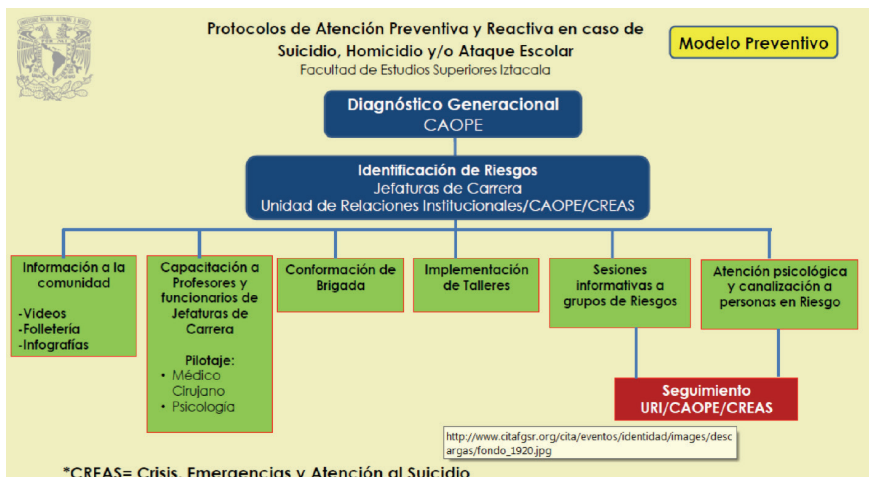


Figura 14.1. Protocolo preventivo en casos de suicidio, homicidio y/o ataque escolar.

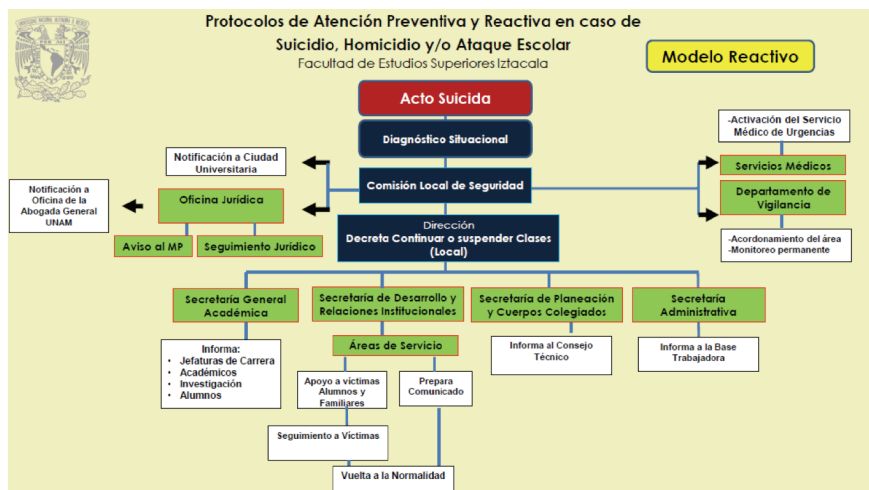


Figura 14.2. Protocolo reactivo en caso de acto suicida.

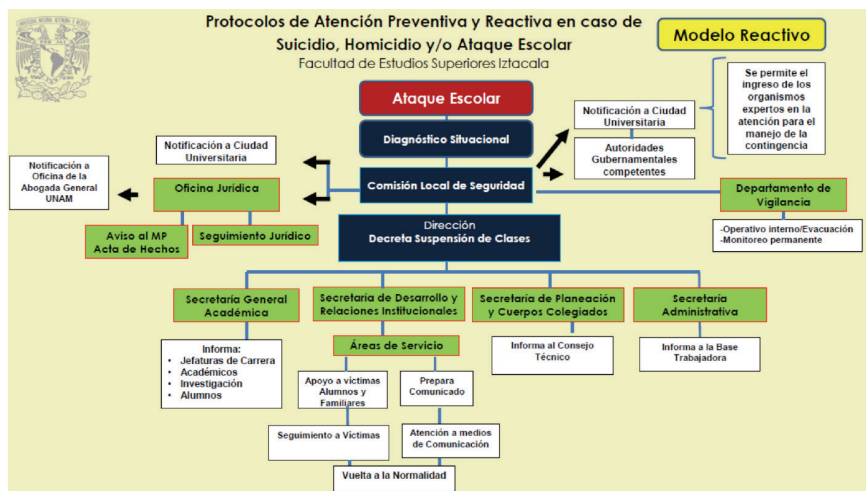


Figura 14.3. Protocolo reactivo en caso de ataque escolar.

Referencias

- American Psychiatric Association. [APA] (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Arlington, VA: American Psychiatric Pub.
- Auerbach, R. P., Alonso, J., Axinn, W. G., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Green, J. G., & Hwang, I. (2016). Mental disorders among college students in the World Health. Organization World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine* 46, 1-16.
- Furr, S. R., Westefeld, J. S., McConnell, G. N., & Jenkins, J. M. (2001). Suicide and depression among college students: A decade later. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(1), 97.
- Greenberg, S. F. (2007). Active shooters on college campuses: Conflicting advice, roles of the individual and first responder, and the need to maintain perspective. *Disaster medicine and public health preparedness*, 1(1), S57-S61.
- Hook, S. (2016). *Know the signs*. Promise.org
- INEGI (2015.). *Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos*. México: INEGI.
- Kalish, R., & Kimmel, M. (2010). Suicide by mass murder: Masculinity, aggrieved entitlement, and rampage school shootings. *Health Sociology Review*, 19(4), 451-464.
- Maine Youth Suicide Prevention Program (2007). Youth Suicide Prevention, Intervention & Postvention Guidelines. 4th edition <http://www.maine.gov/suicide/docs/Guidelines%2010-2009-w%20discl.pdf>
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1991). *La Entrevista Motivacional*. México: Paidós
- Muñiz, E. (2017). Tiroteo en escuela de Monterrey. La Jornada. <http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2017/01/18/reportan-disparos-en-escuela-de-monterrey>
- Papachristos, A. V., Braga, A. A., & Hureau, D. M. (2012). Social networks and the risk of gunshot injury. *Journal of Urban Health*, 89(6), 992-1003.
- Quinnett, P. (2007). QPR gatekeeper training for suicide prevention: The model, rationale, and theory. Retrieved July, 28, 2008 from: <http://www.qprinstitute.com>
- Santillán, C., Chávez, E., García, H., Meza, A., Flores, O., y Valle, S. (2019). "Atención de emergencias psicológicas a estudiantes de las carreras de Salud en la UNAM FESI". En: R.

Valdes, y L. Arenas (Eds.), *Simplemente quería desaparecer*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública

Tompkins, T. L. & Witt, J. (2009). The short-term effectiveness of a suicide prevention gatekeeper training program in a college setting with residence life advisers. *The journal of primary prevention*, 30(2), 131-149.

Visión prospectiva del CAOPE: nuevas estrategias de atención

Ana Leticia Becerra Gálvez
Roberto Miguel Corona
Ana Karina García Santillán
María Kenia Porras Oropeza

La creación y desarrollo del Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes (CAOPE) ha traído al estudiantado de la FES Iztacala oportunidades para mirarse como seres biopsicosociales. Como se puede leer en los capítulos precedentes se han inscrito en él múltiples estrategias de intervención en las que el estudiantado universitario resuelve sus problemáticas de formas diversas, amplias y profundas. Como resultado de ese proceso han surgido algunas ideas que recién se integraron al CAOPE en el año 2019.

En este capítulo se exponen tres estrategias que formarán parte de él y que implica crecimiento para los proyectos de los que se desprenden. Por un lado, se presenta la estrategia *Reducción de Estrés y Modificación de Estilos de Vida (REMEV)* y por el otro, un par de estrategias que se suman al *Proyecto de Promoción del Desarrollo Personal y Profesional (PDP)* en la transición al nuevo plan de estudios de la carrera de Psicología en el ámbito social y clínico: el *Círculo de Aprendizaje Interpersonal para Mujeres (CAI Mujeres)* y la *Escucha para Familias*. Dichas estrategias se describen a continuación.

Reducción de estrés y modificación de estilos de vida (REMEV)

La Psicología se ha interesado por el estudio y atención de diversos fenómenos en una amplia variedad de campos; siendo el de la salud uno de los que ha adquirido mayor peso y relevancia en los años recientes. Desde 1984 la Organización Mundial de la Salud [OMS] definió a la salud como: “...un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 2018); generando un cambio en el modo de comprender y atender el binomio salud-enfermedad.

A pesar de que en el transcurso de los años han existido eventos con un gran impacto dentro del campo de la salud (desde la etapa de pestilencias, hasta el interés por la calidad de vida), la transición epidemiológica ha sido uno de los más relevantes por lo menos en cuanto a la psicología respecta, ya que pone en foco de atención a las enfermedades crónico-degenerativas (Omran, 1971; 1998). Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) reporta que la mortalidad por enfermedades crónico-degenerativas alcanza hasta un 70% del total de las muertes a nivel mundial, siendo las enfermedades cardiovasculares la principal causa, seguidas de los padecimientos oncológicos, enfermedades respiratorias y la diabetes. Dichos padecimientos son de especial interés para la Psicología, ya que la conducta humana ha sido catalogada como uno de los principales factores de riesgo en el origen y evolución de los mismos, motivo por el cual la modificación de estilos de vida poco saludables son el objetivo central de la prevención y atención a la salud a nivel mundial (OMS, 2008; Reynoso y Seligson, 2005).

Para poder atender y prevenir tales problemáticas de salud, es necesario abordar a la población joven (Tarp *et al.*, 2016). Cabe mencionar que el establecimiento de comportamientos saludables no elimina el impacto en la salud de los comportamientos no saludables (o de riesgo), de tal modo que no son consideradas mutuamente excluyentes (Salmon, Simon, Marshall, & Hume, 2011), por tanto, la modificación de los repertorios conductuales relacionados con la salud en jóvenes universitarios resulta relevante debido a la presencia de factores de riesgo que probabilizan la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

Con base en lo anterior, la estrategia REMEV surge como respuesta a las múltiples problemáticas de carácter psicológico que reportan los estudiantes universitarios, a saber: estrés, comportamientos de procrastinación y estilos de vida poco saludables; teniendo como eje central de análisis e intervención, la constante interacción de los individuos con su medio ambiente, la cual es particular y constantemente cambiante. Proporcionar atención de calidad a la comunidad universitaria, es uno de los principales objetivos del REMEV, en conjunto con el proceso de formación de psicólogos enfocados al campo de la salud. Ante lo cual, la atención y formación de los universitarios tienen como sustento teórico los modelos conductuales y cognitivos, para dar cabida a las estrategias de evaluación e intervenciones sistemáticas y centradas en los cambios conductuales susceptibles de ser medidos y contrastados, dicho proceso se ilustra en la figura 15.1.

Algunas de las metas que el REMEV pretende alcanzar a futuro son las siguientes:

1. *Perfeccionar los esquemas de valoración psicológica inicial de los usuarios.* La búsqueda de escalas, inventarios y autorregistros que midan las variables psicológicas resultará en el complemento del análisis funcional de la conducta, por tanto, crear un esquema de evaluación *ad hoc* a los objetivos de la estrategia permitirá mejorar el análisis de los datos.
2. *Replicación de protocolos de intervención ajustadas a las características y necesidades de los usuarios de la estrategia.* La elaboración de esquemas protocolizados de intervención permitirá la réplica de los planes de tratamiento sin perder de vista la base ideográfica del proceso terapéutico y, por ende, se logrará perfeccionar los sistemas de valoración con el paso del tiempo.
3. *Perfeccionar los mecanismos de formación de los estudiantes de psicología que atienden a los usuarios del REMEV.* Una de las grandes ventajas que posee la estrategia es que las actividades se realizan en el marco de las asignaturas de la Práctica Básica en Salud con enfoque conductual, cognitivo-conductual e interconductual, por ello, al ser asignaturas anuales se puede mejorar el proceso de enseñanza con enfoque deductivo y basado en sus áreas de oportunidad como terapeutas en formación.

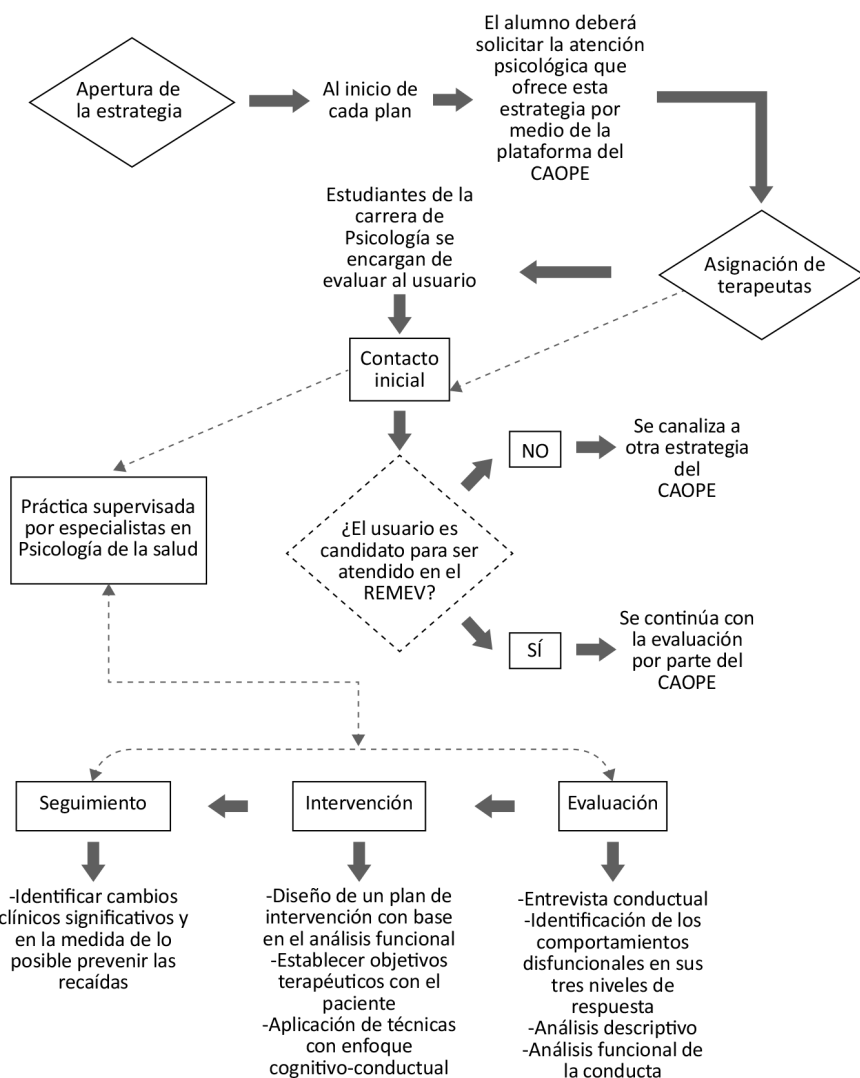


Figura 15.1. Estructura de intervención de la estrategia REMEV. Elaboración propia.

La estrategia presentada hasta aquí es un trabajo en el ámbito de la salud desde la tradición conductual, cognitivo-conductual e interconductual para ser desarrollada en vinculación con el CAOPE.

A continuación se presentan dos estrategias que se enmarcan el ámbito social y clínico de la tradición Existencial Humanista de la Psicología, por un lado los Círculos de Aprendizaje Interpersonal para mujeres

universitarias y por el otro la Escucha para Familias. Lo que pone de manifiesto la apertura y diversidad de formas de atención del CAOPE, todas ellas profesionales y comprometidas con el bienestar del estudiantado.

Círculo de Aprendizaje Interpersonal para Mujeres: (CAI Mujeres)

La presencia y participación de las mujeres se ha extendido en la vida universitaria: son estudiantes, profesoras, investigadoras, ayudantes, trabajadoras, secretarías, directivas, etcétera. Particularmente, en la Universidad Nacional Autónoma de México para el 2015 el 51.5% de la población estudiantil de licenciatura eran mujeres. En ese mismo año, en la FES Iztacala el 66.2% de la población total eran mujeres que estudiaban alguna de las seis carreras que se imparten en dicho campus (Biología, Médico Cirujano, Cirujano Dentista, Optometría y Psicología) (CIEG, 2015).

Así, las estudiantes mujeres forman parte de la comunidad universitaria como un grupo social en constante transformación y evolución que puede fortalecerse como unidad y potencializarse por medio de las personas que la constituyen (Montero, 1984). Comparten experiencias al estudiar una carrera universitaria y tener condiciones particulares de organización, de cohesión social y cultural (Sebastián, 2017). Las estudiantes están ligadas por necesidades comunes, características, intereses, aspiraciones, experiencias compartidas y procesos de crecimiento personal en el contexto escolar. En dichos procesos las experiencias se combinan y a través de la empatía y sobre todo en la congruencia que hacen posible el cambio social a partir del cambio interior (Michel, 2009).

La mirada de las comunidades desde la Psicología Existencial Humanista forma parte de la vida universitaria desde hace más de treinta años en la FESI a través del Proyecto de Promoción del Desarrollo Personal (PDP) que desde el año 2000 planea y aplica diversas estrategias de intervención comunitaria como puede leerse en otro capítulo de este libro. En dichas estrategias, se considera a los sujetos como: personas con dimensiones corporales, sociales, emocionales, espirituales, éticas y políticas, conocedoras de la realidad y sus vivencias, constructoras de realidades en las relaciones interpersonales, conscientes de sí mismas y de otras personas, creadoras de conocimiento intersubjetivo, capaces

de inferir intenciones, creencias y sentimientos de otros (empatía), en crecimiento constante y dialéctico, capaces de observarse a sí mismas y a otros dinámica y recíprocamente.

Una de las estrategias de intervención que creció y se amplió desde la creación del PDP es la Orientación Individual (OI). Dicha estrategia puso de manifiesto las necesidades de atención psicológica del estudiantado de la FESI y fue inspiración para la creación en el 2014 del Centro de Apoyo y Orientación para Estudiantes (CAOPE).

Desde el 2003, para formar parte de la OI como psicólogo/a facilitador/a, el estudiantado que realizaba prácticas en la asignatura Psicología Aplicada Laboratorio (PAL) VII y VIII del antiguo plan curricular, atravesaba por un proceso de trabajo personal en un *Taller de Sensibilización* (Delgado, Maldonado, & Martínez, 2003) para vivir, practicar y desarrollar las actitudes suficientes y necesarias para el cambio personal que se plantean desde el Enfoque Centrado en la Persona (Rogers & Kinget, 2013) en la atención a las personas usuarias de la OI. Sin embargo, al paso de los años y en la búsqueda de nuevos procesos de formación personal creativos y de mayor impacto para la OI, la coordinación de la estrategia llegó a la metodología del Círculo de Aprendizaje Interpersonal (CAI) propuesta por Sergio Michel Barbosa.

El CAI es una herramienta metodológica de la Psicología Existencial Humanista (PEH) para el desarrollo personal y comunitario que recoge la esencia de las condiciones necesarias y suficientes de Rogers para el cambio constructivo de la personalidad, específicamente en contextos grupales (Michel, 2009). El desarrollo o cambio es estimulado cuando la persona facilitadora promueve condiciones donde cada persona puede transmitir a otra que la escucha, la comprende y la valora. Es una práctica en la que las personas evitan los juicios, las soluciones y las opiniones. De esta manera se facilita el acompañamiento grupal para generar un proceso de autoconocimiento y autocomprensión de cada una de las personas que lo conforman.

En el 2018, durante una sesión de CAI del grupo 1701 de la carrera de Psicología a la que asistieron únicamente estudiantes mujeres se abordaron temas de interés particularmente de su condición de género como: el enojo y el miedo ante el acoso sexual en la escuela y de camino a ella, la violencia en el noviazgo, la interrupción voluntaria del embarazo, entre otros temas que fueron compartidos en otros grupos y

sesiones de CAI. De ahí nació la idea de hacer un CAI focalizado en las necesidades de las estudiantes universitarias. Así, en enero de 2019 empezó la organización y desarrollo del CAI para mujeres estudiantes de la FESI como parte del PDP. En dichas actividades participaron de forma entusiasta y profesional Ayin Chimín Bautista, Angélica García Monroy, Karen González Almendarez, Miriam Gómez Galindo, Angélica López Argüello, Karen López Inocencio, Mayte Ramírez Terán y Jessica Salgado García. También se inició la gestión y búsqueda de apoyo institucional para la difusión e inscripción al CAI Mujeres a través del CAOPE para iniciar actividades en marzo de 2019.

El CAI Mujeres se encuentra en desarrollo aún y se considera una intervención situada en la que las estudiantes de todas las carreras serán agentes de cambio en dos dimensiones: como personas intervinientes y como personas intervenidas (Montenegro, 2001). Se trata de una propuesta de intervención comunitaria secundaria, socialmente relevante, que enfatiza la intervención temprana para reducir impacto de problemáticas específicas de mujeres estudiantes universitarias. Busca favorecer la autogestión de mujeres para su transformación personal y social y promover la participación activa en la transformación de su realidad a partir del reconocimiento de problemáticas concretas y la forma de hacer frente a ellas.

Cada CAI Mujeres será un espacio psicoeducativo en el que las estudiantes mujeres puedan comunicarse, relacionarse con otras mujeres, lograr autoconocimiento y recuperar experiencias para prevenir situaciones de riesgo o problemas vinculados a su condición de género (sentimientos, experiencias, relación consigo misma, relaciones con otras mujeres, etcétera) en diferentes contextos (escolar, familiar, social). Se busca facilitar la participación social y visibilización de diálogos de crecimiento y desarrollo de las mujeres desde la Psicología Existencial Humanista en combinación con la perspectiva de género feminista (Martínez, 2012) a través del PDP. La implementación del CAI mujeres en el nuevo plan curricular de la carrera de Psicología estará a cargo del estudiantado de la Práctica Avanzada en el ámbito social de la tradición Existencial Humanista.

Otra estrategia que surge del trabajo del PDP es la Escucha para Familias, que desde el paradigma de la Psicología Existencial Humanista se ofrecerá también a través del CAOPE y que se expone a continuación.

Escucha para familias

Siendo este un momento crucial de transición del plan vigente al nuevo plan curricular en la carrera de Psicología, se abre también la posibilidad de extender el alcance de programas institucionales como el CAOPE a una población externa, aunque significativamente vinculada a la comunidad estudiantil, la familia. La conformación de este vínculo cobra interés cuando su impacto se refleja en varios indicadores de alta vulnerabilidad como son: consumo de sustancias adictivas, infección de transmisión sexual, embarazo no planeado, violencia sexual, violencia familiar, anorexia y/o bulimia e ideación e intento suicida, detectados en el 49.4% (1245) del alumnado de recién ingreso a las carreras de nuestra Facultad a través del Examen Médico Automatizado para la generación 2018. Esto evidencia una amplia área de oportunidad donde Escucha para familias tiene el potencial de fomentar la prevención primaria enfocada a los padres y madres de familia del alumnado de la FES Iztacala.

Como punto de partida es importante mostrar la vinculación y congruencia existente entre la Universidad con su amplio compromiso social, los objetivos de formación profesional y la implementación de servicio social a través de programas y líneas de trabajo institucional como lo son PDP¹ y el CAOPE. Escucha para Familias², nace en 2013 y ha sido un trabajo conjunto entre diferentes dependencias de la UNAM, por un lado la solicitud de la Subdirección de Extensión y Vinculación de la DGIRE que tiene en sus manos al sector joven del Sistema Incorporado; por otro, la FES Iztacala y la Unidad de Relaciones Institucionales, aportando pasantes de la carrera de Psicología facilitadores/as del PDP, para implementar esta estrategia que ha buscado fortalecer y acompañar a las personas que participan y dan vida a la realidad social e institucional como la conocemos, la necesidad de involucrarse para promover no sólo el desarrollo académico de los alumnos, sino también

¹ Proyecto de Promoción del Desarrollo Personal y Profesional iniciado en el año 2000 y de donde surge Escucha para familias.

² Desde el inicio de la estrategia en 2013 hasta el 2019 se llamó Escucha para padres, se modificó el nombre a Escucha para familias en función de procurar no solo un lenguaje inclusivo sino en representación de la población que participa en los grupos de acompañamiento, ya que además de asistir, madres y padres de familia, asisten también abuelas/os, tías/os incluso profesorado y en sesiones específicas se integran los hijos e hijas.

su desarrollo personal, hacer esto despierta en el alumnado un sentido de pertenencia a la institución educativa y a su familia ya que ambas instituciones impactan y acompañan las y los jóvenes hasta su egreso, en este caso del nivel superior.

Antes de llegar a este objetivo es importante visibilizar lo que tenemos como realidad en México y es que las principales problemáticas que influyen en el desarrollo de los y las jóvenes son la falta de oportunidades, la deserción escolar, la violencia, las adicciones y el estado social de las relaciones familiares (INEGI, 2017; Informe INEE, 2018; INEGI, 2014). En nuestra Facultad, además de la Identificación de Nivel de Vulnerabilidad mencionados, tenemos la prevalencia de algunos factores de riesgo (UNAM, 2018) como son la baja cohesión familiar con el 25.0% (629) y el consumo actual de alcohol en el 54.3% (1369) del alumnado de recién ingreso, confirmando así la realidad de la juventud en nuestro país y sus implicaciones que van en detrimento de su desarrollo social, familiar y personal.

Una vez que se comprende la interrelación entre familia, escuela y alumnado es pertinente describir el enfoque y metodología que soportan esta estrategia, empezando por expresar el objetivo a seguir: ***“Acompañar a los padres de familia para promover en ellos el desarrollo del potencial de su familia como un sistema inteligente, autorregulable y en proceso de crecimiento continuo”*** (Chávez y Michel, 2009). Este objetivo es retomado a detalle de la metodología del Espacio Protegido del Diálogo desarrollado por Sergio Michel y Rosario Chávez cuya esencia implica construir un espacio de conexión y validación a partir de la comunicación empática y la escucha experiencial. Este modelo por sí solo implica cuestionar un paradigma que la mayor parte de las instituciones escolares donde se ha implementado la estrategia, establece y transmite el mensaje de “Educar” a la madre o padre de familia por sobre la capacidad de generar aprendizaje significativo a partir de sus experiencias y potencial de autoactualización. En este caso la pregunta necesaria es ¿Escuela o escucha? la respuesta de escuchar, abre panorama para sugerir e invitar a los participantes a tomar responsabilidad sobre su experiencia, digna de ser respetada, validada por sí mismos y, por tanto, de ser considerada como una posibilidad “de ser” para los/as otras participantes de los espacios grupales, todo esto a partir de las condiciones y actitudes generadas por el grupo y los facilitadores.

La metodología para el desarrollo y cumplimiento del objetivo implica la prevalencia de congruencia inherente entre formación significativa y práctica desde la tradición Existencial Humanista, que se compone de los siguientes elementos: formación teórico-metodológica del alumnado, así como sensibilización y vivencia personal de las metodologías a seguir en la implementación, espacio protegido del diálogo, círculo de aprendizaje interpersonal y línea de vida a través de trabajo grupal.

Finalmente, *Escucha para familias* pretende ser un espacio abierto donde padres y/o madres de familia del alumnado de FES Iztacala, así como miembros de la familia extensa o comunidad aledaña, además de aportar su experiencia, promuevan su autoconocimiento y establecimiento de una red de apoyo a través del diálogo. El cambio estratégico en las pautas de comunicación funcionará como antídoto ante patrones que desgastan y desconectan, para dar lugar a pautas de actualización, resignificación/re-educación de valores, creencias y roles que propicien mejoramiento de la salud social, institucional y personal.

Las tres estrategias presentadas en este capítulo son ejemplo de los alcances que tiene desarrollar proyectos a través del CAOPE, centrados en la búsqueda del bienestar integral del estudiantado de la FES Iztacala.

Referencias

- Centro de Investigaciones y Estudios de Género (CIEG). (2015). *Población Estudiantil de la UNAM*. Recuperado el 03 de marzo de 2019 de: http://tendencias.cieg.unam.mx/brecha_estudiantil.html
- Chávez, R. y Michel, S. (2009). *El espacio protegido del diálogo. Familia y pareja, el proceso de convertir la crisis en oportunidad*. Colección Aprende a ser. México: Ediciones Papiro Omega.
- Delgado, G., Maldonado, L. y Martínez, M. E. (2003). *Taller de sensibilización. Manual para facilitar*. Proyecto de Promoción del Desarrollo Personal y Profesional. Documento interno. Texto inédito.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2014). *Encuesta de Cohesión Social para la Prevención de la Violencia y la Delincuencia*. Recuperado el 28 de mayo de 2019 de: <http://www.beta.inegi.org.mx/programas/ecopred/2014/default.html>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2017). *Encuesta Nacional sobre Discriminación*. Recuperado el 28 de mayo de 2019 de: <http://www.beta.inegi.org.mx/programas/enadis/2017/>
- Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INEE). (2018). *La educación obligatoria en México. Informe 2018*. Recuperado el 28 de mayo de 2019 de: https://www.inee.edu.mx/portalweb/informe2018/O4_informe/capitulo_O20204.html

- Martínez, De la E., A. M. (2012). "Feminismo: un uso estratégico del vocabulario". En: M. Be-lausteguigoitia y R. Lozano (Eds.), *Pedagogías en espiral. Experiencias y prácticas* (pp. 111-121). México: UNAM.
- Michel, S. (2009). *En busca de la Comunidad. Facilitación de procesos de integración y crecimiento personal en la organización*. México: Trillas.
- Montenegro, M. (2001). Conocimientos, agentes y articulaciones. Una mirada situada la intervención social. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*. 1. doi: <https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v1n0.17>
- Montero, M. (1984). La psicología comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos. *Revista Latinoamericana de psicología*, 16(3), 387-400.
- Omran, A. (1971). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 83(4), 731-757.
- Omran, A. (1998). "The epidemiologic transition theory revisited thirty years later". En: R. Gómez (2001). La transición en epidemiología y salud pública: ¿explicación o condena? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(2), 57-74.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Prevención y control de enfermedades no transmisibles*. 61ª Asamblea mundial de la salud. Recuperado de http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/A61/A61_8-sp.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Enfermedades no transmisibles*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Constitución de la OMS: principios*. Recuperado de <http://www.who.int/about/es/>
- Reynoso-Erazo, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. México: El Manual Moderno-Universidad de Guadalajara-UNAM.
- Rogers, C. y Kinget, M. (2013). *Psicoterapia y relaciones humanas. Teoría y práctica de la terapia no directiva*. México: Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt.
- Salmon, J., Tremblay, M. S., Marshall, S. J., & Hume, C. (2011). Health risks, correlates, and interventions to reduce sedentary behavior in young people. *American Journal of Preventive Medicine*, 41(2), 197-206.
- Sebastián, A. F. (2017). *Propuesta de intervención comunitaria a nivel preventivo desde el enfoque centrado en la persona*. Tesis de licenciatura en Psicología. México: FES Iztacala, UNAM.
- Tarp, J., Brønd, J. C., Andersen, L. B., Møller, N. C., Froberg, K., & Grøntved, A. (2016). Physical activity, sedentary behavior, and long-term cardiovascular risk in young people: A review and discussion of methodology in prospective studies. *Journal of Sport and Health Science*, 5, 145-150.
- Universidad Nacional Autónoma de México. (2018). *Examen Médico Automatizado Primer Ingreso*. México: Dirección General de Atención a la Salud, Secretaría de Atención a la Comunidad Universitaria. Documento interno. UNAM.

centro de apoyo y orientación para estudiantes

CAOPE

es una obra editada y publicada por la **Universidad Nacional Autónoma de México** en la Coordinación Editorial de la **Facultad de Estudios Superiores Iztacala**, Av. de los Barrios n.º 1, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla de Baz, Estado de México, CP 54090. Se terminó de imprimir y encuadernar en octubre de 2019 en las instalaciones de DVD Print SA de CV, Calle 3 n.º 180, Colonia Agrícola Pantitlán, CP 08100, Alcaldía Iztacalco, Ciudad de México, México. Se tiraron 50 ejemplares sobre papel bond 75 g/m² en interiores y cuché 250 g/m² en forros. Impresión de tipo digital a 1x1 tintas en interiores y 4x0 tintas en portada. En la composición tipográfica se utilizaron las familias Times New Roman 13:15.5, 11.5:14.5 y Albertus MT Std 15:18, 8:11 pts.

El cuidado de la edición estuvo a cargo de
José Jaime Ávila Valdivieso

Pedidos:
Librería FES Iztacala: 5623-1194
Coordinación Editorial: 5623-1203
Correo-e: josejav@unam.mx

Los Reyes Iztacala, 2019