



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

**APERTURA DE INSTANCIAS DE DIÁLOGO Y DE ATENCIÓN
INTEGRAL PARA EL GÉNERO MASCULINO: UNA PROPUESTA
A FAVOR DE LA IGUALDAD EN SALUD Y EN APOYO DE LA
PROBLEMÁTICA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO**

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA: AGRIPINA ISLAS DÍAZ

DIRECTORA: DRA. MARIANA GUTIERREZ LARA

REVISORES: DRA. MARIA DEL CARMEN MONTENEGRO NUÑEZ
MTRA. PATRICIA PAZ DE BUEN RODRÍGUEZ

SINODALES: MTRA. SOCORRO ESCANDÓN GALLEGOS
MTRA. INGRID MARISSA CABRERA ZAMORA



MÉXICO, CDMX, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A mi padre, por motivarme a retomar el camino de la preparación académica y profesional para lograr llegar a mi meta anhelada: Licenciada en Psicología. Y porque de él aprendí, que cuando uno quiere todo es posible. Solo hay que atreverse.

A mi madre, por desvelarse varias noches conmigo en la elaboración de este trabajo, y por ser la mejor mamá del mundo.

A mí hermano Fernando, a mi sobrino Jerry, y a mí misma, porque fuimos la inspiración para la realización de este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

A mis maestr@s, porque con su enseñanza y profesionalismo me hicieron amar todavía más la psicología. A todas mis amistades, pero especialmente a Chucho y a Almis, por motivarme, presionarme y apoyarme constantemente, pero sobretodo, por ser mis fieles compañeros de travesías, y no abandonarme en los momentos difíciles. A Mary e Irlanda, por sacar su garra puma y mostrar coraje para verme llegar aquí hoy. A mis familiares, por su apoyo e interés en la realización de este logro.

Agradezco infinitamente a cada una de las profesoras e integrantes del jurado. Muchas gracias por su tiempo, dedicación y aportaciones a este trabajo.

INDICE.

RESUMEN.....	7
DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL.....	8
CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL.....	9
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL.....	11
Asistencia al curso de capacitación “Adherencia Terapéutica”	11
Proporción de Información general de los programas prioritarios de la Secretaria de Salud de la Ciudad de México.....	12
Apoyo en la adherencia a los tratamientos y psicoeducación vía telefónica a pacientes con padecimientos crónico-degenerativos.....	15
Apoyo en llamadas de seguimiento y psicoeducación a los usuarios de los programas niño sano y niña sana.....	18
Asistencia a sesiones bibliográficas.....	19
Orientación y apoyo psicológico vía telefónica a mujeres en situación de la Interrupción del Embarazo (ILE).....	20
Intervenciones psicológicas y acompañamiento emocional a través de consultorías y consejerías telefónicas a población general.....	21

OBJETIVOS DEL INFORME.....	24
SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO.....	25
CAPÍTULO 1. EL SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA VÍA TELEFÓNICA.....	25
1.1. El perfil del psicólogo en la atención vía telefónica.....	28
CAPÍTULO 2. LA FUNCIÓN DE LA PROMOCIÓN DEL AUTOCUIDADO.....	30
2.1. La Promoción de la Salud y las instituciones.....	33
CAPÍTULO 3. GÉNERO Y SALUD: LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL CUIDADO.....	38
3.1. Diferencia entre sexo y género.....	38
3.2. El proceso de socialización: comienzo del sometimiento de los cuerpos.....	39
3.3. Costes a la salud derivados de las construcciones del género.....	44
3.4. Causas de mortalidad en la población infanto-juvenil.....	45
3.5. Padecimientos y causas de muerte en la vejez.....	47
CAPITULO 4. LA UTILIDAD DEL ENFOQUE DE PERSPECTIVA DE GÉNERO.....	48
4.1. La Violencia simbólica: Complicidad entre dominadores y dominados.....	49
4.2. Violencia de género.....	51

4.3. La importancia de ejercer la corresponsabilidad en la pareja en situación de violencia.....	54
4.4. Recursos dirigidos a la prevención y atención de la violencia hacia la mujer...56	
4.5. Sobre la protección y los espacios de atención para el género femenino.....57	
4.6. EL Maltrato a los hombres, ¿una realidad silenciada?.....59	
CAPITULO 5. IGUALDAD Y EQUIDAD EN GÉNERO.....	60
5.1. Igual de oportunidades para hombres y mujeres.....	61
RESULTADOS OBTENIDOS.....	65
Asistencia al curso de capacitación “Adherencia Terapéutica”	65
Proporción de Información general de los programas prioritarios de la Secretaria de Salud de la Ciudad de México.....	65
Apoyo en la adherencia a los tratamientos y psicoeducación vía telefónica a pacientes con padecimientos crónico-degenerativos.....	67
Apoyo en llamadas de seguimiento y psicoeducación a los usuarios de los programas niño sano y niña sana.....	72
Asistencia a sesiones bibliográficas.....	73

Orientación y apoyo psicológico vía telefónica a mujeres en situación de la Interrupción del Embarazo (ILE).....	74
Intervenciones psicológicas y acompañamiento emocional a través de consultorías y consejerías telefónicas a población general.....	75
COCLUSIONES.....	99
RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS.....	117
PROPUESTA: APERTURA DE INSTANCIAS DE DIÁLOGO Y ATENCIÓN INTEGRAL PARA EL GÉNERO MASCULINO: UNA PROPUESTA A FAVOR DE LA IGUALDAD EN SALUD Y EN APOYO A LA PROBLEMÁTICA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.....	122
REFERENCIAS.....	126
ANEXOS.....	139

RESUMEN

El presente informe tiene el propósito de reportar las actividades realizadas en el Centro de Atención Telefónica de Medicina a Distancia de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Se describen las siguientes actividades: proporción de información general de los programas prioritarios de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México a usuarios de la Línea de Medicina a Distancia; apoyo en llamadas de seguimiento para fomentar y promocionar cambios en el estilo de vida, adherencia a los tratamientos y psicoeducación vía telefónica a pacientes con padecimientos crónico-degenerativos, apoyo en llamadas de seguimiento y psicoeducación a los usuarios de los programas niño sano y niña sana, asistencia a sesiones bibliográficas relacionadas con la psicología de la salud; orientación y apoyo psicológico vía telefónica a mujeres en situación de la Interrupción del Embarazo, y realización de intervenciones psicológicas y acompañamiento emocional a través de consultorías y consejerías telefónicas a población general.

Sobre la labor realizada en el área de psicología, se dan a conocer las diversas problemáticas atendidas. Durante el análisis de resultados, se obtuvo que el motivo de consulta "*Problemas de pareja*" fue el que tuvo más demanda de solicitud, y por las características encontradas en esta población mexicana, se decidió elaborar este informe bajo una perspectiva de género por dos razones: la primera, para tener una mejor comprensión de la construcción sociocultural del cuidado y de la salud en los géneros, y en segundo lugar, para abordar la problemática de la violencia de género, considerada como un grave problema de salud pública. A partir de ello, se propone a la Institución, la apertura de espacios de diálogo y de atención integral para el género masculino al hallarle en desventaja frente a la mujer en materia de salud, minimizándose los casos de violencia de género que padece la población masculina y desatendiéndose las repercusiones a su salud mental; a la vez, se propone la promoción de la corresponsabilidad en las relaciones de pareja que se hayan en situación de violencia, para fomentar la auto-observación (introspección), el autoconocimiento y responsabilidad individual más allá de la responsabilidad institucional.

Palabras clave: Salud, Autocuidado, Perspectiva de género, Violencia de género, Promoción de la responsabilidad individual, Igualdad.

DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL

Colaboré como prestadora de Servicio Social en el programa "Servicio Social en las áreas Administrativas de la Secretaría de Salud del D.F." con clave 2016-34/81-1193. Las actividades del mismo se realizan en el Centro de Atención Telefónica del área de Medicina a Distancia, perteneciente a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA).

Este programa tiene como funciones brindar atención telefónica a población que requiere información general sobre los programas que ofrece la Secretaría de Salud, promover el fomento y promoción de la salud a usuarios con enfermedades crónico degenerativas, dar atención especializada y seguimiento a usuarios inscritos en los programas que ofrece Medicina a Distancia, brindar orientación y apoyo psicológico a usuarias en situación de Interrupción del Embarazo; así como asesorar, orientar y dar apoyo psicológico a todo aquel que lo necesite.

Para participar en el programa, se requiere tener cubiertos el 70% de los créditos de la licenciatura en psicología y cumplir con los requisitos de inscripción. Una vez concluido el proceso de inscripción, se pide al próximo prestador de servicio social asistir al curso de Capacitación "Adherencia Terapéutica", el cual es previo al inicio de las actividades de Servicio Social.

Esta ocasión el curso de capacitación se impartió en horario matutino y tuvo como sede las Instalaciones de la Universidad del Claustro de Sor Juana, con fecha a partir del 8 de febrero de 2016 al 12 de febrero del 2016, con siete horas por día.

El propósito del curso es dar a conocer, a los futuros prestadores de Servicio, el panorama de las actividades a realizar durante el periodo de estancia en esta dependencia del Gobierno; conocer el contexto histórico de Medicina a Distancia, el perfil del orientador en la línea, conocer la estructura de la interacción para con los usuarios, conocer los diversos programas que ofrece la Secretaría de Salud, saber acerca del proyecto de Adherencia Terapéutica y los objetivos del mismo, el apoyo especializado en el call center de Medicina a Distancia, y la importancia de conocer y aprender habilidades para la intervención en crisis vía telefónica, así como del reglamento a seguir durante el periodo de Servicio Social.

El programa ofrece días y turnos flexibles para los prestadores de Servicio Social, apoyo al estudiante en formación como lo es: supervisión individual de casos, referencia bibliográfica, supervisión durante las llamadas de entrada y llamadas de salida, retroalimentación acerca de las intervenciones realizadas en las llamadas con usuarios, para con ello reforzar habilidades ya adquiridas y habilitar aquellas otras que se requieren en el campo profesional del Psicólogo.

Por último, es importante mencionar, que para la protección y seguridad de los integrantes que laboran en Medicina a Distancia, cada integrante utiliza un seudónimo como identificación, manteniéndose en anonimato durante el contacto con los usuarios y/o pacientes de seguimiento.

CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL

Medicina a Distancia es el Centro de Atención Telefónica de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México que opera desde el año 2007. Surge cuando es aprobada la Ley de la Interrupción Legal del Embarazo en la capital. Considerando que se trata de un tema delicado que requiere de tacto, se determinó que el Psicólogo era el profesional de la salud mental más indicado para brindar asesoría e información general sobre el tema a quienes se hallan en situación de Interrupción del Embarazo, ya que hombres y mujeres merecen recibir la mejor atención y guía en el proceso. Así, en un inicio el Centro de Atención opera con la “línea ILETEL” y “línea NO FUMADORES”, posteriormente se constituye la “línea de apoyo psicológico”, “línea de apoyo médico”, y más adelante se elaboran los proyectos: “adherencia terapéutica”, “embarazo responsable”, “niño sano”, etc.

Fue en pocos meses, gracias al constante empeño laboral de quienes conforman Medicina a Distancia, que el área de atención logró tener un alcance e impacto significativos en la población de la Ciudad de México, por lo que “El Programa de Salud del Distrito Federal 2007” optó por determinarlo como un proyecto prioritario, y debido a que no se tenían antecedentes del mismo, la Secretaría de Salud del Distrito Federal logró firmar un convenio de colaboración con LOCATEL con la finalidad de que la “Línea Medicina a Distancia”

formara parte de los programas especiales que ahí se operan para asegurar con ello atención médica y psicológica las 24 horas del día, los 365 días del año, a los usuarios.

“El convenio realizado con LOCATEL, fortaleció la atención brindada en el área, y por tratarse de uno de los números telefónicos de mayor referencia en la Ciudad, ha permitido a la vez contar con la constante actualización de información de los programas que ofrece la SEDESA a beneficio de la población. De este modo, actualmente existen dos ubicaciones de profesionales de la salud: los primeros se hallan en LOCATEL y los demás en el Centro de Atención Telefónica de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, en donde a la fecha opera un grupo multidisciplinario de profesionales de la salud. El servicio, tanto en LOCATEL como en instalaciones de la Secretaría de Salud, es proporcionado por médicos, psicólogos, nutriólogos, veterinarios y estudiantes prestadores de servicio social de dichas especialidades (...) Si algo caracteriza al área de Medicina a Distancia, es la juventud y creatividad de sus integrantes, de ellos, nace la propuesta de llamadas de salida, cuya función es dar atención telefónica a pacientes crónicos con el proyecto “Adherencia Telefónica”, modelo que en su inicio fue visto como un reto al modelo de atención telefónica tradicional, no obstante, logró tener alcances y resultados muy buenos. A partir de ese momento, se fueron generando proyectos dirigidos a mujeres embarazadas, niños y niñas menores de 5 años, pacientes con cuidados paliativos, y promoción de la salud. Gracias a este tipo de proyectos, se ha logrado disminuir la prevalencia de muertes maternas y complicaciones perinatales, complicaciones crónicas de diabetes e hipertensión, logrando favorecer el desarrollo del niño sano, y calidad de vida de los pacientes en situación terminal” (Extraído del Manual para el Psicólogo de Medicina a Distancia, S/A).

El Centro de Atención Telefónica de Medicina a Distancia tiene, además, el propósito de complementar los servicios médicos que ofrece la dependencia, como lo es el que no haya saturación en hospitales y centros de salud, evitando para ello realizar traslados innecesarios, por lo que al realizar la evaluación de cada caso se canalizan adecuadamente las situaciones o casos de emergencias.

Los usuarios de la Línea de Medicina a Distancia utilizan este servicio para solicitar información sobre programas y servicios de salud como lo son: asesorías médicas, psicológicas, nutricionales, campañas de vacunación para población infantil, campañas de vacunación y esterilización para mascotas, ubicación de las unidades móviles (MEDIBUS) y de Unidades de Salud de Detección Oportuna (USDO) donde se elaboran estudios de laboratorio y gabinete, entre otros servicios.

En cuanto a la demanda, destacaron las llamadas para solicitar atención y orientación por el profesional en psicología, seguida de la asesoría veterinaria o canalización hospitalaria en su caso; y, en tercer lugar de quienes solicitaron apoyo médico a distancia y/o de manera presencial del especialista. En cuanto a la recepción de las llamadas por su ubicación, la mayoría proviene de habitantes de la Ciudad de México, seguido por residentes del Estado de México, y en minoría se reciben llamadas del interior de la República Mexicana y del extranjero.

Al convertirse en la línea oficial de la Secretaría de Salud, actualmente el número de Medicina a Distancia es el principal puente de comunicación entre la población capitalina, extranjeros y la dependencia para estar en contacto con médicos y psicólogos.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

Asistencia al curso de capacitación “Adherencia Terapéutica”

El programa del curso se brinda una semana previa a la fecha de inicio del servicio social en una sede Universitaria, el mismo tiene una duración de 35 horas. Las ponencias del programa del curso las imparte el personal especializado que labora en Medicina a Distancia, la mayoría, supervisores de las áreas de atención (nutrición, medicina, psicología). Las temáticas fueron:

Día 1) “Bienvenida e introducción a Medicina a Distancia”, “Tejiendo redes a favor de la salud” y “Perfil del asesor especializado”.

Día 2) “Estructura de la interacción”.

Día 3) “Programas de SEDESA”, “Interrupción Legal del Embarazo”.

Día 4) “Adherencia terapéutica en Medicina a Distancia”, “Alianza terapéutica”.

Día 5) “Apoyo especializado en Medicina a Distancia”, “Habilidades para la intervención en crisis”, “Reglamento y productividad”.

El curso está dirigido a médicos, psicólogos, nutriólogos y promotores de la salud. El objetivo es que el profesional de la salud se familiarice con la información necesaria y requerida al momento de brindar orientación personalizada; promover cambios reales en el estilo y calidad de vida de los pacientes inscritos, y proporcionar información a la población sobre los programas que ofrece la Secretaría de salud.

Durante el curso se informa acerca del uso de técnicas especializadas para captación de la necesidad del usuario (escucha activa, focalización) para ofrecimiento de alternativas; de la importancia de la Entrevista Motivacional como herramienta de conducción en el intercambio de información entre el usuario y el profesional desde un sentido de colaboración activa por parte del paciente (etapa en el modelo transteórico del cambio); que el orientador conozca la situación de crisis, los signos y síntomas ante una situación de crisis y fases de reacción, e implementar la habilitación de habilidades para la intervención en crisis vía telefónica mediante la práctica o ensayo de la aplicación de los Primeros Auxilios Psicológicos.

En el curso se brinda, primero, el soporte teórico de cada temática del programa de capacitación, y posteriormente se realizan dinámicas con los integrantes para una mejor comprensión de los contenidos. Se trata de un curso teórico-vivencial, durante el cual los asistentes identifican aquellas habilidades que poseen y las necesarias por habilitar.

Brindar Información general de los programas prioritarios de la Secretaria de Salud de la Ciudad de México

Llamadas de Entrada

Son las llamadas que los usuarios o población generan a la línea para solicitar algún tipo de servicio (psicología, médico, nutricional, veterinaria), información general sobre algún programa, vigencia de alguna campaña de salud, o bien, para solicitar ser referidos con su

orientador asignado y encargado de llevar el seguimiento de su motivo de consulta. Toda llamada recibida es contabilizada y registrada sin excepción alguna.

Al momento de recibir una llamada, esta debe ser atendida a la mayor brevedad posible, realizar la captura de los datos del usuario, y siempre tomando en cuenta los cuatro scripts de la “estructura de la interacción” que son:

- 1) Presentación: Saludo inicial, presentación del orientador, presentación institucional, disponibilidad del orientador, requisición de datos del usuario (nombre, edad, referencia, delegación o municipio, si cuenta o no con algún tipo de seguridad social).
- 2) Focalización: Dimensión de riesgos, motivo – demanda, indagación, identificación de recursos (individuales, institucionales, tecnológicos,...).
- 3) Elaboración de alternativas: Plan de acción, dudas, compromisos de la llamada, resumen.
- 4) Cierre: Proceso de captación, promoción de los servicios.

Medicina a Distancia cuenta con un amplio catálogo de programas y servicios de SEDESA en beneficio de los residentes de la Ciudad de México. De estos programas, en cuanto a solicitud de información destacan: “Información general del Programa ILE”, “Embarazo responsable”, “Enfermos Crónicos”, “Niño Sano”, “Niña Sana”, Información general y solicitud de “Médico en tu Casa”, “Mascotatel”, “Contingencia Ambiental”, “Influenza”, “Enfermedades de Transmisión Sexual”, “Fiebre Amarilla”, “Prevención y Atención de la Violencia de Género”, “Unidades Médicas de Adicciones” (CAPA), “Denuncias Sanitarias”, “Donación de Órganos”, “Cirugías de alta especialidad para niños y niñas con enfermedades del corazón”, “Cirugías oculares gratuitas”, “Megajornada de esterilización canina y felina”, “Campañas de salud”, “Semanas Nacionales de Salud”, Información y canalización al “Hospital de las Emociones”, Información general de la “Clínica del Autismo”, “Campaña de salud Ve Por tu Salud” para promover la detección y tratamiento oportuno de cataratas sin costo, canalizaciones de adolescentes del Edo. de México a la “Clínica del Adolescente”,

fechas y ubicación de “Medibus”, ubicación de las Unidades de Salud de Detección Oportuna (USDO), trámites y requisitos para afiliación a “Seguro Popular” y “Gratuidad”, “Atención Integral a los Adultos Mayores”, “Pensión Alimentaria para Adultos Mayores”, entre otros programas más.

Mi labor como orientadora consistió en brindar al usuario información respecto al objetivo del programa solicitado, de los servicios y funciones que otorga, requisitos, etc. De igual modo, cuando era necesaria la canalización del usuario a alguna Clínica de Salud Mental u otra Institución para su pronta atención, hice uso del amplio Directorio con que cuenta Medicina a Distancia para referirles. En el Directorio se incluyen:

-Números de emergencia: ERUM, Cruz Roja, Bomberos, Protección Civil, Secretaría de Seguridad Pública, ISSSTE, Línea Materna.

-Números de contacto para con otras Instituciones como: Casa de la Sal, Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA), Centro de Información de Sistemas de Aguas, Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y de Control de Enfermedades, COFEPRIS, Centro Oncológico Internacional (COI), Colegio de Notarios del DF, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, Centro de Atención Ciudadana contra las Adicciones (CECIADIC), Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), Consejo Ciudadano de Seguridad Pública y Procuración de Justicia del DF, Consejo Mexicano de Cirugía Plástica y Reconstructiva, DIF, Escuelas Sin Violencia Para atención de Bullying, Fundación de Cáncer de Mama, A. C. (FUCAM), HONESTEL, IMECATEL Secretaría del Medio Ambiente, IMSS, INAMPAM, Instituto Nacional de Enfermedades respiratorias, Ismael Villegas (INER), Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), Línea Joven a Joven, Línea Migrante, TEL-MUJER, TEL-SIDA, entre otras;

-Instituciones relacionadas con ILE: Secretaría de la Contraloría Estado de México, Apoyo Albatros A.C., Centro de Ayuda a la Mujer, Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), Visitaduría Ministerial que brinda apoyo a quienes les niegan la ILE por violación en la CDMX;

- Números de Instituciones del Estado de México para canalización de usuarios no residentes de la Ciudad de México: Secretaría de Salud del Estado de México, Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México antes AVANZATEL, Embarazo Estado de México, Secretaría de la Contraloría en el Estado de México para denuncia en contra de los Servidores Públicos, TEL-SALUD;
- Directorio de SEDESA y Salud Pública;
- Centro de Servicios y Atención Ciudadana (CESAC);
- Directorio de Salud Mental: Centros de Salud con Atención Psicológica y Psiquiátrica;
- Directorio de Clínicas de Colposcopia;
- Directorio de Centros de Salud en la Ciudad de México: dirección, servicios que brindan;
- Directorio de Hospitales en la Ciudad de México.

Es importante mencionar que el programa de “Médico en tu Casa” es un programa de atención preventiva, que tiene el propósito de acercar a la población en situación vulnerable a los servicios de salud, para prevenir y detectar enfermedades. El programa es Universal, puede solicitarlo cualquier persona que se encuentre en situación vulnerable, aun cuando tenga seguridad social.

Por ello, considero conveniente darle más difusión al programa, no solo en el Canal Televisivo “Capital Social,” sino en otros medios; con la finalidad de que la gente tenga una idea más amplia acerca de la población a la que está dirigido el programa y comprenda que no es un servicio con carácter de urgencia, evitando con ello disgustos al momento de comunicarse a la línea.

Apoyo en llamadas de seguimiento para fomentar y promocionar cambios en el estilo de vida, adherencia a los tratamientos y psicoeducación vía telefónica a pacientes con padecimientos crónico-degenerativos.

A través del "Modelo General de Llamadas de Salida", el personal especializado (medicina, psicología, nutrición) realiza un seguimiento telefónico, de una o dos veces por semana,

dependiendo de los avances alcanzados - en días y horarios previamente pactados - a pacientes inscritos en los distintos proyectos. Estas llamadas tienen el objetivo de apoyar en el tratamiento terapéutico y fomentar la sustitución de conductas de riesgo, por hábitos de autocuidado, así como prevención de complicaciones; en el caso de los bebés y niños se favorece el desarrollo psico-motor, así mismo tiene por objetivo dar apoyo a cuidadores primarios para apoyarlos a reducir el desgaste físico y emocional que su rol conlleva.

Dependiendo del programa al cual se encuentra inscrito el paciente, el contenido del expediente multidisciplinario es distinto. Por ejemplo, en el caso de los pacientes crónicos, se incluye la hoja de datos generales, hoja de evaluación médica del paciente crónico, hoja de evaluación psicológica donde se incluye: familiograma, hoja de plan de tratamiento y/o trabajo, y hoja de notas. En el caso de estos pacientes, en el apartado de notas se deben incluir los índices de medición requeridos para conocimiento y referencia de su estado de salud actual (glucosa, colesterol, triglicéridos, presión arterial), y fecha de su próxima cita médica en su Unidad de Salud. También, se hace la integración de: hora de llamada, hora de término de llamada, duración o tiempo total de llamada, nombre de la orientadora que atendió, y breve resumen de lo tratado en sesión. En todos los expedientes, se incluye una “hoja de intentos” al final de los mismos, donde se registra el número de veces que se trató de establecer contacto con los usuarios para su atención. Cuando no lo hay, se re-programa una fecha de próxima llamada.

Tabla 1. *HOJA DE INTENTOS DE LLAMADA*

INTENTOS DE LLAMADA				
Fecha	Área	Orientador	Nº Intentos llamada	Próxima llamada

Al término de las llamadas de salida, y del llenado de las notas, los expedientes son revisados y firmados por la supervisora directa del turno.

“El expediente de Medicina a Distancia es el documento que permite conocer el registro organizado del proceso que vivencian los pacientes incorporados a alguno de los proyectos

del área, y de las medidas preventivas y de intervención que se trabajaron en cada disciplina. Se trata de un documento legal, con registro ante OIP, de la Secretaría de salud de la Ciudad de México. Organismo encargado de regular la protección y uso de datos personales dentro de la Institución” (Extraído del Manual para el psicólogo de Medicina a Distancia, (s/a).

Cada semana, o de manera quincenal, se programaban las sesiones de orientación y acompañamiento terapéutico con las pacientes del programa de Adherencia Terapéutica y, con el apoyo de los demás compañeros de las otras áreas especializadas, se realizó una intervención multidisciplinaria para, de este modo, llevar a cabo la modificación del estado nutricional actual (si lo requería) de la paciente, monitorear los niveles de presión arterial, glucosa, colesterol, triglicéridos, aplicación o toma de medicamentos, síntomas y/o signos causantes de preocupación para los pacientes, y revisión general de su estado de salud. Para ello se pidió a las usuarias que manejaran una bitácora propia para registrar los índices mencionados, y por mi parte, maneje otra (ya incluida en el expediente) para verificación y comparación de datos.

Además de lo anterior, durante la llamada, proporcionaba psicoeducación acerca de su padecimiento o enfermedad para calmar cualquier tipo de inquietud, así como informar acerca de la importancia de realizar cambios en el estilo de vida, especialmente bajando de peso con ejercicio físico y comiendo alimentos más saludables. Se hacía hincapié en que manteniendo un mejor control del azúcar en la sangre, del colesterol y de los niveles de presión arterial, le ayudarían a reducir el riesgo de enfermedad renal, enfermedad ocular, enfermedad del sistema nervioso, ataque cardíaco y accidente cerebrovascular.

Por solicitud del área de supervisión, el personal de nutrición se encargó de diseñar un plan de alimentación personalizado para cada uno de los integrantes del turno, así como la promoción de actividad física, con la finalidad de fomentar el autocuidado y prevención de enfermedades.

Apoyo en llamadas de seguimiento y psicoeducación a los usuarios de los programas niño sano y niña sana.

El objetivo de estos programas es dar atención a los niños y niñas de cero meses a cinco años de edad para promover la atención integral de los mismos, incluyendo la evaluación del estado nutricional, desarrollo psicomotor, promover la estimulación temprana, verificando la presencia de molestia durante la ejecución de los ejercicios, si hay desinterés, mala coordinación, etc. Se brinda capacitación y/o psicoeducación a los padres y/o cuidadores para la identificación de signos de alarma y antecedentes de riesgo para tomar medidas de prevención y de detección precoz de riesgos, y evitar con ello alteraciones y secuelas permanentes en los pequeños. Los especialistas asignados (psicólogo, nutriólogo, médico), éramos los encargados de generar las llamadas para su seguimiento y monitoreo de los resultados obtenidos con las tareas de estimulación temprana.

Solo me fueron asignados dos casos: un varón de nueve meses de edad, y una menor de siete meses de edad. Después de la asignación de los expedientes, realicé la llamada de primer contacto para presentación formal con las cuidadoras de los usuarios. Durante ésta, se fijó el horario de atención para las llamadas de seguimiento, se informó sobre los objetivos del programa, y de la importancia del monitoreo de la ejecución de los ejercicios de estimulación. Se acordó una llamada cada veinte días para dar tiempo a la ejecución de los ejercicios; se programaron cinco sesiones con cada uno, cubriendo el periodo de Marzo – Agosto del 2016.

A partir de la segunda llamada llevé a cabo el llenado y actualización de datos generales del expediente, realizando la evaluación del desarrollo psicomotor de ambos niños apoyándome en el *Formato de evaluación del desarrollo psicomotor*, y brindé psicoeducación sobre la importancia de la estimulación temprana apoyándome en el material de lectura proporcionado por el área de supervisión. A partir de esta sesión se dejaron de tarea realizar diariamente, o por lo menos tres veces a la semana, de dos a tres ejercicios de estimulación (uno por cada área de desarrollo: motor grueso, motor fino, lenguaje, socio-afectivo), y repetir las series de ejercicios por lo menos cinco veces, y

dejando pasar 30 minutos después de alimentarles para su ejecución. A las cuidadoras se les dio referencia de los ejercicios de estimulación y sugerencias durante la realización de los mismos. Para capacitación y/o psicoeducación a las mamás se les hacía hincapié en:

- Realizar los ejercicios en un ambiente tranquilo y seguro, respetar el tiempo de respuesta de sus hijos y cuando no quisieran realizar las actividades;
- que eligieran un momento u hora conveniente para éstas actividades;
- que evitaran realizar los ejercicios cuando notaran cansancio en los menores, y que no los sobrecargaran de tareas y de estímulos.
- Se les pidió que procuraran elegir objetos agradables al tacto, al oído, al paladar, y que todos ellos fueran siempre seguros;
- que participaran ambos padres o aquellas personas encargadas del cuidado diario en la estimulación de los niños;
- que de preferencia las actividades estuvieran acompañadas por canciones, palabras, juegos y sonrisas, mostrando cariño y dulzura, con la finalidad de que la actividad resultara placentera para los participantes.
- Se les invito a aprovechar el momento del baño para proporcionar un masaje a los infantes; mostrarles cuentos con colores llamativos y leérselos.
- Se les invitaba a expresarles afecto (caricias, besos, protección, higiene), a estimular el lenguaje reproduciendo sonidos, letras o palabras y premiarles o festejarles siempre los resultados obtenidos;
- a mantener una buena higiene del sueño y correcta alimentación acorde a su edad;
- que procurasen la socialización con familiares y conocidos, así como con sus iguales.

Asistencia a sesiones bibliográficas relacionadas con la psicología de la salud.

Por parte del área de supervisión se proporcionó la siguiente referencia bibliográfica:

Para abordar a los usuarios con padecimientos crónicos inscritos: Miller, W.R., Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. España: Paidós. El resto de material de lectura como lo

fueron: *“Elementos teóricos fundamentales para la intervención telefónica”, “Manual para el psicólogo de Medicina a Distancia”, “Ejercicios de Estimulación Temprana”, “Estrategias para Pacientes Críticos. Enfoque Eriksoniano”, “Guía ILE”,* así como los avisos de actualizaciones del sistema en cuanto a información general de los programas y de los servicios de Medicina a Distancia, todo nos fue enviado al correo electrónico personal para su revisión.

Con los pacientes crónicos particularmente había que capacitarse en la temática de sus padecimientos; para ello, era necesaria la asesoría del personal de supervisión y del área médica para referencia profesional y/o bibliográfica para adquisición de un mayor y mejor conocimiento de la problemática y del tratamiento a recibir para lograr mantener un adecuado estilo de vida. Sobre todo, había que tener cuidado con el manejo de los medicamentos que a los pacientes les eran administrados en su respectiva Unidad de Salud, por lo que había siempre que verificar esta administración medicamentosa con el personal especializado para descartar la automedicación y evitar alguna complicación con su estado de salud actual o posible afección futura.

Cada caso atendido de los pacientes inscritos era supervisado por la encargada del área de Psicología, quien además, proporcionaba retroalimentación para buscar alternativas de intervención para la modificación conductual del paciente en su adherencia al tratamiento.

Orientación y apoyo psicológico vía telefónica a mujeres en situación de la Interrupción del Embarazo (ILE).

El servicio de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) se brinda de manera legal, segura, confidencial y gratuita en las clínicas de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. El objetivo del programa es proporcionar orientación, información-canalización y apoyo psicológico a la población que así lo solicite sobre la Interrupción Legal del Embarazo.

A las y los usuarios les brindé información general como lo es: requisitos y procedimiento para acceder al servicio, costos en caso de que fueran residentes de otra entidad del país,

recomendaciones de autocuidado posteriores a la ILE, los métodos de intervención para la interrupción, y proporción de datos y referencia a unidad hospitalaria o Centro de Salud para su atención. Además de la información brindada, se les sugirió a las usuarias la atención de la línea de psicología en caso de inquietud o conflicto interno.

En cuanto a las llamadas de ILETEL, éstas se registran de manera independiente para conocer la productividad de la línea ILETEL. La población que solicitó el servicio de información varió tanto en estatus socio-económico, nivel educativo, y edad, así como también los motivos por los cuales se deseaba interrumpir el embarazo.

Realización de intervenciones psicológicas y acompañamiento emocional a través de consultorías y consejerías telefónicas a población general.

Toda llamada que se recibe o canaliza al área de psicología tiene que ser registrada - aun cuando el usuario cuelgue, no responda, etc. -, tanto en sistema (InConcert) para conocer la productividad del área, como en la carpeta de “Registro de Psicología” para monitorear la atención proporcionada a los usuarios y conocer quién es el responsable a cargo del seguimiento del caso.

Durante la llamada se trabaja en dos archivos de la carpeta: uno en Word, donde se redacta la formulación del caso y aspectos trabajados durante la llamada para con el usuario; el segundo se realiza en archivo Excel, donde se incluyen los datos generales del usuario e incluye una liga de enlace para consultar la nota del caso elaborado en el archivo Word.

El personal de cada área especializada (psicología-medicina-nutrición) lleva el control de registro de llamadas en su respectiva carpeta. Las llamadas de seguimiento en psicología las genera el mismo usuario como muestra de compromiso a su solicitud. El registro permite saber y verificar si el usuario actualmente lleva, o ha llevado, un seguimiento previo en la línea, conocer si ha implementado por cambiarse el nombre o si ha optado por otorgar algún dato distinto para evitar ser identificado, no obstante, en ocasiones se logra su identificación, ya sea porque la problemática a penas cambia, o porque aunque se modifique el motivo de llamada, se le identifica por el reconocimiento de la voz del usuario.

Al respecto, Medicina a Distancia cuenta con una lista de “Usuarios Recurrentes” en la cual se hace la especificación del o los motivos de llamada, contenido de la misma, número telefónico desde el cual suele comunicarse el usuario, área a la que suele solicitar la atención o referencia, y nombre del orientador u orientadora responsable; esta lista se mantiene en constante actualización.

Durante la intervención psicológica, “en Medicina a Distancia, se da la libertad a cada profesional a estructurar su intervención, siempre y cuando se cumplan los objetivos del servicio y se respete el contexto de cada paciente. Debido a la demanda en solicitudes de llamada y seguimiento de expedientes, así como por tratarse de un servicio telefónico, el trabajo de intervención que se realiza con los usuarios en la línea es por medio del Enfoque Cognitivo Conductual” (Extraído del Manual para el psicólogo de Medicina a Distancia, S/A). Después de la recepción de llamada y captura de datos del usuario – dependiendo de la situación de cada llamada – se inicia con el proceso de interacción (focalización) para identificar las necesidades que llevaron al usuario/usuario a contactarse en la línea; para ello algunas habilidades son necesarias tales como:

-La **escucha activa**: para atender con cuidado los mensajes del usuario, sus emociones manifiestas en las inflexiones de voz, risas, suspiros, llanto y el contenido de su discurso, con el propósito no sólo de entender las palabras, sino de ligar los significados, las formas y contenido, prestar atención a los ruidos ambientales que rodean al usuario con la finalidad de determinar si se encuentra en un teléfono público, en compañía de otra persona o si el ambiente en donde se encuentra puede representar un riesgo para el/ la usuario/ usuaria.

-La **empatía**: para comprender las experiencias y sentimientos de la otra persona desde su propia perspectiva y comunicarle este entendimiento. Ser empático permite establecer un ambiente de confianza y de apertura en el proceso de comunicación.

-La **focalización**: para establecer la demanda y el motivo de consulta del usuario/usuario. Generalmente los usuarios/usuario expresan concretamente lo que les motiva a llamar y

sin más se atiende su solicitud. Cuando no es así, la tarea del orientador consiste en determinar la situación particular que preocupa o inquieta al usuario mediante preguntas directas que le faciliten manifestar los eventos ocurridos. En cuanto a la demanda del usuario/usuario, esta hace referencia a lo que espera lograr más allá de su motivo de consulta (expectativas), situaciones que en ocasiones llegan a rebasar límites permitidos dentro de nuestro servicio.

Posteriormente, se elabora el plan de acción cubriendo la solicitud identificada mediante los procesos previos, con apoyo en un marco de referencia (base de datos y formación profesional), escucha activa y empatía. La elaboración del plan depende de las características del usuario/usuario así como de los recursos que tenga, los alcances de la línea, las habilidades del orientador y la asesoría del área de supervisión. Una vez cubierta esta fase se realiza la conclusión de la interacción sintetizando las acciones acontecidas durante el diálogo, con la intención de confirmar y reforzar la satisfacción de la demanda del usuario. Cubiertos estos procesos, se lleva a cabo el cierre de la llamada.

Las problemáticas por las cuales se comunican los y las usuarias a la línea de Psicología son diversas, no obstante, destacan los casos de infidelidad, violencia psicológica, emocional y dependencia económica hacia la pareja, así como los conflictos familiares.

Las intervenciones realizadas con los usuarios y usuarias se describen más adelante en el apartado *Resultados*.

OBJETIVOS DEL INFORME

Se trata de un programa que atiende y orienta vía telefónica a población general de la Ciudad de México sobre los diversos programas que ofrece la Secretaría de Salud para beneficio de su estado de salud físico y psicológico; atiende vía telefónica situaciones de intervención en crisis; realiza canalización de usuarios/usuarioas que requieren atención y tratamiento especializados a instituciones pertenecientes a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México; vía telefónica orienta, proporciona información y canaliza a mujeres en situación de Interrupción del embarazo; brinda atención y asesoría médica, nutricional y psicológica y da seguimiento a población general y a personas inscritas en los programas diseñados vía telefónica para los niños y niñas menores de cinco años, mujeres embarazadas y pacientes con enfermedades crónico-degenerativas.

Este informe tiene el propósito de describir las actividades realizadas durante el periodo de prestación de Servicio Social en el Centro de Atención Telefónica de Medicina a Distancia perteneciente a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, y particularmente, de la labor llevada a cabo como orientadora/asesora en la línea de psicología.

De los casos atendidos en la línea de psicología, destacó como motivo de consulta el referido como “problemas de pareja”, detectándose la reproducción de roles y adherencia a los estereotipos de género, y prolongación del vínculo en pareja pese a su situación de violencia (física, sexual, psicológica, económica simbólica). A su vez, se detectó que la población masculina hace uso mínimo de la línea de psicología, género que además carece de programas integrales para su salud comparados con los existentes para la población femenina, invisibilizándose los casos de violencia que los varones también sufren y padecen en más de una modalidad. Por esta razón, se propone implementar la atención a la salud integral de los hombres promoviendo la apertura de espacios de diálogo y de atención integral para el género masculino a favor de la igualdad en salud, así como implementar la promoción de la corresponsabilidad en la pareja que vive situación de violencia.

SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO

CAPÍTULO 1. EL SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA VÍA TELEFÓNICA

Los servicios de atención a distancia son un recurso útil para las personas que carecen de otro medio para acercarse a la institución. Son recursos útiles para el usuario puesto que ahorra tiempo, no hay necesidad de desplazarse hasta un consultorio, puede establecer contacto desde cualquier lugar y en cualquier momento. Este tipo de servicios trae beneficios para la persona que por otro medio no podría o no resultaría sencillo acudir de manera personal a asistencia terapéutica, como sucede en los casos de personas que por la complejidad de su problemática o situación no tienen posibilidad de desplazarse (discapacidad motriz, agorafobia, problemas de interacción social, o debido a residencia foránea). De igual manera, es un recurso útil para aquellas personas que no disponen del tiempo suficiente para acudir a consultoría como es el caso de altos ejecutivos, personal de Jefatura, elementos de seguridad, etc.) Otro de los beneficios es que también facilita el anonimato del consultante, lo que posibilita que se revele información que de manera personal resultaría difícil emitir encontrándose frente al especialista. Los usuarios de los servicios a distancia pueden realizar consultas sobre un tema en particular, solicitar recomendación de bibliografía, consejería u orientación especializada. Además, para la persona que solicita información sobre el/los servicios brindados en algún centro o institución, resulta ser la primera forma de acercamiento a una terapia presencial (Valero, 2003).

El servicio de atención psicológica vía telefónica trata de una forma de auto-ayuda mediante el cual el usuario recibe consejería e información, no obstante, “la responsabilidad del propio tratamiento siempre es del usuario” (Valero, 2003). Si bien el profesional (orientador) es el encargado de proporcionar la información y retroalimentación al consultante en atención a su demanda, éste último es quien decide qué información proporciona y “qué hace con esa ayuda recibida”.

A los solicitantes en la línea se les guía en su situación de crisis, se identifican los recursos en el momento de la crisis para afrontar la situación estresante, por lo que necesariamente

las intervenciones se dirigen al rescate de las fortalezas y aspectos positivos de su relato para que la propia persona se enfoque a mirar su problemática desde otra perspectiva. De manera oportuna, los orientadores realizan sus intervenciones en el momento más conveniente ayudando con ello a disminuir el estado de desestabilización emocional en que se encuentra el/la afectada.

El estado de crisis, de acuerdo a Slaikeu, (1996, p. 30) es “un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para afrontar situaciones particulares con los métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo”. Consideremos que antes de una situación de crisis el individuo se comporta normalmente, muestra estabilidad, realiza adecuadamente sus funciones en su entorno familiar y social, es capaz de tomar decisiones y solucionar conflictos. Es debido a un evento precipitante (pérdida de un ser querido, situación de divorcio, situación crisis económica, despido laboral, enfermedad severa, etc.) que impacta de manera significativa en la persona, familia, comunidad o sistema cultural; el suceso interactúa con la personalidad del individuo, originándose todo un proceso que involucra a cinco áreas: conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo (Díaz, 2004).

Una característica de las situaciones de crisis es el fallo de las habilidades para la solución de problemas, por lo que el objetivo de la intervención psicológica es el establecimiento del modo de enfrentamiento inmediato, ayudando a la persona a movilizar sus propios recursos (emocionales, cognitivos, económicos, etc.) con el fin de resolver la crisis y re-estabilizar su estado emocional. Para lograrlo, es necesaria la aplicación de los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP), siendo ésta la primera atención que recibe la afectada/do, y que se aplican en las primeras horas tras el impacto, considerando las primeras 72 horas. La intención de los PAP es reducir el nivel de estrés, fomentar la adaptabilidad a corto, mediano, y largo plazo, y potenciar las estrategias de afrontamiento (Reyes, 2016).

Los componentes de los Primeros Auxilios Psicológicos son (Díaz, 2004):

1. Realizar un contacto psicológico mediante el cual se invita a la persona a conversar y expresar sus sentimientos en libertad.
2. Analizar juntos las dimensiones del problema.
3. Sondear posibles soluciones identificando intentos de solución, qué puede hacer la persona y cómo puede llevarlo a cabo.
4. Ayudar a tomar una decisión, evaluando riesgos y beneficios de forma realista.
5. Mantener el contacto para acompañarlo en la continuación del plan de acción, estableciendo un convenio para re-contactar.

Por otra parte, Slaikeu (1988; citado por Díaz, 2004), afirma que el brindar orientación e intervención psicológica por teléfono puede tomar tres formas:

- a) La prevención primaria, que tiene por objetivo disminuir la prevalencia e incidencia de trastornos; b) La prevención secundaria, dirigida a mitigar y/o reducir las secuelas dañinas de los acontecimientos o vénetos ocurridos y, c) La prevención terciaria, que se centra en remendar el daño después del episodio original. En esta lógica, la labor de orientación e intervención psicológica vía telefónica entraría en el rubro de la prevención secundaria, puesto que los objetivos son:
 - b) Mitigar y disminuir los efectos desgastantes de la crisis de la vida, y
 - c) El crecimiento a través de la experiencia de crisis.

Al respecto, para Erickson (Rodríguez, 2010) el estado de crisis representa una oportunidad de crecimiento y desarrollo para el individuo. De acuerdo al autor, un estado de crisis efectivamente implica un riesgo y también una oportunidad.

1.1. El perfil del psicólogo en la atención vía telefónica

Las orientadoras/es en psicología deben cumplir con características indispensables para el adecuado desempeño de sus funciones, puesto que el objetivo es ayudar a la persona a resolver su problemática emocional. El psicólogo se ocupa de atender problemáticas de diversa índole como lo son problemas de conducta, de aprendizaje, alcoholismo y drogadicción, problemas de dinámica familiar, relación de pareja, trastornos sexuales, problemas cognitivos y/o neurológicos, problemas sociales, etc., por lo que requiere contar con una sólida preparación académica, pero además de una formación ética. Por tanto, deberá ser capaz de mostrar respeto, responsabilidad, capacidad profesional, competencia, confidencialidad, honestidad y sentido de justicia (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010). En cuanto a sus cualidades personales, es importante que el psicólogo se vea interesado por ayudar a quien lo necesite, mostrar autenticidad, ser genuino, modesto y con conocimiento de sí mismo y por tanto tener conciencia de lo que le genera conflicto (problemática emocional), que tenga autorespeto y muestre respeto hacia su equipo de trabajo y hacia la persona que solicita su servicio profesional; que tenga capacidad de autocrítica y de análisis para lograr la comprensión del solicitante y con flexibilidad pueda aplicar el marco referencial necesario. El psicólogo debe mostrar humildad y paciencia para trabajar con personas de distinto lugar de residencia, estatus social, nivel educativo, edad, deficiencias cognitivas, etc., además, su autoconocimiento evitará que sus propios problemas internos interfieran con su labor de intervención.

Dado que la atención brindada a distancia depende totalmente del lenguaje verbal, son importantes las características del habla como lo es el tono de voz, modulación de voz, discurso fluido, los silencios, interrupciones, etc., y las habilidades como lo son la empatía, autenticidad, escucha activa, asertividad, focalización, motivar la expresión verbal del individuo. El resultado satisfactorio de la interacción también dependerá de la disponibilidad completa del orientador/ra (tiempo, paciencia, estado emocional, estado cognitivo, estado fisiológico, etc.); estos recursos facilitan que el individuo receptor entienda mejor lo que se le ha transmitido, pero escuchar activamente es fundamental.

Las orientadoras/es deben tomar en cuenta que el proceso de comunicación es dado entre dos y de manera recíproca, por lo que la eficacia de la comunicación va a depender tanto del emisor como del receptor, por ello, es importante atender tanto lo que se dice como lo que se escucha.

Escuchar activamente implica un proceso psicológico-emocional-selectivo, que guarda relación con el interés o motivación que cada persona tenga para escuchar (INMUJERES TOMO II, 2012). Saber escuchar hace posible comprender al emisor/ra y que se puedan ofrecer alternativas de resolución para la problemática presentada. Por tanto, habrá que estar preparados y disponibles para la atención y orientación, evitar las distracciones, establecer un clima de confianza y equitativo, no enjuiciar, descalificar o minimizar la problemática, tener conocimiento y/o marco de referencia sobre el tema, considerar los diversos factores que interactúan, propician o mantienen la problemática, comprender los sentimientos del solicitante, evitar emitir diagnósticos anticipados, indagar en su discurso para no dar nada por sentado e ir tomando notas al respecto.

Otros recursos que facilitan el proceso de comunicación son: el reflejo, parafraseo, empleo de interjecciones, validación de sentimientos e ideas y adecuación del discurso.

Los orientadores que brindan asesoría psicológica vía telefónica entran en contacto con los sentimientos, pensamientos y comportamientos ejecutados por el individuo como consecuencia de un evento significativo; le apoya en un proceso de contención, guía a la persona para el manejo de las sensaciones y sentimientos, propicia que sienta seguridad. Sullivan y Everstine (2000; en INMUJERES TOMO II, 2012) refieren que la comunicación con personas en situación de crisis debe ser de manera puntual y precisa de tal manera que la información transmitida sea adecuada. Para ello, las orientadoras/es deberán esforzarse para la comprensión de la “realidad” de los solicitantes y la fluidez de la comunicación. La eficacia de su intervención se evidencia cuando la afectada/do menciona sentir más seguridad, confianza, y se ve capaz de tener control sobre su situación para generar un proceso de cambio (Ministerio de Salud, 2003; citado en INMUJERES Tomo III, 2012).

CAPÍTULO 2. LA FUNCIÓN DE LA PROMOCIÓN DEL AUTOCUIDADO

Ante la decisión de generar un proceso de cambio y ante cualquier toma de decisión significativa en nuestra vida es sumamente importante contar con la mayor información posible, de tal manera que las consecuencias de nuestras elecciones tengan un mínimo impacto en nuestro bienestar. Es deber nuestro estar atentos de cómo repercute en uno mismo la presión social, cuidando que la misma no afecte el propio bienestar; cuidarse es una responsabilidad personal que depende de cada uno y no puede ser responsabilidad de nadie más. Cuidarse a sí mismo es algo fundamental para mantener el cuerpo y la salud mental en óptimas condiciones.

Una de las principales funciones que promueve la Secretaría de Salud de la Ciudad de México para prevención de enfermedades y otras afecciones a la salud es la promoción de prácticas de autocuidado, que contribuyan a mejorar el estado de salud actual de los individuos.

La promoción del autocuidado tiene el objetivo de reducir el nivel de exposición a riesgos, por lo que de manera individual, se necesita internalizar la importancia de la responsabilidad y el compromiso que se tiene consigo mismo (Tobón, 2003). Es importante tomar en cuenta que en el Autocuidado no es nada más lo que uno hace sino cómo lo hace. Es estar conscientes del propio estado de salud para así comprometerse y responsabilizarse por el cuidado personal.

La causalidad de las enfermedades no nada más tiene que ver con factores ambientales “sino que involucra aspectos de la responsabilidad individual sobre la salud, que liga con el estilo de vida y que por tanto, exige nuevas formas de abordar el manejo de las mismas” (López, 1998; p.128). Uribe (1999) afirma que la promoción del autocuidado se mira como estrategia necesaria para el bienestar integral y desarrollo humano.

Según la OMS, la salud se define como el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Lo cual quiere decir, que la salud representa el equilibrio ideal de sus tres componentes, mismos que están estrechamente relacionados y forman parte esencial del ser humano (cuerpo, mente y ser

social). Se afirma que “los modos y estilos de vida llevados a cabo por la sociedad y el individuo, influirán de manera positiva o negativa ya sea como elementos benefactores o de riesgo” (Dirección General de Educación Superior para Profesionales de la Educación, 1998).

El autocuidado hace alusión al conjunto de prácticas o serie de acciones intencionadas y realizadas cotidianamente por la persona para evitar que factores internos o externos comprometan su vida y su salud. Son actos que realizan las personas por propia voluntad, con intención y racionalidad para sí mismas, por su salud, seguridad y bienestar (adecuada alimentación, tener higiene personal, buena higiene del sueño, periodos adecuados de descanso, buen manejo del estrés, practicar actividad física con regularidad, tener autocontrol en el consumo de sustancias nocivas o perjudiciales (tabaco, medicamentos, alcohol), no automedicarse, no exponerse a situaciones de riesgo o de peligro, practicar sexo seguro y con responsabilidad, atender síntomas o malestares para evitar padecer algún problema de salud mayor, acudir a revisiones médicas de manera periódica, tener un buen manejo del tiempo libre, atender las propias áreas física y mental).

El autocuidado refiere Tobón (2003, p. 1), “tiene que ver con aquellos cuidados que se proporciona la persona para tener una mejor calidad de vida (autocuidado individual), o los que son brindados en grupo, familia, o comunidad (autocuidado colectivo)”. El autocuidado podría ser definido también como una actitud que se tiene para hacer frente al mundo, a las propias necesidades y al cuidado personal (Cádiz, 2006; Grela y López, s.f; citados por Arias, 2014), por lo que el mantenimiento de esta práctica muchas veces dependerá de las experiencias o situaciones por las que esté atravesando cada persona en determinado momento, requiriendo en ocasiones de la intervención profesional y de otras redes de apoyo para sobrellevar la situación presente, no obstante, Lange et al. 2006 citado por Arias (2014) afirma que “el cuidado propio debe ser una responsabilidad de cada uno/una, más que del personal médico y enfermeras”.

Cabe mencionar que el autocuidado implica una práctica intelectual debido a que consiste en un proceso que inicia con una etapa de reflexión personal sobre los problemas de salud que aquejan o se padecen actualmente; la persona reflexiona acerca de lo que considera

que es saludable para sí misma y sobre lo que es insano y perjudicial para su salud y bienestar. A partir de ello, la persona es quien decidirá qué conductas o prácticas mantendrá y cuáles decidirá modificar, tanto para beneficio propio como para quienes le rodean, responsabilizándose de los costes derivados de las propias elecciones. Por tanto, el autocuidado es un proceso que pasa en primer lugar por el reconocimiento personal y manejo del mismo, de la o las problemáticas menores que aquejan al individuo y que pueden ser resueltas por él sin la intervención de un profesional (alimentación, descanso), hasta de atender las problemáticas mayores que requieren de la intervención profesional o especializada para su resolución.

Martínez y Vivaldo (2014, p. 3) clasifican el cuidado en tres formas:

“La primera trata del *cuidado o asistencia a los demás*, y se refiere a la atención que se brinda a las personas que lo necesitan y se lleva a cabo mediante una serie de prácticas físicas o emocionales por parte de una persona hacia otra con el objetivo de ayudarlo a mantener o alcanzar mayores niveles de bienestar. La siguiente forma, el *cuidado entre todos*, se relaciona con acciones que son diseñadas, planeadas y organizadas desde el interior de un grupo o comunidad. Este se caracteriza por la formación de estrechos vínculos afectivos y solidarios que persiguen la meta de la convivencia armónica de la sociedad. Por último, el *cuidado individual*, viene dado por la serie de acciones que toma el individuo para mantener su nivel de salud (o incluso mejorarlo) y controlar la enfermedad”. De esta clasificación, ambos autores otorgan la referencia de tres tipos de auto cuidado: el primero es el *autocuidado instintivo* que se refiere a la habilidad innata para anticipar una situación de riesgo o peligro; el *autocuidado aprendido* es el que se adquiere por medio de la observación (modelado) y el cual es reproducido por el individuo al notar los beneficios de su realización; y por último, el *autocuidado razonado* que acontece cuando la persona razona con conocimiento fundamentado, es decir, se realiza una evaluación de los costes y beneficios de realizar o ejecutar una actividad.

Dado que la práctica del autocuidado involucra la actividad intelectual, Tobón (2003) comenta que la persona requiere desarrollar habilidades personales para optar por

decisiones más saludables. Las estrategias, dice, “y mecanismos para desarrollar dichas habilidades se relacionan con la autogestión, la educación e información y el autocuidado, mediados por la comunicación (...) se requiere cierto grado de desarrollo personal, mediado por un permanente fortalecimiento del autoconcepto, el autocontrol, la autoestima, la autoaceptación, y la resiliencia” (p.2). Por tanto, el autocuidado es una práctica que está determinada por aspectos personales, sociales y culturales los cuales son definidos por la autora de la siguiente manera:

- Los aspectos personales son lo que dependen directamente de la persona y determinan, de una manera personal, el autocuidado: los conocimientos, la voluntad, actitudes, hábitos.
- Los aspectos sociales y culturales son lo que influyen para hacer posible o no el autocuidado del individuo y sin embargo, no dependen de él/ella: cultura, género, científico y tecnológico, político, ambiental, económico, familiar y social.

Ante esto, se hace necesario identificar las prácticas insanas que han sido aprendidas del contexto sociocultural para confrontarlas y lograr modificarlas (Martínez y Vivaldo, 2014).

“Valorar el autocuidado es un derecho y una gran responsabilidad, comprende el interés por tener las condiciones físicas y emocionales adecuadas para mantener el cuerpo y la salud mental en un estado óptimo” (Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2014, p.37).

Por lo cual, es importante que cada uno tenga conocimiento de las propias fortalezas y debilidades, y de lo que se quiere para sí mism@ para tomar decisiones sobre la propia vida para encaminarse a la consecución de los cambios deseados y que estos se vean reflejados en un envejecimiento saludable (Instituto Nacional de Geriátría, 2015).

2.1. La Promoción de la Salud y las instituciones

Chapela (2015) afirma que anteriormente la promoción del autocuidado era un asunto que competía a todos debido a la inexistencia de las instituciones, y fue a partir de su aparición que estas han pasado a ser las principales organizadoras de los asuntos de la vida de los individuos. Afirma que “las instituciones nacen con distintas intenciones. En algunas partes, las intenciones son de servicio a la gente, en otras, son poner a la gente al servicio de las

instituciones. Estas últimas, se multiplican en todo el mundo y tienen que ponerse de acuerdo entre sí. Entonces comienzan a definir qué son las cosas. (...) le dan nombre a la alimentación, a lo que nos pasa, a los momentos de la vida, a lo que deciden que está bien y lo que está mal, a lo que tiene que ver con la maternidad, a distintos aspectos del trabajo, a lo que es valioso, a lo que es necesario y a lo que es importante. Estas definiciones son iguales aquí que en Francia, China o Angola” (Chapela, 2015, p. 11).

Durante la primera conferencia internacional sobre promoción de la salud, en Ottawa, Canadá, en 1986, se formuló una carta donde se estipuló que “la promoción favorece el desarrollo personal y social en la medida que aporte información sobre el cuidado, educación sanitaria para tomar decisiones informadas y se perfeccionen las aptitudes indispensables para la vida; de esta manera se aumentan las opciones disponibles para que la gente pueda ejercer un mayor control sobre su salud y el medio social y natural, y así opte por todo aquello que propicie la salud” (Carta de Ottawa, 1986, p. 1). No obstante, retomando a Chapela, hoy día las instituciones trabajan de acuerdo a lo que dicta cada gobierno. Es por esta causa que a nivel institucional las actividades de promoción de la salud difieren las unas de otras: “le llaman promoción de la salud por igual a: vacunar, hacer campañas contra alguna enfermedad, mejorar un rastro, poner a la gente a hacer ejercicio o a lavarse las manos, abrir una clínica de vigilancia médica como el PREVENIMSS, hacer estudios para ver si la gente tiene cáncer, dar pláticas sobre esto o lo otro, poner posters o repartir trípticos, obligar a la gente a no fumar o ponerse el cinturón de seguridad, quitar la sal de la mesa, tomar la presión, espulgar a los niños para ver si tienen piojos...” (Chapela, 2015, p. 12); esta serie de prácticas la autora lo llama “*promoción de la salud oficial*” y es la que suele emplearse con más frecuencia y podemos ver por doquier. El mercado es un segundo tipo de promoción (*Promoción de la salud del mercado*), el cual afirma Chapela (2015), “hace que la gente necesite las cosas que vende”. Para ello, se sirve de los medios de comunicación para transmitir “propaganda de este tipo de promoción de la salud” (...) los medios están continuamente indicando lo que hay que considerar que es sano, lo que está bien y lo que no, las cosas que pueden pasar, la manera de vivir una buena vida o una vida bonita”. El propósito de este tipo de promoción es transmitir miedo al espectador al

mostrar las consecuencias que podría experimentar su cuerpo si continúa prefiriendo un estilo de vida insano e inadecuado, comunicando las severas repercusiones e implicaciones que tendrá a nivel económico y familiar.

En tercer lugar, se haya el tipo de promoción de la salud denominado "*promoción de la salud popular*", el cual se refiere a todo aquello que la gente hace para evitar la enfermedad y conservar su salud. Aquí, la persona "echa mano de lo que la gente dice, lo que aprende en casa, lo que saben las viejas, lo que ha funcionado, lo que le funciona a una amiga. Parte de lo que la gente sabe, viene de hace mucho tiempo, ha sido probado por generaciones y resuelve los problemas sin necesidad de las instituciones o el mercado; otra parte de lo que la gente sabe es una revoltura de lo que ve en los distintos tipos de propaganda y lo que es saber auténtico probado por generaciones" (Chapela, 2015, p. 13).

Chapela cita a Paulo Freire (1972) para afirmar que la manera para dominar a las personas a favor de alguien, es por medio de esclavizar las palabras, por lo que se hacía necesario liberar la palabra de la gente, y "liberar la palabra de la gente quería decir que la gente reunida reflexionaba sobre cosas que le pasaba y que la hacía sufrir: cuáles cosas eran, cómo eran, por qué pasaban, qué podían hacer para cambiarlas. Es decir, que la gente encontrara sus propias palabras para decir lo que le pasaba y, al encontrar esas palabras, encontraba también formas de cambiar lo que estaba viviendo" (p. 13). Sin embargo, en el sector salud, lo que comúnmente suele practicarse es la promoción de la salud "empoderante", que si bien pretende que la gente se apropie de las palabras al momento de reflexionar, "más bien quienes hacen esta promoción no intentan liberar las palabras de la gente sino que la gente haga lo que los expertos creen que es mejor para la gente, sin considerar qué es lo que la gente decide que es lo mejor, después de informarse y reflexionar" (Werner y Bower, 1984; citados por Chapela, 2015, p. 14).

En el ensayo realizado por García (2013), se hace mención del predominio que tiene la "promoción de la salud dominante" en el sector salud hasta la actualidad, y opina que "los problemas de salud se explican y abordan sin considerar el contexto y los determinantes sociales e históricos (...)" ya que "parte de que la población a la que se dirige es ignorante o poseedora de saberes equivocados, que no tiene consciencia de la importancia de sus

propios problemas de salud, que es culpable de los mismos y que tiene conductas poco saludables derivadas de sus elecciones (...) Las personas se enferman por sus estilos de vida y hábitos de autocuidado y no por sus condiciones materiales de existencia; las personas son responsables de su enfermedad, no la sociedad con sus desigualdades de clase, raza, género, posición económica, etc. (...) supone que el estilo de vida es una opción y todas las personas pueden elegir, en esta promoción de la salud no se toma en cuenta que en la medida en la que las personas tienen menos recursos se limitan de manera muy importante las opciones que pueden tomar (...) existe poco espacio para que la población emita sus puntos de vista y estos sean considerados. La relación entre la parte promotora de la salud y la población a la que se dirigen sus acciones es asimétrica, porque la primera posee mayor poder y ejerce la autoridad para prescribir a la población conductas consideradas como saludables (...) La información proporcionada sobre los problemas de salud es muy limitada, ya que no está encaminada a que las personas ejerzan un control más efectivo de los problemas de salud, sino más bien a que acepten la visión que se les pretende comunicar. Así mismo, la información proporcionada está descontextualizada y se asume válida para todos los contextos socioeconómicos y culturales (...) Este esquema se basa en el mecanismo de asustar a la población como una estrategia que prepara el terreno para la sumisión, seguida de prescripciones para evitar el peligro. Las acciones de promoción de la salud están encaminadas a la modificación de las conductas de la población sin modificar el contexto social, económico y político en el que se generan los problemas de salud” (Extraído del ensayo de García, 2013, p. 8-10 *“Promoción de la salud y autonomía. Propuestas metodológicas para la recuperación del control del cuerpo-territorio”*).

Para García (2013) la práctica de la promoción de la salud dominante no hace más que impactar negativamente en la autonomía de la gente, conduciendo a:

- La legitimación de la parte promotora de la salud como la autoridad de la cual la población dependerá,
- una creciente subordinación de la población a la parte promotora de la salud,
- la exclusión de las personas de un saber que puede ser relevante a sus problemas,

- Asumir la responsabilidad individual sobre problemas determinados por el contexto social, político económico y la evolución histórica de estos,
- Evadir la responsabilidad del estado y las estructuras sociales en los problemas de salud y de enfermedad,
- Disminución de la capacidad de transformación que tienen las personas,
- Imposición del proyecto de ser saludable en la que no hay más elección válida que la de asimilar una única cultura de la salud,
- Eliminación de la persona como sujeto y desvalorización de su palabra,
- Las instituciones controlan el cuerpo de las personas, sus aspiraciones y sus acciones en detrimento de su propia autonomía.

Ante esto, la propuesta de Chapela (2015) es preferir optar por la enseñanza de la Promoción de la Salud Emancipadora (PSE), la cual además de promover la práctica de actividad física también se enfoca en promover el desarrollo de las capacidades humanas (razonamiento, imaginación, motivación, trabajo, económica, toma de decisiones, y uso adecuado de recursos culturales, sociales e históricos para el logro de proyectos), esto “para lograr mejores proyectos individuales y colectivos, mejores maneras de actuar en el mundo y mejores cuerpos para vivir, enfermarnos e incluso morir” (p. 24). Entre las características de la Promoción de la Salud Emancipadora destacan las siguientes:

- El sujeto tiene autonomía para emprender transformaciones, diseñar futuros deseables y actuar en consecuencia.
- Hace que la persona reflexione sobre su cuerpo y su vínculo con el poder y con lo simbólico.
- Existe apoderamiento acompañado por especialistas, más no dirigidos por ellos.
- Apuesta por la autonomía a partir de la potencialidad de los capitales del sujeto individual y colectivo.
- El diálogo cataliza la toma de conciencia sobre los factores que influyen en la formulación de proyectos.

Nótese que a diferencia de lo que se considera como “promoción de la salud oficial”, que somete los cuerpos al servicio de la institución, la Promoción de la Salud Emancipadora (PSE) por otro lado “es lo que hacemos para vivir de acuerdo con nuestras decisiones o ayudar a que otros vivan de acuerdo con sus decisiones, con la intención de lograr mejores cuerpos para vivir, enfermar y morir” (Chapela, 2015, p. 15).

La verdadera promoción de la salud “consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente” (Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, 1986; en Chapela, 2015, p. 11).

CAPÍTULO 3. GÉNERO Y SALUD: LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL CUIDADO

Este apartado tiene la intención de abordar el tema del cuidado desde una perspectiva de género para brindar un mejor entendimiento y comprensión de la representación del cuidado para los géneros, esto, debido a que existe una marcada diferencia en los modos de enfermar y morir entre los hombres y las mujeres. De igual modo, el tratado del enfoque de perspectiva de género servirá de marco referencial para abordar más adelante una de las problemáticas que actualmente ha sido considerada como un problema de salud pública a nivel mundial, y en México es un fenómeno constante: la violencia de género. Y porque además, dicha problemática es observada de manera recurrente en la línea de psicología del Centro de Atención Telefónica de Medicina a Distancia.

3.1 Diferencia entre sexo y género

Antes que nada es importante esclarecer la definición entre el concepto de sexo y la categoría de género para acatar la diferencia entre uno y otro.

En el caso de los cuerpos humanos, el sexo hace referencia a las diferencias observables y anatómicas (cromosomas, pene, vagina, hormonas, etc.). De esta diferenciación estructural o de su clasificación sexual biológica es que se irán construyendo los roles y prescripciones sociales de lo que es ser hombre y lo que es ser mujer.

Ramírez Arellano, citado en Martínez y Mendoza, (2015, p. 77) comenta que en la década de los 70, la socialista y feminista británica Ann Oakley fue quien utilizó la categoría de género para referirse a “las creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, comportamientos y actividades que hacen diferentes a las personas en función de su sexo”. El género es entendido por el feminismo como una construcción social “que una cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre los sexos, para simbolizar y construir socialmente lo que es propio de los hombres (lo masculino) y lo que es propio de las mujeres (lo femenino)” (Lamas, 1999, p. 84). De esta manera, siendo una construcción social, “el género condiciona los roles de comportamiento, las posibilidades, las acciones, el aspecto físico y la expresión de la sexualidad de las personas (...) se trata de un sistema de creencias que regula el comportamiento de hombres y mujeres en una determinada sociedad” (Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2014, p. 11).

3.2 El proceso de socialización: comienzo del sometimiento de los cuerpos

El proceso de socialización inicia a partir del nacimiento del individuo y perdura a lo largo de todo su desarrollo vital. Desde temprana edad, el medio cultural instala las normas, valores y conductas acordes al contexto social que se vive y esto lo hace a través de los agentes socializadores como lo son: la familia, escuela, amistades, iglesia o religión, personas cercanas, medios masivos de comunicación, música, literatura, cine, y otros. Durante la interacción con estos agentes, la persona aprende e interioriza “los valores, las actitudes, las expectativas y los comportamientos característicos de la sociedad en la que ha nacido y que permiten desenvolverse en ella” (Giddens, 2001, citado por Ferrer y Bosch, 2013, p. 106). Walker y Barton, (1983; en Ferrer y Bosch, 2013, p. 106) refieren que desde temprana edad cada persona “adquiere estilos cognitivos, actitudinales y conductuales,

códigos axiológicos y morales y normas estereotipadas de la conducta asignada a cada género”. Cada persona va adquiriendo el aprendizaje de lo que significa ser hombre y de lo que significa ser mujer; se aprende a asociar “la masculinidad con el poder y la racionalidad, y la feminidad con la pasividad, la dependencia, la obediencia y con aspectos correspondientes a la vida privada como lo es el cuidado y la afectividad” (p. 106), tareas que –aseguran Ferrer y Bosch (2013)- solo “responsabilizan exclusiva y directamente a las mujeres de los bienes emocionales” (p. 106) Es entonces que a partir del conocimiento del sexo biológico del individuo, que la sociedad o el medio familiar inculcan el rol social correspondiente al género.

No es mentira que en nuestra cultura existe un sometimiento desde temprana edad. Se puede notar en los juegos de roles y en los juguetes impuestos por los padres y demás personas cercanas. El aprendizaje que adquieren los hombres continúa siendo “mediante juegos competitivos, violentos y juguetes bélicos” (Sanz, 1990/2003; citado por Arias, 2014, p. 67), se les inculca el comportamiento agresivo, el ser competitivos, mostrarse fuertes y dominantes, no mostrar debilidad, no llorar, no expresar emociones “exclusivas” del género femenino como lo es la ternura o el miedo (Ferrer y Bosch, 2013). A los varones aún se les continúa exigiendo ser los proveedores económicos del hogar, por lo que se ven obligados a salir y exponerse a los peligros del mundo.

A las mujeres todavía “se les da muñecos/as y elementos de cuidados para lavarlos, vestirlos o pasearlos; se les enseña a ser receptivas a las demandas externas a través de juguetes que las inicien en tareas domésticas y el cuidado de los otros/as: cocinitas, máquinas de coser...” (Sanz, 1990/2003; citado por Arias, 2014, p. 67). Constantemente el entrenamiento recibido no hace más que responsabilizar a las mujeres por la maternidad, el cuidado familiar, por el de la pareja o las amistades. De igual manera se tiende a responsabilizar a la mujer y despertar en ella un sentimiento de obligación y de culpa cuando no cumple con sus funciones de cuidado y protección (Ferrer y Bosch, 2013; Torres, 2014). El género femenino en general siempre ha recibido preparación para atender y satisfacer las necesidades ajenas; se inculca el amor romántico y la pasividad erótica. Las mujeres reciben entrenamiento para el cuidado de los otros, no para el propio, y dicho mandato representa

un factor de riesgo para su salud porque les distancia del conocimiento y apropiación de sus cuerpos (Arias, 2014). Por estar pendiente del bienestar de los otros, la mujer descuida su estado de salud, la autoestima disminuye debido a la inversión de tiempo y esfuerzo en la crianza de los hijos (Torres, 2014), situación todavía más evidente en las zonas con poblaciones indígenas donde las mujeres realizan diversas y desgastantes actividades como lo son: el cuidado de los hijos, lavado de ropa, costura, preparación de alimentos, cuidado y alimentación a animales de corral o ganado, exposición por periodos prolongados al sol o al frío durante la realización de actividades relacionadas con el trabajo de campo (siembra o cosecha), cortar y recolectar leña, o las relacionadas a la venta de productos elaborados por propia mano, entre otras.

En cuanto a la población de hombres y mujeres de edad avanzada, estos no solo son receptores/receptoras de atención y cuidado, sino que son además proveedores/proveedoras de atención y cuidado, puesto que se encargan del cuidado de su pareja y nietos, pero también del cuidado de los hijos, y otros integrantes de la familia, y en algunos casos, atienden inclusive a sus propios padres (Organización Panamericana de la Salud, 1999).

El desgaste que conlleva el cuidado a los otros no solo es físico sino también mental. Por ello, se requiere tomar conciencia social y comenzar a desarrollar particularmente en las mujeres la necesidad del cuidado y del autocuidado, de brindar y brindarnos educación para generar redes de apoyo con todos los integrantes del hogar para que posean las mismas responsabilidades y derechos (Torres, 2014).

Ahora bien, cuando se trata de atender el estado de salud, en los varones, cuando ellos perciben signos de alarma corporal, afirma Arias (2014), se les minusvaloriza y desjerarquiza; no les resulta sencillo reconocer que algo malo pasa con ellos; retardan la atención y revisión médica, y cuando acuden ante el profesional de la salud poco comunican sobre lo que les pasa en el terreno emocional, ya que esto lo consideran prueba de fragilidad y vulnerabilidad; con frecuencia suelen abandonar antes los tratamientos médicos y su interacción con los servicios de salud son episódicos; en los varones no es frecuente que se interesen por acercarse hacia el cuidado de sí mismos, ni por ellos ni a través de los servicios

de salud. Aun así, esto no quiere decir que los hombres no puedan ser considerados como seres capaces de autocuidarse y de cuidar a otros por igual. Pensarles como personas capaces de ver por sí mismos apoyaría a no continuar delegando la responsabilidad a las mujeres de los cuidados, así como a no seguir contribuyendo al refuerzo de la naturalización del cuidado como construcción exclusiva de la feminidad y en cambio convertir la práctica del cuidado como una actividad propia del individuo que concierne a ambos géneros (Arias, 2014).

Durante la revisión de la tesis elaborada por Arias (2014), se aborda un capítulo (3.4.3) interesante que trata sobre la importancia de la *apropiación de los cuerpos* con el fin de evitar que se continúe mirándolos socialmente como objeto de y para otros, de propiedad masculina, meros objetos de placer y como garante de la reproducción. Esta apropiación de los cuerpos y vidas de las mujeres, dice Arias (2014), resulta ser una vía que posibilitaría el autocuidado de la mujer – y de los varones por supuesto -, pues se tendría acercamiento y conocimiento del cuerpo; se lograría conectar con las propias sensaciones para distinguir los malestares y situaciones de placer; sería posible establecer límites que propiciarían “bienestar a través del auto-respeto de tiempos, espacios, decisiones, deseos y formas de relacionarnos; y además, permitiría cambiar el “ser para otros” por el “ser para sí” como parte importante para la salud”. Arias (2014) cita a Reyes-Bravo (2005) quien propone la invitación a considerar “la *autonomía psicológica* desde la teoría de género”, la cual apoyaría al “real y pleno desarrollo de emancipación interior en las mujeres”, pues a pesar de los cambios que han habido en los estereotipos de género a partir del movimiento feminista, asegura Reyes-Bravo, aún se continúan “evidenciando en las mujeres ciertas dificultades y contradicciones relacionadas a su vida social-pública y en la privada-familiar, situación que supone altos costos para la consecución de su autorrealización, la estabilidad emocional y bienestar psicológico en general, así como en su salud” (p.78).

Para Reyes-Bravo (2005; en Arias, 2014) la autonomía psicológica es la “*capacidad adquirida para pensarse, sentirse y actuar como sujeto (a) independiente en relación con los otros, bajo principios, normas, criterios, deseos y metas propios, que permitan el reconocimiento y realización de sus potencialidades, se sustenta en una conciencia crítica y se manifiesta en*

actitudes y comportamientos referidos al proceso de toma de decisiones respecto a la vida personal y social, facilitando la resolución de contradicciones en los ámbitos de la existencia, en virtud del protagonismo indispensable para el autodesarrollo y la salud” (p. 79).

De manera concreta, la propuesta que hace Reyes-Bravo (en Arias, 2014, p. 79) es la siguiente:

- Es necesaria la capacidad de pensamiento crítico hacia las normas sociales hasta ahora aprendidas, hacia las condiciones existenciales e informativas y de los conocimientos producidos en el proceso de individuación personal, tener respeto y afectividad positiva por lo propio y formar una nueva imagen de sí misma a partir de la crítica realizada a los modelos de feminidad tradicionales. Por medio de la reflexión sobre lo aprendido en la socialización de género donde se da la asignación del cuidado, se detendrá la naturalización del rol de cuidadoras; sólo a través del cuestionamiento de lo aprendido se podrán acatar nuevas formas de ser.
- Es importante trabajar en el autoconocimiento con el fin de tener conciencia de sí y del propio cuerpo, detectar dependencias afectivas, necesidades sexuales (eróticas-relacionales), lograr tener dominio de sí y saber poner distancia física y emocional de los demás para conseguir el contacto con uno mismo. El autoconocimiento ayuda a “cubrir las necesidades para garantizar el bienestar, así como a vislumbrar de qué manera los afectos por los otros/as pueden ser un modo de sometimiento que impiden el encuentro consigo misma y su salud”.
- Hay que saber definir los espacios y límites propios en las relaciones interpersonales (distinguir entre las responsabilidades propias y las de otros), poder decir no o poder decir sí en el momento que así se desee con el fin de priorizar el autocuidado. Por lo que podría agregarse entonces como necesaria la práctica el comportamiento asertivo.

- Establecerse proyectos de vida propios. Porque con ello se promueve y motiva constantemente a la realización de actividades a favor del bienestar y hacia el alcance de metas y objetivos.
- “La solución de problemas, organización del tiempo, y la toma de decisiones sobre los criterios, ideas, sentimientos, metas y deseos que uno mismo tenga, facilitan que se lleven a cabo las prácticas de autocuidado puesto que uno mismo las realiza a su gusto, deseos y placeres”.

3.3. Costes a la salud derivados de las construcciones del género

Si bien existen diferencias de carácter biológico entre la mujer y el hombre, otras como se ha visto son debido a los roles y responsabilidades impuestas socialmente (divisiones de trabajo y funciones por género). Todos los aprendizajes adquiridos por los hombres y por las mujeres durante la infancia perduran hasta la edad adulta. Estadísticamente son los varones jóvenes quienes más mueren bajo circunstancias de agresión y accidentes debido probablemente a las demandas sociales a cumplir, producto de las masculinidades, factor que los lleva a involucrarse en situaciones de riesgo y/o que resultan una amenaza a la vida. Ello también explicaría en parte por qué “son los hombres quienes se mueren mucho más que las mujeres y están en la cárcel mucho más que las mujeres” (Ornelas y Tello, 2017). A nivel mundial la esperanza de vida es mayor por cuatro años en la mujer (OMS, 2013) y la tasa de mortalidad es elevada en el varón (INEGI, 2015).

“La cultura enseña sistemáticamente a las mujeres lo positivo de la compleja labor de la maternidad, crianza y cuidado de otros y lo hace ver socialmente como algo normal atribuido a ellas por la capacidad natural de la reproducción dejando de lado sus intereses y cediendo a sus parejas el dominio de sus cuerpos y sus derechos sexuales y reproductivos” (Ramírez Arellano, 2015; en Martínez y Mendoza, 2015, p. 92). Además, la mujer actualmente invierte su tiempo en actividades laborales remunerables y las relacionadas al trabajo del hogar, situación que conlleva un desgaste físico y emocional de grandes repercusiones en la salud. Para el hombre, una consecuencia de la división del trabajo es el

haber sido obligado a “asumir más riesgos ocupacionales, trayendo con ello diferencias en las elevadas cifras de defunciones masculinas por causas laborales comparadas con las defunciones femeninas”, aunado a esto, los factores sociales, sobre los cuales la persona poco puede hacer o modificar, repercuten y afectan la capacidad funcional (Organización Panamericana de la Salud, 1999). Los varones tienen una menor esperanza de vida comparada con las mujeres, debido no solo a problemas de salud y problemas laborales, sino también a causa de muertes en conflictos armados y entre otras causas (Documento disponible en Google sobre el *Día Internacional del Hombre*). De acuerdo a otros datos sobre el Día Internacional del Hombre, se sabe que los varones representan un porcentaje alto (80%) en el consumo de drogas, los trabajos pesados en su mayoría son realizados los hombres ocupando los primeros lugares en muertes ocupacionales, además, las víctimas en delitos mortales son hombres, y los mismos, ocupan las principales tasas de suicidio.

3.4. Causas de mortalidad en la población infanto-juvenil

Durante el año 2012 “la cifra estimada de muertes por violencia y lesiones no intencionales en menores de 15 años fue de 740 000, el 90% de ellas debidas a lesiones no intencionales” (OMS, Septiembre 2016). A nivel mundial los adolescentes mueren debido a ahogamiento, lesiones autoinflingidas y traumatismos ocasionados por accidentes de tránsito. En los adolescentes de 15 a 19 años “los trastornos depresivos y la esquizofrenia representan las principales causas de mala salud”, además se asegura que en el mundo, “las adolescentes y las mujeres jóvenes (15 a 24 años) presentan un riesgo de infección por el VIH el doble de elevado que los niños y jóvenes varones del mismo grupo de edad. Este mayor riesgo está asociado a prácticas sexuales poco seguras, a menudo no deseadas y realizadas bajo coacción”. Se sabe que “en los países de ingresos bajos y medios, las complicaciones derivadas del embarazo y el parto constituyen una importante causa de defunción en las adolescentes de entre 15 y 19 años” (OMS, 2013).

En la Ciudad de México, las causas de muerte en adolescentes (hombres) de 15 – 24 años de edad en primer lugar lo ocupan Agresiones, en segundo lugar los Accidentes (De tráfico

de vehículos de motor), y en tercer lugar fallecen por Lesiones autoinfligidas intencionalmente. Por su parte, las mujeres del mismo grupo de edad mueren primeramente por Accidentes (De tráfico de vehículos de motor), seguido por Tumores malignos (Leucemias), y en tercer lugar a causa de Lesiones autoinfligidas intencionalmente (INEGI, 2015).

La OMS (2013) señala que a nivel mundial, la principal causa de mortalidad entre las mujeres es debida a afecciones cardiovasculares y reporta que el cáncer de mama es considerado el más mortífero entre la población femenina de 20 a 59 años, siendo el cáncer del cuello del útero “el segundo tipo de cáncer más frecuente en la mujer”. A edad reproductiva (15 a 44 años), “el VIH/SIDA constituye la principal causa de mortalidad a nivel mundial, mientras que las relaciones sexuales no seguras constituyen el mayor factor de riesgo en los países en desarrollo. Los factores biológicos, la falta de acceso a la información y los servicios de salud, la vulnerabilidad económica y la desigualdad de poder en las relaciones sexuales exponen a las mujeres, en particular a las jóvenes, al riesgo de infección por el VIH” (OMS, 2013).

En México, según datos oficiales emitidos por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015) en su portal de internet, sobre de las causas de mortalidad en hombres y mujeres y de edades comprendidas de los 25-34 años, señalan que las causas de mortalidad para los hombres son: en primer lugar, agresiones, en segundo lugar las causas de muerte son por accidentes (De tráfico de vehículos de motor), y en tercer lugar señala que los hombres mueren a causa del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Por parte de las mujeres del mismo grupo de edad, ellas mueren principalmente a causa de tumores malignos (Del cuello del útero, de la mama), seguido por accidentes (De tráfico de vehículos de motor), y en tercer lugar debido a agresiones. Al respecto, Rodríguez Luna (2015) se pregunta: “¿qué representan en los imaginarios masculino y femenino, por ejemplo, los automóviles y la transgresión de los límites (de velocidad)? (...), conviene cuestionar en qué medida intervienen los mandatos de género en tales accidentes y si los tienen en cuenta las autoridades en las acciones que desarrollan y/o en la revisión de las que se han desarrollado (p. 82) (...) en qué medida el gobierno mexicano diseña acciones preventivas encaminadas

a la reducción de agresiones entre hombres y en torno a la responsabilidad masculina en los accidentes de tránsito; en cuántas de ellas tiene en cuenta la edad de las personas y en qué medida se considera el género masculino” (p. 84).

3.5 Padecimientos y causas de muerte en la vejez

En nuestra ciudad, es muy común encontrar población adulta mayor (hombres y mujeres) de manera considerable en las clínicas o unidades de salud para recibir atención. Existen centros y programas de atención integral (médica, psicológica, nutricional) dirigidos a esta población como lo son: la Clínica de Odontogeriatría, Módulos de Atención Integral a los Adultos Mayores, Campaña contra el cáncer de próstata, Campaña “Ve por tu salud”, que tiene el objetivo de promover la detección y tratamiento oportuno de cataratas entre otros padecimientos de la visión en la población adulta mayor (50 años principalmente)), así como para el género femenino (Embarazo responsable, Lactancia materna, Interrupción Legal del Embarazo, TEL-MUJER, Fundación del Cáncer de Mama (FUCAM), INMUJERES...), para población adolescente (Clínica del adolescente) y para niños/niñas menores de 5 años (Niñ@ san@), es decir, la atención integral tiende a estar centralizada en las poblaciones consideradas como más vulnerables.

Sobre los problemas de salud presentes en las personas adultas mayores es elevada la demanda de atención en las instituciones de salud para recibir tratamiento especializado. Son muchos los factores de riesgo que provocan enfermedades y muerte en la población de la tercera edad, por ejemplo, en la persona masculina adulta mayor, señalan especialistas del Instituto Nacional de Geriatria (2015) que “el consumo de tabaco, la nutrición insuficiente o excesiva, la falta de actividad física, la obesidad, el consumo excesivo de alcohol, la falta de vacunación contra neumonía e influenza, los traumatismos y los comportamientos sexuales arriesgados” (p. 33), son los principales causantes de afecciones a la salud en esta población. Mientras que en las mujeres de edad avanzada indican que las afecciones principales son “las enfermedades neuropsiquiátricas como la demencia y depresión grave, problemas respiratorios (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), las

enfermedades cardiovasculares (accidente cerebrovascular y cardiopatías isquémica), pérdida de visión por cataratas y glaucoma” (p.41). No obstante, se asegura que todos estos factores perjudiciales pueden prevenirse.

De acuerdo a la OMS, se tiene el conocimiento de que enfermedades como la diabetes, el cáncer, y las afecciones cardiovasculares, tienen costes económicos altos para los sistemas de salud.

Quizá para comprender por qué hombres y mujeres hacen más uso de los servicios de salud en etapas de edad avanzada y mínimamente a edades donde todavía se goza de una mejor vitalidad, tendríamos que considerar que las construcciones de género influyen en las subjetividades de los hombres y las mujeres para el cuidado o no cuidado de sus cuerpos y mentalidades, lo cual se evidencia por los padecimientos de enfermedades y muerte muy distintas en ambos géneros (Arias, 2014).

CAPITULO 4. LA UTILIDAD DEL ENFOQUE DE PERSPECTIVA DE GÉNERO

La construcción tan distinta de lo que es masculino y lo que es femenino no solo ha predispuesto a que hombres y mujeres vean o no por el cuidado de su salud, sino que además ha generado reproducciones de comportamientos de desigualdad entre uno y otro género; unas formas de relación configuradas desde el dominio y la sumisión como refiere Pierre Bourdieu (2005).

La perspectiva de género “se concibe como un recurso metodológico que permite el análisis de los diferentes fenómenos económicos, sociales, políticos y culturales a partir del reconocimiento de las diferencias de comportamientos, oportunidades, creencias, responsabilidades, roles, asignados a cada uno de los sexos” (Lamas, 1996, Lagarde, 2005; citados en Rodríguez Loredo 2008, p. 5).

La perspectiva de género es, hasta ahora, el enfoque de estudio más próximo a la realidad de la concepción del mundo de los géneros y sus relaciones de poder; este enfoque permite la comprensión de las relaciones de desigualdad entre los hombres y las mujeres, donde claramente la desigualdad se evidencia en más de un ámbito: el trabajo, la familia, la

política, las organizaciones, el arte, las empresas, la salud, la ciencia, la sexualidad, la historia.

Ramírez Arellano (en Martínez y Mendoza, 2015) refiere a la perspectiva de género como “un enfoque teórico que permite, a diferentes disciplinas y profesiones, caracterizar lo que hombres y mujeres son, hacen, piensan y sienten para analizarlo a la luz de las demandas de la cultura en la que se vive. Lo hace a diferentes niveles: individual, grupal, comunitario e institucional, por lo que su análisis es interrelacional, promoviendo continuamente oportunidades de comprensión social en el terreno de la sexualidad humana socializada” (p. 80). Se trata de un enfoque social que “permite diferenciar lo natural de lo social”.

4.1. La Violencia simbólica: Complicidad entre dominadores y dominados

Pierre Bourdieu (2005) otorga un análisis de las relaciones de poder desde un enfoque sociológico y utiliza el concepto de violencia simbólica para referirse a la violencia ejercida sobre un agente social con su complicidad. Este tipo de violencia describe una relación social donde el “dominador” ejerce un modo de violencia indirecta y no físicamente directa en contra de los “dominados”, los cuales no la evidencian y/o son inconscientes de dichas prácticas en su contra, por lo cual son cómplices de la dominación a la que están sometidos. (Bourdieu, 2005). Según Guevara (2008), este tipo de violencia se haya tan interiorizada y enraizada en el inconsciente que suele no ser percibida por el dominado puesto que “el efecto de la dominación simbólica se produce a través de los esquemas de percepción, de apreciación y de acción por medio de los cuales los dominados/as adoptan para sí mismos/as un punto de vista idéntico al del dominador y contribuyen, de esa manera, a su propia dominación, a veces sin saberlo y otras a pesar suyo. Todas estas disposiciones se viven desde el cuerpo, en la lógica del sentimiento o del deber, donde encuentran la fuerza simbólica que lleva a las personas a aceptar como naturales las relaciones de dominación” (...) “un tipo de ejercicio del poder que se realiza a través de los caminos puramente simbólicos de la comunicación, del conocimiento, del reconocimiento y del sentimiento” (p. 80). Dicho de otro modo, los dominados creen que las cosas que hacen y viven “así son” por

lo que no hay por qué considerar dudar o cuestionarse los propios valores y conductas, ni sobre el modo como hasta ahora se ha ido viviendo, o el lugar que se ocupa en la sociedad, pues se cree que lo que uno hace “es normal”, o bien, “es natural”.

Para Bourdieu (2005) la dominación masculina se evidencia en costumbres, división de tareas, actividades, papeles sociales, y en el lenguaje (canciones, refranes o dichos populares, obras artísticas, anuncios). Así, sin darse cuenta, los dominados contribuyen a su propia dominación por la aceptación de las ideas rígidas establecidas socialmente y que limitan la plena libertad de acción individual; límites que indican cómo actuar según lo establecido socialmente, y los cuales “se expresan en la forma de emociones corporales (vergüenza, timidez, ansiedad, culpabilidad) y de sentimientos (amor, respeto, confusión verbal, rubor, rabia impotente) que son maneras de someterse, de menor o peor gana, a la opinión del dominante” (Plaza, 2007). Es por ello que se piensa que es a partir de la violencia simbólica (lo naturalizado socialmente) que se van configurando las relaciones asimétricas entre hombres y mujeres.

Para Lamas (1999) la dominación masculina no solo se establece y ejerce en las relaciones sociales, sino inclusive en las instituciones sociales, pues la dominación masculina trata de una violencia simbólica que resulta imperceptible (invisible) para las víctimas.

Para Martha Plaza (2007) “la violencia de género es una manifestación de relaciones de poder, por lo tanto, no es sólo una violencia física, sino que es un fenómeno bastante más complejo que tiene que ver con las relaciones de poder desiguales histórica y culturalmente establecidas entre hombres y mujeres (p. 133) (...), por tanto, es un fenómeno complejo y supone la articulación de toda una serie de “violencias” que irían desde una violencia simbólica que construye los cuerpos culturalmente tensionándolos, hasta esa violencia física que amenaza a las mujeres por el mismo hecho de serlo” (p. 134) (...) Así pues, el control sobre los cuerpos queda garantizado por el control sobre las mentes. Sólo en el caso de que el dominador no consiga dominar la mente del otro recurrirá a la violencia física.

4.2. Violencia de género

La violencia trata de una forma de ejercicio de poder que tiene por objetivo causar un daño. Esto a través del uso de la fuerza (física, psicológica, económica, política, etc.) “e implica la existencia de un arriba y un abajo, reales o simbólicos, que adoptan habitualmente la forma de roles complementarios: Padre-hijo, hombre-mujer, maestro-alumno, patrón-empleado, joven-viejo, etcétera” (Batista, 2009).

La conducta violenta se da a partir de la existencia de un desequilibrio de poder. Desequilibrio que puede ser motivado por la cultura o por el contexto social en que se vive, o producirse por acciones de control entre personas. “La violencia es un fenómeno complejo que muchas veces comienza en el hogar, es una conducta que se repite y se expande, trascendiendo a la persona, afectando a la familia y a la sociedad en general” (D’Agliaño; nota publicada en el Diario Puntual, 2014).

La psicóloga Regina D’Agliaño refiere que en la violencia no nada más se niega la existencia del otro sino que la propia personalidad es negada, limitando nuestra “autenticidad y la completud del ser, por lo cual hablamos de una auto-violencia internalizada y de una incompletud del ser”. La violencia no es una conducta innata sino aprendida por medio de la observación y la experimentación, igual que se aprenden “la vulnerabilidad y la indefensión de diversas formas en el seno de una sociedad”. Para D’Agliaño el modelo patriarcal es un modelo dinámico de “recíproca influencia, de mutua dependencia, que se retroalimenta, produce acostumbramiento, dificultando la visibilidad del mismo. Cambiar este modelo exige conocerlo y desarmarlo para su transformación. Se impone salir de esta perspectiva de pensamiento y de conducta, de una ideología que nos mantiene como rehenes”.

Se sabe que una de las problemáticas que continuamente trata y aborda el sistema de salud a nivel mundial es el problema de la violencia de género, y en nuestro país es un tema recurrente a tratar dada la prevalencia de la relación desigual de poder entre hombres y mujeres, misma que se evidencia por medio de conductas de control y dominación que derivan en “la discriminación y violación de sus derechos humanos” (SEDESA, 2014, p. 9).

La violencia de género hace alusión a la violencia dirigida hacia la mujer por su condición de género y se diferencia de la violencia común (cualquier tipo de agresión dirigida hacia uno mismo, otra persona o grupo), porque se dirige a un grupo de manera particular, las mujeres.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) define a la violencia contra la mujer como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga, o pueda tener como resultado, un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública o privada” (OMS, Violencia contra la mujer. Nota descriptiva. Noviembre de 2016). Se estima que aproximadamente “el 30% de las mujeres que han tenido una relación de pareja han experimentado algún tipo de violencia física o sexual por parte de su compañero” y “se calcula que, a nivel mundial, hasta un 38% de los asesinatos de mujeres han sido cometidos por sus respectivas parejas” (OMS, Salud de la Mujer. Nota descriptiva. Septiembre, 2013).

Tomando en cuenta nuestro contexto sociocultural y político a nivel nacional donde se promueve la dominación, el control y el poder, dice Rodríguez Luna (2015) que las masculinidades, “al desarrollarse en un contexto social patriarcal, quedan vinculadas con el poder y el control, situación que proporciona beneficios a los hombres, y opresión a las mujeres” (p. 86). No obstante, afirma que esta ha sido una situación que ha traído “diversos costos para los hombres, y uno de los principales costos es que de manera constante a este género se relaciona con la violencia, especialmente la interpersonal y en el ámbito público, sea como víctimas o como responsables de ella” (p. 86). En México, según datos del Gabinete y Comunicación Estratégica (GCE) comunican que el “41.7% de los habitantes en el país percibe a los hombres como los principales responsables de la violencia de género” (El economista, 2014).

En los diversos estudios realizados para análisis de la problemática de la violencia en pareja se ha referido que la mujer es la que padece en demasía situaciones de violencia. En la web, la mayoría de las entradas que hacen referencia a casos de violencia en pareja, califican o señalan como culpable al varón, se le categoriza de agresor, violento, machista, victimario,

perpetuador... Se da referencia acerca de los posibles motivos que hacen a la mujer mantenerse en una relación de pareja violenta, donde con frecuencia es vejada, humillada, golpeada, atacada física, sexual, y psicológicamente. Se han emitido diversas teorías al respecto para explicar el origen y mantenimiento de este tipo de vínculos: van desde la que afirma que el patriarcado (construcción sociocultural) es la causa de la desigualdad existente entre los géneros femenino y masculino, y por ello el hombre se siente y se ve merecedor de más y mejores privilegios por el simple hecho de ser hombre, mientras que la mujer por ser mujer no es merecedora de una mejor posición en la sociedad. Está la teoría que refiere que la mujer que vive y se mantiene en una relación de violencia, lo está porque se encuentra en un estado de indefensión aprendida, totalmente pasiva e incapacitada para tomar decisiones y poner solución a su conflicto (Seligman, 1975; Echauri, Romero y Rodríguez, 2005, citados en Peñuela, 2015); se habla acerca del establecimiento de un vínculo afectivo entre la víctima y su victimario (Síndrome de Estocolmo), y por otra parte, también se habla de un vínculo patológico tipo sádico-masoquista donde ambos miembros disfrutan del sometimiento y del sufrimiento propio y ajeno; a nivel cultural, como ya hemos revisado, se cree que la raíz del origen de violencia de género se haya en el proceso de socialización donde se comienzan a establecer los estereotipos, roles y mandatos de género, además que durante el mismo se integra una idea del amor y de las relaciones de pareja, las cuales constantemente son reforzadas por la literatura, el cine, series de televisión y canciones (Corsi, 1994).

Ferrer y Bosch (2013), afirman que la creencia que constantemente recibe reforzamiento es la del amor romántico, idea a la cual miran como el trasfondo de la violencia de género, ya que las falsas creencias y mitos del amor romántico que particularmente asumen las mujeres, son aspectos que no hacen más que retrasar su decisión para pedir o solicitar ayuda cuando el maltrato o la violencia se presentan, aún más, con el mensaje emitido por los diferentes medios de socialización (familia, escuela, grupo de iguales, series televisivas, cine, literatura, música, internet, etc.) Sin embargo, considerar que los comportamientos violentos y el amor van de la mano, justificaría las situaciones de celos, deseo de control y

posesión como muestra de amor, y en consecuencia, responsabilizaría a la persona maltratada o violentada por no haberse apegado a lo que debería cumplir o ser.

Se piensa que para que la masculinidad se defina en la autonomía, la independencia y el control, requiere de alguien que asuma el papel dependiente, de sumisión, dispuesta al cuidado y el servicio. Si las mujeres no cumplen con estas características o mandatos, dicen Ferrer y Bosch (2013), se les etiqueta por su egoísmo, por mostrarse como malas mujeres, madres o esposas, representando los reproches más duros y difíciles de asumir, tanto si quien lo hace es la sociedad (que les cuestiona o rechaza por no apegarse al mandato que le corresponde) como si lo hace la propia mujer (presentándose el temido y terrible sentimiento de culpa). Los autores comentan que, dado su carácter y las altas expectativas que generan (inalcanzables en la mayoría de los casos) a partir de la ideología del amor romántico, pueden generar importantes consecuencias personales (insatisfacción, frustración, sufrimiento,...) y sociales (sanción social, desaprobación,...)” (Ferrer y Bosch, 2013, p. 113). En esta parte que tiene que ver con el amor, son las mujeres quienes, derivado de la idealización del amor, más sufren en la relación de pareja y sus relaciones afectivas (Herrera, 2015).

Otras hipótesis sobre las causas de la violencia, refieren que es por el padecimiento de alguna enfermedad mental (generalmente alteraciones psicopáticas) en uno o ambos miembros de la pareja, por el consumo de sustancias adictivas, estrés laboral, problemas económicos, falla en el control de impulsos, etc. Sin embargo, el común denominador no deja de ser el papel de víctima-victimario, donde a la mujer se le posiciona desde la inferioridad, la vulnerabilidad y la sumisión, y la figura masculina no deja de representar el rol de sujeto superior-dominante.

4.3. La importancia de ejercer la corresponsabilidad en la pareja en situación de violencia

Las teorías sobre las causas de la violencia ejercida hacia la mujer en la relación de pareja varían, sin embargo, debe considerarse “que no se puede perder de vista el contexto general donde acontecen estos episodios violentos, es decir, reflexionar que tanto hombres

y mujeres son participes de una relación y por tanto ambos son corresponsables” (Perrone y Nannini, 2007; citados por Peñuela, 2015, p. 7).

Consideremos que la participación de ambos juega un rol significativo en la relación y en los acontecimientos que se dan entre ellos. A esto se le añaden las variables sociales y culturales como lo es el patriarcado, los roles o mandatos de género, los estereotipos de género; cada variable es asumida, conceptualizada y vivida por cada persona. Por tanto, la problemática de la violencia debiera ser analizada tomando en cuenta las múltiples variables que como menciona Peñuela (2015), “conllevan a un cuestionamiento a distintos niveles, nivel Estado, de la sociedad, de la cultura y de los individuos”. Siguiendo al autor, comenta que “todo individuo es capaz de realizar actos violentos hacia los otros”, y cita a Alonso y Castellanos (2006) para referir que “el ser humano es agresivo por naturaleza, pero pacífico o violento según la cultura en la que se desarrolle”, por lo que merece de comprensión, lo que no implica consentimiento para continuidad de su comportamiento agresivo u hostil, sino la toma de conciencia de que la persona categorizada como el agresor “es tan humano como quien lo observa (...) y hasta hacer el registro e interpretación cualitativa de lo ocurrido, seguiremos pensando que la mejor solución es el castigo, el aislamiento y la exclusión; quizás sea más interesante y efectivo comprender e idear estrategias que lleven a los individuos a responsabilizarse por sus acciones” (Peñuela, 2015, p. 8).

Si bien en la mujer es frecuente la presencia del sentimiento de culpa, tal sentimiento aparece cuando pensamos, creemos o damos por sentado que algo hemos hecho mal o de manera errónea. Ante esto, habría que centrar la propia atención en qué se ha actuado mal, qué papel se ha tomado en los acontecimientos positivos o negativos que hoy/ahora son causa de conflicto. Conviene reflexionar qué tanto se ha sido participe y encargarse de asumir/responder ante la cuota de corresponsabilidad. “Necesitamos reflexionar y cuestionarnos cuán influyentes o vulnerables somos en los hechos de la vida; cuán responsables o culpables somos para hacer que estos hechos sucedan, y cuán inocentes somos, para mirar luego qué es lo que se quiere promover. Qué modelo se avala, se refuerza, se impone legitimándolo. Cómo no contribuir a la naturalización ni a la

reproducción de la violencia en los diferentes ámbitos de nuestra existencia. Cómo evitar los estereotipos. Cómo no ser cómplice. Cómo promover una conciencia crítica. Cómo reafirmar y promover modos sanos de vincularnos tanto con nosotros mismos como con los otros” (D’Aglano, Diario Puntal, 2014).

4.4. Recursos dirigidos a la prevención y atención de la violencia hacia la mujer

La violencia de género ha sido referida por la OMS como un problema de salud pública debido a “la frecuencia y trascendencia de los daños” y repercusiones a la salud mental que sufren las víctimas, así como por su “incidencia y prevalencia que contribuyen de manera significativa a incrementar la morbilidad mundial y a elevar los costos de la atención médica y psicológica de las personas afectadas por este problema”, por ello el fenómeno de la violencia de género debe atenderse de manera prioritaria, mediante “un enfoque integral, ético y de calidad” (SEDESA, 2014, p. 9).

En nuestro país, por parte del Gobierno de la Ciudad de México se han elaborado políticas sociales orientadas a la atención de los problemas, particularmente, de la mujer y de los grupos vulnerables como lo son los niños, adultos mayores y personas discapacitadas.

Por su parte, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México ha colaborado con acciones de carácter preventivo y de atención de la violencia de género, haciéndolo a través de los centros de salud y estancias hospitalarias, y de manera coordinada con otras dependencias gubernamentales que proporcionan y brindan servicios en materia legal y de asistencia.

Uno de los programas implementados por la Secretaría de Salud en el 2002, para atender los casos de violencia de género, fue precisamente el Programa de Prevención y Atención a la Violencia de Género (PPAVG), donde se incluyen –y cito textualmente- “estrategias de promoción, prevención, atención médica y psicológica, referencia de mujeres víctimas de violencia a las áreas asistenciales y legales del Gobierno del Distrito Federal, y el desarrollo de múltiples actividades de capacitación al personal de salud de la institución, con el propósito de que detecten y atiendan correctamente los casos. En el marco de dicho programa destaca la creación de los Servicios Especializados de Prevención y Atención de la

Violencia de Género (SEPAVIGE) como un mecanismo focalizado a proveer servicios especializados a las usuarias de las unidades médicas con daños a su salud resultado de eventos de violencia de género. La atención otorgada en los SEPAVIGE se efectúa con la participación del personal de psicología con experiencia en el tema, ubicadas en aquellas unidades médicas con mayor demanda de la atención. La experiencia obtenida a partir de la atención de casos ha permitido a esta Secretaría publicar estudios descriptivos cuyos resultados muestran las características principales de las y los usuarios que han padecido violencia de género y que fueron detectados por esta Secretaría así como la atención brindada. A partir de una amplia revisión documental, el análisis de casos y de la atención brindada a víctimas de violencia de género, el equipo del PPAVG estableció criterios, mecanismos e instrumentos para la intervención psicológica y registro de datos asociados, los cuales permitirán a las mujeres que se encuentren en situación de violencia, adquirir herramientas para manejar o resolver su problemática, mejorando su salud emocional y física” (Extraído de la Guía para la Intervención psicológica con mujeres en situación de violencia de género, SEDESA, 2014).

4.5. Sobre la protección y los espacios de atención para el género femenino

A nivel mundial se demanda la erradicación de la práctica de la mutilación genital femenina pues la misma es considerada una violación a los derechos humanos, ya que a la mujer se le reduce a un ser meramente reproductor sin derecho al goce de su sexualidad (UNFPA y UNICEF, 2007; UNICEF, 2013 citados en OMS, 2006, 2016). La UNESCO es otro organismo más que se mantiene al pendiente del fenómeno y apoya acciones de fomento y desarrollo del rol de las mujeres, por medio de las Cátedras UNESCO y de las redes UNITWIN sobre asuntos de género y mujer. Son diversas los organismos internacionales e instituciones que no paran en la lucha por la defensa de la mujer.

En México, existen institutos, centros de atención, líneas telefónicas, entre otros espacios reservados y dirigidos hacia la atención integral de la mujer, para víctimas de violencia de género, víctimas de violencia sexual, y de violencia intrafamiliar tales como:

- Salud Integral para la Mujer, A. C. (SIPAM)
- Adictos Anónimos a las Relaciones Destructivas, A. C.
- Alianza a Favor de la Mujer del D. F.
- Asociación de Desarrollo Integral para Personas Violadas A. C. (ADIVAC).
- Asociación de Sobrevivientes de Abuso Sexual, A. C.
- Asociación Mexicana Contra la Violencia Hacia las Mujeres, A. C. (COVAC)
- Asociación Mexicana para la Salud Sexual, A. C. (AMSSAC)
- Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual (AVISE)
- Católicas por el Derecho a Decidir, A. C.
- Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI)
- Centro de Atención a Víctimas Vía Telefónica (VICTIMATEL)
- Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA)
- Colectivo de Lucha Contra la Violencia a la Mujer
- Fiscalía para Delitos Sexuales
- Red de Unidades de Atención a la Violencia Familiar (UAVIF)

En la mayoría de estos sitios se realizan pláticas de reflexión acerca del fenómeno de la violencia de género con la finalidad de que la mujer caiga en cuenta e identifique las conductas y comportamientos propios de la violencia en sus múltiples variantes, sobre sus posibles causas, su mantenimiento, consecuencias y secuelas de su padecimiento. A nivel institucional, en la mayoría de los lugares de atención, se le brinda apoyo legal, psicológico y hasta asilo temporal, así como capacitación para emprendimiento laboral y económico. De igual manera, existen diversos programas dirigidos a ver por el estado de salud de la mujer: se implementan campañas de salud para detección y prevención de enfermedades, se realizan maratones con fines de beneficencia en la lucha contra el cáncer de mama, se ha legalizado ya la práctica de la interrupción del embarazo para evitar poner en riesgo la vida de la mujer; existen programas por parte del sector salud como lo es “embarazo responsable” que brinda a la mujer acompañamiento psicológico, médico y nutricional durante su periodo gestacional, posteriormente si así lo desea, se le adscribe a otro

programa llamado “niño sano” para continuar su atención y contribuir en el adecuado desarrollo del bebé. Agréguese a esto que por ley, a la mujer le corresponde recibir de manera mensual un porcentaje del salario generado por su ex pareja para solventar las necesidades de los hijos concebidos por ambos (y hasta propias).

4.6. EL Maltrato a los hombres, ¿una realidad silenciada?

De acuerdo con el artículo publicado vía internet por Mestre Roldan (2016), refiere que “en España, según las leyes nacionales, el término violencia de género se utiliza exclusivamente para la atención a mujeres víctimas de maltrato por parte de un hombre, al revés es considerado un caso de violencia doméstica, lo que supone legalmente una pena inferior”. La violencia hacia el hombre es de lo que poco se habla socialmente, esto porque socioculturalmente se piensa que solo es la mujer quien más la padece y la sufre, pues cuando se sabe de algún caso de violencia de la mujer hacia su pareja masculina se tiende a la ridiculización del hecho, razón por la cual no recibe la misma prioridad pública en el tratado de la violencia.

En el estudio cualitativo-interpretativo realizado por Rojas, Galleguillos, Miranda y Valencia (2012), reportan que del “Programa de Resocialización para hombres que ejercen violencia con la pareja” (PRHEVIP), de la ciudad de Calama (Chile), han sido varios los casos de varones rechazados al solicitar la atención para su situación de violencia por parte de sus parejas, ya que el mismo solo atiende a hombres agresores. En el trabajo elaborado por Rojas, Galleguillos, Miranda y Valencia, destacan que el tipo de violencia que más sufren los hombres por parte de sus parejas es la violencia psicológica (degradación, cosificación, intimidación, sobrecarga de responsabilidades, aislamiento). Generalmente se cree que la violencia de género es un fenómeno que afecta o padecen sólo las mujeres, sin embargo, aunque no se hable, también es una situación que padecen los varones (Barker y Nascimento, 2001; citados en Ramírez, López y Padilla, 2009). Los varones también pueden llegar a ser violentados y ser víctimas de algún tipo de violencia (psicológica, física, emocional, económica, sexual, simbólica) en lo público y en lo privado.

La revista digital “Hombresmaltratados.es” refiere que los hombres maltratados son una realidad que muchas veces se esconde por vergüenza, por miedo a sufrir más agresiones o porque al estar siendo maltratados por sus parejas, pueden llegar a pensar que las autoridades no les van a creer, e incluso tienen la certeza de que es difícil sacar adelante este tipo de casos una vez denunciados. Las agresiones, en muchas ocasiones, no son físicas sino psicológicas, dañando la autoestima del maltratado y anulando su personalidad. Cada vez más, los hombres se están atreviendo a alzar la voz y denunciar que están siendo maltratados por sus parejas, ya sean heterosexuales u homosexuales (Revista digital Hombres Maltratados. *¿Qué hacer ante un caso de hombre maltratado?*)

Poco se sabe acerca de casos de violencia hacia los varones, sobre todo en México por las creencias, roles y estereotipos profundamente arraigados en relación a que solo son las mujeres quienes son violentadas por su condición de mujeres. Los hombres no hablan ni denuncian que son víctimas de violencia por el miedo al ridículo, por vergüenza de no ser “el que lleva los pantalones en la relación” y tener que admitir que su *hombría* ha sido vulnerada; otro de los motivos es por la falta de apoyo y de credibilidad de sus familiares, conocidos o personas de confianza. Pero sobretodo, la falta de apoyo jurídico por parte del Estado en situaciones de violencia hacia los varones es otro motivo por el cual dicha problemática se mantiene en el silencio, pues se carece de leyes que brinden protección a los hombres maltratados.

CAPITULO 5. IGUALDAD Y EQUIDAD EN GÉNERO

El Instituto Nacional de las Mujeres hace una distinción entre el concepto de equidad y el de igualdad, “este último considera a hombres y mujeres como idénticos lo que descarta la particularidad histórica y social en la que la humanidad se ha desarrollado donde los contextos culturales han designado estatus y aprendizajes diferenciados que hoy día hay que desenmascarar”. Equidad se refiere a “justicia e implica tener las mismas oportunidades de acceder, usar y controlar derechos, recursos y beneficios” (Ramírez Arellano, en Martínez y Mendoza, 2015, p. 79).

La UNESCO considera a la igualdad de género como un derecho humano fundamental, un objetivo a nivel mundial que permitirá el establecimiento de mejores relaciones sociales y de convivencia (UNESCO, 2014). Sin embargo, este organismo refiere que para el logro de la igualdad de género no basta con el establecimiento de políticas, intervenciones e inversiones focalizadas dirigidas a la obtención de resultados esperados para ambos géneros, pues afirma que las actitudes negativas de las personas pueden interferir o impedir el avance de las políticas, acciones y medidas de carácter público en favor de la igualdad de género, puesto que su éxito y sostenibilidad necesita del involucramiento y total apoyo de cada integrante de la comunidad.

5.1. Igualdad de oportunidades para hombres y mujeres

No puede negarse que actualmente, gracias a las luchas de colectivos de mujeres, se permite el gozo de derechos que varias décadas atrás fueron negados. Las mujeres, al igual que el género masculino, divergen en opinión y actitud política e ideológica. Sus intereses se diferencian por mucho. No obstante, los géneros tienen otros aspectos en común más allá del derecho al trabajo, a la libertad de expresión, al estudio, etc. No es mentira que en el hombre también se presenta el proceso hormonal: en las mujeres ocurre la menopausia, en los hombres, la andropausia. Hay demasiados mitos y creencias alrededor de la masculinidad que predisponen a los hombres a no expresar sus necesidades afectivas, sexuales, y amorosas.

Para el Uruguayo Pablo Laurta, fundador del Movimiento Varones Unidos en defensa de los derechos masculinos, el sufrimiento de los hombres es minimizado. Las leyes de protección continúan siendo pensadas para la mujer y no así para el hombre. Los varones se hayan en desventaja durante el proceso de divorcio puesto que se ven obligados a dar pensión económica, convivir poco tiempo con los hijos, no se está presente en etapas vitales y significativas de los hijos, ya sea por orden de alejamiento, o por capricho, venganza o resentimiento de la madre de los hijos, además en caso de divorcio el hombre suele ser víctima del síndrome de alienación parental. El obtener la custodia de los hijos sólo los fines

de semana o periódicamente, priva al padre de participar y apoyar en la educación de ellos; del mantenimiento del vínculo padre-hijo, e impide disfrutar la infancia de sus hijos. En casos así, es importante mostrar e inculcar el principio de la igualdad.

Las investigaciones y estudios sobre el tema de la violencia de género se hayan enfocados en sólo uno de los géneros, y con mucha frecuencia para referir que son las mujeres quienes más la padecen y los hombres son generalmente los perpetuadores de la violencia.

A nivel social no se ve el interés cuando se sabe de “un hombre que ha quedado desvalido y es agredido o maltratado por su pareja”, plantea Pablo Laurta, y asegura que “la mirada actual en relación con las temáticas que involucran a ambos géneros son analizadas y presentadas a las actuales generaciones desde una teoría de la desechabilidad masculina”. Laurta asegura que para que sea posible un adecuado consenso social no debiera dejarse de lado al género masculino, y que así como ocurre con las mujeres, sus preocupaciones e inquietudes también merecen ser escuchadas.

Por ello, si los movimientos feministas, derechos humanos, etc., luchan y buscan que haya igualdad de oportunidades entre los géneros, es necesario el reconocimiento de la otra cara del fenómeno de la violencia de género para que también el género masculino tome en serio el problema de la violencia contra las mujeres (Kaufman, 2000; citado por Ramírez, López y Padilla, 2009). Mostrar interés por Investigar qué tanto parejas heterosexuales, homosexuales, etc., vivencian violencia en sus relaciones es también igualdad.

La sociedad, particularmente el movimiento feminista y derechos humanos mantiene el foco puesto en la violencia contra las mujeres, por lo que sería adecuado expandir la visión hacia otras esferas donde la violencia también acontece (asilos, escuelas, estancias infantiles, hospitales, unidades médicas o de salud, cárceles) y hay que reconocer que no solo son las mujeres quienes son víctimas de violencia dentro de sus relaciones de pareja, en las calles, en los medios de transporte, etc.

A las mujeres todavía se les continúa dando prioridad “por considerarlas más débiles y carentes de protección, no dejando espacio a la idea que un hombre también pueda ser la víctima, lo que deja ver que la institucionalidad que trabaja en temáticas de género, tampoco escapa a las influencias cegadoras de la cultura patriarcal, así los hombres callan,

para no tener que lidiar con la ridiculización” (Rojas-Andrade, Galleguillos y Miranda; 2012, p. 157). Por esta razón es conveniente comenzar a visibilizar situaciones que no han representado ser del interés y de la preocupación social.

De acuerdo a lo referido por Ramírez Arellano (en Martínez y Mendoza, 2015) en su tema sobre “el envejecimiento y perspectiva de género”, señala que la Organización Mundial de la Salud precisa que, “otorgar mayor peso a un género puede propiciar desigualdades, es decir, favorecer sistemáticamente a uno de los dos grupos vulnera la condiciones del otro. Esto traducido al estado de salud de las personas puede fomentar inequidades de atención para un sector de la población que está desatendido en relación a otro (p. 78)”.

Los tratos otorgados a cada uno de los sexos, tan diferencial a nivel institucional y social, producto de los estereotipos, roles y creencias de género, han contribuido a crear una desigualdad social entre los géneros (Rocha y Díaz-Loving, 2011; citados por Arias, 2014), esta situación aunada a las condiciones de vida y al contexto político que se vive en nuestro país, han incrementado la probabilidad de que hoy día cualquier persona pueda ser víctima de algún tipo de violencia en la Ciudad de México. Se sabe, de acuerdo al campo de las ciencias sociales, que la injusticia social provoca odio, y la violencia es la muestra más clara de odio.

El género masculino tiene también, a pesar de lo que socioculturalmente se piensa, mucho que compartir (Barrios, 2003; Amuchástegui y Szas, 2007), sobre todo hoy, que ser hombre o varón representa varios retos.

Por ello habría que generar espacios donde a los varones no se les excluya de los debates sociales vinculados a las cuestiones de género. Es necesario dialogar de los hombres y con los hombres, justo ahora que ser varón supone cambiar tanto en lo personal como en lo social para establecer relaciones más equitativas e igualitarias, y vencer muchos retos en la vida cotidiana.

De acuerdo a la perspectiva de Pablo Laurta, para lograr erradicar la violencia de género se necesita la apertura de instancias de diálogo donde sea posible la existencia de un discurso más inclusivo, y que ninguno de los géneros quede en desventaja. El problema de la violencia de género no se podrá resolver “sino se aborda de forma integral, analizando y

reflexionando sobre ambos actores y sobre la lucha entre la diversidad y la homogeneidad de los patrones culturales” (Rojas, Galleguillos, Miranda, Valencia, 2012, p. 157).

La tan anhelada meta de la igualdad de género es una meta social a la que sin duda la educación y las demás instituciones sociales deben contribuir (UNESCO, 2014).

Para Sánchez y Martínez (2015, en Martínez y Mendoza, 2015) “el proceso de desarrollo humano no es siempre igual para todas las personas, este proceso se ve favorecido, influido, seccionado, limitado e incluso coartado, según el contexto y las posibilidades materiales, sociales y subjetivas que este mismo ofrezca a las personas” (p. 113) (...) “Para que las personas puedan gozar de la vivencia y práctica de las capacidades humanas es necesario preparar el ambiente material y, en consecuencia, el institucional para que sean capaces de funcionar: capacidad-funcionamiento y libertades ejercidas, todas unidas forman una sola cosa, una vida digna (p. 127)”.

RESULTADOS OBTENIDOS

Asistencia al curso de capacitación “Adherencia Terapéutica”

Por el trabajo con las dinámicas grupales pude darme cuenta que la interacción telefónica no se limita solamente a dialogar o hablar por teléfono, la interacción se convierte en un acto de comunicación con perspectiva dialéctica, con búsqueda de soluciones mediante el apoyo profesional del área y con los recursos que el usuario tiene al momento de la orientación. También di cuenta que la comunicación entre integrantes de distintas disciplinas o especialidades es primordial para lograr tejer redes de trabajo más sólidas en la línea para con los usuarios. Se reconoce que el psicólogo como orientador ante cualquier llamada tiene que cubrir objetivos generales para la persona que se comunica y así poder orientarle en la medida de lo posible y conseguir un resultado final satisfactorio para ambos. Aprendí que los y las orientadoras tienen que considerar las propias actitudes, cualidades y habilidades para la interacción y lograr generar un clima de confianza, mostrar empatía, dar atención con calidez, ser competente y estar calificados para atender llamadas de diverso contenido, por lo que sin discusión alguna se requiere del estudio constante en cuanto a temáticas de diversa índole, además de trabajar la flexibilidad y tolerancia, y responder ante la demanda de atención en el servicio de psicología; muy importante son también los aspectos verbales del orientador, como intensidad, tono de voz, reactividad en las respuestas, interrupciones, etc., que deben cuidarse para propiciar la comunicación.

Brindar Información general de los programas prioritarios de la Secretaria de Salud de la Ciudad de México.

Llamadas de Entrada

Tabla 2.

Servicio y canalización solicitada					
Orientación Médica	Médico en tu casa	Seguro Popular	Autismo	Asesoría Nutricional	Otro
6	3	2	1	1	4

Como puede notarse, en pocas ocasiones se llegó a solicitar información para afiliación al Seguro Popular, así como para solicitar información y canalización a la “Clínica del Autismo”, y recibir asesoría nutricional en línea. Solo hubo una llamada para información general de “Fiebre Amarilla”, una llamada para “Ubicación de Medibus”, una llamada para referencia a una “Unidad de Salud de Detección Oportuna (USDO)”, y una llamada para información de la intervención quirúrgica por “Cataratas”.

Cabe mencionar que los usuarios de la Línea de Medicina a Distancia cuentan con poca información acerca de en qué consiste el Programa Médico en tu Casa, pues a pesar de que el programa se promueve en el Canal Capital Social, la gente se encuentra mal informada al respecto, ya que hubo llamadas recibidas de gente solicitando el servicio de manera urgente por situaciones de caídas, lesiones de cadera en adultos mayores, complicaciones respiratorias y cardíacas, solicitud de chequeos médicos, etc. Se trató de población que no cumplía con las características o condiciones necesarias para acceder al servicio, es decir, no se trató de población en situación vulnerable para acceder a los servicios de salud.

Para las canalizaciones de las llamadas al área de Medicina, se realizaba la identificación de la necesidad del usuario (verificar las reacciones posteriores a la toma de algún medicamento recetado, molestia gastrointestinal, vómito, dudas para tomar los medicamentos junto a algunos alimentos, entre otros motivos), y si en dado caso ameritaba solo recibir la atención y asesoría del área médica en línea, se realizaba la referencia. El área médica tiene la obligación de orientar y referir al usuario a alguna clínica o a su Unidad de Salud para la adecuada atención. Al personal de medicina no le está permitido hacer recomendaciones, recetar, o sugerir algún tipo de medicamento, esto con el fin de evitar algún posible daño o afección a la salud, fomentar la automedicación, o para reforzar la dependencia a algún medicamento por parte del usuario.

De manera frecuente, los supervisores del turno realizaron el monitoreo de la mayoría de las llamadas, tanto las de entrada como las de salida, esto con el fin de supervisar el modo de atención e intervención de los y las orientadoras durante las mismas, posterior a esto, se recibió retroalimentación, que por mi parte, considero me ayudó en demasía para reforzar y habilitar habilidades sociales, aspectos verbales, identificación de elementos

distractores, etc., que interferían con la comunicación e impedían el logro de la focalización del motivo y demanda del usuario. No tuve dificultad o complicación para la proporción de información a los usuarios ya que el personal de sistemas de manera constante realizaba las actualizaciones de los contenidos de cada programa y servicio para proporcionar información y referir a los usuarios adecuadamente.

Apoyo en llamadas de seguimiento para fomentar y promocionar cambios en el estilo de vida, adherencia a los tratamientos y psicoeducación vía telefónica a pacientes con padecimientos crónico-degenerativos.

Al inicio del Servicio Social me fueron asignados doce expedientes para seguimiento, de ellos, siete pertenecían al programa de “Adherencia Terapéutica”, uno al programa “niño sano”, uno al programa “niña sana”, y tres para “atención psicológica” por proceso de duelo, autoregulación emocional, y sobreprotección, respectivamente.

Los resultados obtenidos se describen a continuación:

En atención a usuarios con padecimientos crónico-degenerativos, a tres usuarias en particular, no se les pudo dar seguimiento debido a las siguientes implicaciones:

- La primera, (abogada, 54 años; atención psicológica) *“no tenía tiempo”* en el momento para atender la llamada porque *“tenía que ir precisamente a ver a algún conocido o familiar”*; o porque *“un albañil iría a realizar alguna reparación a su hogar”*; o *“le habían hablado de su trabajo para que acudiera inmediatamente”*,... La usuaria solicitó el Servicio sólo del área de psicología en apoyo al proceso de duelo por la muerte de su pareja, evento que ocurrió hace poco más de un año. Del tiempo comprendido a partir de la asignación de su expediente no logré establecer conversación con ella, más que para sólo continuar re-programando el día de llamada de seguimiento; sólo en la antepenúltima sesión se logró mantener una sesión (50 min) con ella y conocer su estado emocional actual, identificando los

siguientes rasgos: baja autoestima, inseguridad, auto-desvalorización, necesidad de afecto, necesidad de atención, reconocimiento, tendencia a la soledad y depresión. En la penúltima sesión no hubo intervención ya que *“tenía un compromiso inesperado”*, y en la última sesión se llevó a cabo el cierre terapéutico por término del periodo de Servicio Social de la orientadora. Le informé acerca de lo importante que es continuar con el servicio del área de psicología, y de lo importante de abordar su motivo de consulta por el cual solicitó el servicio en la línea. Finalmente, solo hizo referencia que *“haría lo posible para tomar las llamadas”*.

- Con la segunda usuaria (Adherencia Terapéutica; 79 años), sólo se estableció el primer contacto para presentación y fijar el día y horario de llamada de seguimiento, pues no volvió a existir contacto ya más, ya que a pesar de dejar recados con algún familiar o pariente cercano, la usuaria nunca regresaba la llamada. Cabe hacer mención, que la familiar o los familiares que llegaban a atender la llamada referían que la usuaria *“no se encontraba”, “salió al mercado”, “acababa de salir de casa”, “fue por su mandado”*... etc., Las llamadas al no recibir atención, por acuerdo de la supervisora, se reprogramaban cada quince o veinte días, al notar que era complicado no tener contacto con la usuaria se llevó a cabo el cierre terapéutico en su expediente sólo integrando la hoja respectiva del formato para usuarios con padecimientos crónicos, agregándose las notas de sugerencia en el tratamiento para el próximo orientador, recalando ya no continuar con los recados hacia los parientes cercanos, más sí realizar el re-encuadre de los motivos por los cuales se decidió inscribir a la usuaria a este servicio.
- En el tercer caso (23; atención psicológica), se trata de la mamá del usuario inscrito en el programa Niño Sano; joven madre que solicitó el servicio de psicología por tener problemas de impulsividad. Se planteó trabajar por medio de técnicas de respiración y relajación, y técnicas de intervención cognitivo conductual: detención del pensamiento, técnica del ABC (A=Acontecimiento activador, B=Pensamientos y

creencias, C=Consecuencias emocionales), debate racional, no enfocarse en el problema (engancharse) sino en soluciones, autoinstrucciones, actividades de distracción, realizar actividad física. En la primera sesión se abordó este plan de trabajo; para la segunda sesión la usuaria refirió estar practicando actividad física asistiendo a clases de Zumba, actividad que la ayudó a tener un mejor descanso y a canalizar energía ya que comentó en algunas ocasiones “se llegaba a desquitar” con sus hijos – una niña de 4 años y su bebé de 9 meses - sin embargo, a partir de la cuarta sesión ya no hubo contacto con la usuaria, sólo se le podía localizar en las fechas programadas para seguimiento de caso de su bebé, y durante éstas, refería que *sí* se comunicaría a la línea para continuar con su atención en el servicio de psicología. No lo hizo.

- Hubo solo una usuaria (44 años) que solicitó el servicio de psicología debido a la introversión que presenta su hijo adolescente (16) con ambos padres: la mamá refirió que su hijo no comunica lo que siente, ni da a saber acerca de sus intereses. El expediente fue asignado aproximadamente a los dos meses de concluir el servicio social, por lo que se programaron siete sesiones para abordar su problemática, de las siete, sólo se tuvieron cinco sesiones de trabajo ya que en dos no se localizó a la usuaria: se planteó como trabajo indagar en las posibles causas de introversión del adolescente y de los motivos de preocupación de la mamá para posteriormente brindarle herramientas a la usuaria para mejorar la relación familiar; la indagación llevó dos sesiones con la mamá. Para la tercera sesión, se dividió en dos tiempos para abordar a ambos padres, se identificó que la usuaria sufrió violencia física y emocional por parte de su esposo unos años antes de concebir a su hijo, quien es el menor de tres hermanos. Refiere la madre que fue un embarazo no planeado, más nunca pensaron en interrumpir el embarazo. Comentó la mamá que cuando su hijo nació, ella se dirigió al padre diciéndole: *“a mí y a mis otros hijos los tocaste, pero a éste no me lo vas a tocar”* sic. Al tener contacto con el padre refirió venir de un hogar donde *“no eran bien vistas”* las expresiones de sentimientos y pensamientos,

actitudes que proveían de su figura paterna y que considera quizá ha reproducido en su matrimonio (no refirió nada acerca de los episodios violentos), por lo que consideré que posiblemente el adolescente quien actualmente mantiene una relación de noviazgo, reproduzca en un futuro este patrón transgeneracional. En la cuarta sesión, ante la situación de la usuaria se le pidió apoyarse en un Diario emocional en el que pudiera redactar en los momentos que surgiera la necesidad de ser escuchada, y para evitar que continúe *guardando* sus emociones y pensamientos. En la quinta sesión se realizó el cierre terapéutico, refiriendo a la usuaria que su caso continuaría con la atención solicitada y mientras tanto continuara con el uso del Diario emocional, así como que utilizara un objeto (muñeca, muñeco, silla) para dirigirle lo que desee comunicar.

- Las pacientes inscritas en Adherencia Terapéutica y que atendí eran de edades avanzadas (71-78 años), que padecen Diabetes Mellitus Tipo 1 y Diabetes Mellitus Tipo 2, las mismas, presentan algún tipo de complicación actual como es: molestia ocular, presión arterial alta, y obesidad, lo que dificulta que realicen actividad física aún con moderación. Todas se encuentran bajo tratamiento médico, con seguimiento programado una vez al mes en su clínica o unidad de salud (IMSS, ISSSTE); si bien la mayoría también cuenta con buenas redes de apoyo, dos de ellas mantienen relaciones interpersonales tóxicas e inadecuadas que interfirieron con su estado emocional dificultando la adherencia al tratamiento. No obstante, con las cinco pacientes restantes se obtuvieron muy buenos resultados:

Hubo motivación de su parte para llevar a cabo cambios en su estilo de vida pues realizaron ejercicio físico en la medida de sus posibilidades (andadera para adulto, uso de caminadora, caminar alrededor de la casa), llevaron el control de sus índices de Glucosa, Triglicéridos, Colesterol, Presión arterial, (cuadernillo-bitácora), control a horarios para toma de medicamentos y compromiso para sesiones de actividad física. Con una paciente se logró que tuviera más independencia y autonomía como

para incluirse en actividades recreativas en su clínica de salud, y otra paciente además de adquirir independencia y autonomía, se fijó a sí misma un proyecto (en conjunto con unas amistades) para la ayudarse económicamente. Con la implementación de la entrevista motivacional se logró la constancia de su conducta y compromiso para adherirse a su tratamiento, pues no sólo las sesiones del área de psicología se enfocaban en su estado de salud sino en aquellos factores que pudieran estar afectando su estado emocional e interfiriendo con la adherencia terapéutica.

A la mayoría se les brindó técnicas del enfoque cognitivo-conductual como lo fueron: técnicas de respiración, relajación, imaginación positiva, autocontrol, auto-observación, auto-instrucciones, auto-reforzamiento, escucha reflexiva, destacar los aspectos positivos, retroalimentación, y registro en un “Diario Emocional” de sus pensamientos y emociones que surgen en los momentos de ansiedad, tristeza o estrés.

Con una usuaria que presentó como problemática la acumulación compulsiva, en la penúltima sesión comentó haber recaído en esta conducta nuevamente, no obstante, se le hizo mención que las recaídas son un fenómeno frecuente y normal en el proceso del cambio, e incluso necesario en un contexto de aprendizaje como es el cambio de hábitos arraigados. En su caso fue necesario agregar en la hoja de notas y como sugerencia al próximo orientador asignado lo siguiente:

1. Incrementar autoestima y autoeficacia
2. Proporcionar feed-back

Al término del periodo de Servicio Social se llevó a cabo el cierre terapéutico respectivo con cada paciente y se formuló la nota e integración de la misma en cada expediente con los logros y objetivos alcanzados, así como notas de sugerencia y observaciones para el próximo orientador u orientadora encargada de su seguimiento. Las usuarias agradecieron

el servicio brindado, la atención recibida hacia su problemática y por proporcionarles el apoyo y acompañamiento emocional de manera profesional.

Realizar esta actividad me motivo a fomentar la importancia del autocuidado con mis conocidos y parientes cercanos. Resultó preocupante conocer lo que implica para un paciente vivir con padecimiento crónico-degenerativo; conocer sus limitaciones para realizar actividad física, restringir su alimentación, etc., y saber que aparte hay que lidiar con los problemas intrapersonales e interpersonales. Pude acercarme a su vida y me hizo saber que los adultos mayores se ven como personas que ya no son útiles, que difícilmente sus familiares los escuchan o se interesan por su bienestar; algunos dicen: *“se sienten solos”* sic. Esto me puso a pensar precisamente en la importancia del programa, que más allá del cuidado de su padecimiento crónico-degenerativo, es importante abordar todo el bagaje emocional, sus preocupaciones, sus gustos e intereses; a mí me agradó prestar mis oídos a éste tipo de pacientes, porque algunas de las usuarias que traté referían que *“pocos se interesan por escuchar a los viejitos... por lo que sentimos”* sic.

Apoyo en llamadas de seguimiento y psicoeducación a los usuarios de los programas niño sano y niña sana.

Al inicio de cada llamada con las mamás de los usuarios preguntaba por el estado de salud actual de ambos, y acerca de la participación de los infantes durante la ejecución de las actividades de estimulación: dificultades, interés o desinterés, tiempo de ejecución, problemas en la coordinación, problemas con el lenguaje, o con la audición.

Ambas madres mostraron compromiso en atención a las llamadas de seguimiento y en el cumplimiento de las actividades de estimulación temprana. Sólo en dos ocasiones con la mamá de la menor no hubo contacto por fallas en la comunicación telefónica, y por compromisos familiares; con la mamá del varón existió contacto durante el periodo de Marzo – Mayo, y posteriormente hubo contacto a mediados del mes de Julio, esto debido al periodo vacacional.

De igual modo, para la última sesión con estos usuarios se llevó a cabo el cierre terapéutico en sus respectivos expedientes, integrando los alcances obtenidos como lo fueron: una adecuada coordinación motriz, adecuado manejo del lenguaje, buena manipulación de objetos diversos, descartando problemas en la escucha y la visión. De acuerdo a lo referido por las mamás de los usuarios, los pequeños no mostraron molestia, por el contrario, refirieron que se mantuvo el interés durante la ejecución de los ejercicios, y que les despertó interés y les agradó el estar en espacios abiertos, pues los notaron sonrientes al señalarles objetos en marcha, ver a niños jugando, y atender los sonidos del paso de aviones, etc.

También les comuniqué de la importancia de continuar en el programa de Niño Sano/Niña Sana para seguir contribuyendo al adecuado desarrollo motriz, emocional, cognitivo y social de sus hijos, integrando estos ejercicios a su juego diario, contribuyendo así a su desarrollo pleno y al cuidado de su salud. Por supuesto, la decisión de continuar o no inscritas en el programa le correspondía finalmente a las propias usuarias.

Esta actividad fue de mi agrado ya que al comienzo desconocía el modo en que brindaría la atención y cómo haría la referencia de los ejercicios de estimulación. No obstante, el apoyo de la supervisora fue de gran ayuda para durante la segunda sesión en que se comenzó el trabajo de estimulación temprana.

Asistencia a sesiones bibliográficas relacionadas con la psicología de la salud.

Como se dijo ya antes, fue indispensable conocer las características del padecimiento crónico-degenerativo (diabetes mellitus tipo I y tipo II; sobrepeso, obesidad grado II) de las pacientes inscritas al programa de “Adherencia Terapéutica”, con la finalidad no solo de conocer lo relacionado a la enfermedad, sino también para tener un mejor acercamiento a lo que realmente viven y enfrentan este tipo de personas.

Fue bastante enriquecedor para mí haber mantenido contacto con los integrantes de las demás disciplinas para llevar a cabo la intervención multidisciplinaria. Existió buena relación entre todos, hubo buena comunicación y disponibilidad para orientar y asesorar en caso de dudas.

Para la atención en el caso de las llamadas de atención psicológica, no se proporcionó bibliografía para información en cuanto a las diversas problemáticas que se atendieron, no obstante, la retroalimentación recibida al término de las llamadas fue enriquecedora, pues se lograron reforzar capacidades (empatía) y habilitar poco a poco las habilidades necesarias (escucha activa) para realizar una mejor intervención psicológica. De igual modo, parte de lo comentado en las sesiones individuales con el área de supervisión sirvieron para desarrollar parte del soporte teórico metodológico de este informe.

Orientación y apoyo psicológico vía telefónica a mujeres en situación de la Interrupción del Embarazo (ILE).

La población que se atendió fueron cinco casos en total: cuatro mujeres entre los 16-35 años de edad; y sólo se atendió la llamada de un hombre de 24 años de edad solicitando la información del servicio para su novia quien presentaba un periodo gestacional de seis semanas, y debido a que ambos se encontraban cursando una licenciatura, *“no estaban en condiciones para hacerse cargo de un hijo y convertirse en padres en el momento”* sic.

La mayoría de los usuarios se comunicó de zonas conurbadas y de escasos recursos económicos.

En los cinco casos, sin excepción, se brindó información acerca del objetivo del programa, requisitos para acceder al servicio, procedimiento para acceder al servicio, recomendaciones de autocuidado para las usuarias, acerca de la interrupción por medio de medicamento, y datos generales sobre las unidades de salud que proporcionan el servicio. Durante su llamada, mostraron poca inhibición al solicitar la información del servicio, no obstante, antes de finalizar las llamadas, a todas se les hizo la sugerencia de hacer uso de la línea de psicología para recibir atención en caso de requerirlo en algún momento, ya que en el instante aunque se les invitaba a hablar acerca de su situación, solían comentar: *“no gracias señorita, ahorita estoy bien...y segura de lo que voy hacer”* sic.

Generalmente las usuarias solicitaron ser referidas a una unidad de salud lejana a su domicilio. Sólo hubo un caso de una usuaria residente del estado de Guanajuato, a quien se

le sugirió acudir al Centro de Salud México España, donde el servicio es totalmente gratuito y la ILE se realiza el mismo día (aspiración), esto con la intención de evitar su traslado nuevamente a la Ciudad de México para la cita de revisión y seguimiento que se les programa cuando la Interrupción es por medio de medicamento.

Hay que hacer mención que cuando se comunican las usuarias del interior de la República para solicitar el servicio de ILE, se les hace hincapié en que sólo en la Ciudad de México es completamente legal la realización de la Interrupción, por lo que depende de ellas el que tengan o no algún problema con la Ley de su entidad.

De esta actividad como orientadora en la línea de ILE, no tuve inconveniente para abordar a las usuarias, y tampoco me sentí incomoda en ningún momento. Me resulto provechoso conocer y acercarme a lo que es el programa; a tomar conciencia de lo importante que es practicar la sexualidad de manera segura y responsable; de la importancia de contar con madurez emocional y establecer prioridades y metas de vida, como el momento idóneo para procrear a un hijo.

Realización de intervenciones psicológicas y acompañamiento emocional a través de consultorías y consejerías telefónicas a población general.

MÉTODO

Los lineamientos generales de la atención telefónica demandan del psicólogo que participa en el programa, conocimientos, métodos, técnicas y actitudes que favorezcan la empatía para la comprensión de la “realidad” de los solicitantes. El psicólogo en línea se ocupa de atender problemáticas de diversa índole son los problemas de conducta, de aprendizaje, alcoholismo y drogadicción, dinámica familiar, relación de pareja, trastornos sexuales, problemas cognitivos y/o neurológicos, entre otros, por lo que requiere contar con una sólida preparación teórica y una formación ética, para dar propuestas efectivas, en el encuadre del respeto, responsabilidad, confidencialidad, honestidad y sentido de justicia, valores inscritos en el Código Ético de los psicólogos (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010).

Incorporarse a la atención telefónica, requirió por lo tanto la capacitación profesional, que a continuación describiremos, al igual que el marco teórico y las técnicas utilizadas:

1. Capacitación y actualización profesional:

Para atender las llamadas telefónicas se nos capacita básicamente en dos dimensiones, la técnica y metodológica:

1.1. Técnicas cognitivo-conductuales: De acuerdo con el *Manual para el psicólogo de Medicina a Distancia (S/f)*, para la atención de los usuarios vía telefónica y efectividad de la intervención psicológica, se utiliza como marco referencial el enfoque cognitivo-conductual, dado que el mismo trae beneficios inmediatos y por la alta demanda de atención de la línea telefónica éste resulta ser el más adecuado para la atención breve de los usuarios. Durante la intervención a distancia, las y los orientadores realizan el **Registro de Pensamientos Automáticos (RPA)** para identificar acontecimientos, pensamientos, o recuerdos que generaron la emoción desagradable en la persona, así como las sensaciones físicas experimentadas, qué grado de intensidad tuvo o tenía la emoción, qué emociones siente la persona actualmente y con qué grado de intensidad; se implementa **entrenamiento autogénico** para controlar las funciones corporales mediante la autogestión, solicitando a la persona tenderse sobre una superficie cómoda (si es posible) y respirar de manera profunda y regular, repitiéndose a sí mismo subverbalmente: “mis manos se sienten...”, repitiendo esto para cada una de las áreas musculares; **entrenamiento en asertividad** para ayudar a la persona a tener un comportamiento benéfico para sí misma, capacitándole en la expresión de sus sentimientos y ejercicio de sus derechos respetando los de los demás sin sentir ansiedad; **entrenamiento en autocontrol** que permita dirigir la propia conducta en el sentido deseado, aquí se implementa la auto-observación que posibilita que aprenda a identificar qué factores influyen o propician su conducta problema, se

establecen objetivos, se realiza autoevaluación, auto-refuerzo o autocastigo y autocorrección; **técnicas de control estimular** como lo es la eliminación o evitación de estímulos que facilitan comportamientos problemáticos; **auto-instrucciones** para aprender a controlar la ejecución de una conducta; retroalimentación para proporcionar a la persona información de sí misma relacionada a determinados aspectos comportamentales; **solución de problemas y toma de decisiones**, instruyendo a la persona para evaluar las alternativas de solución y elegir la más idónea entre ellas, considerando las consecuencias personales, sociales, a corto plazo y a la largo plazo.

1.2. Intervención en crisis

En el caso de los usuarios que se comunican en estado de crisis, el orientador en línea sirve de guía para la persona afectada. El psicólogo realiza la identificación de los recursos (emocionales, cognitivos, económicos, etc.) con los que cuenta el usuario en el momento de la crisis para afrontar la situación estresante, por lo que necesariamente las intervenciones se dirigen al rescate de las fortalezas y aspectos positivos de su relato para que la propia persona se enfoque a mirar su problemática desde otra perspectiva, con el fin de resolver la crisis y re-estabilizar su estado emocional. De manera oportuna, los orientadores realizan sus intervenciones en el momento más conveniente ayudando con ello a disminuir el estado de desestabilización emocional en que se encuentra el/la afectada. Para lograrlo, es necesaria la aplicación de los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP), siendo ésta la primera atención que recibe la afectada/do, y que se aplican en las primeras horas tras el impacto, considerando las primeras 72 horas. La intención de los PAP es reducir el nivel de estrés, fomentar la adaptabilidad a corto, mediano, y largo plazo, y potenciar las estrategias de afrontamiento (Reyes, 2016).

Los componentes de los Primeros Auxilios Psicológicos son:

1. Realizar un contacto psicológico mediante el cual se invita a la persona a conversar y expresar sus sentimientos en libertad.
2. Analizar juntos las dimensiones del problema.
3. Sondear posibles soluciones identificando intentos de solución, qué puede hacer la persona y cómo puede llevarlo a cabo.
4. Ayudar a tomar una decisión, evaluando riesgos y beneficios de forma realista.
5. Mantener el contacto para acompañarlo en la continuación del plan de acción, estableciendo un convenio para re-contactar.

2. Técnicas utilizadas:

- Las características de la asesoría psicológica a través de la intervención profesional implica contar con una formación teórica en técnicas cognitivo conductuales para orientar a la persona en la resolución de una problemática concreta que está interfiriendo con su funcionalidad cotidiana. A la vez que el orientador va incorporando el estudio de distintas problemáticas que son con las que se encuentra frecuentemente en la atención en línea. Cada una de las técnicas anteriormente arriba mencionadas resultan ser las más funcionales y efectivas para realizar la intervención psicológica vía telefónica, ya que las mismas promueven el razonamiento y la identificación de los elementos que le permiten al individuo la toma de decisiones.

3. Acceso de los usuarios al servicio telefónico.

- Los medios por los cuales el usuario conoce y accede al servicio de atención psicológica vía telefónica es por medio de: la referencia médica brindada en su unidad o institución de salud, o bien, por comunicación de algún familiar, amigo o conocido, a través de folletos, anuncios, y a través de internet. De las vías mencionadas, destacan particularmente dos: acceso por comunicación personal, y

acceso por medio de internet. La mayoría de los usuarios ocasionalmente pueden recurrir a más de una llamada telefónica. De los 40 casos presentados, sólo 4 usuarios mantuvieron el contacto a distancia por más de una ocasión.

Resultados

Los datos que a continuación se presentan derivan de las llamadas recibidas en el período comprendido del 1 de Marzo de 2016 al 1 de septiembre de 2016. La información se presentará en tablas organizadas en relación a la edad, sexo y problemáticas, que 40 usuarios de atención telefónica expresaron.

- Edad y sexo de los usuarios

Tabla 3.

Rango	• Edad		SEXO	
	Núm.	%	F	M
14 - 19	3	7.50%	1	2
20 - 24	9	22.50%	6	3
25 - 29	7	17.50%	6	1
30 - 34	6	15.00%	5	1
35 - 39	2	5.00%	1	1
40 - 44	2	5.00%	2	0
45 - 49	3	7.50%	3	0
50 - 54	1	2.50%	0	1
55 - 59	4	10.00%	4	0
60 - 64	2	5.00%	2	0
65 - 69	0	0.00%	0	0
70 - 74	0	0.00%	0	0
75 - 79	0	0.00%	0	0
80 - 84	1	2.50%	1	0
Totales	40	100%	30	10

De las cuarenta llamadas telefónicas recibidas, como se puede observar se establecieron rangos de cinco casos, donde la persona de menor edad fue de catorce y la mayor de ochenta y cuatro años de edad, de las cuales el 75 % corresponde al sexo femenino.

En los datos presentados, se observa que la mayoría de las llamadas recibidas a la línea de psicología las realizaron mujeres jóvenes de edades comprendidas de los veinte a los treinta y cuatro años de edad; por parte del grupo del sexo masculino, el rango de edad de quienes solicitaron intervención profesional fue de los catorce a los veinte y cuatro años de edad.

- Motivo de consulta

La Tabla 4 describe el tipo y porcentaje que expusieron los pacientes respecto de los problemas motivo de la atención telefónica:

1. Familiares
2. Violencia Sexual
3. Relación de pareja
4. Pobre habilidad social
5. Conducta Autodestructiva (Sexo sin protección, consumo desmedido de alcohol y drogas, práctica de conductas autolesivas, privación de alimentos).
6. Estrés
7. Dificultad para asumir su orientación sexual.
8. Dificultad para controlar los impulsos (regular el comportamiento sexual y las emociones)
9. Dificultad para manejar la mala conducta de su hijo (agresividad)
10. Ansiedad

Tabla 4.

PROBLEMÁTICAS																				
Rango	Familiares		Violencia sexual		Relación de pareja		Pobre habilidad social		Conducta autodes- tructiva		estrés		O. Sexual		Falta de control de impulsos		P. conducta infantil		Ansiedad	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
14 - 19	1					1								1						
20 - 24		1			3	1		1	2											1
25 - 29	1		1		1	1	1		1						1					
30 - 34			1		3											1	1			
35 - 39			1																	1
40 - 44					2															
45 - 49	1				1															1
50 - 54																				1
55 - 59	1				2						1									
60 - 64	2																			
65 - 69																				
70 - 74																				
75 - 79																				
80 - 84																				1
TOTAL	6	1	3	0	12	3	1	1	3	0	1	0	0	1	1	1	1	0	3	2

ANÁLISIS DE RESULTADOS POR PROBLEMÁTICAS

A continuación se hará un análisis de cada problemática atendida ordenadas de acuerdo al número de recepción de llamadas para cada una, es decir, de mayor a menor solicitud.

-Relación de pareja

Se registraron en total 14 casos. 12 de las solicitudes fueron realizadas por mujeres y solo dos por parte de los varones. El rango de edad va de los 14 a los 59 años de edad, y tiende a estar más concentrada a partir de los 20 a los 34 años de edad. En el caso de las mujeres,

su problemática estuvo relacionada a la demanda de ayuda para obtener la atención *necesaria* por parte de su pareja, para que *“él fuera más atento y cariñoso”*, por el esfuerzo que se hace en ayudar a la pareja a ver por su propio estado de salud, destacando la responsabilidad y el esfuerzo que se hace por mejorar y mantener el vínculo en pareja aunque la relación sea conflictiva y desgastante. Solo una de las usuarias atendidas acepto padecer violencia de género, si bien tiene el conocimiento del procedimiento que debe seguir para actuar legalmente, el miedo al cambio le impide actuar, haciendo evidente que tiene poca capacidad de poder aplicar lo que sabe.

En la tesis realizada por García (2011), se afirma que los conflictos en la relación de pareja con frecuencia derivan por la interpretación que la persona hace de la conducta del otro. Es decir, lo que provoca el conflicto no es la conducta en sí sino la interpretación que se hace de ella. De acuerdo con su investigación, *“hacer atribuciones sobre las causas de la conducta del otro puede incrementar la comprensión e intimidad con esa persona, en especial si esas atribuciones son acertadas, si están bien fundadas, es decir, si a través de ellas identificamos cuales son las causas del comportamiento del otro”*, haciendo entonces lo posible para enfrentar y modificar el comportamiento negativo o mejorar el positivo. No obstante, lo que comúnmente se hace es comenzar a generar preguntas atribucionales tratando de responderse a sí mism@ sobre la conducta del otro. Por otro lado, Ramírez (2005) comenta que los conflictos en la pareja son provocados más bien por diversas causas, como puede serlo un estilo de comunicación inadecuado, incompatibilidad sexual y falta de habilidades para la resolución de problemas. Según refiere, los conflictos aparecen en áreas como: la Intimidad (por el grado de intimidad y de compartir, y el balance entre el poder/control en la toma de decisiones), el compromiso (por inversión: inversión instrumental o el esfuerzo conductual que se realiza para mantener o mejorar la relación; inversión expresiva, que son los esfuerzos que se realizan para hacer feliz al otro), la dominancia (el dinero, el uso del tiempo de ocio, la distribución de las tareas en el hogar, las prioridades en el desarrollo profesional de los miembros de la pareja), por el tipo de apego (las conductas de apego son aprendidas en la infancia y se automatizan; si no se cumplen las expectativas que generan las peticiones del otro pueden darse problemas graves, dando lugar a emociones fuertes

que no encuentran una expresión adecuada para su solución), violencia (en el hombre es frecuente por la falta de habilidades para manejar los conflictos, mientras que en la mujer es debido a la incapacidad para expresar deseos, sentimientos, emociones, etc. “él/ella debería saberlo, porqué se lo tengo que decir/pedir” sic). Sager (1976, citado en Ramírez, 2005), afirma que las expectativas en la pareja (lo que se espera encontrar en el otro y que puede él/ella ofrecer) y los determinantes psicológicos son los principales causantes de conflictos en las relaciones de pareja. Así, cuando las expectativas no son satisfechas y cuando la persona realiza una inadecuada interpretación de la información que recibe del exterior, entonces surge el conflicto. Tello (1994, citado en Ramírez 2005) señala que las expectativas más comunes son la fidelidad, el apoyo, la seguridad, que el otro sea un remedio contra la soledad, que sea para siempre “hasta que la muerte los separe...”, que sea sexualmente el/la mejor, que la pareja ofrezca la oportunidad de crear una familia... Se puntualiza que cuando los conflictos no tienen pronta y adecuada solución, provocan la aparición de insatisfacción general de la relación de la pareja, deteriorándola gradualmente, derivando en la separación y/o divorcio. Además, García (2011) añade que cuando hay hijos de por medio, los conflictos en la pareja sin duda repercuten en el estado de salud mental y en el modo de relación de estos (problemas de conducta, depresión, y problemas para relacionarse adecuadamente en el futuro).

Ahora bien, si nos situamos desde una perspectiva de género, de acuerdo con este enfoque teórico que permite tener una mejor comprensión del mundo de los hombres y de las mujeres, cuando existe conflicto entre los miembros de la pareja, se puede explorar el sufrimiento del hombre y de la mujer. En el caso de las mujeres pueden explorarse los valores de género femenino, cómo los estereotipos de género han sido internalizados por ellas, su tendencia por someterse al otro/otra, el sentimiento extremo de vergüenza o la culpa, cómo suelen resolver los conflictos en pareja, o si establecen relaciones altamente erotizadas y de forma indiscriminada. Pues en nuestra sociedad, la forma de ser y de sentirse mujer viene determinada por un estereotipo de “feminidad” tradicional que, entre otros rasgos que la definen, incluye la atribución de una importancia fundamental de todo lo relacionado con lo emocional, con las relaciones interpersonales, con el afecto, con

agradar, los cuidados, el apego, y no solo con la creación de estos vínculos sino con la responsabilidad en su mantenimiento. A partir de estos rasgos, encontramos que las mujeres *víctimas* de violencia de género pueden mantener sus relaciones por los mandatos de género:

- por depender emocionalmente de sus parejas (ensalzando el apego y el enamoramiento de novela romántica) (Ferrer y Bosch, 2013; Herrera, 2015),
- por pena cuando ellos sufren algún problema (anteponiendo el cuidado del otro antes que el propio),
- por vergüenza (relacionada con desagradar al entorno familiar),
- por pensar que hay que aguantar lo que sea (sobrevaloración de la abnegación),
- por la culpa y el vacío ante la pérdida, etc.

Con respecto a los hombres, se puede explorar la representación mental de la figura femenina y si hay la identificación con el estereotipo de la dominación y la inferiorización de la mujer. Pues no puede ni debe pasarse por alto, que si nos caracterizamos por algo es porque todos tenemos rasgos muy diferentes, que siempre dan pie a que surjan conflictos de cualquier naturaleza (Peñuela, 2015). Así pues, además de la teoría psicológica ampliamente aceptada para explicar el comportamiento de los conflictos en las relaciones de pareja, es necesario aplicar la perspectiva de género para tener una visión más completa para su comprensión.

-Familiares

Se atendieron 7 casos relacionados a conflictos familiares. 6 corresponden a mujeres y solo 1 al sexo masculino, con variación en edad. Las causas tuvieron que ver con: Sobreprotección familiar y limitación en la toma de decisiones, educación rígida y machista, inadecuado adopción de rol (abuela actúa como madre de la nieta), y por mala comunicación entre integrantes del medio familiar.

De acuerdo con Herrera Santí (1997) para que la familia pueda considerarse funcional y sus miembros puedan gozar de un adecuado desarrollo integral, así como lograr el mantenimiento de estados de salud, es indispensable que en el sistema familiar existan “jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio”. El sistema familiar funcional se caracteriza por permitir en sus integrantes el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros, lo que garantiza un adecuado estado de salud (físico, mental, y social). Si por el contrario, existe fusión o dependencia excesiva entre sus miembros hará que se limite la superación y realización personal e individual de los integrantes.

De acuerdo con el enfoque sistémico de Minuchin (Soria, 2010) la familia es disfuncional cuando en ella existen reglas rígidas sin posibilidad de flexibilidad, no se defiende la individualidad, los roles asignados no son claros y aceptados, la comunicación entre sus integrantes es incongruente (decir-hacer) y no existe flexibilidad para adaptarse al cambio. Herrera Santí (1997) opina que una familia disfuncional debe “ser considerada como factor de riesgo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros (...) pues en una familia no hay un "culpable", sino que los problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema”.

Entendiendo entonces que los problemas psicológicos se producen en el ámbito familiar, el análisis y tratamiento de los problemas familiares deben ser realizados a nivel familiar, no individual.

-Ansiedad

Se atendieron cinco casos de ansiedad, tres corresponden al sexo femenino y dos al sexo masculino, y con variación de edad. Los problemas de ansiedad de esta población se debieron por la generación de pensamientos recurrentes y catastróficos (volverse loco), miedo a la soledad (aunque realizando acciones para quedarse solo), por la presión social

que se ejerce para conseguir pareja (a los 21 años), por estar atravesando etapa de menopausia (sensaciones corporales), y debido a el enojo contenido.

La ansiedad es entendida como un sistema de alerta que emite el organismo ante situaciones que resultan ser amenazantes. “La función de la ansiedad es advertir y activar al organismo, movilizarlo, frente a situaciones de riesgo cierto o probable, quimérico o real, de forma que pueda salir airoso de ellas” (Villarroel, Fort & Cano, 2008). La ansiedad implica componentes de tipo cognitivos o de pensamiento (pensamientos automáticos negativos, imágenes importunas), fisiológicos (alteraciones vasculares, respiratorias, palpitaciones, etc.), y motores y de conducta (inhibición o sobreactivación motora, comportamiento defensivo, etc.). Los episodios de ansiedad pueden desencadenarse a partir de situaciones externas, como por circunstancias internas a la persona, tales como pensamientos, sensaciones, cambios del organismo, etc. (Villarroel, Fort & Cano, 2008). En concreto, la ansiedad es producida por la “combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con total nitidez” (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003). Sobre el método utilizado para su tratamiento, dependiendo del nivel de gravedad, puede recomendarse el uso de fármacos, aunque “la psicoterapia de apoyo y la educación sobre la enfermedad son indispensables. Los pacientes responden mejor cuando adicionalmente se usan técnicas psicoterapéuticas con bases dinámicas o conductuales” (Virgen, Zaragoza, Cecilia & Morales, 2005). En el caso de la etapa de menopausia, es un evento que suele representar un generador de ansiedad debido a la relevancia de la situación y de las diversas sensaciones corporales que se van presentando, por lo que la sintomatología de miedo y ansiedad en la persona es comprensible. Además, lo anterior conlleva para la persona un desgaste físico y mental de difícil manejo que interfiere con su funcionalidad cotidiana. En caso de uno de los usuarios, él consideraba que terminaría igual de incapacitado que su tío.../oco. Siendo padre de tres niñas, temía dejarlas desprotegidas, así como a su esposa, con quien compartía la responsabilidad del cuidado y necesidades económicas. Por otro lado, mantenerse ocupado impedía que pudiera convivir con sus amigos, quienes comenzaban a catalogarlo de “mandilón”. Su situación de sentir que

fracasa (en su rol social) o que puede llegar a fracasar (en el rol de padre) es la raíz de su ansiedad. Por parte de la usuaria de 83 años, la proximidad de la fecha del aniversario luctuoso de su ex esposo, quien le hizo vivir “días amargos y tristes” sic, le generaba ansiedad. Pues ella por su parte le dio las atenciones necesarias hasta el día de su muerte. Así, la planeación de las actividades dentro del medio familiar (muestra de afecto-agradecimiento) y el recuerdo de la usuaria hacia el ex esposo (mal-trato-infelicidad) generó en la usuaria la contención de enojo e ira hacia la persona considerada por otros como buena, no así por ella. Por lo que ante la demanda social de cumplir con la regla de comportarse como *viuda triste*, y no querer seguirla, desencadenó la ansiedad (lucha interna).

-Violencia sexual

Se registraron tres casos de violencia sexual, las víctimas fueron mujeres de edades comprendidas de los 28 a los 35 años de edad. Encontrándose hasta cierto punto capacitadas para laborar y contando con redes de apoyo (amistades) para sobrellevar su malestar, dada la evitación (en uno de los casos) del evento traumático-desestructurante, el rechazo de la familia, la etiquetación social y familiar, y la violencia emocional hacia la persona dentro de su núcleo familiar.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia sexual como “cualquier acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual u otro acto dirigido contra la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier ámbito. Comprende la violación, que se define como la penetración, mediante coerción física (fuerza) o de otra índole (intimidación, extorsión, amenazas), de la vagina o el ano con el pene, otra parte del cuerpo o un objeto” (OMS, nota descriptiva 2017). De acuerdo a lo establecido en la Declaración para la Erradicación de todas las formas de Discriminación contra la mujer (ONU, 1993; en Ramos-Lira, Luciana, Saltijeral-Méndez, María Teresa, Romero-Mendoza, Martha, Caballero-Gutiérrez, Miguel Angel, & Martínez-Vélez, Nora Angélica, 2001) la violencia sexual trata de un abuso basado en el género, que

con frecuencia es perpetrada por el hombre hacia la mujer. Es una violación al derecho humano a una vida segura.

El acto de violencia puede ser llevado a cabo por personas cercanas a la víctima como el padre, la pareja, familiares, alguna autoridad, o por desconocidos. No obstante, cualquier persona independientemente de su género, edad, raza, etnia, religión, nivel económico, nivel educativo y orientación sexual puede ser víctima de violencia sexual.

Se considera que la violencia sexual es un problema de salud por las consecuencias que conlleva a largo plazo a nivel físico, psicológico y social. Sufrir acto de violencia sexual genera reacciones de miedo, pena, culpa e ira en la víctima. La mayoría de las personas que padecen de este delito no denuncian ante el “sistema de salud o de justicia por vergüenza, miedo de la reacción de los funcionarios o prestadores de servicios y temor a las consecuencias que pueda tener su denuncia (...) Esto ocurre más marcadamente en los casos en que estas experiencias han sido llevadas a cabo por familiares o en el contexto de una situación íntima (...) Aunque la violación hace visible un sistema patriarcal de dominación, todas las sociedades tienen mecanismos para justificarla, legitimarla y darle consentimiento silencioso. En consecuencia es perpetuada, vista como esporádica y como producto de situaciones individuales” (Ramos-Lira, Luciana, Saltijeral-Méndez, María Teresa, Romero-Mendoza, Martha, Caballero-Gutiérrez, Miguel Angel, & Martínez-Vélez, Nora Angélica, 2001).

En el caso de dos de las usuarias, refirieron sentirse culpables “por haber provocado a sus agresores sexuales” sic. Idea que además era recalcada por el señalamiento familiar (padres) en cuanto a *su manera de vestir*, o por acostumbrar “andar en la calle hasta altas horas de la noche” sic. Todas ellas ideas creadas del machismo existente en nuestra sociedad y que continúa perpetuándose. Todavía más grave es que la familia no promueva el cuidado de la salud mental de sus integrantes cuando han sido víctimas de violencia sexual. En el caso de la usuaria violentada sexualmente en su área de trabajo, refirió padecer retraso mental leve, lo que no le limitó para acercarse a la institución (PGR) encargada de atender su caso, sin embargo, se enfrentó con la ineptitud de las autoridades

y falta de ética de la psicóloga que le dio la atención, pues la misma le proporcionó los datos de la línea telefónica para atenderle.

-Conducta autodestructiva

Fueron tres casos los relacionados a conducta autodestructiva. Se atendió a tres mujeres jóvenes de edades comprendidas de los 22 a los 26 años de edad. Las acciones realizadas por parte de esta población eran: práctica de sexo sin protección, consumo desmedido de alcohol y drogas, práctica de conductas autolesivas y privación de alimentos, y tendencia a relacionarse con personas *tóxicas*. Además, en uno de los casos se habló de intento de suicidio. De los tres casos, se destacan el de la usuaria estudiante de psicología quien expresó: *“siempre he sido codependiente... mi vida es un completo desastre”... “siendo estudiante de psicología no está bien vivir así”* sic; y el de la usuaria que comunicaba a su madre y le detallaba *“todo lo que hacía”* sic.

De acuerdo con especialistas en salud mental, para que la conducta autodestructiva en jóvenes pueda prevenirse es importante conocer y reflexionar qué lleva a la persona a su autodestrucción, así como saber el significado del acto. En el caso del suicidio, se sabe que trata de una lucha interna entre el deseo de morir y el de preservar la vida, por lo que generalmente, la persona expresará de alguna forma el pedido de auxilio. La conducta autodestructiva se refiere a un tipo de comportamiento dañino para persona y para las personas de su entorno. Se trata de una serie de actos que provocan daño emocional y/o físico hacia la persona. La personalidad autodestructiva se caracteriza por evitar toda experiencia placentera (webPsicoactiva).

Campos, Padilla & Valerio, (2004) refieren que “el comportamiento autodestructivo puede ser directo (incluye generalmente ideas suicidas, intentos de suicidio y suicidio consumado) o indirecto (caracterizado por exponerse a un riesgo que compromete la vida sin intención directa de provocarse la muerte, generalmente de forma reiterada y a menudo inconscientemente, con consecuencias que, en última instancia, pueden ser autodestructivas)”. Señalan que el consumo abusivo de alcohol y otras drogas, fumar,

comer en demasía, descuidar la propia salud, autolesionarse, la adicción a someterse a múltiples intervenciones quirúrgicas, privarse de alimentos, llevar un comportamiento delictivo y conducir de forma imprudente, son algunos ejemplos de *tipo indirecto* de conductas suicidas. Se asegura que todas las formas de suicidio y los intentos suicidas emiten el mensaje de una crisis emocional, de la existencia de una perturbación en la forma en que la vive la persona, de un desacuerdo social (Campos, Padilla & Valerio, 2004). Otro tipo de suicidio es el *submeditado*, el cual se caracteriza porque la intención de morir no es consciente ni reconocible por la víctima quien lleva a cabo acciones autodestructivas que acaban con vida lentamente, “(...) por ejemplo en el caso de las personas que padecen una enfermedad provocada por sentimientos negativos o estados emocionales que afectan la salud física”. La ingesta de drogas, alcohol y tabaco son otra forma indirecta de autodestrucción. La persona que se autodestruye “intenta producir acciones o sentimientos particulares en las personas que lo rodean o pretende avergonzar o despertar sentimientos de culpa en ellos” (Campos, Padilla & Valerio, 2004).

-Pobre habilidad social

Fueron dos casos atendidos por déficit de habilidades sociales en dos jóvenes: un hombre y una mujer, abarcando el rango de edad de los 20 a los 29 años. En ambos, se evidenció la dificultad para poner en práctica habilidades sociales y la inapropiada habilidad social que se ejerce al tratar de establecer relaciones interpersonales satisfactorias. Esto lo fundamentan Eceiza, Arrieta, & Goñi, (2008) al afirmar que “las causas de las dificultades en las relaciones interpersonales son resultado de un déficit en habilidades sociales o de ansiedad condicionada o también de cogniciones o emociones interfirientes”. Pues con frecuencia suele ocurrir que la persona cuenta con habilidades sociales apropiadas, no obstante, ciertos factores como la ansiedad, bajas expectativas de autoeficacia, el comportamiento agresivo, comportamiento motor (ausente, deficitario, o excesivo en intensidad, duración o frecuencia), autoafirmaciones negativas, indefensión, pensamientos de autoderrota, y frustración, influyen y dificultan que la persona pueda desenvolverse en

sus relaciones con los demás. Caballo (2005, citado en Betina & Contini, 2011) define las habilidades sociales como “el conjunto de conductas que permiten al individuo desarrollarse en un contexto individual o interpersonal expresando sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación. Generalmente, posibilitan la resolución de problemas inmediatos y la disminución de problemas futuros en la medida que el individuo respeta las conductas de los otros”. En el caso de la usuaria atendida en línea, se determinó que sus habilidades de comunicación eran deficientes, le resultaba difícil expresar de manera asertiva sus sentimientos, deseos, opiniones y derechos. A esto se agrega que le resultaba difícil mostrar flexibilidad para mirar desde otra perspectiva las conductas de sus compañeros del área donde labora, por lo que con frecuencia malinterpretaba cualquier acción hacia ella. Se dice, que una de las habilidades y recursos de mayor importancia para las relaciones interpersonales es la habilidad para regular emociones, “ya que controlar las reacciones emocionales le permite a la persona comprender las diversas variables de una situación social y no sentirse abrumado por su propio estado emocional”. Y la empatía es otro recurso importante en las relaciones interpersonales. Por ello, “el entrenamiento/enseñanza de las habilidades sociales es el tratamiento de elección para los sujetos que carecen o poseen un pobre repertorio de conductas sociales, pero en los casos en los que la dificultad interpersonal sea resultado de creencias irracionales o de elevado nivel de ansiedad están indicadas las técnicas de reestructuración cognitiva y de reducción de ansiedad” (Eceiza, Arrieta, & Goñi, 2008). Fue así que con ambos usuarios se intervino con entrenamiento en Asertividad y técnicas de enfoque cognitivo conductual.

-Dificultad para controlar los impulsos (regular el comportamiento sexual y las emociones)

Fueron dos casos relacionados a la falta de autocontrol. Se trata de una mujer de 28 años y un varón de 30 años de edad. En el primer caso se observó el involucramiento en situaciones que pudieron ser evitadas si se hubiese contado con las habilidades de planeación,

anticipación, inhibición, juicio y razonamiento para lograr regular el estado de excitación sexual y por ende no *“dejarse llevar por el momento”* en el plano sexual y posteriormente sentir culpa (ver Anexos). Pues constantemente la usuaria repetía: *“es que si alguien me hubiera dicho...si alguien me hubiese advertido lo que pasaría no lo hubiera hecho”* sic. En el segundo caso, la manifestación de enojo y deseo de venganza fue por *“sentirse engañado”* por la mujer que lo rechazó al querer establecer una relación de pareja formal (tiempo antes ella le propuso sexo sin compromiso pero él no acepto). Se comunicó indicando *tener* problemas de pareja, expresó que una persona había *“jugado con él”*, manipulándolo. Una joven *“que se acuesta con cualquiera...yo la oigo cuando mantiene relaciones sexuales porque es mi vecina”* sic. En ambos casos puede observarse la falta de habilidades para planificar, anticipar y razonar la conducta, así como para llevar a cabo una lectura errada de la realidad.

De acuerdo a Colombo, Risueño & Motta (2003), *“actuar inteligentemente no depende solamente de contar con más información sino de poder hacer una síntesis adecuada entre los datos externos a nosotros y los internos, que se vinculan tanto con nuestra historia como con nuestras metas. La anticipación de las consecuencias de los actos aunque no sean perceptibles en el momento de llevarlos a cabo, es patrimonio de una función ejecutiva que monitoriza y autorregula el comportamiento a los efectos de que se adapte a la realidad espacio-temporal”*. Entendemos por función ejecutiva al conjunto de habilidades cognitivas que posibilitan el anticipar, planificar, inhibir respuestas, la autorregulación, el monitoreo de la conducta, y la organización en el aquí y el ahora (Sternberg, 2011). La puesta en marcha de estas habilidades en el tiempo y en el espacio requiere que haya *“una maduración del Lóbulo Pre Frontal (LPF) y demasiadas conexiones corticosubcorticales”*. Es decir, en el comportamiento humano participan el proceso neurofuncional (maduración cerebral), cognitivo (FE) y existencial (libertad de elección). Cuando la persona realiza actos sin evaluar la situación externa e interna, sin prever las consecuencias de la misma, entonces se habla de una falla en el control de sus impulsos.

Colombo, Risueño & Motta (2003) en su trabajo sobre el tema de *“la función ejecutiva y conductas impulsivas”*, definen esta función como *“el proceso por el cual se logra planificar,*

anticipar, inhibir respuestas, desarrollar estrategias, juicios y razonamientos, y transformarlos en decisiones, planes y acciones, de acuerdo a las exigencias y demandas sociales y personales”. Señalan que la persona impulsiva es aquella “llevada de la impresión del momento, habla o procede sin reflexión ni cautela (...) con dificultad para resistir un deseo o motivación, sin tener en cuenta si dicha acción es perjudicial para sí o para otros (...) esa conducta impulsiva permite al sujeto experimentar placer, gratificación o liberación en el momento de llevarlo a cabo”. Además refieren que algo característico de la conducta impulsiva es que después de realizado el acto puede aparecer o no el sentimiento de arrepentimiento, autorreproches constantes o culpa. Dado que entonces la persona impulsiva se rinde a lo instintivo, la posibilidad de hacerse responsable de su situación actual y futura es nula, puesto que responde por condicionamiento instintivo y no por elección.

-Estrés

Se atendió el caso de una mujer de 58 años de edad por motivo de estrés. Presentó sintomatología de enojo, irritabilidad y frustración debido al exceso de responsabilidades laborales y familiares, así como a la falta de autoconfianza para establecer límites en ambas esferas sociales (todo aceptaba, decía sí cuando quería decir no).

Se sabe que el estrés es la reacción del cuerpo ante las altas demandas externas o que representan un desafío. Pero también puede derivar de ciertas situaciones o pensamientos que hagan sentir a la persona frustrada, enojada o nerviosa. El estrés es considerado como “un mecanismo de defensa que conlleva un conjunto de reacciones de adaptación del organismo” (Duran, 2010). Las situaciones son estresantes cuando la persona las percibe “como desafiantes, demandantes, dañinas, amenazantes o desagradables”. Y la experiencia de ansiedad, se debe a la relevancia o novedad del suceso o situación. Entre las consecuencias del estrés (Duran, 2010) a nivel físico se encuentran: trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios, endócrinos, dermatológicos, musculares, aumento del ritmo cardiaco y presión sanguínea, sudoración, sequedad de la

boca, escalofrío, dilatación de pupilas, tensión muscular, insomnio o hipersomnia, alergias, úlcera, etc. A nivel salud mental: frustración, ansiedad/angustia, depresión, enojo, irritabilidad, baja autoestima, culpa, incapacidad para tomar decisiones y concentrarse, olvidos frecuentes, hipersensibilidad, bloqueo mental. Conductual: irritabilidad y mal humor, adicciones, agresividad, apatía. A nivel social: distanciamiento y/o dificultades en las relaciones de pareja, familia, amigos y compañeros de trabajo. Correché & Labiano (2003) afirman que “es importante el aprendizaje de estrategias cognitivas y comportamentales de afrontamiento al estrés y a situaciones vitales, ya que éstas operan como moduladores y/o “amortiguadores” de los estímulos estresantes, colaborando a un menor impacto sobre la salud y/o a un mejoramiento en el curso y pronóstico de las enfermedades”. Ambos autores, consideran que las estrategias más recomendables para tratar el malestar son la Técnica de Expresión Emocional Escrita de Pennebaker y la técnica de Relajación Neuromuscular de Jacobson, pues estas facilitan que la persona afronte de mejor manera las situaciones estresantes.

-Dificultad para asumir su orientación sexual

Se registró un caso de atención por “dificultad para asumir” la propia orientación sexual. Corresponde a un hombre de 19 años de edad. Si bien lo característico o esperado en la etapa de la adolescencia es la existencia de dificultad para esclarecer y definir la preferencia sexual, en el caso del usuario, él se considera como una persona bisexual, pues dice que sexualmente le atraen los hombres y afectivamente las mujeres. Su discurso se centró en averiguar las posibles causas que pudieron haber originado su atracción sexual por los hombres, tales como: abuso sexual a temprana edad por parte de un vecino, el acoso sexual por familiares (tías), falta de figura paterna y crecer con modelos de aprendizaje femeninos. Ante esta situación refería no saber qué hacer o como definir su sexualidad.

En una sociedad - como la nuestra - donde **no es aceptable** la diversidad sexual y en la cual el cumplimiento de los roles sexuales *debe* cumplirse, las personas “homosexuales se enfrentan a la discriminación social, cultural y a veces legal y económica, debido a su

comportamiento sexual, con efectos nefastos para su salud mental y el libre disfrute de la vida” (Carleton, 1999; Mays & Cochran, 2001, citados en Toro, 2012). “Desgraciadamente la discriminación contra homosexuales, bisexuales, transexuales y travestis adquiere tintes de agresiones físicas, burlas, violaciones, etcétera, que llegan a derivar frecuentemente en asesinatos y crímenes sumamente sádicos y llenos de coraje” (Flores Dávila, & Maccise Duayhe, 2007). Sobre el tema de la diversidad, Triana (2007) opina que esta debe entenderse como algo propio y existente de la sexualidad humana, por lo que no puede considerarse como “marginalidad, perversidad o anormalidad”. Más bien, “debe reconocerse la diversidad como derecho a la diferencia, a la ambigüedad y a la singularidad de cada ser humano”. Las personas LGBTI que son víctimas de exclusión social, discriminación, violencia y agresión por parte del medio, sufren de graves problemas a nivel salud mental, “que incluyen la depresión, el uso de sustancias y el suicidio, entre los más comunes” (Cáceres, Talavera & Mazín Reynoso, 2013). Flores Dávila, & Maccise Duayhe, (2007) refieren que “algunos de los problemas sociales que afectan a terceras personas y que son ocasionados por el miedo a asumir la homosexualidad propia debido al estigma social que ésta conlleva pueden ser los siguientes: A veces algunos homosexuales y lesbianas intentan cubrir este estigma casándose, y entonces suelen aparecer problemas de pareja muy severos. Por otro lado, la discriminación ocasiona desempleo y miseria económica, obligando a las personas homosexuales a dedicarse a actividades específicas como son la estética, la cosmetología y las manualidades. Particularmente, orilla a los transexuales a la prostitución y en muchos casos al suicidio”. Por tanto, es importante acabar con la discriminación, y la violencia que abunda en nuestra sociedad, pero también en la familia y el entorno. Ello es posible por medio de modificaciones legales, el cumplimiento de las leyes y la puesta en marcha de la sensibilización de funcionarios y autoridades de justicia. De igual manera, se requiere “luchar contra la indiferencia y discriminación persistentes en el sector salud, mediante el desarrollo de servicios adecuados para atender las necesidades generales y específicas de estas comunidades; y terminar con la falta de oportunidades educativas, laborales y de participación social como generadora de inequidades, marginalidad y pobreza, donde corresponde, claramente, una

acción multisectorial para identificar y resolver las barreras a la plena incorporación ciudadana de los miembros de estas comunidades, secularmente ignoradas y postergadas” (Cáceres, Talavera & Mazín Reynoso, 2013).

A partir de lo anterior se deduce que la problemática del usuario no es la dificultad para asumir su orientación sexual, sino el no sentirse aceptado por la asunción de su orientación sexual, en una sociedad que no acepta la diversidad sexual. Por ello se le invitó a establecer redes de apoyo en las cuales pueda apoyarse para externalizar (a su tiempo) sus pensamientos y conflictos relacionados a su orientación sexual y con ello en algún punto externalizar sus emociones y creencias relacionadas a la bisexualidad y homosexualidad.

-Dificultad para manejar la mala conducta de su hijo (agresividad)

Se dio atención a una joven madre de 32 años de edad ante su dificultad para manejar la mala conducta de su hijo de tres años de edad (agresividad). Se focalizó que la usuaria presentaba falta de habilidades en la comunicación y de autocontrol. A esto se añade, los largos periodos de ausencia por parte de la madre debido a su actividad laboral, siendo los abuelos maternos los responsables del cuidado y educación del menor (hijo único) en el hogar, siendo todos ellos los únicos integrantes del medio familiar.

Noroño, Cruz, Cadalso, & Fernández (2002), refieren que entre las causas de agresividad infantil se encuentran principalmente ciertas dificultades familiares como: poco control de impulsos de los padres, hijos no deseados, trastornos nerviosos, mala relación entre los padres, entre otros. Puntualizan que la familia es el lugar clave para la formación y adecuado desarrollo de la personalidad de los niños. Pues esta se verá influida por mero aprendizaje observacional del comportamiento de sus figuras de apego (padre, madre y demás personas del entorno familiar y social). Es en la familia donde se adquiere el aprendizaje de los modos de relación. Si la educación y el cuidado de los niños se encuentran puestos en otras personas que no sean los padres, y si se brinda una mala función educativa, hay más probabilidad de que el menor llegue a desarrollar agresividad (Noroño, Cruz, Cadalso, & Fernández, 2002). No obstante, se ha establecido que son múltiples las variables de riesgo

o predictorias que favorecen el desarrollo de la conducta agresiva y estas se clasifican en personales, familiares, escolares y ambientales (Pelegrín & de Los Fayos, 2015).

El comportamiento agresivo dificulta que el menor pueda tener una adecuada adaptación a su entorno social, familiar y escolar. De entre las variables mencionadas, son varios los autores que consideran al sistema familiar como uno de los más importantes en la formación de la personalidad de los individuos. Pues la familia es el primer lugar donde inicia su desarrollo y es el más duradero en el moldeamiento de la personalidad; ningún otro sistema iguala en poder y extensión como la familia (González, 2002). “La familia constituye el medio natural en el que el niño comienza su vida e inicia su aprendizaje básico a través de los estímulos y de las vivencias que recibe, las cuales le condicionan profundamente a lo largo de toda su existencia; la estabilidad y equilibrio en su relación materna-paterna, así como con el resto de los miembros familiares, definen el clima afectivo, en el que transcurre la primera etapa de su vida” (González, 2002). De los padres el niño aprende el modo de cómo y cuándo debe reaccionar ante ciertos estímulos, aprende a regular su estado emocional, aprende la expresión de sentimientos, etc. Cuando los padres carecen de habilidades interpersonales, la educación de los hijos se torna difícil y desgastante.

En el caso de la usuaria, refería como problema la agresividad de su hijo, sin embargo, pasaba por alto que el menor solo mantenía convivencia con sus abuelos dado que es hijo único, el padre los abandono cuando el menor tenía un año de edad, y en la escuela había sido etiquetado como “el niño problema y/o latoso”, por lo cual también debía lidiar con el rechazo de sus compañeros de clase. Por otro lado la madre perdía el control con facilidad al tratar de comunicarse con él cuando este se negaba a ingerir sus alimentos, respondía con gritos al menor, y no consideraba como solución la implementación de negociación u ofrecimiento de alternativas al momento de alimentarlo (si no te gusta esto, te ofrezco esto otro). Así pues, considerando que el menor se desenvolvía en un ambiente donde no mantenía socialización con otros iguales, y carecía del aprendizaje de adecuadas habilidades sociales, se recomendó potenciar el desarrollo socio cognitivo del niño. Para ello se invitó a incluirlo en alguna actividad recreativa (natación) y apoyar el progreso. A la madre se le

pidió tratar de compartir actividades gratificantes con su hijo, elogiar y premiar el comportamiento positivo, establecer expectativas, reglas y límites adecuados; dar órdenes eficaces, utilizar sistemas disciplinarios razonables y consistentes; practicar el autocontrol y manejo del estrés ante interacciones negativas; resolver los conflictos familiares de forma racional y sistemática; desarrollar pautas de comunicación eficaces: resolución de problemas, autocontrol.

CONCLUSIONES

Hemos realizado la descripción de cada una de las actividades llevadas a cabo en el Centro de Atención Telefónica de Medicina a Distancia, perteneciente a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Parte de estas labores estuvieron enfocadas al fomento y promoción de conductas saludables y cuidado del cuerpo, informar a la población sobre los diversos programas que se ofrecen a población general en cuanto a salud se refiere, referir a mujeres en situación de embarazo que por diversas causas deciden la interrupción legal, apoyar a las madres de los niños menores de cinco años en el desarrollo psicomotor y socioafectivo de los menores, y dar atención y apoyo psicológico y acompañamiento emocional a la población que lo solicite.

La Secretaría de Salud de la Ciudad de México es la institución responsable de garantizar que todos los habitantes residentes tengan acceso a los servicios de atención médica, con el objetivo de mejorar y elevar la calidad de vida por medio de la intervención médica integral, oportuna y de calidad. Como Institución de salud, debe ser capaz de satisfacer las necesidades y expectativas de la población en cuanto a: promoción de la salud, prácticas de autocuidado para la prevención de enfermedades, atención médica, control de riesgos sanitarios, y fomentar la participación activa de la población con la finalidad de desarrollar hábitos y entornos saludables.

Para la SEDESA, el fomento del autocuidado se ha convertido en una tarea fundamental para conseguir un adecuado estado de salud, y con ello lograr elevar la calidad de vida de las personas. Sin embargo, ha resultado preocupante conocer lo que implica para un paciente vivir con enfermedad crónica-degenerativa: sus limitaciones para realizar actividad física, restringir su alimentación, su gasto e inversión económica en los alimentos y tratamiento medicamentoso, etc., y saber que a esto se le suma el desgaste mental ante los problemas intrapersonales e interpersonales que vivencia.

Hemos referido que la salud, es “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS), concepto que no ha sido adecuadamente seguido al pie de la letra por las instituciones de salud, ya que nos invaden “por todos lados” como refiere Chapela (2015), con propaganda que promociona y fomenta el cuidado del cuerpo: nos dicen que alimentos consumir y en qué cantidades de acuerdo a nuestra edad, peso y tipo de actividad física realizada (si la hay), priorizando la atención y cuidado del cuerpo para evitar padecer enfermedades como lo son la Diabetes y problemas cardiovasculares, y algunos tipos de cáncer como el de colon, mama, cérvico-uterino, y el de próstata. El sector salud, nos pide llevar una vida saludable, y nos proporciona las medidas a implementar, recomendaciones bastante certeras y efectivas comprobadas por la ciencia, pero se olvida por completo el contexto social y circunstancias en que vivimos y nos desarrollamos. Las acciones de promoción de la salud solo “están encaminadas a la modificación de las conductas de la población sin intervención en la modificación del contexto social, económico y político en el que se generan los problemas de salud” (García, 2013, p.10).

De manera continua, en los distintos medios de comunicación se difunde información de sobre las medidas preventivas y hábitos a adquirir para obtener una mejor calidad de vida. Y si bien se afirma que actualmente existe un elevado índice poblacional de adultos mayores en la Ciudad de México, “este aumento en la expectativa de la vida no necesariamente significa una mejoría en las condiciones de salud o la calidad de vida de esa población sino lo contrario: el envejecer puede aumentar la probabilidad de enfermar, de tener alguna discapacidad y de morir. Por lo tanto, es necesario implementar medidas preventivas que nos lleven a una vejez saludable.” (INGER, 2014, p.7). Porque “no es lo mismo envejecer siendo mujer que siendo hombre, como tampoco siendo miembro de un país europeo o uno latinoamericano, o habiendo disfrutado de una buena educación, con acceso a la cultura y a los sistemas de salud, con actividad profesional y relaciones afectivas e interpersonales, que vivirlo en soledad, maltrato, pobreza o con enfermedades” (Martínez y Mendoza, 2015, p. 7). El autocuidado, es una práctica que, en efecto, tiene que ver “con

aquellos cuidados que se proporciona la persona para tener una mejor calidad de vida (autocuidado individual)”, pero también con las acciones de cuidado “brindados en grupo, familia, o comunidad (autocuidado colectivo)” (Tobón, 2003, p. 1).

Generalmente, la aparición de enfermedad suele estar relacionada a causas internas-biológicas-organicistas, es decir, a la influencia de factores genéticos, agentes patógenos y causas externas, mirándose a la salud en términos únicamente fisiológicos, sin considerar los múltiples aspectos que conforman al ser humano como sujeto activo. En este sentido, cuando se considera que el culpable de la aparición de la enfermedad es el organismo, los agentes patógenos o el exterior, la persona se deslinda de toda responsabilidad y adopta una posición pasiva de recepción ante el diagnóstico y tratamiento del profesional de la salud, lo cual provoca en la persona, de acuerdo a Dabe, (2016), “una actitud victimaria” (p.9). Bien lo ha referido García (2013), al respecto de la *promoción de la salud dominante*, que tiende a pensarse que solamente “las personas se enferman por sus estilos de vida y hábitos de autocuidado y no por sus condiciones materiales de existencia; señalando a las personas como las únicas responsables de su enfermedad, y no la sociedad con sus desigualdades de clase, raza, género, posición económica, etc.” (p.8).

A nivel socio-cultural, es sumamente importante entender que la salud de la persona no solo puede ser afectada nada más por causas genéticas o de agente patógeno, sino también por sus relaciones vinculares, el tipo de relación familiar, su trabajo, su calidad de vida y demás aspectos de historia personal, ya que tomando en cuenta el concepto total de salud definido por la OMS, el ser humano no es nada más un mero ser-biológico, sino que es un ser-social poseedor de una psique, una mente que recibe, capta y procesa información de manera continua del contexto en el cual se desarrolla la persona, por tanto, el equilibrio de estos tres elementos, es la condición de posibilidad que permite la plena realización del potencial humano de la persona. Es así que, “la salud y la enfermedad deben observarse atravesadas por múltiples aspectos como la economía, la política, la sociedad, la cultura, los

afectos, no sólo aquellos aspectos del orden de lo individual sino además teniendo presente la comunidad y el contexto.” (Dabe, 2016; p.8).

Durante el capítulo 2 de este informe, mencionamos que “los modos y estilos de vida llevados a cabo por la sociedad y el individuo, influirán de manera positiva o negativa ya sea como elementos benefactores o de riesgo” (Dirección General de Educación Superior para Profesionales de la Educación, 1998). Entonces, para entender el desarrollo de enfermedades producidas a partir de la influencia de múltiples factores, se requiere mirar a la persona en su integralidad, y debe considerarse “la historia de su comunidad, la salud e higiene de la sociedad” (Dabe, 2016, p.10). Solo lográndose la separación de los términos salud y enfermedad, es posible abordar ambos términos “como un proceso”, ya que si bien dos personas pueden padecer la misma enfermedad, cada persona enferma de manera distinta, pues “siempre existen determinantes personales constitutivos de su singularidad y de su subjetividad que influyen y afectan” (Dabe, 2016, p.9).

En la *Tabla 3*, pudimos constatar que no hay mucha diferencia en considerar que las que siempre solicitan mayor atención psicológica a distancia o presencial resulta ser las mujeres. Lo que en términos generales resulta interesante es que la solicitud y demanda de atención por parte de la población femenina, y conforme la edad cronológica avanza, la demanda atencional va disminuyendo. Lo que hace pensar que en la medida que se tiene mayor edad menos solicitud se tiene para buscar ayuda para atender su salud mental probablemente porque las condiciones de salud física y demás puedan generar una mayor atención. De manera oportuna, el “Programa de Pensión para Adultos Mayores” ha sido diseñado para atender “a nivel nacional a las personas adultas mayores de 65 años en adelante, otorgando apoyos económicos y de protección social, por ejemplo, participando en grupos de crecimiento y jornadas informativas sobre temas de salud, facilidades para acceder a servicios y apoyos de instituciones como el INAPAM, además de aquellas que ofrecen actividades productivas y ocupacionales” (Extraído del “Programa Pensión para Adultos Mayores”, SEDESOL, s/a).

Del mismo modo en que se invierte interés social en el cuidado del cuerpo y se ejerce el control sobre los cuerpos por parte de las instituciones de salud, también debiera implementarse el fomento y promoción del cuidado de la salud mental, pues al igual que es importante el bienestar físico, el bienestar mental requiere especial atención. Pero para que las personas se interesen y conserven la salud mental, hace falta la puesta en marcha de acciones de salud pública, que posibiliten su prevención, tratamiento y rehabilitación.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 72 de Ley General de Salud de la Ciudad de México, “la prevención de las enfermedades mentales tiene carácter prioritario” la cual tiene que estar basada “en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control de las enfermedades mentales, así como otros aspectos relacionados con la salud mental”. Para ello, se determinó en el artículo 73 de ese mismo documento, que la Secretaría de salud, las instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, deben fomentar y apoyar:

- I. El desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas que contribuyan a la salud mental, preferentemente de la infancia y de la juventud;
- II. La difusión de las orientaciones para la promoción de la salud mental;
- III. La realización de programas para la prevención del uso de sustancias psicotrópicas, estupefacientes, inhalantes y otras sustancias que puedan causar alteraciones mentales o dependencia, y
- IV. Las demás acciones que directa o indirectamente contribuyan al fomento de la salud mental de la población.

En este punto, considero que la presencia del Psicólogo en las escuelas de educación básica se hace necesaria ante la falta de responsabilidad e involucramiento de los profesores y falta de empatía entre pares. Las escuelas son un gran campo de trabajo para intervención y prevención de conductas de riesgo y antisociales, y la persona más conveniente para

hablar de empatía y conducta prosocial es el profesional de la psicología. Recordemos que la Escuela es la segunda Institución social responsable de educar, la primera es la familia. La educación que brindan los padres de familia a sus hijos, es fundamental en la adquisición de valores. La educación que se les dé y lo que se les enseña, es lo que ellos le otorgarán a la sociedad. Sin embargo, mala funcionalidad existente en muchos de los hogares mexicanos ha generado que haya una crisis de valores producto de la mala y pobre educación familiar, y mala relación entre sus integrantes. Se supondría que el hogar es proveedor de cuidado y protección, pero hemos visto durante los casos atendidos en la línea de psicología, y sobre todo en los medios de comunicación, que el enemigo no siempre se encuentra fuera de casa si no cerca, y con frecuencia, dentro del hogar.

Hace falta que el Psicólogo esté presente en las aulas de las escuelas, y que este se involucre e intervenga en los asuntos de la población infanto-juvenil, puesto que son edades en las que más se resienten las experiencias y surgen preocupaciones que no siempre son atendidas ni resueltas por su medio social.

Relacionado a lo anterior, durante el análisis de las problemáticas atendidas en la línea de psicología, el de *problemas de pareja* fue el motivo de consulta que tuvo más demanda de atención, seguido por el de *problemas familiares* (Tabla 4). A partir del marco teórico elaborado para su comprensión, dimos cuenta que son diversos los factores que pueden llegar a afectar la relación de pareja durante su desarrollo, y la historia familiar de cada persona tiene mucho que ver, pues la biografía individual influye muchas veces, si no es que siempre, en la elección de pareja y en el tipo de establecimiento de los vínculos afectivos. Porque la familia deriva de la vida de pareja, y los aprendizajes a nivel individual adquiridos por mera observación de los modos de comunicación y de relación entre sus integrantes, los hijos los reproducirán; todo lo aprendido dentro del núcleo familiar lo llevarán a su relación de pareja. “Las relaciones familiares son la escuela primaria de la convivencia social, cuando esas relaciones son de agresión, violencia o abandono, causan un impacto significativo a lo largo de la vida del niño o niña que las sufre (...) es la teoría del apego de

Bowlby la que entrega elementos para entender esta supuesta continuidad. Bowlby y otros autores postulan que las relaciones de apego que el niño establece con la persona que lo cuida, representan el prototipo de las relaciones interpersonales que desarrollará a lo largo de su vida” (Larrain, 2002, p.380).

Con frecuencia los problemas de comunicación, la falta de habilidades sociales para relacionarse, así como otros aspectos de singularidad personal son lo que muchas veces provoca la aparición del conflicto en la pareja. No hay que olvidar que si nos caracterizamos por algo es porque todos tenemos rasgos muy diferentes, que siempre dan pie a que surjan conflictos de cualquier naturaleza. Por lo que la capacidad de diálogo, el respeto, la tolerancia, etc., son elementos que nos ayudan a construir confianza y por ende, construir mejores relaciones interpersonales.

Al respecto de los aspectos de índole personal, hemos analizado que las atribuciones de género es un factor que influye de manera considerable en las subjetividades de los hombres y las mujeres para interesarse o no por el cuidado integral de su salud. Recordemos que la categoría de género es entendida como la construcción cultural que hace una sociedad a partir de la diferenciación biológica (pene-vagina), y a partir de esta diferenciación biológica, es la sociedad quien adscribe en la persona el comportamiento, aptitudes, roles, actitudes que hombres y mujeres deberán cumplir. Y la forma de ser y de sentirse mujer/hombre viene señalada por un estereotipo de “feminidad/masculinidad” tradicional, donde se incluye el conjunto de atribuciones relacionadas con la parte emocional, las relaciones interpersonales, con el afecto, el cuidado, el apego, con el gustar. La construcción tan distinta de lo que es masculino y lo que es femenino no solo ha predisposto a que hombres y mujeres vean o no por el cuidado de su salud, sino que además ha generado reproducciones de comportamientos de desigualdad entre uno y otro género; unas formas de relación configuradas desde el dominio y la sumisión (Bourdieu, 2005).

En México, la violencia de género ha resultado ser un grave problema social de considerables repercusiones a la salud en las *víctimas* que la padecen. Se ha convertido en un problema de salud pública que de manera recurrente es abordado y atendido a nivel institucional y gubernamental. Para los movimientos feministas y defensores de los derechos humanos, la situación de violencia de género que se vive en el país se ha convertido en un tema prioritario y demandan su pronta solución.

La violencia de género no solo se refiere al número de muertes de mujeres asesinadas en el país o al maltrato físico que padecen las mujeres a mano de su pareja sentimental. Ferrer & Bosch, (2013), nos han referido que el amor romántico es el sostén y causante de que las parejas sentimentales se mantengan unidas a pesar de su situación de violencia (física, psicológica, económica, sexual). Aunque ha habido enormes cambios en la forma de pensar de las mujeres a partir de los movimientos feministas, también es cierto que existe un gran porcentaje de mujeres jóvenes que continúan actuando y manteniéndose en relaciones de pareja como en los viejos tiempos. Debe considerarse además, como uno de los trasfondos de la violencia de género, a la violencia simbólica que todos/todas hemos practicado, esto a pesar de los avances sociales obtenidos en el área laboral y de educación.

La violencia simbólica hemos mencionado, trata de la naturalización a nivel social de los comportamientos y conductas consideradas como propias de los hombres y propias de las mujeres (así son los hombres, así son las mujeres), conductas que deberían alertarnos y no podemos identificar porque nadie nos enseña o nadie nos dice que deberíamos considerarlas como peligrosas.

Los mandatos de lo que hombres y mujeres deben ser, solo refuerzan la permanencia de la mujer en la relación de pareja pese a la situación de violencia, y refuerzan en el hombre “su derecho” de exigir (casi siempre por la fuerza) a la que consideran de su propiedad.

Para tener mayor comprensión de la problemática de la violencia de género, el enfoque de perspectiva de género ha resultado eficaz para explorar las conductas o internalización de los estereotipos de género, la representación mental de la figura femenina/figura masculina, las conductas de subordinación, sumisión, inferiorización, dominación, su incapacidad para tomar decisiones, la vergüenza o el sentimiento de culpa extremo, establecimiento de vínculos erotizantes de forma indiscriminada; si hay existencia de un narcisismo herido en él/ella que conduzca a la destrucción del otro/a mediante actos explícitos, o la anulación progresiva del otro/a, evidenciando las propias carencias. Pues existe la adhesión extrema a los estereotipos de género y ello representa un factor de riesgo que debe ser tomado en cuenta.

Se sabe que son muchas las mujeres víctimas de violencia de género que pueden continuar en una relación afectiva por los mandatos de género: dependencia económica hacia la pareja (glorificando el apego y el amor romántico), por pena o lástima cuando el otro atraviesa un mal momento (ver por el cuidado del otro y anteponiendo sus necesidades a las propias), por vergüenza (el qué dirán), por considerar que “el amor todo lo puede” y hay que aguantar (la virtud moral de altruismo, autosacrificio en favor de otros), por la aparición del sentimiento de culpa y de vacío ante la pérdida, o por temor a la soledad.

De manera general, de los casos atendidos vía telefónica por problemática en pareja, violencia sexual, e infidelidad, estuvieron presentes los siguientes rasgos:

-Ansiedad, baja autoestima, creencia en mitos y falsas creencias acerca de la violencia de género (posesividad, exclusividad, preocupación e interés por el otro, autoridad, celos, control,...”si tú no fueras/hicieras, yo no actuaría así”), exacerbado sentimiento de culpa, sentimiento de fracaso en forma total como mujer, como esposa y como madre, sentimiento de temor y de pánico y que no tienen control sobre su vida, gran ambivalencia-sentimientos encontrados, pérdida de relaciones sociales y afectivas, dificultad para tomar decisiones, incapacidad e impotencia para resolver su situación debido a que han sido

controladas y dominadas; la mayoría se definió a sí mismas en términos de las necesidades de los demás, basaron sus sentimientos de auto-valía en la habilidad de conquistar y mantener a un hombre su lado, algunas subestimando el peligro de su situación; aceptan la visión de la realidad que tiene su pareja. Sobre todo, ésta población aceptó la carga de culpa y responsabilidad por los “platos rotos” o por haber “tentado” a sus agresores sexuales. Sobre su contexto social, decían que se les refería como cobardes, incapaces de defenderse, más *capaces* de perdonar, pedir perdón y humillarse con tal de tener compañía. Ésta imagen de poca seguridad, baja autoestima, y poco poder personal es lo que muchas veces sostiene y mantiene a su compañero.

Varios son los autores que señalan que el momento de la ruptura amorosa deriva en el homicidio de pareja, y más aún cuando existen antecedentes de maltrato doméstico, consumo de alcohol, drogas o alteraciones psicopáticas (Echeburúa, 2009; y Cerezo, 1998; San Martín, J., Marmolejo, I., García, Y. & Martínez, P., 2007; citados por Miguel Puertas, 2016).

Cortes (2006, en Miguel Puertas, 2016) afirma que en el 47% de los feminicidios ocurridos en el Estado de México, el acto homicida fue perpetrado por alguien cercano a la víctima. Y puntualiza que la violencia contra la mujer es una situación que acontece en una tercera parte de los hogares en México, y el acto homicida es el último grado de violencia contra ésta. Se sabe que a nivel mundial, de los crímenes cometidos contra mujeres, al menos la mitad de estos fueron perpetrados por la pareja sentimental de la víctima (UNODC; en Miguel Puertas, 2016).

En efecto, la cultura influye en nosotros y nos moldea. Cuando no se cuestiona esta parte de cultura entonces pasa que vivimos por repetición. Porque cada persona lleva a su espalda una historia, que en mayor o en menor medida, la conduce.

Las mujeres que viven violencia se quedan dentro del círculo de la violencia por cuestiones aprendidas, es decir, han aprendido que *“así debe de ser”*. Son tantas cuestiones culturales y educativas que nos han metido en la cabeza que provocan que la persona se estanque. Creencias aprendidas de lo que deben ser los hombres y las mujeres: *“buenas, bonitas y calladitas”*, *“Una mujer si no tiene un hombre al lado no sirve”*, *“es importante tener una familia”*; este tipo de mandatos hacen que un@ mismo desee tener eso, y entonces como un@ quiere tener eso a pesar de toda la violencia que generan hacia nosotros pues *“un@ aguanta”* por tener eso. Lo que se desconoce, es que por medio del empoderamiento se puede seguir teniendo eso y todavía más y mejor, como lo es el obtener libertad.

Es verdad que a veces no tomamos decisiones por no querer asumir las pérdidas y los riesgos y las renunciadas necesarias. Tomar decisiones da miedo y el victimario lo sabe, por lo cual amenaza: *“eres una malagradecida, después de todo lo que hice por ti, vas a dejar a tus hijos sin padre”*. Por parte de la víctima existe mucha pasividad, se muestra indefensa, como que no puede hacer nada. Cuando las usuarias solían preguntarme: *“tú crees que es justo que me trate así”*, por mi parte solía responder: *“Qué más da si es justo o injusto el trato recibido, la pregunta es ¿Por qué lo permites?”*.

La mayoría de los y las usuarias suelen acudir o buscar que el terapeuta les diga qué está bien y qué no está bien debido a que no tienen claridad, pero ello más bien es debido a que no quieren asumir responsabilidad en lo que acontece. O buscan una autoridad que le diga al marido, esposo, o pareja que eso que hace no está bien, porque su pareja no le escucha. A veces no se puede salir del papel de víctima, otras veces, no se quiere abandonar el rol victimizante, precisamente por las ganancias secundarias, que son beneficios pero con mucho sufrimiento. Es importante decir que una víctima nunca es responsable de lo que le pasa, por eso es una víctima; el proceso de victimizarse es estacionarse ahí a partir de que se generó un vínculo con el victimario, es decir, aprendió a relacionarse de esa manera. Por lo cual, para dejar de victimizarse hay que aprender nuevas formas de relacionarse. Y

entonces, a nosotros como profesionales de la salud nos corresponde dar las herramientas para que esta persona aprenda nuevamente a relacionarse de otra manera.

Hay casos donde el o la usuaria una vez iniciado el proceso de intervención se ausenta, o desaparece, porque la pareja violenta nota que la víctima está generando cambios y por ello hace lo que puede para traer de vuelta a su víctima, alejándola del trabajo de intervención psicológica. Aquí, el centro de atención telefónica de Medicina a Distancia debería contar con un área de seguimiento para mantener contacto con este tipo de usuari@s.

El papel de víctima y victimario es una cuestión social, esto se genera, se aprende, se enseña, esto se va dando porque estos son roles sociales que se han ido generando, papeles que sean ido heredando familiarmente, culturalmente, socialmente. Pienso que no somos víctimas ni victimarios porque todos somos responsables y creadores de lo que hacemos. Sin víctima no hay victimario y viceversa.

Es cierto que a veces no tenemos conciencia de que nos estamos victimizando o de que estamos manipulando, pero también hay veces que nos colocamos la máscara de “cordero” para conseguir cosas. De las conductas aprendidas, en cuestiones de género las mujeres tenemos más permiso para del chantaje, la mentira, la manipulación, el control. Esto en mensajes de: “tú tienes que atender a tu pareja/a tus hij@s”, “tienes que ver por tu familia”, mediante esto se aprende a obtener muchas ganancias secundarias a partir de hacernos las indefensas, por lo que el mantra de algunas personas es: “no puedo”, “no sé qué hacer”, es decir, el contexto va procreando ese mantra que tienen algunas personas debido a padres que tienden a resolverles todo, generándose de a poco esta zona de confort diciendo “yo no puedo” o “yo no sé”, relegando la responsabilidad a alguien más.

Hay una tremenda diferencia entre ser una víctima, como en el caso de violación sexual donde la víctima no escogió serlo, y otra entre ser una víctima por elección por los beneficios que ello trae.

Para entender el proceso del victimario hay que entender lo que genera en él. Todo surge a partir de un deseo (afecto, cariño, sexo, un café), a partir de ahí, al no saberlo pedir, o no saberlo comunicar, lo que se desea y no se proporciona, o el entorno no lo da, genera frustración. Ese sentimiento de frustración, al tener poca tolerancia, lo que hará es que se manifieste la agresión (como consecuencia de un narcisismo lastimado). Pero para que esto suceda, tiene que haber cierta asimetría o jerarquía, un hacia arriba y un abajo, pero también un abuso de esa jerarquía, por ejemplo, del poder que se tiene con los hijos pequeños que no se pueden defender, o ya sea poniéndose uno mismo tan abajo del otro que justamente vaya creando/generando en el otro culpas: *“por tu culpa...”*, *“tú eres responsable de...”* No obstante, con mucha responsabilidad y conciencia se puede salir del papel de víctima y victimario.

Por lo tanto, es recomendable aprender a fomentar el pensamiento crítico en los géneros, sobre el modo en que hasta ahora han vivido sus vidas, su masculinidad y femineidad. Es fundamental entender que lo que establece las condiciones para que se siga reproduciendo el modelo de dominio-sometimiento es la violencia simbólica, que es la que se genera a partir de la cultura (estereotipos). No existirían mujeriegos si las personas tomaran mayor conciencia de las relaciones en que se envuelven, si tomaran conciencia del modo en que relacionan con el objeto de su afecto.

Debemos comprender, que las causas de la violencia de género contra las mujeres se hallan en la discriminación, normas sociales y en los estereotipos que la perpetúan.

Si bien la ayuda se ha concentrado en servicios y programas para las víctimas, la prevención siempre será el mejor medio para contrarrestar la violencia de género, tratando su origen y causa estructural. Es muy importante comenzar entonces a educar desde temprana edad para la pérdida. Entender que las personas no son objetos de uso a los cuales se puede maltratar, violentar y desechar. Es importante entender que las personas no nos

pertenecen y así como pueden querernos o amarnos, de igual modo pueden dejar de sentir afecto por nosotros y no están obligados a mantenerse cerca de nosotros por *lástima*.

Es en las primeras etapas de la vida que la prevención debe comenzar mediante la educación infantil, donde se promueva el respeto y la igualdad entre los géneros. Dado que resulta complejo y difícil erradicar en la población adulta las creencias con las cuales han crecido y han sido transmitidas de generación en generación. **Concentrarse en el trabajo con niños y jóvenes resulta ser la mejor opción para el progreso rápido y sostenido en materia de prevención y erradicación de la violencia de género.** Sin duda, la infancia y la adolescencia son dos etapas de la vida cruciales durante las cuales se adquieren los valores y normas relacionadas a la igualdad de género. Tómese en cuenta que la familia deriva de la vida de pareja. Y el sistema familiar representa una de las instituciones más importantes de la sociedad. “La exposición a la violencia en la familia, ya sea como víctima o como testigo es una influencia esencial para la transmisión intergeneracional de la violencia. Por lo tanto, la intervención temprana para interrumpir el ciclo de la violencia es fundamental. Si queremos realmente prevenir la violencia en la pareja, debemos partir modificando comportamientos desde la infancia” (Larrain, 2002, p.380).

De manera individual, debe explorarse la transmisión generacional de los malos tratos como experiencias de riesgo o determinantes para comprender la continuidad en el mismo modelo de relación. Evitar parejas celosas, con antecedentes de ser violentos o de consumir alguna droga o que sean posesivas y agresivas prevendría innumerables situaciones de violencia. La prevención de que estas situaciones pasen a mayores, también nos toca, a veces simplemente no callarnos puede hacer la diferencia. De lo contrario, guardar silencio nos convierte en cómplices del problema.

La prevención no solo aplica a hechos delictivos o conductas antisociales, sino a todo aquello que genere o provoque un riesgo. El autocuidado propio es fundamental, y el cuidado de la salud mental debe formar parte del autocuidado. El establecimiento de límites

junto con la palabra “no”, es lo que nos resguarda del involucramiento en situaciones de riesgo. Nos servirá para protegernos de sufrir un daño. El autocuidado inicia a partir de la toma de conciencia de un malestar, de un conflicto que no permite el propio bienestar, y la responsabilidad de haya en la búsqueda de solución a nivel individual con base en los propios recursos, hasta la búsqueda de ayuda profesional cuando no vislumbramos la solución.

El sentido de responsabilidad tiene que ver con el hecho de tomar conciencia de la atención que mantiene la persona sobre lo que acontece en su vida, lo que realiza, sus modos de relación social y afectiva. Ser responsable quiere decir que la persona asuma y se haga cargo de las consecuencias de cada decisión tomada, excluyendo de toda culpa a la divinidad, las circunstancias que presenta la vida, o a otras personas. Para responsabilizarse, toda persona deber ser consciente de lo que realiza, comprendiendo la situación de la acción, de su toma de decisiones para realizar acciones, la capacidad de tener control del inicio de la acción o detención de la misma y, finalmente, la valoración de dicha acción que acarreará o dará beneficios o perjuicios. Por tanto, en este sentido, para la adquisición de la responsabilidad se necesita que el individuo posea competencias tanto cognitivas como de tanteo sobre lo bueno o malo de la acción que ha realizado. Por ello, es necesario implementar la inclusión de la educación emocional en los planes de estudios en todos los niveles de enseñanza, puesto que se sabe que para tomar decisiones saludables (interpersonales e intrapersonales) las personas requieren de cierto desarrollo personal y de habilidades que lo posibiliten, por lo que es muy importante impartir la enseñanza de “habilidades para la vida”, siendo estos los mejores recursos con los que pueden contar los individuos y les servirán en el transcurso del ciclo vital, en este sentido, **la educación emocional** debería ser considerada **como un factor de protección**. Se sabe que la puesta en práctica de estas habilidades por parte del individuo evita la exposición ante situaciones de riesgo, optando por decisiones saludables y seguras. Estas son (Montoya & Muñoz, 2009, p.2-3):

1. **AUTOCONOCIMIENTO:** Es la habilidad de conocer nuestros propios pensamientos, reacciones, sentimientos, qué nos gusta o disgusta, cuáles son nuestros límites, y nuestros puntos fuertes/débiles.
2. **EMPATÍA:** Es la habilidad de ponerse en el lugar de la otra persona en una situación muy diferente de la primera. Esta habilidad ayuda al alumno a comprender mejor al otro y por tanto responder de forma consecuente con las necesidades y circunstancias de la otra persona.
3. **COMUNICACIÓN ASERTIVA:** Es la habilidad para expresar con claridad y de forma adecuada los sentimientos, pensamientos o necesidades individuales.
4. **RELACIONES INTERPERSONALES:** Es la habilidad de establecer, conservar e interactuar con otras personas de forma positiva, así como dejar de lado aquellas relaciones que impiden un desarrollo personal.
5. **TOMA DE DECISIONES:** Es la habilidad de evaluar las distintas posibilidades, teniendo en cuenta necesidades y criterios, y estudiando cuidadosamente las consecuencias que pueden acarrear las diferentes alternativas, tanto en la vida individual como ajena.
6. **SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y CONFLICTOS:** Habilidad para buscar la solución más adecuada a un problema/conflicto, identificando en ello oportunidades de cambio y crecimiento personal y social.
7. **PENSAMIENTO CREATIVO:** Es la habilidad que permite buscar alternativas diferentes de manera original ayudando a realizar una toma de decisiones adecuada.
8. **PENSAMIENTO CRÍTICO:** Es la habilidad que permite preguntarse, replantearse, analizar objetivamente la situación existente de la forma más objetiva posible para llegar a conclusiones propias sobre la realidad.
9. **MANEJO DE EMOCIONES Y SENTIMIENTOS:** Es la habilidad de reconocer las propias emociones y sentimientos y saber cómo influyen en el comportamiento, aprendiendo a manejar las emociones más difíciles como ira, agresividad, etc.
10. **MANEJO DE TENSIONES Y ESTRÉS:** Es la habilidad de conocer qué provoca tensión y estrés en la vida y encontrar formas de canalizarlas para que no interfieran en nuestra salud.

“La evidencia empírica ha puesto de manifiesto los efectos positivos de la inteligencia emocional en muchos aspectos de la vida, como por ejemplo una disminución de la ansiedad, estrés, indisciplina, comportamientos de riesgo, conflictos, etc., junto con un aumento de la tolerancia a la frustración, resiliencia y, en último término, del bienestar emocional. Hacer consciente el bienestar y la felicidad es uno de los objetivos de la educación emocional” (...) “Una persona con competencias emocionales está más preparada para no implicarse en el consumo de drogas, comportamientos de riesgo (conducta temeraria, violencia, delincuencia, etc.). Hay evidencias de la importancia y la necesidad de adquirir competencias emocionales por parte de la infancia y la adolescencia de cara al desarrollo personal y profesional (...) en educación emocional hay que empezar lo antes posible. Incluso durante el embarazo ya que es muy importante el estado emocional de la futura madre por las repercusiones que esto tiene en el feto” (Párrafos extraídos del documento “¿Cómo educar las emociones? La inteligencia emocional en la infancia y la adolescencia, 2012).

Ramírez, López y Padilla (2009), refieren que la comprensión de las creencias que provienen de los agentes socializadores como la familia, los grupos de pares, amigos, escuela, medios de comunicación, cine, literatura, y la música...es pieza clave para transmutar el problema de la violencia de género. Generalmente se tiende a intervenir con el género masculino que ejerce violencia; no obstante, para la prevención de la violencia se hace necesaria la modificación de la construcción de la identidad de género, de lo que es masculino (Corsi, 2005; Ramírez, López y Padilla, 2009).

El incremento de la delincuencia, el declive de los valores morales y la carencia de civilidad que distingue a gran parte de las sociedades actuales, son el resultado de los aportes de cada una de las generaciones y también son el resultado de las condiciones donde se realizaron los aprendizajes que les dieron lugar; en este sentido y generacionalmente hablando, no hay víctimas y victimarios; existen colaboradores; cabría preguntarnos: tú y yo, ¿cómo estamos colaborando en este proceso?

RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

Mi estancia en Medicina a Distancia en general resultó una grata y enriquecedora experiencia, puesto que aprendí mucho a partir del trato directo con los usuarios y por la diversidad de problemáticas para su atención. La labor realizada en la Institución me ayudo a adquirir compromiso y responsabilidad ya que con frecuencia había que buscar información o material bibliográfico para leer y estudiar sobre algún tema, técnicas de intervención, estudios con perspectiva de género, etc., con el objetivo de brindar una mejor atención e intervención tanto en los casos de primera vez como con los de seguimiento. También, conocer más sobre las temáticas de manera constante me ha beneficiado no solo en aprendizaje, sino para reaprender y desaprender. El trato con la diversidad de usuarios en la línea de psicología me gusto en demasía porque me mantuvo en constante crecimiento profesional y personal.

Quedé agradecida con el área de coordinación y supervisión por el apoyo que recibido, por las sugerencias y recomendaciones brindadas durante y al término de las llamadas atendidas. No obstante, doy cuenta que la supervisión de estas es importante pues ayuda para la habilitación y el refuerzo de las habilidades necesarias en el ejercicio profesional del psicólogo como lo es la escucha activa y la empatía.

Las sesiones individuales para referencia de material bibliográfico considero que fueron de utilidad y suficientes para el adecuado manejo de los usuarios del programa de Adherencia Terapéutica, Niño Sano/Niña Sana, atención en situaciones de crisis y para conocer acerca de la entrevista motivacional. Sin embargo, tuve poca referencia de material de lectura para conocimiento de las técnicas del enfoque Cognitivo-Conductual, pues del archivo que se nos proporcionó, sí hacía mención de las técnicas funcionales en la línea, pero la descripción y contenido de cada una de ellas, a mi parecer, resultó insuficiente, además que no se incluyen ejemplos de su aplicación en casos específicos, por lo que me resultó complicado realizar la intervención con los usuarios. Ante tal situación tuve que imprimir el material de

lectura proporcionado por el área de supervisión y lo complementé con otras fuentes bibliográficas, para tenerlo a la mano. Por ello considero que el tratado del enfoque Cognitivo Conductual debería ser incluido en el programa del curso de capacitación que se brinda previo al inicio del servicio social y que se dedique el tiempo suficiente a su descripción, aplicación y ejemplificación, puesto que no todos los prestadores del área de psicología cuentan con conocimiento y experiencia en técnicas y estrategias de intervención psicológica. De manera particular, abordar las técnicas de exposición, desensibilización sistemática, entrenamiento en habilidades sociales, terapia racional emotiva conductual (TREC) y técnicas de habilidades de afrontamiento. Si no fuera posible abordarlo en el curso de capacitación, recomiendo incluir en la bibliografía que proporciona la Institución el “Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales” de los autores Ma. Ángeles Ruíz, Marta Isabel Díaz y Arabella Villalobos Ed: Desclee de Brouwer, 2013. Dicho manual recopila las técnicas y terapias del enfoque, y detalla los procedimientos de intervención en casos de ansiedad, depresión, y estrés. Es una obra bastante completa.

Las supervisiones individuales de casos resultaron igualmente importantes para la adquisición de conocimiento y aprendizaje. Sin inconveniente, el personal de supervisión me brindó el tiempo necesario para las inquietudes o las dudas que surgieron durante el abordaje de las distintas problemáticas tratadas con algunos usuarios. Sin embargo, considero que sería todavía más enriquecedor el aprendizaje si estas supervisiones teóricas de casos se hicieran de manera grupal, participando los demás integrantes del área de psicología para compartir otros puntos de vista. Entiendo que para Medicina a Distancia es importante la productividad de la línea, y que por tanto, la atención de las llamadas no debe descuidarse, pero también veo que resulta fundamental apoyar y ayudar en la sólida formación profesional de los prestadores de servicio social, por lo que dedicar una hora o poco más de tiempo al día a tratar algunos de los casos de manera grupal ayudaría bastante. En este punto sugiero también que durante la reunión, se haga una revisión de los casos que causaron o tuvieron un efecto en el prestador de servicio, que los supervisores en turno pregunten al personal qué caso o casos en específico “les movió” o genero algo, con la

finalidad de identificar y tratar problemáticas internas que pudieran llegar a repercutir en el trato con los usuarios de la línea, o a futuro. Después de todo, hacer esto es una medida de ética y autocuidado para los integrantes de la Institución.

En cuanto a las llamadas para información de servicios y programas, sólo vi inconveniente con el programa de médico en tu casa, que como ya mencione, la población no cuenta con información suficiente con respecto a los objetivos del mismo, por ello veo conveniente darle más difusión para que estén enterados de la población a la que está dirigido y los usuarios se eviten disgustos cuando sus casos requieren de atención urgente.

En el curso de capacitación teórico-vivencial debería implementarse la importancia de la formación teórico-práctica para prestadores de servicio con perspectiva de género, para la atención de casos de violencia. Además, que involucrarse en el tratado del tema de género, contribuirá a su autoconocimiento y auto-observación, e identificación de sus modos de manejarse en sus relaciones intrapersonal e interpersonal. El conocimiento adquirido también hará que su modo de intervención tenga mayor eficacia y contribuirá a su formación profesional.

Con la población adolescente y joven que se haya en miras de una relación de noviazgo o de pareja, o que se encuentre ya en una, es importante advertirles de sus comportamientos y actitudes (conducta seductora, falta de autocontrol, poca gestión emocional), que pudieran exponerles a una situación riesgosa, y para que presten atención a posibles focos rojos (micro machismos) que pudieran derivar en un episodio agresivo o violento.

Durante la atención de los casos en la línea de psicología a población en general, se detectó la apatía para actuar ante problemáticas relacionadas con la violencia en pareja y modificar su situación. La mujer mantiene una conducta infantilizada al decidir “taparse los ojos” ante el problema a pesar de las advertencias y reflexiones derivadas del debate entre orientadora y usuaria; la persona es corresponsable cuando ella/él decide mantener el

problema y, por lo tanto, pierde el derecho a quejarse. Y la queja es lo que comunican en demasía los/las usuarias de la línea.

Dice Jorge Bucay (2010), médico y psicoterapeuta gestáltico: “Como en todas las cosas, los problemas empiezan en las pequeñas cosas”. “Soy responsable de las decisiones que tomo; por lo tanto, soy libre de quedarme o salir, de decir o callar, de insistir o abandonar, de correr los riesgos que yo decida y de salir al mundo a buscar lo que necesito”. “Es mi responsabilidad, apartarme de lo que daña, hacerme cargo de lo que pasa, y saber mi cuota en el hecho”. “Somos cómplices obligados de todo lo que nos sucede porque de una manera o de otra hemos elegido”.

Como ya se dijo, efectivamente existen aspectos sociales, culturales y políticos que influyen en la aparición y mantenimiento de la problemática, no obstante debe aceptarse y reconocerse la existencia e influencia de los aspectos individuales tanto en los hombres y las mujeres que por igual mantienen, perpetúan y agravan la problemática de violencia. Ante esto, durante la atención vía telefónica, se recomienda a los orientadores apoyar a la mujer en la toma de conciencia de su subordinación. La reflexión colectiva sobre la subordinación femenina es la principal puerta de entrada a los procesos de empoderamiento. En este sentido, se recomienda al área de coordinación y supervisión de Medicina a Distancia, que incluya la perspectiva de género en los tratados del curso de capacitación de Adherencia Terapéutica, tomándose en cuenta no solo los casos atendidos en este reporte, sino considerando que la demanda de atención por “problemas de pareja” es el motivo de consulta más frecuente en la línea de psicología, y servirá de marco referencial para los orientadores de la línea durante la atención de dicho motivo de consulta y para mayor comprensión y abordaje del mismo.

También noté que la SEDESA cuenta con un amplio catálogo de programas dirigidos a la población femenina, tanto para su atención en los casos de violencia de género e intrafamiliar, como los dirigidos al cuidado de su salud. Apenas existen programas dirigidos

al género masculino, pues aunque si bien se realiza la campaña contra el cáncer de próstata, no figuran otros más.

APERTURA DE INSTANCIAS DE DIÁLOGO Y ATENCIÓN INTEGRAL PARA EL GÉNERO MASCULINO: UNA PROPUESTA A FAVOR DE LA IGUALDAD EN SALUD Y PARA APOYO EN LA PROBLEMÁTICA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

El propósito de esta propuesta no es negar y mucho menos minimizar la situación de violencia que sufren las mujeres, se trata solamente de no negar el sufrimiento de los hombres. No se pretende tampoco negar ni minimizar la conducta machista existente en nuestro país, ni los ataques sexuales y asesinatos de mujeres a manos del género masculino; lo que se pretende es tomar en cuenta que los varones, a diferencia de las mujeres, carecen de una atención integral a nivel institucional en general.

Se ha visto en el tema de dominación, que las instituciones no están exentas de realizar prácticas de dominio y sumisión, y tampoco escapan a las influencias cegadoras de la cultura patriarcal, ¿qué quiere decir esto? que la manera de funcionar de las instituciones actualmente es dando prioridad a un solo género en cuanto a problemáticas que si bien se ven influenciadas por causas multifactoriales como lo es la violencia de género, la mujer continúa manteniendo un comportamiento infantilizado: se le mira y se mira vulnerable, necesitado de constante atención, y recibe constante protección por parte del Estado (Estado paternalista) ante el género masculino, mismo que ha sido de siempre considerado como violento en múltiples sentidos. De manera particular, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, desde mi punto de vista, considero que el continuar focalizando a un solo género como vulnerable no promueve la igualdad de género sino la prioridad de género, una realidad que si bien es difícil aceptar, no puede negarse que coloca al género masculino en desigualdad de salud, además que mantiene y perpetúa el problema de la violencia de género al basar sus programas y servicios de atención en el discurso proveniente de la mujer, y por tanto, los programas diseñados para los varones que ejercen violencia consisten en programas de autocontrol para disminuir la conducta impulsiva y con ello los episodios de violencia, por lo que durante el diseño de los mismos sería más

conveniente incluir propuestas a partir del discurso masculino, para lo cual es necesario no excluirle en el tratado de la problemática de la violencia de género.

A la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, hago la invitación a volver a sus funciones originales que consistían en estar al servicio de la gente, hacia la gente y para la gente; que tome responsabilidad de su participación en el problema de la violencia dado que focaliza su atención en las poblaciones consideradas como más vulnerables, no considerando que hoy día cualquier persona sin importar su sexo, condición de género, edad, raza, étnia, estatus social o económico puede ser víctima de algún tipo de violencia. Todo ser humano merece ser tomado en cuenta y tiene derecho a recibir atención integral. La propuesta es dejar de focalizar y dar atención a todos. Tómese en cuenta que la injusticia social provoca odio y la desigualdad social y la indiferencia es lo que nos está matando de apoco.

- Se propone a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y a favor de la igualdad y la equidad de género, que difunda y haga visible como en el caso de la mujer, la violencia que padece el hombre en lo público y en lo privado; que no se niegue a los hombres como víctimas y no se les elimine de las estadísticas, por entonces se hablaría de una violencia institucionalizada.
- Se propone la construcción de centros de atención integral para el hombre donde sus especialidades sean las enfermedades propias del varón, pero donde además se atienda su salud mental con el objetivo de:
 - dar mayor visibilidad a los casos de violencia de la mujer hacia el hombre y combatir con ello el estigma social;
 - para mejorar la detección y el tratamiento de las problemáticas propias del varón, coadyuvando a un mejor diseño de programas de intervención y tratamiento de la violencia en pareja;

-para que se destinen más y mejores recursos a la atención de la salud mental del varón.

Y porque debido a que la preferencia y exclusión de género es lo que en parte ha generado la perpetuidad de la desigualdad social, es preferible incluir a los varones en una mesa de diálogo para la aportación de propuestas, soluciones, o estrategias para una mejor convivencia entre ciudadanos, de lo contrario, continuaremos luchando y atacándonos entre nosotros mismos en estos momentos donde se requiere más que nunca la participación y unidad ciudadana, del cuidado colectivo. Por ello, **se propone a la Secretaría de salud, promueva la corresponsabilidad en la problemática de la violencia en pareja y detenga la propaganda donde el hombre es catalogado como el mero agresor.**

Se necesita la participación social en la resolución del problema de la violencia que se padece a nivel nacional. Se hace necesario la colaboración de todos y cada uno de nosotros para dialogar, opinar y reflexionar en conjunto, sin exclusión de género o sexo, sobre la injusticia social que se vive en el país porque después de todo detener el avance de la violencia depende de todos.

- Adicionalmente, propongo a la Institución prestadora de servicio social, la apertura de una línea telefónica para la atención del género masculino en el Call Center de Medicina a Distancia.

Como mencioné, es necesario generar espacios de diálogo para incluir a los varones en el tratado de una de las problemáticas que acontece a nivel mundial: la violencia de género. Es necesario parar de hablar de los hombres y preferir en su lugar hablar con ellos.

Implementar un espacio de contención para ellos, apoyaría al entendimiento de su subjetividad, y las dificultades que se tiene para el manejo de su estado emocional,

trabajándose el estereotipo vigente de que “el hombre no demuestra sus emociones ni su sentir”.

Es necesario conocer y tratar los problemas que estrés presentes en ellos, o atender cualquier otro tipo de situación que les aqueja. Esto ayudaría a disminuir los episodios de agresión física y verbal (conducta impulsiva). Y además, los varones sabrían que su bienestar integral también es importante y merece ser tomado en cuenta.

De igual manera, se conocerían las situaciones o dificultades a las cuales se enfrentan en su día a día así como sus inquietudes y preocupaciones. Proporcionarles entrenamiento en habilidades sociales (Asertividad, Autocontrol, Autogestión, Empatía) ayudaría en sus estilos o modo de relación, modo de comunicación, toma de decisiones y solución de problemas.

Sobre esta línea de atención vía telefónica dirigida a los varones, recomiendo su difusión en los medios de comunicación, en las empresas, áreas laborales, industrias, etc., para que se conozca el servicio y dado que no es presencial, se aseguraría la confidencialidad.

Como dije, para conocer las causas de la violencia se necesita contar con la oportunidad de permitirse cuestionar los roles de género, las actitudes y creencias vinculadas a las mujeres y a los hombres. Es importante modificar nuestra manera de pensar. Es necesario poner en tela de juicio las creencias interiorizadas, actitudes, comportamientos y modos de resolver conflictos interpersonales e intrapersonales. Conviene invitar a las personas a la toma de conciencia de su subordinación y para que asuman responsabilidad sobre sus propias decisiones y sus vidas.

Cada quien debe buscar y descubrir sus propios recursos, fortalezas y debilidades, trabajar en ellas y generar un cambio individual para posteriormente irse generando a nivel social. Todo cambio inicia desde uno.

REFERENCIAS

BIBLIOGRAFÍA

Amuchástegui, A. y Szas, I. (2007). "El pensamiento sobre masculinidades y la diversidad de experiencias de ser hombre en México". En: Amuchástegui, A., y Szas. *Sucede que me canso de ser hombre... relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México*. México: El Colegio de México.

Arias García, N. J. (2014). "Construcción de género y autocuidado individual y en pareja en mujeres con VPH". Tesis que para obtener el título de licenciada en psicología. UNAM, Facultad de Psicología. México.

Barrios, M. D. (2003). *Resignificar lo masculino*. México: Vila.

Bourdieu, Pierre. (2005). *La Dominación Masculina*. (4ª Ed.). España: Anagrama, Colección Argumentos.

Bucay, J. (2010). *Cartas para Claudia: palabras de un psicoterapeuta gestáltico a una amiga*. Océano exprés.

Bucay, J. (2010). *El camino de la autodependencia*. Océano exprés.

CARTA DE OTTAWA. Primera conferencia internacional sobre promoción de la salud. Canadá, noviembre 1986.

Chapela, M, Ma. del C. (2015). *Capacidades para la promoción de la salud y el empoderamiento de las mujeres adultas mayores*. Promoción de la salud de la mujer adulta mayor, Cap. 6. Instituto Nacional de Geriatria, México.

Cortes. A. G. (2006). "Pareja y violencia". En: Aguilar, B. y Tapia M. (Coord.) *La violencia nuestra de cada día*. (2006) México: Plaza y Valdés.

Dabe G, M. E. (2016). ¿Las enfermedades ocultan emociones? Trabajo Final de Grado. Facultad de Psicología. Universidad de la República de Uruguay.

Díaz Leal O, M. T. (2004). Orientación y apoyo a los televidentes que se comunican al servicio de atención telefónica de un programa de televisión. Tesis que para obtener el título de licenciada en psicología. UNAM, Facultad de Psicología. México.

García A, A. (2011). Atribución y enfrentamiento ante problemas de pareja en madres de niños con problemas de conducta. Tesis que para obtener el título de Licenciado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, 2011.

Guevara R, E. S. (2008). La masculinidad desde una perspectiva sociológica. Una dimensión del orden de género. *Revista Sociológica*, año 23, número 66, enero-abril de 2008, pp. 71-92.

Manual para el psicólogo de Medicina a Distancia (Sin fecha). Material en físico.

Martínez, M. M. y Mendoza, N. V. (2015). "Envejecimiento y perspectiva de género". Promoción de la salud de la mujer adulta mayor, Cap. 3. Instituto Nacional de Geriatria, México.

Martínez, M. M. y Vivaldo, M. J. (2014). *Estrategias para la promoción de la salud de la mujer adulta mayor*. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

Organización Panamericana de la Salud (1999), *1999 Año Internacional de las Personas de Edad*.

Ramírez Arellano, O. A. (2015). *“Envejecimiento y perspectiva de género”*, Cap. 3. En: Martínez, M. M. y Mendoza, N. V. Promoción de la salud de la mujer adulta mayor. Instituto Nacional de Geriátría, México.

Ramírez E, M. G. (2005). Intervención de la terapia cognitivo-conductual en los problemas de pareja. Tesis que para obtener el título de Licenciado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2005.

Reyes, G. (2016). *Habilidades para la atención en crisis* [diapositivas de PowerPoint].

Rodríguez C, A. (2010). Atención psicológica vía telefónica en casos de crisis en mujeres que viven violencia física por parte de su pareja. Tesis que para obtener el título de Licenciada en Psicología. UNAM, Facultad de Psicología. México.

Sánchez, V. C. & Martínez, M. Ma. De La L. (2015) *“Desarrollo humano y capacidades de la mujer adulta mayor”*, Cap. 5. En: Martínez, M. M. y Mendoza, N. V. Promoción de la salud de la mujer adulta mayor. Instituto Nacional de Geriátría, México.

Secretaría de Salud del Distrito Federal (2014). *Por mí, por ti, por tod@s: información vital para la salud sexual*. 3ª ed. Ciudad de México.

Sociedad Mexicana de Psicología (2010). *Código ético del psicólogo*, quinta edición. México: Trillas.

Sternberg, R. (2011). *Psicología cognoscitiva*. Ed. Cengage Learning, Quinta edición.

CIBERGRAFÍA

Batista, N. (2009). Análisis de la violencia intrafamiliar desde un enfoque psicosocial. *PsicoPediaHoy*, 11(12). Disponible en: <http://psicopediahoy.com/violencia-intrafamiliar-psicologia/>

Betina Lacunza, A., & Contini de González, N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en Humanidades*, XII (23), 159-182. Fecha de consulta: 14 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/184/18424417009/>

Bisquerra, Rafael; Punset, Eduard; Mora, Francisco; García Navarro, Esther; López-Cassá, Élia; Pérez-González, Juan Carlos; Lantieri, Linda; Nambiar, Madhavi; Aguilera, Pilar; Segovia, Nieves; Planells, Octavi. (2012) *¿Cómo educar las emociones?: la inteligencia emocional en la infancia y la adolescencia*. Barcelona. Hospital Sant Joan de Déu. Documento en Pdf obtenido el 5 de Mayo de 2017 en:

<https://drive.google.com/file/d/0Bzf14lWbm19KU0x6aHRRSk9GZ0k/view>

Cáceres, C. F., Talavera, V. A., & Mazín Reynoso, R. (2013). Diversidad sexual, salud y ciudadanía. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(4), 698-704. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342013000400026&script=sci_arttext

Campos, R. M., Padilla, S., & Valerio, J. C. (2004). Prevención de suicidio y conductas autodestructivas en jóvenes. Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social Costarricense. Fecha de consulta: 14 de enero de 2018. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ays/ays3n1-2/art4.pdf>

Colombo, E. M., Risueño, A. E., & Motta, I. M. (2003). " Función ejecutiva y conductas impulsivas" I. *historia*, 7, 8. Fecha De consulta: 16 de enero 2018. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Iris_Motta/publication/228465418_Funcion_ejecutiva_y_conductas_impulsivas/links/53e263a20cf275a5fdd70282/Funcion-ejecutiva-y-conductas-impulsivas.pdf

CÔMODO, C. N., DEL PRETTE, Z., DEL PRETTE, A., & FONTAINE, A. M. (2013). Habilidades sociales e intergeneracionalidad en las relaciones familiares. *Apuntes de psicología*, 31(1), 77-84. <http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/305/285>

Correché, M. S., & Labiano, L. M. (2003). Aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de estudiantes con síntomas de estrés. *Fundamentos en Humanidades*, 4(7-8), 129-147. Fecha de consulta: 16 de enero de 2018. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/184/18400807.pdf>

Corsi, J. (1994). La violencia hacia la mujer en el contexto doméstico. *Fundación Mujeres*. Recuperado de: <http://tiva.es/articulos/www.corsi.com.ar.pdf>

Corsi, J. (2005). Modelos de intervención con hombres que ejercen la violencia en la pareja. *Feminismo/s*, (6), 137-146. Recuperado de: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/3186/1/Feminismos_6_10.pdf

Corsi, J. (2005). Programas de Intervención con hombres que ejercen la violencia. *Documento de apoyo de la Fundación Mujeres*. Recuperado de: <http://tiva.es/articulos/Intervenciones%20con%20hombres.pdf>

D'Agliano, G. (2014). La violencia desde un enfoque psicosocial. Nota publicada en Diario puntal el sábado 12 de julio de 2014. Disponible en: <http://fundacionclinicadelafamilia.org/la-violencia-desde-un-enfoque-psicosocial/>

De Miguel Álvarez, A. (2003). El movimiento feminista y la construcción de marcos de interpretación. El caso de la violencia contra las mujeres. *Revista internacional de Sociología*, 61(35), 127-150. Consultado el 20 de diciembre de 2016. Disponible en: <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/303/310>

Dirección General de Educación Superior para Profesionales de la Educación, 1998. Salud y enfermedad en: http://www.dgespe.sep.gob.mx/public/rc/programas/material/que_es_la_salud.pdf

Durán, M. M. (2010). Bienestar psicológico: el estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. *Revista nacional de administración*, 1(1), 71-84. Fecha de consulta: 15 de enero de 2018. Disponible en: <http://201.196.149.98/revistas/index.php/rna/article/view/285/146>

Eceiza, M., & Arrieta, M., & Goñi, A. (2008). HABILIDADES SOCIALES Y CONTEXTOS DE LA CONDUCTA SOCIAL. *Revista de Psicodidáctica*, 13 (1), 11-26. [Fecha de consulta: 14 de enero de 2018] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17513102>

El economista (2014). Principales agresores en violencia de género son los hombres. Nota disponible en:

<http://eleconomista.com.mx/sociedad/2014/11/23/principales-agresores-violencia-genero-son-las-parejas>

Enfermedades ginecológicas y propias de la mujer.

http://www.onmeda.es/enfermedades/enfermedades_ginecologicas.html

Entrevista a Pablo Laurta y Humberto López: “Movimiento mundial: varones en defensa de sus derechos”, por Zulema Usach. Disponible en:

<http://www.losandes.com.ar/article/movimiento-mundial-varones-en-defensa-de-sus-derechos>

Ferrer Pérez, V., & Bosch Fiol, E. (2013). Del amor romántico a la violencia de género. Para una coeducación emocional en la agenda educativa. Recuperado en 16 de Febrero de 2017 en:

<http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/24908/1/rev171ART7.pdf>

Flores Dávila, J. I., & Maccise Duayhe, M. (2007). La diversidad sexual y los retos de la igualdad y la inclusión. <http://repositorio.dpe.gob.ec/bitstream/39000/672/1/CONAPRED-008-Diversidad%20sexual.pdf>

García, C. D. (2013). *Promoción de la salud y autonomía. Propuestas metodológicas para la recuperación del control del cuerpo-territorio*. Visto el 5 de abril de 2017 y recuperado de: <http://www.manantialdenubes.org/wp-content/uploads/2013/04/Promoci%C3%B3n-de-la-salud-y-autonom%C3%ADa.pdf>.

González, E. (2002). *Educación en la afectividad*. Madrid, Universidad Complutense de Madrid, 2. Fecha de consulta: 17 de enero de 2018. Disponible en: <http://www.ww.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15447>

Herrera G, C. (2015). Sufrir menos, y disfrutar más del amor. Artículo en línea: http://haikita.blogspot.mx/2015/01/sufrir-menos-y-disfrutar-mas-del-amor.html#at_pco=smlre-1.0&at_si=5882f53aa5537fd1&at_ab=per-2&at_pos=1&at_tot=5

Herrera Santí, Patricia María. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13(6), 591-595. Recuperado en 14 de enero de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000600013&lng=es&tlng=es.

INEGI (2015). Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. Consultado en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>

INMUJERES, (2012). *Manual de Atención Telefónica Vida Sin Violencia: tomo I, II, III*. Recuperados de:

I) <http://vidasinviolencia.inmujeres.gob.mx/sites/default/files/pdfs/Tomo%20I%20Manual.pdf>

II) <http://vidasinviolencia.inmujeres.gob.mx/sites/default/files/pdfs/Tomo%20II%20Manual.pdf>

III)

[http://vidasinviolencia.inmujeres.gob.mx/sites/default/files/pdfs/Tomo%20III%20 Manual.pdf](http://vidasinviolencia.inmujeres.gob.mx/sites/default/files/pdfs/Tomo%20III%20Manual.pdf)

Instituto Nacional de Geriátrica (2015). 10 Hábitos efectivos para la salud del adulto mayor. Tomo VI, primera edición. Disponible en:

http://www.inger.gob.mx:8000/acervo/pdf/10HABITOS_VI-0.6-03.pdf

Lamas, M. (1999): "Género, diferencia de sexo y diferencia sexual" en *¿Género?*, Debate Feminista, Año 10, Vol. 20, México, edición de octubre. Artículo recuperado en 6 de Marzo de 2017 en: http://www.debatefeminista.pueg.unam.mx/wp-content/uploads/2016/03/articulos/020_07.pdf

Larrain, H. S. (2002). Violencia en la familia y transmisión de pautas de comportamiento social. *Seguridad Ciudadana, ¿espejismo o realidad?* Fecha de consulta: 14 de Enero de 2018. Disponible en: http://saludxmi.cnpss.gob.mx/inpsiquiatria/portal/saludxmi/biblioteca/sinviolencia/modulo_2/ONU_OMS_Violencia_Familiar.PDF

Ley General de Salud:
http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

López, E. M. (1998). Promoción de la salud. *Investigación y educación en enfermería*, 16(2), 125-134. Pdf recuperado el 22 de enero de 2017:
<https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/16902/14635>

Mestre Roldán, S. (2016). Maltrato a los hombres, ¿una realidad silenciosa? Noticia del portal Europapress, Madrid. Disponible en:

<http://www.europapress.es/sociedad/noticia-maltrato-hombres-realidad-silenciosa-20150612102418.html>

MONTOYA CASTILLA, I. & MUÑOZ IRANZO, I. (2009) Habilidades para la vida. En: COMPARTIM: Revista de Formació del Professorat. Nº 4. Fecha de consulta: 10 de Enero de 2018. Disponible en:

http://cefire.edu.gva.es/sfp/revistacompartim/arts4/02_com_habilidades_vida.pdf

Muñoz, A. P. (2002). Conducta agresiva y deporte. *Cuadernos de psicología del deporte*, 2(1). Fecha de consulta: 17 de enero de 2018. Disponible en: <http://revistas.um.es/cpd/article/view/105021/99951>

Noroño Morales, N. V., Cruz Segundo, R., Cadalso Sorroche, R., & Fernández Benítez, O. (2002). Influencia del medio familiar en niños con conductas agresivas. *Revista cubana de Pediatría*, 74(2), 138-144. Fecha de consulta: 17 de enero de 2018. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312002000200007

OMS. ¿Cómo define la OMS la salud?

<http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

OMS (2006). Mutilación genital femenina. Nota descriptiva. Febrero, 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/>

OMS (2013). Salud de la Mujer. Nota descriptiva. Septiembre, 2013. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/>

OMS (2016). Reducción de la mortalidad en la niñez. Nota descriptiva. Septiembre de 2016. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>

OMS (2016). Violencia contra la mujer. Nota descriptiva. Noviembre de 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>

OMS (2017). Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Nota descriptiva N°. 239. Actualización de noviembre de 2017. Recuperado en 14 de enero de 2018, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>

Ornelas, Bernal A. y Tello Peón, N. (2017) “Violencia en las escuelas, una responsabilidad compartida”. Video-Conferencia de medios en la Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM. Disponible en: http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2017_059.html

Pelegrín, A., & de Los Fayos, E. J. G. (2015). Variables contextuales y personales que inciden en el comportamiento violento del niño. *European journal of education and psychology*, 1(1), 5-20. Fecha de consulta: 17 de enero de 2018. Disponible en: <https://formacionasunivep.com/ejep/index.php/journal/article/view/1/1>

Peñuela Rojas, R. E. (2015). Historias dominantes y alternativas sobre la responsabilidad, la masculinidad y el poder en tres hombres involucrados en actos violentos en la familia. Consultado el 20 de diciembre de 2016. Archivo pdf recuperado de:

<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/16610/PenuelaRojasRogelioEduardo2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Plaza Velasco, M. (2007). Sobre el concepto de “violencia de género”. Violencia simbólica, lenguaje, representación. Extravío. Revista electrónica de literatura comparada, (2), 132-145. Universidad de Valencia. Consultada el 16 de febrero de 2017. Disponible en:

<https://ojs.uv.es/index.php/extravio/article/view/2211/1819>

Psicoactiva: Los hábitos de la persona autodestructiva:
<https://www.psicoactiva.com/blog/los-habitos-de-la-persona-auto-destructiva/>

Ramírez R, J. C., López L, G. C., & Padilla G, F. J. (2009). ¿Nuevas generaciones, nuevas creencias? Violencia de género y jóvenes. La ventana. Revista de estudios de género, 3(29), 110-145. Archivo recuperado de:

<http://www.scielo.org.mx/pdf/laven/v3n29/v3n29a6.pdf>

Ramos-Lira, Luciana, Saltijeral-Méndez, María Teresa, Romero-Mendoza, Martha, Caballero-Gutiérrez, Miguel Angel, & Martínez-Vélez, Nora Angélica. (2001). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública de México*, 43(3), 182-191. Recuperado en 14 de enero de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000300002&lng=es&tlng=es.

Revista digital Hombres Maltratados. *¿Qué hacer ante un caso de hombre maltratado?* Disponible en: <https://www.hombresmaltratados.es/que-hacer-ante-un-caso-de-hombre-maltratado/#more-1027>

Rodríguez Loredó, H. E. (2008). El enfoque de género en la construcción de conocimiento científico. Revista Digital Universitaria [en línea]. 10 de Julio 2008, Vol. 9, Núm. 7. Consultado el 20 de Marzo de 2017. Disponible en:

<http://www.revista.unam.mx/vol.9/num7/art48/art48.pdf>

Rodríguez Luna, R. (2015). Juegos de chicos, lesiones de jóvenes, muertes de hombres: masculinidades y prevención de la violencia. *Sociológica (México)*, 30(84), 75-115. Recuperado en 26 de febrero de 2017 en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732015000100003&lng=es&tlng=es.

Rojas A, R; Galleguillos, G; Miranda P; Valencia J. (2012). Los hombres también sufren. Estudio Cualitativo de la Violencia de la Mujer Hacia el Hombre en el Contexto de Pareja. Vol. 3, Nº. 2, 2012. Archivo pdf recuperado y disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815152>

Sandoval de Escurdia, J. M., & Richard-Muñoz, M. P. (2005). La salud mental en México. *México: Servicios de Investigación y Análisis, División de Política Social, Cámara de Diputados.* Disponible en:

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>

SEDESA. (2014). Guía de Intervención Psicológica con Mujeres en Situación de Violencia de Género. Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género. Disponible en:

<http://www.salud.cdmx.gob.mx/storage/app/media/5.Guia para la Intervencion por el Personal de Psicologia.pdf>

Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade*, 3(1). Fecha de consulta: 17 de enero de 2018. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/271/27130102/>

Soria, R. (2010). Tratamiento sistémico en problemas familiares. Análisis de caso. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala Vol. 13 No. 3 Septiembre de 2010.* Recuperado en 14 de enero de 2018, de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol13num3/Vol13No3Art5.pdf>

Tobón Correa, O. (2003). El autocuidado, una habilidad para vivir. Artículo Pdf consultado el 10 de diciembre de 2016 y obtenido de:

<http://199.89.54.101/ojs/index.php/hps/article/viewFile/454/819>

Toro-Alfonso, J. (2012). El Estado Actual de la Investigación Sobre la Discriminación Sexual. *Terapia psicológica*, 30(2), 71-76. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200007>

Torres R, B. (2014). Cuidado y autocuidado: otra forma de prevenir la violencia. Revista No a la Violencia, Vol. 1408. Archivo Pdf disponible en:

http://www.ensap.sld.cu/bvgenero/sites/files/14_SEMIac_TRB_CYA.pdf

Triana, J. E. (2007). Diversidad sexual y exclusión. Revista colombiana de bioética, 2(2), 77-94.

https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/37350225/Diversidad_sexual_y_exclusion.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1516087715&Signature=KRBnBOPNWIRxko359FnnMklWLM%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DRedalyc.Diversidad_sexual_y_exclusion.pdf

UNESCO (2014). Indicadores UNESCO de la cultura para el desarrollo: Manual Metodológico sobre Igualdad de Género. Recuperado de:

http://es.unesco.org/creativity/sites/creativity/files/iucd_manual_metodologico_1.pdf

Uribe J, T. M (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Archivo pdf obtenido en:

<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0467.pdf>

Valero, L. (2003). El consejo psicológico a través de Internet: Datos de una experiencia institucional. *Apuntes de Psicología*, 21(1), 4-18.

http://copao.cop.es/files/contenidos/VOL21_1_4.pdf

Villarroel, J. C. B., Fort, G. B., & Cano, N. G. (2008). *Higiene y prevención de la ansiedad*. Ediciones Díaz de Santos. Fecha de consulta: 18 de enero de 2018. Disponible en: <https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=phfLHsfKkulC&oi=fnd&pg=PA177&dq=ansiedad+concepto&ots=QYvcf0IFcH&sig=acMGywrJv0hiHqc1OD7l-KHxdlc#v=onepage&q=ansiedad%20concepto&f=false>

Virgen Montelongo, R., Zaragoza, L., Cecilia, A., & Morales Bonilla, G. (2005). Los trastornos de ansiedad. *Artículos*. Fecha de consulta: 17 de enero de 2018. Disponible en: <http://www.ru.tic.unam.mx/tic/bitstream/handle/123456789/995/404.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXOS

I. PRESENTACIÓN DE CASOS ATENDIDOS

# CASO	Sexo	Edad	Motivo de consulta	Sesiones en atención	Alcances
1	F	14	<p>Problemas familiares</p> <p>Solicita apoyo para hablar de lo que pasa en casa: difiere con la manera de pensar de su madre, refiere que ésta se deja manejar por lo que dicen los demás, permite que su papá la agrede o la ponga en vergüenza. La menor comenta que vivir en una familia así no está bien y aunque ha hablado con su mamá para tratar de convencerla de separarse de su papá, ella se niega. Debido a que no tiene muchos amigos, solicita apoyo emocional para tener con quien hablar.</p>	1	<p>-Debido al periodo de finalización de servicio social por parte de la orientadora en línea, se canalizó el caso al área de supervisión para su seguimiento. No obstante, para ello fue necesario que la madre de la menor se comunicara a la línea autorizando a la adolescente para que continuara con el servicio de atención psicológica a distancia.</p>
2	M	19	<p>Orientación sexual para asumir bisexualidad</p> <p>Usuario refiere sentirse confundido, triste y con miedo en relación a su orientación sexual. Se concibe como una persona bisexual ante el deseo sexual que tiene hacia las mujeres y el deseo afectivo</p>	1	<p>-Se modularon emociones presentes</p> <p>-Se logra disminuir ansiedad y se invita de primera instancia a generar una red de apoyo para reducir la percepción ante la imposibilidad de generar cambios.</p> <p>-Usuario suele comunicarse en otros horarios refiriendo la misma problemática.</p>

			<p>hacia los hombres. Habla de las posibles causas que pudieron haber originado su atracción sexual por un hombre, tales como: abuso sexual a temprana edad, acoso sexual por familiares, falta de figura paterna y crecer con modelos de aprendizaje femeninos. Ante esta situación no sabe qué hacer o como definir su sexualidad.</p>		
3	M	19	<p>Problemas de noviazgo</p> <p>Solicita orientación para saber <i>“cómo decirle a su pareja que ya no quiere seguir con la relación de noviazgo. Le gustaría no herirla y no hacerla sufrir”</i>. Esta decisión la tomó a raíz de que su novia con la cual mantiene una relación desde hace dos meses le hizo el comentario <i>“que quiere pasar el resto de su vida con él y le gustaría formar una familia”</i>. Refiere que no está listo para una relación así.</p>	1	-Se le invitó a comunicarse de nuevo en caso de ser necesario; no hubo más contacto.
4	F	21	<p>Ansiedad</p> <p>Menciona sentirse sola y le desespera encontrarse sola a diferencia de sus amig@s: <i>“llevo 3 años sola y no me gusta, ya fue mucho, quiero estar</i></p>	2	<p>-En la segunda sesión la usuaria considera que quien ejerce presión para tener una pareja <i>“no son sus amistades ni nadie más, si no ella misma”</i> sic.</p> <p>-Menciona que quiere ver cambios en su situación, sin embargo, se maneja del mismo modo; reprocha a los psicólogos diciendo: <i>“Por eso no me gusta hablar</i></p>

			<p><i>con alguien que me quiera, que se preocupe por mí, quiero encontrar a la persona correcta” sic. Menciona que se encuentra muy mal porque salió con un chico que “resultó ser otro que sólo quiere algo fácil y nada serio” sic.</i></p>		<p>con los psicólogos, porque siempre termino incómoda” sic.</p> <p>-Se le refiere que la decisión de ver un cambio en su vida es de ella para obtener resultados distintos. Se deja la línea abierta.</p> <p>-No se comunicó.</p>
5	F	22	<p>Comportamiento autodestructivo</p> <p>Solicita ayuda y apoyo emocional por Intento suicida: resiente la pérdida de su padre (hace 4 meses) y se responsabiliza por la muerte de su bebé (hace 1 mes) de 7 meses debido a que le hizo ingerir un desenfriol para la gripe, “<i>me quedé dormida con él y cuando desperté mi bebé ya no respiraba</i>”. Comenta que su pareja no la apoya y le es infiel, le ha dicho que “ya no sirve en la cama”. Solicita ayuda y apoyo emocional para su situación.</p>	1	<p>-Contención</p> <p>-No volvió a comunicarse</p>
6	M	22	<p>Pobre habilidad social</p> <p>Se comunica la línea para recibir orientación sobre los motivos o causas que pudieran estar interfiriendo con el establecimiento de una relación de</p>	1	<p>-Se programa fecha para seguimiento de llamada.</p> <p>No hubo más llamadas a la línea.</p>

			<p>noviazgo, ya que en tres ocasiones ha sido rechazado por las chicas que ha pretendido y una de ellas fue su mejor amiga. Sus amigos le comentan que si las chicas lo rechazan “por algo es”. Afirmo no ser mal educado, machista, ni mala persona, por el contrario, se describe como buen hombre, estudioso, responsable, y físicamente se acepta como es.</p>		
7	M	23	<p>Problemas familiares</p> <p>Usuario refiere confusión a causa de varios eventos que acontecen como lo son el vivir con un padre rígido que maneja un sistema de “creencias machistas” y una madre que no muestra interés en lo que acontece y experimenta el usuario. Comenta que con facilidad se adjudica los comentarios de las personas, algo que nunca había hecho, esta situación le incomoda pues “él no era así” sic. Afirmo tener metas y planes a futuro por lo cual desea trabajar en su persona. Solicita se le brinde continuidad a su llamada.</p>	1	<p>-Refiere deseos de ser él mismo y tomar sus propias decisiones sin la intervención de sus padres.</p> <p>-Solicitó ser referido a la Facultad de psicología (UNAM), así como continuar con la atención en línea de Medicina a Distancia, sin embargo, no volvió a comunicarse</p>

8	F	23	<p>Relación de pareja</p> <p>Sentimiento de culpa por encuentro sexual con su amigo quien la pretende desde hace tiempo, sin embargo, ella no muestra el mismo interés. Refiere además sentir culpa debido a que tal situación ocurrió en el “espacio” de tiempo que se dio con su ex novio quien tiene problemas de alcoholismo y aunque ha querido ayudarlo no ha logrado que él deje de beber alcohol. Solicita ayuda para hablar de su problemática y obtener orientación.</p>	1	<p>-Usuaría compara su situación de pareja con las problemáticas de pareja existentes de sus familiares relacionadas al consumo de alcohol y ahora viven una relación de violencia; refiere no quiere vivir del mismo modo.</p> <p>No hubo más llamadas a la línea.</p>
9	F	23	<p>Problemas de pareja</p> <p>Usuaría se comunica refiriendo sentirse muy mal puesto que su pareja le da un trato indigno. La llamada se extiende, puesto que se escucha sollozo y llanto mientras responde a las preguntas de la orientadora para obtener la información inicial. Refiere que ha estado saliendo con su novio desde hace 2 años y medio y ha vivido muchas cosas con él, pero la maltrata.</p>	1	<p>-Se le invita a mantener contacto en la línea.</p> <p>-Suele llamar en distintos horarios y/o turnos para referir el mismo discurso centrado en el <i>problema de pareja</i>.</p>

			<p>Menciona que su pareja le dijo que ella es dependiente a él y que a veces siente que no puede hacer nada sin que ella esté enterada. Llega un punto de la llamada en que parece perder el interés y se detecta que llamó en crisis porque su novio llevaba todo el día sin contestarle, y ella le había estado escribiendo por whatsapp desde la mañana (fue el evento desencadenante). Esto ha generado que se sienta mal y desesperada.</p>		
10	F	23	<p>Conducta autodestructiva Usuaria estudiante de psicología refiere mantener desde hace 3 meses conducta autodestructiva: bebé alcohol en gran cantidad, tiene sexo sin protección, se priva de alimentos, consume cocaína y tachas en compañía de amigos, se autolesiona brazos y piernas (cutting). Solo asistió a terapia por 3 semanas, y se inscribió a clases de Crossfit asistiendo solo a 6. Mantuvo una relación donde sufrió <i>“golpes e infidelidades, pero él siempre me busca o</i></p>	1	<p>-Se logró contención ya que presentaba llanto, que impedía la comprensión de su discurso.</p> <p>-Solicitó ser referida a otra institución para recibir atención, así como continuar con el servicio de la línea telefónica.</p> <p>-No hubo más llamadas a la línea.</p>

			<p><i>regreso con él”, “siempre he sido codependiente... mi vida es un completo desastre” sic. Solicita ayuda para saber qué hacer ya que “siendo estudiante de psicología no está bien vivir así” sic.</i></p>		
11	F	24	<p>Problemas de pareja</p> <p>Su pareja la culpa de sus infidelidades, pues él le dijo que <i>“de lo contrario, él no actuaría así”</i>. Le decepciona que su autoconcepto actual sea distinto al que tenía: <i>era segura, autónoma, activa, independiente... ahora aguanta los malos tratos de su pareja porque “no cree que nadie más pueda fijarse en ella” sic.</i> Desea tratar aspectos en cuanto a su persona ya que en el tiempo que estuvo con él (aproximadamente un año y medio), <i>“le hizo sentir que ella como mujer era muy poca cosa y que no servía ni en la cama” sic.</i> Solicita ser referida a alguna institución en la cual pueda ser atendida, aunque de igual modo, pide ser atendida por este medio.</p>	8	<p>-Al inicio continuó culpándose por su conducta en la relación de pareja.</p> <p>-Se refirió a sí misma como una mujer que ha invertido su tiempo en nada, aunque aseguró querer desvincularse de su pareja ya que no es una persona que le haga bien.</p> <p>-Después de asistir a INMUJERES se dijo sorprendida por tantos asistentes y se sintió mejor porque notó que <i>“hay de problemas a problemas... y yo no quiero empeorar mi vida, sé que puedo salir adelante por mí y por mi bebé” sic.</i></p> <p>-La usuaria pudo mantenerse funcional en el área escolar (preparatoria sistema abierto); mantuvo buenas redes de apoyo con las que invirtió su tiempo en actividades de distracción.</p> <p>-Se logró minimizar la culpa y reestructurar la visión negativa que se tenía sobre sí misma.</p> <p>-Hasta el día del cierre se escuchó más asertiva, segura, con mejor autoestima, autoconciencia, autocontrol, y buena proyección a futuro.</p> <p>-No hubo más llamadas.</p>

12	M	24	<p>Problemas de pareja</p> <p>Se encuentra en crisis por no mantener más contacto con su ex novia: él se veía como el salvador de su pareja pues cuando la vio por vez primera <i>“se le figuro como una persona sola que necesitaba de compañía”</i> sic. Refiere que para él <i>“siempre ha sido importante verla y hacerla sentir feliz aunque él no reciba nada a cambio”</i> sic. Hace dos días su ex novia dio por terminada la relación ya que no deseaba continuar más desde hacía ya tiempo y era frecuente escucharle decir al usuario que <i>“sería mejor estar separados”</i>, más él insistía en que la relación podría mejorar. Llama para saber qué puede hacer ahora para sobrellevar esta situación que le genera la necesidad de buscarla.</p>	2	<p>-Se le invitó a continuar en contacto en la línea.</p> <p>-Llevó a cabo las tareas intrasesiones: libroterapia: los límites del amor, manual para no morir de amor del autor Walter Riso.</p> <p>-Prestó atención al modo de relacionarse y su elección de parejas. Comenta que en <i>“todas las relaciones de noviazgo se preocupa más por sus parejas que por él”</i>.</p> <p>-Acepta que no es correcto su modo de vincularse, de anteponer las necesidades de los demás a las de él, más refiere <i>“no saber”</i> por qué hace lo que hace.</p> <p>-No volvió a comunicarse.</p>
----	---	----	---	---	--

13	F	25	Problemas de pareja Comenta depender económicamente de su pareja con quien vive en unión libre desde hace seis años. Padece Cáncer Cervical desde hace dos años y asegura estar bajo tratamiento y observación médica. Comenta que tiene miedo pues no tiene empleo y si se separa de su pareja no habría modo de cubrir sus necesidades y las de su hija.	1	-Se proporciona teléfono de la Secretaría de Salud del Estado de México para referencia institucional y asesoría legal, así como de INMUJERES para ser referida a un módulo, en lo posible, más cercano a su domicilio para recibir asesoría legal y psicológica. De igual modo, se le informa acerca del Centro de Justicia para la Mujer y de sus servicios.
14	F	26	Problemas familiares Usuaría con Discapacidad Motriz presenta síntomas de Depresión debido a sobreprotección familiar. No se le permite trabajar, estudiar, ni socializar. Siente <i>“culpa por tener que darle gusto a su familia”</i> (sic) Se comunica para hablar sobre su situación.	Fallas en la comunicación	No hubo más llamadas a la línea.
15	F	26	Comportamiento autodestructivo Usuaría comenta sentir miedo debido a que no sabe si se encuentra o no embarazada. Mantiene un comportamiento autodestructivo: bebe alcohol hasta perder el conocimiento, mantiene sexo sin	1	-Se le invita a buscar ayuda presencial y a continuar en la línea para acompañamiento. -No se comunicó

			<p>protección con desconocidos, sus relaciones sociales son tóxicas, elige hombres que <i>“sabe no van a brindarle algo bueno”</i> sic. Asegura <i>“tengo muchas ganas de cambiar”</i>, por lo que al preguntarle cómo se ve dentro de 5 años menciona que <i>“sola, aunque probablemente con una pareja”</i>. Se comunica para saber por qué hace lo que hace, ya que no quiere continuar haciéndose daño.</p>		
16	F	28	<p>Falla en el control de impulsos</p> <p>Refiere arrepentimiento por tener encuentro sexual con un amigo cercano a la familia. Ambos se encuentran casados, y el acercamiento se dio por el coqueteo de ella, porque <i>“le gustó mucho”</i> sic. La usuaria afirma nunca se habló acerca del <i>“tipo de relación”</i> que mantendrían, y comenta no haber esperado algo más. Sin embargo, siente vergüenza debido a que él no ha vuelto a buscarla después de haber estado juntos en dos ocasiones, y ahora,</p>	1	<p>-Se dijo arrepentida y que no lo hubiera hecho <i>si alguien se lo hubiera advertido</i>.</p> <p>-Se sugiere trabajar en el autocontrol.</p> <p>-No volvió a comunicarse</p>

			estando próxima una reunión familiar donde con seguridad coincidirán, desconoce lo que él vaya a pensar de ella: <i>“es que ahora que lo vea... qué va a pensar de mí” sic.</i>		
17	F	28	<p>Violencia sexual</p> <p>Sufrió violación sexual a la edad de 17 años, situación que fue “evitada” en su entorno familiar ya que no se habló y la usuaria se vio forzada a sobrellevar tal vivencia por sí misma. Le duele el no haber contado con el apoyo paterno, pues su padre le dijo que “no había por qué comentarlo y hacerlo del conocimiento social”. En su entorno familiar se ve rechazada, violentada, y etiquetada. Solicita apoyo para encontrar alivio a su malestar emocional.</p>	1	<p>-Se le invitó a apoyarse en sus amistades; comenta que su esfera laboral no se ha visto afectada.</p> <p>-Se canalizó a Asociación MUSAS, no obstante la misma usuaria solicitó continuar con este servicio para su seguimiento.</p> <p>-Ya no se comunicó a la línea.</p>
18	M	28	<p>Problemas de pareja</p> <p>Refiere problemas con su novia a la cual describe como fría y alguien que no comunica. Es originario de Durango y decidió radicar y realizar su servicio social en Mazatlán para poder estar con ella; su novia es médico interno.</p>	1	<p>-Solicito continuar con el servicio a distancia, sin embargo, no hubo más contacto con el usuario.</p>

			Reconoce que <i>“siempre la pone a ella antes que a él”</i> sic. El usuario solicita asesoría para saber qué puede hacer con la introversión social que presenta ya que <i>“era muy social y ahora tiene dificultad para tener amigos”</i> sic.		
19	F	29	Pobre habilidad social Se comunica presentando llanto; refiere tener depresión e irritabilidad desde hace aproximadamente un mes. Quiere <i>“no sentirse mal y ser feliz sin perjudicar a alguien”</i> (sic) pues su educación moral la detiene de hacer algún daño. Además menciona tener conflicto para relacionarse y confiar en la gente. Pide ayuda para dejar de sentirse vulnerable y adquirir herramientas que le ayuden a relacionarse mejor.	4	-Se pudo modificar el comportamiento rígido; promover la adecuada autoestima, actitud positiva; desarrollo de tolerancia, cooperación, y capacidad de resolver problemas. -No volvió a comunicarse.
20	F	30	Problemas de pareja Ha mantenido una relación de noviazgo por doce años, y durante un año y medio ha vivido con su pareja. Se encuentra en proceso de separación pues <i>“no hemos decidido aún qué va a pasar”</i> sic. Su pareja le fue infiel, y sin negarle	1	-Se logra disminuir la angustia. -Menciona que se enfocará en su empleo para afrontar la situación así como en sus amistades; quiere asistir a terapia <i>“porque quiere ser mejor mujer para ella”</i> sic. -Se dejó la línea abierta; no se comunicó.

			<p>este hecho, él le dice a la usuaria <i>“que se siente confundido porque está enamorado de la otra”</i> sic. La usuaria presenta llanto, angustia, y <i>“siente que se le va la vida entre las manos”</i> sic. Se comunica para solicitar apoyo emocional pues se siente culpable por no haberse sabido comunicar con su pareja, motivo que considera fue causante de la infidelidad, y <i>“siente que se le va la vida entre las manos”</i> sic. Solicita apoyo emocional.</p>		
21	M	30	<p>Falla en el control de impulsos</p> <p>Usuario se comunica indicando tener problemas de pareja, expresa que hay una persona que ha <i>“jugado con él”</i>, manipulándolo y haciendo lo que ella ha querido. Indica que se siente enojado y que quisiera de alguna manera vengarse de ella. Vive en el apartamento de a lado, por lo que la escucha cuando mantiene relaciones sexuales con hombres; posiblemente se cambie de residencia aunque aún</p>	3	<p>-En la segunda sesión refirió continuar muy enojado con esa persona, pues la puede escuchar (es su vecina) cuando mantiene relaciones sexuales con otros.</p> <p>-Se le brindaron técnicas de relajación y respiración, parada del pensamiento, autoinstrucciones, distracción.</p>

			no lo confirma. Dice que quiere cerrar el círculo con esa persona pero que se imagina que después de unos años al verla de nuevo va a vengarse y hacerla sentir mal como ella hizo con él.		
22	F	31	Problemas de pareja Madre de tres hijos, dedicada al hogar, refiere haberse separado apenas hace 8 días de su esposo con quien vivió durante 10 años. Menciona que desde siempre su esposo se interesaba por ver cubiertas sus necesidades en general sin tomar en cuenta las de ella. "Ella siempre le ha dado gusto en todo con tal de que él la quiera" sic. Sus conocidos nunca estuvieron de acuerdo con su relación pues consideran a su pareja como machista y egoísta. La usuaria se encuentra en una ambivalencia al querer, por un lado, estar de nuevo al lado de su pareja, y por otro, quiere alejarse y dar una vida mejor a sus hijas y a ella misma. Solicita ayuda para saber si debe o no buscar a su pareja ya que quiere llamarlo y	3	-Contención; en la segunda sesión refirió estar intranquila y querer llamar a su pareja pero ella se propuso no hacerlo. -En la tercera sesión refirió estar confundida debido a las atenciones de su pareja que no le dio antes. Se re-encuadra haciendo alusión al círculo de la violencia; se detecta conducta ansiosa por lo que se proporciona retroalimentación y técnica de tiempo fuera y técnicas de respiración, para la reducción de la activación de la ansiedad. -No volvió a comunicarse.

			tiene fe en que él vuelva.		
23	F	32	<p>Dificultad para manejar mala conducta de hijo.</p> <p>Asesoría para tratar problema conductual de su hijo de 3 años. <i>“Es muy inquieto, se enoja mucho y ha llegado a golpear a sus abuelos”</i> sic. quienes son los que cuidan de él, dado que la madre trabaja tiempo completo.</p>	4	<p>-Modificación en el modo de comunicación</p> <p>-Mejora en la gestión del tiempo</p> <p>-Tolerancia a la frustración</p> <p>-Disminución del estrés</p> <p>-El menor acude a clases de natación</p> <p>-Disminución de la conducta problema</p> <p>En la cuarta llamada refirió una mejor relación familiar. No volvió a comunicarse.</p>
24	F	32	<p>Violencia sexual</p> <p>Sentimiento de culpa por la asunción de la responsabilidad ante violación sexual colectiva que padeció. <i>“Uno de los que me violó me dijo que yo había tenido la culpa, por vestirme como una puta ... (...) mi papá también me decía que no debía vestirme así, que un día de estos me iba a pasar algo”</i> sic.</p>	1	<p>-Contención</p> <p>-Se promueve establecer redes de apoyo</p> <p>-Se canaliza a Asociación MUSAS</p> <p>-No hubo más llamadas a la línea.</p>
25	F	32	<p>Problemas de pareja</p> <p>Solicita ayuda ya que hace aproximadamente un mes le fue infiel por tercera ocasión a su esposo quien sufre de discapacidad (paraplejía). Afirma que su acción fue a causa de lo monótono de su relación, sin embargo, su esposo al sentirse</p>	1	<p>-Contención</p> <p>-Refirió arrepentimiento por herir a su pareja; acudirá a terapia si es necesario para recuperar a su pareja y salvar su matrimonio.</p> <p>-No hubo más llamadas a la línea.</p>

			traicionado ha decidido dar por terminada la relación. Por tal situación se comunica y pide ayuda para recuperar la confianza de su esposo ya que se dice arrepentida de su error.		
26	F	35	Violencia sexual Trabaja como veladora de turno. Refiere sufrir abuso sexual por parte de un empleado donde labora, <i>“Ya es la tercer ocasión que lo hace, me agarra a la fuerza”</i> sic. Lo denunció ante la PGR pero la psicóloga que le brindó la atención la refirió a este call center para ser atendida. La usuaria dice padecer de discapacidad intelectual leve. Llama para saber qué puede hacer.	1	-Si bien la usuaria denunció ante la PGR, las autoridades del lugar y la psicóloga que brindó la atención refirieron a la usuaria el número telefónico del Call Center para ser atendida. Ante su situación se canalizó a INMUJERES para recibir asesoría legal; también se brindó información del Centro de Justicia para la Mujer y de sus servicios. -Se le invitó a comunicarse nuevamente a la línea para dar seguimiento a su caso, sin embargo, no volvió a llamar.
27	M	36	Ansiedad Refiere miedo a <i>“volverse loco”</i> (sic) debido a antecedentes de patologías familiares. Este pensamiento de un futuro catastrófico le genera síntomas de ansiedad como taquicardia, sudoración, y tensión muscular. Solicita ayuda para calmar dicha sintomatología y saber las	1	-Contención -Enfoque Cognitivo-conductual -Se programaron sesiones, sin embargo, no se comunicó más a la línea.

			probabilidades de “terminar loco” sic.		
28	F	43	<p>Problemas de pareja Refiere sintomatología de ansiedad, estrés, estado de ánimo cambiante y falla en el control de impulsos desde hace 3 semanas, misma que considera es debida a no estar conforme con su trabajo y los conflictos relacionales en el mismo. Por otro lado, afirma tener un retraso de su periodo menstrual desde hace dos o tres semanas y le preocupa estar embarazada ya que su pareja recién divorciada y con la cual mantiene una relación de noviazgo le dijo desde el inicio de la relación que “no desea nada serio ni más complicaciones en su vida”.</p>	1	Actualmente es usuaria recurrente
29	F	43	<p>Problemas de pareja Su esposo se fue de casa y no ha vuelto desde el día de ayer. Asegura que se encuentra viviendo nuevamente con la misma mujer que le ha hecho brujería en más de una ocasión. Cada vez que su esposo se va, él le comenta que lo hace no</p>	1	Presenta verborrea al describir a su esposo y comentar todo lo bueno que su pareja ha hecho de siempre, lo que dificulta mantener el diálogo con la usuaria. Se hace evidente su necesidad de validar lo expresado en el propio discurso. -Se le invitó a comunicarse a la línea nuevamente -No hubo más llamadas

			<p>intencionalmente, sino <i>“por una causa o algo que lo jala hacia ese lugar”</i> sic. Con esta persona, en una de esas ocasiones, llegó a vivir 8 meses aproximadamente y posteriormente volvió a casa con la usuaria. La usuaria asegura que su esposo es una buena persona que sería incapaz de hacer daño a alguien, <i>“todos lo quieren, le respetan, lo consideran una buena persona”</i>. Se dice preocupada porque su esposo le dice que quiere buscar ayuda psicológica pero <i>“no puede, algo se lo impide”</i>.</p>		
30	F	48	<p>Ansiedad ante la etapa de menopausia.</p>	1	<p>-Se le brinda psicoeducación acerca de la etapa por la cual atraviesa ya que refiere sentir miedo por las diversas sensaciones en su cuerpo y variaciones en su estado de ánimo.</p> <p>-Se dejó la línea abierta en caso de necesitarlo.</p> <p>-No hubo más llamadas de la usuaria.</p>
31	F	48	<p>Problemas familiares</p> <p>Su hija de 24 años mantiene una relación de noviazgo en la cual sufre de violencia física y emocional. Su madre ha intentado hablar con</p>	1	<p>- Se le invita a tomar responsabilidades propias.</p> <p>No se comunicó de nuevo</p>

			<p>ella de tal modo <i>“que entienda que él no le conviene”</i>. Menciona que el medio familiar se caracteriza por sufrir violencia física y psicológica por parte del padre. La usuaria solicita ayuda para saber cómo le puede hacer para que su hija deje de una vez por todas a su pareja.</p>		
32	F	49	<p>Problemas de pareja Refiere vivir en una situación conflictiva con su esposo la cual no puede dar solución alguna: <i>“no la ayuda económicamente, él se va y su vida se torna difícil al no tener apoyo de nadie”</i>. Se percibe como una persona <i>“dependiente e incapacitada para poder actuar por sí misma”</i>. Considera es demasiado <i>“ingenua y siente que se aprovechan de ella”</i>.</p>	Usuaría recurrente	
33	M	52	<p>Ansiedad Afronta en este momento un proceso de divorcio, su despido laboral, y problemas con su nueva pareja dos años menor que él.</p>	3 Usuario recurrente	<p>-Su discurso continúa girando en torno a su miedo a la soledad y abandono. - Se le sugieren técnicas para controlar su ansiedad, y aunque se le invita a ser referido al área de medicina para aclarar sus dudas en cuanto a la función de los medicamentos que toma, rechaza el</p>

			Refiere tener síntomas de ansiedad, desde hace más de 10 años y continúa recibiendo tratamiento psiquiátrico, aunque debido a que sus sesiones son mensuales se le dificulta “mantenerse bien”. Hace mención acerca de los medicamentos que ingiere y es insistente en preguntar si hay otros medicamentos que le ayuden a “calmar su malestar”.		ofrecimiento. Por tal motivo se le comunica que es importante que sea su médico quien decida si debe o no realizarse una modificación en su tratamiento farmacológico.
34	F	56	Problemas de pareja Refiere problemas familiares y padecer violencia de género.	Usuaría recurrente	-Tiene el conocimiento del procedimiento que debe seguir para actuar legalmente, sin embargo, el miedo al cambio le impide actuar, haciendo evidente que tiene poca capacidad de poder aplicar lo que sabe.
35	F	56	Problemas de pareja Refiere problemas de pareja que la aquejan. Se trata de un matrimonio de 39 años de duración. <i>“Su marido no se cuida, se muestra pasivo, y ella quisiera que él se comportara de modo distinto y a la vez mostrara interés por la relación de ambos”.</i>	1	-Se le invitó a continuar en la línea -No hubo más contacto
36	F	58	Estrés Usuaría presenta irritabilidad y estrés por exceso de responsabilidades: <i>“mi hermana vino y me dejó</i>	1	-Contención -Conforme avanza la sesión la usuaria comenta que su estado emocional tiene que ver con las responsabilidades que

			<p><i>a mi mamá; se fue a vivir al extranjero y sin referírmelo primero; tengo problemas con mi jefe porque es autoritario, y ya he comenzado a desconfiar de mi esposo quien trabaja como instructor en un gimnasio” sic. Es por esto que se comunica a la línea telefónica, para hablar de su estado emocional actual y pide que alguien la escuche.</i></p>		<p>tenía ya y ahora además tiene que hacerse cargo del cuidado de su madre.</p> <p>No hubo más llamadas a la línea.</p>
37	F	59	<p>Problemas familiares Usuaría con alta necesidad de ser escuchada. Su discurso gira en torno a ver por el cuidado de su nieta (3 años) a quien considera como su propia hija.</p>	Usuaría recurrente	- retroalimentación relacionada a las identificaciones de roles personales
38	F	60	<p>Problemas familiares Conflicto con hija ya que no existe una buena comunicación entre ellas y le gustaría poder mejorarla. Su hija nuevamente se fue a vivir sola, esto le causó mucha tristeza, y trató de acercarse a ella cubriendo necesidades económicas, sin embargo, en su última interacción tuvieron una pelea. Al momento no han hablado. La situación le genera mucha ansiedad y se encuentra muy</p>	Usuaría recurrente	<p>-Contención</p> <p>- estrategias para mejorar la comunicación.</p>

			decepcionada de su hija, no obstante quiere mejorar su relación.		
39	F	61	<p>Problemas familiares</p> <p>La usuaria teme que su hermana Esquizo-paranoide agrede físicamente a su madre como lo ha hecho ya en más de una ocasión y solicita asesoría en cuanto a querer saber cuáles son las probabilidades de que su madre sufra un ataque físico por parte de la hermana y pierda la vida. Comenta además que una sobrina acude a visitar a su mamá y no quiere que se vea inculpada en caso de “algo” suceda. Por tal situación, considera que es conveniente levantar un acta que haga constar que “fue su madre quien decidió vivir así” sic. Por su parte sostiene que ella no puede hacerse cargo de su madre pues no cuenta con el espacio, ni la economía para su cuidado.</p>	1	<p>-Se proporciona información de los teléfonos del Edo. de México para que acuda a algún DIF para recibir apoyo. De igual modo, se le comenta que es importante trabajar - más allá de su necesidad por la cual se comunica - la culpa propia. Se le hace la señalización de que más que preocuparle realmente la protección de su sobrina, es más la preocupación por saber cómo protegerse ella de un posible cargo legal si algo llegara a sucederle a su madre.</p> <p>-Después de la devolución, la usuaria refirió: <i>“es que me tengo que proteger... ella fue la que decidió estar así”</i>.</p>
40	F	83	<p>Ansiedad</p> <p>Su matrimonio tuvo una duración de 65 años. Desde hace 15 días ha presentado problemas para conciliar el sueño, comer, salir, <i>“sale a la</i></p>	1	<p>-Contención</p> <p>-Catarsis</p> <p>-Entendimiento de su situación actual</p>

		<p><i>calle pero inmediatamente quiere volver a casa, está en casa y quiere salir a la calle, no sabe qué hacer, está desesperada” sic.</i></p> <p>Apenas come y lo que ingiere lo devuelve, duerme poco, tiene sueños inquietantes. Solicita se le recomiende algún medicamento que le ayude a aminorar su sintomatología.</p>	<p>-Se le invitó a mantenerse en contacto, sin embargo refirió sentirse mejor y no cree que vaya a ser necesario.</p>
--	--	---	---

II. SINTOMATOLOGIA

PROBLEMÁTICA	SINTOMATOLOGÍA
Problemas familiares	Tristeza, sentimientos de culpa, falta de apetito, sentimientos de soledad, estado de ánimo bajo, inseguridad, baja autoestima, falta de autoconfianza, sensación de cansancio, falta de energía, enojo, resentimiento, irracionalidad.
Violación sexual	Atribución total de la culpa, vergüenza, resentimiento, rechazo familiar, pensamiento distorsionado, imagen personal negativa, atención selectiva (ve solo lo negativo), tristeza, enojo, sentimiento de abandono familiar, dificultad para dormir, alteración del apetito, imagen negativa de sí misma, ansiedad, celos, incredulidad y bajada fuerte de la autoestima, sentimiento de fracaso en forma total como mujer, reproches y autoreproches, discusiones constantes, alteración del sueño y del apetito, dolor de cabeza, ansiedad
Relación de pareja	Ansiedad, preocupación, intranquilidad, miedo, atribución de la culpa, sentimiento de temor y de pánico por la posible pérdida del otro, llanto, comportamiento suspicaz, desesperación.
Pobre habilidad social	Inseguridad, duda, ansiedad, llanto, irritabilidad, baja autoestima, falta de autoconfianza, actitud negativa.

Conducta autodestructiva	Tristeza, culpa, problemas para conciliar el sueño, ira, odio a sí misma, nula proyección a futuro, ansiedad, llanto recurrente, impulsividad, tristeza, baja autoestima, sentimiento de indignidad, conductas autolesivas, autocrítica constante, aislamiento (deliberado), privación de alimentos, dificultad para dormir.
Estrés	Enojo, estado de ánimo cambiante, irritabilidad y falla en el control de impulsos.
Problemas para asumir orientación sexual	Ansiedad, miedo, inquietud, inseguridad.
Falla en el control de impulsos	Sentimiento de culpa, vergüenza, rumiación, arrepentimiento, dificultad para dormir, ira, distorsión de la realidad, hipervigilancia.
Dificultad para manejar mala conducta de hijo	Reacción impulsiva, desesperación, estrés.
Ansiedad	Taquicardia, sudoración, y tensión muscular, inquietud, desesperación, miedo y estado de ánimo inestable, pensamientos negativos recurrentes y desoladores, aislamiento, dificultad para dormir, alteración del apetito.