



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

**FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
ESPECIALIDAD EN GÉNERO, VIOLENCIA Y POLÍTICAS PÚBLICAS**

TÍTULO DE PROYECTO TERMINAL

**“ATENCIÓN PSICOLÓGICA ESPECIALIZADA CON PERSPECTIVA DE
GÉNERO: PROPUESTA PARA SU INCORPORACIÓN EN LOS SERVICIOS DE
SALUD MENTAL DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE
MÉXICO”**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN GÉNERO,
VIOLENCIA Y POLÍTICAS PÚBLICAS**

PRESENTA

JOSÉ EDUARDO VELÁZQUEZ CABALLERO

DIRECTOR/TUTOR ACADÉMICO

DR. LUIS ALFONSO GUADARRAMA RICO

CO-DIRECTOR(A)/TUTOR(A) ADJUNTO

DRA. JANNET SOCORRO VALERO VILCHIS

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, DICIEMBRE, 2025.

ESPECIALIDAD EN GÉNERO, VIOLENCIA Y POLÍTICAS PÚBLICAS



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
1. MARCO CONCEPTUAL.....	18
1.1. Perspectiva de Género	18
1.1.1. Roles y estereotipos de género.....	22
1.1.2. Interseccionalidad.....	24
1.2. Salud Mental en jóvenes Universitarios.....	27
1.2.1. Conyugalidad y empleo, dos factores que pueden impactar la salud mental de una parte de la población estudiantil de licenciatura.....	28
1.2.2. Estrés como factor de desestabilidad.....	30
1.2.3. Ansiedad, un trastorno que aumenta.....	30
1.2.4. Depresión, factor de desequilibrio	31
1.2.5. Consumo de sustancias prohibidas.....	32
1.3. Terapéutica en la atención psicológica	34
2. JUSTIFICACIÓN.....	39
2.1. El cuidado de la salud mental en el contexto de la UAEMéx	40
2.2. Relevancia de la perspectiva de género en la atención psicológica	45
3. DIAGNÓSTICO	48
3.1. Estrategia.....	48
3.1.1. Circunscripción espacial e institucional	49
3.1.2. Delimitación temporal	50
3.2. Metodología	51
3.2.1. Entrevistas	52
3.2.1.1. Entrevistas exploratorias previas	52
3.2.1.2. Entrevistas en profundidad	53
3.2.1.3. Muestreo y entrevistas a profundidad a psicólogas(os) que atienden al estudiantado	54
3.2.1.4. Validez de la entrevista a profundidad y su aplicación	56
3.2.1.5. Procesamiento de las entrevistas	58
3.2.2. Actitudes	59
3.2.3. Cómo se pueden medir las actitudes	61
3.2.4. Diseño de una escala propia, tipo Likert para explorar actitudes sobre perspectiva de género	62
3.2.5. Aplicación de la escala tipo Likert.....	65
3.3. Compromiso con la investigación sensible al género.....	66
3.4. Resultados	67

3.4.1. El personal entrevistado que atiende al estudiantado	68
3.4.2. Redes conceptuales en torno a los servicios de salud mental	70
3.4.3. Estrategia terapéutica (ET).....	72
3.4.4. Tipos de casos (TC).....	74
3.4.5. Perspectiva de género (PEG).....	77
3.4.6. Profesionalización (P).....	79
3.4.7. Lineamientos estructurales (LE).....	81
3.4.8. Actitudes a través de las escalas tipo Likert.....	84
3.5. Discusión.....	86
3.6. Orientación del diagnóstico.....	87
4. PROPUESTA	90
4.1. Propuesta de guía institucional para el fortalecimiento de los servicios de atención psicológica en CU incorporando la perspectiva de género.....	92
4.1.1. Objetivos de la guía	93
4.1.1.1. Objetivo general	93
4.1.1.2. Objetivos específicos	93
4.1.2. Población destinada y perfil del profesional.	93
4.1.3. Procedimiento	94
4.1.4. Selección de instancias para canalizar casos según su naturaleza	95
4.2. Estrategias y medios para la aplicación periódica de evaluaciones.....	100
4.2.1. Escala	102
CONCLUSIONES.....	104
Referencias	111
ANEXOS	123
Anexo 1. Entrevista semiestructurada para psicólogos o psicólogas que atienden a población estudiantil de la UAEMéx	123
Anexo 2. Escala preliminar sobre perspectiva de género para profesionales de psicología que atienden a población estudiantil universitaria	131
Anexo 3. Escala definitiva tipo Likert para psicólogos o psicólogas que atienden a población estudiantil de la UAEMéx	139
Anexo 4. Consentimiento informado.....	144
Anexo 5. Guía de atención psicológica breve y canalización idónea con perspectiva de género para psicólogos o psicólogas que atienden a población estudiantil de la UAEMéx	145
Anexo 6. Consentimiento informado de la guía	149
Anexo 7. Carta de presentación	151

INTRODUCCIÓN

La salud mental se ha convertido en un tema prioritario en los últimos años debido al incremento de los trastornos psicológicos a nivel mundial. A pesar de tratarse de una problemática histórica, los estigmas culturales, el desconocimiento y la falta de servicios de salud mental pública habían impedido que se le diera visibilidad, considerando que se trataba de un asunto privado y normalizando ciertas conductas o padecimientos.

Se estima que, a nivel mundial, “una de cada ocho personas padece algún problema de salud mental, lo que puede repercutir en su salud física, su bienestar, su relación con los demás y sus medios de subsistencia” (OMS, 2023, párr. 3). Al reconocer la salud mental como un derecho humano fundamental, se han diseñado y puesto en marcha diversas políticas públicas para tratar de atender de mejor manera los trastornos mentales como un problema de salud pública, así como para promover el bienestar individual, social y el desarrollo económico.

Con base en los informes *World Mental Health Today* y *Mental health Atlas 2024*, la Organización Mundial de la Salud (OMS) concluyó que la ansiedad y la depresión son los trastornos de salud mental con mayor prevalencia en la población global (OMS, 2025). Estas condiciones se encuentran entre las principales causas de discapacidad, debido a su impacto en la capacidad de las personas para realizar las actividades cotidianas, mantener relaciones sociales, desempeñarse laboral o académicamente y para disfrutar de una buena calidad de vida.

Con la intensificación de algunos trastornos, como la depresión y la ansiedad, las naciones y organismos internacionales han impulsado políticas públicas orientadas a ampliar y mejorar los programas de salud mental y los servicios de atención especializados. Asimismo, se ha buscado reducir el estigma asociado a los trastornos mentales. Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, persisten barreras

culturales, sociales e institucionales que no permiten generar una conciencia social sobre la importancia de cuidar la salud mental.

Ante esta ausencia de conciencia colectiva, auspiciada por prejuicios y discriminación, es difícil que las personas reconozcan que requieren atención psicológica y acudan a recibirla, lo que limita el acceso equitativo y oportuno al tratamiento adecuado. Como consecuencia, las personas enfrentan estos padecimientos con desconocimiento y de manera anónima, lo que podría agravar los trastornos mentales.

La OMS reporta que más de mil millones de personas en el mundo presentan algún trastorno en su salud mental (OMS, 2025). No obstante, se debe destacar que la prevalencia de estos trastornos varía de acuerdo con el sexo. Las mujeres son más propensas a presentar ansiedad y depresión (OMS, 2025). Esta circunstancia se asocia a factores biológicos, sociales y estructurales como la desigualdad, la violencia, la discriminación y el acceso limitado a servicios de salud.

Al enfrentar esas situaciones de desigualdad estructural, discriminación y misoginia, las mujeres presentan una mayor probabilidad de desarrollar trastornos como la depresión y la ansiedad (Ramos, 2014). Además, esta condición puede agravarse a partir de experiencias específicas de abuso y violencia de género, repercutiendo negativamente en su bienestar emocional, psicológico y social.

Según ONU Mujeres (2024), aproximadamente 736 millones de mujeres en el mundo han sido víctimas de violencia por parte de sus parejas al menos una vez en su vida. En México, en 2021, el 70.1% de mujeres de 15 años y más reportó haber experimentó al menos un incidente de violencia. La forma más común fue la violencia psicológica con un 51.6%, seguida de la violencia sexual con el 49.7%, la violencia física con 34.7% y la violencia económica o discriminación, con un 27.4% (INEGI, 2021).

Lamentablemente, las niñas y mujeres han sido quienes más casos han registrado al ser víctimas de violencia de género, pero también las personas no binarias, los niños y los hombres pueden verse afectados emocionalmente, en lo físico y social, debido a su condición de género no heteronormado. Esta situación responde a patrones socioculturales, de desigualdad estructural, y como resultado de las relaciones de poder que aún prevalecen en la sociedad.

La magnitud de la violencia de género exige una atención inmediata. Las consecuencias psicológicas derivadas de este fenómeno son profundas y duraderas; en tanto representan un riesgo significativo para la estabilidad emocional y cognitiva de las víctimas. Las afectaciones derivadas de la violencia psicológica pueden ser menos visibles que las físicas. Sin embargo, repercuten directamente en el bienestar, seguridad y desarrollo de las personas que son víctimas.

A raíz de estos eventos traumáticos, cualquier persona puede desarrollar trastornos mentales, manifestando respuestas disfuncionales ante el estrés, que generan daños fisiológicos y psicológicos, tanto inmediatos como a largo plazo. De igual forma, pueden presentarse trastornos por estrés postraumático, trastorno límite de la personalidad, ansiedad, abuso de sustancias, trastornos del sueño y de la alimentación, incluso el suicidio.

Adicionalmente, existen factores precipitantes que acrecientan el riesgo de experimentar algún tipo de afección mental a lo largo de la vida. Los factores biológicos, individuales, familiares, sociales y estructurales constituyen determinantes que pueden significar una mayor propensión a desarrollar trastornos mentales o alguna discapacidad psicosocial. Estas afectaciones, además de limitar el desarrollo pleno de las personas, impactan negativamente en el desarrollo económico y comunitario. De ahí la importancia de que los sistemas de salud pública fortalezcan sus estrategias para reducir las brechas culturales, estructurales, sociales y de género, así como garantizar una atención psicológica ética, integral, equitativa y preventiva.

La *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*, a través de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que la articulan, busca mejorar la calidad de vida de las personas. Dentro de estos ODS, el Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, en su meta 3.4, hace mención explícita acerca de la obligación que tienen los Estados-miembro de garantizar la salud mental y el bienestar de todas las personas a todas las edades. Asimismo, en su Objetivo 5. Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas, considera la importancia de incorporar la perspectiva de género en todas las acciones.

Según Medina-Mora *et al.* (2023), la prevalencia de trastornos mentales en México ha mostrado un aumento significativo en los últimos años. En 2019, aproximadamente 15.7 millones de personas padecían alguna condición de salud mental, y para 2021 esta cifra subió a 18.1 millones, lo que representó un incremento del 15.4%. Este incremento es atribuible, en parte, a la pandemia por COVID-19, el confinamiento y los duelos derivados de sus fatales consecuencias. A pesar de ello, estos datos resaltan la necesidad de fortalecer los servicios de salud mental y de incrementar las estrategias de intervención temprana para atender a la población afectada.

Para dar cumplimiento a estas metas y a otros tratados internacionales como la *Carta Internacional de Derechos Humanos* y el *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030*, en México existen diversas normas y marcos legales para reconocer a la salud mental como parte sustancial de la salud pública y de los derechos humanos. *Ley General de Salud* (2022) y el *Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones 2020-2024*, establecen la obligatoriedad del estado para realizar acciones de prevención y detección temprana de los trastornos mentales, así como de brindar atención y tratamientos.

En el mismo sentido, en el *Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030*, en su Eje 2. Desarrollo con bienestar y humanismo, se proponen líneas de acción acerca de la promoción y prevención en salud mental a lo largo de la vida. Por su parte, en el *Plan de Desarrollo del Estado de México*, en su Eje 4. Bienestar Social, también se postula la necesidad de implementar un sistema de salud integral para la salud mental, al tiempo que enfatiza la necesidad de aplicar un modelo de prevención en las escuelas para detectar trastornos mentales y adicciones, y en incorporar la perspectiva de género en estas acciones.

Además de las problemáticas mencionadas, la vulnerabilidad a sufrir alguna afectación a la salud mental aumenta en ciertos periodos de la vida. La infancia, adolescencia y la juventud son etapas especialmente sensibles en las que se es más susceptible. De acuerdo con datos de la OMS (2025), a nivel mundial, el 15% de adolescentes de entre 10 y 19 años presentan algún tipo de psicopatología, entre los principales se encuentran la ansiedad, depresión y trastornos del comportamiento. Asimismo, el suicidio es la tercera causa de muerte en jóvenes de 15 a 19 años. Estas cifras evidencian la necesidad de detectar y atender de manera oportuna a este sector de la población.

En estos ciclos, las experiencias negativas como los castigos excesivos, el bullying, la violencia familiar, el rechazo social, el uso de las redes sociales y la presión por mantener los estereotipos de género pueden generar afectaciones psicológicas significativas. Los trastornos mentales en adolescentes y jóvenes pueden acarrear otras consecuencias como la exclusión, discriminación, conductas de riesgo, afectaciones en la salud física y emocional. Estas problemáticas, además de afectar sus actividades sociales, escolares y laborales, obstaculizan el desarrollo pleno en la vida adulta. Por lo tanto, es fundamental la intervención temprana desde los espacios educativos.

En México, las problemáticas de salud mental en adolescentes presentan circunstancias similares. En 2022, se registraron 704 muertes por suicidio en

adolescentes de entre 10 y 19 años. Asimismo, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) reportó que el 7.6% de las y los adolescentes de entre 10 a 19 años experimentaron pensamientos suicidas. Cabe destacar que las mujeres fueron las que presentan mayor prevalencia, con el 10.2% de las adolescentes, frente al 5.1% de los adolescentes (Instituto Nacional de Salud Pública, 2023).

Respecto a la población joven que se encuentra cursando la educación superior, se estima que el 20% ha sufrido depresión, el 15% ha tenido pensamientos suicidas y el 2% ha intentado suicidarse (Instituto Internacional para la Educación Superior en América Latina y el Caribe, 2024). Asimismo, el 75% de los trastornos mentales se presentan antes de los 25 años (Calderón y Yáñez, 2023).

Los padecimientos más comunes durante esta etapa son la ansiedad, los trastornos del comportamiento, el consumo de sustancias psicoactivas y dificultades para dormir (Ramírez y Zarco, 2023). Si estos padecimientos no son detectados y atendidos oportunamente, repercuten directamente al desempeño escolar, la continuación de los estudios y la capacidad para establecer relaciones familiares, sociales y amorosas.

Este panorama, además de dar cuenta de la magnitud de la problemática que enfrentan adolescentes y jóvenes, advierte la necesidad de abordar la salud mental desde una estrategia terapéutica, que permita dar atención especializada y sensible a las particularidades de esta etapa de la vida y con perspectiva de género. En este sentido, es fundamental reconocer que, “las soluciones terapéuticas deben forzosamente individualizarse y desarrollarse para conectarse con el contexto vital particular del individuo, no pueden ser elegidas como tratamientos para trastornos descontextualizados” (Munguía-Castanedo, 2008, p. 389).

A pesar de los límites de la cobertura de las instituciones educativas, resulta fundamental que dicha atención se brinde dentro de los espacios educativos, ya que es ahí donde una buena parte de los y las jóvenes pasan su tiempo y donde pueden

encontrar redes de apoyo. Al interior de los espacios escolares se construyen vínculos sociales, identidades y redes de apoyo que pueden favorecer la salud mental del estudiantado. Por ello, promover la detección temprana, la prevención y el acompañamiento emocional desde este ámbito es una estrategia clave para fomentar el bienestar y reducir los riesgos a padecimientos psicológicos en adolescentes y jóvenes.

El presente Proyecto Terminal de Grado (PTG) se inscribe dentro de los esfuerzos institucionales que realiza la Especialidad en Género, Violencia y Políticas Públicas que imparte la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx). Es un programa de posgrado con óptica profesionalizante cuya calidad ha sido reconocida al formar parte del Sistema Nacional de Posgrados (SNP) reconocido por la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI) del Gobierno de México¹.

Planteamiento del problema

La salud mental se ha posicionado como un tema emergente debido al aumento de casos de trastornos mentales entre la población estudiantil y a las políticas de atención a la salud universitaria. En la UAEMéx, se brinda atención psicológica en diversos espacios académicos, también en la Clínica Multidisciplinaria de Salud, así como a través del Centro de Estudios y Servicios Psicológicos Integrales (CESPI)².

De acuerdo con la Secretaria de Extensión y Vinculación, (ahora denominada Secretaría de Vinculación, Extensión y Promoción de la Empleabilidad), la UAEMéx ha definido como una de sus prioridades la prevención y atención de la salud física y mental de la comunidad estudiantil. Para lograrlo, cuenta con la Red de

¹ Expreso mi gratitud a la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UAEMéx, así como a la SECIHTI por haberme otorgado una beca, misma que me dio la oportunidad de cursar este programa de posgrado.

² Tanto en la Clínica Multidisciplinaria como en el CISPI, fundamentalmente se atiende a población abierta como una forma de retribución hacia la sociedad.

consultorios médicos, ubicados en 33 espacios educativos, mismos que disponen del servicio de atención psicológica (UAEMéx, s.f.).

Para el desarrollo de este proyecto se tomaron como referencia inicial los diez espacios de atención psicológica ubicados en Ciudad Universitaria (CU), donde se propuso implementar la intervención con perspectiva de género. Dichos espacios están distribuidos en las facultades de: Economía, Ingeniería, Arquitectura y Diseño, Humanidades, Derecho, Contaduría y Administración, Artes, Ciencias Políticas y Sociales, Turismo y Gastronomía y, Geografía. El universo estudiantil, potencialmente considerado en este trabajo, incluyó solamente a quienes cursan alguno de los programas de licenciatura, cuyo rango etario predominante va de 17 a 24.

Uno de los desafíos de la atención psicológica universitaria radica en la conformación de las y los profesionales de psicología. Tanto su formación académica como su experiencia como una adecuada capacitación en perspectiva de género, son pilares fundamentales a la hora de atender a las y los estudiantes que pueden buscar ayuda u orientación.

Si por diversas circunstancias o factores, el personal que proporciona este servicio no tiene incorporada a su práctica la perspectiva de género, esta carencia podría generar una inadecuada comprensión acerca de cómo –dentro del sistema patriarcal, machista, micromachista o filtrado en códigos de machismo invisible--, la edad, el género, la ocupación, la raza, la clase social, la orientación sexual o la identidad, pueden constituir factores que afecten la salud mental del alumnado (Conway *et al.*, 2018; Bonino, 2004; Castañeda, 2007b; Esteban, 2011; Davis, 2016; Lerner, 2017; Lamas, 2018). Tal situación puede generar prácticas que invisibilizan las experiencias diferenciadas de las y los estudiantes, y reforzar estigmas o sesgos en la atención.

Como se podrá apreciar líneas más adelante, la insuficiencia de recursos humanos, la sobrecarga de consultas y la falta de un programa de atención focalizada, limitan la posibilidad de brindar una atención eficiente, seguimientos terapéuticos y desarrollar acciones preventivas. Subestimar las consecuencias de no brindar una atención integral, genera que la atención sea limitada y fragmentada.

Ante dicha problemática, en este PTG, inicialmente se bosquejó indagar cuáles eran las características que tenía el servicio de atención psicológica proporcionado al estudiantado que asistía a alguna de las Facultades ubicadas en el campus de CU. Además, si dicha atención —desde la óptica o la versión de los(as) mismos profesionales que brindan este tipo de atención— está nutrida o acompañada de la perspectiva de género.

Al efectuar una serie de gestiones ante la Dirección de Salud Universitaria (DSU) de la UAEMéx, se pudo constatar que por diversas circunstancias y factores no sería viable entrevistar a todas y todos los psicólogos que estaban a cargo de proporcionar este tipo de servicio profesional al estudiantado. Consecuentemente, mediante la aprobación de esta DSU, se logró acudir a una reunión quincenal en la que coincidía este grupo de profesionales para concretar acuerdos de corte institucional, así como para analizar grupalmente determinados casos que están siendo atendidos.

Mediante las gestiones y comunicados por escrito que el asunto requería, se logró exponer ante ellos(as) las características que tenía el presente trabajo de corte exploratorio. Como se apreciará páginas más adelante, en todo momento se indicó que la participación esperada sería voluntaria, anónima y confidencial, para quienes aceptaran ser entrevistados(as) en una fecha y horario determinados por ellos o ellas.

Únicamente tres profesionales de psicología que atienden a una parte del estudiantado aceptaron participar en el presente PTG; manifestando plena

disposición para responder tanto a una entrevista semiestructurada, más una escala estimativa, tipo Likert. Consecuentemente, debe tenerse presente que este Proyecto Terminal de Grado (PTG) constituye una primera aproximación. Más allá de su posible relevancia, los resultados o hallazgos no pueden ser generalizados hacia aquello que sucede en la atención psicológica que se otorga a la comunidad estudiantil que cursa sus estudios en alguno de los espacios educativos ubicados en CU.

Por otra parte, debe considerarse que el presente esfuerzo no ha pretendido evaluar la calidad del servicio profesional que emana de los profesionales de psicología hacia la comunidad estudiantil, puesto que para ello habría sido necesario emprender otras acciones e instrumentos, además de lograr la participación de aquel alumnado que ha recibido este tipo de atención psicológica. En apego a la ética de investigación requerida para este tipo de procesos dialógicos, se ha mantenido en reserva los datos de identificación de quienes generosamente aceptaron compartir su experiencia profesional y sus puntos de vista. En seguida, puede verse en qué términos fue planteado el propósito de este PTG.

Objetivo general

Analizar las características que tiene el servicio de atención psicológica que se proporciona a la comunidad estudiantil en los espacios ubicados en Ciudad Universitaria, desde la óptica de las y los profesionales que otorgan este servicio, con el fin de proponer estrategias que fortalezcan la calidad, pertinencia y efectividad del servicio brindado a la comunidad estudiantil de nivel licenciatura.

Con el propósito de avanzar hacia una etapa de operacionalización que requería el presente PTG, el objetivo anterior fue desagregado en los siguientes siete objetivos específicos.

Objetivos específicos

- Analizar la cobertura de los servicios de atención psicológica para la comunidad estudiantil de nivel licenciatura en los espacios ubicados en Ciudad Universitaria.
- Determinar en qué medida está incorporada la perspectiva de género en la atención que proporcionan los profesionales de psicología que dan atención a una parte de la población estudiantil, a través de la aplicación de entrevistas a profundidad.
- Explorar las actitudes, creencias y la práctica profesional de las(os) psicólogas/os que estén relacionadas con la perspectiva de género, a través de la aplicación de una escala tipo Likert.
- Examinar la estrategia terapéutica que refieren las/os profesionales a la hora de proporcionar sus servicios de atención psicológica dentro de la UAEMéx, para valorar su adecuación y efectividad en la atención del estudiantado.
- Identificar si las/os profesionales tienen y aplican protocolos para la atención psicológica, así como los mecanismos de detección y prevención.
- Distinguir si existen mecanismos de vinculación, canalización y acompañamiento de casos.
- Proponer, en su caso, una guía institucional para el fortalecimiento de los servicios de atención psicológica dentro de CU, incorporando la perspectiva de género.

Como se podrá apreciar en las siguientes páginas, el documento fue estructurado en cuatro apartados. En el primero se aborda la perspectiva de género; el papel que desempeñan los roles tradicionales, así como los estereotipos en la reproducción del sistema patriarcal y machista, así como la importancia que tiene incorporar el marco analítico de la interseccionalidad. Sobre dicha base, se expone de manera general los principales factores que pueden afectar la salud mental de los estudiantes que cursan su formación profesional en alguno de los campi de la

UAEMéx, aunque el presente proyecto quedó circunscrito a una muestra de cuatro espacios académicos ubicados en el campus de Ciudad Universitaria (CU).

En el claro entendido que este tipo de atención o de apoyo profesional que se otorga al estudiantado puede estar sustentado en diferentes ópticas terapéuticas, se dedicó espacio, aunque de manera breve, a dar cuenta de los distintos tipos de enfoques teóricos que podrían ser identificados mediante las entrevistas que se podría lograr.

Dicho capítulo, colocado como marco conceptual, hizo posible colocar las bases teóricas que permitirían fortalecer la atención que se proporciona a estudiantes de la UAEMéx, quienes eventualmente pueden buscar ayuda profesional en alguno de los consultorios de psicología, instalados y puestos en marcha por la máxima casa de estudios.

El segundo apartado ofrece la justificación y contextualiza la problemática, exponiendo la relevancia de atender la salud mental en el estudiantado de licenciatura. Se hace una breve referencia a las acciones que ha implementado la UAEMéx para ofrecer servicios de atención psicológica. Además, se recupera la importancia que la propia institución ha señalado en torno a la elaboración de un diagnóstico que permita detectar si existen limitaciones respecto a la cobertura, la especialización del personal psicológico, los protocolos de actuación, así como la incorporación de la perspectiva de género.

Dentro del tercer capítulo, se expone la estrategia, así como la metodología que se puso en marcha para realizar el diagnóstico, en tanto punto de partida para que mediante el presente PTG se lograra formular una propuesta de mejora. Se mencionan las entrevistas exploratorias que se efectuaron para tratar de conocer a mayor detalle aquellos antecedentes que llevaron a la UAEMéx a instrumentar la atención a la salud mental de su población estudiantil.

En este mismo acápite se menciona detalladamente cómo se construyó la guía para las entrevistas a profundidad; el proceso de validez de construcción que se puso en marcha para elaborar la escala actitudinal tipo Likert. Dicho esfuerzo hizo posible contar con un instrumento *ex profeso* para explorar la dimensión actitudinal que gravitaba en cada una de las tres personas entrevistadas.

Una vez procesada la información que se logró recabar, a través de dos tipos de entrevistas de corte dialógico y de la aplicación de la escala tipo Likert, se exponen los resultados obtenidos. Para examinar las entrevistas a profundidad, haciendo uso del software ATLAS.ti, se efectuó el análisis de contenido, generando redes conceptuales en cada una de las seis dimensiones que se habían definido. Con respecto a las escalas estimativas aplicadas, aunque se trató de una muestra de tipo voluntario y, por ende, no generalizable, se logró emprender un análisis cruzado entre aquello que notificaron las escalas y lo hallado en las entrevistas a profundidad.

En mismo este apartado, se identificaron necesidades de capacitación profesional con perspectiva de género e interseccionalidad; la carencia de protocolos; la sobrecarga de consultas que encaran los/as profesionales entrevistados/as, así como una escasa vinculación interinstitucional.

En el cuarto apartado contiene la propuesta de una guía institucional con perspectiva de género, para el fortalecimiento de los servicios de atención psicológica en la UAEMéx, así como la propuesta de una escala tipo Likert para evaluar la práctica profesional de las psicólogas y psicólogos de este espacio universitario. Dichos elementos buscan mejorar los servicios de salud mental y promover una atención más especializada para la comunidad estudiantil, con perspectiva de género.

Antes de la sección correspondiente a las referencias empleadas, se destinó espacio para elaborar las conclusiones a las que se arribó como resultado de este Proyecto de Terminal de Grado.

Este PTG da cuenta de la necesidad fortalecer los servicios de atención a la salud mental en la UAEMéx, a través de herramientas que permitan tener un protocolo de atención especializada y de evaluación continua. Asimismo, se incluyen un total de siete anexos que fueron elaboradas y empleados para llevar a cabo el presente PTG. Conviene subrayar que los anexos con numeral: 1, 3 y 5, revisten especial importancia, en tanto constituyen productos académicos que fueron desarrollados como parte consustancial del presente proyecto. A continuación, se desarrolla cada sección o acápite.

1. MARCO CONCEPTUAL

La finalidad del presente apartado es fundamentar teóricamente la importancia de abordar desde una perspectiva de género la atención psicológica que se brinda en la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx), reconociendo cómo las desigualdades, roles y estereotipos de género influyen en el bienestar de la comunidad universitaria. Además, de que la salud y la enfermedad no son únicamente estados corporales o mentales, sino que también emanan de construcciones socioculturales, históricas y políticas que determinan las realidades de mujeres y hombres; en este caso, dentro de los espacios universitarios.

1.1. Perspectiva de Género

Los estudios de género surgieron en la segunda mitad del siglo XX, a partir de los aportes intelectuales del feminismo contemporáneo. Simone de Beauvoir (1998) mostró que “no se nace mujer: se llega a serlo”, abriendo la discusión sobre el género como construcción social. Más tarde, Kate Millett (2010) evidenció cómo la política patriarcal atraviesa la cultura y la vida cotidiana, mientras que Gayle Rubin (1975) analizó el sistema sexo-género como un mecanismo socialmente organizado para producir desigualdad.

Desde la década de 1980, la teoría avanzó hacia enfoques interseccionales, especialmente con el trabajo de Kimberlé Crenshaw (1989; 1993), quien demostró que las desigualdades de género se entrelazan con la raza, la clase, la edad, la orientación sexual y otros ejes de opresión. Hoy, este campo sostiene que el género no es un atributo individual sino un entramado de relaciones de poder que estructura instituciones, prácticas y oportunidades.

las diferencias de sexo y de género determinan diferencias en los determinantes de la salud, la vulnerabilidad, la naturaleza, severidad y frecuencia de los problemas de salud, la forma en la que se perciben los

síntomas, la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios, el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, el cumplimiento del tratamiento y de los mensajes preventivos y el pronóstico de los problemas de salud entre hombres y mujeres. (Borell y Artazcoz, 2008, p. 245)

Entonces, podemos comprender al género como categoría analítica y esencial en la construcción de identidades, los propios roles, comportamientos y expectativas que socialmente se asigna derivados del sexo biológico, tiene una influencia directa en la exposición y vulnerabilidad de mujeres y hombres.

La perspectiva de género permite abordar la salud como resultado de la organización y funcionamiento de la sociedad. Desborda el análisis de la determinante biológica, es decir, la diferencia sexual anatómica y fisiológica; presupone un nivel de análisis dirigido a contextualizar la influencia de los factores sociales que conforman la subjetividad diferencial entre hombres y mujeres y por ende, los modos de vivir, enfermar y morir, a lo que se ha llamado perfiles epidemiológicos de género. (Castañeda, 2007a, p. 12)

Podemos comprender a través de lo expuesto que, si bien el sexo biológico es importante en algunas enfermedades, la autora expone que limitarnos a esa única comprensión es crear desigualdades, justificando una necesidad de perspectiva de género ya que las diferencias en la salud no son innatas, sino que podemos comprenderlas desde el contexto sociocultural, el propio sistema sexo-género en la distribución de los roles y expectativas sociales, entre mujeres y hombres.

La misma Castañeda (2007a) remarca que

el análisis del proceso salud-enfermedad desde la perspectiva de género permite identificar las diferencias entre mujeres y hombres y a partir de las mismas hallar los factores que actúan de forma particular sobre cada sexo y aplicar las acciones para la solución de los problemas y necesidades de cada

uno con la finalidad de que todos los seres humanos logren alcanzar altos niveles de salud y desarrollo humano. (p. 12)

Identificando que tanto mujeres como hombres viven de manera diferenciada, enferman y mueren. Por ende, hay que reconocer que tienen patrones diferenciados, inclusive en la búsqueda de atención médica, ya que, por ejemplo, la masculinidad muchas veces por verse invulnerable no se busca ayuda, por ende, una mayor tasa de mortalidad en accidentes (causas externas) y mujeres mayor morbilidad (peor salud percibida).

A partir de lo planteado, se entiende que la Perspectiva de Género (PEG) obliga a repensar el propio género, el sexismo y el androcentrismo. Las ciencias sociales desde su narrativa se enfocan en como las propias personas se construyen a través de su historia de vida, es decir, a través de su contexto sociocultural. Es así como podemos definir que la PEG es una herramienta no solo de análisis, sino también de metodología que permite profundizar más allá de lo descriptivo, sino desde un pensamiento crítico reflexivo, ya que el género está ligado al poder, distintas desigualdades en cualquier contexto social, como en este caso el universitario. Joan Scott (2018) advierte que “el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias percibidas entre los sexos, y el género es una forma primaria de significar relaciones de poder” (p. 290).

A menudo, el servicio de atención psicológica puede ser tradicionalista, entendiendo que se asume cierta neutralidad desde la profesión propia, como si la escucha activa o el acompañamiento terapéutico estuvieran dentro de los márgenes estructurales de poder. Por ello, es necesario que los servicios de atención psicológica actúen desde una perspectiva de género que implica repensar la neutralidad y reconocer que la propia práctica clínica de los profesionales es situada en el aquí y ahora, pero también permeada por contextos sociales, históricos y políticos concretos.

Elsa Gómez (2002, p.454), apunta que “la equidad en la salud se comprende al eliminar desigualdades evitables en la salud y en grupos con diferentes grados de privilegio” y de no enfermar. Entendiendo que no solo es diferenciación sexo-género, sino que se amplía a distintas desigualdades como etnia, clase, raza, creadas y vigentes por las estructuras sociales. En el contexto de la atención psicológica dentro de la universidad, surgen como una necesidad de tratar problemáticas que aquejan a los estudiantes o comunidad en sí. He aquí la relevancia de acompañar y promover el bienestar mental. Sin embargo, en la práctica estos espacios no siempre operan bajo la comprensión de la equidad y desigualdades, tomando en cuenta las diferencias de los demás.

Por su parte, María Richaud (2007) plantea que el manejo ético de la profesión de psicología, se encuentran principios en el estudio de investigación con personas, como el beneficio, el respeto, y la justicia; se debe utilizar el consentimiento informado y el adecuado manejo de los datos, algo que la ciencia hoy en día exige.

Consecuentemente, tener perspectiva de género en la práctica profesional no equivale a “tratar igual a hombres y mujeres”, sino a comprender cómo las relaciones de poder, los estereotipos y las expectativas sociales inciden en la subjetividad, el bienestar y las oportunidades de cada persona. En el caso de un profesional de la psicología que atiende a estudiantes universitarios, esta perspectiva se expresa al reconocer la desigual carga emocional que enfrentan hombres y mujeres; al identificar situaciones de violencia, acoso o discriminación no siempre visibles; al evitar interpretaciones patologizantes basadas en estereotipos; y al promover procesos de escucha y acompañamiento sensible a las experiencias de género.

Un(a) psicólogo(a) con perspectiva de género distingue cómo los mandatos culturales influyen en los malestares, valida las experiencias diferenciadas y orienta sus intervenciones hacia la autonomía, la seguridad, el autocuidado y el ejercicio de derechos.

Los profesionales de la salud mental deben manejarse desde una ética que tenga respeto por la dignidad de las personas (sin importar su género, identidad u orientación sexual), la no discriminación, competencias profesionales y constante actualización (conocimientos y habilidades, incluyendo los relacionados con la diversidad de género) y responsabilidad social ya que prevenir la discriminación no solo es un apartado ético sino también profesional.

1.1.1. Roles y estereotipos de género

Históricamente las mujeres fueron relegadas –y lamentablemente sigue ocurriendo– al espacio privado (roles secundarios o tareas impuestas de cuidado). Por su parte, los hombres pueden acaparar ambos espacios (público y privado). Tales condiciones generan una profunda desigualdad, ya que mediante la división sexual del trabajo se ha decretado que no existe una remuneración ni reconocimiento para todo aquello asociado a lo doméstico y destinado “naturalmente” para las mujeres.

Es así como las mujeres cuando arriban a la esfera pública deben cargar con una doble jornada o, dentro del mismo trabajo con un aura de perfeccionismo. Al respecto, los planteamientos de Rubin (1975), que remarca que la división sexual del trabajo, producto de un sistema sexo/género, que le asigna funciones reproductivas, de cuidados, y afectivas a las mujeres, colocándolas en una posición de dependencia y subordinación tanto económica como emocional hacia los hombres. Ileana Castañeda señala el rol de la mujer como aquel:

centro de la dinámica familiar porque es la responsable de la atención y cuidado de los hijos, ancianos y nietos, así como de la administración de la economía del hogar y del trabajo doméstico lo que se combina con la jornada laboral y las responsabilidades sociales. (2007a, p. 9)

A este respecto, se puede identificar por qué existe una doble o triple jornada, una responsabilidad no remunerada e invisibilizada, se comprende la percepción social o el estereotipo de la mujer por el rol reproductivo, sin embargo, la demanda continua del mismo o de más tareas de cuidados, tiene una sobrecarga como finalidad, generando un malestar clínicamente significativo. Al contraste con el rol del hombre identificamos la inequidad desde las estructuras de orden social, las desventajas en economía y estatus crean desigualdades al acceso a salud para las mujeres y para su propio desarrollo humano.

En consecuencia, hablar del sistema sexo-género es referencia permite develar cómo se edifican y reproducen las diferencias entre hombres y mujeres, en tanto que el “sistema sexo/género es un conjunto de disposiciones por el cual la materia prima biológica de la sexualidad humana es moldeada por la intervención social, y satisfechas las necesidades humanas de sexo y afecto, de manera convencional” (Rubin, 1975, p. 102-103).

En tal sentido, es necesario comprender que la diferencias entre hombres y mujeres no solo es natural/biológica, sino que son resultado de procesos sociales, históricos y culturales. Por ejemplo, los roles de género, estereotipos y esta parte sexual. Hay que subrayar que la asignación sexo/género actúa como factor determinante para moldear la realidad donde se desarrollara el sujeto, construyendo –a partir del sexo– aquello que se podría denominar una campana de Gauss, estableciendo lo que es normal y, por ende, aceptable y todo lo que es anormal, es decir, lo marginal, anómalo o incorrecto con respecto a la propia identidad, comportamiento (sumisión) y relaciones interpersonales. Con base en lo expuesto por la Organización Mundial de la Salud, se ha considerado que:

los roles de género son construcciones sociales que conforman los comportamientos, las actividades, las expectativas y las oportunidades que se consideran apropiados en un determinado contexto sociocultural para todas las personas. Además, el género hace referencia a las relaciones entre

las personas y a la distribución del poder en esas relaciones. (OMS, 2018, párr. 1)

Entendemos que son creados, reproducidos y brindados por la sociedad y no por un tema natural. Ello tiende a justificar que entre culturas estos son diferenciados o que llegan a cambiar a lo largo del tiempo. Sin embargo, hay que entender que los roles están más centrados en la parte conductual de actividades y comportamientos, mientras que el estereotipo es la asignación de esa expectativa social.

Es decir, se trata de realidades vividas y observables en la cotidianidad, desde las creencias de lo adecuado como hombres y mujeres, lo esperado, lo denominado femenino o masculino, entendiendo que salir de estos parámetros puede relegarte a la marginación, anormalidad o inclusive la patologización.

La Organización Mundial de la Salud reconoce que “el género es un factor que crea inequidades sanitarias por sí solo y que puede agravar las que son producto de la situación socioeconómica, la edad, la etnia, la discapacidad, la orientación sexual, etc.” (OMS, 2018, párr. 3). Entendiendo que los roles de género para mujeres y hombres los exponen a ciertos factores de riesgo. Por ejemplo, a los hombres el rol reproductivo los expone a situaciones laborales que tienen mayor tasa de mortalidad, mientras que las mujeres con su rol reproductivo derivado de tareas de cuidados y/o sobre carga de actividades, puede generar mayor morbilidad (estrés, depresión y ansiedad), además de la no remuneración, negándole el acceso a servicios básicos como los de salud.

1.1.2. Interseccionalidad

La interseccionalidad es un marco analítico originalmente formulado por Kimberlé Crenshaw (1989) para explicar cómo múltiples sistemas de opresión —como racismo, sexismo, clasismo u homofobia— se entrecruzan simultáneamente en la vida de las personas. Esta multiplicidad de condiciones genera formas de

desigualdad que no pueden comprenderse plenamente si se analizan por separado. Crenshaw mostró que la experiencia de discriminación en ciertos grupos no es la suma lineal de factores, sino un fenómeno cualitativamente distinto que emerge de su posición en la concurrencia de estructuras de poder. Este enfoque permitió visibilizar que las herramientas tradicionales del análisis social resultaban insuficientes para comprender las desigualdades complejas que enfrentan, por ejemplo, las mujeres afroamericanas.

Posteriormente, Crenshaw profundizó esta perspectiva en trabajos más recientes, como el de Cho, *et al.*, (2013), donde amplían el concepto de interseccionalidad como un campo de estudio que articula teoría, método y praxis. Allí se enfatiza que las identidades sociales y las posiciones de poder deben analizarse como construcciones dinámicas, interdependientes y situadas en contextos institucionales específicos. Por su parte, autoras como Patricia Hill Collins y Sirma Bilge (2016) han reforzado esta idea al mostrar que los sistemas de dominación operan simultáneamente en diversas escalas —desde la vida cotidiana hasta las políticas públicas—, configurando experiencias diferenciadas de vulnerabilidad o privilegio.

En el ámbito universitario, el enfoque interseccional permite comprender mejor las necesidades psicológicas de estudiantes hombres, mujeres o personas no binarias cuyas experiencias combinan factores de género, clase social, etnicidad³, orientación sexual o discapacidad. Por ejemplo, una estudiante indígena puede enfrentar racismo institucional, presiones económicas y violencia de género; un estudiante hombre homosexual de origen rural puede experimentar homofobia internalizada y choque cultural en un campus urbano; y una persona no binaria con discapacidad⁴ puede vivir microagresiones constantes, barreras de accesibilidad y ansiedad social acumulada. Para los servicios de psicología universitarios, la interseccionalidad —en el sentido desarrollado por Crenshaw —tanto en 1989 como

³ En la UAEMéx se estima que en 2024 un total de 543 estudiantes (237 hombres y 306 mujeres) cursaban sus estudios de licenciatura y se adscribían o pertenecían a algunas de las etnias reconocidas en la entidad.

⁴ La Agenda Estadística de la UAEMéx estimaba que para el ciclo escolar 2024-2025, más de cinco mil doscientos estudiantes de licenciatura reportaba vivir con algún tipo de discapacidad.

en 2013— es clave para diseñar intervenciones sensibles a estas trayectorias múltiples y complejas.

Además, el nivel socioeconómico es fundamental ya que con este se accede a recursos y servicios básicos. Quienes carecen de suficientes fondos económicos, encaran situaciones más vulnerables y suelen constituirse en determinantes sociales de su salud física y psicológica.

Como se ha reconocido, la salud en el ser humano está determinada en gran medida por causas ajenas a la medicina; incluyen una educación de calidad; el acceso a una alimentación nutritiva y balanceada, así como las condiciones de vivienda y el acceso a un trabajo y salario dignos suelen ser factores de enorme peso (OMS, 2025d). No es casualidad que como menciona la OMS “las poblaciones indígenas tienen una esperanza de vida menor que las poblaciones no indígenas, tanto en los países ricos como en los pobres” (OMS, 2025d, párr. 13), ya que son los grupos con menor recurso y/o acceso a servicios.

González (2010), identifica que “los términos limitantes o despectivos utilizados para denominar al conjunto de mujeres y hombres con discapacidad juegan un papel fundamental en el refuerzo de la minusvaloración y, por lo tanto, en el mantenimiento de dicha discriminación” (p. 2738). Tradicionalmente es un grupo discriminado y diferenciado por el resto de las minorías, derivado de las limitantes funcionales, la interacción con el entorno, diversidad funcional y la concepción social.

Es por ello que, desde 1996, el Estado mexicano reconoció que el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial tenía la facultad de recibir y examinar comunicaciones individuales sobre presuntas violaciones de derechos asociados a prácticas de discriminación racial. En su primer artículo, la *Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial* (1965) establece que:

La expresión ‘discriminación racial’ denotará toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico, que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública. (Naciones Unidas, 1965, párr. 13)

En suma, la discriminación/opresión por factores de etnia no solo afecta la vida social, sino también es un determinante para la salud mental, por ejemplo, quienes no encajan dentro de una comunidad estudiantil o no se sienten pertenecientes, afectando su adaptación e integración, causando un malestar clínicamente significativo.

1.2. Salud Mental en jóvenes Universitarios

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025b), “la salud mental es un estado de bienestar que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente” (párr. 1). Con relación al ámbito universitario, esta condición resulta por demás relevante ya que debe emerger un proceso adaptativo a la vida dentro de la comunidad universitaria; atender y resolver un conjunto de tareas y responsabilidades académicas; mantenerse y transitar por la formación teórico-práctica y, la ulterior transición hacia la inserción al mundo laboral.

“La salud mental también se ve influida por los determinantes sociales, de los cuales la pobreza e inequidad socioeconómica están fuertemente relacionadas a un mayor riesgo de desarrollar psicopatología” (Leiva-Peña, *et al.*, 2021, p.2). De ahí la importancia que tiene visibilizar la permanencia y reproducción de modelos

tradicionales o sesgos que pueden estar presentes dentro de la atención psicológica.

Castañeda (2007a,) explica que, entre los 20 y 49 años, tanto hombres como mujeres están expuestos a distintos riesgos. Por ejemplo, la mujer está expuesta al rol reproductivo, enfrentando —en su momento— una doble carga de riesgo para su salud, combinándola con responsabilidades de cuidados, el trabajo no remunerado que limita su acceso a servicios básicos y tareas domésticas. Por otro lado, los hombres de la misma edad corren riesgos de no ser tomados en cuenta, estrés y mayor incidencia en decesos, debido muertes violentas como los accidentes en vehículos como las motocicletas o los automóviles. Adicionalmente, se sabe que los varones son más propensos a no solicitar ayuda, al tiempo que suelen mantener diversas conductas de riesgo.

Entendiendo que tanto factores de riesgo como de protección existen a distintos niveles (desde individual hasta global), por un lado, los de protección donde las habilidades de gestión emocional, resiliencia, mecanismos de afrontamiento, el entorno, entre otros. Por otra parte, la salud mental se pone en riesgo por varios factores, como los individuales (familiares o comunitarios), así como por las condiciones económicas, sociales y culturales (OMS, 2023).

1.2.1. Conyugalidad y empleo, dos factores que pueden impactar la salud mental de una parte de la población estudiantil de licenciatura

Usualmente se piensa que las y los estudiantes se dedican exclusivamente a cursar sus estudios de licenciatura. En efecto, diversos estudios revelan que la condición de soltería, no unión y no matrimonio es ampliamente mayoritaria entre la población universitaria en México. Por ejemplo, en una investigación de la Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, el 92 % del estudiantado reportó ser soltero, con una distribución prácticamente homogénea entre mujeres y hombres (Saldívar-Garduño, *et al.*, 2024).

Asimismo, Campas (2022) encontró que 95 % de una muestra universitaria se identificó como soltera, frente a porcentajes mínimos de casados (2.8 %), en unión libre (2 %) o divorciados (0.3 %), sin diferencias significativas por sexo. Aunque López (2021) no ofrece una cifra exacta, señala también que la categoría predominante en estudiantes universitarios mexicanos es la de “soltero(a)”. En conjunto, estos estudios permiten afirmar que al menos ocho de cada diez estudiantes universitarios —y en muchos casos nueve de cada diez— se encuentran sin vínculo conyugal formal o de hecho, sin observarse variaciones relevantes entre hombres y mujeres en la prevalencia de esta condición. Este factor, desde luego, tendría que ser considerado dentro de la perspectiva de género, a la hora de atender a aquellos(as) estudiantes que pueden estar unidos(as), casados o divorciados.

Por otro costado, algunos estudios realizados en universidades públicas estatales de México muestran que una proporción significativa de estudiantes de licenciatura combina sus estudios con actividades laborales remuneradas. En la Universidad de Guadalajara, por ejemplo, 43 % del estudiantado reportó tener empleo mientras cursa la carrera (Carrillo y Ríos, 2014), mientras que en la Universidad Autónoma de Nuevo León esta proporción oscila entre 30 % y 35 %, según análisis sociodemográficos recientes (Torres, 2020).

En conjunto, esta evidencia permite afirmar que, en las universidades públicas estatales mexicanas, aproximadamente entre tres y cuatro de cada diez estudiantes desempeñan actividades laborales mientras cursan sus estudios de licenciatura, lo que constituye un rasgo estructural de la vida universitaria en contextos públicos estatales. Ante ello, el servicio de atención podría esperar que, quizá por cada diez estudiantes que pueden arribar al consultorio en busca de ayuda profesional, al menos dos estudiantes podrían estar enfrentando una doble jornada.

1.2.2. Estrés como factor de desestabilidad

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) el estrés es:

un estado de preocupación o tensión mental generado por una situación difícil. Todas las personas tenemos un cierto grado de estrés, ya que se trata de una respuesta natural a las amenazas y a otros estímulos. Es la forma en que reaccionamos el estrés lo que marca el modo en que afecta a nuestro bienestar. (párr. 1)

Adicionalmente, el estrés puede causar dolor de cabeza o de otras partes del cuerpo, malestar gástrico, dificultades para dormir o alteraciones del apetito (comer más o menos de la cuenta).

Cuando el estrés se cronifica, puede agravar problemas de salud y dar lugar a un aumento del consumo de tabaco, bebidas alcohólicas y otras sustancias (OMS, 2023). En el ámbito universitario el estrés está a la vuelta de la esquina, más en jóvenes que siguen en desarrollo y formación constante, además de exigencias académicas, factores individuales, sociales y familiares pueden actuar como agentes estresantes. En gran medida la salud de estudiantes universitarios depende de cómo reaccionan ante estas situaciones, sin embargo, muchas veces no cuenta con esas herramientas, por lo tanto, la universidad debe implementar estrategias que permitan afrontar el entorno, para el beneficio tanto físico como mental.

1.2.3. Ansiedad, un trastorno que aumenta

De acuerdo con La Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014) define la ansiedad como preocupación excesiva (anticipación aprensiva) ante situaciones cotidianas, presentando la sintomatología por cierta frecuencia de tiempo (6 meses), entendiendo que otros síntomas que se pueden presentar son los siguientes:

- Inquietud o sensación de estar atrapado.
- Fácilmente fatigado.
- Dificultad para concentrarse.
- Irritabilidad.
- Tensión muscular.
- Problemas de sueño.

Al menos lo relacionado al trastorno de ansiedad generalizada que es el más común. La Organización Mundial de la salud (OMS, 2025b) “Se calcula que un 4,4% de la población mundial padece actualmente un trastorno de ansiedad. En 2021, 359 millones de personas en el mundo tenían un trastorno de ansiedad, lo que los convierte en los más comunes de todos los trastornos mentales” (párr. 2). Entendiendo que en la etapa universitaria pueden existir tasas elevadas de ansiedad derivado de la formación profesional y la inserción al campo laboral, además de los roles de género y estereotipos, mayor predisposición femenina a este tipo de trastornos.

1.2.4. Depresión, factor de desequilibrio

La Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014) define el trastorno depresivo o depresión como un estado de ánimo depresivo (tristeza, irritabilidad o vacío) o pérdida de interés o de placer por actividades durante largos periodos de tiempo, entendiéndose que se puede presentar la siguiente sintomatología:

- Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso.
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.
- Pensamientos de muerte recurrentes.

Esto derivado del trastorno de depresión mayor. La depresión es distinta de los cambios habituales en el estado de ánimo y en los sentimientos sobre el día a día. Puede afectar a todos los ámbitos de la vida, incluidas las relaciones familiares, de amistad y las comunitarias. Puede deberse a problemas en la escuela y laborales o causarlos (OMS, 2023).

La Organización Mundial de Salud (2024) señala que la salud de adolescentes y adultos jóvenes sus principales causas de riesgo, discapacidad y enfermedad son trastornos del estado de ánimo como ansiedad y depresión. Si a esto aumentamos el entorno académico, la sobrecarga de trabajo, la exigencia, la poca adaptabilidad, la marginación, entre otros elementos, se crean situaciones de riesgo marcadas. Además, si ejemplificamos con una mujer que tiene mayor predisposición para el desarrollo de este tipo de trastornos, la violencia, la pobreza, la estigmatización, la exclusión y la vida en contextos frágiles o de crisis humanitaria, pueden aumentar el riesgo.

Por lo tanto, la atención psicológica universitaria debe abordarse desde una perspectiva de género, ya que los procesos de socialización son diferenciados por las propias desigualdades que se viven y que influyen directamente en un malestar clínicamente significativo.

1.2.5. Consumo de sustancias prohibidas

El consumo de sustancias psicoactivas se ha convertido en un desafío de salud pública debido al aumento y normalización de su uso, así como por las graves consecuencias que trae consigo. En este sentido,

Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la OMS, ha dicho: El consumo de sustancias daña gravemente la salud, aumenta el riesgo de padecer enfermedades crónicas y trastornos mentales, y provoca cada año

millones de muertes que se podrían evitar. Es una tragedia para las familias y las sociedades y aumenta la probabilidad que se produzcan accidentes, traumatismos y actos de violencia. (OMS, 2024, párr. 3)

La Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014) menciona que se puede producir intoxicación, abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por una sustancia o medicamento (trastornos psicóticos, trastorno bipolar y trastornos relacionados, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados, trastornos del sueño, disfunciones sexuales, síndrome confusional y trastornos neurocognitivos). Dentro de las alteraciones del sueño se encuentra el insomnio, caracterizado por predominante insatisfacción por la cantidad o la calidad de este, asociada a uno (o más) de los síntomas siguientes:

- Dificultad para iniciar el sueño.
- Dificultad para mantener el sueño.
- Despertar pronto por la mañana con incapacidad para volver a dormir.
- La alteración del sueño causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, educativo, académico, del comportamiento u otras áreas importantes del funcionamiento.
- La dificultad del sueño se produce al menos tres noches a la semana.
- La dificultad del sueño está presente durante un mínimo de tres meses.
- La dificultad del sueño se produce a pesar de las condiciones favorables para dormir.

Sin dejar de lado que existen otros trastornos del sueño, como hipersomnia (somnolencia diurna excesiva), apnea del sueño (interrupciones en la respiración) y parasomnias (sonambulismo o terrores nocturnos). En el ámbito académico derivado de la carga de labores, estrés y otras actividades, se entiende que el estudiantado está expuesto a una deficiencia en el sueño. Asimismo, el uso de dispositivos móviles, hábitos no adecuados, o inclusive los propios roles de género, dan como resultado baja calidad de vida y rendimiento académico.

1.3. Terapéutica en la atención psicológica

Como se ha perfilado a lo largo del inciso anterior, la comunidad estudiantil puede experimentar diversas situaciones que suelen constituir un detonador para solicitar la atención psicológica en su espacio educativo. Desde luego, la perspectiva de género, así como el marco analítico de la interseccionalidad son vectores centrales en la atención que se otorga al estudiantado. Sin embargo, debe reconocerse que, al interior del subcampo de la terapéutica psicológica conviven e incluso generan polémica los distintos enfoques teóricos que nutren los esquemas de intervención psicológica.

Entre los más utilizados se encuentran las terapias cognitiva y cognitivo-conductual, cuyo énfasis recae en identificar y modificar los patrones de pensamiento que influyen en las emociones y conductas. Aaron Beck y Judith Beck han mostrado que los esquemas cognitivos impactan directamente la forma en que las personas interpretan los desafíos cotidianos, razón por la cual la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades constituyen mecanismos centrales para disminuir ansiedad, depresión y estrés académico en población universitaria (Beck y Beck, 2011). Estas modalidades se complementan con técnicas conductuales —derivadas de Burrhus Frederick Skinner— como la exposición gradual, la activación conductual y el manejo de contingencias, útiles en problemáticas de evitación, procrastinación o dificultades de autorregulación (Skinner, 1974).

Algunos servicios universitarios integran enfoques humanistas, particularmente la terapia gestáltica, cuyo fundamento radica en la conciencia fenomenológica, el contacto y la responsabilidad personal. Fritz Perls y sus colaboradores subrayaron que el “darse cuenta” permite a las personas recuperar su agencia y tomar decisiones coherentes con sus necesidades presentes, aspecto valioso para estudiantes que atraviesan crisis vocacionales, dilemas relacionales o situaciones de ambivalencia emocional típicas de la transición a la adultez (Perls *et al.*, 1951).

Esta aproximación suele articularse en procesos breves, centrados en la experiencia, el aquí y el ahora, y el fortalecimiento de recursos internos.

Los dispositivos de apoyo psicológico en instituciones de educación superior también incorporan perspectivas psicodinámicas, terapias breves y modelos de intervención en crisis. Las propuestas psicoanalíticas sustentadas en Sigmund Freud permiten identificar conflictos inconscientes, mecanismos de defensa y patrones relacionales que se actualizan bajo demandas académicas intensas (Freud, 1991). Paralelamente, los modelos de terapia breve —como los de Paul Watzlawick y el grupo de Palo Alto— focalizan la ruptura de ciclos de retroalimentación disfuncionales (Watzlawick *et al.*, 1980), mientras que las intervenciones en crisis se apoyan en lineamientos de Richard James y Burl Gilliland para brindar estabilización emocional y valoración de riesgo en situaciones de ansiedad aguda, ideación suicida o eventos traumáticos (James y Gilliland, 2017).

Junto con los enfoques tradicionales, algunos servicios que proporcionan determinadas universidades adoptan modelos humanista-existenciales, centrados en el sentido, la libertad y la responsabilidad. Carl Rogers mostró que la relación terapéutica basada en empatía, autenticidad y aceptación incondicional constituye un factor decisivo en la mejora emocional (Rogers, 2000), mientras que Viktor Frankl puso énfasis en la búsqueda de significado como vía para afrontar crisis personales o académicas y resignificar el sufrimiento (Frankl, 2004). Estos enfoques resultan especialmente pertinentes para estudiantes que experimentan desorientación vocacional, pérdida de propósito o agotamiento emocional.

De igual manera, existen centros educativos que emplean modelos sistémico-familiares, cuyo eje es comprender el malestar individual como expresión de patrones relacionales más amplios. Salvador Minuchin mostró que tensiones familiares, límites difusos o jerarquías poco funcionales pueden reactivarse en la vida universitaria y afectar el desempeño académico, la autoestima y la regulación emocional (Minuchin, 1974). Estos enfoques permiten trabajar conflictos familiares,

dependencia emocional y la construcción de límites saludables, lo cual resulta relevante cuando la trayectoria académica de las y los estudiantes está fuertemente atravesada por las dinámicas del hogar.

En años recientes se ha incrementado el uso de intervenciones basadas en mindfulness, sustentadas en la regulación atencional y la observación no enjuiciadora de la experiencia presente. Jon Kabat-Zinn mostró que los programas de reducción de estrés basados en mindfulness disminuyen la ansiedad académica, favorecen la concentración y fortalecen el autocuidado en estudiantes (Kabat-Zinn, 2016). Estos métodos suelen implementarse mediante talleres breves, prácticas de respiración y ejercicios de regulación emocional, que pueden integrarse a programas de acompañamiento y tutoría universitaria.

En los servicios psicológicos universitarios también se han incorporado, con creciente relevancia, enfoques terapéuticos sensibles al género, cuyo propósito es reconocer cómo las desigualdades estructurales, los mandatos de género, la violencia simbólica y las expectativas socioculturales influyen en el malestar emocional de las y los estudiantes. Autoras como Judith Butler, Marcela Lagarde y Rita Segato han mostrado que la subjetividad se construye en marcos normativos que definen lo “femenino”, lo “masculino” y lo “disidente”, lo cual afecta la autoestima, el ejercicio de autonomía y la percepción del propio cuerpo (Butler, 2007; Lagarde, 2018; Segato, 2016). Estos enfoques permiten que la intervención psicológica considere la manera en que la desigualdad, el sexismo, la violencia de género y las presiones de la masculinidad hegemónica atraviesan la experiencia universitaria.

Dentro de estas aproximaciones se encuentran las terapias feministas, que abordan el malestar desde un análisis crítico de las relaciones de poder y promueven procesos de empoderamiento personal y relacional. Autoras como Laura Brown han planteado que la violencia simbólica, el control reproductivo, la sexualidad coercitiva y la sobrecarga emocional recaen de manera desproporcionada en las mujeres y

personas feminizadas, por lo que el trabajo terapéutico debe integrar la historia de opresión, la construcción social del género y el fortalecimiento de la agencia (Brown, 2018). En población universitaria, este enfoque es especialmente útil para atender situaciones de violencia en el noviazgo, dependencia emocional, maternidad/paternidad tempranas, culpa sexualizada o ansiedad asociada a la imagen corporal.

Por otra parte, los servicios psicológicos han adoptado modelos terapéuticos afirmativos para población LGBTQ+, que reconocen que las identidades sexo-généricas diversas enfrentan estigmatización social, discriminación institucional, discursos patologizantes y experiencias de violencia directa. En esta línea, autores como Mark Tomlinson y Alexandra Rodríguez han mostrado que la intervención debe centrarse en comprender las trayectorias de minorías sexuales, validar las experiencias de marginación, fortalecer la resiliencia comunitaria y promover entornos universitarios seguros (Tomlinson & Starks, 2019; Rodríguez, 2020). Estas terapias son especialmente relevantes para estudiantes que viven procesos de autoaceptación, transición de género, disclosure o rechazo familiar, fenómenos particularmente sensibles durante la vida académica.

Por su parte, los enfoques sensibles al género también dialogan con las terapias informadas en trauma, particularmente útiles para mujeres jóvenes, estudiantes LGBTQ+ y otras poblaciones expuestas a violencia sexual, acoso, coerción afectiva o prácticas de control emocional. Autoras como Judith Herman han demostrado que las experiencias traumáticas afectan la memoria, la regulación emocional, la identidad corporal y el sentido de seguridad, por lo que la intervención debe privilegiar la estabilidad emocional, la reconstitución de agencia y la comprensión del trauma en su contexto social y de género (Herman, 2015). Estos modelos permiten abordar problemáticas frecuentes en contextos universitarios, como ansiedad postraumática tras situaciones de violencia sexual, relaciones de pareja abusivas o acoso escolar y laboral.

Finalmente, las Terapias de Tercera Ola dentro de la tradición cognitivo-conductual han cobrado relevancia en contextos universitarios. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) y la Terapia Basada en la Compasión (CFT), desarrolladas por Steven Hayes, Marsha Linehan y Paul Gilbert respectivamente, enfatizan la aceptación emocional, la flexibilidad psicológica, la regulación de impulsos y la autocompasión (Hayes *et al.*, 2014; Linehan, 2003; Gilbert, 2010). Su eficacia ha sido demostrada en el abordaje de pensamientos intrusivos, desregulación emocional, conducta autolesiva y estrés académico persistente, problemáticas frecuentes en la población estudiantil universitaria.

2. JUSTIFICACIÓN

Las universidades no solo son espacios dedicados a la formación académica, sino entornos donde a diario se construyen vínculos, se desarrollan identidades y se enfrentan retos personales y sociales. Los temas relacionados con la perspectiva de género cada vez toman mayor relevancia, ya que impactan en procesos de desigualdad, inequidad y en la justicia social, si no también influyen directamente en la salud mental del estudiantado, a través de sus relaciones interpersonales y en su bienestar en general.

Con el propósito de fortalecer los servicios de atención a la salud mental que la UAEMéx ofrece al estudiantado y de mejorar la atención psicológica integral, ética y contextualizada, se considera necesaria la incorporación de perspectiva de género.

La universidad, como todas las instituciones no es neutral; es un espacio generizado que, implícita o explícitamente puede reproducir sistemas de desigualdad, apoyados en el sistema patriarcal y machista que gravita en la cultura. Por ello, es imperativo buscar estrategias y establecer mecanismos que busquen desafiar estas barreras estructurales, a fin de incentivar relaciones e interacciones de igualdad, armonía; fuera de toda forma de violencia entre mujeres y hombres.

Históricamente, los espacios generadores de conocimiento como las universidades públicas y privadas han excluido e invisibilizado el papel de las mujeres en diversos ámbitos académicos, científicos y políticos. Las mujeres comenzaron a acceder en grandes grupos (aunque insuficientes) a la educación superior a partir del siglo XIX. Los primeros esfuerzos por incorporar la perspectiva de género a los programas de las universidades comenzaron a cobrar visibilidad en las postrimerías del pasado siglo XX, más específicamente en la década de los 80 (Buquet, 2011).

Según los estudios de género, una de las características de las sociedades y culturas occidentales es el sesgo androcéntrico, presente desde los orígenes de cualquier disciplina y reproducido en las estructuras institucionales (Cerva, 2017). Las organizaciones, en este sentido, surgen en contextos que producen y reproducen estereotipos y relaciones de poder. En el caso de las universidades no han sido la excepción; en primer término, porque son parte del tejido sociocultural que les dio vida y, en segundo, porque las relaciones de género, en el que la mujer usualmente está subordinada a los hombres, tiende a reproducirse en y desde el sistema educativo.

2.1. El cuidado de la salud mental en el contexto de la UAEMéx

En los últimos años, la UAEMéx ha reconocido la importancia que tiene la salud mental en su comunidad, y ha visto en la atención psicológica una herramienta para velar por su bienestar. En el *Plan Rector de Desarrollo Institucional 2021-2025* de la máxima casa de estudios se asentó la importancia de atender los problemas de salud mental, sobre todo como consecuencia de los efectos ocasionados por la pandemia del SARS-Cov-2. Ante ello, se instó a que cada plantel de la Escuela Preparatoria contara con un psicólogo que brindara atención socioemocional al estudiantado (Universidad Autónoma del Estado de México, 2021a).

De la misma forma, derivado del programa institucional de atención, se realizaron más de 5,000 consultas a la población estudiantil en el periodo de 2017 a 2021, además de pláticas, charlas o conferencias sobre atención a la salud física y mental (Universidad Autónoma del Estado de México, 2021b).

Estas acciones son relevantes en la medida en que puedan dar visibilidad a una problemática que emana de la estructura patriarcal y machista, en términos de sus efectos socioemocionales.

Actualmente, por lo que toca a la comunidad estudiantil de la UAEMéx, en el nivel de bachillerato, se reportó en 2004 una matrícula de 24,457 estudiantes, distribuidos en 10 planteles. La población femenina muestra un ligero predominio, en tanto representó el 56% del total (Universidad Autónoma del Estado de México, 2024). Excepto en el plantel Mtro. José Ignacio Pichardo Pagaza, ubicado en el municipio de Almoloya de Alquisiras, los demás tienen asignado un psicólogo o psicóloga, más un médico(a) para atender requerimientos de las y los estudiantes (Universidad Autónoma del Estado de México, 2024). Estas cifras indican que, en promedio, cada profesional de psicología asignado a un plantel debe tener capacidad para atender a más de 2,700 alumnos. Indudablemente, un indicador que muestra claramente que este tipo de atención es considerablemente baja y que, estamos frente a una respuesta de tipo institucional que todavía está en el amanecer.

Por lo que respecta al estudiantado de nivel licenciatura, su matrícula ascendía a 69,421, en el año 2024 (Universidad Autónoma del Estado de México, 2024). La presencia de las estudiantes alcanzó el 59% del total, es decir, tres puntos porcentuales más que en nivel medio superior. Dicha población escolar está distribuida en 21 Facultades, una Escuela, 11 Centros Universitarios y, seis Unidades Académicas Profesionales (UAP). Es decir, existen 39 espacios educativos que forman y atienden a adolescentes y jóvenes que cursan alguno de los 100 programas de licenciatura que imparte la UAEMéx. De ese total de espacios, 25 de ellos cuentan con el servicio de atención psicológica; situación que se traduce no solamente en un déficit total en 14 espacios educativos, sino en que, en promedio, a cada profesional de psicología le correspondería tener la capacidad para atender —potencialmente— a 2,776 estudiantes; prácticamente los mismo que sucede en el nivel medio superior de esta casa de estudios.

Como se podrá apreciar líneas más adelante, este trabajo de intervención intentó circunscribir su ámbito de diagnóstico y de acción a las 10 Facultades ubicadas en el campus de Ciudad Universitaria (CU). En la siguiente tabla se puede dimensionar la matrícula que cada Facultad tenía en el año 2024. Con respecto al total de los estudiantes que cursaban estudios de licenciatura en la UAEMéx, un tercio acude a alguna de estas 10 Facultades. Ver tabla 1.

Tabla 1. Facultades del campus de Ciudad Universitaria con servicio de atención psicológica para estudiantes, según tamaño de matrícula, porcentaje de feminización y estimación de la necesidad de atención psicológica

No.	Facultades	Mujeres	Hombres	Total	Porcentaje de feminización de la matrícula	Psicólogo(a)	Necesidad de atención estimada (12%)
1	Contaduría y Administración	3,571	2,841	6,412	56	1	769
2	Derecho	1,892	1,154	3,046	62	1	366
3	Ingeniería	624	2,114	2,738	23	1	329
4	Arquitectura y Diseño	1,158	875	2,033	57	1	244
5	Economía	1,084	873	1,957	55	1	235
6	Ciencias Políticas y Sociales	703	606	1,309	54	1	157
7	Turismo y Gastronomía	809	385	1,194	68	1	143
8	Humanidades	586	459	1,045	56	1	125
9	Artes	447	233	680	66	1	82
10	Geografía	267	285	552	48	0	66
Total		11,141	9,825	20,966	53	9	2,516

Fuente: elaboración propia, con base en la Agenda Estadística, 2024 de la UAEMéx y el estudio de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Véase que, en el conjunto de las diez Facultades del campus de Ciudad Universitaria, poco más de la mitad (53%) de su matrícula se ha feminizado, aunque descuellan las Facultades de: Turismo y Gastronomía, Artes y Derecho, pues dichos porcentajes de feminización oscilaron entre el 68 y 62 por ciento. Podría deducirse, incluso que, aparte del tamaño de la matrícula, habría que considerar como un dato

sensible la feminización de la matrícula. Si como se ha planteado, el sistema patriarcal y machista reproduce no solamente condiciones de desigualdad y de inequidad, habría que formular la siguiente interrogante: ¿En los espacios educativos con matrícula más feminizada se presenta mayor incidencia de violencia contra las estudiantes? Desde luego, una pregunta que por ahora escapa a los propósitos del presente trabajo de intervención pero que se deja para ulteriores esfuerzos desde los estudios de género.

Con referencia a la misma tabla 1, es necesario aclarar otro aspecto. Con base en la información obtenida por parte de la Dirección de Salud Universitaria, en algunos casos, las(os) profesionales de psicología asignados, en algunos casos atienden dos espacios educativos de manera concatenada. Es decir, en lugar de ser nueve psicólogos(as), suelen ser menos; situación que aumenta la demanda de atención para algunos(as) de ellos. Se sabe que dicha situación es consecuencia de las limitaciones presupuestales que encara la institución, al no poder contratar al menos a un profesional por cada facultad.

Desde el ámbito de la calidad que debe imperar en este servicio, es inexplicable que exista solamente la participación parcial de un psicólogo(a) para dar una atención satisfactoria a una matrícula como la que reportan Contaduría y Administración o Derecho, en contraste con la Facultad de Artes que, de contar al menos un profesional en este campo, podrían requerir atención alguna(o) de los 680 estudiantes que se forman en dicho espacio.

El caso más preocupante es el de la Facultad de Geografía, pues al momento de consultar la información, dicho espacio no disponía de ningún profesional de psicología para atender este tipo de necesidades por parte de la comunidad estudiantil. Parece que el sustento tiene que ver con un razonamiento puramente aritmético: a menor matrícula estudiantil, menor necesidad de asignar a este tipo de profesionales.

Con el propósito de no sobredimensionar la demanda en materia de atención a la salud mental que puede surgir de la comunidad estudiantil, es preciso aclarar que, por fortuna y debido a distintas circunstancias, los más de 20 mil estudiantes no requerirán ser atendidos por los servicios profesionales de un psicólogo o psicóloga, en algún momento de su tránsito por la formación escolar en el campus. Con base en un estudio recientemente realizado por la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH, 2018), se encontró que al menos el 12% de todo el estudiantado que había ingresado a cursar sus estudios de licenciatura, había requerido de atención psicológica.

Si tal indicador se toma como referencia, como puede verse en la última columna de la misma Tabla 1, cada profesional de psicología de esos espacios tendría que atender, potencialmente, entre 66 y 769 estudiantes. He aquí otro dato que revela claramente la insuficiencia institucional que encara la UAEMéx, en un aspecto altamente sensible como es la salud integral de su comunidad estudiantil.

Es claro que la atención psicológica dentro de estos 10 espacios universitarios enfrenta limitaciones estructurales, operativas y metodológicas, que se combinan con los pocos recursos humanos y la demanda correspondiente. A esto se pueden sumar prejuicios, estereotipos, creencias personales o la falta de capacitación en diversos temas, incluida la perspectiva de género.

Como se verá más adelante, en la primera etapa que se transitó para diseñar el presente PTG, se vislumbró que habría posibilidades de realizar el diagnóstico y la intervención en los diez espacios educativos de CU. No fue posible porque este tipo de proyectos de intervención dependen centralmente de la disposición o voluntad que expresen aquellas personas que acceden a tomar parte en una entrevista o en responder a un instrumento evaluativo.

2.2. Relevancia de la perspectiva de género en la atención psicológica

La Organización Mundial de la Salud (2018) postula que uno de los determinantes de la salud (física y mental) relacionados con el género son las normas y funciones sociales que aumentan la vulnerabilidad frente a ciertos riesgos, los comportamientos de búsqueda de atención y las respuestas del sistema de salud basadas en el género.

Los sesgos de género y los estereotipos también influyen en el diagnóstico y hasta el tratamiento psicoterapéutico. Cuando el profesional de psicología no está capacitado en perspectiva de género, el trato hacia la persona puede ser inequitativo o diferenciado. Se ha demostrado que las mujeres son más propensas a buscar ayuda psicológica (Toribio-Caballero *et al.*, 2022). Pero no se trata de ningún desequilibrio esencialista por el hecho de ser personas de sexo femenino, sino que, en gran medida, viven en condiciones de desigualdad, en la que son más vulneradas por distintas formas de violencia.

Como resultado, a las mujeres se les diagnostica con mayor frecuencia con trastornos de ansiedad, de conducta alimentaria, personalidad límite o depresión (Macias-Esparza y Laso, 2017), en tanto que los hombres son diagnosticados principalmente con trastornos de personalidad antisocial y narcisista; problemas en el control de los impulsos y abuso o consumo de sustancias. Esto es relevante, pues en pruebas estandarizadas, ambos géneros tienen resultados similares, y aun así el diagnóstico difiere.

Otro ejemplo de trato diferenciado entre géneros es que se ha demostrado, que a las consultantes mujeres se les interrumpe el doble de veces en comparación con los hombres. Para explicar este fenómeno existen dos teorías: la de las dos culturas y la de la dominancia. La primera, sugiere que las diferencias lingüísticas entre niños y niñas dependen de que han crecido en culturas de género diferentes, por lo que han aprendido distintas formas de comunicarse. Por su parte, la teoría de la

dominancia propone que estas diferencias en el lenguaje nacen de un dominio de los hombres en las conversaciones a través de la interrupción y las preguntas que usan para mantener a las mujeres en una posición de subordinación (Pearson *et al.*, 1993; Tannen, 1996; Werner-Wilson *et al.*, 2008).

Si la perspectiva de género ha sido prácticamente nula en los orígenes y en la práctica de la psicología y la psiquiatría, en su enseñanza ha seguido el mismo camino. La literatura evidencia que este enfoque ha estado poco presente en la formación profesional de psicólogas y psicólogos, con sus ya referidas limitaciones (Vergara, 2018; Macias-Esparza y Laso, 2017). En un principio, la psicología estaba enfocada en el componente biológico y en las diferencias físicas entre los hombres y las mujeres. La primera vez que se utilizó la palabra “género” fue en 1966 para explicar la vida sexual de las personas hermafroditas. Tuvieron que pasar casi dos décadas más para que el término fuera utilizado de forma más crítica y social (Cala y Barberá, 2009).

Diseñar y aplicar programas con perspectiva de género en la formación de profesionales de la salud es el primer paso para que el proceso terapéutico tenga una directriz basada en la igualdad y el respeto. Lamentablemente, según la investigación de Macias-Esparza y Laso (2017), en los programas curriculares de universidades latinoamericanas y españolas, hasta 2017, solo el 2% incluía una asignatura sobre género, y únicamente el 4% lo hacía como un subtema de otra asignatura.

Esta situación ha impactado directamente en que los profesionales de la salud mental no tengan las suficientes herramientas ni la capacitación necesaria para implementar la perspectiva de género en su práctica profesional. Además, persiste la creencia en los profesionales de que sus intervenciones son imparciales y que están exentas de prejuicios relacionados con el género (Macias-Esparza y Laso, 2017; Vergara, 2018). Sin embargo, es importante mencionar que “los sesgos de

género atraviesan todas las culturas patriarcales y, en consecuencia, también están mayoritariamente presentes en las y los terapeutas” (Vergara, 2018, p.3).

A este fenómeno, le han llamado la “doble ceguera de género”, es decir que “quien no ha integrado la perspectiva de género no es ni puede ser consciente de sus propios sesgos” (Macias-Esparza y Laso, 2017, p. 137). Asimismo, la psicoterapia en habla hispana afronta la inexistencia de publicaciones sobre el sesgo de género, ya que las publicaciones enfocadas en este tema se encuentran casi exclusivamente en inglés (Macias-Esparza y Laso, 2017). Este hallazgo es interpretado como un vacío importante en la academia y en la práctica de la psicoterapia.

La ausencia de perspectiva de género puede ocasionar problemas como la revictimización de los y las pacientes. También se puede incurrir en procesos de atención descontextualizados, diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados que no respondan a las necesidades de quien requiere la atención o con base en interpretaciones estigmatizadas.

En este sentido, la UAEMéx al ser una institución formadora de conocimiento, tiene la responsabilidad de garantizar que sus servicios de salud mental sean capaces de reconocer y de atender las consecuencias de las violencias que puedan vivir los y las estudiantes. El enfoque de género en las terapias psicológicas constituye una forma de analizar y entender los diferentes fenómenos de la realidad considerando las implicaciones que tiene el género en la sociedad.

3. DIAGNÓSTICO

3.1. Estrategia

Como se ha expuesto al inicio de este documento, tanto a través del objetivo general como en los específicos, el presente PTG tuvo como finalidad tratar de contribuir a la mejora en la atención psicológica que el estudiantado de la UAEMéx puede recibir en su espacio educativo. Dicha atención psicológica, con relativa independencia del enfoque terapéutico empleado, requiere ser articulada con perspectiva de género, así como desde el marco analítico de la interseccionalidad.

Al constatar las dimensiones que tenía la UAEMéx en 2024 dentro del territorio estatal, en la que su matrícula de nivel medio superior ascendía a 24,457 estudiantes, distribuidos en 10 planteles educativos; seis en el municipio de Toluca y cuatro más asentados en los municipios de Texcoco, Tenancingo, Atlacomulco y Almoloya de Alquisiras, hacía poco viable, tanto en lo temporal como financieramente, orientar a este nivel educativo los esfuerzos de este trabajo⁵.

Con respecto a los estudios de licenciatura, en el que en diversos espacios se ofrece el servicio de atención psicológica, la matrícula en 2024 ascendía a 69,429. Actualmente, su distribución está agrupada en varios campi: Ciudad Universitaria (CU), Colón, El Cerrillo, Barrio de Tlacopa y, en 17 municipios más de la entidad, en los que ha creado y mantenido la operación de 11 Centros Universitarios (CU) y seis Unidades Académicas Profesionales (UAP)⁶. Si bien la mayoría de estos 39 espacios educativos disponen del servicio de atención psicológica para el alumnado, 13 de ellos carecen de consultorio psicológico, aunque puede

⁵ Como se sabe, a partir del ciclo escolar 2026-2027 entrará en operación el onceavo plantel de la Escuela Preparatoria, en el municipio de Tecámac.

⁶ A mediados de 2025 se anunció que se podría en marcha la séptima UAP, ubicada en el municipio de Ixtapan de la Sal. Al igual que el plantel de preparatoria, esta unidad no fue considerada dentro del universo de espacios educativos debido a su reciente creación.

considerarse que en realidad este tipo de servicio está ausente en 11 de espacios⁷ (Universidad Autónoma del Estado de México, 2024).

Ha de considerarse que habría sido poco factible pretender un diagnóstico o intervención de esta naturaleza, teniendo al frente un universo tan amplio en el nivel licenciatura. Ante ello, como se ha mostrado en la Tabla 1, se optó por intentar circunscribir el presente PTG a ocho de los diez espacios educativos ubicados en Ciudad Universitaria (CU). Cada Facultad disponía o dispone del servicio de atención psicológica y, en términos de los bajos costos que implicaría el desplazamiento para el levantamiento de información, habría sido posible realizar el diagnóstico bosquejado.

Una vez delimitada la muestra intencional de espacios educativos, para diseñar la metodología de investigación, como se puede apreciar enseguida, se tuvo presente que el objetivo central era: Conocer las creencias, actitudes y práctica profesional de las psicólogas/os de los servicios de atención psicológica brindados por la UAEMéx, con la finalidad de identificar sus alcances y limitaciones para, en su caso, incorporar la perspectiva de género.

3.1.1. Circunscripción espacial e institucional

Para demarcar el alcance del presente PTG, se realizaron las gestiones correspondientes ante la Dirección de Salud Universitaria de la administración central de la UAEMéx. Se informó que el diagnóstico requería de la disposición y participación voluntaria de cada uno(a) de los profesionales de psicología asignados(as) en cada una de las ocho Facultades ubicadas en CU; que se llevaría

⁷ La cifra desciende de 13 a 11 espacios, debido a que la Facultad de Ciencias de la Conducta (FACICO) y la Facultad de Medicina reportan no tener este servicio de atención al estudiantado, pero es lógico suponer que por el campo de formación que se cultiva en cada una de esas facultades, en realidad tienen la capacidad para otorgar este servicio a su matrícula. No obstante, la información estadística institucional indica que no disponen ni del servicio ni de un consultorio para dicha área.

a cabo una entrevista a profundidad de manera individual y, que, en una segunda fase, se aplicaría a cada entrevistado(a) una escala estimativa tipo Likert.

La solicitud fue aceptada por la Dirección de Salud Universitaria. La titular de esta área propuso que fuese aprovechada una de las reuniones quincenales programadas en la Ciudad de Toluca, en las que el grupo de psicólogos(as) que proporcionan este tipo de servicio en los distintos campi (incluido CU), se dan cita de manera presencial y remota, para revisar acuerdos y analizar determinados casos que requieren del análisis o de una evaluación colegiada. Se acudió a dicha sesión programada durante el mes de septiembre de 2025.

Inmediatamente después de exponer los propósitos del PTG ante ocho de asistentes, solamente tres profesionales aceptaron participar. Circunstancialmente, quedaron representados cuatro de los ocho espacios educativos ubicados en CU, debido a que uno(a) de los participantes atendía dos facultades alternadamente. En atención a los criterios de confidencialidad que el caso ameritó, no se puede especificar de qué espacios educativos se trató. Adicionalmente, por lo limitado de la muestra incidental, no existen condiciones para generalizar ninguno de los hallazgos obtenidos.

Este estudio está circunscrito a los espacios educativos que quedan incluidos en la muestra de participantes, donde se brindaba el servicio de atención psicológica al estudiantado, incluyendo:

- Consultorios psicológicos (individuales y grupales).
- Salas de espera y recepción.
- Áreas administrativas y de coordinación del servicio.

3.1.2. Delimitación temporal

En conjunto, desde las primeras pesquisas hasta la elaboración del presente PTG, el estudio fue realizado desde el mes de febrero hasta la segunda semana de

noviembre de 2025, abarcando las etapas de construcción de la problemática, caracterización, diseño de objetivos, análisis de información y resultados.

3.2. Metodología

El presente diagnóstico e intervención fue desarrollado haciendo uso de una metodología predominantemente cualitativa, ya que el objetivo fue explorar si una muestra de psicólogos(as) de la UAEMéx, a cargo de atender al estudiantado, daban atención, incorporando la perspectiva de género en su proceder profesional.

Incursionar en un proceso eminentemente relacional, dialógico e interaccional que ocurre en privado entre el psicólogo(a) y el alumnado, reviste dificultades tanto de orden práctico como ético. Por un lado, solicitar a una muestra de estudiantes su colaboración para un estudio de esta naturaleza para saber si habían recibido atención con perspectiva de género, habría puesto en riesgo la revictimización e, incluso, la exposición de complejos asuntos vividos al interior de los espacios educativos y, quizá, también dentro de las familias. En tal sentido, a reserva de hallar otros senderos, se optó por cancelar esta opción.

Por otro costado, en apego a la ética que impera en el campo de la psicología, se consideró que este ejercicio de intervención podría comenzar por entrevistar a las(os) profesionales encargados de preservar la salud mental de la comunidad estudiantil. Si bien se comprende que sería parcial, constituiría una vía de acceso cuidadosa y viable. Sin embargo, como se apreciará enseguida, era indispensable tener una idea panorámica acerca de aquello que había llevado a la UAEMéx a contar con este tipo de servicio dirigido a la comunidad estudiantil. Para ello, se optó por realizar dos entrevistas de corte exploratorio. A continuación, se explica esta fase.

3.2.1. Entrevistas

3.2.1.1. Entrevistas exploratorias previas

La primera entrevista fue realizada a quien había sido la primera Coordinadora Institucional de Equidad de Género⁸ (CIEG). Fue así como se pudo averiguar sobre las propuestas formuladas en el 2016, en cuestión de género y en la relevancia que tendría la capacitación con perspectiva de género.

En el caso de la segunda entrevista, se dialogó con la persona que estaba encargada de la Coordinación Institucional de Equidad de Género de la UAEMéx⁹. El propósito cifrado fue conseguir información acerca de aquel programa institucional que en 2020 se había puesto en marcha en la máxima casa de estudios y que respondía al nombre de VIVAS. La misma casa de estudios había expresado que dicho programa “busca reestablecer los vínculos de confianza entre los universitarios, impulsar una comunicación libre y franca para conocer, comprender y solucionar los problemas de inseguridad y violencia contra las mujeres” (Universidad Autónoma del Estado de México, 2021, p. 30).

Mediante ese diálogo, se logró identificar que no solamente se habían creado consultorios para la atención psicológica del estudiantado, sino que en algunos espacios educativos se instalaron consultorios médicos, así como otros dedicados a la nutrición. También fue posible registrar que la institución había desplegado esfuerzos para capacitar a su personal docente y administrativo, acerca de los protocolos que se han formulado para atender o responder a casos de violencia de género contra la mujer.

⁸ Valoro la disposición de la Dra. Jannet S. Valero Vilchis, por haber aceptado la entrevista solicitada y por ayudarme a comprender contextualmente aquello que permitió visibilizar la violencia de género hacia las mujeres dentro de la UAEMéx.

⁹ Expreso mi profunda gratitud a Dra. Alejandra Carmona Castañeda por su disposición y generosidad al charlar sobre esta temática.

Ambas entrevistas aportaron valiosos elementos contextuales para sustentar de mejor manera las entrevistas en profundidad que serían aplicadas a aquellos(as) profesionales que en su momento aceptarían tomar parte.

3.2.1.2. Entrevistas en profundidad

Sobre la base que aportó el objetivo general del diagnóstico, se optó por utilizar la entrevista en profundidad, de tipo semiestructurado, en tanto se consideró que era una buena herramienta para lograr dicho objetivo. Este tipo de instrumentos, a partir de las preguntas, permite recuperar conocimientos o saberes, desde la experiencia; en este caso de los profesionales de la salud mental. Adicionalmente, facilita la exploración de aspectos de su práctica, más allá de lo registrado mediante datos, documentos oficiales o sitios que circulan a través de la red de redes.

La entrevista es una técnica cualitativa que se basa en una conversación cara a cara, entre el investigador y el entrevistado, con el objetivo de obtener datos sobre sus opiniones, experiencias o significados (Hernández, *et al.*, 2014, pp. 403-405). Dicha técnica permite flexibilidad al momento de profundizar en ciertos temas. Es útil para seguir nuevas líneas de interés que puedan derivarse de la conversación. Por otra parte, es posible conocer cómo los actores sociales, en este caso quien brinda el servicio, viven, interpretan y dan sentido al mismo.

Mediante este interjuego de preguntas-respuestas, se puede recabar información más detallada de sus procesos; la evaluación de los mismos; enfoques o metodologías empleadas; sistema de supervisión; la existencia o ausencia de lineamientos internos, protocolos vigentes, así como el nivel de especialización existente y los retos a los que se enfrentan cotidianamente al desempeñar su labor profesional.

A través de las entrevistas se trató de conocer la óptica que tenían algunos de los(as) prestadores de servicios de atención psicológica que laboran en la UAEMÉX;

si habían recibido formación o capacitación en perspectiva de género y, en qué medida, dicha óptica estaba incorporada en su quehacer profesional a la hora de atender al estudiantado.

3.2.1.3. Muestreo y entrevistas a profundidad a psicólogas(os) que atienden al estudiantado

Se empleó un muestreo voluntario, entendido como aquel en el que las personas deciden por iniciativa propia participar en el estudio, a partir de su interés, disponibilidad y motivación para colaborar.

En este caso, tres profesionales de los diez previstos aceptaron, lo cual constituye un proceso de auto-selección característico de este tipo de muestreo. Dos de las entrevistadas fueron de sexo femenino y el tercero de sexo masculino. Los tres casos que se autoseleccionaron cumplieron con los siguientes requisitos de corte institucional.

- I. Formar parte de los consultorios de atención psicológica que brindan este servicio a la comunidad estudiantil universitaria.
- II. Título y cédula profesional.
- III. Participación en casos de violencia de género.
- IV. Adherirse a los principios éticos del ejercicio profesional y participar en capacitaciones institucionales continuas.

Como señalan Michael Quinn Patton (2002), el muestreo voluntario es especialmente útil cuando se requieren participantes con disposición para reflexionar sobre su experiencia; de manera similar, John W. Creswell y J. David Creswell (2018) destacan que este procedimiento es adecuado en estudios cualitativos y en estrategias de diseño mixto, particularmente en fases exploratorias o en etapas iniciales de validación de instrumentos.

La metodología cualitativa es adecuada cuando se trata de entender problemas sociales complejos, acceder a los involucrados y empezar a construir conocimiento desde un método inductivo, situado y flexible, facilita la exploración de estos servicios, como de sus enfoques, posibles barreras de acceso y la incorporación (o ausencia) de perspectiva de género.

Es cierto, epistémicamente se comprende que este acercamiento incluyó solamente “la voz” de las o los profesionales que aceptaron participar. Es claro que hizo falta incluir a una parte del estudiantado y también buscar la colaboración de más profesionales dedicados a esta labor, pero un esfuerzo de esa naturaleza habría sido más complejo y, seguramente, habría llevado más tiempo del marcado por este programa de especialidad.

Se acepta que disímiles respuestas aportadas por las y los profesionales de psicología que tomaron parte, buscaron estar acordes a lo que en su momento el psicólogo Allen Edwards (1957) denominó “deseabilidad social”. Es decir, se trata de la tendencia a responder conforme a aquello que es “socialmente aceptado”, o bien, aquello que la mayoría respondería. El problema de este tipo de respuestas es que podrían estar alejadas de la auténtica opinión o proceder de quien ha respondido a la entrevista u otro instrumento de medición, especialmente cuando se trata de temas polémicos o sensibles ante la opinión pública.

Autoras como Elisabeth Noelle-Neumann (2014), desde el campo de la comunicación, explicó este fenómeno como “espiral del silencio”, es decir, nuestra tendencia a responder con apego a aquello que consideramos que diría la mayoría de la población; dicha suposición ha sido vehiculizada por los medios masivos de comunicación.

Es claro que en las últimas décadas, en la palestra pública e hipermediática, se han colocado temas o asuntos en los que se indica que existen avances, cierre de

brechas, igualdad, respeto a la diversidad de formas de vida, así como la importancia de reducir el impacto al entorno natural. Esta constelación de códigos relativamente recientes y civilizatorios han llevado a que más allá de lo que realmente muchas personas piensan o hacen, respondan que “están de acuerdo” o “muy de acuerdo” con determinados asuntos pero que en realidad no practican ni creen.

En tal sentido, se comprende que sería riesgoso atreverse a decir públicamente que no están de acuerdo con la igualdad; con la inclusión; con el respeto a los derechos humanos; postular que el machismo es una buena forma de vida; aplaudir la misoginia o que se está en contra de la perspectiva de género, a pesar de que en diversos casos las personas se conduzcan de manera contraria o distinta. Regularmente se tienden a manifestar actitudes u oponiones enmarcadas en esa deseabilidad social. Por ello, se considera que las personas entrevistadas y quienes respondieron a la escala tipo Likert pudiesen haber respondido dentro de ese marco silente o de deseabilidad.

Cuestiones como el sesgo por deseabilidad social, la memoria selectiva o las distintas competencias discursivas que cada investigador(a) y entrevistado(a) suelen tener, a menudo son pasadas por alto cuando se trata de metodologías de corte cualitativo. Al respecto, es indispensable tener presente la subjetividad a la que se refirió René Descartes (1994), así como la dimensión de la intersubjetividad, postulada originalmente por Edmund Husserl (1985) y, luego, desarrollada más ampliamente por Alfred Schutz (2003, 2008), así como por Peter Berger y Thomas Luckmann (1968).

3.2.1.4. Validez de la entrevista a profundidad y su aplicación

Para diseñar la entrevista semiestructurada que sería aplicada, se tuvo en cuenta tanto el objetivo general como los objetivos específicos trazados en el presente PTG. En primer término, se bocetó una guía, misma que fue revisada, analizada y

corregida de manera conjunta con el director este trabajo. Se cuidó que dicha guía cumpliera con el criterio de validez de contenido; un aspecto requerido en todo instrumento de medición.

Como se puede apreciar en la siguiente tabla matricial de validez de contenido, la guía de entrevista quedó organizada en cinco ámbitos temáticos, desglosados en 18 preguntas y, dentro de ellas, diez incluyeron una o más subpreguntas derivadas, según respondiesen las personas entrevistadas. Ver Anexo 1.

En ningún caso fueron empleados los ocho reactivos asociados a la identificación de las personas entrevistadas, puesto que era indispensable aplicar el código de ética que se ofreció desde que se acudió a la sesión quincenal que efectuaban los(as) profesionales que atienden este tipo de servicio. Ver tabla 2.

Tabla 2. Matriz de validez de contenido en la entrevista en profundidad

Ámbitos	Número de ítems
Datos de identificación	8
Estrategia terapéutica (ET)	5
Perspectiva de género e interseccionalidad (PEG)	8
Profesionalización (P)	8
Lineamientos estructurales (LE)	5
Tipos de caso (TP)	4

Fuente: Elaboración propia.

Ha de tenerse en cuenta que no se deben contabilizar acumulativamente las preguntas formuladas para cada ámbito en la guía de entrevista, puesto que algunas de las interrogantes fueron desdobladas no solamente en los incisos previstos, sino que a partir de las respuestas que se obtendrían durante la entrevista, sobrevendrían otras preguntas. Líneas más adelante se comenta que la guía de entrevista podría constituir un insumo para futuros estudios evaluativos que aporten

mayor claridad acerca de lo que sucede con este tipo de atención al estudiantado en otros espacios educativos.

Para responder eficientemente a los imperativos de la agenda laboral que cada profesional tenía, se optó por realizar cada entrevista de manera remota, haciendo uso de la plataforma *Microsoft Teams*. Previo al inicio de cada jornada, se dio lectura a la carta de consentimientos informado¹⁰ y se preguntó si aprobaban participar en dicho proceso. Enseguida se consultó si se autorizaba que se videograbara la entrevista. En los tres casos, cada petición fue aprobada y se puso en marcha cada proceso dialógico. Cada una de las sesiones tuvo una duración que osciló entre 50 y 60 minutos.

3.2.1.5. Procesamiento de las entrevistas

A cada entrevista se le asignó un código de identificación para su procesamiento, los cuales se utilizan como referencia en el apartado de resultados. Las tres entrevistas aplicadas fueron transcritas y codificadas conforme a categorías de análisis. El tratamiento de la información se realizó mediante la técnica de análisis de contenido, lo que permitió identificar patrones, similitudes, coincidencias y discrepancias entre los discursos, y extraer conclusiones significativas.

Para el análisis cualitativo de la información obtenida se utilizó el software ATLAS.ti (versión 9.1.3), herramienta que permitió organizar, codificar y categorizar los datos textuales de manera sistemática. Respondiendo a la necesidad de analizar patrones relacionales y significantes emergentes en los discursos de los profesionales de salud mental, relacionando su ejercicio profesional con la perspectiva de género.

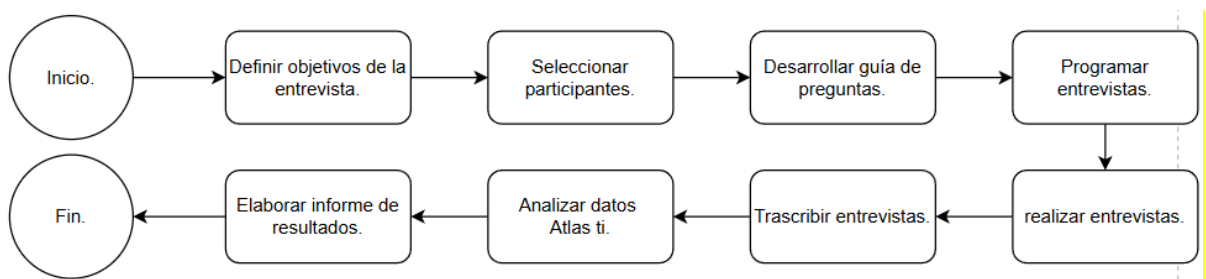
Se desarrolló un proceso de codificación derivado de la validez de contenido, de manera abierta y axial, los fragmentos que se consideran más relevantes se

¹⁰ Ver anexo 3.

agruparon en códigos temáticos de manera inicial. Posteriormente, se integraron en categorías analíticas que dieron forma a las dimensiones teóricas del estudio.

Como se podrá ver en el apartado de resultados, este procedimiento permitió no solo mantener la trazabilidad, sino también garantizó la transparencia analítica y la validez interna del propio análisis cualitativo al vincular las categorías analíticas con los propios objetivos del diagnóstico. En la siguiente figura se presenta el esquema diseñado para la realización y dar cauce al procesamiento de las entrevistas a profundidad.

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de entrevistas



Fuente: Elaboración propia.

3.2.2. Actitudes

El estudio de las actitudes constituye un campo central para comprender cómo las personas interpretan, evalúan y responden ante distintos fenómenos sociales. Desde los primeros aportes de William Thomas y Florian Znaniecki, quienes definieron la actitud como una predisposición aprendida para reaccionar positiva o negativamente ante un objeto social (Thomas y Znaniecki, 1918), hasta la afirmación de Gordon Allport de que la actitud es el concepto “más indispensable” de la psicología social (Allport, 1935), existe consenso sobre su papel como puente entre la vida interna y la conducta observable.

Esta tradición se consolidó gracias a Louis Thurstone, pionero en la construcción de escalas que permitieron medir de manera sistemática la posición evaluativa de una persona ante un tema (Thurstone, 1928), dando paso al desarrollo posterior de modelos más complejos de predicción conductual.

La importancia de estudiar las actitudes se vincula estrechamente con su capacidad para orientar la acción. Teóricos como Daniel Katz explicaron que las actitudes cumplen funciones instrumentales, ego-defensivas, expresivas y de conocimiento (Katz, 1960), lo que permite comprender por qué una persona puede sostener convicciones profundas incluso ante información contradictoria.

En la misma línea, la Teoría de la Acción Razonada de Martin Fishbein e Icek Ajzen mostró que las actitudes no solo predisponen, sino que predicen conductas en la medida en que configuran las intenciones junto con las normas percibidas (Fishbein & Ajzen, 1975). Además, Herbert Kelman aportó que solamente cuando una actitud alcanza el nivel de internalización —y no se queda en conformidad superficial o identificación— puede inspirar conductas estables y éticamente coherentes (Kelman, 1958).

Este marco teórico resulta especialmente relevante cuando se evalúa si las y los psicólogos universitarios han incorporado realmente la perspectiva de género en su práctica clínica. La actitud profesional no se limita a un posicionamiento intelectual: implica una disposición evaluativa integrada por componentes cognitivos, afectivos y conductuales, como señalaron Philip Zimbardo y Michael Leippe (1991).

Asimismo, desde el enfoque del aprendizaje social, Neal Miller y John Dollard sostuvieron que las actitudes se adquieren mediante la experiencia y el refuerzo (Miller & Dollard, 1941), lo que significa que un entorno institucional con políticas claras de igualdad puede favorecer la interiorización de dicha perspectiva.

Finalmente, los trabajos de Theodor Adorno y Else Frenkel-Brunswik (1950) recuerdan que actitudes rígidas o autoritarias pueden obstaculizar la comprensión empática de las desigualdades estructurales, lo cual hace aún más indispensable evaluar si el personal clínico universitario ha desarrollado actitudes congruentes con un enfoque de género que promueva la atención ética y sensible a las necesidades del estudiantado.

3.2.3. Cómo se pueden medir las actitudes

Un tipo de escala para medir actitudes fue desarrollada a inicios de la década de los 30, durante el naciente siglo XX, por el psicólogo, sociólogo y economista estadounidense Rensis Likert (1932). En honor a su trabajo pionero, poco tiempo después se comenzaron a desarrollar diversas escalas tipo Likert (Argyle, 2025). Este tipo de instrumentos, siguen vigentes hasta la actualidad, consistiendo en la conjunción de “ítems presentados en forma de juicios o afirmaciones y se le solicita al sujeto que externé su reacción eligiendo una de las categorías de la escala, asignándole un valor numérico” (Hernández *et al.*, 2014, p. 238).

En principio es una herramienta vigente, que sirve para medir constructos subjetivos, reflejando una cuestión numérica, en el ámbito de la salud y ciencias sociales. Estas escalas permiten identificar algunos patrones de comportamiento/ respuesta, consistencias o inclusive contradicciones, ya que en este proyecto será utilizado como un complemento para contrastar la entrevista.

En otras palabras: “Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se está midiendo. El objeto de actitud puede ser cualquier “cosa física” (un vestido, un automóvil...), un individuo (el presidente, un líder histórico, mi madre, entre otros” (Hernández *et al.*, 2014, p. 238). En este caso, las categorías de análisis fueron precisamente las creencias, actitudes y la práctica profesional del personal de psicología que está a cargo de proporcionar atención psicológica al estudiantado de la UAEMéx. Sin embargo, un instrumento de esta naturaleza no existía.

3.2.4. Diseño de una escala propia, tipo Likert para explorar actitudes sobre perspectiva de género

La elaboración de la escala tipo Likert utilizada en este estudio no partió de un instrumento preexistente, ya que no se encontraron escalas diseñadas para evaluar las actitudes de las y los psicólogos universitarios respecto a la incorporación de la perspectiva de género en su práctica clínica. Por ello, fue necesario construir una escala propia, basada en el marco teórico de las actitudes y en los componentes centrales de la perspectiva de género aplicados al ámbito de la atención psicológica.

Este proceso implicó poner en marcha el diseño conceptual y la operacionalización de dimensiones, seguida de la validación de contenido para asegurar que los ítems fueran coherentes con el constructo que se buscaba medir y que reflejaran, sin ambigüedades ni sesgos, las actitudes profesionales relevantes.

La validación de contenido se llevó a cabo siguiendo los lineamientos metodológicos propuestos por Lynn (1986) y de Polit y Beck (2006), quienes proponen la valoración de expertos como un procedimiento indispensable para garantizar la pertinencia teórica y la calidad psicométrica de los ítems. Fue así como la primera escala que se diseñó de manera preliminar fue sometida a este tipo de valoración. Puede verse en el Anexo 2.

Evaluaron cada reactivo de la escala, siete especialistas¹¹ en psicología, género y psicometría, según tres criterios: relevancia conceptual, claridad de redacción y pertinencia cultural/libre de sesgo, utilizando una escala ordinal de cuatro puntos (1 = no adecuado, 2 = poco adecuado, 3 = adecuado, 4 = muy adecuado).

¹¹ Estoy en deuda con cada una(o) de los especialistas que dedicaron su tiempo para revisar con todo cuidado cada uno de los ítems para la escala tipo Likert. Las atinadas recomendaciones hicieron posible mejorar ostensiblemente dicho instrumento. Mi gratitud a la Dra. Alicia Sarmiento, a la Dra. Natalia-Ixchel Vázquez, a la Dra. Gladys Lemus, a Juan Carlos Fabela, al Dr. Carlos Leal y la psicóloga y psicólogo de la UAEM.

A partir de estas valoraciones se calcularon los índices de validez por ítem (I-CVI) y el índice promedio de validez de la escala (S-CVI/Ave), considerando aceptables los valores $I-CVI \geq 0.80$ y $S-CVI/Ave \geq 0.90$. Además del análisis cuantitativo, se revisaron las observaciones cualitativas de las y los especialistas para identificar problemas de redacción, redundancias conceptuales o posibles sesgos de género, lo que permitió depurar y perfeccionar la versión final del instrumento.

En la Tabla 3, se muestran ejemplos con datos simulados correspondientes a tres ítems de la Parte A (Creencias y actitudes) y tres de la Parte B (Práctica profesional). Los valores se calcularon a partir de cinco jueces/as. La interpretación de colores corresponde al semáforo: verde (≥ 0.80), amarillo (0.60–0.79) y rojo (< 0.60).

El promedio general por parte (S-CVI/Ave) fue de 0.87 para la Parte A y 0.89 para la Parte B, lo cual indica una validez de contenido adecuada, aunque con necesidad de revisar ciertos ítems.

Tabla 3. Evaluación de la relevancia, claridad y pertinencia de los ítems

Código	I-CVI Relevancia	I-CVI Claridad	I-CVI Pertinencia	Interpretación
CA1	1.00	0.80	1.00	Consenso alto – Conservar
CA2	0.80	0.70	0.70	Consenso moderado – Revisar redacción
CA3	0.40	0.50	0.40	Consenso bajo – Eliminar o reestructurar
PP1	1.00	0.90	1.00	Consenso alto – Conservar
PP2	0.80	0.70	0.70	Consenso moderado – Revisar redacción
PP3	0.40	0.50	0.50	Consenso bajo – Eliminar o reestructurar

Fuente: Elaboración propia.

El análisis de comentarios textuales permitió identificar los principales focos de mejora. Las observaciones se agruparon en cuatro categorías: (a) claridad, (b) sesgo de género, (c) relevancia teórica y (d) redundancia. A modo de ejemplo, se presentan algunas observaciones recurrentes. Ver Tabla 4.

Tabla 4. Análisis de las principales observaciones de los jueces

Categoría	Ejemplo de observación	Frecuencia aproximada
Claridad	Uso de doble negación o ambigüedad en ítems sobre roles de género.	Alta (4 de 5 jueces)
Sesgo de género	Lenguaje potencialmente culpabilizante hacia mujeres jóvenes.	Media (3 de 5 jueces)
Relevancia teórica	Algunos ítems repiten contenido conceptual similar.	Media (3 de 5 jueces)
Redundancia	Coincidencia de sentido entre CA6 y CA7.	Alta (4 de 5 jueces)

Fuente: Elaboración propia.

En general, las y los jueces destacaron la pertinencia de los ítems relacionados con diversidad sexual, consentimiento informado y violencia de género, recomendando mejorar la redacción en aquellos reactivos con enunciados negativos o ambivalentes.

A partir del análisis cuantitativo y cualitativo se tomaron decisiones específicas por ítem. Los reactivos con $I-CVI \geq 0.80$ fueron conservados; aquellos con valores intermedios fueron reescritos; y los ítems con $I-CVI < 0.60$ se eliminaron o fusionaron. La tabla siguiente resume el tipo de decisión adoptada. Ver Tabla 5.

Una vez concluida la revisión y validación de construcción y de contenido, la versión 3.1 de la escala incorporó mejoras en lenguaje inclusivo, eliminación de ítems redundantes y simplificación sintáctica para evitar interpretaciones erróneas. Se conservó la estructura bifactorial (Creencias y actitudes / Práctica profesional) con 38 ítems revisados.

Tabla 5. Clasificación y criterios de decisión de ítems

Tipo de decisión	Criterio	Ejemplo
Conservar	$I-CVI \geq 0.80$ en todas las dimensiones.	CA1, PP1.
Revisar/redactar	$0.60 \leq I-CVI < 0.80$ o coincidencia de observaciones de sesgo.	CA2, PP2.
Eliminar/fusionar	$I-CVI < 0.60$ o redundancia señalada por ≥ 3 jueces.	CA3, PP3.

Fuente: Elaboración propia.

La validación de contenido evidenció un adecuado nivel de consenso entre especialistas, respaldando la pertinencia teórica y cultural del instrumento. El proceso cualitativo enriqueció la comprensión del constructo teórico y permitió fortalecer la precisión de los ítems para su futura aplicación en pruebas piloto de confiabilidad (α de Cronbach u Omega de McDonald).

Al concluir todas las etapas previstas para contar con una escala tipo Likert, se dio cauce a la aplicación de la escala que había sido validada. Ver Anexo 3.

3.2.5. Aplicación de la escala tipo Likert

La aplicación de escalas orientadas a medir actitudes, creencias y práctica profesional en psicólogas/os relacionadas con la perspectiva de género, se llevó a cabo durante el periodo del 20 al 27 de octubre de 2025. Como se recordará, la muestra estuvo conformada por tres participantes (códigos A001, A002 y A003), integrantes del equipo de atención psicológica universitaria. Las escalas se aplicaron en formato individual.

Téngase en cuenta que la finalidad de esta fase fue identificar qué tan relevante son las temáticas de género, si están sensibilizados, la coherencia ética, y el pensamiento crítico del departamento de atención psicológica en la universidad, con el fin de reconocer ciertos patrones actitudinales y, quizá, encontrar un área de oportunidad para proponer una propuesta de mejora.

La escala tipo Likert tuvo el formato de cinco puntos (1=totalmente de en desacuerdo a 5= totalmente de acuerdo). Ver siguiente tabla.

Tabla 6. Valores y categorías de la escala Likert

Valor	Significado
1	Totalmente en desacuerdo
2	En desacuerdo
3	Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4	De acuerdo
5	Totalmente de acuerdo

Fuente: Elaboración propia.

Las dimensiones que fueron evaluadas atendieron a: actitudes (hacia la propia igualdad y la incorporación de perspectiva de género); creencias (sobre los roles, estereotipos, y diferencias de género según el ámbito clínico) y, práctica profesional (relacionada a la implicación ética del psicólogo e incorporación de la perspectiva de género en la propia atención psicológica universitaria). Las respuestas fueron registradas y analizadas descriptivamente, con el propósito de identificar patrones en las respuestas o algún tipo de sesgo.

Así, al amalgamar el resultado de las entrevistas a profundidad de tipo semiestructurado, con la aplicación de una escala tipo Likert, se intentó una mejor aproximación para explorar constructos más complejos como la incorporación de la perspectiva de género a la praxis clínica del personal que brinda este tipo de servicio a la comunidad estudiantil.

3.3. Compromiso con la investigación sensible al género

El presente diagnóstico asume un compromiso con los principios de la investigación sensible al género, en tanto que dicho proceso de acercamiento está atravesado por un contexto sociocultural en el que permean los roles y estereotipos de género. Desde esta perspectiva, se busca no solo hacer notorias las desigualdades de

género —en este caso en los servicios de atención psicológica de la UAEMéx—, sino que se trata de identificar áreas de mejora que puedan garantizar servicios de salud mental, a efecto de que se comprenda que los problemas no son solo de carácter individual, sino que es una experiencia colectiva atravesada por desigualdades.

El diagnóstico pretende identificar sesgos, vacíos y/o áreas de mejora no solo del personal de psicología, sino también a nivel institucional, entendiendo que el malestar no es una cuestión meramente individual, entendiendo que el colectivo, desde la reproducción sociocultural desigual puede causar este malestar clínicamente significativo.

Permitiendo esto dar voz a las experiencias femeninas (usuarias o personal de salud mental), promover el marco analítico de la interseccional (diversos ejes de desigualdad), evitar prácticas revictimizantes, agravamiento de sintomatologías, etc. Además, de entender como estos factores se relacionan y se configuran de acuerdo con la salud mental dentro del ámbito universitario.

3.4. Resultados

Derivado de las entrevistas semiestructuradas aplicadas a las psicólogas y psicólogos que están a cargo de una parte de la comunidad estudiantil de CU, fue posible analizar con mayor detalle los servicios que proporcionan y en qué medida se trasluce la perspectiva de género a la hora de atender al estudiantado que acude en busca de apoyo para preservar su salud mental.

El análisis cualitativo fue esencial para cumplir con el objetivo específico de la investigación; mismo que constituyó la fase de diagnóstico para identificar fortalezas y áreas de oportunidad y en términos de los servicios de atención psicológica y los profesionales que lo conforman. Los hallazgos derivados del presente análisis podrían servir para mejorar algunos aspectos de los servicios psicológicos y del personal que lo conforman.

3.4.1. El personal entrevistado que atiende al estudiantado

La siguiente tabla concentra la información desprendida de la triada de entrevistas llevadas a cabo los días 29 y 30 de septiembre de 2025. Incluye características generales de las personas con las que se conversó. Se evitó aportar indicadores que permitieran conducir a su identificación, a fin de proteger su identidad y garantizar la confidencialidad ofrecida. Ver las primeras siete líneas o renglones de la Tabla 7.

En la segunda sección de la tabla se presenta un resumen que busca dar cuenta de aquello que se halló como resultado de cada entrevista otorgada. En cuanto a la relevancia que tuvo para cada profesional la Perspectiva de Género (PEG), ver renglón 8, fue claro que a nivel discursivo las tres personas reconocen la importancia de aplicar o de tener en cuenta la PEG. Empero, el nivel de incorporación detectado en la línea 9 marca diferencias cualitativas relevantes al pasar de alocuciones como: “siempre, es esencial o, restarle importancia nos puede llevar a sesgos y prejuicios”, para colocarse en niveles de incorporación que se mueven entre el nivel bajo o medio.

Puede verse en la línea 10 que la perspectiva de género, a la hora de atender al estudiantado, suele estar más asociada a ideas o nociones básicas como el trato respetuoso; la individualización de cada caso; comprender que las “etiquetas” para clasificar o referirse a determinadas personas puede ser estigmatizante o, bien, un mecanismo para emplear estereotipos.

Aunque no es posible postular ninguna generalización debido tipo de muestreo que fue posible aplicar, es cierto que gravitan sensibles diferencias entre las(os) tres profesionales. Mientras que uno se identificó con una óptica feminista, otra colega postuló la importancia de la meritocracia, la racionalidad y el respeto al ejercicio autónomo de las personas. Ver renglón 11 de la misma tabla.

Tabla 7. Registro de entrevistas y su codificación

No	Código	A001	A002	A003
1	Edad	Mayor de 40	Mayor de 40	Mayor de 30
2	Sexo	Femenino	Femenino	Masculino
3	Formación académica	Licenciatura en Psicología	Licenciatura en Psicología	Posgrado
4	Puesto actual	Psicóloga clínica	Psicóloga clínica	Psicólogo clínico
5	Antigüedad en puesto	Menos de 3 años	Menos de dos años	Más de tres años
6	Área de atención	General	General	General
7	Perspectiva teórica	Psicoanálisis	Cognitivo-conductual	Cognitivo-conductual
8	PEG (Relevancia)	“Es esencial, independientemente de las creencias personales la comunidad estudiantil lo requiere, lo demanda, lo necesita”.	“Siempre fue dirigido hacia el respeto, tolerancia, la no discriminación, escucha activa”.	[Es necesario] “incorporarla como una variante por lo cual las personas nos consultan; ignorarla o restarle importancia nos puede llevar a sesgos y prejuicios y nos lleven a no brindar una atención profesional, ética y de calidad”.
9	Nivel de incorporación PEG	Media: cuestiona estereotipos y visibiliza algunas desigualdades.	Baja: mantiene enfoque neutral que invisibiliza desigualdades.	Media: busca incorporar enfoque de género, pero lo percibe como “complementario”.
10	PEG en atención	Tratar a las personas con amplio respeto, conocimiento y libertad de expresión y conducción de cada individuo.	Sin distinción y desde una formación de lo que se trata, entender que es la comunidad y como a veces las distintas etiquetas que se utilizan y cuál es el propósito.	Respetar las identidades, comprender lo que existe dentro de los contextos sociales de cada individuo.
11	Características	Empatía, sensibilidad social, compromiso con la justicia y la equidad.	Autonomía, meritocracia, racionalidad.	Ética, reflexión feminista, coherencia personal-profesional.
12	Observaciones	En su discurso articula empatía, crítica institucional y sensibilidad de género.	Su discurso reproduce sesgos androcéntricos y meritocráticos.	Su discurso integra reflexión teórica con compromiso ético feminista. Llega a comprender la práctica clínica como espacio político-ético.

Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, en la última línea de la misma tabla, puede verse que en una de las psicólogas se apreció que gravita una óptica androcentrista que podría impactar en el tipo de atención que se provee a una parte del estudiantado.

3.4.2. Redes conceptuales en torno a los servicios de salud mental

El análisis de contenido de las entrevistas aplicadas se efectuó mediante la construcción de redes conceptuales, con el propósito de poder organizar, comparar y visualizar la relación existente entre las categorías analíticas y los significados compartidos por el personal que expresó sus puntos de vista. El sistema de redes también permitió poner de relieve algunas características de su práctica profesional y, a través de sus propios discursos, prácticas y estructura de la atención que proporcionan al estudiantado, se pudo revelar la forma en que comprenden la perspectiva de género.

La red corresponde a las coocurrencias entre códigos generadas a partir de entrevistas/relatos sobre la práctica de atención psicológica universitaria y la incorporación de una Perspectiva de Equidad de Género (PEG). Los nodos representan códigos/categorías (por ejemplo: Estrés académico, Depresión, PEG, Comprensión PEG, Fortalecimiento institucional, Oportunidades, Barreras institucionales, Ideación suicida, Capacitación, Canalización). Las aristas (ilustradas mediante líneas) muestran relaciones empíricas (coocurrencias en citas) y/o relaciones analíticas definidas por el investigador (p. ej., vínculo causal, refuerzo, contraste). En la Figura 2 puede verse que se empleó el color azul para identificar la coocurrencia frecuente/empírica, en tanto el color rojo indica la relación temática/analítica.

Figura 2. Red conceptual de coocurrencia de códigos



Fuente: Red conceptual sobre coocurrencia de códigos. Elaboración propia usando ATLAS.TI 9.1.3.

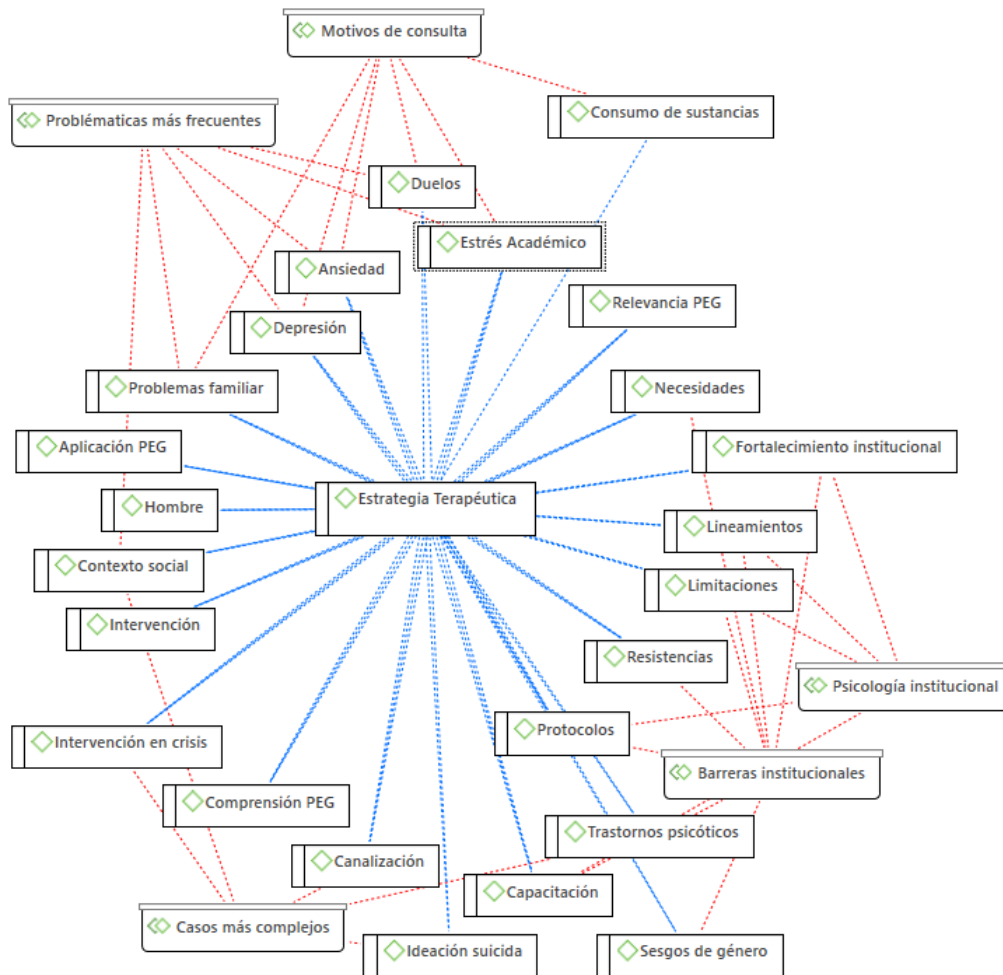
3.4.3. Estrategia terapéutica (ET)

El equipo de psicólogas y psicólogos que están a cargo del subsistema formado por la Escuela de Artes Escénicas y las 21 Facultades está constituido por 22 profesionales, más un coordinador. Aunque en sus inicios no tenía estas dimensiones, el servicio de atención a la salud mental del estudiantado de la UAEMéx ha acumulado siete años de existencia. En los años recientes se ha configurado un sistema de supervisión clínica, aunque no se hallaron documentos que formalicen este tipo de acciones. Se pudo constatar que cada quince días se efectúan sesiones colegiadas al interior de este equipo de profesionales, con tres finalidades centrales: revisar acuerdos, mejorar la coordinación y, a propuesta expresa de alguna(o) de los profesionales, analizar casos que revisten una complejidad atípica o especial.

Los discursos surgidos de las entrevistas revelan que las estrategias terapéuticas en los servicios de atención psicológica son heterogéneas y que responden al criterio personal de cada profesional. Predomina un enfoque terapéutico de tipo cognitivo-conductual; centrándose en la contención emocional, la psicoeducación e intervenciones coyunturales. Se apreció que la falta de lineamientos y protocolos, generan inconsistencias de orden metodológicas y quizá ello esté impactando en la calidad de la atención que se prodiga al estudiantado.

El uso del software ATLAS.ti que se empleó para analizar esta dimensión de la Estrategia Terapéutica (ET) muestra las coocurrencias entre los códigos “**estrategia flexible**”, “**recursos limitados**” y “**canalización externa**”. Puede sostenerse que prevalece la falta de estandarización y seguimiento integral. Ver Figura 3.

Figura 3. Red conceptual sobre las estrategias terapéuticas



Fuente: Red conceptual sobre estrategias terapéuticas. Elaboración propia usando ATLAS.TI 9.1.3.

Por lo que toca al servicio de atención psicológica, tendencialmente está estructurado sobre una base máxima de 14 sesiones. Cuando la situación requiere una atención más especializada o escapa a las posibilidades que prodiga este tipo de servicio, el caso es canalizado a alguna de las instituciones de salud de sostenimiento público; usualmente se trata del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), pues en su calidad de estudiantes de la UAEMéx, a ellos/as se les adscribe —de manera previsoria— a este tipo de servicio.

Cuando el caso lo amerita y se concatena con la red de apoyo familiar, el estudiante es remitido al sistema de atención privada, aunque no es lo usual. Es cierto que a través de la Clínica Multidisciplinar de la Salud (CMS) la UAEMéx ofrece el acceso a tratamiento psiquiátrico a menor costo. Sin embargo, para algunos estudiantes se torna inaccesible erogar dichos recursos. Por ende, queda de manifiesto que habría que considerar si la institución debiera plantearse la necesidad de contar con este tipo de recursos humanos y servicios para dar respuesta a casos más complejos. A este respecto, una de las personas con las que se charló dijo:

“Para la atención psiquiátrica, desafortunadamente, hay muy pocos en esa parte. El que existe¹², tiene cuotas muy altas para el estudiantado. Sería excelente tener un perfil [personal de psiquiatría] así en el equipo”. (Entrevista A003)

Con respecto al desempeño profesional de las y los psicólogos se identificó que no existe un sistema de evaluación estructurado que se aplique de manera sistemática para evaluar integralmente la calidad del servicio. En su lugar, se solicita el cumplimiento de algunos indicadores de corte cuantitativo como: número de consultas, tiempo de espera, estudiantes del propio espacio atendidos, alumnos que acuden a consulta y que proceden de otros espacios. Al respecto, solamente una de las personas entrevistadas hizo referencia a la aplicación de una encuesta de satisfacción por parte del estudiantado.

3.4.4. Tipos de casos (TC)

Parece que los motivos de consulta más frecuentes tienen que ver con trastornos del estado de ánimo como: ansiedad, estrés y depresión, además de problemáticas emergentes como causas y consecuencias por consumo de sustancias adictivas y prohibidas, ideación suicida y problemas familiares.

¹² Alude a la Clínica Multidisciplinar de Salud (CMS) de la propia UAEMéx.

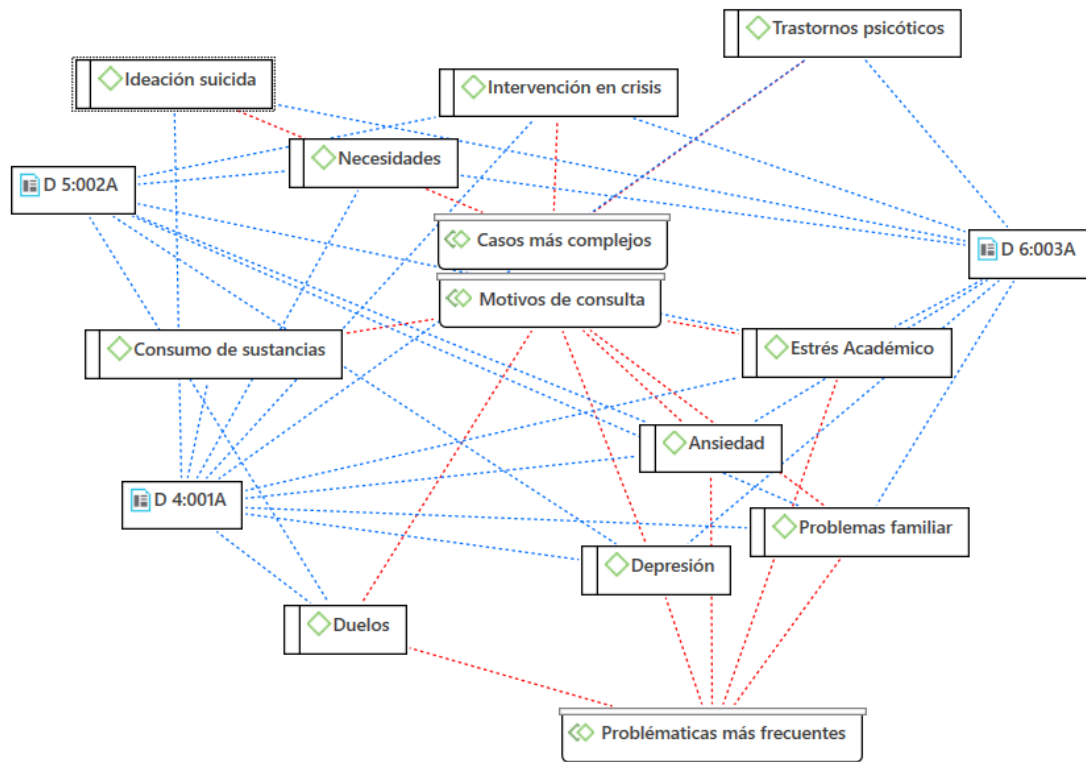
Los profesionales reconocieron que el mayor porcentaje de quienes asisten a los servicios de atención psicológica son mujeres, asociándolo con una mayor disposición cultural a buscar ayuda, pero también con una mayor exposición a distintos actos de violencia. Como lo expresó una de las entrevistadas: “En general, el 60% de mi atención es a mujeres” (Entrevista A001).

En cuanto al 40% restante lo divide entre hombres y en una serie de casos que forman parte de la diversidad sexo- genérica. Se considera que la menor demanda por parte de los estudiantes de sexo masculino guarda estrecha relación con una serie de procesos de socialización en las que se edifica la idea de una presunta invulnerabilidad, al tiempo que se promueve la idea de fortaleza física, autonomía y la consecuente represión de determinadas emociones y sentimientos (Badinter, 1993; Bourdieu, 2000).

Cuando algunos varones acuden al servicio de atención psicológica, –a decir del personal con el que se conversó– los motivos de consulta tienden a vincularse con el estrés académico, episodios de ansiedad o depresión. Aunque con menor incidencia, pero comienza a ser más notorio el hecho de que buscan apoyo profesional a consecuencia de experimentar efectos por el consumo de sustancias adictivas.

Es posible que el aumento en el consumo de sustancias psicoactivas e ilegales esté asociado tanto a factores macroestructurales como el narcotráfico. Una de las entrevistadas sostuvo que el aumento en el consumo de estupefacientes está relacionado con “cambios sociales y cambios estructurales familiares” (Entrevista A001). Empero, no es menos cierto que se concatenan con estudiantes que tienden a experimentar problemáticas emocionales más amplias no resueltas, en las que eventualmente puede surgir la ideación suicida. Puede verse en la Figura 4, cómo quedó representada la tipología de los casos que usualmente atienden los profesionales con los que se conversó.

Figura 4. Red conceptual sobre tipos de casos en la atención psicológica



Fuente: Red conceptual sobre tipos de casos en la atención psicológica. Elaboración propia usando ATLAS.TI 9.1.3.

La conciencia del contexto sociocultural por parte de los profesionales consultados demuestra que tienen una perspectiva más amplia, pues comprenden que la patología no solo es una cuestión individual, sino una manifestación de disfunciones sociales y familiares que forman parte del entorno del estudiante.

La demanda es alta, propia del mismo entorno universitario y el contexto socio cultural, la alta prevalencia de estos trastornos del estado de ánimo es un indicador de las presiones internas del sistema educativo. Esto lleva a comprender que el programa no solo atiende problemáticas comunes sino también algunos casos de alto riesgo y un nivel de complejidad que requiere una formación especializada y protocolos claros de intervención en crisis y canalización, especialmente en riesgo suicida o trastornos psicóticos.

El malestar clínico no encaja solo desde una situación individualizada, sino que este está impregnado del contexto social, influyendo de manera directa en el diagnóstico desde la experiencia que lo acompaña (Bacigalupe *et al.*, 2022). La interseccionalidad sostiene que los casos ansiedad y depresión en mujeres u hombres se configuran de manera diferenciada, basada también en la construcción social diferencial según el sexo, la clase social y la violencia estructural.

En suma, el perfil de los casos muestra la necesidad de contar con **protocolos diferenciales de atención y mayor capacitación en crisis, violencia y consumo**, incorporando una mirada interseccional que considere género, clase y orientación sexual.

3.4.5. Perspectiva de género (PEG)

Se identificó consenso en los(as) profesionales con los que se logró charlar, en términos de reconocer que la perspectiva de género es “esencial” en su quehacer profesional dentro del campus universitario. No obstante, también se apreció que la plena comprensión práctica de la PEG adquiere algunas diferencias. Algunos la relacionan más con la capacidad empática o bien con proporcionar un trato igualitario al alumnado. En otras personas, dicha perspectiva la asocian con manifestar un trato respetuoso. Una de las profesionales expresó que la PEG consiste en “tratar a las personas con amplio respeto, conocimiento y libertad de expresión, independientemente de su situación emocional”. (Entrevista A001). Otra de las profesionales se identificó más claramente con la dimensión estructural de donde procede la perspectiva de género.

En otra de las entrevistas el psicólogo afirmó: “Yo siempre tengo presente incorporar la perspectiva de género, porque las problemáticas afectan de manera diferenciada a cada persona.” (Entrevista A003). Parece que haría falta acentuar un proceso de

profesionalización, sobre la base de un abordaje conceptual más profundo en torno la PEG y la relevancia que tiene atender cada caso desde la interseccionalidad.

El esquema de atención a la salud mental que recibe una parte del estudiantado está basado en un máximo de 14 sesiones breves, mismas que pueden ser con fines de contención, de evaluación o, en su caso, de canalización. En la red generada a través del software empleado, puede verse cómo estuvieron vinculadas las conexiones entre **“violencia de género”**, **“capacitación”**, **“barreras institucionales”** y **“ética profesional”**. La Figura 5 evidencia que la perspectiva de género opera como un eje transversal, pero es claro que no se ha logrado consolidar.

Como se sabe, al atender casos relacionados con la violencia de género, un profesional de salud mental debe estar atento a los posibles sesgos de género, en tanto le pueden conducir a normalizar o minimizar los comportamientos violentos que pueden provenir de uno u otro sexo. La PEG también ha subrayado la importancia de evitar la revictimización de las personas violentadas. Es por ello por lo que, como se pudo detectar a lo largo de las entrevistas a profundidad, al carecer de un protocolo específico para atender casos de violencia con PEG, se corre el riesgo de reincidir tanto en la normalización de la violencia como en la revictimización.

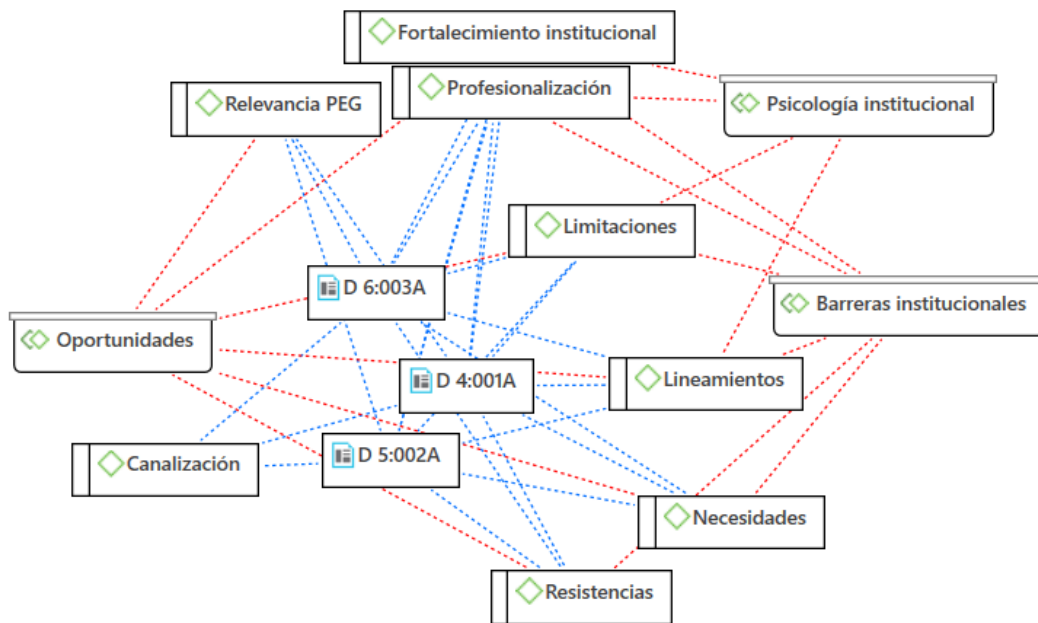
La red conceptual mostrada líneas arriba indica que el personal entrevistado muestra una comprensión parcial y variable de aquello que interpretan como Perspectiva de Género. En general, parece confirmarse que lo han limitado a un trato igualitario o respetuoso pero que no indaga niveles más profundos relacionados con el poder y la desigualdad.

mental. Dos de las tres personas con las que se conversó a profundidad comentaron que era necesario que la UAEMéx atendiera esta necesidad. Dicho personal expresó como temas urgentes los relacionados a: “género y violencia” (Entrevista A003). Adujeron que existían barreras institucionales y que por ello prevalecía la “falta de actualización y sensibilización a la comunidad universitaria” (Entrevista A003).

El personal que forma parte de este esquema de atención que recientemente prodiga la UAEMéx, ha observado que conviven con las(os) docentes; un sector cuyos orígenes se remontan a las más profundas raíces de esta institución de educación superior. Aunque se trata de la voz de apenas tres personas, en menos de siete años han apreciado que existen evidentes contrastes, en tanto señalan que, en materia de actualización: “a los docentes se les incentiva a tener estudios de posgrado o diplomados gratuitos dentro de la universidad y al equipo no se le brinda esa misma oportunidad” (Entrevista A001).

Es decir, pronto afloró el contraste a nivel estructural e institucional. Mientras que, al personal docente de la UAEMéx, por circunstancias histórico-sociales y jurídicas se les provee de programas para su actualización, el personal que hace posible la salud mental del estudiantado debe llevarlo a cabo por iniciativa propia. En la Figura 6, se consigue ilustrar cómo la categoría de *Profesionalización* quedó vinculada a la “*autonomía profesional*”, a las “*brechas formativas*”, así como a la “*falta de incentivos*” y de “*fortalecimiento institucional*”. Con ello, se evidencia que el personal considera la profesionalización como un punto neurálgico para la mejora integral del servicio.

Figura 6. Red conceptual sobre profesionalización en la atención psicológica



Fuente: Red conceptual sobre profesionalización en la atención psicológica. Elaboración propia usando ATLAS.TI 9.1.3.

Dicha red, por ahora, deja señalado que los procesos de formación continua por parte de este personal han quedado supeditados al esfuerzo individual. Parece que actualmente no existen mecanismos institucionales que garanticen la actualización en temáticas tan relevantes como el género, violencia o salud mental universitaria. Otro hueco que se identificó tuvo que ver con la ausencia de protocolos para realizar mejores intervenciones sensibles al género.

3.4.7. Lineamientos estructurales (LE)

Los resultados derivados del análisis de contenido de las tres entrevistas coincidieron en señalar que solamente tienen un plan de trabajo que orienta su accionar, el personal de psicología desconoce sus fundamentos teóricos y su aplicación es ambigua. El personal entrevistado hizo hincapié en la **necesidad**

urgente de institucionalizar los procesos, estandarizar los protocolos y **vincular la evaluación con la formación** para romper el ciclo de improvisación.

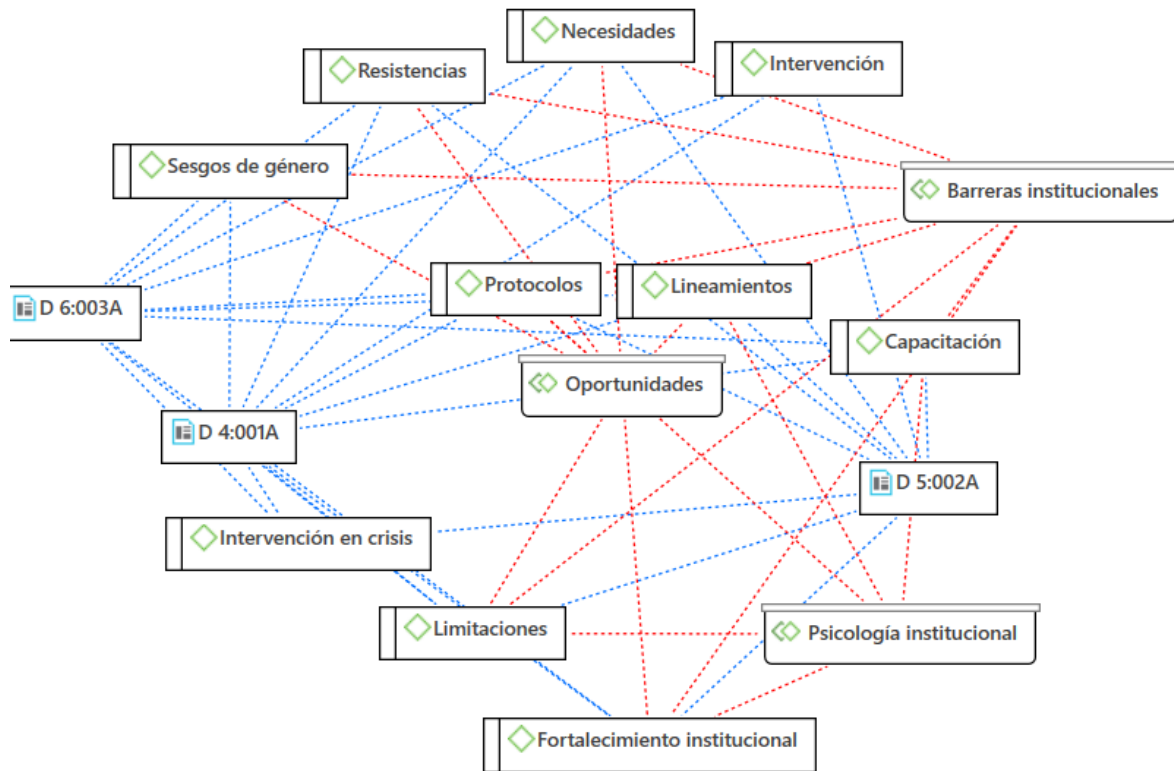
Tales documentos —insistieron— deberían estar nutridos tanto de la PEG como de algunas orientaciones metodológicas para aplicar el marco analítico de la interseccionalidad, ya que como lo señala Rubin (1975), esta carencia podría evidenciar que la institución podría estar reproduciendo prácticas jerárquicas y desiguales, atravesadas por un sistema sexo-género donde la atención psicológica sin perspectiva de género se convierte en un espacio de reproducción sistémica.

La red semántica del diagnóstico destaca el nivel de relevancia de los lineamientos institucionales como un eje vital y que articula el propio servicio de atención psicológica. En la Figura 7, se muestra cómo en la categoría de los Lineamientos de orden estructural quedaron vinculados al *“fortalecimiento institucional”*, a la necesidad de acelerar la generación de *“protocolos en desarrollo”*, a superar las *“barreras organizacionales”* y, también a mejorar desde una óptica más amplia la *“evaluación de desempeño”*.

A través de la información recabada, todo parece indicar que el protocolo continúa en desarrollo, al tiempo que desconocen las bases teóricas que están siendo empleadas para su configuración. Uno de los profesionales entrevistados lo comentó en los siguientes términos: “Me parece que el protocolo sí es muy amplio. O, justo porque no tenemos el mismo enfoque filosófico para trabajar, puede ser difícil adaptarse a dichos lineamientos o pasos” (Entrevista 002).

Es cierto que la diversidad metodológica puede ser una fortaleza, por la amplia gama de enfoques. Sin embargo, puede generar confusión, contradicciones clínicas y poca coherencia en el tratamiento.

Figura 7. Red conceptual sobre lineamientos estructurales en la atención psicológica



Fuente: Red conceptual sobre lineamientos estructurales en la atención psicológica. Elaboración propia usando ATLAS.TI 9.1.3.

Si a esto sumamos que el equipo está formado por más de dos decenas de colegas, se entiende que exista cierta sobrecarga administrativa, un déficit de supervisión formal y nula evaluación continua. Además de un modelo demasiado libre tienden a generar divisiones no oficializadas; roles cambiantes y, falta de claridad jerárquica. Estos factores limitan la consistencia y eficacia del trabajo terapéutico.

3.4.8. Actitudes a través de las escalas tipo Likert

Como se recordará, se decidió explorar las actitudes u opiniones que tenían las y el psicólogo que aceptaron tomar parte en el presente estudio. Al no disponer de una escala estimativa para dicho propósito, se construyó y validó una escala tipo Likert. Con el propósito de ubicar las respuestas a dicho instrumento, por cada uno de los respondientes, se determinaron tres posibles niveles debido al sesgo de aquiescencia. Puede verse en Tabla 8, cómo se distribuyeron los rangos esperados y, en qué nivel serían ubicados cada uno de los respondientes, de acuerdo con la dimensión evaluada o explorada.

Tabla 8. Clasificación de niveles finales

Rango promedio	Nivel
1.0 a 2.33	Bajo
2.34 a 3.66	Medio
3.67 a 5.0	Alto

Fuente: Elaboración propia.

Sobre dicha base, puede verificarse que los respondientes optaron por expresar opiniones o actitudes altamente sesgadas, a fin de que sus respuestas concordaran la deseabilidad social. Ver tabla 9.

Tabla 9. Puntaje obtenido por cada participante que respondió la Escala

Participante	Dimensión	Promedio	Sesgo de Aquiescencia
A001	Creencias y actitudes	5.00	Alto
A001	Práctica profesional	5.00	Alto
A002	Creencias y actitudes	5.00	Alto
A002	Práctica profesional	4.95	Alto
A003	Creencias y actitudes	4.78	Alto
A003	Práctica profesional	4.55	Alto

Fuente: Elaboración propia.

Participante A001. Se identificó un patrón de respuestas homogéneo, seleccionando “totalmente de acuerdo” en básicamente todas las respuestas de ambas escalas.

Lo que nos indica un alto sesgo de aquiescencia, caracterizado mayormente por estar de acuerdo con cualquier afirmación sin distinguir matices conceptuales, es decir, independientemente de su contenido o significado.

Se comprende que las respuestas están fuertemente relacionadas con lo que la institución, en este caso la UAEMéx, considera apropiadas, reflejando una aceptación total de la perspectiva de género, sin que ello implique una comprensión profunda ni dar cuenta de una visión crítica o vivencia práctica de la misma. Parece haber respondido con base en la norma institucional, más que como resultado de una internalización de la perspectiva de género.

Participante A002. Respondió “**totalmente de acuerdo**” en la mayoría de los ítems, con una única excepción en el reactivo 11 de la segunda parte de la escala, donde marco “de acuerdo”.

Pese a que pudiera tener una comprensión y disposición positiva y sensible al enfoque de género, predominó una aceptación normativa desde la idealización de la universidad. El sesgo de deseabilidad social, como elemento del sesgo de aquiescencia, mostró una actitud empática y de respeto. No obstante, gravitó escasa reflexión crítica sobre los desafíos éticos y práctica profesional que implican la plena incorporación de la perspectiva de género.

Participante A003. Se trató del participante que mostró una variabilidad amplia en sus respuestas, diferenciado entre los propios ítems y escalas. En la primera parte, marcó tres respuestas no extremas (ítems 2, 6 y 12). En la segunda parte, alternó entre “de acuerdo”, “ni de acuerdo ni en desacuerdo” y “totalmente de acuerdo”, según lo interpretado por él. Ello reflejó mayor **autenticidad y pensamiento reflexivo**.

Adicionalmente, mostró una comprensión más profunda y reflexiva del enfoque de género, reconociendo no solo la relevancia, sino también la complejidad que reviste su incorporación en contextos institucionales. Sus respuestas pueden sugerir que toma en cuenta las limitaciones estructurales y sesgos profesionales, así como la disposición y apertura para la formación continua.

3.5. Discusión

En la Tabla 10, se presenta un cuadro comparativo, que permitirá apreciar el nivel de incorporación/ apropiación de la perspectiva de género en cada uno(a) los(as) participantes.

Tabla 10. Nivel de incorporación o de apropiación de la PEG por parte de cada profesional

Participante (Código)	Nivel	Características
A001	Aceptación superficial	Alta deseabilidad institucional, políticamente correcto, sin discriminación conceptual.
A002	Aceptación superficial	Alta deseabilidad institucional, políticamente correcto, disposición positiva pero limitada autocrítica.
A003	Internalización reflexiva	Pensamiento crítico-reflexivo, ética profesional respecto al género, conciencia y relevancia.

Fuente: Elaboración propia.

Asimismo, a continuación, puede verse en la Tabla 11, que en las tres personas que respondieron a la escala tipo Likert, en general, con respecto a sus creencias y actitudes, así como sobre su práctica profesional, mostraron un valor homogéneo y una tendencia uniforme, dirigida hacia el acuerdo total con los principios postulados por la perspectiva de género y, presuntamente reflejados en su práctica profesional.

Tabla 11. Puntaje general obtenido por los tres Respondientes a la Escala

Dimensión	Promedio general
Creencias y actitudes	4.93
Práctica profesional	4.83

Fuente: Elaboración propia.

A pesar de ello, dicha puntuación da cuenta de la conveniencia de mantener apego al discurso institucional, mostrando además la presencia del sesgo de **aquiescencia** por **deseabilidad social**. Esto pone de manifiesto la necesidad de incorporar una evaluación continua y que estas se vinculen con procesos de observación, supervisión clínica y análisis de casos, a efecto de obtener una visión más realista de la práctica profesional y la incorporación de la perspectiva de género.

3.6. Orientación del diagnóstico

A continuación, se presenta el árbol de problemas que se elaboró, a fin de visualizar causas y efectos principales en la atención psicológica con perspectiva de género que recibe el estudiantado dentro de CU UAEMéx.

Se identificaron causas, factores socioculturales como estigmatización por el uso de servicios psicológicos, antecedentes familiares, donde existe una normalización de la violencia (roles, estereotipos y prejuicios).

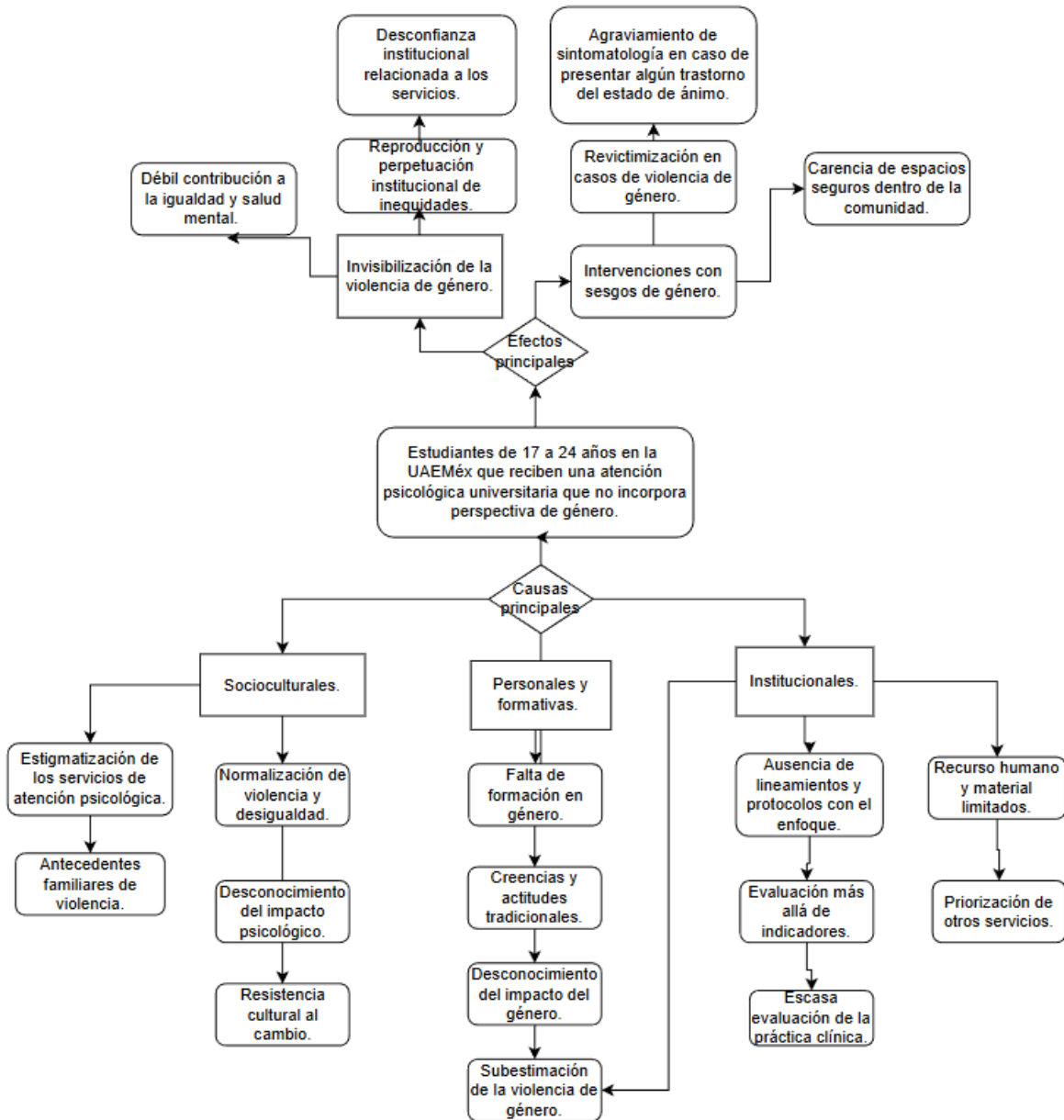
Por otra parte, a nivel personal o formativas, como la limitada profesionalización de formación del personal clínico universitario, particularmente en temas de género y diversidad sexogenérica. Además, a nivel institucional la priorización de otros servicios, la subestimación institucional del impacto psicológico de la violencia de género en el ámbito académico, así como los recursos humanos y materiales que se requieren para mejorar los servicios de salud mental universitarios.

A través del árbol se identificaron distintas causas socioculturales, personales, formativas e inclusive institucionales, que afectan de manera directa o indirecta a la comunidad estudiantil, desde la atención psicológica que se recibe dentro de la universidad.

Se registró la falta de protocolos o lineamientos claros para la atención psicológica (además de un plan de trabajo interno, no formalizado), lo que provoca la inexistencia de claros procesos para la atención, canalización, contención e, inclusive, la respectiva confidencialidad.

Otro problema que se pone de manifiesto es que el personal trabaja de manera heterogénea, nutrida por una diversidad teórica y quizá ampliando el riesgo de caer en la revictimización, el agravamiento de síntomas y la eventual desconfianza institucional.

Figura 8. Árbol de problemas



Fuente: Elaboración propia a través de entrevistas realizadas en la CU UAÉM, del 29 al 30 de septiembre de 2025.

La carencia de evaluaciones conlleva a que no exista una ponderación de la calidad con la que se otorga este tipo de atención al estudiantado, lo que evita identificar algún sesgo o carencia formativa. Por ende, este trabajo busca aportar una

propuesta de mejora que permita ayudar a los actores involucrados de manera directa e indirecta para aportar mayor valor institucional a este tipo de atención que recientemente ha surgido en la UAEMéx.

A continuación, se presenta la matriz de actores involucrados, sus posibles focos de interés, necesidades y problemas percibidos.

Tabla 12. Matriz de actores involucrados

Grupos	Intereses	Necesidades	Problemas percibidos
Estudiantes de 17 a 24 años, nivel licenciatura.	Acceso a servicios de atención psicológica, apoyo emocional.	Apoyo emocional, orientación académica y profesional.	Violencia, estrés académico, ansiedad, depresión, problemas interpersonales.
Profesionales de salud mental	Proporcionar servicios de atención psicológica, apoyo emocional.	Recursos, capacitaciones y talleres para abordar problemas de salud mental.	Falta de recursos, capacitaciones y talleres para abordar temas de salud mental.
Institución: UAEMéx (Incluyendo cualquier espacio académico que pueda inferir).	Formar profesionales, investigación y creación de conocimiento, mejora continua y calidad educativa.	Atención de demandas del estudiantado, actualización de marco legal, modernización de infraestructura cultural.	Estudiantes que viven ansiedad o estrés académico, situaciones de violencia, necesidades y limitaciones para el cambio.

Fuente: Elaboración propia.

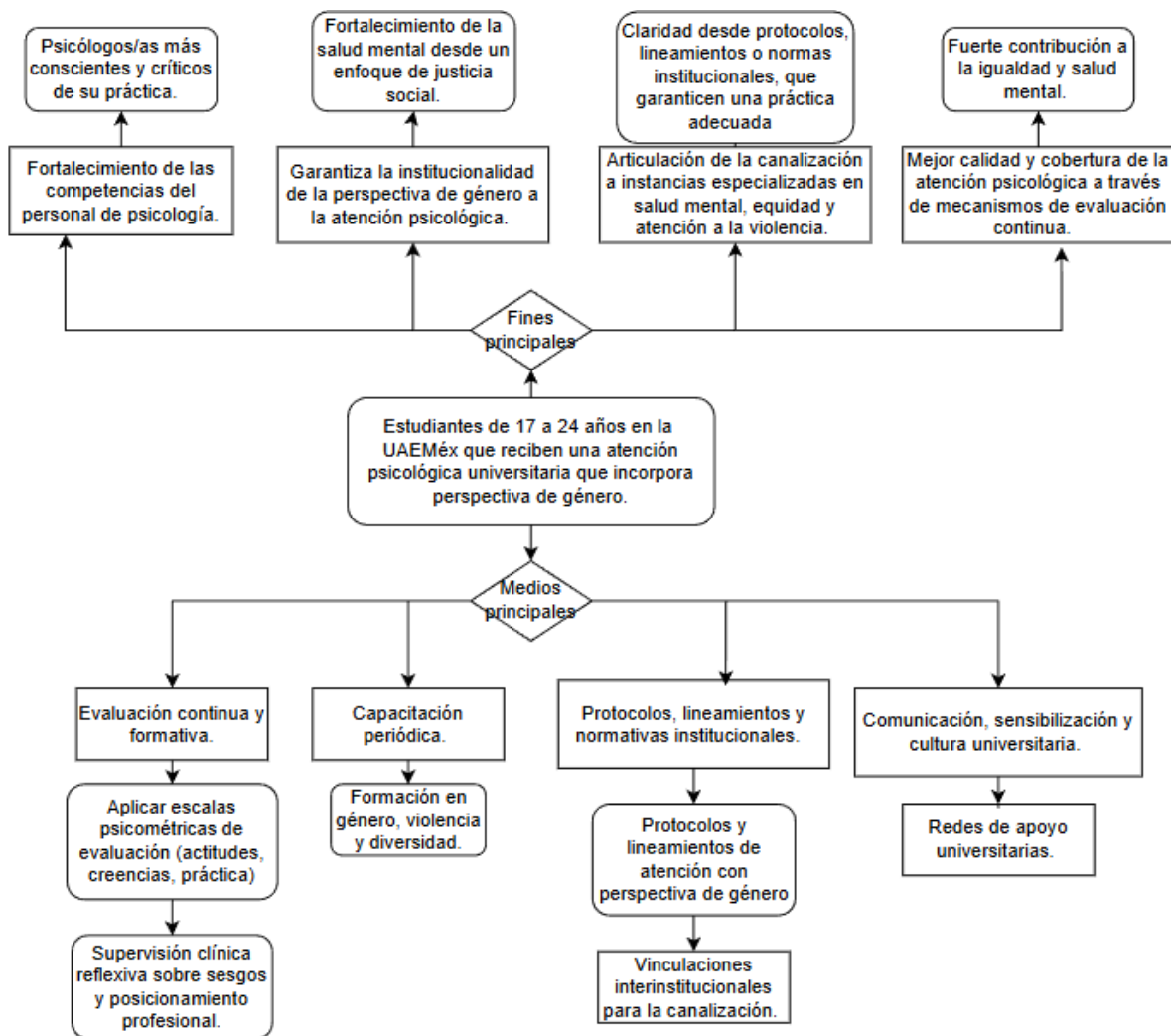
4. PROPUESTA

La propuesta que enseguida se desarrolla tiene como fundamento los resultados del diagnóstico y está orientada a incorporar la perspectiva de género en la atención psicológica que recibe el estudiantado. Con este enfoque, se formuló un árbol de soluciones con la finalidad identificar los principales medios y fines que podrían atender la problemática.

Con relación a los medios, se plantean acciones relevantes para mejorar la atención por parte del personal de psicología (al aplicar protocolos, lineamientos y herramientas sensibles al género se detectan y abordan factores estructurales que generan malestar clínicamente significativo), vinculación con estancias especializadas (de acuerdo a las necesidades del estudiantado y recursos), evaluación continua y formativa (como la escala creada dentro de este proyecto que mide creencias, actitudes y práctica profesional, nos permite encontrar áreas de mejora) y capacitación periódica en género, diversidades y violencias para profesionales de salud mental universitarios/as (Formación continua y especializada).

Por su parte, los fines principales bordan el fortalecimiento del personal de psicología, desde un enfoque de género para abordar las desigualdades y discriminaciones que enfrentan no solo las mujeres y hombres, sino también otras poblaciones, la articulación de la canalización a servicios o instancias adecuadas, derivado de necesidades específicas del estudiantado se busca una atención especializada, conocer los recursos disponibles, reducción de la carga de trabajo, mejora la colaboración o trabajo multidisciplinar. Además, una mejora de calidad y atención a través de mecanismos de evaluación continua, desde la satisfacción del usuario, monitoreo de resultados, evaluación de la práctica clínica, capacitación, desarrollo y posterior retroalimentación se puede mejorar no solo la calidad de la atención, el propio perfil del personal de psicología, si no que ubica otras áreas de oportunidad y puede sostenerse en el tiempo ya que permite estar en constante evaluación y actualización.

Figura 9. Árbol de soluciones



Fuente: Elaboración propia a través de entrevistas realizadas en la CU UAEM, del 29 al 30 de septiembre de 2025.

Desde el árbol de soluciones se toma formalmente y justifica la propuesta a utilizar, desde medios principales, en este caso “evaluación continua y formativa” y las “vinculaciones interinstitucionales para la canalización” buscando tener como fines principales una atención que incorpore perspectiva de género, fortalezca las competencias del personal de psicología, y que le permita derivar la atención a estudiantes con necesidades específicas a instancias especializadas o idóneas.

Desde esta perspectiva, es más sencillo concentrarse en un servicio de psicoterapia breve, que canalice casos correspondientes o con necesidades que rebasan lo estructurado, a instancias especializadas que brinden una mejor respuesta y pueda apoyarse al estudiantado.

4.1. Propuesta de guía institucional para el fortalecimiento de los servicios de atención psicológica en CU incorporando la perspectiva de género

La propuesta de guía tiene el propósito de consolidar y acentuar la atención y canalización a estancias pertinentes. Busca la mejora del servicio, caracterizándolo como una atención breve y, de requerirse, el estudiantado sea referido oportunamente a instancias especializadas que puedan abordar las necesidades del estudiantado de manera integral.

De acuerdo con el estatuto universitario en su artículo 27 (UAEMéx, 2017), los estudiantes tienen derecho a “recibir orientación relacionada con la organización y funcionamiento de la Universidad”. En el contexto de la prevención y atención de salud mental, debería existir transparencia para acceder a sus protocolos, reglamentos, planes de trabajo e inclusive el propio enfoque teórico de los psicólogos. Inclusive las instancias a los que ellos pueden ser canalizados para la obtención de un servicio más especializado que pueda atender su demanda/ necesidad.

Como resultado, la guía de atención psicológica busca promover servicios integrales al estudiantado, observando que no existen protocolos, lineamientos y vinculación más allá de su seguro social (en la mayoría de los casos IMSS), al menos de acuerdo con las entrevistas a profundidad realizadas.

4.1.1. Objetivos de la guía

4.1.1.1. *Objetivo general*

Fortalecer desde un modelo de evaluación continua y vinculación institucional (canalización), la eficacia de la atención psicológica dentro de la Universidad Autónoma del Estado de México en CU, buscando reforzar una práctica ética, equitativa, reflexiva, y con perspectiva de género.

4.1.1.2. *Objetivos específicos*

- Crear e implementar un sistema de evaluación al personal de psicología, que además de ser replicable, analice las creencias, actitudes y práctica profesional.
- Estructurar una guía con mecanismos de canalización con instancias de salud mental, justicia y de derechos humanos.
- Alinear los servicios de atención con marcos normativos institucionales y nacionales sobre equidad de género y derechos humanos (justicia social).
- Promoción de mejora continua y profesionalización de servicios institucionales.

4.1.2. Población destinada y perfil del profesional.

Entendiendo que la guía es dirigida a las y los profesionales de psicología que ofrecen sus servicios en los consultorios universitarios, quienes son responsables de la atención directa de los casos, y que bajo su criterio se utilizará en casos que excedan las posibilidades del servicio, o se comprendan necesidades diferentes a las que ofrece el servicio. Asimismo, que existen instituciones del sector público en las que se puedan cubrir las necesidades de manera especializada por lo que es necesaria que facilite los escenarios de canalización.

Es necesario señalar actores implicados en el proceso de atención y en la implementación de esta propuesta, teniendo en consideración sus perfiles y funciones específicas dentro del proceso.

Tabla 13. Matriz de actores involucrados

Actores	Perfil	Función
Psicólogas/os universitarios.	Integrantes del servicio de atención psicológica que brindan atención a nivel superior.	Participar en procesos de evaluación continua, fomentando pensamiento crítico-reflexivo y canalizando.
Coordinadoras/es de los servicios de atención.	Supervisor de la atención y procesos institucionales.	Implementador de acciones de evaluación continua y demás mejoras.
Autoridades académicas.	Directora/or, subdirección, etc.	Respaldan procesos de evaluación y canalización.
Estancias de vinculación.	Instancias colaboradoras externas.	Reciben o co-atienden los casos canalizados.

Fuente: Elaboración propia.

Derivado de la tabla de actores, entendemos que deben cumplir con ciertos roles y responsabilidades, como se detallan en las funciones; sin embargo, no puede ser un proceso informal, este proceso debe incluir cartas de presentación y aceptación, teniendo la implicación de ambas instancias, formalizado el proceso de manera exitosa.

4.1.3. Procedimiento

Instrucciones de la guía institucional (paso a paso).

1. Planeación

- Requisitos previos, aplicación de entrevista inicial y pruebas correspondientes a la sintomatología/ tipo de caso.

- Identificar el tipo de caso y si este tiene necesidades diferentes a las que puede ofrecer el servicio de atención psicológica de la universidad.
- Documentación necesaria, de ser el caso y se necesite un servicio más especializado, recopilar los datos para la creación de carta de presentación.

2. Formalización

- Emisión de carta de presentación y entrega de esta a la instancia pertinente.
- Aceptación y creación de carta de aceptación (por parte de la institución receptora), formalizando el vínculo inter-instituciones.
- Establecer las responsabilidades del estudiante desde la asistencia y comportamiento, además de las responsabilidades de la institución de origen y receptora.
- Establecer y esclarecer el periodo y duración del vínculo.

1. Ejecución

- Registro de avances o bitácora de actividades (donde se confirme que asiste y el servicio que está recibiendo).
- Supervisión o tutoría académica (que se cumplan con las responsabilidades de todas las partes estudiante, institución de origen e institución referida).

3. Evaluación y cierre

- Entrega de constancias y/o liberaciones.
- Informe final que integre los resultados alcanzados.

4.1.4. Selección de instancias para canalizar casos según su naturaleza

A continuación, se muestra una tabla de instancias a distintos niveles (municipal, federal, estatal, nacional) que busca tener mayor claridad para canalizar casos según su naturaleza (violencia de género, salud mental y adicciones, derechos humanos, vulnerabilidad social, entre otros). La selección de instancias se encuentra estructurada en 4 puntos: 1) institución; 2) nivel; 3) función y, 4) contacto.

Tabla 14. Atención y protección en casos de violencia de género.

Institución	Nivel	Función	Contacto
Secretaría de las Mujeres del Estado de México (SEMUJERES)	Estatal	Política pública en igualdad y prevención de violencia	Centros Naranja y atención itinerante. Línea Sin Violencia 800-108-4053. Centros Naranjas Portal Ciudadano del Gobierno del Estado de México Contesta una persona
Instituto de Salud del Estado de México (ISEM)	Estatal	Prevención y atención de violencia familiar y sexual contra las mujeres, Planificación familiar. (Jurídico)	722 226 25 00, ext. 74236 http://salud.edomex.gob.mx/istem/ El primer contacto es con una grabadora, tienes que marcar la extensión.
Fiscalía General de Justicia del Estado de México (FGJEM)	Estatal	Atención a mujeres en situación de violencia (asesoría psicológica, jurídica, médica, gestión de vivienda, Centros especializados de atención 7 Fiscalías especializadas en Femicidios, Investigación de Personas Desaparecidas, No servicios de anticoncepción para víctimas de abuso sexual, capacitación en oficios, entre otras).	722 226 16 00 http://fgjem.edomex.gob.mx Contesta una grabadora. Hay que esperar para tener atención personalizada.
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de México (CEAVEM)	Estatal	Atención médica, jurídica, psicológica y trabajo social a víctimas de algún delito.	722 275 8664 http://ceavem.edomex.gob.mx/ Contesta una grabadora. Hay que marcar la extensión, o esperar para tener atención personalizada.
Centro de Justicia para las Mujeres en Toluca (CJEM)	Estatal	Atención integral a mujeres víctimas de violencia de género.	Correo: liliarizmendi@live.com.mx Lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas. https://liberas.balancemx.org/org/anizacion/centro-de-justicia-para-las-mujeres-toluca/
Línea para Mujeres en Situación de Violencia	Estatal	Atención psicológica, jurídica y canalización inmediata.	800 108 4053 abierta las 24 horas, los 365 días del año. El primer contacto es una persona.
Línea de Apoyo para hombres	Estatal	Atención psicológica, jurídica y canalización inmediata.	800 900 43 21 El primer contacto es una persona.

Fuente: Elaboración propia con información pública recuperada del Gobierno de México (s.f.); Instituto de Salud del Estado de México (2025); Fiscalía General de Justicia del Estado de México (2024); Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de México (2024); LIBERAS, (2023); Secretaría de las Mujeres (2024) y Secretaría de Movilidad (2024).

Tabla 15. Salud mental y adicciones.

Institución	Nivel	Función	Contacto
Centro Especializado en Prevención y Rehabilitación a las Adicciones (CEPRA)	Estatad	servicio especializado que combina la atención multidisciplinaria, integral y residencial para personas con trastorno por uso de sustancias.	Correo electrónico: cepra@edomex.gob.mx 722 935 5749 Centro Especializado en Prevención y Rehabilitación a las Adicciones (CEPRA) Instituto Mexiquense de Salud Mental y Adicciones
Instituto Mexiquense de la Juventud (IMEJ)	Estatad	Asesoramiento legal a jóvenes, Orientación sobre prevención de adicciones, salud reproductiva y sexual, Prevención de jóvenes en situación de calle, Atención psicológica telefónica, Primaria y Secundaria para personas jóvenes y adultas.	722 212 9718 https://imej.edomex.gob.mx/
Instituto Mexiquense de Salud Mental y Adicciones (IMSAMA)	Estatad	Entrevistas para derivar a usuarios de sustancias adictivas a servicios de tratamiento, Tratamientos subrogados para usuarios de estas sustancias y sus familias.	722 689 3135 ext. 300 El primer contacto es una operadora, al marcar la extensión te atiende una persona. https://imsama.edomex.gob.mx/
Centros de Integración Juvenil (CIJ)	Estatad	Prevención, tratamiento y rehabilitación de adicciones.	722 213 0378 CIJ 3.0 v3 Contesta una persona.

Fuente: Elaboración propia con información pública recuperada del Instituto Mexiquense de Salud Mental y Adicciones (2024^a); Instituto Mexiquense de la Juventud (2023); Instituto Mexiquense de Salud Mental y Adicciones (2024b); Centros de Integración Juvenil (2024).

Tabla 16. Derechos humanos y atención social

Institución	Nivel	Función	Contacto
Comisión de Derechos Humanos del Estado de México (CODHEM)	Estatal	Derechos humanos, Asesoría, recepción y trámite de quejas por actos u omisiones administrativos, Subproyectos de atención a indígenas, migrantes , víctimas y del pueblo delito, comunicadores sociales, supervisión al sistema penitenciario.	(01722) 236 05 60 https://www.codhem.org.mx/ Contesta una grabadora. Hay que esperar.
Consejo Estatal para el Desarrollo Integral de los Pueblos Indígenas del Estado de México (CEDIPIEM)	Estatal	Jornadas multidisciplinarias para acercar trámites y servicios a población indígena.	722 213 5895 http://cedipiem.edomex.gob.mx Contesta una operadora

Fuente: Elaboración propia con información recuperada de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México (CODHEM) (2025) y Consejo Estatal para el Desarrollo Integral de los Pueblos Indígenas del Estado de México (CEDIPIEM) (2024).

Tabla 17. Otros de salud mental, líneas y organizaciones civiles

Institución	Nivel	Función	Contacto
Comisión de Derechos Humanos del Estado de México (CODHEM)	Estatad	Derechos humanos, Asesoría, recepción y trámite de quejas por actos u omisiones administrativos, Subproyectos de atención a indígenas, migrantes , víctimas y del pueblo delito, comunicadores sociales, supervisión al sistema penitenciario.	722 236 0560 http://codhem.org.mx/ Contesta una operadora.
Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIFEM y DIF)	Estatad/ municipal	Protección social, familiar y de infancia. Psicología, trabajo social, asesoría jurídica y programas de apoyo	722 226 1170 DIF TOLUCA Contesta una operadora. Hay que esperar o conocer el número de extensión.
UNAM, Acción Migrante	Intern.	Líneas de acciones de contención, orientación y apoyo a personas migrantes.	555 622 3668 Lunes a viernes de 9:30 a 3:00 pm y 4:00 pm a 6:00 pm https://accionmigrante.unam.mx/ Contesta una persona.
Línea de la Vida	Nacional	Prevención del suicidio, brinda apoyo emocional y un tratamiento adecuado a las personas que padecen depresión.	800 911 2000 Contesta una persona.
Línea nacional de diversidad segura	Nacional	El Consejo Ciudadano ofrece apoyo psicológico y jurídico a la comunidad LGBTTTT+ en toda la república. Dará atención psicológica, prevención del suicidio, terapias a distancia, orientación jurídica ante discriminación o trámites legales.	800 000 5428 https://consejociudadanomx.org/ Contesta una persona.
CENSIDA	Nacional	La Secretaría de Salud a través del CENSIDA brinda asesoría psicológica gratuita vía telefónica para problemáticas relacionadas con el VIH y enfermedades de transmisión sexual.	55 1946 9772 Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida Gobierno gob.mx Contesta una operadora.

Red Nacional de Refugios (RNR)	Nacional	Alojamiento seguro para mujeres e hijos/as víctimas de violencia.	800 822 44 60 Red Nacional de Refugios Contesta una operadora.
--------------------------------	----------	---	---

Fuente: Elaboración propia con información recuperada de Comisión de Derechos Humanos del Estado de México (CODHEM) (2025); Sistema Municipal DIF Toluca (s.f.); Universidad Autónoma de México (UNAM) (2025); Gobierno de México (s.f.); Consejo Ciudadano para la Seguridad y Justicia de la Ciudad de México (s.f.); Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA y Hepatitis (CENSIDA) (s.f.) y Red Nacional de Refugios (2020).

Resaltando la relevancia de contar con instituciones de vinculación interinstitucional, para todo tipo de problemáticas, se entiende que el servicio que brinda la universidad es en gran medida un paliativo para las situaciones que pueda vivir el estudiantado. Ya que, además de recibir una gran cantidad de casos donde el aforo de las consultas derivado del recurso humano es limitado, no existe una especialización idónea en casos específicos para su tratamiento, esta guía es un complemento, fortaleciendo el uso de herramientas sustanciales que permitan al personal de psicología encontrar instituciones capaces de recibir casos puntuales y más adaptables a las necesidades que presenta el estudiantado.

La Guía de atención psicológica breve y canalización idónea con perspectiva de género para psicólogos o psicólogas que atienden a población estudiantil de la UAEMéx, que incluye cada una de sus fases y acciones se puede consultar en el Anexo 5.

4.2. Estrategias y medios para la aplicación periódica de evaluaciones

Una propuesta complementaria a la guía de atención psicológica breve y canalización idónea es la aplicación periódica de mecanismos de evaluación. La evaluación continua del estado de atención psicológica dentro de la universidad es clave para la mejora institucional y profesional del personal de psicología. Para ello, se requiere de instrumentos capaces de validar conocimientos, creencias, actitudes y práctica profesional del personal y hacer visible su evolución a través del tiempo.

Derivado de la fase diagnóstica, donde también se puso a prueba un modelo de evaluación, es necesario distinguir una serie de elementos que permitirán hacer efectivo un posible seguimiento de los servicios de atención psicológica.

A. Replicación

- La escala de creencias, actitudes y práctica profesional utilizadas en el proyecto actual puede ser replicable para observar no solo la evolución individual, sino también institucional, ligado a una retroalimentación conjunta del equipo de salud mental.

B. Supervisión clínica con enfoque reflexivo

- El personal de psicología ya tiene reuniones periódicas para el análisis de casos; sin embargo, la estrategia se debe encaminar a identificar dilemas éticos, sesgos o, inclusive, a evitar que, de manera involuntaria, se consienta revictimización al estudiantado.
- Implementación de registros de la práctica, donde cada profesional anote observaciones, aprendizajes y emociones.

C. Evaluación institucional y de procesos

Rubrica de desempeño institucional, centrado en la perspectiva de género, que evalúe procesos éticos, técnicos y actitudinales (tipo check list).

- Uso de lenguaje incluyente.
- Reconocimiento de violencia estructural.
- Trato digno y confidencialidad.
- Derivación adecuada según nivel de riesgo.

Establecer registros semestrales de lo que puede indicarnos el servicio.

- N. Casos atendidos
- Canalizaciones
- Reincidencias
- Tiempos de espera

D. Capacitación y retroalimentación formativa.

- Crear espacios para la retroalimentación colectiva del equipo de atención psicológica, donde los resultados sean evaluados y tengan como finalidad actualizar y sensibilizar al equipo.
- Vincular hallazgos con la formación continua, ejemplo, hallazgo de la investigación es que una problemática emergente en jóvenes universitarios es el consumo de sustancias, esto debería ser complementado con lecturas, talleres o seminarios.
- Evaluar el impacto de sus capacitaciones con un instrumento pre y post.

La integración de mecanismos de evaluación constituye una estrategia fundamental, que debería ser el siguiente paso en la formalización de procesos institucionales de atención psicológica del estudiantado. Es necesario recalcar que en un servicio que no es nuevo, que lleva una trayectoria de siete años y que, en medio de su consolidación, le urge perfeccionar criterios para garantizar una atención de calidad. La formalización de estos procesos ratificará que la evaluación no es un simple trámite o una práctica aislada, sino que se convierte en un componente replicable, actualizable y sosteniéndose en el tiempo.

De esta forma, la atención psicológica del estudiantado alcanzará estándares más altos, y se consolidará como un referente en el ejercicio profesional y en el ámbito universitario.

4.2.1. Escala

La escala diseñada y aplicada durante la fase diagnóstica cumple un rol central en la investigación al ser un instrumento que nos permite evaluar de manera sistemática las creencias, actitudes y práctica profesional de las psicólogas/os que brinda atención al estudiantado dentro de la Universidad Autónoma del Estado de México en Ciudad Universitaria.

El desarrollo, ajuste y validación de la escala se justifica con nuestra necesidad de contar con un instrumento contextualizado y sensible al género, de esta manera lograr identificar como integran o no la perspectiva de género, las fases de conformación de la escala se pueden observar en los anexos 2 y 3 en donde se presenta la escala de manera preliminar y en su fase final.

Es importante porque nos permite operacionalizar constructos complejos como la perspectiva de género, actitudes, creencias y lineamientos éticos, desde la normatividad desde un enfoque humano. Derivado de esto, es posible identificar algunos pensamientos y comportamientos de los profesionales del área de psicología, así también como algún sesgo, ya sea explícito o implícito dentro de la atención que brindan.

Además, esta escala que funge como una herramienta, tiene un valor más allá de solo este proyecto, ya que aplica un valor al campo de la metodología, de igual forma a la psicología y al género, podría tener la condición para utilizarse como complemento en evaluaciones de la propia universidad, procesos de formación o programas de mejora de los servicios. De este modo no se queda como un simple instrumento, sino que puede ser un medio (evaluación continua) para un fin (profesionalización), fortaleciendo no solo desde la institucionalización, ya que suma a una cultura organizacional socialmente más responsable y comprometida con la equidad.

CONCLUSIONES

La propuesta presentada está orientada a fortalecer los servicios de atención psicológica en el ámbito universitario, mediante la incorporación de la perspectiva de género como eje transversal de la atención que recibe el estudiantado.

A lo largo de este proyecto terminal se ha delineado mecanismos clave, fundamentales para cumplir con el objeto de una mejor atención: formalización de procesos institucionales, integración de evaluaciones continuas, capacitación al personal y la vinculación con instancias externas para un mejor seguimiento. Todo ello, con sustento en las actividades, funciones y responsabilidades de cada actor estratégico.

Derivado de la metodología mixta, cualitativa y cuantitativa, que se implementó a través del diagnóstico institucional, se hace evidente el nivel de incorporación de la perspectiva de género en los servicios de atención psicológica universitaria, identificando los avances, oportunidades/áreas de mejora para fortalecer el servicio dentro de la UAEMéx.

Desde el análisis de la escala (creencias, actitudes y práctica profesional), se identificó una tendencia general a responder con total aceptación hacia la propia perspectiva de género, evidenciando la importancia del tema por parte de la institución, sin embargo, se encontraron cabe en estas respuestas identificar sesgos de aquiescencia y deseabilidad social/institucional. Este tipo de respuestas indican que, si bien existe cierta adhesión a la perspectiva de género, esta aceptación puede ser más política-institucionalmente correcta, más que una atribución crítica reflexiva dentro de su práctica profesional.

Por otra parte, el análisis de las entrevistas permitió profundizar en las dinámicas del servicio y psicólogas/os, desde las categorías teóricas de estrategia terapéutica, profesionalización, lineamientos estructurales, tipos de casos y perspectiva de

género. Quedó demostrada la aceptación y relevancia de la perspectiva de género, además, de la necesidad de institucionalizar procesos, desde la formación profesional a la que puede acceder el personal, protocolos, lineamientos y/o políticas sensibles al género. Pese a la voluntad de incorporar esta visión más humanista, las limitaciones estructurales, como la carencia de una evaluación continua, formación periódica y protocolos establecidos frenan esta adhesión.

Contrastando ambos análisis se identificó la relevancia de formalización de procesos institucionales, desde la propia profesionalización con enfoque de género, la importancia de instrumentos que permitan determinar algún tipo de sesgo o área de oportunidad para traducir el discurso institucional en un fundamento positivo.

Derivado de los análisis, se identificó que cada profesional adapta su trabajo a su criterio personal y a su enfoque teórico. Además, al no tener un protocolo o lineamiento institucional a seguir, más allá de un plan desarrollado personalmente, sin algún autor en particular o enfoque teórico, da pauta a interpretar que, en oposición a los resultados de las escalas aplicadas, no existe accionar común de la práctica profesional a un modelo teórico en específico.

Pese a que existe voluntad para la aplicación de la perspectiva de género, es difícil observar que se lleve a la *praxis*. Más allá de estar teóricamente de acuerdo con los postulados de la escala, la informalidad del ejercicio terapéutico hace que la adhesión de la misma sea limitada. Sumando a esto, las 14 sesiones en promedio que se le brindan al estudiantado, donde el proceso puede truncarse antes de lo previsto y los tiempos de espera pueden ser pronunciados, no existen condiciones para hacer sostenible el servicio.

Por estas razones, evidenciadas abundantemente durante el diagnóstico, debería considerarse que los servicios de atención dentro de la universidad habrían de limitarse a una psicoterapia breve, contención emocional y canalización adecuada, ya sea dentro de la misma universidad (CESPI, CMSUAEMéx), seguro social u otros

servicios a los que puede acceder el estudiantado, ya sea municipal, federal, estatal o nacional, que puedan cubrir sus necesidades o demandas particulares.

Asimismo, el recurso humano es limitado, el perfil de los profesionales es general, contando con algunos cursos y capacitaciones, y con solo un posgrado, además de no contar perfil psiquiátrico; en suma, restringe el tratamiento integral de la salud mental, al menos a nivel facultativo. Si institucionalmente se aspirara a brindarla atención psicológica completa e integral, se deberá formalizar más de un proceso, capacitar y formar académicamente al personal de psicología, entre otros aspectos.

El desafío se vuelve mayúsculo al valorar la capacitación del personal. Existe capacitación que puede ser a través de los propios integrantes del área de salud mental, sin embargo, carece de formalidad. Concurren brechas formativas, ya que mayormente los cursos o capacitaciones a las que pueden acceder son de índole personal, no planificadas por la institución y, en general, gestionadas personalmente. Además, en la cultura institucional, donde se carece de incentivos a los profesionales que participan continuamente en actividades formativas, es un punto de inflexión, ya que fuera de su ética profesional y/o aspiraciones personales no existe un elemento dentro de la institución que pueda permear en ellos para mejorar la calidad de la atención que ofrecen.

Como consecuencia, la implementación de la perspectiva de género, el tema transversal que ocupa a este proyecto, se ve limitada. Se entiende que es una temática esencial, en tendencia, que ha permeado los últimos años a muchos niveles, era cuestión de tiempo para que se empezara a puntualizar en una herramienta como lo es la psicoterapia.

Derivado de esta incorporación a la atención psicológica, cobra importancia cuestionar roles y estereotipos, como se observa desde el marco conceptual, ya que configuran una sintomatología clínicamente significativa; también, no entender desigualdades o la interseccionalidad de vivir más de una desigualdad a la vez,

sería ignorar la ética y contextualización actual, ya que son situaciones que aquejan al estudiantado, y que la mayoría de las veces es inconsciente de lo que está viviendo. En la práctica, el personal de psicología tiene la responsabilidad de hacerlos conscientes y buscar su motor hacia un estado de bienestar.

De no comprender estas circunstancias no se entendería de manera adecuada el fenómeno que aqueja al estudiantado, resultando en diagnósticos incompletos o inclusive sesgados, patologizando a un individuo por su conducta, sin entender que esta puede ser producida a través de sus responsabilidades impuestas socialmente.

Desde la misma estructura universitaria, la carencia de políticas institucionales que apoyen su formación, lineamientos y protocolos evidencian no solo una desigualdad o una barrera a acceder a estas condiciones, sino la jerarquía institucional, donde se priorizan otros servicios, pasando a un segundo término la salud mental. Pese a que los casos se presentan con una mayor prevalencia en mujeres, ya sea desde trastornos del estado de ánimo (estrés, depresión y ansiedad), problemas familiares, ideación suicida y consumo de sustancias, son más vulnerables a sufrir violencia, y se ocupan roles y estereotipos sociales que las encasillan, que pueden provocar una sintomatología clínicamente significativa.

La universidad tiene como interés principal la formación de profesionales y reproducción de conocimiento, sin embargo, la propia institución es un espacio de construcción de identidades, de cultura, de tradiciones que perduran en el tiempo. La universidad no es neutra, es atravesada por sistemas de desigualdad, por lo tanto, debe emplear estrategias o mecanismos que busquen la igualdad, la equidad y justicia social. Este trabajo comprende que el servicio de atención psicológica es una herramienta de transformación, siempre y cuando este ofrezca a la comunidad estudiantil una atención psicológica contextualizada, ética e integradora de una perspectiva de género (entendiendo los diferentes ejes de desigualdad, roles y estereotipos).

Existe un claro dilema institucional, desde la parte de necesidades y los recursos limitados, no solo el equipo está dentro de esta situación, sino que la misma cultura universitaria tampoco está preparada, dificultando la prevención y tratamiento para poblaciones con poca demanda y sigue perpetuando la desigualdad. La universidad por obvias razones valora más la formación docente-administrativa que las competencias clínicas. Aquí se ubican áreas de oportunidad para el fortalecimiento institucional, específicamente del equipo de atención psicológica, desde la parte institucional se debe viabilizar que invertir en la formación del personal de psicología no es algo opcional, sino que debería verse como un mecanismo de calidad y una obligación ética que reitera su compromiso con la misma comunidad estudiantil, ya que enfrentaría problemáticas ya identificadas (violencia de género, ideación suicida, consumo de sustancias, entre otros).

Una de las formas de fortalecer esta psicología institucional es garantizar estudios estandarizados y gratuitos (para corregir desigualdad de oportunidades) y de carácter obligatorio (para la eliminación de discrepancias); por ejemplo, vincular capacitaciones de género y violencia con una evaluación de desempeño idónea. Con estos lineamientos la institución corta de tajo el círculo vicioso y garantiza un servicio de salud mental ético, con perspectiva de género, coherente y aterrizado a las realidades que viven quienes integran la comunidad universitaria.

Además, se requieren mecanismos de evaluación continua, capacitación formal y periódica, que brinden incorporación real de la perspectiva de género en los servicios de salud mental, fortaleciendo no solo procesos institucionales o la mejora de la propia atención, sino también al derecho a la atención psicológica. En este caso, la escala desarrollada en este proyecto, complementada con un enfoque cualitativo idóneo, puede ser un mecanismo replicable a futuro. Ya que la investigación pone en el centro, la relevancia de no desvincular los servicios de salud mental universitarios de contextos situados, de toda la carga sociocultural que impregna a la comunidad estudiantil, ya que estos configuran el malestar clínicamente significativo, especialmente en situaciones de desigualdad. Los

hallazgos confirman que la sintomatología, problemas subjetivos y dinámicas de violencia o desigualdad deben comprenderse como fenómenos atravesados no solo por dinámicas de poder, sino también por roles y estereotipos sociales (Scott, 2018; Rubin, 1975; Bacigalupe *et al.*, 2022).

Este trabajo, además de visibilizar la falta de formación especializada en género, identifica la ausencia de protocolos, lineamientos, vinculación interinstitucional y el seguimiento efectivo del estudiantado que acude a estos servicios, propone una guía para fortalecer los servicios de atención psicológica de la UAEMéx, incorporando la perspectiva de género durante todo el proceso.

Incorporar una atención psicológica con perspectiva de género implica reconocer el derecho de las mujeres a recibir servicios de salud mental que respeten su autonomía, dignidad y contexto. Asimismo, que dicha atención y servicios validen sus experiencias y que comprendan el impacto de las desigualdades estructurales y culturales en su bienestar emocional; que estén libres de los estereotipos y sesgos que históricamente se han limitado la calidad de la atención, para así contribuir de manera efectiva a su recuperación.

El primer paso para lograrlo está directamente relacionado con el o la terapeuta, quien deberá cuestionar sus propios sesgos e intentar adquirir conocimientos y habilidades para que en sus consultas esté presente la perspectiva de género (Vergara, 2018). El siguiente paso tiene que ver con visualizar y comprender la importancia del género en el ámbito clínico y abordarlo como un factor primordial en la intervención

Desde el marco universitario, al trabajar para cumplir estos objetivos no solo se vincula con aquello que recientemente se ha establecido en su base jurídica, sino que cumple con su compromiso ético de garantizar entornos educativos seguros y libres de violencia y discriminación. En términos institucionales, adoptar un enfoque de género representa una oportunidad estratégica para fortalecer la confianza y el

bienestar de la comunidad universitaria; prevenir y atender las situaciones de violencia; reducir la deserción escolar, asociada a problemáticas emocionales y trabajar para consolidar una cultura de paz basada en el respeto a los derechos humanos. Esto permitirá avanzar en la construcción de una universidad más inclusiva, ética y comprometida con la transformación social al integrar la perspectiva de género como un eje rector en sus políticas, servicios y programas.

En suma, la adopción de la perspectiva de género es una acción que no se debe postergar, ya que responde a una necesidad social, institucional y, sobre todo, humana. Esta propuesta busca fortalecer los servicios de salud mental en los espacios universitarios para ofrecer una atención más consciente y empática, donde se reconozca el papel transformador que tiene la universidad con la construcción de una comunidad académica más segura e incluyente.

Referencias

- Adorno, Theodor y Frenkel-Brunswik, Else (1950). *La personalidad autoritaria*. Harper.
- Fishbein, Martín y Ajzen, Icek (1975). *Creencias, actitudes, intenciones y conducta: Una introducción a la teoría y la investigación*. Addison-Wesley.
- Allport, Gordon (1935). Actitudes. En Carl, Murchison (Ed.), *Manual de psicología social* (pp. 798–844). Clark University Press.
- Argyle, Michael (10 de noviembre de 2025). Psicología social. Recuperado de: <https://www.britannica.com/science/social-psychology> [5 de noviembre de 2025].
- Asociación Americana de Psicología (APA) (2010). Principios éticos de los psicólogos y código de conducta. Recuperado de: https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/Codigo_APA.pdf [5 de noviembre de 2025].
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*. España: Editorial Médica Panamericana. Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/0Bwm2HQHfHsSYQ2x1MG1pRHINQVE/view?resourcekey=0-32-1m1PQiELP5IIRBtVaOA> [5 de noviembre de 2025].
- Bacigalupe, Amaia; González-Rábago, Yolanda y Jiménez-Carrillo, Marta (2022). Desigualdad de género y medicalización de la salud mental: factores socioculturales determinantes desde el análisis de percepciones expertas. *Atención Primaria*, 54(7). España: Elsevier. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102378> [5 de noviembre de 2025].
- Badinter, Elisabeth. (1993). *XY La identidad masculina*. Alianza Editorial.
- Beauvoir, Simone de. (1998). *El segundo sexo*. Cátedra.
- Beck, Aaron T., & Beck, Judith S. (2011). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Paidós.
- Berger, Peter y Luckmann, Thomas (1968). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu.
- Bonino, Luis (2004). Los Micromachismos. *Revista La Cibeles* (2). Ayuntamiento de Madrid. Recuperado de: <https://www.mpd.org/sites/default/files/micromachismos.pdf> [3 de noviembre de 2025].

- Borrell, Carme y Artazcoz, Lucía (2008). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 82(3). España: Ministerio de Sanidad. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000300001 [5 de noviembre de 2025].
- Bourdieu, Pierre. (2000). *La dominación masculina*. Anagrama.
- Brown, Laura S. (2018). *Feminist therapy*. American Psychological Association.
- Buquet, Ana (2011). Transversalización de la perspectiva de género en la educación superior. Problemas conceptuales y prácticos. *Perfiles educativos*, 33. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación. Recuperado de: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982011000500018 [5 de noviembre de 2025].
- Butler, Judith. (2007). *El género en disputa*. Paidós.
- Cala, María Jesús y Barberá, Ester (2009). Evolución de la Perspectiva de Género en Psicología. *Revista Mexicana de Psicología*, 26(1). México: Sociedad Mexicana de Psicología. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243016317009.pdf> [5 de noviembre de 2025]
- Calderón, Francisco y Yáñez, Pedro (2023). Salud Mental en Estudiantes Universitarios. *Ciencia Vital*, 1(1). México: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Recuperado de: <https://revistas.uacj.mx/ojs/index.php/cienciavital/article/view/6060/8234> [31 de octubre de 2025].
- Campas, María. (2022). Estrés y afrontamiento ante las clases virtuales en universitarios. *Diálogos sobre Educación* 17(2), México: Universidad de Guadalajara. Recuperado de: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-21712022000200301 [31 de octubre de 2025].
- Carrillo, Salvador y Ríos, Jesús (2014). Oferta de trabajo de los estudiantes de la Universidad de Guadalajara y de México. *Perfiles Educativos*, 36(144). México: UNAM. Recuperado de: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982014000200006
- Castañeda, Ileana (2007a). Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. *Revista Cubana Salud Pública* 3(2). Cuba: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200011&lng=es [31 de octubre de 2025].

- Castañeda, Marina (2007b). *El machismo invisible regresa*. Taurus.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA y Hepatitis (CENSIDA) (s.f.). *Inicio*. Recuperado de: <https://www.gob.mx/censida>
- Centros de Integración Juvenil (2024). *Programa Preventivo de CIJ*. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/cij/acciones-y-programas/programa-de-prevencion-117990> [5 de noviembre de 2025].
- Cerva, Daniel (2017). Desafíos para la institucionalización de la perspectiva de género en instituciones de educación superior en México. Una mirada a los contextos organizacionales. *Revista Punto Género*, 8. Chile: Universidad de Chile. Recuperado de: <https://doi.org/10.5354/2735-7473.2017.48399> [5 de noviembre de 2025].
- Cho, Sumi, Crenshaw, Kimberlé Williams, & McCall, Leslie. (2013). Toward a field of intersectionality studies: Theory, applications, and praxis. *Signs*, 38(4). Estados Unidos: The University of Chicago Press. Recuperado de: <https://www.jstor.org/stable/10.1086/669608>. [15 de octubre de 2025].
- Collins, Patricia Hill, & Bilge, Sirma. (2016). *Intersectionality*. Polity Press.
- Comisión de Derechos Humanos del Estado de México (CODHEM) (2025). *Inicio*. Recuperado: <https://www.codhem.org.mx/> [5 de noviembre de 2025].
- Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de México (2024). *Consejería Jurídica*. Recuperado de: <https://ceavem.edomex.gob.mx/> [5 de noviembre de 2025].
- Consejo Estatal para el Desarrollo Integral de los Pueblos Indígenas (2024). *Inicio*. Recuperado de: <https://cedipiem.edomex.gob.mx/> [5 de noviembre de 2025].
- Conway, Jill; Bourque, Susan y Scott, Joan (2018). El concepto de género. En Marta Lamas (Comp.), *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 41-52). UNAM/CIEG/Bonilla Artigas Editores.
- Crenshaw, Kimberlé Williams. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989 (1). Estados Unidos: Universidad de Chicago. Recuperado de: <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf> [15 de octubre de 2025].

Crenshaw, Kimberlé. (1993). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43 (6). Estados Unidos: Stanford Law Review. Recuperado de: <https://www.jstor.org/stable/1229039> [15 de octubre de 2025].

Creswell, John W., & Creswell, J. David. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5.ª ed.). Sage Publications.

Davis, Angela (2016). *Mujeres, raza y clase*. Akal.

Descarte, Rene (1994). *Meditaciones metafísicas. Las pasiones del alma*. Panamericana.

Edwards, Allen. (1957). *The Social Desirability Variable in Personality Assessment and Research*. Dryden Press.

Esteban, Mari (2011). *Crítica del pensamiento amoroso*. Ediciones Bellaterra.

Fiscalía General de Justicia del Estado de México (2024). *Inicio*. Recuperado de: <https://fgjem.edomex.gob.mx/> [5 de noviembre de 2025].

Frankl, Viktor E. (2004). *El hombre en busca de sentido*. Herder.

Freud, Sigmund. (1991). *Introducción al psicoanálisis*. Alianza Editorial.

Gilbert, Paul. (2010). *La mente compasiva*. Desclée de Brouwer.

Gobierno de México (2025) *Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030*. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/981072/PND_2025-2030_v250226_14.pdf [31 de octubre de 2025].

Gobierno de México (s.f.). *Línea de la Vida*. Recuperado de: <https://www.gob.mx/lineadelavida> [5 de noviembre de 2025].

Gobierno del Estado de México (2023) *Plan Estatal de Desarrollo del Estado de México 2023-2029*. Recuperado de: https://copladem.edomex.gob.mx/sites/copladem.edomex.gob.mx/files/files/pdf/Planes%20y%20programas/23-29/PDEM_2023-2029_DIGITAL.pdf [31 de octubre de 2025].

Gobierno del Estado de México (s.f.). *Centros Naranja*. Recuperado de: https://edomex.gob.mx/centros_naranjas [5 de noviembre de 2025].

- Gómez, Elsa (2002). Equidad, género y salud: retos para la acción. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5/6). Estados Unidos: Organización Panamericana de Salud. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/8729?locale-attribute=es> [4 de noviembre de 2025].
- González, Pilar (2010). Las mujeres con discapacidad y sus múltiples desigualdades; un colectivo todavía invisibilizado en los Estados latinoamericanos y en las agencias de cooperación internacional. XIV Encuentro de Latinoamericanistas Españoles. congreso internacional. España. Recuperado de: <https://shs.hal.science/halshs-00532647v1> [4 de noviembre de 2025].
- Hayes, Steven C., Strosahl, Kirk D., y Wilson, Kelly G. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso*. Paidós.
- Herman, Judith L. (2015). *Trauma y recuperación*. Kairós.
- Hernández, Roberto; Fernández Carlos y Baptista, Pilar (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill. Recuperado de: https://apps.utel.edu.mx/recursos/files/r161r/w24802w/Metodologia_de_investigacion_SAMPIERI.pdf [5 de noviembre de 2025].
- Husserl, Edmund (1985). *Meditaciones cartesianas*. FCE.
- Instituto de Salud del Estado de México (2025). *Inicio*. Recuperado de: <https://salud.edomex.gob.mx/isem/> [5 de noviembre de 2025].
- Instituto Mexiquense de la Juventud (2023). *Secretaría de Bienestar*. Recuperado de: <https://imej.edomex.gob.mx/> [5 de noviembre de 2025].
- Instituto Mexiquense de Salud Mental y Adicciones (2024a). *Centro Especializado en Prevención y Rehabilitación a las Adicciones (CEPRA)*. Recuperado de: <https://imsama.edomex.gob.mx/cepra> [5 de noviembre de 2025].
- Instituto Mexiquense de Salud Mental y Adicciones (2024b). *Inicio*. Recuperado de: <https://imsama.edomex.gob.mx/> [5 de noviembre de 2025].
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2021). *Violencia contra las mujeres en México*. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/tablerosestadisticos/vcmm/#General> [3 de junio de 2025].

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2023) *10 de octubre, Día Mundial de la Salud Mental*. Recuperado de: <https://www.insp.mx/avisos/10-de-octubre-dia-mundial-de-la-salud-mental> [28 de octubre de 2025].

James, Richard K., & Gilliland, Burl E. (2017). *Crisis intervention strategies*. Cengage Learning.

Kabat-Zinn, Jon. (2016). *Mindfulness en la vida cotidiana*. Kairós.

Katz, D. (1960). El enfoque funcional para el estudio de las actitudes. *Revista de Opinión Pública*, 24(2). Estados Unidos: Oxford University Press. Recuperado de: <https://www.jstor.org/stable/2746402> [18 de octubre de 2025].

Kelman, H. C. (1958). Cumplimiento, identificación e internalización. *Journal of Conflict Resolution*, 2(1). Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/002200275800200106> [18 de octubre de 2025].

Lagarde, Marcela (2018) *Los cautiverios de las mujeres: madres, esposas, monjas, putas, presas y locas*. México: Siglo XXI.

Lamas, Marta (2018). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. En Marta Lamas (Comp.), *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 331-366). UNAM/CIEG/Bonilla Artigas Editores.

Leiva-Peña, Varinia; Rubí-González, Patricia y Vicente-Parada, Benjamín (2021). Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45. Estados Unidos: Organización Panamericana de Salud. Recuperado de: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.158> [3 de noviembre de 2025].

Lerner, Gerda (2017). *La creación del patriarcado*. Katakarak Liburuak.

LIBERAS (2023). *Centro de Justicia para las Mujeres – Toluca*. Recuperado de: <https://liberas.balancemx.org/organizacion/centro-de-justicia-para-las-mujeres-toluca/> [5 de noviembre de 2025].

Likert, Rensis (1932). A Technique for the Measurement of Attitudes. Nueva York: Archives of Psychology. Recuperado de: https://legacy.voteview.com/pdf/Likert_1932.pdf [5 de noviembre de 2025].

Linehan, Marsha M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos límite de la personalidad*. Paidós.

- López, María (2021). Caracterización de estudiantes en distintos tipos de institución educativa. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, 51(3). México: Universidad Iberoamericana. Recuperado de: <https://doi.org/10.48102/rlee.2021.51.3.408> [5 de noviembre de 2025].
- Lynn, Mary (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6). <https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017>
- Macias-Esparza, Lidia y Laso, Esteban (2017). Una propuesta para abordar la doble ceguera: la terapia familiar crítica sensible al género. *Revista de Psicoterapia*, 28(106). España: Universidad Nacional de Educación a Distancia. Recuperado de: <https://revistas.uned.es/index.php/rdp/article/view/34904/25890> [5 de noviembre de 2025].
- Medina-Mora, María; Orozco, Ricardo; Rafful, Claudia; Cordero, Martha; Bishai, Jessica; Ferrari, Alize; Santomauro, Damian; Benhet, Corina; Borges, Guilherme y Mantilla-Herrera, Ana (2023). Los trastornos mentales en México 1990–2021: Resultados del estudio Global Burden of Disease 2021. *Gaceta Médica de México*, 159(6). México: Academia Nacional de Medicina de México A.C. Recuperado de: <https://doi.org/10.24875/gmm.23000376> [27 de octubre de 2025].
- Miller, Neal y Dollard, John (1941). *Aprendizaje social e imitación*. Yale University Press.
- Millett, Kate. (2010). *Política sexual*. Cátedra.
- Minuchin, Salvador. (1974). *Familias y terapia familiar*. Herder.
- Munguía-Castanedo, Gabriela (2008). Las tres fuerzas de la psicoterapia: psicoanálisis, conductismo y psicología humanística en Castanedo, Celedonio, seis enfoques psicoterapéuticos (pp. 371-391). México: El Manual Moderno.
- Naciones Unidas. (1965). *Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial* (Resolución 2106 (XX)). Recuperado de: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-elimination-all-forms-racial> [28 de octubre de 2025].
- Noelle-Neumann, Elisabeth (2014). *La espiral del silencio: nuestra piel social*. Paidós.
- ONU Mujeres (2024) *Datos y cifras: violencia contra las mujeres*. Recuperado de: <https://www.unwomen.org/es/articulos/datos-y-cifras/datos-y-cifras-violencia-contra-las-mujeres> [3 de junio de 2025].

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2023). *Día Mundial de la Salud Mental. La salud mental es un derecho humano universal*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2023/10/10/default-calendar/world-mental-health-day-2023---mental-health-is-a-universal-human-right> [29 de octubre de 2025].
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2025a). *Salud Mental*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> [3 de noviembre 2025].
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2025b). *Trastornos de ansiedad*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders> [4 de noviembre 2025].
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2025c). *La salud mental de los adolescentes*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health> [4 de noviembre 2025].
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2025d). *Determinantes sociales de la salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Género y salud*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender> [5 de noviembre de 2025].
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024). *Cada año fallecen más de tres millones de personas, sobre todo varones, debido al consumo de alcohol y drogas*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/25-06-2024-over-3-million-annual-deaths-due-to-alcohol-and-drug-use-majority-among-men> [5 de noviembre de 2025].
- Patton, Michael Quinn. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3.^a ed.). Sage Publications.
- Pearson, Judy, Turner, Lynn y Todd-Mancillas, William (1993). *Comunicación y género*. Paidós.
- Perls, Frederick, Hefferline, Ralph y Goodman, Paul. (1951). *Terapia gestáltica*. Paidós.
- Polit, Denise y Beck, Cheryl (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health*, 29(5). Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16977646/> 3 de noviembre de 2025].

- Ramírez, Rosa y Zarco, José (2023). Salud mental en estudiantes universitarios: el programa ESPORA como respuesta. *Revista SENDA de Orientación y Atención Educativa*, 7. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de: <https://www.orienta.unam.mx/senda/7/art5/> [3 de noviembre de 2025].
- Ramos, Luciana (2014). ¿Por qué hablar de género y salud mental? *Salud Mental*, 37(4). México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000400001 [22 de marzo de 2025].
- Red Nacional de Refugios (2020). *Inicio*. Recuperado de: <https://rednacionalderefugios.org.mx/> [5 de noviembre de 2025].
- Richaud, María (2007). La ética en la investigación psicológica. *Enfoques*, XIX(1-2). Argentina: Universidad Adventista del Plata. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=25913121002> [5 de noviembre de 2025].
- Rodríguez, Alexandra. (2020). *Terapia afirmativa LGBTQ+*. Desclée.
- Rogers, Carl R. (2000). *El proceso de convertirse en persona*. Paidós.
- Rubin, Gayle (1975). *El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo*. En Reiter, Rayana [Ed.]. *Toward an Anthropology of Women*. New York: Monthly. Recuperado de: https://dn710000.ca.archive.org/0/items/kbbkvlbibliotecafeminista/Libro/Biblioteca%20Feminista/RUBIN%2C%20Gayle.%20El%20tr%C3%A1fico%20de%20mujeres_text.pdf [5 de noviembre de 2025].
- Saldívar-Garduño, Alicia, Alarcón-Aguilar, Adriana, Cervantes-Ríos, Elsa, López-Diazguerrero, Norma, Gómez-González, Beatriz, Gaitán-González, Mercedes, & Konigsberg, Mina (2024). Gender equity in university students in Mexico City, after 20 months of remote classes during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Education*, 9,. <https://doi.org/10.3389/educ.2024.1193914>
- Schutz, Alfred. (2003). *Estudios sobre teoría social*. Escritos II. Amorrortu.
- Schutz, Alfred. (2008). *El problema de la realidad social*. Escritos I. Amorrortu.
- Scott, Joan (2018). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En Marta Lamas (Comp.), *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 269-308). UNAM/CIEG/Bonilla Artigas Editores.

- Segato, Rita. (2016). *La guerra contra las mujeres*. Traficantes de Sueños.
- Secretaría de las Mujeres (2024). *Atención a Mujeres en Situación de Violencia mediante la Línea Sin Violencia 800 10 84 053*. Recuperado de: https://semujeres.edomex.gob.mx/linea_atencion_por_violencia [5 de noviembre de 2025].
- Secretaría de Movilidad (2024). *Línea de hombre a hombre*. Recuperado de: <https://smovilidad.edomex.gob.mx/linea-apoyo#:~:text=Objetivo%3A%20La%20%23L%C3%ADneaHombreAHombre%20es%20un,al%20800%20900%2043%2021> [5 de noviembre de 2025].
- Sistema Municipal DIF Toluca. (s. f.). *Inicio*. Recuperado de: <https://www.diftoluca.gob.mx/> [5 de noviembre de 2025].
- Skinner, Burrhus F. (1974). *Sobre el conductismo*. Fontanella.
- Tannen, D. (1996). *Género y discurso*. Grupo Planeta.
- Thomas, William I. y Znaniecki, Florian (1918). *El campesino polaco en Europa y América*. University of Chicago Press.
- Thurstone, Louis L. (1928). Las actitudes pueden medirse. *American Journal of Sociology*, 33(4). Estados Unidos: Chicago Journals. Recuperado de: https://brocku.ca/MeadProject/Thurstone/Thurstone_1928a.html [15 de octubre de 2025].
- Tomlinson, Mark J., & Starks, Tyrel J. (2019). *Affirmative therapy with LGBTQ+ clients*. Routledge.
- Toribio-Caballero, Sandra; Cardenal, Violeta; Ávila, Alejandro y Ovejero, Mercedes (2022). Gender roles and women's mental health: their influence on the demand for psychological care. *Anales de Psicología*, 38(1). España: Universidad de Murcia. Recuperado de: <https://scielo.isciii.es/pdf/ap/v38n1/1695-2294-ap-38-01-7.pdf> [5 de noviembre de 2025].
- Torres, María del Pilar. (2020). Factores sociodemográficos asociados al desempeño académico en estudiantes universitarios. Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo [UAEH] (2018). Programa institucional de atención psicológica (octubre 2018). Recuperado de:

<https://www.uaeh.edu.mx/tutorias/programas/atencion-psicologica/documentos/programa-institucional-atencion-psicologica.pdf> [4 de noviembre de 2025].

Universidad Autónoma del Estado de México (2017) *Estatuto Universitario de la Universidad Autónoma del Estado de México*. Recuperado de: https://cj.uaemex.mx/images/normatividad/phpoffice/pdf/estatuto/Estatuto_Universitario.pdf [4 de noviembre de 2025].

Universidad Autónoma del Estado de México. (2021a). *Plan Rector de Desarrollo Institucional 2021-2025*. Recuperado de: http://planeacion.uaemex.mx/docs/PRDI_2021-2025.pdf [5 de noviembre de 2025].

Universidad Autónoma del Estado de México (2021b). *Tercer informe 2017-2021*. Recuperado de: <https://www.uaemex.mx/images/informes/2017-2021/3informe1721/pdf/tercerinforme.pdf> [5 de noviembre de 2025].

Universidad Autónoma del Estado de México (2024) *Agenda Estadística 2024*. Recuperado de: <http://web.uaemex.mx/universidadatos/AE2024/indiceAE24.html> [5 de noviembre de 2025].

Universidad Autónoma del Estado de México (2025). *Consejería Jurídica Universitaria. Coordinación Institucional de Equidad de Género*. Recuperado de: <https://cj.uaemex.mx/estructura/coordinaci%C3%B3n-institucional-de-equidad-de-g%C3%A9nero.html> [5 de noviembre de 2025].

Universidad Veracruzana. (2022). *Diagnóstico de vida estudiantil 2022*. Dirección General de Desarrollo Académico, Universidad Veracruzana.

Vergara, María (2018). *Guía de perspectiva de género en psicoterapia, con consultantes adultas y adultos*. Repositorio Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado de: <https://doi.org/10.7764/tesisUC/PSI/22179> [5 de noviembre de 2025].

Watzlawick, Paul, Weakland, John y Fisch, Richard. (1980). *Cambio*. Herder.

Werner-Wilson, Ronald; Murphy, Megan & Fitzharris, Jennifer (2008). Does Therapist Experience Influence Interruptions of Women Clients? *Journal of Feminist Family Therapy*, 16(1). Reino Unido: Taylor & Francis Group. Recuperado de: https://doi.org/10.1300/J086v16n01_03 [5 de noviembre de 2025].

Zimbardo, Philip y Leippe, Michael (1991). *La psicología del cambio de actitud y la influencia social*. McGraw-Hill.

ANEXOS

Anexo 1. Entrevista semiestructurada para psicólogos o psicólogas que atienden a población estudiantil de la UAEMéx

GUÍA DE ENTREVISTA A PSICÓLOGOS O PSICÓLOGAS QUE ATIENDEN A POBLACIÓN ESTUDIANTIL DE LA UAEMéx

Presentación

Muchas gracias por aceptar la entrevista. El propósito de conversar con usted es tratar de recuperar su experiencia como profesional de la psicología que ha estado atendiendo a la población estudiantil de la Universidad Autónoma del Estado de México. Su experiencia y puntos de vista serán muy valiosos, pues a través del estudio que estoy realizando trataré de formular algunas sugerencias o propuestas que lleven a que la institución mejore la atención psicológica que reciben las y los estudiantes de la UAEMéx.

Aquellos puntos de vista, reflexiones y valoraciones que usted aporte serán tratados confidencialmente y de manera anónima. No se hará referencia a su nombre ni a los espacios donde usted atiende a las y los alumnos. Cada espacio académico será referido a través de un sistema de claves, cuyo significado no se revelado a ninguna persona o institución.

En caso de que usted me autorice a grabar esta entrevista, tampoco serán transmitidos por ningún medio digital, electrónico o método reproductivo ni entregados a ninguna instancia o persona que esté dentro o fuera de la institución. Al respecto, si me permite, le hago entrega del escrito en el que se estipulan estos criterios, así como la protección de sus datos personales.

Datos de identificación

Edad: _____

Sexo: Femenino Masculino No binario

Puesto actual: _____

Antigüedad en la función, dentro de la UAEMéx: _____ años

Espacios académicos donde atiende a la comunidad estudiantil de la UAEMéx

Formación académica:

Licenciatura Especialidad Maestría Doctorado Otro

Especialidad o área de atención: _____

Código de registro anónimo:	UAEM/EGVPP/ 001A
------------------------------------	------------------

Perfil de casos atendidos

1. ¿Qué tipo de problemáticas llevan a los estudiantes a buscar la atención profesional que usted brinda en su consultorio? Por favor, de las más frecuentes, a las menos usuales.

2. ¿Alguna de estas problemáticas tiende a presentarse con más frecuencia en algún tipo de estudiante?

Por ejemplo, en hombres o en mujeres; en estudiantes de cierta edad; con relaciones de pareja; unidos o casados(as); en alumnos de cierto programa, carrera o turno; en escolares no binarios o en alumnos que forman parte de la comunidad LGBT

3. ¿Cuáles son los casos más complejos que usted ha atendido?

3.1 ¿Qué decisiones ha tomado para atender este tipo de casos?

4. ¿Se le han presentado casos en los que el alumno o la estudiante muestre resistencia a la atención psicológica?

4.1 Sí es así, ¿a qué atribuye usted esa resistencia?

4.2 Esa resistencia la ha observado más en algún tipo de estudiante?

5. ¿En los últimos meses ha observado usted algún tipo de problemática emergente (que no se había manifestado) que aqueja a las o los estudiantes?

5.1 De ser así, ¿a qué atribuye usted esta nueva problemática observada recientemente en los estudiantes?

Lineamientos institucionales

6. Por favor, coménteme con sus propias palabras, ¿en qué consiste el servicio de atención psicológica al estudiantado, en los espacios en los que usted trabaja?

6.1 Si por alguna razón, hay diferencias entre alguno de los espacios educativos (Facultades), coméntelas por favor.

7. ¿Hay algún tipo de atención psicológica que requieren los estudiantes, pero que no se les puede brindar en los propios espacios donde están cursando sus estudios?

7.1	Sí	No		Desconozco
-----	----	----	--	------------

7.2 En caso afirmativo, ¿qué tipo de atención es y, por qué no se les puede proporcionar en el espacio académico?

8. ¿Existen lineamientos institucionales o un protocolo generado por la UAEMéx para que usted guíe la atención que proporciona a los estudiantes?

8.1	Sí	No		Desconozco
-----	----	----	--	------------

8.2 En caso afirmativo, ¿qué le parece a usted su contenido?
Por ejemplo, ¿está actualizado? ¿está completo? ¿son integrales?
¿les falta incluir uno o más aspectos?

8.2 En caso de no saber o desconocer su existencia, aparte de su experiencia y conocimientos, ¿usted se apoya en algunos lineamientos o protocolos para atender a la población estudiantil?

8.2.1	No	Sí		No utilizo ningún protocolo o lineamiento
-------	----	----	--	---

8.2.2 En caso afirmativo, ¿Me puede compartir de qué institución, autor o autores(as) son dichos lineamiento o el protocolo?

8.2.2.1 ¿Qué le parece a usted su contenido?

Por ejemplo, ¿está más actualizado? ¿está más completo? ¿son más integrales?

9. En escala de cero a 100, ¿qué tanto se apoya usted en dichos lineamientos o protocolos para desempeñar su función como psicólogo(a) dedicada a los estudiantes de los espacios académicos donde trabaja?

10. Durante el tiempo que usted ha dado atención psicológica al estudiantado, ¿ha sido evaluado su desempeño?

10.1	Sí	No	
------	----	----	--

10.1 En caso afirmativo, ¿en qué consistió dicha evaluación?

10.2 ¿Después de la evaluación, recibió retroalimentación a partir de los resultados arrojados?

10.2.1	Sí	No	
--------	----	----	--

10.2 En caso afirmativo, en escala de cero a 100, ¿qué tanto considera que la evaluación aplicada le sirvió a usted para mejorar su trabajo en la atención psicológica?

11. Para mejorar el desempeño de su trabajo en atención psicológica a estudiantes universitarios, ¿puede compartirme qué actividad, programa, curso de actualización o de posgrado ha realizado durante los últimos 12 meses?

11.1 ¿Algo específico en su actualización o capacitación, que haya tenido que ver con estudios de género o perspectiva de género?

12. ¿Qué piensa usted acerca de los estudios de género o de la perspectiva de género, dentro de la atención psicológica a estudiantes de la UAEMéx?

13. ¿Le viene a la memoria algún autor o autora destacada, en materia de estudios o perspectiva de género?

13.1	Sí	No	Desconozco a esos autores(as)
------	----	----	-------------------------------

13.1.1 En caso afirmativo, ¿qué autora o autor recuerda?

14. ¿Si le digo: movimiento feminista, ¿qué piensa usted? ¿qué es lo primero que le viene a la mente?

15. ¿Qué significa para usted atender con 'perspectiva de género' en psicología clínica universitaria?

16. Describa un caso en el que el género haya sido un factor central en la atención psicológica a un/a estudiante.

17. ¿Cuáles son las principales barreras para dar atención con perspectiva de género en la universidad?

18. ¿Qué apoyos o capacitaciones considera necesarios para fortalecer este enfoque en su práctica profesional?

Muchas gracias por sus valiosas respuestas y por notable ayuda para la realización de esta investigación.

Anexo 2. Escala preliminar sobre perspectiva de género para profesionales de psicología que atienden a población estudiantil universitaria

[Fase de validación de contenido]

Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales
Especialidad en Género, Violencia y Políticas Públicas

Este instrumento se encuentra en fase de validación de contenido. Se solicita a cada experto/a que valore la relevancia, claridad y pertinencia cultural/libre de sesgo de cada ítem, así como que señale redundancias, sesgos o lagunas temáticas.

Instrucciones:

1. Lea con detenimiento cada ítem.
2. Para cada ítem, califique en una escala de **1 a 4**:

Relevancia	1= No relevante	2= Poco relevante	3= Relevante	4= Muy relevante).
-------------------	------------------------	--------------------------	---------------------	---------------------------

Claridad	1= Nada claro	2= Poco claro	3=Claro	4= Muy claro).
-----------------	----------------------	----------------------	----------------	-----------------------

Pertinencia cultural/libre de sesgo	1= No pertinente/sesgado	2= Poco pertinente/un poco sesgado.	3= Pertinente/casi libre de sesgo.	4= Muy pertinente/libre de sesgo).
--	---------------------------------	--	---	---

3. Si considera que un ítem es redundante, márkelo con amarillo e indique cuál es.
4. Si asigna 1 o 2 en algún ítem, por favor, proponga una sugerencia de redacción.
5. Al final de cada parte, escriba su evaluación general de la escala correspondiente.

Parte A: Creencias y actitudes

Código	Enunciado	Relevancia (1-4)	Claridad (1-4)	Pertinencia/Sesgo (1-4)	¿Redundante?	Sugerencia de redacción [en caso de valores 1 o 2]
CA1	Las y los psicólogos deben promover la igualdad entre mujeres y hombres.					
CA2	Las diferencias biológicas justifican que hombres y mujeres tengan roles distintos.					
CA3	La perspectiva de género es necesaria en la práctica psicológica.					
CA4	La orientación sexual distinta a la heterosexualidad es un problema psicológico.					
CA5	Las mujeres y los hombres tienen derecho a decidir sobre su vida reproductiva.					
CA6	Los hombres son naturalmente más aptos para el liderazgo que las mujeres.					
CA7	Las mujeres deben priorizar la maternidad sobre su desarrollo profesional.					
CA8	La diversidad sexual debe ser respetada en el ámbito psicológico.					

Código	Enunciado	Relevancia (1-4)	Claridad (1-4)	Pertinencia/Sesgo (1-4)	¿Redundante?	Sugerencia de redacción [en caso de valores 1 o 2]
CA9	La violencia contra las mujeres puede justificarse en algunos contextos.					
CA10	Es importante reconocer las identidades no binarias en la práctica psicológica.					
CA11	El embarazo adolescente es únicamente responsabilidad de las mujeres.					
CA12	El respeto a la diversidad cultural es esencial en la atención psicológica.					
CA13	Las mujeres indígenas enfrentan mayores desigualdades de género que otras mujeres.					
CA14	El trabajo doméstico y de cuidados debe ser compartido entre mujeres y hombres.					
CA15	Los hombres que expresan emociones son menos masculinos.					
CA16	La perspectiva de género contribuye a una mejor comprensión de la salud mental.					
CA17	La discriminación por identidad de género debe ser combatida en la práctica psicológica.					
CA18	El consentimiento informado es clave en la atención psicológica con perspectiva de género.					

Juicio global sobre Parte A: Creencias y actitudes:

- ¿Los ítems cubren de manera suficiente este subdominio? () Sí
() Parcialmente () No

Parte B: Práctica profesional

Código	Enunciado	Relevancia (1-4)	Claridad (1-4)	Pertinencia/Sesgo (1-4)	¿Redundante?	Sugerencia de redacción [en caso de valores 1 o 2]
PP1	Aplico la perspectiva de género en mis intervenciones psicológicas.					
PP2	Cuestiono estereotipos de género en mi práctica profesional.					
PP3	Promuevo la igualdad de género en los espacios donde trabajo.					
PP4	Identifico situaciones de violencia de género en mi práctica.					
PP5	Incorporo el análisis de poder y desigualdad en mis intervenciones.					
PP6	Respeto la diversidad sexual y de género en la práctica clínica.					
PP7	Incluyo la perspectiva de género en la evaluación psicológica.					
PP8	Uso lenguaje inclusivo en mis informes y entrevistas.					
PP9	Remito a instancias pertinentes en casos de violencia de género.					
PP10	Considero la doble jornada de trabajo de las mujeres en mis diagnósticos.					

Código	Enunciado	Relevancia (1-4)	Claridad (1-4)	Pertinencia/Sesgo (1-4)	¿Redundante?	Sugerencia de redacción [en caso de valores 1 o 2]
PP11	Detecto actitudes machistas en mis pacientes.					
PP12	Atiendo sin discriminación a mujeres que han experimentado violencia.					
PP13	Evito culpabilizar a las víctimas de violencia en mis intervenciones.					
PP14	Reconozco la violencia psicológica como un problema grave.					
PP15	Incluyo el enfoque de género en programas preventivos.					
PP16	Valoro la interseccionalidad (género, etnia, clase) en mis diagnósticos.					
PP17	Acompaño casos de embarazo adolescente con enfoque de género.					
PP18	Detecto discriminación contra personas LGBT+ en mis pacientes.					
PP19	Incorporo la historia de vida de las mujeres en mis evaluaciones.					
PP20	Me actualizo constantemente en temas de género.					
PP21	Integro la perspectiva de género en el trabajo comunitario.					
PP22	Fomento la reflexión crítica sobre género en espacios educativos.					

Comentarios finales sobre toda la escala

1. Señale fortalezas generales:

2. Señale debilidades o riesgos:

3. ¿Qué recomendación central haría antes de aplicar esta escala a las y los profesionales de psicología que atienden a la población estudiantil de la UAEMéx?:

Anexo 3. Escala definitiva tipo Likert para psicólogos o psicólogas que atienden a población estudiantil de la UAEMéx

Datos de identificación

Edad: _____

Sexo: Femenino Masculino No binario

Puesto actual: _____

Antigüedad en la función, dentro de la UAEMéx: _____ años

Espacios académicos donde atiende a la comunidad estudiantil de la UAEMéx

Formación académica:

Licenciatura Especialidad Maestría Doctorado Otro

Especialidad o área de atención: _____

Código de registro anónimo:

UAEM/EGVPP/ 001A

Estrategia terapéutica

Voy a entregarle dos escalas que contienen una serie de enunciados. Por favor, al leer cada expresión formulada, marque con una equis (X) la celda que más se aproxime a punto de vista u opinión.

Antes de comenzar, si algún enunciado no le parece claro, por favor pregúnteme para ampliar la información e intentar aclarar el sentido de la idea planteada. Sus respuestas serán procesadas de manera confidencial y anónima. Es decir, no se hará referencia a ningún dato que conduzca a su identificación. Trate de responder con la mayor sinceridad posible.

¡Aquí tiene la primera escala!

Por favor, no anote ningún dato personal en ninguna hoja de las escalas

Creencias y actitudes

Primera parte

No.	Enunciado	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Creo que hombres y mujeres tienen la misma capacidad para ocupar posiciones de liderazgo.					
2	Considero que las alumnas suelen ser más propensas a la ansiedad que los alumnos.					
3	Cuando un alumno presenta síntomas de depresión, pienso que debería mostrarse más fuerte.					
4	Si un alumno expresa pensamientos suicidas, lo interpreto como signo de debilidad más que de enfermedad.					
5	Pienso que las alumnas tienen menos problemas de disciplina en las aulas que los alumnos.					
6	Las alumnas suelen ser más responsables y dedicadas a los estudios que los alumnos.					
7	Considero que cuando una alumna provoca el enojo de su pareja o novio, debe reflexionar sobre su comportamiento y actitudes.					
8	Cuando un alumno agrede a su pareja, pienso que puede deberse a la presión de cumplir con el rol de 'hombre proveedor'.					
9	Las alumnas que viven violencia de pareja suelen exagerar la magnitud de los hechos.					
10	Creo que las alumnas que deciden interrumpir un embarazo merecen apoyo psicológico sin juicios morales.					

Creencias y actitudes

Segunda parte

No	Enunciado	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
11	Pienso que las alumnas que son madres durante la licenciatura tienen menor capacidad para dedicarse a sus estudios.					
12	Creo que la paternidad durante los estudios de licenciatura no afecta de la misma manera que la maternidad.					
13	Cuando un alumno o una alumna indígena presenta ansiedad o depresión, considero que se debe a la falta de adaptación universitaria.					
14	Atiendo de la misma manera a estudiantes indígenas que a los demás, sin necesidad de considerar su contexto cultural.					
15	Procuró tomar en cuenta la identidad cultural y étnica de las y los estudiantes indígenas en mi intervención psicológica.					
16	Si una alumna usa ropa considerada 'provocativa', pienso que eso influye en los problemas que enfrenta.					
17	Cuando un alumno utiliza vestimenta asociada a lo femenino, exploro si enfrenta discriminación o burlas.					
18	La forma de vestir de los alumnos o las alumnas no interfiere en mi manera de atenderles psicológicamente.					

Muchas gracias.

¡Aquí tiene la segunda escala!

Por favor, no anote ningún dato personal en ninguna hoja de las escalas

Práctica profesional con estudiantes de la UAEMéx

Primera parte

No.	Enunciado	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	En las entrevistas iniciales, tomo en cuenta cómo las normas de género influyen en la problemática que presenta el/la estudiante.					
2	Al atender alumnos varones, exploro cómo la presión de 'ser fuerte' afecta su bienestar.					
3	En casos de violencia en el noviazgo, atiendo con el mismo rigor cuando la víctima es hombre que cuando es mujer.					
4	Considero que atender casos de violencia de género requiere formación específica.					
5	Si una alumna expresa miedo a represalias por denunciar violencia, lo integro en el abordaje clínico.					
6	En mis intervenciones, recomiendo conductas diferentes a mujeres y hombres.					
7	Procuró que los estudiantes reconozcan cómo las identidades no binarias y trans sufren discriminación.					
8	Cuando un estudiante atribuye sus problemas solo a lo personal, indago si influyen desigualdades de género.					
9	Para mí, incluir la perspectiva de género no siempre es necesario en todos los casos clínicos.					
10	He derivado casos a instancias universitarias cuando detecto violencia de género.					
11	Cuando un alumno consume drogas, indago si lo hace para responder a presiones de 'ser hombre'.					

Práctica profesional con estudiantes de la UAEMéx

Segunda parte

No.	Enunciado	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
12	En casos de violencia psicológica hacia alumnas, exploro cómo influyen las dinámicas de género.					
13	Al atender a un estudiante LGBT+, busco garantizar un espacio libre de prejuicios.					
14	Considero que el bajo rendimiento académico en alumnas puede deberse a responsabilidades familiares.					
15	Cuando un alumno destaca en actividades artísticas, indago si enfrenta estigmas de género.					
16	En intentos de suicidio en alumnas, indago si han vivido violencia de género o discriminación.					
17	Si un alumno es agredido físicamente, exploro si las expectativas de 'ser fuerte' le impiden hablarlo.					
18	Cuando una alumna llega con ansiedad por embarazo imprevisto, analizo cómo influyen las expectativas de género.					
19	Al atender a un alumno que es padre en la licenciatura, indago si asume responsabilidades de cuidado.					
20	Si una alumna comparte que interrumpió un embarazo, garantizo un espacio libre de juicios.					
21	He trabajado con casos de maternidad/paternidad en estudiantes, explorando su efecto en rendimiento académico.					
22	En mi práctica, considero que la maternidad o paternidad estudiantil debe abordarse desde derechos y equidad de género.					

Anexo 4. Consentimiento informado

Título de proyecto terminal: **“Características de la atención psicológica que recibe la comunidad estudiantil en el campus de Ciudad Universitaria”**.

Investigador responsable: Lic. en Psic. José Eduardo Velázquez Caballero

Objetivo: La presente entrevista tiene como finalidad recabar información acerca de las experiencias, reflexiones y perspectivas profesionales de los psicólogos que brindan un servicio a la comunidad estudiantil dentro de CU UAEMéx, buscando enriquecer la comprensión de la práctica profesional, institucional, los retos y las posibles ventanas de oportunidad en el ámbito universitario.

Procedimiento: La entrevista será de carácter semiestructurada, lo que significa que pueden derivarse más preguntas y, en función de la agenda de cada profesional de psicología, podrán efectuarse en dos momentos o fechas distintas. Cada entrevista tendrá una duración aproximada de 45 a 60 minutos.

En caso de que la persona que conceda la entrevista acepte que la sesión sea audio grabada, la información recabada será empleada de manera confidencial, anónima y no se identificará a la persona entrevistada ni el o los espacios académicos a los que se haga alusión. Con ello, se asegurará la confidencialidad de la información.

No se prevé ningún riesgo asociado a su participación, en caso de que alguna pregunta genere incomodidad, podría abstenerse de responder o inclusive dar por terminada la misma.

Su participación contribuye al desarrollo de un proyecto terminal de grado, enriquece el propio análisis académico y a la construcción de propuestas de mejora en los servicios y prácticas universitarias.

La identidad de la persona entrevistada será protegida por medio de códigos o seudónimos, salvo que se autorice explícitamente el uso de su nombre. Los registros solo serán accesibles para el uso del equipo de investigación.

He leído y comprendido la información anterior. Acepto participar de manera voluntaria en la entrevista y otorgo mi consentimiento para el uso académico de la información que proporcione.

Nombre completo y firma.

Fecha:

Anexo 5. Guía de atención psicológica breve y canalización idónea con perspectiva de género para psicólogos o psicólogas que atienden a población estudiantil de la UAEMéx

Objetivo general

Fortalecer desde un modelo de vinculación institucional, la eficacia de la atención psicológica dentro de la Universidad Autónoma del Estado de México en CU, buscando reforzar una práctica ética, equitativa, reflexiva con perspectiva de género.

Principios que seguir

Confidencialidad. Salvaguardar siempre la información personal y privada del estudiantado.

Consentimiento informado. Explicación clara y precisa del proceso en el que el paciente debe comprender la naturaleza del tratamiento, riesgos, beneficios, probabilidad de éxito o fracaso, el mismo que deberá firmar.

No revictimización. Si algo distingue la profesión psicológica del resto es que siempre tiene una postura neutral donde bajo principio fundamental debe evitar juicios sobre el rendimiento académico y/o social del paciente.

Enfoque contextualizado. Centrarse en la experiencia personal y vivida del paciente, reconociendo su nivel de autonomía y diversidad, entender la capacidad de toma de decisiones y resolución de conflictos desde su posición.

Segmentos del proceso

A) Primer contacto

- Presentación, herramientas como el rapport y la creación de esa alianza terapéutica es vital para que el proceso no se trunque antes de tiempo, un saludo cálido, lenguaje adecuado al paciente y un espacio seguro son situaciones esenciales.

- Encuadre de la sesión como base fundamental de la relación terapéutica, se explica el objetivo central, se aclaran expectativas del cliente, establece límites y objetivos. Además, del proceso, confidencialidad, duración y frecuencia de las sesiones, el rol del terapeuta y del estudiante.
- Contención emocional (de ser necesaria), validando las emociones del paciente, escuchando activamente, en un entorno seguro, mostrándose empático y comprensivo de la situación.
- Primeros auxilios psicológicos (de ser necesarios), proporcionar información sobre la situación experimentada y sus efectos, ayudar a procesar emociones y reacciones. Además, proporcionar estrategias y conectar a la persona con grupos de apoyo.

B) Entrevista inicial

- Motivo de consulta (problemática), recopilación de datos personales, de la historia del problema, antecedentes personales, antecedentes familiares, relaciones interpersonales, trabajo, educación, hábitos, estilo de vida, procesos anteriores, antecedentes médicos, etc.
- Situación académica y entorno universitario.
- Contactos básicos (correo institucional, teléfono, número de emergencia, institución de seguro social, etc).

C) Aplicación de pruebas

- Dependiendo de la información recopilada y sintomatología que se presenta, se aplican pruebas para identificar. Además de considerar la conducta, personalidad, habilidades, edad (nivel de desarrollo), contexto sociocultural (desigualdades que puede atravesar), roles, estereotipos y el propósito mismo de la evaluación.
- Ya sean específicas de trastornos del estado de ánimo, por ejemplo, los instrumentos de ansiedad (BAI) o depresión (BDI) por parte de Beck, de consumo de sustancias como el ASSIT o AUDIT. Esto ya depende de cada caso y el profesional que este al frente del mismo.

D) Informe clínico

- Redacción de informe clínico, derivado de la información recopilada durante A, B y C. Integrando información demográfica, entrevista inicial, resultado de pruebas y/o evaluaciones, observaciones y notas relevantes, además de recomendaciones y un plan de tratamiento.
- Identificar el tipo de caso y si este tiene necesidades diferentes a las que se ofrecen dentro de los servicios de atención psicológica de la universidad o de ser necesario canalizar a un servicio más especializado.

E) Vinculación

- Ya identificado un caso que no pueda ser cubierto por el servicio actual, se procede al acompañamiento y brindar información sobre servicios alternativos, ya sea dentro de la propia universidad como CESPI y CSM, o en su defecto en instituciones idóneas donde el tratamiento sea especializado, desde nivel municipal, federal, estatal o nacional.
- Documentación necesaria (ya recopilada a partir de la entrevista inicial)
- Emisión de una carta de presentación (anexo 6) que integre los datos pertinentes del estudiante, además de sus responsabilidades y la entrega a la instancia receptora.
- Respuesta y aceptación, además de la creación de una carta de aceptación por parte de la instancia correspondiente. Donde se establezcan responsabilidades de la institución, así como también el periodo y duración del vínculo.
- Registro temporal de actividades o avances (donde exista la confirmación de que la/el estudiante asiste y el servicio que está recibiendo).
- Supervisión o tutoría académica (que se cumplan con las responsabilidades de todas las partes estudiante, institución de origen e institución referida).

F) Cierre

- Entrega de constancias y/o liberaciones.
- Informe final que integre los resultados alcanzados.
- Seguimiento (de ser necesario), periódico trimestral, identificando demandas/necesidades actuales del paciente, evaluación del progreso,

apoyo emocional y reforzamiento de la disponibilidad y confianza institucional.

- Entrega de un directorio de los mismos recursos universitarios con los que cuenta por su calidad de estudiante, además de alguna otra institución que pueda ser de ayuda.

G) Check list rápido

- Consentimiento informado
- Informe clínico
- Carta de presentación
- Carta de aceptación
- Derivación adecuada
- Directorio de servicios universitarios y externos

H) Perspectiva de género (dónde se encuentra)

- Uso de lenguaje inclusivo y no sexista.
- Tomando en cuenta factores de desigualdad (edad, género, identidad, orientación o discapacidad) o violencia.
- Promoviendo autonomía y cierto grado conciencia logrando empoderar al paciente.
- Trabajo ético y equitativo, considerando las necesidades específicas y vinculando casos puntuales.

Anexo 6. Consentimiento informado de la guía

Toluca, Méx. A ____

Por medio del presente documento se dan a conocer los lineamientos de la atención psicológica como estudiantes de la Universidad Autónoma del Estado de México:

En forma voluntaria comprendo y entiendo que la psicóloga/o responsable de la atención psicológica en (facultad), me brinde este servicio, comprometiéndome a asistir y con el compromiso de este proceso. Esta es de carácter gratuito y confidencial y consiste en un acompañamiento emocional, basado en la evaluación, diagnóstico y tratamiento. En casos particulares la vinculación a servicios ya sea internos o externos dependiendo las necesidades del caso. Siempre con la finalidad de una meta específica.

Se ha hecho un encuadre donde, se constata que son N. de sesiones con una duración de 45 minutos, con una tolerancia de 10 minutos, con modalidad de una psicoterapia breve con la finalidad de cumplir con los objetivos terapéuticos planteados. Las citas son agendadas conforme la disponibilidad del área de psicología, las cuales podrán ser canceladas por la psicóloga/o con un aviso previo por correo institucional o teléfono; en el caso de que yo cancele la cita, se tendrá con una disponibilidad de hasta 24 horas antes de la misma y al mismo tiempo se reagendará.

Los riesgos que implica la atención dependen del tipo de caso, recaídas debido al abandono de sesiones o no asistencia debido a factores emergentes, el éxito/fracaso de estas o complicaciones emocionales durante las mismas.

También se ha informado que se establecerán condiciones humanas y éticas mediante las cuales se reserva el derecho de la atención por cuestiones de competencias o seguridad del mismo equipo; en estos casos se recomendará la vinculación a otra instancia interna o externa en atención de su derecho de salud mental. Cuando:

- Referencia a otra instancia de acuerdo con la especialidad requerida (seguimiento y contención).
- Se presenten problemas psiquiátricos, servicios especializados, problemas médicos o de orden jurídica.
- Acuda bajo los efectos de alguna sustancia.
- Reciba atención privada o en otra dependencia.
- Presente comportamiento desafiante con falta de propiedad o respeto (gritos, amenazas o conductas violentas).

En caso de que requiera o solicite atención especializada, se me referirá de manera interna o externa, según sea el caso. Podré solicitar cambio de psicóloga tratante en una sola ocasión, exponiendo el motivo para concluir el proceso de atención.

He leído y conozco el Aviso de Privacidad de los servicios de atención psicológica de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx), por lo que, autorizo el tratamiento de mis datos personales para las finalidades establecidas en el presente documento y en el Aviso de Privacidad antes mencionado.

Los datos del expediente serán revelados en las siguientes situaciones; en caso de una referencia a otro servicio de salud, cuando mi vida o la de terceros sea considerada en riesgo o bien cuando una instancia de procuración de justicia emita una orden judicial.

Dicho todo lo anterior, habiendo aclarado mis dudas y conociendo las condiciones y objetivos de la atención. “Yo, _____, estudiante de la Universidad Autónoma del Estado de México, _____ (acepto/no acepto) el servicio de asesoría psicológica; en caso de aceptar, me comprometo a asistir y trabajar en las sesiones que sean pertinentes”.

Nombre y firma del usuario

Nombre y firma de la psicóloga

Fuente: basado en el consentimiento informado del Centro para el Desarrollo Humano e Integral de los Servicios Universitarios CENDHIU de la universidad veracruzana.

Anexo 7. Carta de presentación



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA UNIVERSITARIO

Toluca, México A ____

Número de oficio ____

(RESPONSABLE)

(CARGO E INSTITUCIÓN)

Presente

La Universidad Autónoma del Estado de México, institución comprometida con salvaguardar el bienestar físico y emocional de la comunidad estudiantil, a través de la vinculación con las diferentes estancias e instituciones, otorga la presente carta de presentación a _____, estudiante de _____, de la facultad de _____.

La/ el estudiante _____ quien ha sido atendida/o en este espacio y requiere seguimiento especializado en _____, buscando la canalización a su espacio externo, buscando desarrollar nuevas habilidades y competencias que le permitan mejorar su salud física como mental. Por lo anterior, solicito su valioso apoyo a fin de darle las facilidades a la/el estudiante de acceder a estos servicios especializados.

Agradecemos de antemano se gentil apoyo y sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarte cordiales saludos.

ATENTAEMNTE

PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO

(PSICÓLOGA/O, CARGO Y ESPACIO)