

REVISTA



Colegio Metropolitano de Psicología, A. C.



ÍNDICE

	Pag.
EDITORIAL Comité directivo COMEPSI	4
LAS TIC EN LA EDUCACIÓN Alma Rodríguez Ocampo	6
ASESORÍA Y ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA PERSONALIZADA Francisco Javier Huerta Moreno	8
LA MENTE ABIERTA BASES NEUROFISIOLÓGICAS DE LAS ADICCIONES Roberto Herrera Lémus	13
INEQUIDAD DE GÉNERO FRENTE AL CONSUMO DE ALCOHOL Elsa Mariska Fehér de la Torre	19
LA DEPRESIÓN EN LAS MUJERES Ma. Del Rosario Franco Bey	22
PAREJAS CODEPENDIENTES Diana Espinosa Ortega	25
MASCULINIDADES José Luis Sandoval	28
ATENCIÓN PSICOLÓGICA QUE OFRECE EL COMEPSI EN SU SEDE	33
DIRECTORIO DE CONSULTORIOS CONSIDERADOS PARA EL SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE COMEPSI	35

EDITORIAL

Lo primero que pasó por mi mente, al escuchar la propuesta de volver a hacer una revista del Colegio Metropolitano de Psicología, fue que como el ave fenix resurgiría de sus cenizas, aquella primer experiencia de hace ya varios años, en que un grupo de jóvenes y entusiastas psicólogos elaboraron 3 números de una revista que se llamó “Personalidad y cultura”. Hoy, como en aquellos días, lo que renace, lo que insiste, es el interés por tener un espacio que nos permita poner temas en la mesa, para desarrollarlos en diferentes momentos, o discutirlos, o debatirlos junto con otros colegas que les llame la atención nuestra forma de abordarlos, pero lo más importante es, que sea una plataforma que de cause a la pulsión epistemofílica (pulsión por saber), tanto para los que quieren compartir los temas que les apasionan o causan cosquillas, como para los que tienen la curiosidad de saber qué es lo que tienen otros por decir, y por supuesto, queremos que sea un juglar que lleve por todos los caminos posibles, las ideas, construcciones e intercambios que se realicen en sus plumas, en sus hojas, ya sean de papel o virtuales.

A diferencia de la primer época, en la que la producción de la revista dependía de los apoyos proporcionados por instancias externas al Colegio, y como agradecimiento adoptamos el nombre anterior, ahora por un impulso grupal y de reafirmación de identidad colectiva, decidimos llamarla COMEPSI, que es la forma amigable en que se nos conoce, ya que es el nombre corto con el que nos presentamos. Esto muestra que si bien está renaciendo este proyecto, también es cierto que tenemos algunas dife-

rencias, seguimos sintiéndonos jóvenes, pero con un cúmulo de experiencias que nos dan independencia y claridad en el objetivo de la tarea y fortaleza para impulsarnos más allá de los horizontes alcanzados anteriormente. Sobre la periodicidad de COMEPSI, tenemos la intención de producir un número cada tres meses, aunque en los laberintos del mundo editorial, los tiempos cronológicos suelen ser una guillotina, esperamos hacerlos coincidir con los tiempos lógicos, y hacernos presentes en los meses de enero, abril, julio y octubre.

En este renacer nos encontramos con novedades en el mundo, ahora las publicaciones tienen al menos dos versiones, la palpable, la que se puede doblar, enrollar, oler, iluminar, es decir la que es un objeto y; la virtual, la que es una ilusión, la que difícilmente se puede enrollar, pero que sin embargo es mucho más fácil de transportar y nos puede acompañar a todos lados sin pagar sobrepeso en los aviones, y es entonces una versión mucho más ligera, que podrá desplazarse más fácil y rápido de un lugar a otro, por lo que tendremos ambas versiones.

En este primer número nos ponemos al día, abordado como apertura el tema de las tecnologías de la información y comunicación “Las TIC en la educación”, en segundo lugar traemos a estos días el modelo de “Asesoría y orientación psicológica personalizada” que se estructuró como respuesta al terremoto de 1985, y a la vez es un adelanto del libro que está en proceso y que aparecerá próximamente, después retomamos los nuevos tiempos y con el artículo “La mente abier-

ta, bases neurofisiológicas de las adicciones”, otros tema de actualidad son “Inequidad de género frente al consumo de alcohol” y “La depresión en las mujeres” abordando los temas poniendo en el centro a las mujeres, seguimos con un tema del que se menciona constantemente “Parejas codependientes” , y cerramos con un tema que apenas está abriéndose lugar en el mundo, más allá del reducido círculo que ya tienen algunos años trabajándolo, son las “Masculinidades” que son un punto de vista que nos invita a trabajar y profundizar en todas sus implicaciones.

Nos interesa hacer explícita la invitación a todas y todos las y los lectores de COMEPSI a participar en esta aventura, sea con artículos resultado de su interés y reflexión sobre la práctica como profesionales de la psicología, y a los que no sean especialistas pueden sumarse con sus comentarios, ambas formas de colaboración serán bienvenidas, ya que enriquecerá esta tarea que nos concierne a todos.

Comité directivo COMEPSI

LAS TIC EN LA EDUCACIÓN

Alma Rodríguez Ocampo

Ante los retos que imponen la globalización y los nuevos sistemas de producción, se hace necesario el uso de las nuevas Tecnologías de Información y Comunicación, mejor conocidas como TIC.

Si bien es cierto, como afirma Castells en su libro *La era de la información*: “Tampoco la sociedad dicta el curso del cambio tecnológico, ya que muchos factores, incluidos la invención e iniciativas personales, intervienen en el proceso del descubrimiento científico, la innovación tecnológica y las aplicaciones sociales, de modo que el resultado final depende de un complejo modelo de interacción” (Castells, 1999, 31), por otro lado entendemos que la tecnología plasma la sociedad y viceversa, la sociedad determina la innovación tecnológica.

Luego entonces, hoy por hoy en todos los ámbitos de la vida se utiliza la computadora, Internet y diversas tecnologías de vanguardia, que en ciertos aspectos facilitan la vida del ser humano; la educación no escapa a este fenómeno de desarrollo tecnológico. Se han contemplado en los nuevos planes y programas de estudio, el uso de tecnologías de diferente tipo, esto facilita el proceso de enseñanza-aprendizaje, de tal suerte que ya se cuenta en la mayoría de las escuelas de los diversos niveles del sistema educativo mexicano, con equipo de cómputo, enciclopedia, multimedia, Internet, y otros medios tecnológicos necesarios, pero no imprescindibles para dicho proceso.

La reforma educativa del 2012, señala que: “La educación que el Estado proporciona ha de estar a la altura de

los requerimientos que impone nuestro tiempo” (Reforma Educativa, 2012, 2). Como señala Limón: “La educación formal no ha sido ajena al paso del tiempo y aunque con retraso, algunos adelantos tecnológicos están interviniendo en la administración escolar, así como a partir de los desarrollos de la realidad virtual se abren nuevas posibilidades de relación de los usuarios con los contenidos de los medios”. (Limón, 1995, 7)

Como se comenta anteriormente, la reforma educativa contempla como una de sus prioridades la inserción de las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación, de tal forma que los nuevos profesionistas puedan emplearlas en sus áreas laborales, lo que obliga tanto a los profesores como a los alumnos, a actualizarse en el uso de estas herramientas.

Según Palamidessi, “Resaltan las potencialidades de las redes como medio de formación y como instrumento imprescindible para diversificar las oportunidades de formación a lo largo de la vida y para revitalizar la actividad de las escuelas, las TIC y las redes ayudan a las personas a adquirir nuevos conocimientos, a desarrollar nuevos métodos de enseñanza y a estimular la comunicación multicultural entre estudiantes y profesores de diversos países”. (Palamidessi, 2006, 24)

Docentes y estudiantes se sitúan a menudo a la cabeza, con respecto a la utilización de las innovaciones tecnológicas y sus aplicaciones. Según Palamidessi, “En los últimos años una importante cantidad de docentes utilizan los entornos digitales para sus actividades de enseñanza: el envío y recepción de mensajes por correo

electrónico, la búsqueda de información en Internet y el diseño y desarrollo de páginas web, son algunas de las actividades que docentes y estudiantes realizan de manera cada vez más frecuente en las aulas de los niveles primario y secundario”. (Palamidessi, 2006, 51)

El proceso de aprendizaje, durante mucho tiempo confinado en lugares determinados como la escuela y fundamentalmente con métodos directivos y no interactivos de enseñanza, se está transformando y convirtiendo en un espacio virtual de dimensiones mundiales y accesibles a distancia.

En este sentido, expertos estiman (Montes et al, 2001) que el desarrollo de las nuevas tecnologías podría contribuir a la lucha contra una serie de limitaciones en el proceso educativo. Se considera que al incrementar el desarrollo de nuestras capacidades, las tecnologías de la información y la comunicación podrían facilitar el desarrollo del proceso educativo, como estrategias de enseñanza-aprendizaje.

Sin embargo, es necesario que los instrumentos que permiten conocer la información sean los indicados, e irlos encausando para usos y fines educativos y tratar que las TIC, sirvan, tanto a los maestros y alumnos, como herramienta pedagógica en relación con las ya conocidas y comunes, como son: proyección y búsqueda de información, planeación, realización, análisis y presentación de entrevistas, ampliación del vocabulario, inferencia y análisis de textos e imágenes, entre otras, hecho que favorece a los alumnos en la libertad del uso y apropiación del dispositivo a utilizar en sus tareas y trabajos por equipo. De no ser así, la información sólo seguirá siendo un acopio de datos peculiares sin ninguna relevancia práctica. (Montes et al, 2001)

La misión de la escuela en este contexto será el desarrollar la facultad de filtrar la información de manera pertinente y examinar las posibilidades que las tecnologías abren a la imaginación del ser humano, ya que “la evidencia

muestra que el uso de las TIC contribuye al desarrollo de la creatividad y la inventiva” (Morrissey, 2007), tratando la información disponible con espíritu crítico, analizarla y seleccionar sus distintos componentes para después, incorporar los que estimen más sugestivos para sus intereses o necesidades específicas de estudio o investigación.

La gran mayoría de los trabajos de exploración efectuados hasta ahora en los campos de la educación concluyen que el uso de las TIC, es un factor clave para el cambio social. Las nuevas tecnologías en la enseñanza y el aprendizaje son vistas desde las ventajas que nos puede brindar su utilización, dejando de lado un estudio más profundo de los nuevos contenidos de la educación, así como de su calidad y sus modalidades.

Bibliografía

Castells, M. La era de la Información: Economía, sociedad y cultura. Vol. I La sociedad red. Octava reimpression, Ed. Siglo XXI, México 2011.

Limón Acuña, A. (Coordinador) Nuevos medios, viejos aprendizajes, Cuadernos de Comunicación y prácticas sociales, N° 7, Primera edición, Universidad Iberoamericana, A.C, México, 1995.

Montes, M. Ortega, P., Pérez, J Recursos educativos abiertos en ambientes enriquecidos con la tecnología. Innovación en la práctica educativa, Montes, M. Ortega, P., Pérez, J. en Montoya y Burgos Coordinadores Tecnológico de Monterrey, México, 2010.

Morrissey, J. (2007), “El uso de TIC en la enseñanza y el aprendizaje. Cuestiones y desafíos”, en: Magadán Cecilia y Valeria Kelly [Compiladoras], Op. cit., pp. 81-90.

Palamidessi, Mariano, (2006) La escuela en la sociedad de redes. Una introducción a las tecnologías de la información y la comunicación en la educación, México, Fondo de Cultura Económica.

ASESORIA Y ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA PERSONALIZADA

Francisco Javier Huerta Moreno

Antecedentes

Desde 1989 la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, inicia un proyecto de apoyo a la comunidad de Santiago Tulyehualco. La demanda de la comunidad fue sobre todo el apoyo psicológico individual para dar respuesta a esta demanda, se desarrolló un modelo de atención, tomando ideas de los modelos de intervención en crisis, primeros auxilios psicológicos y emocionales, que estaban también en sus primeros planteamientos.

El modelo debería cumplir con ciertas características:

- a) Ofrecer atención psicológica individual.
- b) Atender una población amplia.
- c) Realizado por alumnos de Psicología en servicio social.
- d) La atención psicológica de primer nivel, no terapia.

Encuadre

El modelo está compuesto por etapas progresivas y cada una de ellas interdependientes; la orientación se centra en la persona, básicamente en la problemática emocional, en términos de su cotidianidad y tomando como punto de partida la demanda inicial de atención.

El modelo requiere ser trabajado con un enfoque semidirigido, no ofrece consejos y soluciones, solo guía los esfuerzos del sujeto hacia la comprensión, análisis y reflexión de su situación, con el propósito de desarrollar herramientas y destrezas, y encontrar alternativas de vida, para que el sujeto retorne a su contexto desde una mejor perspectiva, comprensión y abordaje de la

situación. Este modelo fue diseñado por el Colegio Metropolitano de Psicología, y se ha aplicado, con ajustes y actualizaciones, desde 1990.

Este modelo no requiere de un marco teórico específico, pero debe ser exclusivamente aplicado por psicólogos y que además éstos tengan una capacitación sobre los pasos y procedimientos del mismo.

Alcances

En cuanto a los alcances del modelo:

- a) Se trabaja exclusivamente con los aspectos emocionales y conductuales del sujeto, que sea funcional en su entorno y para sí mismo.
- b) Los casos que requieren atención especial o psicoterapia son dirigidos a instituciones o consulta privada.
- c) El número de sesiones es máximo ocho.
- d) Al sujeto se le explica el alcance y propósito del servicio, nunca se deberán generar expectativas de resolución de problemas o de "cura".
- e) Solamente es un servicio de orientación y asesoría psicológica.
- f) Se trabajará con el código de ética de la Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México.
- g) El orientador cobrará la cuota que acuerde con el sujeto, o según los acuerdos que fije el COMEPSI.

Etapas y estrategias de modelo

a) Escucha

El sujeto plantea su demanda de atención, el orientador facilita y promueve que este exprese sus ideas y emociones respecto a su demanda.

La atención y concentración del orientador hacia el discurso del sujeto es fundamental: no interpretar y no interferir.

El orientador buscará establecer una relación de armonía, respeto y empatía con el sujeto.

El orientador ofrece un espacio de confianza y seguridad, para que el sujeto explore sus vivencias, conductas y sentimientos relevantes en la problemática de su vida.

El orientador escucha, no califica, no toma partido, no se alía con el sujeto.

El orientador se compromete a:

- Acompañarlo en su proceso.
- Informar y orientar.
- En su caso, derivar a otro nivel o instancia de atención, pero debidamente asesorado para la aceptación y que el sujeto acuda a la opción recomendada.
- Guiarlo y ayudarlo a identificar conductas, actitudes, emociones, relacionadas con la problemática que refiere, así como confrontarlo consigo mismo y analizar su participación en la problemática y su participación en las alternativas para enfrentarla y encontrar acciones y decisiones que aclaren o mejoren su vida.
- El orientador observa tanto los mensajes verbales, como los no verbales, y establece una comunicación en ambos niveles con el sujeto.
- El orientador responde y comenta con el sujeto, sin llegar a establecer una dirección o mandato, solamente participa en la comunicación.
- El orientador a través de la escucha y atención psicológica busca comprender su visión y sus sentimientos.
- El orientador comunica al sujeto, verbal y no verbalmente, que ha captado y registrado lo que el sujeto comenta, con autenticidad y respeto.
- Es muy importante no presionarse para lograr una empatía. Es preferible seguir con la escucha a comu-

nicar un entendimiento no autentico.

- El orientador escucha y responde en forma concreta, no da discursos y explicaciones académicas.

b) Contextualización

Consiste en lograr que el sujeto, a partir de la demanda de atención, sea guiado hacia la exploración de cada uno de los aspectos que pueden estar participando en la problemática.

- Antecedentes del problema: Cuál era la situación previa al evento o problema referido, tanto en el contexto familiar, social, físico, emocional, como en algún evento previo disparador.
- Descripción del problema: La descripción del problema será buscando los detalles y elementos participantes, sean personas o circunstancias particulares, así como la secuencia de eventos. El propósito es que el sujeto, saque todo lo que trae, pero al detallarlo y describirlo, vaya encontrado aspectos que no había pensado o bien le den otra perspectiva de lo que está pasando. Quiénes participan directa o indirectamente; cuál es el papel que han desempeñado; a quién responsabiliza; cuál es el tono emocional para cada participante. Cuando pasó, por qué pasó, qué consecuencias, y qué acciones ha tomado.
- Ubicación y delimitación del problema: Por qué es problema; cómo le afecta; qué siente; qué piensa; qué detiene; qué obstaculiza; qué destruye. Dónde está el problema; cuál es el tamaño del problema; en dónde me ubico; hasta dónde llega; cuál es su alcance y cuáles son sus implicaciones.
- Perspectivas y escenarios del problema: Que es lo que se espera, cual es el escenario deseado, cual es el escenario real, cual el escenario posible. Panorámica del problema, percepción del problema desde diferentes puntos de vista.

c) Reflexión y análisis del problema

Se busca que el sujeto inicie una reflexión sobre la situación problema, los factores que participaron para llegar a tal situación, cómo participó el sujeto en el problema,

cómo es afectado, que consecuencias está produciendo, que posición y qué opciones tiene.

- Analizar los factores psicosociales y emocionales que intervinieron para llegar a la situación problema.
- Analizar la participación del sujeto: Qué hizo y qué no hizo; qué debería haber hecho y qué podría hacer.
- Cómo le ha afectado en sus emociones, actitudes y conductas.
- Cómo está manejando el sujeto, sus emociones, el rechazo, su autoestima, resentimientos, la comunicación, entre otros aspectos.
- Comprensión del problema: Ubicación del sujeto en relación al problema, identificación del daño, comprensión de las posibilidades y opciones.
- Confrontar al sujeto con el problema y la búsqueda de opciones o alternativas de conducta, actitud y emoción, en relación a cómo percibe ahora el problema y cuales cursos de acción podría emprender.
- Que límites y obstáculos se presentan, cuáles pueden resolverse o atenuarse.

d) Búsqueda de alternativas para mejorar su situación de vida

En esta fase el sujeto ya descargó e identificó el problema, ya reflexionó sobre sí mismo y la situación que lo trajo hasta aquí, ahora se trabajara sobre sus opciones y caminos para entender y enfrentar mejor la situación problema.

- ¿Qué quiero hacer y qué puedo hacer para retomar la situación?
- ¿Cómo la percibo ahora? ¿Hasta dónde puedo llegar para enfrentar mejor la situación?
- ¿Qué estoy dispuesto a hacer a nivel de mis emociones, actitudes y conductas?
- ¿Qué opciones, alternativas, pros y contras?
- ¿Qué voy a hacer? ¿Cómo lo haré? ¿Qué cambios, qué esfuerzos y qué resultados espero?

e) Selección de alternativas de vida

En esta fase el sujeto ya trabajó las opciones y decisiones que tomara respecto a la situación que está viviendo, la

idea es que para este momento, tenga una mejor comprensión del problema y elija cursos de acción para enfrentar su situación.

- ¿Qué voy a hacer y como lo voy a hacer?
- Desde mi posición, ¿qué cambios puedo hacer?
- Si no consigo mejorar mi situación, ¿qué puedo hacer para enfrentarla mejor?
- ¿Que pasos u opciones en relación a la situación y en relación a uno mismo realizaré?
- Plan de acción.

f) Cierre

El sujeto a partir del proceso de reflexión, análisis, y elección de cursos de acción, se encamina hacia el cierre de la asesoría, se busca claridad y compromiso consigo mismo de lo aprendido y acordado en el proceso.

- Conclusiones
- Compromisos
- Acuerdos

Desarrollo de las sesiones

Primera sesión

Objetivo: Iniciar un proceso de escucha de la demanda de atención del sujeto, generar confianza, contextualizar el problema y hacer una devolución al cierre.

El orientador atiende la demanda de atención del sujeto, inicia un expediente pero sin distraer y obstaculizar la expresión del sujeto; el interés central es que el sujeto exprese todo lo que trae.

El orientador buscará establecer un ambiente de empatía y confianza, hará las preguntas que considere necesarias para contextualizar la situación problema y datos del sujeto, pero no debe ser esto motivo para interrumpir el discurso.

El estilo de entrevista es semidirigida y centrada en el sujeto. Se recomienda no hacer señalamientos e interpretaciones.

Al cierre de la sesión se hará una devolución respecto a

los siguientes aspectos:

- El encuadre de trabajo.
- De recuperación de algunos contenidos, en términos de tarea que se le deja al sujeto para la siguiente sesión. Esta tarea puede ser, que reflexione sobre algunos aspectos de lo trabajado en la sesión, o bien de aspectos que faltarían o complementarían lo dicho; se trata de que el sujeto inicie un proceso de interés e involucramiento en su propio de orientación.

Segunda y tercera sesión

Objetivo: Continuar con el proceso de contextualización del problema e iniciar la reflexión sobre la situación problema y la exploración del sujeto sobre sí mismo.

Al inicio de la sesión se recupera la tarea encomendada, en la sesión previa

La meta del orientador es guiar al sujeto a identificar temas, situaciones, patrones de conducta y actitudes que le ofrezcan una mejor panorama del problema.

La reflexión sobre la problemática y sobre sí mismo es fundamental en estas sesiones, se analizan los factores que intervienen en la situación, así como el impacto y la afectación que ocasiona y el papel que ha jugado el sujeto.

Se trabaja sobre temas que sean pertinentes a la situación del problema o personales, por ejemplo las emociones, actitudes y comportamientos del sujeto. La idea es continuar con la autoexploración y el abrir la temática de la situación problema hacia una visión más de contexto.

Las devoluciones al término de cada sesión atienden, según el caso a:

- La mejor comprensión de la situación que está viviendo.
- La autoexploración de sí mismo en relación a su vida y a la situación problema.
- Identificar los obstáculos personales y externos que intervienen.

- Identificar los escenarios de actuación y de cambios posibles para enfrentar la situación.

Cuarta y quinta sesión

Objetivo: Identificar con mejores elementos la situación problema y guiar al sujeto a la búsqueda de cursos de acción y cambios posibles para mejorar su situación de vida.

Al inicio de cada sesión se retoma la tarea encomendada, ahora el orientador tiene como meta, guiar al sujeto hacia el análisis de alternativas para enfrentar y mejorar su situación de vida.

No es la resolución de problemas la meta, es desarrollar en el sujeto la comprensión, análisis y compromiso de cambios para enfrentar su vida.

El orientador se enfoca en facilitar la acción, desde la comprensión, la disposición o actitud, hasta comportamientos específicos, hacia la construcción de alternativas.

Cada curso de acción o cambios que se identifiquen deberán ser guiados por el orientador para que el sujeto reflexione los pros y contras de las decisiones que va a tomar.

La devolución en cada sesión: Se maneja en el sentido de los posibles cursos de acción que el sujeto vaya descubriendo. Hacia la reflexión de los escenarios posibles y los compromisos que hará consigo mismo.

Sexta y séptima sesión

Objetivo: Orientar al sujeto hacia el compromiso de la toma de decisiones sobre las alternativas y cursos de acción que llevará a cabo en su vida.

El orientador continúa buscando que el sujeto establezca un compromiso consigo mismo respecto a cómo enfrentará ahora, tanto la situación problema que lo trajo al servicio como su vida misma.

No es el propósito que el orientador decida los cursos de acción y compromisos del sujeto, inclusive el sujeto podrá no decidir qué hacer, pero el proceso vivido en la asesoría cumplirá su objetivo en tanto que lleve al sujeto a una mejor comprensión del problema y de sí mismo. El cierre del proceso tiene que ver con las acciones y compromisos del sujeto, o bien hacia la mejora de la situación personal que se propone, siempre desde una perspectiva de asesoría y orientación no directiva.

Técnicas y procedimientos para el manejo de la entrevista

En este apartado se dan algunas sugerencias para el manejo de la entrevista:

- El encuadre de la entrevista es abierta semidirigida, centrada en el sujeto.
- Para el manejo de la escucha se sugiere, concentrarse en el discurso del sujeto, la atención y la empatía son básicas.
- El orientador habla lo menos posible y busca darle continuidad al discurso del sujeto.
- Es importante tomar datos de identificación y de contexto para el expediente, pero no deben ser distractores ni interrumpir el discurso, sobre todo en la entrevista inicial.
- Para la contextualización se sugiere, además de datos generales del sujeto y su entorno, dar prevalencia a que describa en detalle la situación problema, tanto desde los antecedentes, el momento y sus circunstancias, los participantes los resultados y efectos, así como las reacciones y afectaciones.
- Para la reflexión, buscar que el sujeto se ubique en el lugar que tiene o se asigna dentro de la situación.
- Buscar la autoexploración del sujeto, ponerlo ante sí mismo, que descubra sus inquietudes, temores, su autoestima, rencores y el manejo de sus emociones.
- Que reflexione sobre lo que quiere, sobre lo que busca, sobre lo que espera, lo que es posible.
- En relación a sí mismo, que se vea desde una perspectiva que le permita conocerse un poco más.

- Cuando encontramos tristeza en el sujeto, sensación de impotencia, se trabaja la recuperación de sí mismo en términos de lo que sí tiene y sí puede hacer, del descubrimiento de sus destrezas y de la aceptación de sus defectos y circunstancias.
- El rechazo de los demás es un tema importante, la recuperación de sí mismo está asociada con encontrar los porqués y las prioridades, y darse cuenta de que el rechazo es un proceso en el que participamos con la intensidad e importancia que le demos.
- El orientador trabajará sobre la comprensión del problema, sobre el conocimiento de uno mismo, sobre los cambios posibles, sobre los compromisos, con las técnicas que desee, pero en todo momento no debe ser directivo sino ser un asesor y guía del proceso.
- Los casos que requieran atención médica, terapéutica u de otro especialista deberán ser canalizados, pero en todo momento se asesora y guía para la derivación.
- En el caso de los formatos para expediente y datos de identificación, se deja al orientador a que trabaje de acuerdo a su experiencia y a los formatos que este acostumbrado.

Bibliografía

Huerta, Francisco J. Asesoría y atención psicológica personalizada. UAM Xochimilco-COMEPSI. (Libro en proceso editorial)

LA MENTE ABIERTA

BASES NEUROFISIOLÓGICAS DE LAS ADICCIONES

Roberto Herrera Lémus

Introducción

La adicción es mejor entendida como un trastorno crónico recurrente. Aunque algunos pacientes logran control completo sobre su consumo de sustancias después de un período de tratamiento, muchos más presentan recaídas. Necesariamente se requiere de tratamientos repetidos para disminuir la intensidad de las recaídas e incrementar los intervalos entre éstos, hasta que el individuo alcance la abstinencia.

La neurociencia de la afectividad se dedica al estudio de las bases neurológicas de las emociones y el talante. Durante los últimos 30 años hemos sido testigos del incremento de las investigaciones que abordan cuestiones tales como:

- ¿Qué sistemas cerebrales subyacen a las emociones?
- ¿Cómo las diferencias en estos sistemas se relacionan con diferencias en la experiencia emocional de los individuos?
- ¿Diferentes regiones cerebrales intervienen en diferentes emociones o todas las emociones son una función del mismo circuito cerebral básico?
- ¿Cómo se relaciona el proceso cerebral de las emociones con los cambios corporales asociados con éstas?
- ¿Cómo el proceso cerebral de las emociones interactúa con la conducta, el lenguaje, la motivación y la cognición?

La neurociencia de la afectividad, para sus estudios e investigaciones, hace uso de la neuroimagen funcional, experimentos conductuales, registros electrofisiológicos, estudios de lesiones cerebrales en humanos y animales de laboratorio y el efecto de sus-

tancias adictivas en distintas áreas del sistema nervioso central.

En algún punto de la historia de la humanidad, el hombre y la mujer empezaron a usar sustancias psicoactivas. El consumo de la hoja de coca data, al menos, desde hace más de siete mil años y existe evidencia arqueológica de que el betel (una nuez que contiene aerocolina, que es un agonista muscarínico), masticaba hace 11 mil años en Tailandia y desde hace 13 mil años en Timor (Sullivan and Hagen, 2002).

Sabemos que existe una relación muy cercana, desde el punto de vista de la evolución, entre los alcaloides de algunas plantas y los neurotransmisores cerebrales; los sistemas nerviosos, tanto de invertebrados como de vertebrados, contienen transmisores químicos y receptores que tienen una semejanza notable con la estructura de sustancias adictivas derivadas de plantas.

Los cannabinoides, la nicotina, la cocaína y los opiáceos, actúan sobre substratos proteicos en el cerebro, los cuales se unen específicamente a estos compuestos; el alcohol indirectamente afecta a estos sustratos.

En los humanos, estas y otras drogas de abuso son capaces de inducir sentimientos de emociones positivas o placer y de aliviar estados emocionales negativos como angustia y depresión (Nesse and Berridge, 1997).

Sin embargo, en individuos vulnerables el consumo repetido de drogas psicoactivas conlleva el riesgo de la dependencia y la adicción, caracterizadas por consecuen-

cias graves sobre la salud y la pérdida de control sobre las conductas de búsqueda de la droga (Koob, et al. 2004 and Volkow and Fowler 2000).

Durante décadas, el enigma de la adicción ha capturado la atención de clínicos e investigadores, pero recientemente los grandes avances en neurociencia molecular, cognitiva y conductual, han proporcionado un marco integral para abordar este problema.

Probablemente, el avance conceptual más significativo lo constituya el entender que el proceso de la adicción comparte importante similitud con la plasticidad neuronal asociada con los sistemas de memoria y de recompensa natural.

Estos dos sistemas de neurotransmisores se encuentran ampliamente distribuidos en muchas regiones de la corteza, sistema límbico y ganglios basales y al parecer juegan un papel clave en la integración de la motivación, el aprendizaje y la memoria.

En adicciones, un concepto central que ha evolucionado con los avances científicos a lo largo de la década pasada, es que la adicción a las drogas es una enfermedad cerebral que se desarrolla a lo largo del tiempo como resultado de la ingesta inicial voluntaria de alguna de ellas.

La consecuencia es casi siempre una conducta de búsqueda y uso, craving incontrolado y compulsivo, que interfiere, sino es que destruye el funcionamiento individual en la familia y en la sociedad.

Ahora conocemos más los mecanismos cerebrales sobre los cuales actúan las drogas y modifican el estado de ánimo, la memoria, la percepción y las emociones. Utilizar drogas constantemente a lo largo del tiempo cambia las estructuras cerebrales y sus funciones de una manera fundamental y a largo plazo pueden persistir estos cambios no obstante que el sujeto haya dejado de consumir las drogas mucho tiempo atrás.

La adicción ocurre a través de una variedad de cambios neuroadaptativos y el decremento y la fortaleza de las nuevas conexiones de memoria en varios circuitos en el cerebro. Aún no sabemos todos los mecanismos relevantes, pero las evidencias nos sugieren que los cambios cerebrales a largo plazo son los responsables de las distorsiones en las funciones cognitivas y emocionales que caracterizan a los adictos, incluyendo particularmente la compulsión al uso de drogas que es la esencia de la adicción.

Es como si las drogas hubiesen secuestrado a los circuitos motivacionales naturales de control del cerebro, resultando en el uso de drogas como lo único, o al menos la máxima prioridad motivacional para el individuo. De esta manera, la mayoría de la comunidad biomédica considera actualmente las adicciones, en su esencia, como una enfermedad cerebral: una condición causada por cambios persistentes en la estructura y funciones del cerebro.

Esta visión de las adicciones basada en el cerebro ha generado mucha controversia, particularmente en las personas que solo ven posible pensar de una manera polarizada.

Muchas personas erróneamente aún creen que las explicaciones biológicas y conductuales son alternativas o formas competitivas para entender el fenómeno, cuando en realidad son complementarias e integrales.

La ciencia moderna ha pensado que es muy simplista el poner a la biología en oposición con la conducta u oponer la fuerza de voluntad en contra de la química cerebral. La adicción incluye los inseparables componentes biológicos y conductuales. Es por excelencia el trastorno biológico-conductual.

No obstante, el reconocimiento de que la adicción es una enfermedad cerebral no significa que el adicto sea una víctima desventurada. La adicción inicia con el



consumo voluntario de drogas, y los adictos deben de participar y tomar cierta responsabilidad significativa para su recuperación.

Así, el padecer esta enfermedad cerebral no absuelve a los adictos de su responsabilidad de su comportamiento, pero nos explica el porqué un adicto no puede solamente detener su consumo por simple fuerza de voluntad o deseo. También proporciona un enfoque mucho más sofisticado para manejar el conjunto de problemas que rodean el uso y abuso de drogas en nuestra sociedad.

La esencia de la adicción

El concepto global de adicción ha sufrido ampliamente de imprecisión y de ideas equivocadas. De hecho, si fuera posible, sería mejor comenzar nuevamente con un término nuevo, uno más neutral.

La confusión viene en parte debido a que actualmente la distinción arcaica entre drogas que generan una adicción “física” o “psicológica”.

Esta distinción históricamente gira en torno a que si los síntomas físicos de abstinencia ocurren o no cuando el sujeto deja de consumir drogas, lo que llamamos ahora en nuestro campo “dependencia física”.

Sin embargo, 20 años de investigación científica nos ha enseñado que el centrarse en ésta distinción, entre lo físico vs. lo psicológico, se encuentra fuera de lugar y sólo nos distrae de los temas principales. Desde ambas perspectivas, política y clínica, en la actualidad no importa mucho que ocurran los síntomas de abstinencia.

La dependencia física no es tan importante, debido a que no obstante lo dramático que sean los síntomas de abstinencia al alcohol o a la heroína, actualmente pueden ser fácilmente manejados con medicamentos apropiados. Aún más importante, muchas de las drogas más peligrosas y adictivas, incluyendo las metanfetaminas y el crack, no producen sínto-

mas severos de dependencia física durante la abstinencia.

Lo que realmente importa es si las drogas causan o no lo que conocemos ahora como la esencia de la adicción: un deseo incontrolable por consumir, un craving compulsivo, búsqueda y uso, no obstante los daños a la salud y las consecuencias sociales.

Es en realidad es esta cualidad compulsiva de la adicción lo que importa a lo largo para el adicto y su familia, y lo que debiera importar a la sociedad en su conjunto. El craving compulsivo que avasalla a todas las demás motivaciones es la raíz de todos los problemas masivos de salud y sociales asociados con la adicción a las drogas.

Al actualizar nuestro discurso sobre el abuso de las drogas, debemos tener en mente esta simple definición: La adicción es una enfermedad cerebral que se expresa a través de una conducta compulsiva. En ambas, el desarrollo y la recuperación de la misma, dependen de la biología, la conducta y el contexto social.

Es también de suma importancia el corregir la falsa impresión que el uso y abuso de drogas, así como la adicción son puntos en un simple continuum, en donde a lo largo del tiempo uno oscila entre usuario y adicto y regresa a ser usuario ocasional para luego regresar a ser adicto.

La observación clínica y las investigaciones formales apoyan esta visión, una vez que se genera la adicción en el sujeto, el individuo se ha colocado en un estado diferente; es como si se hubiese cruzado un umbral.

Muy pocas personas parecen poder retornar satisfactoriamente a un uso ocasional después de ser verdaderamente adictos. Desafortunadamente, aún no contamos con un marcador biológico o conductual que nos delimite la transición entre el consumo voluntario y la adicción.

No obstante, un cúmulo de evidencias científicas se encuentra desarrollando rápidamente este punto de vista hacia un conjunto de cambios celulares y moleculares en circuitos específicos del cerebro. Además, muchos de estos cambios cerebrales son comunes a todas las adicciones químicas y algunas son típicas de otros comportamientos compulsivos, como el comer patológico.

La complejidad de esta enfermedad cerebral no es atípica, debido a que prácticamente ninguna enfermedad cerebral es simplemente biológica en su naturaleza y expresión. Todas, incluyendo los accidentes cerebrales vasculares, la enfermedad de Alzheimer, la esquizofrenia y la depresión clínica, incluyen algunos aspectos conductuales y sociales.

Lo que puede hacer ver a las adicciones como únicas entre las enfermedades cerebrales es que siempre inicia a través de un claro consumo voluntario: la decisión inicial de usar drogas. Más aún, no todos los que han usado drogas se convierten en adictos. Los individuos difieren sustancialmente unos de otros en qué tan fácil y rápido se pueden convertir en adictos y en sus preferencias por alguna sustancia en particular.

Concordando con la naturaleza bio-conductual de la adicción, estas diferencias individuales resultan de la combinación de factores ambientales y biológicos, particularmente factores genéticos. De hecho, se calcula que entre un 50 y 70% de esta variabilidad para convertirse en adicto, puede atribuirse a los factores genéticos.

Las conductas adictivas tienen características especiales relacionadas al contexto social en donde se originan. Todos los indicadores ambientales que rodean el uso inicial de drogas y el desarrollo de la adicción, actualmente se han “condicionado” al uso de drogas, y son de esta manera fundamentales para el desarrollo y expresión de la adicción.

Los indicadores ambientales van a la par en el tiempo con las experiencias iniciales de uso de drogas por parte del sujeto y se obtiene un condicionamiento clásico, tomando las propiedades del estímulo condicionado. Cuando estos indicadores se presentan en forma posterior, anticipan el consumo de drogas y por lo tanto generan un craving importante.

Una de las principales causas de recaída, es el craving inducido, aún después de largos períodos de abstinencia, independientemente si las drogas están disponibles.

Implicaciones

Comprendiendo a las adicciones como una enfermedad cerebral, ha ampliado y generado implicaciones significativas en la percepción pública de los adictos y sus familias, para el tratamiento de las adicciones y en algunos aspectos de las políticas públicas.

Por otro lado, esta visión biomédica de las adicciones, no habla directa y significativamente de otros temas a tomar en cuenta, incluyendo las estrategias específicas para el control en el abasto de drogas y si el consumo inicial debiese de ser legal o no.

Además, el modelo de enfermedad cerebral de las adicciones no contempla la cuestión que muchas de las drogas de abuso pueden ser potencialmente medicamentos. Ejemplos abundan, donde ciertas drogas pueden ser altamente adictivas y a la vez medicamentos potenciales.

El mejor ejemplo conocido es el uso apropiado de la morfina como tratamiento para el dolor. No obstante, un número de lecciones prácticas pueden obtenerse de la comprensión científica de las adicciones.

No es de extrañarse que los adictos no puedan simplemente dejar por si solos el consumo. Ellos tienen una enfermedad que requiere un tratamiento biomédico. Usualmente las personas asumen que como el consumo

inició a través de una conducta voluntaria, las personas deberían de ser capaces de dejar de consumir por simple fuerza de voluntad.

Sin embargo, es necesario el entender que al tratar con adictos, estamos trabajando con personas cuyos cerebros se encuentran alterados por el uso de drogas. Ellos requieren de un tratamiento contra la adicción. Sabemos que contrariamente a la creencia común, muy pocos adictos pueden dejarlo por sí mismos.

Observando que existen muy pocos heroinómanos entre los 50 y 60 años, las personas se preguntan qué les pasó a aquellos que eran heroinómanos hace 30 años, suponiendo que debieron haber abandonado el consumo por sí mismos. No obstante, estudios longitudinales, encontraron que solamente un número muy pequeño lo dejó por si mismos.

El resto fue tratado satisfactoriamente con tratamiento, o se encuentran actualmente en tratamiento de mantenimiento o muertos (como la mitad).

Consideremos el ejemplo de fumar: Varios estudios han encontrado que entre el 3% y 7% de las personas que han tratado de dejarlo por sí mismas lo logran cada año. La ciencia por fin ha logrado convencer al público que la depresión no es solamente una gran cantidad de tristeza; que los sujetos que padecen depresión se encuentran en un estado cerebral diferente y que requieren de tratamiento para solucionar sus síntomas. Lo mismo sucede con los pacientes esquizofrénicos. Es tiempo de reconocer que lo mismo sucede con los pacientes con adicción.

Además, como con cualquier enfermedad, la conducta se convierte en una parte crítica de la recuperación. En lo mínimo, uno debe de cumplir con el régimen de tratamiento, que muchas veces es más duro de lo que se esperaba.

La conformidad con el tratamiento es una de las mayores causas de las recaídas en todas las enfermedades crónicas, incluyendo el asma, diabetes, hipertensión y las adicciones. Además, los rangos de conformidad con el tratamiento no son peores para las adicciones que para otras enfermedades, encontrándose entre el 30 y 50%.

Así en las adicciones como en otras enfermedades crónicas, la motivación individual y conducta son partes claramente importantes para el éxito en el tratamiento y en la recuperación.

Un cúmulo creciente de conocimientos científicos apuntan para un acercamiento combinado de salud y seguridad pública más racional y efectiva para el manejo de los adictos.

Resumiendo, los datos muestran que los adictos que son provistos de un tratamiento bien estructurado mientras se encuentran bajo algún proceso legal, los índices de reincidencia en el consumo pueden ser reducidos a un 50 o 60% y a un 40% en lo que respecta a la conducta delictiva.

Además, el ingresar a tratamiento no necesariamente implica que tiene que ser totalmente voluntario para que funcione. De hecho, las investigaciones sugieren que las presiones para permanecer en tratamiento, sean por parte del sistema legal o por parte de la familia o patronos, incrementan el tiempo de permanencia de los pacientes en tratamiento e incrementan los resultados en sus tratamientos.

Comprender los aspectos de salud de las adicciones no es incompatible con la necesidad de controlar la disponibilidad de drogas. De hecho, un enfoque de salud pública que controla una epidemia o enfermedad que se propaga siempre se centra comprensivamente en el agente, el vector y el huésped.

En el caso de abuso de drogas, el agente es la droga, el huésped es el usuario o adicto y el vector para la trans-

misión de la enfermedad es claramente los que abastecen o vendedores que mantienen al agente fácilmente circulando.

La prevención y el tratamiento son las estrategias que ayudan a proteger al huésped. Pero así como lidiamos con las moscas y los mosquitos que diseminan las enfermedades infecciosas, debemos identificar todos los vectores del sistema de distribución de drogas.

El mensaje actual del profundo cúmulo de conocimientos científicos es absoluto y claro. Si alguna vez como sociedad deseamos hacer algún progreso real en el manejo de las adicciones, necesitamos superar la indignación moral de que los adictos “se lo hicieron a sí mismos” y desarrollar estrategias sofisticadas y complejas como el propio problema lo es.

Si los adictos son “víctimas” o no, una vez que se han hecho adictos deben de ser vistos como “pacientes con una enfermedad cerebral”. Lo que es más, no obstante nuestras tradiciones nacionales que arguyen la compasión para los que se encuentran enfermos, no importando como contrajeron su enfermedad. Reconozco que muchos de los adictos no sólo han trastornado sus vidas, sino también las de sus familias y de sus comunidades, y esto no genera fácilmente compasión.

Independientemente como se pueda sentir uno hacia los adictos y su historia conductual, un amplio cúmulo de evidencias científicas nos muestran que el abordar a las adicciones como una enfermedad tratable.

INEQUIDAD DE GÉNERO FRENTE AL CONSUMO DE ALCOHOL

Elsa Mariska Fehér de la Torre

La salud implica el bienestar emocional, social, cultural, espiritual y físico. Es un derecho y un recurso para la vida y está determinada por el contexto social, político y económico.

Las mujeres y los hombres se diferencian en algunos aspectos biológicos, pero las desigualdades en salud que padecemos se deben fundamentalmente a los roles de género que la sociedad nos asigna a unas y otros.

La equidad de género en salud no significa tasas iguales de mortalidad o morbilidad para ambos sexos, sino asegurar que las mujeres y los hombres tengan una misma oportunidad para gozar de buena salud.

La salud significa mucho más que la expectativa de vida, debemos mirar la calidad de vida masculina y femenina, y sus modalidades de comportamiento. Aunque las mujeres pueden vivir más tiempo, tienden a ser más afectadas por la enfermedad a largo plazo y crónica que afecta significativamente la de su calidad de vidas.

Es importante señalar que el estado de salud y el comportamiento de los hombres es un resultado de la construcción social del género como lo es para las mujeres. La socialización masculina tiene un efecto considerable sobre la salud de los hombres. La evidencia indica una mayor propensión de los hombres hacia los comportamientos de riesgo que ensancha la brecha de expectativa de vida. La violencia, el contacto sexual inseguro, el tabaquismo, el consumo de alcohol y drogas, los hábitos alimentarios deficientes, la falta de ejercicio y una tasa mayor de suicidio pue-

den todos contribuir a explicar la muerte prematura entre los hombres.

Cambiar algunos de los factores que mejoran o perjudican la salud de las mujeres puede estar en sus manos. Por ejemplo, el tener conductas y hábitos más saludables (una adecuada alimentación, no consumo de tabaco, uso moderado de alcohol, ejercicio, etc.), mejorar la autoestima, a través del manejo de emociones y afectos; buscar formas de organización de tiempo y actividades distintas, tales como el auto-cuidado dedicando espacios para sí mismas, organizar y distribuir familiarmente las labores domésticas de manera dinámica y equitativa.

En la actualidad hay muchas mujeres trabajando en el sector sanitario, pero como el modelo médico lo diseñaron y lo ejercen varones, las actuaciones que se llevan a cabo para la promoción de la salud y la prevención y curación de las enfermedades, provocan o mantienen las desigualdades de género, tales como que la calidad de la asistencia es diferente para unas y otros, y también como profesionales, porque las mujeres ocupan los puestos de trabajo de menor valoración social y salario.

Las inequidades de género en salud las podemos identificar en tres rubros, según señala Elsa Gómez:

- 1) Entre los riesgos y las oportunidades para gozar la salud (estado y determinantes de salud): Las mujeres enfrentan un conjunto diferenciado de riesgos de salud, que los hombres, debido a su función reproductiva. El menor acceso a la nutrición, la edu-

cación, el empleo y los ingresos significa que las mujeres poseen menos oportunidad de gozar de una buena salud.

2) Entre las necesidades de atención sanitaria y acceso a los recursos: Considerando, nuevamente, la función reproductiva, las mujeres tienen diferentes necesidades de salud que los hombres, no obstante, tienen menos oportunidad de acceder a los recursos materiales que les permiten obtener los servicios necesarios.

3) Entre las responsabilidades y poder en el trabajo de salud: Las mujeres constituyen la mayoría de los trabajadores de salud con y sin remuneración. No obstante, al estar concentradas en niveles inferiores de la fuerza laboral de salud, tienen menor capacidad de influenciar la política de salud y la toma de decisiones. (Gomez, Elsa, 2000)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado el consumo de alcohol como una de las principales causas de la carga global de enfermedades. Las comunidades médicas y de salud pública consideran que la dependencia del alcohol, también llamada alcoholismo, es una enfermedad. Además de la dependencia del alcohol y la cirrosis, la literatura científica ha señalado que el alcohol está asociado con muchas otras enfermedades, lesiones y fallecimientos por accidentes de tránsito, homicidios y suicidios. Entre los hombres, el alcohol es la causa primordial de discapacidad en los países desarrollados y ocupa el cuarto lugar en el mundo en desarrollo. (OMS, 2010)

Entre los hallazgos más significativos del estudio se encuentran: Los hombres, en gran medida, sufren las enfermedades relacionadas con el alcohol, tales como alcoholismo y cirrosis. Es más, la proporción de enfermedades y lesiones atribuibles al alcohol es más alta entre los hombres que entre las mujeres. Los problemas, sin embargo, no sólo son sufridos por el individuo que lo consume, sino por su familia y comunidad. Así mis-

mo, se ha constatado que el alcohol juega un papel importante en la instigación de prácticas sexuales sin protección y comportamientos violentos, particularmente dentro de la familia. Los ejemplos incluyen violencia doméstica, en la mayoría de los casos dirigida contra mujeres y niños.

Con respecto a los efectos del alcohol diferenciados por géneros, se observa que, las mujeres son afectadas por el alcohol de una manera distinta a la de los hombres. Debido a diferencias fisiológicas, las mujeres al beber obtienen una concentración más alta de alcohol en la sangre por una dosis similar de alcohol. Además, son más susceptibles a enfermedades del hígado ocasionadas por el alcohol en un periodo de tiempo más corto y tras consumir menos alcohol que los hombres. (Centro de Investigación Juvenil, 2004)

Las mujeres que beben en exceso tienen mayor riesgo de contraer cáncer mamario y el consumo de alcohol durante el embarazo aumenta el riesgo de tener recién nacidos con defectos, lo que hace del beber en exceso uno de los patrones de consumo más peligrosos.

Entre los efectos benéficos del alcohol ha surgido evidencia de que su consumo tiene un efecto protector frente a enfermedades coronarias en hombre sobre 40 años que beben moderadamente. Sin embargo, la evidencia sobre tal efecto protector contra enfermedades coronarias en las mujeres no ha resultado concluyente. Investigaciones médicas han constatado que las niñas/mujeres han aumentado su vulnerabilidad biológica frente a problemas relacionados con el alcohol.

Según la Encuesta Nacional de Adicciones 2011, el porcentaje de personas que han consumido alcohol han aumentado, tornándose en uno de los mayores riesgos sociales que existen en el país (Centro Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2011), observándose que en el 2002 el 64.9% de la población reportó haber consumido alcohol “alguna vez en la vida” y para

el 2011; en el mismo periodo, se incrementó a 71.3%. (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2011)

La dependencia al alcohol entre los hombres creció de 8.3% a 10.8%, mientras que entre las mujeres pasó de 0.6% a 1.8%, triplicándose, de esta manera, el indicador. Ahora bien, entre las y los adolescentes de 12 a 17 años la dependencia creció en los hombres de 3.5% a 6.2% y se triplicó el indicador para las mujeres al haber pasado de 0.6% a 2.0% entre los años 2002 y 2011. (INEGI, 2004)

La Encuesta Nacional de Adicciones 2011, en comparación con la del 2002, muestra que el consumo de alcohol está creciendo de manera acelerada entre las mujeres. La proporción de la población masculina que “alguna vez en la vida” ha consumido alcohol pasó de 78.6% en 2002 a 80.6% en 2011, mientras que entre las mujeres el crecimiento fue de 53.6% a 62.6% en el mismo periodo, es decir, entre la población femenina el consumo creció 9 puntos porcentuales, mientras que entre los varones lo hizo en aproximadamente dos puntos porcentuales.

Entre los hombres, el porcentaje de aquellos que consumieron en los “últimos doce meses” pasó de 55.9% a 62.7% entre el 2002 y 2011. En el caso de las mujeres el incremento fue de 34.2% a 40.8%, haciendo la comparación de porcentaje entre la población masculina y femenina se observa un aumento del 11% en los hombres en relación con el 55.9%, mientras que para las mujeres es de casi 17% en relación con el 34.2%.

Finalmente, el porcentaje de hombres que declaró haber consumido alcohol en el “último mes” se incrementó de 33.6% a 44.3% entre el 2002 y el 2011, mientras que para las mujeres el crecimiento observado fue de 7.4% a 19.7%, es decir, en términos reales para los hombres estas cifras representan un incremento de casi 33%, mientras que entre las mujeres el crecimiento es de casi 165%. Lo anterior nos lleva a reflexionar sobre las modificaciones de roles y posición de la mujer frente al consumo de alcohol, lo que nos lleva a hacernos varias preguntas, como: ¿Acaso se trata de mayor permisividad? ¿Se presenta en todos los rangos o ciertas edades?

En tales casos, ambas preguntas nos llevarían a nuevas investigaciones tales como la evaluación de la publicidad y mercadotecnia para incrementar el consumo en mujeres, así como un análisis de la aceptación y tolerancia que existe hacia el consumo de alcohol.

Bibliografía

Gómez, Elsa. “Equidad, género y saludo: mitos y realidades”. En Revista Mujer Salud 3”. Chile, 2000.

Organización Mundial de la Salud: Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud, 2010. México, 2005. Pp.: 41.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. México, 2013.

INEGI. Encuesta Nacional de Adicciones 2002. México, 2004.

LA DEPRESIÓN EN LAS MUJERES

Ma. Del Rosario Franco Bey

La depresión, es uno de los problemas más importantes de salud mental y el que mayor discapacidad produce; en la mayoría de los países se ha detectado que se presenta dos veces más en mujeres que en hombres.

Datos de diversos países informan que el nivel de prevalencia de la depresión es entre 1.3% y 12.7% en los varones y entre 2.4% y 25.8% en las mujeres. Los trastornos depresivos severos de por vida son de 3.9% en los varones y de 8.0% en las mujeres. Estudios transversales muestran una mayor frecuencia de trastornos depresivos en el grupo entre los 30 y 59 años.

Existe un concepto muy interesante en salud mental que es el de la discapacidad, esto es, los años de vida saludable perdidos y la muerte prematura resultado de alguna enfermedad. En este sentido, la depresión ocupa el cuarto lugar entre todas las enfermedades y para el año 2020 ocupará el segundo lugar en cuanto a discapacidad, después de los problemas cardíacos.

Datos epidemiológicos nacionales

Los datos epidemiológicos arrojan que en México la depresión es uno de los problemas más importantes de salud mental.

La Secretaría de Salud reconoce a la depresión como un problema prioritario de salud. De acuerdo con datos reportados (Medina, Mora, 2003), los episodios depresivos presentados alguna vez en la vida de mujeres y hombres son los siguientes: la mayor depresión que se presenta en mujeres es de 4.5% mientras

que en los hombres es de 2.0%, la depresión menor es reportada en las mujeres en 2.3% y en los hombres de 0.6%.

Los costos de la depresión

La depresión supone, además del gran sufrimiento que representa para quien la padece, los siguientes síntomas:

- Se acompaña de síntomas somáticos.
- Limita el desempeño laboral.
- Dificulta las relaciones interpersonales e interfiere con la actividad diaria.
- Incrementa el riesgo de suicidio y otras condiciones de salud.
- Acrecienta el riesgo de uso problemático de alcohol.
- Aumenta los índices de mortalidad, debido al incremento en la tasa de suicidios.
- En la familia es causa de tensión y estrés y, cuando la madre la padece, tiene efectos negativos sobre los hijos.
- Socialmente las personas con depresión tienen mayor riesgo de discapacidad que las asintomáticas.
- Origina mayores gastos por año en cuidados a la salud.
- Representa un mayor gasto en cualquier nivel de enfermedad crónica y aumenta en ellas la duración promedio de discapacidad y de recaídas, al compararse con cualquier grupo médico.

Existen diversos usos del término depresión; en años recientes, es común escuchar en las conversaciones cotidianas alusiones a síntomas depresivos, desde los jóvenes hasta los adultos mayores que hablan de la depre y engloban en ella un sinnúmero de situaciones de



diferentes tipos. En términos generales, la depresión se conoce como sinónimo de frustración, tristeza, duelo y desengaño, aunque se sabe que es un estado psicológico desagradable el cual afecta a la mayoría de las personas en algún momento de su vida.

Es importante reconocer sus características:

- Puede ser transitoria o prolongada por meses o años.
- Puede consistir en tristeza o infelicidad sin que afecte el funcionamiento cotidiano (esta es la más común de las acepciones populares).
- Puede manifestarse con numerosos síntomas físicos y psicológicos que interfieren en las actividades de la persona o que definitivamente la incapacita para realizarlas.

Es importante distinguir el nivel de gravedad de la depresión para identificar lo que requiere de ayuda profesional o solo de acciones de autoayuda.

Síntomas de la depresión y diagnóstico diferencial

Para realizar un diagnóstico diferencial exitoso, se deben identificar los siguientes síntomas de la depresión, retomados del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). El diagnóstico diferencial exige la presencia de por lo menos cinco de los nueve síntomas, al menos durante dos semanas seguidas; algunos de estos síntomas son:

1. Sentimientos de tristeza, desgano y vacío.
2. Pérdida de interés en las actividades más placenteras para la persona (como la actividad sexual, por ejemplo).
3. Trastornos de la alimentación, desde la pérdida del apetito hasta comer en exceso, con las variaciones de peso correspondientes.
4. Trastornos del sueño como insomnio, problemas para permanecer dormido, despertar muchas veces, no poder conciliar el sueño o dormir demasiado.
5. Moverse de manera lenta, sentir el cuerpo pesado, tener sentimientos de intranquilidad.

6. Apatía, fatiga y falta de energía.

7. Pensamientos de culpa, impotencia e inutilidad.

8. Falta de concentración, problemas de memoria y dificultad en la toma de decisiones.

9. Constantes ideas acerca de la muerte y el suicidio.

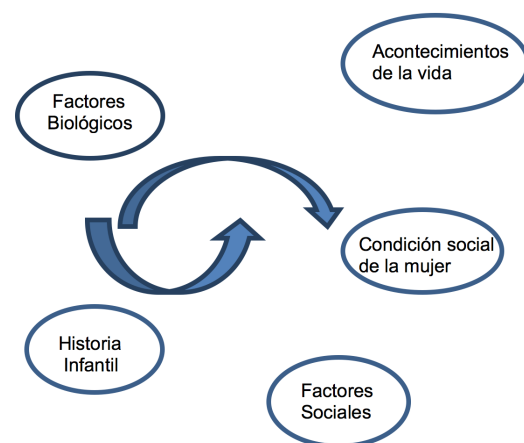
El reconocimiento de los diferentes niveles de la depresión es muy importante, ya que de la identificación oportuna de la sintomatología en la persona, o en quienes se relacionan con ésta, como padres, maestros, orientadores vocacionales, psicólogos escolares, etc., se podrá hacer una canalización temprana tan pronto como se detecte una depresión clínica y obtener así beneficios personales y sociales como:

- Evitar más trastornos discapacitantes.
- Permitir el análisis de los orígenes de la depresión.
- Coadyuvar para la resolución de la problemática en curso.
- Disminuir los costos de sufrimiento personal, social e institucional.

Modelo multicausal de la depresión

Es muy importante conocer el modelo multicausal de la depresión. Como la mayoría de los trastornos mentales, la depresión se debe a causas múltiples. En su aparición se entrelazan factores biológicos, condiciones del desarrollo infantil, acontecimientos de la vida (sucesos vitales), la condición de género femenino y otras circunstancias sociales.

El siguiente esquema ilustra este modelo:



A pesar de que la influencia de estos acontecimientos y circunstancias es más o menos obvia, resulta difícil determinar la medida de participación de cada uno en casos concretos debido a la interacción entre ellos. De esta manera, unos factores más que otros influyen en la depresión de cada persona, e incluso en el curso que tenga. Por ejemplo, en las depresiones de personas mayores: pasan las cuestiones biológicas determinadas por la discapacidad física, y las emocionales debidas a la pérdida de amigos, familiares y la separación de los hijos; mientras que en otras etapas de la vida pueden ser los factores sociales los que la determinen.

Factores Biológicos

Los resultados sugieren la presencia de factores biológicos o de vulnerabilidad hereditarios para que se presente la depresión, a pesar de que aún no se han determinado los posibles marcadores genéticos. Una hipótesis alternativa plantea que tener una familia con un trastorno afectivo puede causar, secuelas negativas debido, no sólo a los factores genéticos, sino al impacto de una infancia más turbulenta, al aumento del estrés y al menor apoyo social por parte del adulto afectado.

Condiciones del desarrollo infantil

Las condiciones del desarrollo infantil pueden influir en que una persona padezca depresión, por ello la relación con los padres o con las personas que se hacen cargo de menores, tiene gran importancia en el desarrollo del niño.

PAREJAS CODEPENDIENTES

Diana Espinosa Ortega

Hablar de relaciones de pareja es un tema complejo y aún más si existe codependencia, un comportamiento en donde una persona depende de la aprobación de otra para poder reconocer su identidad y desarrollar su autoestima. En otras palabras, es cuando una persona se hace depender de otra para ser feliz.

La dependencia afectiva, según Jorge Castelló, es una necesidad de afecto extrema que una persona siente hacia otra, señalando que uno de los rasgos característicos de estas personas es la incapacidad de soportar la soledad.

Las personas que se encuentran en una relación codependiente difícilmente pueden reconocer que su relación se ha vuelto patológica, ya que el universo de su existencia gira alrededor de su pareja y aún cuando no se soportan el uno al otro o intentan separarse, la carencia de afecto hace que se busquen para intentarlo de nuevo.

Para que las relaciones codependientes resulten, se necesita que uno de los miembros tome el control de la relación, por lo general se trata de una persona egocéntrica con alta seguridad en sí misma que hará que su pareja se vuelva sumisa y se ponga a su disposición; por otro lado, la persona codependiente hará lo que su cónyuge le pida, lo idealiza de tal manera que se someterá a sus agresiones físicas y psicológicas, el codependiente no percibe que está en una relación dañina, y en el peor de los casos una ruptura puede incitarlo al suicidio.

La persona codependiente deja a un lado todo lo que tenga que ver con su crecimiento personal, su pareja

se convierte en una adicción y todo lo demás queda al margen, incluyendo trabajo, familia o amigos, al principio de la relación se mantienen ilusionados ya que la atracción que sintieron de su pareja los mantiene interesados, pero esa ilusión es engañosa, pues está envuelto en una fantasía idealizada donde creen que todo lo que sucede en su relación está bien.

Tras una ruptura, la persona dominante puede reaccionar de distintas maneras, su ego ha sido dañado y finge no necesitar a su pareja, creía tenerla en su posesión y en el momento de la pérdida siente ese vacío de afecto, eso lo irrita de tal

manera que tiene necesidades enfermizas y odio hacia la persona que lo dejó; sufren pero busca ahora quien cubra esas necesidades.

Castelló explica que “en la permanecía y el pánico a la separación del dependiente, el patrón más habitual en la relación es el de sumisión e idealización hacia el compañero(a) por la baja autoestima que suelen tener, pero lo más significativo es que estas personas afirman con rotundidad que continúan queriendo con locura a sus parejas. Y no sólo eso, sino que la ruptura de una relación de este tipo vendrá acompañada de intentos desesperados de retomarla, o bien, el inicio de una nueva pareja con características similares”.

La evaluación de los pacientes que presentan estas relaciones ha señalado que todas las áreas de su vida se encuentran seriamente afectadas, el estado de ánimo es la tristeza, la irritabilidad con frecuentes miedos al



abandono, incertidumbre sobre el futuro de la relación, miedo a la soledad y ansiedad.

Es común que el codependiente busque parejas que tengan problemas de adicciones, trastornos psicológicos, con conflictos familiares o de dinero, y eso se debe a que tiene una necesidad de ayudar a su pareja, de sentirse útil estando todo el tiempo a su lado.

Para que una persona merezca el diagnóstico de persona con dependencia afectiva debe cubrir al menos estas características:

- Miedo e intolerancia a la soledad.
- Historia de relaciones de pareja gravemente desequilibradas o una única relación que por su duración ha ocupado la mayor parte de la vida adulta de la persona.
- Baja autoestima.

Una persona codependiente puede no tener una relación, pero su necesidad y ansiedad por sentirse amado hará que busque a alguien desesperadamente; en cambio, las personas que se pueden considerar en relaciones normales, después de la ruptura, se dan un tiempo de espera antes de iniciar otra relación ya que la persona anterior sigue teniendo un significado importante en su vida.

El origen de la codependencia se debe a que no fuimos adecuadamente amados, valorados, comprendidos y apreciados por las personas que fueron significativas para nosotros durante nuestra infancia, (papá, mamá, personas que nos cuidaron, maestros, etc.) En la medida en que nuestros padres lograron o no satisfacer nuestras necesidades de afecto siendo apenas unos niños dio como resultado nuestra formación emocional, esto establece los vínculos determinantes con las personas que nos rodean en el presente.

Los seres humanos sienten el afecto o falta de él desde que estamos en el vientre materno, registramos todas las emociones en ese momento y hasta cerca de los seis o siete años. De niños sentíamos la amenaza de perder

el afecto de nuestros padres si no acatábamos lo que ellos pedían, es decir, nuestros sentimientos hacia ellos y la forma en que respondían a este afecto, fue el resultado de como aprendimos a amarnos, apreciarnos o bien a rechazarnos o renunciar a nosotros mismos.

El modelo de la familia en que nos criamos continúa empleando como los viejos tiempos, el chantaje de afecto como una forma para obtener sumisión y obediencia; nos acostumbramos a ver como natural que para no perder el afecto de nuestros padres, amigos o parejas, tenemos que renunciar a nuestros intereses permitiendo que nos gobiernen los de ellos.

Estas características, entre otras, hacen que el codependiente doblegue su voluntad y se convierta en adulto sumiso que establece relaciones destructivas con las personas menos indicadas. Harán repetir una y otra vez ese círculo de temor oculto y baja autoestima en que se quedan estancados y que los incapacita para enfrentar los momentos más críticos de su vida.

Es verdad que en los vínculos amorosos hay un cierto grado de dependencia afectiva que es completamente normal y saludable, es más, es el componente imprescindible para que las relaciones de parejas funcionen. Las relaciones de parejas con dependencia normal, potencian su desarrollo individual y emocional que sostiene la relación positiva, aun, como en cualquier relación, pueden existir conflictos pasajeros.

Una pareja sana es aquella en donde la forma de vivir, el estilo de la relación y vida son placenteros y satisfactorios. La comunicación y la convivencia resultan atractivas y benéficas para sus integrantes; en este tipo de parejas se da la igualdad, la simetría y la complementariedad. El conflicto no es excesivo, está controlado y tiene principalmente un contenido realista antes que irracional, hay participación mutua en el placer, la responsabilidad y la autoridad, hay respeto.

Actualmente la base sobre la que se forma casi todas las parejas es el enamoramiento. El enamoramiento es una emoción y tiene un fuerte componente de pasión, afecto, ternura, sexo. Por eso uno de los principales objetivos de la pareja es compartir, no hay una descripción o concepto que pueda englobar lo que es una pareja, sin embargo, retomando lo que hemos visto sobre el amor, la pareja sería este conjunto de personas unidas por un sentimiento mutuo, con el deseo de compartir parte de su vida, emociones, sentimientos, actividades, deseos, entre otros.

Robert J. Sterberg afirma que para que el amor surja, son necesarios tres elementos:

- La intimidad, entendida como aquellos sentimientos dentro de una relación que promueven el acercamiento, el vínculo y la conexión.
- La pasión, como estado de intenso deseo de unión con el otro, como expresión de deseos y necesidades.
- La decisión de compromiso, la decisión de amar a otra persona y el compromiso para mantener ese amor.

Dicen algunos autores que vivir sin amor no es vivir, Así que mí estimado lector si buscas tener más información o ayuda psicológica sobre este tema te invito a consultar a nuestros psicólogos de COMEPSI.

Bibliografía

Este artículo está basado en las investigaciones de Castelló Blasco Jorge. (2005). Dependencia Emocional. Características y tratamiento. Madrid. Edit. Alianza.

MASCULINIDADES

José Luis Sandoval

Uno de los múltiples cambios que se dieron a lo largo del siglo XX fue el reconocimiento de las mujeres como sujetos con los mismos derechos que los hombres. A cualquier joven menor de 30 años esto le puede parecer normal, no imaginan, ni por casualidad que las mujeres no tuvieran el derecho a votar y ser votadas; no tuvieran el derecho a acudir a la escuela, desde la básica, hasta los niveles más altos de la vida académica; a trabajar en muchos ámbitos laborales, hasta aquellos que se consideraban como propios y exclusivos de los hombres. Estos son algunos de los muchos logros de las mujeres.

Sin embargo, esos mismos jóvenes también pueden reconocer que existen claras diferencias entre hombres y mujeres, diferencias en las que es clara la posición de ventaja y opresión que tienen los hombres sobre las mujeres: a las mujeres se les reserva la responsabilidad de la crianza de los hijos, se les deja la función nutricia de la familia, se les violenta sin consecuencias importantes para el agresor, en el ámbito laboral se les paga menos que a un hombre que realiza las mismas funciones, se les acosa sexual y laboralmente sin consecuencias para los hombres, etc.

Si bien es cierto que los cambios en nuestra sociedad, que iniciaron las mujeres en el siglo pasado, y que continúan paulatinamente el camino hacia la equidad, también es cierto que el andar no es sencillo, ya que se enfrentan constantemente con reacciones de los grupos conservadores de la sociedad, que buscan regresar a las mujeres a sus casas, en especial a sus cocinas, para hacerse cargo solo de las labores

domésticas, y negarles derechos tan fundamentales como por ejemplo: el de poder decidir sobre lo que pasa en su cuerpo.

Iniciar un texto sobre las masculinidades hablando de mujeres puede parecer extraño, pero es justamente por todas las luchas y cuestionamientos que abanderan los movimientos feministas que ahora es posible abordar la masculinidad con una visión bastante menos rígida y estereotipada. Por lo que quiero aprovechar este espacio para agradecer profundamente a todas las mujeres que han luchado por construir una sociedad igualitaria, por defender sus derechos, por haber cuestionado al sistema machista y patriarcal, que favorece relaciones de inequidad y opresión, que deja en desventaja a las mujeres, pero es importante decirlo, también deja en desventaja a los hombres.

Entremos pues en materia. ¿Qué entendemos por masculinidad? ¿Por qué ahora planteamos masculinidades en plural? Cuando pensamos en el estereotipo de la masculinidad, con facilidad nos vienen a la mente imágenes de un hombre fuerte, protector, temerario, valiente, rudo, que controla sus sentimientos y emociones, guerrero, competitivo, veloz, entre otras. Digamos que un Aquiles cualquiera, tal cual, un personaje mítico, un héroe en toda la extensión de la palabra.

Es uno de los grandes personajes que encontramos en la *Ilíada* de Homero y que hoy en día seguimos haciendo honor a tan excepcional guerrero, manteniendo la expresión “talón de Aquiles” como el punto vulnerable de alguien o algo, sea un individuo, organización de



personas, institución, objeto, producto, sistema y hasta robots.

Pero cabe aclarar que si bien es cierto que a Aquiles se le consideraba invulnerable, esto inicia varios siglos después, cuando Publio Papinio Estacio quien fue un poeta y maestro latino, del siglo primero de nuestra época, en uno de sus poemas inconclusos, su Aquileida, lo califica como invulnerable, a pesar de que la supuesta Guerra de Troya habría sucedido en el siglo XIII antes de Cristo. Sin embargo, en la *Ilíada* se narran como es que Aquiles fue herido con una lanza que le provocó un sangrado, es decir; era la constancia de que no era inmortal, ni semidiós y mucho menos un dios.

Sobre la vulnerabilidad del talón existen varias versiones, que aluden al deseo de su madre, Tetis, de convertirlo en inmortal, pero sea por una omisión o por la intervención de un tercero, no lo consiguió. Y eso desde la óptica de la psicología tiene una gran importancia, alude al proceso de subjetivación.

Aquiles es un gran ejemplo de que los estereotipos de la masculinidad son una construcción social, que generalmente va en un sentido diferente al de los hechos, y que se llevan por arriba de las posibilidades de los hombres, sin embargo, siempre mostrando una gran recompensa para quien lo emule o llegase a alcanzar, el “reconocimiento”.

El tema del reconocimiento es muy importante en la dimensión de la masculinidad, porque más allá de lo grato que pueda ser el conseguir cualquier logro, y de disfrutar los beneficios que esto pueda traer, al mismo tiempo se consigue poner distancia de la “descalificación”. Y como reza el dicho, “lo difícil no es llegar sino mantenerse”, es decir, que siempre se está en riesgo de caer. En la convivencia entre hombres es posible oír consignas como: “el último que llegue es vieja”, “vieja el que no le entre”, “aguántese como los hombres”, “los

hombres no lloran”, “ya... no seas mariquita”, etc. etc. Es decir, la masculinidad siempre está cuestionada, siempre está a prueba, es algo que se puede poner en duda en cualquier momento y en cualquier terreno. La puesta en cuestión de la masculinidad, es el dispositivo que ha funcionado a lo largo de los siglos para que se enrolen en absurdas acciones como: juegos, aventuras y pruebas en las que se compromete la integridad de los hombres, así como, en nombre de una lealtad ridícula se llega a pleitos desde los cuerpo a cuerpo, hasta las guerras de cualquier tipo.

La sola alusión o insinuación del cuestionamiento de la masculinidad, también es el punto de apoyo para justificar el despliegue de cualquier tipo de violencia contra los más vulnerables. Es más, aunque no se pretenda cuestionar, sólo por su carácter paranoico, los hombres han encabezado acciones genocidas, por ejemplo con la quema de supuestas brujas, o mujeres que realizan magia negra, o por simplemente blasfemar con la boca cerrada.

Si bien es cierto que el precio de mantener incuestionada la masculinidad es muy alto: ser carne de cañón en las guerras, ser los que realizan trabajos hasta la muerte como por ejemplo los mineros, crecer a base de golpes para aprender a ser hombre, reprimir la gran mayoría de los sentimientos para no expresarlos y no mostrar puntos débiles, pasar pruebas de iniciación de la masculinidad, sacrificar su ser para dar prominencia al hacer “su trabajo es tan importante como su persona”, etc. Esto nos ha dejado un saldo, un sistema de privilegios en el que, hasta el día de hoy, se ubica a los hombres por encima de las mujeres, a las que se les asigna el rol de servicio a los hombres.

El servicio de las mujeres a los hombres se restringió desde los primeros tiempos al ámbito de lo privado, donde fueron recluidas y sometidas, reservando al ámbito público para los varones, generando la ilusión de que lo público tiene primacía sobre lo privado, ya que

es en el ámbito público donde se despliega la relación entre hombres y es ahí donde se cultiva y da consistencia a su dominio. Es en lo público que se sostiene y fortalece el poder del sistema machista patriarcal.

Pero como decíamos en un inicio, esto ya no es así, las mujeres han logrado expandir sus horizontes más allá del universo de lo privado para hacerse presentes en el terreno público, y esto ha tenido repercusiones que han tenido efectos en el mundo de los hombres. Ahora las mujeres salen de casa en busca de trabajos remunerados que les permitan mantener sus hogares o apoyar la economía de la familia de origen, lo que vino a desplazar a los hombres de su papel de proveedores únicos.

En el ámbito laboral, cada vez menos se requiere el uso de la potente fuerza del hombre, ahora podemos ver que en las líneas de producción y ensamblado son robots los que cargan y acomodan las cosas pesadas, de esta forma la tecnología y las mujeres han desplazado a una gran cantidad de hombres de los puestos de trabajo, esos lugares por los que antes solo habrían competido hombres, competencia que se vivía como feroz, ahora se enfrentan contra el desarrollo tecnológico y si bien les va, contra el doble de competidores, ya que también se enfrentan a grandes cantidades de mujeres.

Además, podemos ver cómo actualmente, eso que en otras épocas era suficiente para ser adorado y recibir enormes agradecimientos, que era “dar el apellido” a alguien. Ahora, muchas de las mujeres ya no basan su sensación de valía en el respaldo de un hombre, ya no les es indispensable ser la mujer “de”, y en algunos lugares ya se ha eliminado el mandato jurídico que planteaba que las mujeres al casarse tenían que cambiar su nombre, y por primera vez tenían que firmar el acta de matrimonio con el nombre de casada y en esa misma línea en este país, ahora ya se puede elegir cual va a ser el primer apellido que se les pondrá a los hijos, puede ser el paterno, pero también puede ser el materno.

Respecto a la paternidad, ahora se confirma eso que a lo largo de la historia se puede ver casi en cualquier lado hijos creciendo en familias donde el padre está ausente, sea por muerte en los campos de batalla, por migración a lugares lejanos donde va en búsqueda de trabajo, o por su desaparición por causas desconocidas, creciendo sin deficiencias específicas que le cuarte su desarrollo de forma significativa, criados solo por mujeres. Entonces el papel del hombre en la familia se está tambaleando.

En cuanto al tipo de imagen social, a diferencia de lo que se manejaba anteriormente con la fórmula de las tres “f” (feo, fuerte y formal), y que tenía como complemento el estilo de vestir clásico de colores oscuros y diseños serios y conservadores, ahora esto se ha modificado, pasamos por la onda hippie, que nos mostró a jóvenes con barba y cabello largo, pidiendo “paz y amor” por todo el mundo con ropas multicolores, siempre fueron atacados y tachados de afeminados. De ese entonces al día de hoy hemos pasado por una gran variedad de estilos, llegamos a ver una moda metrosexual, que se caracterizó por buscar que los rostros más que varoniles; se buscaba que fueran arreglados, retocados, diseñados, y en el vestuario se han incorporado nuevas paletas de colores y diseños más variados, pero siempre conservando la tendencia a la belleza, esta tendencia en vez de ser criticada fue hipervalorada, pero no logro enraizarse.

Actualmente vemos que ya se presentan temporadas de moda varonil de la misma forma que en el caso de las mujeres, conviviendo con una tendencia conservadora, sencilla y simple.

Los espacios públicos exclusivos para hombres dejaron de existir, aquellos viejos lineamientos que restringían la entrada de mujeres a los billares, clubs de fumadores, las cantinas y pulquerías fueron derogadas, hasta a los table dance ya pueden ingresar mujeres que no son parte del show. Ese rompimiento de la privacidad de

los hombres mostró que esto es un camino sin regreso, que ahora solo nos queda andar de frente.

Y por si quedara alguna duda, ahora se habla de que los hombres tenemos que aprender a tener relaciones sexuales, que no podemos seguir con la idea de que lo único que está en juego es nuestra satisfacción y nuestros caprichos, que ahora también es importante que ellas estén satisfechas y que tenemos que aceptar los límites que nos pongan respecto a lo que no les gusta, molesta o duele. Aquellos consejos que las madres y abuelas daban a las hijas o nietas casaderas o recién casadas sobre cómo lo importante que era aceptar que los hombres las usaran, y que si no las querían usar era completa totalmente culpa de ellas, que tenían que estar muy atentas a lo que nos gustara para complacernos y en todo caso preguntar qué es lo que queríamos que hicieran. Todo eso se acabó, al menos en algunos círculos sociales, porque desgraciadamente siguen persistiendo en otros que aún no se logran desprender de las viejas formas de educación y de ataduras centenarias. Pero lo que sorprende de forma, por decirlo así, traumática, resulta que un pene erecto no tiene el mismo valor para las mujeres que para los hombres, y que un pene en semidetumescencia también significa cosas diferentes para mujeres y para hombres, y con el extremo, un pene en totalmente detumescencia implica cosas distintas; y resulta que las caricias y palabras amorosas son muy importantes para ellas, y obviamente para los hombres eso no es tan importante. Ahora nos dicen que podemos sentir de otras formas, y que en las posiciones sexuales, ellas quieren estar en el lugar que siempre ha sido de los hombres, arriba, y que ellas quieren ser las activas.

Todos estos planteamientos presentan un panorama en el que actualmente las mujeres esperan de los hombres cosas diferentes a lo que el estereotipo de masculinidad ofrece, por lo que los hombres jóvenes han tenido que construir nuevas formas de relación con

las mujeres, es decir, nuevas construcciones de la masculinidad que están andando diferentes caminos que llevan diferentes rumbos y sus trayectos nunca son sencillos, rectos y sólidos, se topan con muchos señalamientos que confunden, que los hacen retroceder, se cruzan con otros senderos, siguen la misma dirección que llevan algunas laderas, y como dice el poeta, se hace el camino al andar.

Ahora bien, la idea es plantear la complejidad que conlleva la conformación de la identidad masculina desde la perspectiva de género, ya no se trata solo de la organización social desde la segregación urinaria como lo planteo Lacan, ya no se trata de la dicotomía azul y rosa. Siguiendo a Judith Butler, la identidad de género no es algo que se construye a solas, es algo que se hace siempre en relación a otros, lo que hace que la autoría de la identidad quede difuminada, es más, “impugna radicalmente la noción de autoría”. Butler hace más complejo el planteamiento, introduciendo la dimensión del deseo, ese viejo concepto que desde Freud hasta nuestros días ha tenido diferentes formas de ser planteado, desde el “deseo sexual”, hasta el “deseo inconsciente” (ese que no es articulado pero sí articulable), y muestra cómo el género estereotipado puede deshacer a la propia persona, como ya lo hemos visto.

Por lo expuesto arriba, es importante considerar que ya no corresponde hablar de un sólo tipo de masculinidad, que actualmente ya se están construyendo diferentes tipos de masculinidades, que hay que identificar, investigar, documentar, analizar y estudiar desde las diferentes áreas de la psicología, ya que esto está modificando al mundo, y no sabemos hasta donde va a llegar. Si insistimos en no ver que estamos cambiando, nos podemos quedar en la obsolescencia.

En consecuencia, tenemos que revisar nuestros marcos teóricos, y nuestras prácticas profesionales, ya que por ejemplo, me ha tocado escuchar comentarios de

personas que, con las reservas correspondientes, dejaron sus procesos terapéuticos por las intervenciones, como ellos decían, “machistas” de sus terapeutas, como: “usted tiene que reconocer que la autoridad de la casa es su esposo y tiene que hacer lo que él le dice”, “en eso su mujer tiene razón, usted tiene que proveer el dinero a la casa, o acaso quiere que ella se salga a trabajar?”. Corremos el riesgo de no ser opción para las nuevas formas de enfrentar la vida; en el terreno laboral: considerar que los hombres también tienen derecho a participar en la educación de sus hijos y asistir a las juntas escolares, que tienen derecho a gozar de unos días de licencia por el nacimiento de sus hijos, considerar que los hombres también pueden sufrir de acoso sexual y laboral. Todo esto puede generar una dimensión de mejor ambiente laboral y de mejores niveles de productividad; y como estos pueden plantearse múltiples ejemplos en las diversas áreas del quehacer de los psicólogos que tenemos que impulsar a que se abran a esta nueva visión.

ATENCIÓN PSICOLÓGICA QUE OFRECE EL COMEPSI EN SU SEDE

PSIC. MYRIAM ARROYO NAVA

- ¿Te cuesta trabajo manejar tus emociones (ira, miedo, alegría, tristeza)?
- ¿En ocasiones no sabes qué sentido tiene tu vida?
- ¿Sientes una gran tristeza o depresión?
- ¿No tienes buena comunicación con tus padres o tus hijos?
- ¿Estás en una relación destructiva? ¿Sientes que no encajas en ningún sitio?

Si tu situación es cualquiera de estas o cualquier otra, con gusto te apoyaré con atención y orientación psicológica.

Citas: 55 3707 9869 (celular). Lunes de 12:00 a 19:00 hrs.

PSIC. LEANY CHAVEZ CUAHUTENCOS

- Psicoterapia y terapia sexual con enfoque humanista y psicocorporal.
- Autoestima, asertividad, amor, pareja y erotismo (sexualidad), alternativas a conflictos en las relaciones personales.
- Bloqueo en la expresión de sentimientos.
- Ansiedad, depresión, manejo de estrés.

Citas: 55 1852 2271 (celular). Martes y jueves de 10:00 a 14:00 hrs.

PSIC. ANAI AGUILAR AYALA

Psicoterapia desde un enfoque humanista y perspectiva de género para adolescentes y adultos.

- Estrés, depresión, colitis, ansiedad, enfermedades respiratorias recurrentes entre otras son síntomas de dolores emocionales no reconciliados (rencor, trauma, tristeza, abuso, odio, celotipias, insatisfacción sexual, etc.).
- Sentimientos de malestar o vacío sin explicación aparente.
- Crisis por eventos inesperados: divorcio, enfermedad crónica, muerte de seres amados, etc.
- Atención especializada para mujeres y hombres víctimas de violencia.
- Prevención de violencia en el entorno para adolescentes y adultos.

Citas: 55 3203 9196 (celular). Jueves de 14:30 a 19:30 hrs.

PSIC. FERNANDO CONTRERAS REYES

Si te sientes de ánimo decaído, enojado, irritable, triste y piensas que nadie te puede comprender, sería importante que buscaras un espacio en el cual puedas hablar sobre todo aquello que en este momento de tu vida te está imposibilitando como persona, es importante que alguien te escuche, a la vez que tu mism@, lo cual te ayudará a conocerte y transformarte como persona. Para esto, el tener un profesional capacitado te brindará las herramientas y el lugar seguro para que puedas alcanzar ese objetivo.

- Apoyo y orientación a personas que viven el fallecimiento de una persona.
- Autoestima.
- Depresión, Ansiedad, Estrés.



- Acompañamiento psicológico a personas con enfermedades crónico-degenerativas.
- Terapia de pareja.
- Atención a Adultos, adolescentes y niños.
- Atención a víctimas de violencia y/o delincuencia.

Citas 55 3194 0372 (celular). Viernes de 12:00 a 19:00 hrs.

PSIC. ALEJANDRO JACIEL MONTIEL VILLEDAS

- Atención y asesoría psicológica.
- Terapia infantil, problemas de atención, bullying a menores y jóvenes.
- Depresión, manejo de crisis emocionales.
- Estrés laboral, violencia en el trabajo (bossing).
- Problemas de pareja.

Citas: 55 3206 6258 (celular). Sábados de 10:00 a 19:00 hrs.

PSIC. MARIA ELENA ARROYO REBOLLAR

Asesoría psicológica en:

- Atención a adolescentes y adultos.
- Depresión.
- Baja autoestima.
- Relaciones destructivas.
- Adicciones.

Citas 55 3925 6431 (celular). Domingos de 10:00 a 18:00 hrs.

Correo: atencionpsicologicacomepsi@gmail.com

DIRECTORIO DE CONSULTORIOS CONSIDERADOS PARA EL SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE COMEPEPSI

Terapeuta	Especialidades	Horario	Dirección	Teléfonos	E-mail
Diana Espinosa Ortega	Cognitivo conductual (niños y adolescentes con problemas de conducta y bajo rendimiento escolar, TDHA, Síndrome de Down, autismo)	Lunes a viernes 4:30 a 21:00 hrs.	Poniente 1A esquina con Norte 31, Colonia Alfredo del Mazo, Valle de Chalco, Estado de México	55 1065 9860	odisea1716@outlook.com
Esperanza López Velazco	(Niños, adolescentes y adultos) Orientación psicológica, Psicoanálisis	Lunes a viernes 4:00 a 20:00 hrs.	Coyoacan-Coapa	5594 1658	miguelsal_08@yahoo.com.mx
Patricia Soto Gutiérrez	Terapia familiar y atención psicológica niños, jóvenes y adultos	Lunes a viernes 5:00 a 21:00 hrs., y a domicilio	Algodonales 76A-201, Col. Rinconada Coapa Tlalpan	55 3223 9479	patysoto_16@yahoo.com.mx
Elsa Mariska Fehér de la Torre	Orientación y Psicoterapia adolescentes y adultos	Miércoles 16:30 a 18:30 hrs. Sábados 9:30 a 20:00 hrs.	Insurgentes Sur 1677, interior 1107 Col. Guadalupe ilInn	5575 3536 5661 5966 55 3574 1036	efeh@yahoo.com
Paola Azcárraga Guevara	Psicoterapia Psicoanalítica (niños, jóvenes y adultos)	Lunes a viernes 9:00 a 21:00 hrs.	Insurgentes Sur 3493 17-103 Villa Olímpica del. Tlalpan	55 3488 6041	pazgue83@gmail.com
Roberto Herrera Lemus	Psicoterapia a adolescentes, problemas de adicciones	Lunes a viernes 18:00 a 20:00 hrs.	Amado Paniagua 7, depto. 303, Col. Moctezuma, 1ra sec.	55 1294 7697	robh_lemus_03@hotmail.com
Rosario Franco Bey	Terapia familiar, de pareja e individual; Tratamiento de auroiculoterapia	Lunes a viernes 8:00 a 12:00 hrs. y 19:00 a 20:00 hrs.	Amado Paniagua D11 7, depto. 303 Col. Moctezuma, 1ra sec. Gabriel Mancera 1337, edif. A, depto. 302 Col. del Valle	55 2854 3408	ros_bey_37@hotmail.com
Karina Mendez Negrete	Adultos mayores, Terapia familiar, de pareja, individual, valoraciones psicométricas, Tanatología,	Lunes y miércoles 17:00 a 22:00 hrs.	Manzanillo 123, desp. 401, Col. Roma (esquina con Eje 3, Baja California)	5564 1045 5564 1945 55 5412 5366	mkarinamendez@hotmail.com
Luis Jesús Sandoval Quintero	Psicoanálisis, Psicoterapia Individual, Terapia Familiar, Terapia de pareja, con perspectiva de género	Lunes a viernes 7:00 a 23:00 hrs.	Insurgentes Sur 1677, iunterior 1107, Col. Guadalupe Inn	55 1295 3407	luisjsandovalq@hotmail.com
Raquel Ortiz Fragoso	Psicoterapia Transpersonal: Individual y Grupal; Conocimiento del patrón emocional. Adolescentes y Adultos	Lunes, martes, jueves y viernes 15:00 a 20:00 hrs. Miércoles 8:00 a 13:00 hrs.	Calle Don Juan No. 109, Col. Nativitas, Del. Benito Juárez	55 3707 0728	transformarse.psicoterapia@gmail.com



DIRECTORIO

Mtro. Francisco Javier Huerta Moreno
Presidente

Psic. Alma Rodríguez Ocampo
Vicepresidente

Psic. Concepción Morales Méndez
Secretaria General

Psic. Luis Jesús Sandoval Quintero
Secretario Académico

Psic. Roberto Herrera Lemus
Secretario de Organización

Guadalupe Vázquez Jiménez
Secretaria de Finanzas

Patricia Soto
Secretaria de Difusión

Diana Espinoza Ortega
Secretaria de Integración Gremial

Karina Méndez Negrete
Esperanza Lopez Velasco
Elsa Mariske Fehér De la Torre
Rosario Franco Bey
Vocales