



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA**

**“LA SALUD MENTAL A TRAVÉS DEL DIF ESTADO  
DE MÉXICO: LA LABOR DEL PSICÓLOGO CLÍNICO  
EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA  
INTEGRAL ( API )”**

**REPORTE DE TRABAJO PROFESIONAL  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

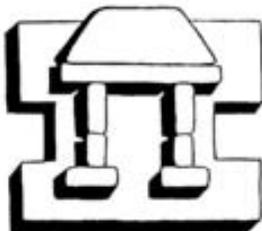
**CINTHIA MARTÍNEZ ROJAS**

**ASESORES:**

**LIC. RODRIGO MARTÍNEZ LLAMAS**

**MTRO. ANDRÉS MARES MIRAMONTES**

**LIC. GONZALO AGAMENÓN OROZCO ALBARRÁN**



**IZTACALA**

**TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO.**

**2005**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

*“El escéptico se sirve de la razón para mostrar las insuficiencias de la razón... en un movimiento circular, se vuelve sobre sí mismo y examina su razonamiento: si su crítica ha sido efectivamente racional, debe estar marcada por la misma inconsistencia. El escéptico tiene que cruzarse de brazos y, para contradecirse una vez más, resignarse al silencio y la inmovilidad. Si quiere seguir viviendo y hablando debe afirmar, con una sonrisa desesperada, la validez no-racional de las creencias.”*

Con cariño y agradecimiento a mi familia, dedicado a su apoyo y compañía a lo largo del camino que es y será... tan mío y tan nuestro.

A mis padres:

Ana María Rojas Resendiz  
y  
Francisco Martínez Medel

A mis hermanas:

Patricia y Anabel

A mis hermanos:

Hugo y Francisco

A mis sobrinos:

Ilse, Alan, Sofía

Y a mi compañero:

Elimelec Vázquez

# ÍNDICE

	Página
Resumen	4
Introducción	5
1. El concepto de salud mental: antecedentes	12
1.1 La salud mental y su vinculación con la cultura (el rol social)	13
1.2 Las condiciones de vida en México y la salud mental	18
2. Antecedentes de la psicología clínica	21
2.1 Funciones y características del psicólogo clínico	22
2.2 El psicólogo clínico en México: el campo laboral	27
3. Antecedentes del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)	32
3.1 Constitución del Organismo Central del Sistema Nacional DIF	33
3.2 Misión y atribuciones del Sistema Nacional DIF	36
4. Antecedentes del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Estado de México	40
4.1 Misión y atribuciones del DIF Estado de México	44
4.2 Vinculación de la familia y DIF Estado de México	46
5. La Dirección de Prevención y Bienestar Familiar en el DIF Estado de México	49
5.1 Antecedentes del Programa de Atención Psicológica Integral (API)	52
5.2 Funciones del Programa de Atención Psicológica Integral (API)	54

6.	El psicólogo clínico en el Programa de Atención Psicológica Integral (API)	57
6.1	Consulta psicológica en el Centro de Desarrollo Comunitario (CDC)	59
6.2	Canalización de pacientes inter y extra institucional en el Centro de Desarrollo Comunitario (CDC)	61
6.3	Estudio socioeconómico a pacientes en el Centro de Desarrollo Comunitario (CDC)	63
6.4	Visita domiciliaria a pacientes en el Centro de Desarrollo Comunitario (CDC)	64
6.5	Organización de archivos clínicos en el Centro de Desarrollo Comunitario (CDC)	65
7.	Resultados (Atención y Orientación Psicológica)	67
8.	Reflexiones	70
9.	Bibliografía	76
	Anexos	78

## RESUMEN

Para entender la labor que desarrolla el psicólogo clínico en una institución de asistencia social como el DIF Estado de México (DIFEM) es necesario acercarse a los conceptos que definen y acompañan la salud mental a través de la historia, esclareciendo el origen de lo que es considerado anormal para el comportamiento individual. México fue el primero entre los países de América en tomar bajo su cuidado a los enfermos mentales que deambulaban por las calles, siendo en 1556 Fray Bernardino Álvarez quien fundara el primer Hospital llamado de San Hipólito. En 1910 se inaugura en los terrenos de la Hacienda Castañeda en Mixcoac el Manicomio General, considerado la cuna de la psiquiatría pública en México. Bajo estas observaciones se mencionará que no hay normalidad sin considerar parámetros socioculturales que arrojen lo que en promedio los individuos son y deben ser. No obstante, la estadística sólo muestra la vigencia de las normas que operan en el momento histórico del que se trate. La existencia de las normas se encontrará en cualquier actividad o rol que se desempeñe individualmente, haciendo énfasis en mostrar que es así en la labor del psicólogo clínico desde el momento en que se concibe (por los demás y por sí mismo) como el profesional encargado de encausar las problemáticas de los individuos, a modo de lograr que se acepten como faltos de salud mental por no adherirse a lo que se espera de ellos de acuerdo al lugar que ocupan en la estructura sociocultural.

Bajo esta perspectiva, el psicólogo clínico a través del cuestionamiento del origen de sus funciones y rol profesional, será capaz de asumir más posibilidades de acción que las que piensa que la institución le proporciona, dentro de la evidente desorganización en los servicios y la atención en la cantidad de los mismos más que en la calidad. La propuesta es construir una práctica en que el psicólogo se cuestione, dando como resultado una toma de conciencia del discurso de encargo y demanda de salud mental que se encuentra implícito tras la psicología; profesión que a través de la historia, ha sido integrada a instituciones cuya consigna es impulsar un *cambio* en el individuo, cambios de aquellos para que nada cambie en realidad y se conserve una estructura donde cada uno sea como debe ser.

# INTRODUCCIÓN

En la actualidad, se dice que los avances científicos y tecnológicos han enriquecido el concepto de salud, o bien, lo han diversificado considerablemente, según la perspectiva que se adopte. Así, desde el punto de vista biomédico, la salud se concibe como la ausencia de enfermedad y ésta, a su vez, como desviación de una norma fisiológica (Bordignon, 2000).

Existen otros enfoques que consideran el sentirse sano como la capacidad de funcionar *bien* física y mentalmente, y de expresar las potencialidades propias. Estas aproximaciones conceptuales plantean la cuestión del *deber ser* del hombre en materia de salud.

Específicamente, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud mental es definida como: *ajuste con conformidad a los modos deseables de vida, alcanzando niveles de comprensión y madurez para el medio psicosocial en el que vive y en el área social, comprendiendo y resolviendo los conflictos de convivencia con sus semejantes* (Buela - Casal, 1997).

Aunque ésta sea una definición oficial, ha sido objeto de críticas por faltarle el componente de tratarse de un fenómeno social e históricamente determinado, es decir, por la idea de que la salud, individual y colectiva, depende, digámoslo así, de las condiciones materiales de la vida, de los valores y la ideología que prevalecen en una comunidad, así como del ambiente y los servicios de salud disponibles. También se ha criticado la definición de la OMS por plantear un objetivo ideal y no realista, ya que las constantes alteraciones y ajustes en el funcionamiento del ser humano hacen muy complicado tener una salud perfecta. La salud mental sería, por lo tanto, la ausencia de enfermedad vista como el óptimo grado de adaptación del hombre a su ambiente en un determinado contexto cultural, siendo además una experiencia subjetiva e individual dentro de un proceso dinámico en una sociedad y tiempo específicos.

Cabe mencionar que la aspiración a la salud como bienestar físico, mental y social, concebida como un derecho y como un objetivo en las sociedades del mundo, ha sido una consecuencia del surgimiento del estado social de derecho en muchos países. Como menciona Soberon (1988), la salud se ha constituido como un valor que se presenta como atributo de la vida y que se asocia a la calidad misma de ésta.

Sin embargo, la salud mental, no es considerada como el valor social más característico, ni el único; de hecho, su importancia varía con el tiempo y el grupo social, y está condicionada a otros valores, como el prestigio y el poder. De esta manera se va integrando la llamada *cultura sanitaria*, en cuanto a lo que es sano o enfermo, y en cuanto a cuáles son las conductas adecuadas y cuáles no lo son. Dentro de estos conceptos se especifica también cuál es el papel del enfermo mental: por un lado se acepta su incapacidad (se le releva de sus obligaciones sociales), pero se le exige, al mismo tiempo, que busque una solución; se le atribuye una responsabilidad por estar enfermo (por descuido, por hábitos de alto riesgo, por herencia biológica, etc.), se establecen medidas para resolver el problema y, además, se sugieren medidas preventivas. Cualquier desvío de estas normas se considera ajeno a los valores de la comunidad y, como tal, es sancionado. Es así que, en muchas ocasiones los individuos asumen su papel de enfermos a partir de las observaciones y comentarios hechos por los demás, y llegan a buscar ayuda para resolver el problema que los otros le han señalado, de lo contrario, se les trata como irresponsables o incapaces de resolver la situación por sí mismos.

Aunado a esto, Benedito (cit. Braunstein, 1975) menciona que el individuo *culturalmente sano* sería aquel que se encuentra integrado en su cultura a través de un proceso de *adaptación activa*, que lo capacita para adaptarse también a otras culturas y para tratar de modificar la suya propia. Los propios modos de enfermar, de comportarse inadecuadamente, estarían prescritos, igual que los comportamientos normales.

Y ya que la *adaptación* es la finalidad, la medicina, por su parte, supone que tal individuo se enfrenta con un problema cuando no dispone de la posibilidad de responder adaptativamente frente a una situación que se le plantea en su medio, y en ese momento el organismo traspasa los límites de sus capacidades fisiológicas, apareciendo así, alteraciones

en el funcionamiento orgánico acompañadas por lo común de transformaciones estructurales o anatómicas, a las que se designan con el vocablo correspondiente: enfermedad.

Estamos frente a un estado de inadaptación que debe ser combatido para que el organismo pueda continuar viviendo y funcionando *normalmente*, resultando así la siguiente ecuación propuesta por Braunstein (1975): salud = adaptación = normalidad, y por lo tanto, en el plano de la biología, también lo son sus contrarios: enfermedad = inadaptación = anormalidad.

Es importante mencionar esta significación que tiene el concepto de *enfermedad* y su relación con el de *inadaptación* en el plano de la biología, ya que posteriormente, el concepto se traslada al terreno de la psicología y se comienza a hablar de *conducta inadaptada o anormal*. De esta manera, se sabe quién es el sujeto *sano – adaptado – normal*: quien asimiló las normas imperantes en el orden sociocultural constituido hasta el punto de que éstas actúan desde el interior y no requieren de coerción exterior, quien se vuelca productivamente sobre la realidad exterior sin cuestionarla. En caso contrario, tenemos por delante a un *inadaptado – anormal – enfermo*.

Después de ver quién es sano y quién enfermo, es claro que la definición de salud mental establece también la característica de producir eficientemente. El rasgo de *producir* debe ser entendido en un sentido amplio: no sólo se produce en el lugar de trabajo, también produce el niño en la escuela, la mujer que se encarga de la marcha regular de los asuntos domésticos, el desocupado que espera la aparición de vacantes para entrar a ocuparlas, el que consume; pues al consumir mercancías obliga a reproducirlas, es decir, produce producción. Todos estos producen, y la oposición a desempeñar semejantes roles es considerada una expresión patológica que merece un tratamiento capaz de alcanzar la readaptación.

Más aún, a la par con el uso del modelo médico debe verse también el uso de la estadística. Esto parte de considerar a los sujetos congruentes, sanos (cuya ideología les permite actuar de modo adaptado en los procesos sociales), como una mayoría

estadísticamente normal y como los que están en condiciones de adecuarse a lo que se espera de ellos. Los que son distintos se considerarían como *anormales*, y si esta anomalía se refiere a alguna norma cuyo mantenimiento es vital para el orden social constituido, los anormales son también inadaptados, presentan trastornos de conducta, su salud mental se considera afectada, y lógicamente, hay que curarlos. Es decir, cuando hay desviación de la norma estadística, es decir, la enfermedad mental, el modelo médico nos suministra las nociones para transformar a los anormales, bajo la idea humanitaria de que nos dedicamos a curarlos. Además, para darle científicidad a estos procedimientos, debe saberse cómo es la población normal, qué grado de desviación de la norma puede ser tolerado dentro de los límites de la salud, y a partir de qué punto es necesario aplicar rótulos de enfermedad mental, de aquí la creación de manuales como el CIE - 10.

De manera que la mayoría de los individuos, son como deben ser para funcionar adaptadamente en los marcos del orden social vigente. El objetivo es lograr que la población *desviada* retorne a la normalidad. De este modo surge la siguiente ecuación:

$$\begin{array}{lcl}
 \text{lo que los individuos son} & = & \text{promedio estadístico} \\
 \text{promedio estadístico} & = & \text{normalidad = salud} \\
 \text{normalidad = salud} & = & \text{lo que deben ser}
 \end{array}$$

Y, por lo tanto:

$$\text{lo que los individuos son} = \text{lo que los individuos deben ser}$$

Es así que, eso que los individuos son y que se objetiva en un promedio estadístico, es el resultado de la existencia de normas sociales. En otras palabras, el promedio no es la fuente de la normalidad, sino que es la expresión de la existencia de una norma sociocultural vigente y operante.

Más allá, hay que tomar en cuenta que una norma designaría aquello que no se inclina ni hacia la derecha ni hacia la izquierda; es decir, lo que se mantiene en un justo medio; de aquí surge que es normal aquello que es tal como debe ser, (es normal,

tomándolo en el sentido más usual de la palabra) aquello que se encuentra en la mayoría de los casos o aquello que constituye el promedio. Así, la anomalía como tal sólo es reconocida cuando ha sido sentida como obstáculo para el ejercicio de las funciones, como molestia o nocividad. Esto es, que cuando se habla de anomalías no se piensa solo en las desviaciones estadísticas, sino que se piensa en los comportamientos perjudiciales e incompatibles con la vida misma, así la anomalía estadística puede trasladarse a la salud y enfermedad mental, pero por sí sola no es ni una cosa ni la otra.

Siendo así, aquello que es normal (en condiciones dadas), puede convertirse en patológico en otra situación si se mantiene idéntico a sí mismo. El individuo mismo es juez de esta transformación porque es él quien la padece, en el preciso momento en que se siente inferior a las tareas que la situación nueva le propone, toma su *rol* de enfermo. Por consiguiente, el estado *patológico – anormal – enfermo* no está constituido por la ausencia de toda norma. La enfermedad mental o anormalidad es aún una norma de vida, pero es una norma que no tolera ninguna desviación de las condiciones en las que vale, puesto que es incapaz de transformarse en otra norma, de aquí que las maneras de ser un enfermo mental también están establecidas.

Por consiguiente, y en concordancia con Canguilhem (1971) el *individuo – enfermo mental* está normalizado en condiciones de existencia definidas y ha perdido la capacidad normativa, entendida como la capacidad de instituir diferentes normas en condiciones diferentes. Por tanto, la definición de la salud y la enfermedad mental requieren como punto de partida la noción de ser individual. El individuo no es anormal por ausencia de norma sino por su incapacidad para ser normativo

Así, lo anormal tiene que ser comprendido como una especie de lo normal, puesto que lo anormal no sería aquello que no es normal, sino aquello que es otra normalidad. No hay que perder de vista que no hay ningún tipo de vida sin normas de vida, y en cualquier estado se encuentra siempre una manera de vivir. El individuo es sano en la medida en que es normativo con respecto a las fluctuaciones de su medio ambiente, dándose nuevas normas de vida.

No obstante, es común que se investigue ampliamente y con instrumentos constantemente perfeccionados las características del hombre normal y saludable mentalmente. Para esto se recurre a los cuestionarios de personalidad que permiten averiguar en qué aspectos y en qué medida un individuo singular se aparta de lo que es *normal = adaptado = sano = conveniente*. Toda esta investigación se le ha encargado a la psicología, la cual ha producido resultados siempre y cuando no se cuestione a sí misma y a quienes las elaboran, cuál es el proceso de construcción de las normas que se encuentran.

Todos los trabajos basados en las técnicas de la encuesta social, los inventarios de personalidad, los tests psicológicos con sus criterios de confiabilidad y validez, etcétera, ocultan el hecho de que los promedios encontrados y las normas instituidas como indicadores de salud mental son el resultado de la ubicación o desubicación de los individuos en los lugares y en los roles asignados a ellos y por ellos bajo la estructura sociocultural en la que viven.

Así se explica como en cada formación social existen los estándares de productividad, de conciencia y de adaptación conductual para sus integrantes; estos estándares son inculcados a los sujetos por medio de la familia, la escuela, los medios de difusión de masas y demás aparatos ideológicos; así, las encuestas e inventarios de personalidad cuantifican *objetivamente* el grado de incorporación de cada sujeto a los estándares para él fijado; finalmente, las distintas terapias (*psicológicas, farmacológicas, físicas, sociales, etc.*) corrigen las desviaciones que pudieran haberse producido respecto de las normas y completan de este modo el proceso (Braunstein, 1975).

Por lo tanto, la salud mental en las instituciones de asistencia social se concibe como un estado natural que se tiene o se pierde, como una aceptación o rechazo del lugar asignado dentro de la estructura sociocultural (con los comportamientos propios del ser sano y del ser enfermo). Así, se incluye cuál es la misión del psicólogo como funcionario al servicio de la adaptación y de la corrección de trastornos que llevan a los individuos a ser distintos de lo que deben ser. Entonces, el psicólogo clínico es llamado a intervenir cuando el estado natural anterior ha sido alterado, y su éxito es medido por su capacidad para hacer que el individuo funcione en su condición de normalidad para él y para sus semejantes.

Bajo esta perspectiva, el objetivo general del presente trabajo es *mostrar la función laboral del psicólogo clínico en el Programa de Atención Psicológica Integral (API) de acuerdo al Sistema Municipal DIF Estado de México*. Para desarrollarlo, se plantean los antecedentes del concepto de salud mental en el primer capítulo, incluyendo su vinculación con el proceso de construcción social del que forma parte el individuo. También, se mencionan los factores que se han tomado como determinantes de la salud mental en nuestro país de acuerdo a las condiciones de vida del ciudadano *promedio*.

En el segundo capítulo se menciona la apertura del campo laboral para la psicología clínica a partir de la Segunda Guerra Mundial, y cómo se establecen las funciones generales del psicólogo clínico a través de los años; no obstante, en el segundo apartado se explica cómo en México el campo laboral es muy variado pero mal remunerado como consecuencia del auge de la profesión desde entonces a la fecha.

En los capítulos tercero y cuarto, se desarrolla la constitución del Organismo DIF a nivel nacional, sus atribuciones y misiones establecidas, incluyendo las que constituyen al Sistema DIF Estado de México, vinculadas con una concepción de la familia y su bienestar. De aquí se deriva la creación de programas a nivel estatal, coordinados por la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar, que como se aborda en el capítulo cinco; API es considerado un programa de reciente creación, el cual se presenta con el objetivo de disminuir la aparición de trastornos emocionales, de conducta y mentales en la población mexiquense, dentro del cual el psicólogo clínico es llamado a intervenir en diferentes procesos que se derivan de la consulta psicológica; que tal como se mencionan en el capítulo seis, van de la realización de estudios socioeconómicos hasta la canalización de pacientes a otras instituciones.

Posteriormente, a través de los 12 primeros meses de realizar las actividades encomendadas, se explican en el capítulo siete los resultados y cuantitativamente se representan en los rubros considerados como atención y orientación psicológica en el Programa API. Finalmente, se presentan las reflexiones que surgieron de laborar en una institución de asistencia social como DIF Estado de México, haciendo énfasis en un cuestionamiento de la práctica del psicólogo clínico como parte del sistema sociocultural vigente y las implicaciones de asumir dicho rol profesional.

# 1. EL CONCEPTO DE SALUD MENTAL: ANTECEDENTES

Concibiendo a los enfermos mentales como faltos de juicio, *pedras vivas*, inocentes, carentes de libre albedrío y entendimiento, fue en el año de 1566 que Fray Bernardino Álvarez fundó el primer hospital para enfermos mentales en América, el Hospital de San Hipólito. Los trastornos de la conducta caracterizados por alucinaciones, delirios, convulsiones, etc., fueron considerados muestras de la presencia del demonio. De aquí parte el adjudicar los orígenes de la enfermedad mental a una fuerza externa al enfermo, idea que se dice, prevaleció hasta el siglo XIX, cuando el pensamiento freudiano estableció que las causas de la enfermedad mental provenían de las vivencias del individuo.

Así, a fines del siglo XIX y a principios del XX las causas de la enfermedad mental empezaron a considerarse como la consecuencia de los actos internos del mismo individuo, lo cual se manifestó en el interés por el estudio de las enfermedades mentales y su tratamiento. De aquí que el concepto de salud del cual se parte influenció en la teoría y la práctica la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud (Harrsch, 1983).

En el uso de la lengua española, el vocablo salud (del latín *salus - salutis*) significa un estado del organismo que no está enfermo; y enfermedad (del latín *infirmas - atis*) se relaciona con alteraciones del organismo que perturban su funcionamiento normal. Por esto, autores como Offer y Sabshin (1974, cit. Buela - Casal, 1997) igualan la normalidad con la salud. Mucho se ha hablado de sujeto *sano o enfermo* haciendo referencia a un estado de funcionamiento razonable, considerando a la salud como un promedio estadístico, lo que implicaría que todo lo que se desviase de la media fuese conceptualizado como anormal. Esta perspectiva presenta diversos problemas al hablar de estadísticas. Nos encontramos con que algo que puede ser considerado como sano en un tiempo o lugar determinado puede no serlo en otros, además del inconveniente de dónde establecer el límite entre lo que puede ser considerado como normal y lo que no, puesto que una baja frecuencia no implica necesariamente patología.

Otros autores consideran que el parámetro más relevante de la definición de salud es la adaptación. Se considera que un individuo, al menos en principio, se encuentra adaptado al medio si en el desempeña de forma adecuada el papel que le corresponde. Esto lleva a considerar a la salud desde una perspectiva de funciones, y a definirla como desempeño de funciones sociales. Por ejemplo, Parsons (1981, cit. Buela- Casal, 1997) afirma que la salud puede ser definida como el estado de capacidad óptima de un individuo para la ejecución efectiva de las funciones y tareas para las que él ha sido socializado. Al hablar de papeles se hace referencia a que un sujeto se comporte de acuerdo a lo que se espera de él a lo largo de su ciclo vital (papeles familiares, ocupacionales, etc.).

Así, autores como Jahoda, Maslov, Taylor y War (cit. Buela - Casal, 1997) incluyen en el concepto de salud las siguientes características: a) logro o aspiración: es decir, capacidad de establecer metas realistas y efectuar esfuerzos activos para conseguir tales logros y aspiraciones; b) funciones cognitivas: es decir, hace referencia a la percepción realista del mundo; c) balance emocional, funcionamiento integrado, bienestar afectivo, es decir, se trata de reaccionar de una forma *adecuada* a los estímulos y sentirse bien; d) ajuste social, competencia, autonomía: es decir, se trata de actuar de una forma autónoma y competente y sobre todo *adecuada* al contexto sociocultural; e) autoestima: es decir, el individuo se percibe a sí mismo como siendo físicamente saludable, atractivo, inteligente, etc., y f) ilusiones, visión positiva del yo, habilidad de ser feliz o estar satisfecho, capacidad de cuidarse de otros y de preocuparse por ellos, poder realizar un trabajo productivo y creativo, y competencia para desarrollarse y alcanzar metas dentro de un medio desafiante y a veces amenazador.

### **1.1 La salud mental y su vinculación con la cultura (el rol social).**

Hoy en día, más que enfatizar los aspectos negativos de la salud, (por ejemplo, el no tener síntomas de enfermedad), se reconoce la importancia de la perspectiva de salud positiva. El objetivo es hacer énfasis en construir la salud más que en curar la enfermedad, incluyendo a los técnicos de la salud que se les entrena más para buscar la patología que la salud. La importancia de esta perspectiva radica en que conlleva la aceptación de investigar los procesos de desarrollo normales como una necesidad, para así describir, explicar y, siempre

que sea posible, modificar (o prevenir) la aparición de patologías a lo largo del ciclo vital. Es decir, se trata de considerar a la salud como un valor positivo, a nivel individual y comunitario, y de que el sujeto disponga de actitudes positivas que *guíen* actualmente su conducta.

Dado que un individuo se halla inmerso dentro de una determinada familia que vive en una comunidad concreta y en una sociedad con una cultura y/o sistema socioeconómico específico, según estos sistemas funcionan de una forma *saludable* o no, influenciarán positiva o negativamente, no sólo a la salud de las personas, sino también a la promoción de ésta y a la prevención de la enfermedad. Desde este punto de vista la salud no puede caracterizarse exclusivamente desde un nivel individual, sino que sería necesario hacer referencia a ésta desde los diferentes sistemas en los que la persona está inmersa. Por ello, surgen también los conceptos de familia sana, organización sana y cultura y sociedad sanas como parte de la comprensión del concepto de salud.

Por ejemplo, Scott (1987, cit. Buela- Casal, 1997) señalan que las llamadas familias *disfuncionales (patológicas o no sanas)* se caracterizan por conflicto, distancia emocional, desunión entre sus miembros, consenso pobre acerca de valores relevantes, ejecución de roles inapropiada, coaliciones rígidas, asignación familiar y sobre implicación de unos miembros con otros. Por el contrario, las familias *normales (sanas)* se caracterizan por: cohesión óptima, relaciones interpersonales armoniosas, consenso sobre cuestiones importantes, flexibilidad en asignación de poder y de funciones, orgullo en sus miembros, apoyo emocional mutuo, comunicación efectiva, compromiso con la comunidad, etc.

También se hace referencia a una cultura o sociedad sanas, las cuales se caracterizan por aumentar las probabilidades de que el individuo llegue a comportarse de una forma sana y a desarrollarse de una manera adecuada. Así, estilos de vida patológicos, estrés, carencia de información adecuada, sensibilidad de los servicios de salud, valoración social de la salud, redes de apoyo social adecuadas y los diversos indicadores de salud, constituyen algunos de los aspectos que se dice, debe tener en cuenta una cultura o sociedad sanas.

Ahora bien, ¿qué entendemos por salud mental?. No existe una respuesta consensuada, sin embargo, lo conceptual se ha sustituido con lo fenomenológico mediante la referencia a indicadores objetivamente observables que hacen hipotetizar la existencia de algo a lo que se denomina salud mental. La definición adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una buena muestra: *ajuste con conformidad a los modos deseables de vida, alcanzando niveles de comprensión y madurez para el medio psicosocial en el que vive y en el área social, comprendiendo y resolviendo los conflictos de convivencia con sus semejantes. ¿Cuáles son los modos deseables de vida?, ¿quién los define?, ¿deseables para quién?*

Así, desde el punto de vista médico, la perfecta salud mental implicaría la desaparición de la enfermedad mental, pero ésta no es, una entidad nosológica con existencia propia, sino una construcción teórica.

Hay otro aspecto por señalar: la doble dimensión, individual y comunitaria, que se implica en el concepto de salud mental y la no necesaria concordancia entre ambas, ya que un individuo puede tener una salud mental adecuada en una comunidad con nivel de salud bajo y viceversa, en una comunidad con nivel de salud alto individuos particulares pueden presentar problemas importantes de salud mental. En este contexto se entendería la salud mental como un estado de bienestar psíquico que permite al individuo una adaptación activa en el medio social en el que vive. Podemos decir que los indicadores de salud mental que se utilizan habitualmente son los siguientes (Buela - Casal, 1997):

- a) Como indicadores comunitarios: 1) las tasas de malestar social subjetivo evaluado mediante escalas como el Cuestionario de Salud General (GHQ) de Goldberg, 2) las tasas de prevalencia e incidencia de trastornos psiquiátricos tipificados, valorados a través de los datos provenientes de fuentes secundarias (informes de agencias sanitarias) o primarias (entrevista estructurada a muestras representativas de la población), 3) las tasas de consumo de sustancias psicotrópicas (drogas legales e ilegales), 4) los niveles de violencia social (agresiones, suicidios) y de delincuencia, 5) los indicadores de conflictividad social.

- b) Como indicadores individuales: 1) la presencia o no de enfermedad tipificada, 2) la capacidad del individuo para conseguir una *adaptación activa*, lo que implica un autoconcepto positivo y una buena capacidad de relación y de intervención en los asuntos de la comunidad.

Cabe mencionar como eso que se ha llamado *naturaleza humana* no solo responde cuantitativamente al ambiente social, sino también cualitativamente, hasta tal punto, como señala Mead (1967, cit. Buela - Casal, 1997), que los ritmos culturales son más fuertes y coercitivos que los fisiológicos y los cubren y deforman, que el no satisfacer una necesidad artificial y culturalmente estimulada puede producir más infelicidad y frustración que el más riguroso cercenamiento cultural de las demandas de sexo o del hambre.

De acuerdo con esta visión, a la hora de definir las nociones de normal y anormal aplicadas a los comportamientos humanos, priman más en esta perspectiva la adaptación al modelo sociocultural que la adaptación a un pretendido modelo universal de cultura. Cada variedad establece su propia norma en relación con el comportamiento considerado normal y esto, a su vez (que es más relevante aún), determina la forma de desviación; puede haber anormales en todas las sociedades y culturas, pero las *formas de ser anormales* serán variables y culturalmente determinadas; lo que cuenta, a la hora de etiquetar a un individuo como desviado o anormal, es la capacidad de éste para adaptarse al modelo básico y no a una hipotética norma universal.

Cada sociedad presenta, según dicho enfoque, unos valores dominantes o modelos que la caracterizan. Estos *valores modales* tienen, según Benedict (1967, cit. Buela - Casal, 1997), dos características esenciales para la comunidad: 1) contribuyen a la formación de la *personalidad básica* de los niños, y 2) permiten establecer la propensión de los miembros de esa comunidad a desarrollar un determinado tipo de patología mental (sociedades paranoides, obsesivas, etc.), visible, sin embargo, desde dentro de la propia sociedad, al estar muy elevado el umbral perceptivo para dichos trastornos.

La cultura, por tanto, define universalmente los criterios de normalidad, anormalidad y adaptación y, por consiguiente, la anormalidad es detectada como tal en toda cultura, aunque esté aparentemente integrada en esa cultura e incluso positivamente valorada, como en el caso del chamán o de los llamados trastornos étnicos.

Así, lo que cada cultura particular proporciona a sus individuos son las formas de conducta correcta y también los modos y situaciones en que puede utilizar modelos de *conducta incorrecta*, es algo así como decirle al individuo: este comportamiento no es correcto y, por tanto, no se debe hacer, pero, en caso de que lo hagas, debes hacerlo tal y como está socialmente prescrito.

Aunado a esto, Benedito (cit. Braunstein, 1975) menciona el concepto de *rol* y lo define como una serie de comportamientos o conductas manifiestas que se esperan de un individuo que ocupa un determinado lugar o status en una estructura social; lugares asignados que los sujetos vienen a ocupar y que les preexisten, lugar de sujeto ideológico. Conductas que no son producto de decisiones individuales o autónomas sino que responden a las normas o expectativas asociadas a ese lugar que se viene a ocupar, y que son internalizadas en el proceso de socialización, más estrictamente, en el proceso de sujetación del individuo a la estructura social.

En estas circunstancias, se dice que sería impensable una actuación preventiva que no actuase a través de los mecanismos culturales sancionados para transmitir las pautas de comportamiento de esa cultura. Un ejemplo de esto, es la llamada *antropología cultural*, ciencia que nace en el curso del siglo XX del matrimonio de conveniencia entre la etnología y la psiquiatría, la cual permite establecer las relaciones entre cultura y enfermedad mental, así como reconocer cuáles son los factores de comportamiento considerados normales en esa cultura, es decir, su patrón de salud mental, así los problemas de salud mental serían mejor comprendidos si se les examina en relación con el ambiente físico y social en que la persona se halla inmersa.

## 1.2 Las condiciones de vida en México y la salud mental.

En 1917, La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos es el primer cuerpo de doctrina jurídica en el mundo que consagra los derechos de la colectividad. En 1983 se eleva a categoría constitucional el derecho a la protección de la salud para todos, que se vincula de inmediato a las garantías sociales ya consagradas previamente: la educación, la vivienda, el trabajo (Soberon, 1988).

En México, el lugar que se le asigna a la salud dentro del contexto general de las necesidades es de primer orden, en vista de la estrecha interrelación que se establece entre la salud y el desarrollo. Esta postura adquiere especial relevancia en circunstancias de crisis económica, dado que hacer reducciones en los recursos asignados a la salud y a otras prioridades sociales sería contraproducente a mediano y largo plazos.

De La Fuente (1959) menciona que salud mental es un aspecto de la salud integral e inseparable del resto. No es únicamente la ausencia de enfermedades y trastornos, sino el desarrollo óptimo de las potencialidades para la vida. De hecho, se dice que la causa de muchos problemas de salud no sólo se encuentra en el conflicto entre nuestra biología y la naturaleza, sino también entre nuestra psicología y la estructura y organización de nuestra sociedad, incluso que la epidemiología ha puesto de manifiesto que los patrones de enfermedad y las tasas de mortalidad en cada época y en cada país están causalmente relacionados con estructuras y condiciones económicas y sociales que no responden a las necesidades humanas básicas del mayor número. Así, algunos problemas de salud mental están engranados en la forma de vida y en el carácter social. Ambos reflejan las incongruencias y las inequidades de la sociedad. Por ejemplo, algunos de los factores que hacen vulnerable a nuestra población y tienen efectos sobre la salud mental están documentadas como:

- *Explosión demográfica.* En la transformación de la ciudad de México que ocurrió durante la Segunda Guerra Mundial, la población del campo comenzó su emigración a la ciudad, encontrando dificultades para incorporarse a la población activa, proliferando así, los cinturones de pobreza. Por otra parte, las distancias entre los lugares en que la gente la

habita y los centros de trabajo son cada vez mayores y el transporte es insuficiente. La inmigración rural es la causa principal de los índices de crecimiento de nuestras ciudades, que son superiores a los de Europa. Se dice que una consecuencia es el hacinamiento en la habitación con la falta de privacidad, promiscuidad y violencia intrafamiliar.

- *La desnutrición.* En nuestro país hay grandes deficiencias en la producción, distribución y consumo de alimentos. La mala nutrición de nuestras clases populares es una causa de la elevada tasa de mortalidad infantil y de deficiencias importantes en el desarrollo físico y mental. Una tercera parte de la población está gravemente subalimentada y sólo 15% está bien alimentada. Según datos del Instituto Nacional de la Nutrición, 90% de nuestra población indígena está desnutrida y uno de cada cuatro niños mexicanos tiene deficiencias. Se estima que siete de cada 100 niños sufren desnutrición en grado severo. Esto tiene consecuencias en el desarrollo psicológico y en el aprendizaje.

- *Cambios en la estructura familiar.* El cambio social en las últimas décadas incluye modificaciones profundas en la estructura de la familia. Como en otros países en vías de desarrollo, la familia ha perdido cohesión, sus miembros se dispersan, las tasas de divorcio de amor libre aumentan. Por otra parte, el número de mujeres que trabajan fuera del hogar es cada vez mayor.

Así, se interpreta que las situaciones estresantes, infiltradas en la trama de la vida diaria de los individuos, generan desesperanza y sentimientos de incapacidad que dañan la salud mental. Tener en quien confiar, estar íntimamente ligado con familiares y amigos, y ser parte de una comunidad que responde en caso de necesidad, protege la salud mental de los individuos. Aunado a esto, se dice que las personas de bajo nivel socioeconómico no sólo están sujetas a un estrés mayor, sino que también cuentan con recursos internos y externos para contender con las adversidades. Cuando se habla de pobreza, a menudo se le ve en términos de carencias económicas, pero es claro que la pobreza tiene otras implicaciones, como son las actitudes ante el mundo y hacia uno mismo, formas de relacionarse, expectativas, etc.

Cabe mencionar, que en un estudio realizado por Díaz - Guerrero (1982) en el cual se pretendía abordar la salud mental, personal y social del mexicano de la ciudad, se menciona que uno de cada tres mexicanos de la ciudad se enoja y se siente triste a menudo, no cree que esta vida vale la pena de ser vivida, padece de bilis, encuentra difícil concentrarse, no le gusta el trabajo con el que se gana la vida, se considera una persona nerviosa, etc. Por ello, indica que uno de cada tres mexicanos de la ciudad está *desajustado o neurótico*, es decir, predispuestos a tener pobre salud mental. Sin embargo, el desajuste se menciona definitivamente mayor en la mujer mexicana que en el varón. De cada dos mujeres mexicanas de la ciudad una es *desajustada o neurótica*, mientras que sólo uno de cada tres varones lo es. Concluye que hay factores en el medio psico - sociocultural de la ciudad que inducen a mayor insalubridad mental en la mujer que en el hombre.

Así, diversos estudios muestran tasas muy elevadas de *mala salud mental* en las poblaciones urbanas en términos de angustia generalizada, abatimiento del humor, propensión a la violencia, síntomas psicofisiológicos mal definidos, etc., por lo que, a consulta externa de los hospitales y centros de salud llegan en número cada vez mayor, personas cuyos problemas son trastornos afectivos y disfunciones somáticas.

Mario Testa (cit. Bordignon, 2000) menciona que en nuestro país las prácticas en salud mental se caracterizan por la fragmentación y los mecanismos de exclusión, dejando prácticamente sin alternativas al paciente por largos períodos de tiempo. En este marco, incluye a los psicólogos como parte de este malestar en tanto ellos mismos lo padecen: limitados puestos de trabajo, sueldos bajos y honorarios reducidos en un clima institucional hostil. A continuación, se presentan los antecedentes generales de lo que hoy llamamos el campo de la psicología clínica, incluyendo el perfil y las funciones asignados al profesional del área, así como las características del campo laboral en México.

## 2. ANTECEDENTES DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

En términos generales, se dice que la psicología clínica es un área aplicada de la psicología general, que se ocupa de buscar, instrumentalizar e implementar los principios que lleven a una comprensión del carácter de una persona –*cliente, paciente, consultante o como se suele llamar*– que se encuentra en dificultades, y cuyo objetivo fundamental es reducir el malestar que esa persona experimenta, ayudándola a funcionar de una manera más satisfactoria y adecuada tanto para sí misma como para las personas que constituyen su marco de referencia social (Pérez, 1981).

Esta disciplina nació con el siglo, pero su desarrollo ha sido particularmente acelerado en los últimos 25 años, estimulado tanto por el interés de la sociedad en encontrar respuestas apropiadas a sus necesidades, como por el propio avance de la psicología, que ha abierto múltiples vías de acceso a la interpretación y el manejo de los problemas del comportamiento humano. Sin embargo, el campo no ha sido delimitado con la precisión suficiente para impedir los choques acerca de competencias con los médicos y en especial con los psiquiatras, quienes reivindican la autoridad absoluta sobre actividades como la psicoterapia.

Históricamente, se considera que han existido cuatro generaciones de psicólogos clínicos, estando cada generación más o menos delimitada por algún suceso importante, en particular por las dos guerras mundiales. Así, por la época de la Segunda Guerra Mundial, la necesidad de seleccionar las personas más adecuadas para las tareas militares, así como la imposibilidad del cuerpo médico para atender los innumerables casos de *neurosis de combate* (reacciones histéricas producidas por el miedo), traumatismos psicológicos y simulaciones, llevaron a que provisionalmente los psicólogos entraran a trabajar en un campo que hasta ese momento les estaba vedado: el de la psicoterapia.

Dicho paso tuvo un carácter irreversible, pues, a partir del momento en que oficialmente los psicólogos recibieron el reconocimiento de su aptitud para intervenir a este nivel, no solamente pudieron percatarse de que podían hacerlo adecuadamente sino también de que, se decía, estaban mejor preparados que los psiquiatras para manejar ciertas situaciones, ya que su formación en teorías de la personalidad, en psicología del desarrollo y en diversas explicaciones acerca del comportamiento *normal* y *anormal*, les proporcionaba una visión más amplia y detallada de la problemática de los sujetos a quienes debían asistir (Goldenberg, cit. Pérez, 1981).

Así, lo que surgió fue la proposición de dar una formación más completa a los psicólogos que se dedicaran a este tipo de trabajo, se delinearón con mayor precisión las funciones que tendrían y se sugirió capacitarlos a nivel práctico, teórico e investigativo, lo cual implicaba la obtención de un doctorado.

De las tres funciones que se consideraban características del trabajo del psicólogo clínico (diagnóstico y evaluación, psicoterapia e investigación), el diagnóstico se mantuvo en primer lugar hasta comienzos de los años sesenta; a partir de esa época, el interés por las actividades psicoterapéuticas no ha cesado de crecer, y las discusiones con los miembros de otras profesiones ha contribuido bastante a ello. En esta época, la profesión se estructura y se solidifica, llegando a obtener un reconocimiento social sin precedentes.

Por otra parte, se dice que la función evaluativa se involucra dentro de un contexto más amplio, realizándose de una manera más dinámica y con un objetivo diferente: no se trata sólo de asignarle rótulos a las personas, sino de especificar claramente clases de problemas y –a partir de esto– de formular estrategias de intervención que pueden ejecutarse bajo la responsabilidad exclusiva de la misma persona que evalúa el caso.

## **2.1 Funciones y características del psicólogo clínico.**

Las funciones del psicólogo clínico se han multiplicado notablemente, y se le puede encontrar en múltiples trabajos y en distintos niveles jerárquicos, dentro de una gran variedad de instituciones (Goldenberg, 1973, cit. Pérez, 1981):

- Como profesor e investigador a nivel universitario.
- Como profesional y como investigador en clínicas y hospitales, tanto generales como especializados.
- En centros comunitarios de salud mental, prestando asistencia directa o planificando formas de intervención.
- En centros de salud universitarios.
- En centros de orientación infantil.
- En la práctica privada, asistiendo a individuos o a grupos.
- En escuelas públicas y privadas.
- En reformatorios y prisiones.
- En centros de asistencia para menores.
- En escuelas médicas.
- En cortes de conciliación.
- En la industria, como consultor de administración.

Igualmente amplia es la gama de problemas que puede atender, aun cuando por lo general el psicólogo clínico se especializa en uno o varios de ellos: problemas sociales e interpersonales; trastornos sexuales; dificultades conyugales; problemas de lenguaje; asistencia escolar y vocacional; perturbaciones comportamentales asociadas a delincuencia, alcoholismo y farmacodependencia, y trastornos asociados a disfunciones cerebrales. Por consiguiente, el tipo de personas que atiende puede variar, desde el infante en quien debe evaluar daño cerebral o retardo psicomotor, hasta el anciano desmotivado y sin esperanzas, pasando por los preescolares, los escolares, los adolescentes y adultos jóvenes, las parejas, los padres, las familias, etc.

De la Fuente (1959) menciona que durante los últimos 50 años los psicólogos clínicos han provisto orientación y ayuda a individuos con trastornos mentales y problemas de la vida. Esta ayuda es particularmente valiosa en el medio institucional y en los servicios

donde las tareas están encomendadas a equipos de salud. Incluso, el programa de salud mental de la OMS a mediano plazo señala cuatro actividades de salud en las cuales los psicólogos pueden jugar un papel central: 1) el desarrollo de políticas de salud mental y su promoción, evaluación y apoyo; 2) la aplicación de conocimientos psicosociales en la salud y el desarrollo humano; 3) la prevención y el control del abuso del alcohol y otras drogas adictivas, y 4) la prevención y el manejo de enfermos mentales y neurológicos.

Asimismo, se dice que la psicología clínica se ocupa esencialmente de problemas emocionales, empleando diferentes técnicas y aplicando los principios de la psicología al individuo, con el fin de reducir las tensiones para que pueda lograr una mayor adaptación a la realidad (Urbina, 1989).

Las principales funciones que realiza se agruparían en cinco categorías:

1. Evaluación y diagnóstico de personalidad, inteligencia y aptitudes, entre otras.
2. Consultoría y psicoterapia a individuos, grupos o familias.
3. Intervención preventiva a nivel comunitario.
4. Investigación aplicada de la personalidad, psicología anormal, y de técnicas y métodos de intervención clínicos.
5. Selección, entrenamiento y supervisión.

Por otra parte, Harrsch (1983) considera que el contar con habilidades de tipo social es un elemento inherente a cualquier campo de aplicación profesional del psicólogo, incluso señala que la función específica del psicólogo clínico en el nivel de licenciatura consiste en identificar, clasificar y analizar problemas en el área de la salud mental; evaluar programas encaminados a la prevención y solución de dichos problemas optando por alternativas adecuadas a la realidad emocional.

Asimismo, interviene en situaciones de crisis. Así, el perfil del psicólogo clínico se conformaría mediante la conjugación de las características de personalidad y de preparación académica. En casi todas las carreras profesionales se requiere de esos elementos, no obstante, en el psicólogo clínico se acentúa que sus características de personalidad sean acordes con la función que va a desempeñar.

Con el fin de lograr lo anterior, se dice que el psicólogo debe capacitarse para realizar estudios de personalidad en niños, adolescentes y adultos que implican discusión, fundamentación del diagnóstico, pronóstico y recomendaciones terapéuticas, así como desarrollar habilidades para comunicar los resultados de dichos estudios tanto a la persona o agencia responsable como a los colegas involucrados en un proceso de referencia. Paralelamente, el psicólogo debe contar con las herramientas necesarias para diseñar y aplicar programas que brinden soluciones y modificación conductual, así como dinámicas grupales.

Bernstein (1982) menciona que hubo un tiempo en que los psicólogos clínicos trabajaban en un solo tipo de instituciones: las clínicas infantiles o los centros de orientación. Hoy se encuentran psicólogos clínicos en los departamentos de psicología de facultades y universidades, en hospitales médicos y psiquiátricos públicos y privados, en clínicas de salud mental municipales y privadas, en centros comunitarios de salud mental, en centros de salud y de asesoramiento para estudiantes, en facultades de medicina, en el ejército, en clínicas psicológicas universitarias, en centros de tratamiento infantil, en escuelas públicas y privadas, en instituciones para retrasados mentales, en prisiones, en correccionales, en negocios e industrias, de departamentos que controlan la libertad condicionada, en centros de rehabilitación de inválidos, en asilos y otras instituciones para ancianos, en orfanatos, en centros de tratamiento para alcohólicos, y en muchos lugares más. Además, un número importante de psicólogos clínicos trabajan en forma independiente, dando consulta de tiempo completo o de medio tiempo.

A pesar de todo, se puede decir que el servicio directo (hospitales y clínicas) es el que ocupa el mayor porcentaje de psicólogos clínicos (sobre todo si se consideran en esta categoría las organizaciones sociales), seguido por las instituciones académicas, estando en último lugar la práctica privada.

De acuerdo con Bleger (1989) el psicólogo clínico, debe estar plenamente habilitado para poder desarrollar una actividad psicoterapéutica, porque –entre otras razones– considera que es actualmente el profesional mejor preparado, técnica y científicamente para dicha tarea; pero al mismo tiempo, menciona que la carrera de psicología tendrá que ser

considerada como un fracaso desde el punto de vista social, si los psicólogos quedan exclusivamente y en su gran proporción limitados a la terapéutica individual.

Desde esta perspectiva, se considera que el psicólogo clínico debe ocupar un lugar en todo equipo de la salud pública, en cualquiera y en todos los objetivos de la llamada *higiene mental*, en los cuales tiene funciones específicas que cumplir (las de la psiquihigiene). Así, se considera que la función social del psicólogo clínico no debe ser básicamente la terapia, sino la salud pública, y dentro de ella, la higiene mental. El psicólogo debe intervenir intensamente en todos los aspectos y problemas concernientes a la psiquihigiene y no esperar que la gente enferme para recién poder intervenir.

Cabe mencionar, que actualmente se tiende a emplear la expresión de salud mental para facilitar el concepto de integración de las llamadas medicina curativa, preventiva y social. La higiene comprende el conjunto de conocimientos, métodos y técnicas para conservar y desarrollar la salud, por lo que, el informe número 31 de la Organización Mundial de la Salud, de diciembre de 1952, dice que la higiene mental consiste en las *actividades y técnicas que promueven y mantienen la salud mental*. Se dice que, dentro de la higiene mental se puede contar con una rama especial, que interesa particularmente al psicólogo clínico: es el campo de la psiquihigiene. Se lo denomina así, no porque se busque la salud psíquica, sino porque se actúa fundamentalmente sobre el nivel psicológico de los fenómenos humanos, con métodos y técnicas procedentes del campo de la psicología y la psicología social, siendo éste el campo privativo del psicólogo clínico (Bleger, 1989).

Así, se considera que el objetivo actual en la higiene mental ya no se refiere tan sólo a la enfermedad, sino también a la promoción de un mayor equilibrio, de un mejor nivel de salud en la población. De esta manera ya no interesa solamente la ausencia de enfermedad, sino el desarrollo pleno de los individuos y de la comunidad total. El énfasis de la higiene mental se traslada así de la enfermedad a la salud, y, con ello, a la atención de la vida cotidiana de los seres humanos. Esto es, la protección de la salud y, con ello, la promoción de mejores condiciones de vida.

## **2.2 El Psicólogo Clínico en México: el campo laboral.**

En México, a partir de 1896, fecha en que se imparte el primer curso de psicología en la Escuela Nacional Preparatoria, la psicología se ha visto influida por filósofos, médicos, psiquiatras, psicoanalistas y conductistas, lo que se ha reflejado en los planes y programas de estudio elaborados a partir de 1938, año de inicio de la carrera de maestro de psicología en la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM. Esta carrera sufrió reformas en los años de 1949, 1951, 1953 y 1955, observándose en ellas que el enfoque médico desplaza al enfoque filosófico y el enfoque psicoanalítico al médico, prevaleciendo teóricamente una orientación clínica; sin embargo en la práctica, el campo de aplicación era limitado ya que el trabajo se reducía principalmente a la aplicación de los tests psicológicos.

La duración de la carrera era de 6 semestres. En 1958, se creó el nivel de licenciatura, aumentando la duración de la carrera de seis a siete semestres. Por otra parte se organiza el doctorado en cuatro especialidades: clínica, laboral, criminalística y pedagogía. Y para el año de 1960 el Consejo Universitario de la UNAM, aprueba los tres grados en psicología: licenciatura, maestría y doctorado.

Seis años después –en 1966-, vuelve a modificarse el plan de estudios y se realiza una reforma administrativa que trajo como consecuencia el sistema departamental para la enseñanza, incrementando la licenciatura de siete a nueve semestres. La última reforma al plan de estudios se llevó a cabo en 1970, constituyéndose el que prevalece a la fecha con algunas modificaciones y actualizaciones de las materias que lo integran.

Urbina (1989) menciona que actualmente, el Departamento de Clínica de la Facultad de Psicología de la UNAM, tiene como objetivo proporcionar un marco conceptual mediante el cual el estudiante: detecte, reconozca y diferencie la psicopatología y los trastornos de personalidad; aplique, califique, interprete e integre los resultados del psicodiagnóstico; y, tenga las bases para realizar intervención individual, de grupo o comunitaria, mediante las diferentes técnicas psicoterapéuticas, a fin de propiciar el desarrollo de la salud mental en México.

Los cambios en los planes y programas de estudio en la carrera de psicología, tuvieron repercusiones, dado que, con el paso del tiempo, pasó de ser una carrera con poca demanda, a una de las que más crecimiento poblacional ha tenido en los últimos años. No obstante, se presenta una carencia de información a nivel nacional sobre las actividades que realiza el psicólogo, por lo que el campo de trabajo ha sido conquistado en forma lenta y gradual, logrando un reconocimiento entre la población. Se dice que el psicólogo empieza a ser aceptado, no sólo en hospitales psiquiátricos, sino también en otro tipo de instituciones, donde su participación en la atención y prevención de la salud mental es importante.

En un estudio realizado por Serra (cit. Urbina, 1989) cuyo interés fue conocer el perfil, los escenarios, y las técnicas que emplea el psicólogo clínico en México, se menciona en los resultados que la psicología clínica es ejercida en su mayoría por gente joven adquiriendo experiencia, existiendo, sin embargo, psicólogos experimentados que supervisan y orientan en la práctica profesional a sus colegas más jóvenes. La psicoterapia es el campo de intervención que generalmente es ejercido por el psicólogo clínico. Asimismo, la mujer prevalece en el ejercicio de la profesión, sin embargo, no le dedica todo el tiempo.

Asimismo, el Departamento de Psicología Clínica de la División de Estudios Profesionales (UNAM), realizó en 1988 una encuesta a psicólogos que trabajan en el área de salud, con el fin de conocer cuáles son las principales actividades que desempeñan y el tipo de problemas que atienden. Los resultados de dicha encuesta indican que las principales actividades que llevan a cabo, en orden de importancia, son: diagnóstico, psicoterapia, orientación, investigación, selección y capacitación de personal, asesoría y docencia, terapia de aprendizaje, trabajo comunitario, y realización de dinámicas de grupos. Entre los principales problemas a los que se enfrentan están: desarrollo y salud mental, problemas de aprendizaje, problemas de conducta, dinámica familiar, problemas neurológicos, problemas sociales, alcoholismo y fármaco - dependencia, orientación vocacional y retraso mental.

Por otra parte, Almeida, Guarneros, Limón, y Román (cit. Urbina, 1989) mencionan que el campo de trabajo del psicólogo en México es muy amplio y variado. Sin embargo, ha sido muy poco valorado y ha estado supeditado a pocos medios oficiales o institucionales,

entre los que se encuentran: escuelas de educación media superior y universidades –donde labora como docente y en ocasiones, como investigador–, siendo su percepción salarial mediana; instituciones de salud –donde trabaja habitualmente aplicando pruebas psicológicas o como auxiliar del psiquiatra–; y en escuelas oficiales –en las que se orienta al tratamiento de problemas de aprendizaje o a la educación especial–, aquí su salario es similar al de los maestros. También, un gran número de psicólogos lleva a cabo su trabajo en forma privada, especialmente los que laboran en el área clínica.

La psicología clínica se aplica directamente en los sectores de la familia, de los grupos laborales y educativos; de la rehabilitación de delincuentes y sujetos con problemas emocionales, así como en la elaboración de programas de salud mental a nivel preventivo. Bleger (1989) menciona que en México sus centros de acción profesional son: instituciones psiquiátricas y penales, centros de salud, hospitales, escuelas, guarderías, casas de cuna, Secretaría de Salubridad y Asistencia, IMSS e ISSSTE, y dentro de la práctica privada en consultorios y clínicas.

Asimismo, en un estudio realizado por López, Rivero, y Bustos (cit. Urbina, 1989) se menciona que las personas de clase alta tienen mayor información con respecto a las funciones del psicólogo y el escenario donde se desempeña, mientras que la clase baja confunde el área de estudio con la de otros profesionistas. Con respecto a la identificación del escenario de trabajo, tanto en la clase baja como en la alta, colocaron en primer lugar a las Instituciones de Asistencia Social (ISSSTE, IMSS, DIF); en segundo lugar, con una diferencia muy pequeña, se consideraron los Hospitales Psiquiátricos, en tercer lugar, las escuelas; en cuarto, las clínicas; en quinto lugar, las prisiones y, en sexto lugar, las comunidades urbanas y rurales. Asimismo, al tratar de determinar la importancia del psicólogo respecto a otros profesionales, se encontró que ambos niveles socioeconómicos colocaron, en primer lugar, al médico; en segundo, al maestro; en tercero, al psicólogo; en cuarto, al sociólogo; y, en quinto lugar, al psiquiatra.

Por otra parte, Darvelio (cit. Urbina, 1989) señala que el psicólogo tiene mucho que ver con la salud y no sólo en *aspectos mentales*, sino en un ámbito más amplio. La medicina, tanto preventiva como curativa tiene un vasto componente conductual, tanto

individual como sociocultural. Los actuales problemas de México, originados por el gran crecimiento demográfico, la modernización de los procesos de urbanización e industrialización, tienen sus repercusiones en padecimientos típicos de la época contemporánea. Los servicios y atención de salud piden una especial atención en la prevención dirigida a los grandes núcleos sociales. En esta problemática el psicólogo clínico tiene cada vez mayor participación en los programas de salud mental tales como, alcoholismo, drogadicción, rehabilitación, higiene mental, desajustes de personalidad, etc.

Cabe mencionar que el psicólogo realiza con frecuencia tareas que no son propias de su profesión o tareas psicológicas tradicionales –de tipo psicométrico y asistencial de salud mental–, sin abocarse a actividades orientadas a la detección, análisis y resolución de problemas ligados más directamente al comportamiento cotidiano.

Se dice que el problema del empleo del psicólogo ha estado condicionado por elementos del auge de la profesión, como se mencionó anteriormente: un incremento súbito del interés por el estudio universitario de la psicología; la imposibilidad de las universidades por acoger esa demanda y para ofrecer una capacitación y formación de calidad; y, una sociedad poco preparada para captar, y valorar en su conjunto, la gran cantidad de psicólogos egresados de las universidades.

Considerando estos elementos, Urbina (1989) sugiere que el estudiante que ingresa a la carrera sea evaluado, para conocer sus características de personalidad, además de definir si tiene interés por ayudar a sus semejantes y así recibir orientación psicológica durante su formación profesional, y evitar que sus aspectos emocionales interfieran con su labor en el campo de trabajo. Se dice que, dichas actividades demandan que el psicólogo clínico posea, no solamente la formación académica requerida, sino una serie de características de personalidad necesarias para el ejercicio de esta profesión, entre las que se pueden mencionar: interés, tanto por ayudar a sus semejantes como por el conocimiento científico; debe ser genuino y modesto, pues el reconocer sus limitaciones le evitará dar lugar a sentimientos de omnipotencia o deseos de manipulación; debe ser una persona con un amplio conocimiento de sí mismo y su problemática emocional, que se respete y respete a las personas con quienes trabaja; que sea un buen observador y tenga sensibilidad para

comprender a sus pacientes, debe contar con una gran capacidad de autocrítica y de análisis, y con flexibilidad para aplicar los diferentes enfoques teóricos.

Asimismo, Ribes (1980) menciona que, más que dotar al estudiante de herramientas tecnológicas inexistentes en México, se le debe proporcionar un marco teórico conductual de los problemas clínicos con base en los principios del análisis experimental de la conducta, creando técnicas adecuadas al contexto que ha de enfrentar como profesional; incluyendo un período de entrenamiento en el cual desarrolle las habilidades suficientes para enfrentarse directamente al tratamiento de pacientes.

Cabe mencionar que una de las muchas razones por la cual se recomienda la utilización de técnicas conductuales se deriva de que éstas son las más documentadas por la evidencia experimental y, por tanto, más accesibles a una evaluación objetiva. Así, resultaría una formación de investigadores más técnicos; investigadores que a partir de la práctica misma, encuentren los problemas, los describan y de esta investigación deriven una tecnología sólida que instrumente los procedimientos adecuados para resolver los problemas que la sociedad mexicana demanda.

Finalmente, en relación con el tipo de problemas que deberá afrontar el psicólogo clínico en su práctica profesional, dada la escasez de datos estadísticos acerca de la incidencia de problemas clínicos en México, se piensa que la mejor alternativa ha de ser aquella en la cual, de la misma práctica comunitaria, se obtengan datos que suplan la ausencia de investigación en este terreno. Sin embargo, la práctica clínica se ha definido por las instituciones de asistencia social en nuestro país, tal es el caso del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), cuyos antecedentes, constitución, y atribuciones a nivel nacional se abordan en el siguiente capítulo.

### **3. ANTECEDENTES DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA ( DIF ) NACIONAL**

La asistencia social encuentra sus antecedentes en distintas etapas de la historia del país. Las primeras concepciones de asistencia a la población necesitada se dan a través de los religiosos mediante el concepto de obras de caridad. En esa época, Vasco de Quiroga funda los primeros hospitales de indios; Fernando Ortiz Cortés, instala la primera casa de cuna y el Virrey Conde de Bucarelli inaugura en 1771 el asilo de pobres o Casa de la Misericordia (Gaceta del Gobierno, 2004).

En 1861, el Presidente Juárez crea la Dirección de Fondos de Beneficencia y exceptúa de toda contribución los bienes afectos al propio fondo, poniendo en vigor el reglamento interior aprobado por el Supremo Gobierno. Porfirio Díaz decreta las primeras leyes relacionadas con la beneficencia privada y es hasta 1920, cuando el gobierno reorganiza la beneficencia pública, asignándole en su totalidad los productos económicos de la Lotería Nacional.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), se constituyó en enero de 1977, a partir de la fusión del Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia con el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN). El antecedente del IMPI fue el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI), fundado en 1961, para suministrar desayunos escolares y prestar otros servicios asistenciales. Con crecientes atribuciones, el IMPI se desempeñó a lo largo de 14 años hasta que en diciembre de 1975, con miras más ambiciosas, se convirtió en el INPI, creado para promover el desarrollo de la familia y la comunidad.

El IMAN, por su parte, surgió en 1968 con el fin primordial de contribuir a resolver los problemas originados por el abandono y la explotación de menores. La fusión del IM.P.I con el IMAN, que permitió la constitución del DIF, tuvo el propósito de reunir en un solo organismo la responsabilidad de coordinar los programas gubernamentales de asistencia social y en general las medidas a favor del bienestar de las familias mexicanas.

El DIF Nacional es considerado un Sistema Nacional de Asistencia Social, es decir, un conjunto de instituciones públicas, sociales y privadas, encargadas del desarrollo de la familia, de la protección de la infancia y de la prestación de servicios de asistencia social. El Sistema Nacional de Asistencia Social, del cual forma parte es quien coordina y promueve los trabajos en este campo que complementa muchas de las acciones encaminadas a proteger el capital social y el capital humano de nuestra nación. Se considera un área de representación, enlace e intercambio de programas, proyectos y experiencias de desarrollo y asistencia social.

Asimismo, se promueven vínculos e intercambios entre el Sistema Nacional DIF y gobiernos extranjeros, organismos y organizaciones civiles internacionales en pro de mejorar la calidad de los programas del Sistema Nacional DIF, los cuales están dirigidos a los niños, personas con discapacidad, adultos en plenitud, familias mexicanas y la población vulnerable en general.

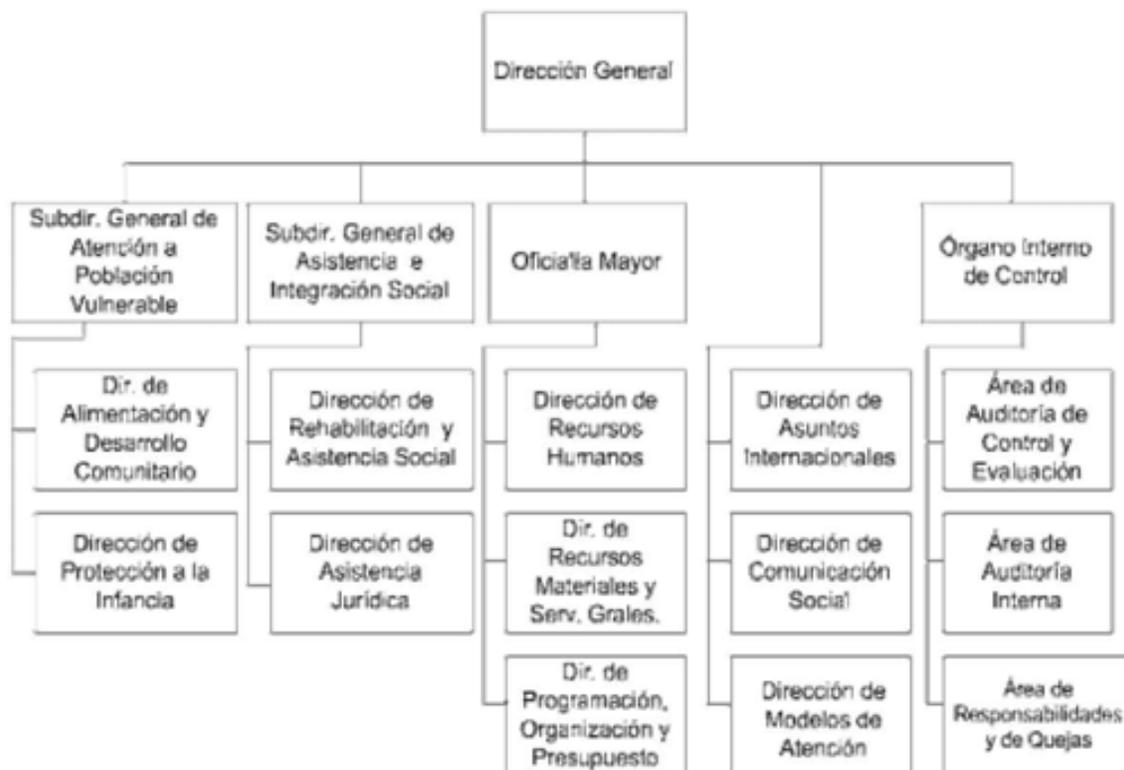
### **3.1 Constitución del Organismo Central del Sistema Nacional DIF**

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia se identifica con la serie de instituciones que por ley deben apoyar el desarrollo de la familia y de la comunidad, especialmente de aquellas que presentan mayores riesgos de desintegración, violencia o de presentar alguna situación adversa y no tener capacidad para enfrentarla.

El Sistema DIF está integrado por un organismo central, el DIF Nacional, que de acuerdo a la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social debe coordinar las actividades en la materia, así como por 32 sistemas estatales DIF y los sistemas municipales DIF que actualmente existen en alrededor de 1,500 de los 2,414 municipios mexicanos.

El DIF Nacional es un organismo público, descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, creado por Decreto el 13 de enero de 1977 y que, de acuerdo al artículo 13 de la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social de 1986, es el promotor de la asistencia social y la promoción de la interrelación sistemática de las

acciones por lo que es el rector del campo de la asistencia social y coordinador del Sistema compuesto por los órganos estatales y municipales.



*Fig. 1 Organigrama del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Nacional.*

Tal y como lo define el artículo 4° de la misma Ley, el DIF es el responsable de la atención de menores en situación de abandono, desamparo, desnutrición o sujetos de maltrato, de menores infractores, de alcohólicos, de los fármaco dependientes y de los individuos en condición de vagancia, de mujeres en período de gestación o lactancia, de ancianos en desamparo, incapacidad, marginación o desamparo, de los inválidos con problemas de diferentes órganos o sistemas, los indigentes, de personas que por su ignorancia requieran servicios asistenciales, de las víctimas de la comisión de delitos en estado de abandono, de los familiares que han sido abandonados y dependen económicamente de aquellos que se encuentran detenidos por causas penales, de los habitantes del medio rural o urbano que estén marginados y de las personas afectadas por desastres.

Los órganos superiores de este Organismo son:

- *El Patronato*: está formado por 11 miembros designados y removidos libremente por el Presidente de la República. El titular de la Secretaría de Salud y el Director General del Organismo, representan a la Junta de Gobierno del Organismo ante el Patronato. Tradicionalmente la esposa del primer mandatario era Presidenta de este Patronato, pero esto era debido más a una costumbre que a una obligación legal. El Patronato del DIF tiene facultades para opinar y recomendar acerca de los planes de trabajo del Organismo, apoyar sus actividades y formular sugerencias, y contribuir a la obtención de recursos para incrementar el patrimonio del organismo. Actualmente, el Patronato del Sistema Nacional DIF aún no ha sido integrado ya que se está conformando de una manera diferente, con personalidades y líderes sociales que puedan tener el tiempo y la capacidad adecuados para apoyar esta delicada tarea. Sin embargo, las tareas institucionales no dependen de este movimiento y han continuado sin interrupciones siendo objeto de una cuidadosa evaluación actualmente.

- *La Honorable Junta de Gobierno*: está conformada por funcionarios públicos del más alto nivel, los titulares de las secretarías de Salud (que preside esta instancia de gobierno), Gobernación, Hacienda y Crédito Público, Educación Pública, Trabajo y Previsión Social, y de la Procuraduría General de la República y los directores generales del Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores al Servicio del Estado, de la Lotería Nacional y de Pronósticos Deportivos, así como de la Compañía Nacional de Subsistencias Populares y el Director General del propio organismo. Esta instancia es la que representa al organismo legalmente, autoriza sus planes de trabajo, sus presupuestos, los informes de labores y los estados financieros y aprueba los reglamentos internos, designa a los subdirectores, directores generales y al Oficial Mayor y aprueba la aceptación de herencias, legados, donaciones y demás liberalidades, así como aprueba los proyectos de inversión, los convenios de coordinación y la integración de comités y grupos de trabajo internos del organismo y los programas de mediano plazo.

- *La Dirección General:* el Presidente de la República designa y remueve libremente al director general del organismo, quien por Ley está facultado para ejecutar los acuerdos y disposiciones de la Junta de Gobierno, presentar los informes y estados financieros, los presupuestos e informes, expide los nombramientos del personal, excepción de la designación de los subdirectores, directores generales y el Oficial Mayor, que recae en la Junta de Gobierno, celebra contratos, convenios y actos jurídicos donde representa legalmente al organismo y planea, dirige y controla el funcionamiento del mismo. Generalmente, esta designación ha recaído en ciudadanos mexicanos de comprobada aptitud en el manejo de los asuntos públicos, pero nunca en una mujer. Recientemente, el 3 de enero del año 2001, el Presidente de la República, el Lic. Vicente Fox Quesada, nombró a una mujer, la Sra. Ana Teresa Aranda Orozco, por su capacidad y liderazgo, como director general de este importante Organismo público.

- *El Sistema Nacional de Asistencia Social:* es el conjunto de instituciones públicas, sociales y privadas, encargadas del desarrollo de la familia, de la protección de la infancia y de la prestación de servicios de asistencia social. El Sistema Nacional de Asistencia Social, del cual forma parte el organismo denominado Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, es quien coordina y promueve los trabajos en este campo que complementa muchas de las acciones encaminadas a proteger el capital social y el capital humano de nuestra nación.

### **3.2 Misión y atribuciones del Sistema Nacional DIF.**

De acuerdo al Estatuto Orgánico del Sistema Nacional de Asistencia Social (en: [www.dif.gob.mx/index.html](http://www.dif.gob.mx/index.html)) la misión encomendada al DIF Nacional consiste en conducir las políticas públicas de asistencia social que promuevan el desarrollo integral de la familia y la comunidad, combatan las causas y efectos de vulnerabilidad en coordinación con los sistemas estatales y municipales e instituciones públicas y privadas con el fin de generar capital social.

Así, sus atribuciones de acuerdo al artículo 2o. del Estatuto Orgánico de 1999 son:

- I. Promover y prestar servicios de asistencia social;
- II. Apoyar el desarrollo de la familia y de la comunidad;
- III. Realizar acciones de apoyo educativo, para la integración social y de capacitación para el trabajo a los sujetos de la asistencia social;
- IV. Promover e impulsar el sano crecimiento físico, mental y social de la niñez;
- V. Proponer a la Secretaría de Salud, en su carácter de administradora del patrimonio de la beneficencia pública, programas de asistencia social que contribuyan al uso eficiente de los bienes que lo componen;
- VI. Fomentar y apoyar a las asociaciones y sociedades civiles, así como a todo tipo de entidades privadas cuyo objeto sea la prestación de servicios de asistencia social sin perjuicio de las atribuciones que al efecto correspondan a otras dependencias;
- VII. Operar establecimientos de asistencia social en beneficio de menores en estado de abandono, de ancianos desamparados y de discapacitados sin recursos;
- VIII. Llevar a cabo acciones en materia de prevención de invalidez y de rehabilitación de discapacitados, en centros no hospitalarios, con sujeción a la Ley General de Salud;
- IX. Realizar estudios e investigaciones sobre asistencia social, con la participación, en su caso, de las autoridades asistenciales de las entidades federativas y de los municipios;
- X. Realizar y promover la capacitación de recursos humanos para la asistencia social;
- XI. Participar con la Secretaría de Salud en el Sistema Nacional de Información sobre la Asistencia Social;
- XII. Prestar servicios de asistencia jurídica y de orientación social a menores, ancianos, discapacitados y en general a personas sin recursos;
- XIII. Apoyar el ejercicio de la tutela de los incapaces que corresponda al Estado, en los términos de la Ley respectiva;

- XIV. Poner a disposición del Ministerio Público los elementos a su alcance en la protección de incapaces y en los procedimientos civiles y familiares que les afecten, de acuerdo con las disposiciones legales correspondientes;
- XV. Realizar estudios e investigaciones en materia de invalidez y discapacidad;
- XVI. Participar en programas de rehabilitación y educación especial;
- XVII. Promover, como conducto de la Secretaría de Salud y coordinadamente con los gobiernos de las entidades federativas y municipales, el establecimiento de centros y servicios de rehabilitación somática, psicológica, social y ocupacional;
- XVIII. Participar, en el ámbito de la competencia del organismo, en la atención y coordinación de las acciones que realicen los diferentes sectores sociales en beneficio de la población afectada por casos de desastre;
- XIX. Recomendar y promover el establecimiento de organismos de asistencia social en las entidades federativas y municipales y prestar a éstos apoyo y colaboración técnica y administrativa;
- XX. Emitir opinión sobre el otorgamiento de donativos y apoyos a instituciones públicas o privadas que actúen en el campo de la asistencia social;
- XXI. Promover dentro de su ámbito de competencia, que las dependencias y entidades destinen los recursos necesarios a los programas de servicio de salud en materia de asistencia social; y
- XXII. Las demás que establezcan las disposiciones legales aplicables en la materia.

Asimismo, El Sistema Nacional DIF coordina, concerta y fomenta:

- Las acciones que orientan el destino de los recursos que, en materia de asistencia social, realizan las dependencias del Gobierno en sus tres niveles.
- La ejecución de programas de cooperación con organismos nacionales e internacionales.
- Los esfuerzos públicos y privados para la integración al desarrollo de los sujetos de la asistencia social.
- La participación ciudadana en las acciones de asistencia social y desarrollo familiar y comunitario.

- El Sistema Nacional DIF es una de las estructuras de gobierno más federalizadas. Cuenta con 32 sistemas estatales, autónomos y que dependen de los Ejecutivos Estatales y más de 1,459 sistemas municipales, que dependen de los presidentes municipales.
- Los sistemas DIF a nivel federal y estatal son rectores y normativos; a nivel municipal ejecutan los programas.

Una vez que conocemos el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia a nivel nacional, a continuación se mencionará la constitución del organismo al nivel del Estado de México, cuyos antecedentes, atribuciones y misión vinculada al concepto de familia, definen lo que dirige actualmente la labor del psicólogo clínico en la institución.

## **4. ANTECEDENTES DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA ( DIF ) ESTADO DE MÉXICO**

Se dice que el DIF Estado de México (DIFEM) es un organismo público descentralizado del gobierno estatal que cumple con el objetivo de impartir asistencia social a los sectores más desfavorecidos y grupos vulnerables. La preocupación del sector público por proteger y asistir en forma institucionalizada a la mujer, al niño y a la familia, surgió en el Estado de México en el último cuarto del siglo XIX al crearse un organismo mixto denominado Patronato de beneficencia.

El 5 de febrero de 1871 y el 28 de abril de 1872 se crearon el Asilo para Menores Huérfanos y el Hospicio para Pobres, respectivamente. El 5 de abril de 1904, el general José Vicente Villada inauguró oficialmente la Estancia Infantil Gota de Leche, brindando atención médica gratuita y suministrando medicamentos necesarios. Esta institución benefactora fue sostenida durante muchos años por la iniciativa privada. Carmen Cardoso de Villada, esposa del general José Vicente Villada, fue la primera mujer que se hizo cargo de la beneficencia pública. La Gota de Leche se sumó al establecimiento de otros servicios como el Hospicio para Niños Pobres, la Casa Hogar para Niñas Huérfanas y los doce hospitales edificados en el mismo periodo, entre ellos, el Primer Hospital de Maternidad e Infancia.

Durante los años treinta, una vez superados los reajustes derivados de la Revolución Mexicana, la señora Eleazar Hernández de Gómez, esposa del entonces gobernador Filiberto Gómez, convocó a las damas de Toluca, para integrar la Asociación Local de Protección a la Infancia y el Centro Pro-Infancia de Toluca.

En 1936 dio inicio la labor de proteger y educar al sector femenino de escasos recursos con el establecimiento de la Escuela Técnica. La señora Rita Gómez de Labra instituyó el Comité Voluntario de Asistencia Social Infantil, impulsando de esta manera la creación de diversas guarderías infantiles; la primera y más importante fue el Hogar Infantil Isabel de Castilla, que funcionó en coordinación con la Casa de Mujeres sin Trabajo.

En 1942, en el ámbito federal por disposición del general Manuel Ávila Camacho, entonces Presidente de la República, el apoyo que se brindaba a la Gota de Leche se transformó en desayunos escolares y se crearon los comités respectivos.

La atención al menor, a la mujer y a la familia en el Estado quedó formalmente establecida en 1954, cuando la Legislatura local, a iniciativa del gobernador Salvador Sánchez Colín, promulgó el decreto por el cual se aprobó el Código de Protección a la Infancia por el Estado de México, primer acontecimiento jurídico en su tipo a nivel nacional y el segundo en América Latina. De 1957 a 1963, siendo presidenta del Instituto de Protección a la Infancia del Estado de México (IPIEM) la señora Elena Díaz Lombardo de Baz, se consolidaron las acciones a favor de la mujer, y especialmente para la educación de los niños.

No obstante, fue hasta 1968, en el periodo del gobernador Juan Fernández Albarrán, cuando se estableció la Ley Protectora de la Infancia y la Integración Familiar. Esta nueva ley fundamentó la obra realizada por la señora Consuelo Rodríguez de Fernández Albarrán, quien durante su gestión al frente del IPIEM, construyó en 1963 el complejo arquitectónico del organismo que hoy alberga las oficinas del DIFEM, que incluyó los hospitales para el Niño y la Mujer, las oficinas centrales, una escuela primaria y un jardín de niños.

El 10 de diciembre de 1970, durante la administración del gobernador Carlos Hank González, la Gota de Leche se fusionó con el Instituto de Protección a la Infancia del Estado de México, convirtiéndose después en estancia infantil para la atención de los hijos de madres trabajadoras, donde se proporcionaba a los niños servicios asistenciales, educativos, médicos y psicológicos.

Durante su gestión, la señora Consuelo Rodríguez llevó a cabo la construcción del Teatro Morelos, el Albergue Temporal Isabel Negrete, los centros de Orientación Familiar y el edificio administrativo o comercial del IPIEM.

El 31 de marzo de 1975 se aprobó la nueva Ley de Asistencia a la Niñez y de Integración Familiar, presentada por el gobernador Hank González, quien apoyó ampliamente la labor de su esposa, profesora Guadalupe Rhon de Hank, como presidenta de la institución.

En el periodo de 1969 a 1975, las actividades artísticas y culturales de la entidad estuvieron a cargo del IPIEM, que en su seno vio el nacimiento de la Orquesta Sinfónica del Estado de México.

De la amplia gama de servicios médicos emprendidos por el Hospital del Niño derivó la creación del Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) el cual, junto con los nuevos edificios del Albergue Temporal Infantil, Villa Hogar y la Escuela de Enfermería, fueron obras iniciadas por la señora Guadalupe Rhon de Hank, posteriormente equipadas y puestas en funcionamiento durante la gestión de la señora Luisa Isabel Campos de Jiménez Cantú.

En 1977, el IPIEM se transformó en el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México; un año después, se creó el patronato Estatal de Promotores Voluntarios. La señora Campos de Jiménez Cantú llevó a cabo la instalación de centros para el Desarrollo Infantil y centros de Desarrollo para la Comunidad que, sumados al Programa Huertos Familiares, reforzaron la impartición de la asistencia social en todo el territorio estatal. Para 1981, la señora Carmen Maza de Del Mazo fortaleció la tarea realizada por sus antecesoras con la creación de los albergues Temporal de Rehabilitación Infantil y Familiar, extendió la instalación de Casas de Cultura y la conformación legal de los Sistemas Municipales DIF, acciones que consolidó la señora Lucía Sáenz de Baranda, presidenta del DIF estatal de 1986 a 1987. El 31 de diciembre de 1986 se aprobó la Ley de Asistencia Social del Estado de México, ordenamiento jurídico que rige actualmente la actividad de nuestra institución.

En el periodo de 1987 a 1989, la señora Gloria Leal de Beteta instauró el Banco de Córneas y el Banco de Sangre para el Niño e inició la remodelación de la Unidad de Actividades Artísticas del DIFEM, para instalar servicios de salud, a fin de mejorar la atención médica para las familias mexiquenses.

Los trabajos se concluyeron durante la gestión de la profesora Julieta Lechuga de Pichardo (1989-1993) quien, con el apoyo del gobierno estatal y las Unidades de Promoción Voluntaria, remodeló y modernizó el Hospital para el Niño, en ocasión de su 25 aniversario. A ella también se debe la fundación de la Biblioteca Infantil y Juvenil.

Siguiendo las directrices del Sistema DIF Nacional, se operó una nueva estructura programática que incluía las Cocinas Populares, la Atención a los Adolescentes y a los Menores en Situación Extraordinaria, creando para tal efecto el primer Club de la Calle en la ciudad de Toluca. Tras el compromiso institucional de proteger a niños huérfanos y abandonados, se creó el Albergue Villa Juvenil como una extensión de la Villa Hogar, para albergar a varones de 9 a 18 años de edad.

En 1991 inició la remodelación del Hospital de Ginecología y Obstetricia el cual, por su noble labor en beneficio de las madres de escasos recursos, logró en 1994 el reconocimiento del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia como Hospital Amigo del Niño y de la Madre.

De 1993 a 1995, la licenciada Olga Soto de Chuayffet impulsó la participación ciudadana al constituir la Junta de Asistencia Privada y el Patronato del DIFEM; construyó parques recreativos de integración familiar en diversas comunidades, remodeló el Albergue Temporal Infantil e instaló la Comisión Coordinadora Estatal del Programa de Alimentación y Nutrición Familiar.

Durante su administración también se establecieron las Agencias del Ministerio Público Especializadas, la Clínica de Prevención del Maltrato, 16 delegaciones regionales de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia y catorce Coordinaciones Regionales. Además, la señora Soto de Chuayffet promovió la descentralización de los Sistemas DIF Municipales, a fin de constituirlos en organismos públicos descentralizados

con personalidad jurídica y patrimonio propios, logro alcanzado en 1995, con la licenciada María Eugenia San Martín de Camacho.

Actualmente, bajo la dirección de la licenciada Maude Versini de Montiel se creó la Coordinación Estatal de Atención a los Adultos Mayores y Pueblos Indígenas para brindar una atención integral a estos sectores de la población.

Se dice que el DIFEM ha instrumentado diversos programas de asistencia social a fin de abatir la vulnerabilidad de niños, mujeres, jóvenes, personas mayores y personas con capacidades diferentes, bajo la perspectiva de que las diferencias geográficas, étnicas, físicas, políticas, sociales y culturales de la entidad, converjan en el principio universal de la dignidad humana.

#### **4.1 Misión y atribuciones del DIF Estado de México.**

La misión de DIFEM consiste en desarrollar, coordinar y promover programas y proyectos de asistencia social con alto sentido humano para atender a los grupos vulnerables de nuestro Estado, impulsando una cultura de respeto a los derechos, de prevención y de participación social que fortalezca la integración familiar. Asimismo, se emplea la visión de ser la institución líder de asistencia social en nuestro estado, que movilice la participación organizada y comprometida de la sociedad.

De acuerdo a la Ley de Asistencia Social del Gobierno del Estado de México como parte de la Gaceta del Gobierno (2004), la atribución principal del DIFEM consiste en: la protección de la infancia y la acción encaminada a la integración de asistencia de la familia; así como la asistencia social, asumida por el Estado por conducto del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México y los Municipios a través de los Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia en la esfera de su competencia.

Asimismo, de acuerdo al artículo 16 de dicha Ley, el DIFEM, tendrá las siguientes atribuciones:

- I. Promover el bienestar social y prestar al efecto servicios de asistencia social, conforme a las normas de salud.
- II. El cuidado y asistencia a la mujer madre.
- III. La protección a la mujer y a los menores que trabajan.
- IV. Capacitación de la mujer en materia de nutrición, higiene, manualidades remunerativas, educación extraescolar y actividades que beneficien a la economía en el hogar.
- V. Prestar servicios de asistencia jurídica y de orientación social a menores, ancianos, minusválidos y familias de escasos recursos.
- VI. Intervenir en el ejercicio de la tutela de los menores que corresponda al Estado, en los términos de esta Ley y del Código Civil.
- VII. Auxiliar al Ministerio Público en la protección de incapaces y en los procedimientos civiles y familiares que les afecten de acuerdo con la Ley.
- VIII. Coadyuvar con los particulares, cuando lo soliciten, en los procedimientos judiciales relacionados con los juicios de divorcio, alimentos, patria potestad, estado de interdicción, tutela, curatela y en los que sean solicitados estudios socioeconómicos por las partes interesadas.
- IX. Promover la difusión de los programas del DIFEM, a través de los medios de comunicación disponibles.
- X. Desarrollar programas nutricionales para la familia.
- XI. Asesorar a las personas que ejerzan la patria potestad o tutela, cuando éstas lo soliciten, en materia de alimentación, educación y formación moral.
- XII. Participar en las promociones deportivas, culturales y recreativas, que las dependencias del ramo programen.
- XIII. Realizar estudios e investigaciones, así como formular estadísticas sobre los problemas de la familia, de los menores, de los ancianos y de los minusválidos.
- XIV. Investigar y establecer procedimientos de erradicación de vicios, enfermedades y factores que afecten negativamente a la familia.

- XV. Programar actividades permanentes de prevención de accidentes en el hogar, en la escuela y en la vida pública.
- XVI. Prestar ayuda técnica o moral, para proteger la vida humana, en los períodos prenatal y de infancia.
- XVII. Fomentar en la niñez los sentimientos de amor y apego a la familia, de respeto a la sociedad y de interés por nuestra herencia histórica.
- XVIII. Fomentar en la familia la práctica de sistemas de superación económica, como huertos familiares, fruticultura, avicultura y otros.
- XIX. Realizar promociones propias o coordinadas, para hacer llegar a la familia satisfactores básicos y artículos necesarios.
- XX. Promover y organizar tareas en el desarrollo de la familia y mejoramiento de la comunidad.
- XXI. Operar establecimientos de asistencia social en beneficio de menores en estado de abandono, de ancianos desamparados y minusválidos sin recursos.
- XXII. Atender las funciones de auxilio a las instituciones de asistencia privada que los confíen con sujeción a lo que disponga la Ley de Beneficencia Privada.
- XXIII. La prevención de invalidez y la rehabilitación de inválidos.
- XXIV. El fomento de acciones de paternidad responsable, que propicien la preservación de los derechos de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental.
- XXV. Acudir inmediatamente en auxilio de damnificados, en casos de desastre, como inundaciones, terremotos, derrumbes, explosiones, incendios y otros de naturaleza similar, coadyuvando a la coordinación de accidentes.

#### **4.2 Vinculación de la Familia y DIF Estado de México.**

La Dirección de Operación Regional del DIFEM (en: [www.edomexico.gob.mx/portalgem/difem](http://www.edomexico.gob.mx/portalgem/difem)), menciona que la familia es la base de nuestra organización social y el espacio afectivo óptimo para que las personas se realicen como seres humanos. Es también considerada como el espacio donde se recibe el don de la vida, la educación, los valores, el marco idóneo para el desarrollo emocional y físico de las personas. Por ello, en el DIF Estado de

México la atención de las familias, especialmente de las *vulnerables*, constituye el eje de su trabajo.

Es así que, para promover el desarrollo sano e integral de cada uno de los miembros de la familia, especialmente de las madres embarazadas y lactantes, así como de los niños menores de cinco años, se desarrollan diversas acciones de asistencia alimentaria, preventivas y de educación, tales como:

- El Programa Nutrición Familiar (NUTRIFAM) atiende a 142,000 familias mensualmente, con la entrega de despensas integradas por productos básicos de alto contenido nutricional, al mismo tiempo que se imparten cursos para aprovechar de mejor manera y los productos alimenticios de cada región.
- De forma complementaria operan los Centros de Atención y Vigilancia Nutricional, en el que se desparasita a los niños, se les aplican megadosis de Vitamina A, se realizan seguimientos de peso y talla y se da orientación alimentaria a las madres de familia.
- Por otra parte, el Programa de Fomento a la Producción de Alimentos para el Autoconsumo, incentiva las actividades acuícola, avícolas y apícolas, como alternativa para mejorar los hábitos alimenticios, al tiempo que se fortalece la economía familiar mediante la comercialización de los productos excedentes; asimismo se brinda apoyo y supervisión para desarrollar proyectos productivos para el autoconsumo y microempresas familiares.
- Con los espacios de alimentación, encuentro y desarrollo, se ofrecen raciones alimenticias equivalentes al 30 por ciento del requerimiento nutricional diario, preparadas por la propia comunidad; además se brindan cursos y talleres de actividades manuales y preparación de alimentos.
- El Programa de Huertos Familiares para el autoconsumo, brinda capacitación para el cultivo, se distribuyen paquetes de insumos y plántulas. Actualmente se ofrece seguimiento a 84 mil huertos.

El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México se considera un organismo consolidado como el principal instrumento de la política social del gobierno mexiquense para abatir la pobreza extrema, mejorar la calidad de vida de las familias, e impulsar un desarrollo justo y equitativo para todos los mexiquenses. Para muestra, en el siguiente capítulo, se abordarán las funciones que se atribuyen a la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar, instancia que en el Estado de México, enfatiza la vinculación entre la familia y la salud mental a través de las acciones de los diversos programas a nivel municipal, tales como el Programa de Atención Psicológica Integral (API).

## **5. LA DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y BIENESTAR FAMILIAR EN EL DIF ESTADO DE MÉXICO**

De acuerdo con Gaceta del Gobierno (2004), el objetivo principal de la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar consiste en desarrollar acciones de prevención que promuevan la salud mental en niños, adolescentes, jóvenes, adultos, adultos mayores, a través de programas como: Atención Psiquiátrica, Atención Psicológica, Atención al Menor y al Adolescente, Prevención de las Adicciones, Atención a la Familia, Atención de la Salud Mental de la Mujer, Planificación Familiar y Atención Primaria a la Salud, con el propósito de que tengan una vida plena y productiva.

Asimismo, sus funciones consisten en:

- Proponer a la Dirección General los objetivos, normas, políticas y lineamientos generales para la formulación y ejecución de los Programas de Prevención y Bienestar Familiar.
- Planear, dirigir y controlar la instrumentación y desarrollo de los programas implantados por el DIF Nacional y el DIF Estatal.
- Organizar, dirigir y controlar las acciones que tiendan al fortalecimiento de la mujer como pilar del núcleo familiar, así como de los Menores Trabajadores en la calle (MENTRA), para lograr la integración y cambio en sus condiciones de vida.
- Promover acciones orientadas al desarrollo integral de la familia, a través de la instrumentación de acciones que prevengan conductas antisociales, enfermedades y accidentes en el hogar y en la vía pública.
- Difundir entre la población estrategias y mecanismos que permitan prevenir problemas de adicciones, estimulando el desarrollo físico, intelectual y emocional de los integrantes del núcleo familiar.

- Desarrollar estrategias que permitan una adecuada atención psicológica y psiquiátrica a la población, así como brindar atención a familias marginadas que carecen de servicios de seguridad social.
- Promocionar acciones que estimulen el desarrollo físico, intelectual y emocional de la población adolescente en condiciones de marginalidad, contribuyendo a su integración social.
- Establecer acuerdos y convenios de coordinación y colaboración con organismos e instituciones que favorezcan el funcionamiento de los programas de orientación y atención psicológica y de prevención de las adicciones.
- Realizar estudios de investigación epidemiológica y psicosocial en niños, adolescentes, adultos y adultos mayores, para encausar las políticas públicas en materia de salud mental.
- Desarrollar las demás funciones inherentes al área de su competencia.

La Dirección de Prevención y Bienestar Familiar cumple con diversos programas, cuyo objetivo general es desarrollar acciones tendientes al mejoramiento físico, intelectual y emocional de los miembros de la familia, y a su vez fortaleciendo la unidad y la integración familiar, incluyendo pláticas y acciones sobre prevención del alcoholismo, fármaco – dependencia, orientación psicológica y atención a la familia. A la fecha se cuenta con los siguientes programas que operan a nivel estatal:

- Atención al Menor en Situación Extraordinaria.
- Atención Integral al Adolescente.
- Atención Integral a la Madre Adolescente.
- De Joven a Joven.
- Niñotel.
- Prevención del Alcoholismo y la Fármaco – dependencia.
- *Atención Psicológica Integral.*

- Atención a la Mujer.
- Integración Familiar.
- Programa de Planificación Familiar.

Así, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM) vinculando los trabajos hacia la asistencia social a través de la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar realiza acciones dirigidas a promover la Salud Pública en la etapa de atención, dando énfasis a la prevención de problemas que repercuten en la dinámica familiar, procurando hacer llegar estos servicios a niños, jóvenes, adultos y ancianos; atendiendo problemas de salud mental.

Cabe mencionar que a través del programa de Atención Psicológica Integral se ofrecen consultas y terapias para mejorar la salud mental de la población, además de que se promueven actividades de prevención para disminuir la aparición de trastornos emocionales, mentales y de conducta. En dicho programa se encuentran las funciones del psicológico clínico que se abordarán en el presente trabajo, el cual opera de acuerdo a la dirección de operación regional, cuyo objetivo es fortalecer y estrechar las relaciones de trabajo y comunicación entre el Sistema Estatal y los Sistemas Municipales DIF a través de la promoción de los programas, proyectos y actividades del personal de los Sistemas Municipales DIF.

Derivadas de la Dirección, existen 12 coordinaciones regionales, siendo la número IV coordinada por el C. Lorenzo Vilchis Espinoza, incluyendo los siguientes municipios: Cuautitlán, *Cuautitlán Izcalli*, Coyotepec, Coacalco, Huehuetoca, Melchor Ocampo, Soyaniquilpan, Teoloyucan, Tepotzotlán, Tultepec, Tultitlán y Villa del Carbón.

Particularmente, en el *Sistema Municipal DIF de Cuautitlán Izcalli (ver anexos)*, de acuerdo a la Coordinación de Comunicación Social, se cuenta con Centros de Desarrollo Comunitarios (CDC), en los cuales, además de brindar atención psicológica y pedagógica a la población, se imparten diversas clases como: manualidades, corte y confección, aeróbicos, tejido, cultura de belleza, globofexia, entre otras. Asimismo, para brindar atención y orientación a las personas adultas mayores, se cuenta con Clubes de la Tercera

Edad, en los cuales se imparten actividades como: canto, baile de salón, cerámica, tai – chi, vitral, yoga, entre otras, además de contar con credenciales INAPAM para descuentos. También se cuenta con la Procuraduría para la Defensa del Menor y la Familia, cuyo objetivo es proporcionar información jurídica – asistencial a menores, mujeres, adolescentes, discapacitados y personas de la tercera edad en estado de vulnerabilidad. En ayuda a las madres trabajadoras, se cuenta con 11 Centros de Desarrollo Infantil, 5 estancias infantiles y una ludoteca.

### **5.1 Antecedentes del Programa de Atención Psicológica Integral (API).**

De acuerdo a los informes de la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar (2002) en su Manual de Organización del Departamento de Atención Psicológica Integral (API), en el año de 1945 se crea en México el Servicio de Higiene Mental en el Hospital Infantil de la Ciudad de México y un año más tarde, en 1946, el primer Servicio de Higiene Mental en un Centro de Salud, en el Hospital Maximino Ávila Camacho.

En 1947 se funda el Departamento de Asistencia Psiquiátrica e Higiene Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, mismo que se habría de transformar en departamento de Neuropsiquiatría e Higiene Mental en 1951.

En 1979 se inauguró en nuestro país el Instituto Nacional de Salud Mental dependiente del DIF que ha representado una aportación más en los aspectos de Psiquiatría Infantil y Salud Mental. También ese mismo año se crea el Instituto Mexicano de Psiquiatría, que ha puesto especial interés en el desarrollo de la investigación de neurociencias, en Clínica y Epidemiología.

Se dice que, como una respuesta a la necesidad de atender profesionalmente problemas emocionales, mentales y conductuales así como el maltrato infantil y problemas de desintegración familiar el DIFEM crea en 1979 el programa de Salud Mental, el cual empezó a funcionar en un área anexa al Centro de Rehabilitación y Educación Especial otorgando consulta externa. En 1981 se inauguró la Clínica de consulta externa que hoy lleva el nombre de Clínica de Psicoterapia Familiar, adscrita a la Dirección de Servicios Médicos.

En el mes de marzo de 1996 se llevó a cabo la reestructuración administrativa del DIFEM creándose la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar, integrándose con cuatro programas entre los que se crea el Área de Atención y Orientación Psicológica que sustituye a la de Salud Mental, quedando la Clínica de Psicoterapia Familiar como el espacio en el que se brinda la Atención Psicológica y/o Psiquiátrica a la población que demande este servicio, llevando a cabo al mismo tiempo una reestructuración de Áreas y actividades al interior de la Clínica.

En virtud de lo anterior, al Área de Promoción y Prevención de la Clínica de Psicoterapia Familiar se le reorientan las funciones, y el personal operativo se convierte en personal normativo, sin descuidar por ello las acciones preventivo – educativas dirigidas ahora a la zona de influencia de la Clínica.

El personal normativo tiene como funciones básicas las asesorías a los Sistemas Municipales DIF para la operación del Programa de Atención y Orientación Psicológica, la supervisión del avance y seguimiento a los logros alcanzados, o bien, detectar desviaciones y proponer alternativas de solución.

Finalmente, a partir de septiembre de 1997 el Programa de Atención y Orientación Psicológica, cambia su denominación al Departamento de Atención Psicológica Integral (API), el cual queda integrado hasta la fecha a la Subdirección de Atención y Orientación Psicológica y este a su vez a la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar, la cual designa como objetivo del Departamento de Atención Psicológica Integral (API) el de disminuir la aparición de trastornos emocionales, de conducta y mentales en la población mexiquense, incidiendo en las causas familiares, individuales y sociales a través de actividades de promoción, prevención y tratamiento, con la participación activa del personal de las Clínicas de Psicoterapia Familiar y el personal operativo de los Sistemas Municipales DIF, en los diferentes Centros de Desarrollo Comunitario (CDC), bajo los lineamientos y normatividad que marca el DIFEM.

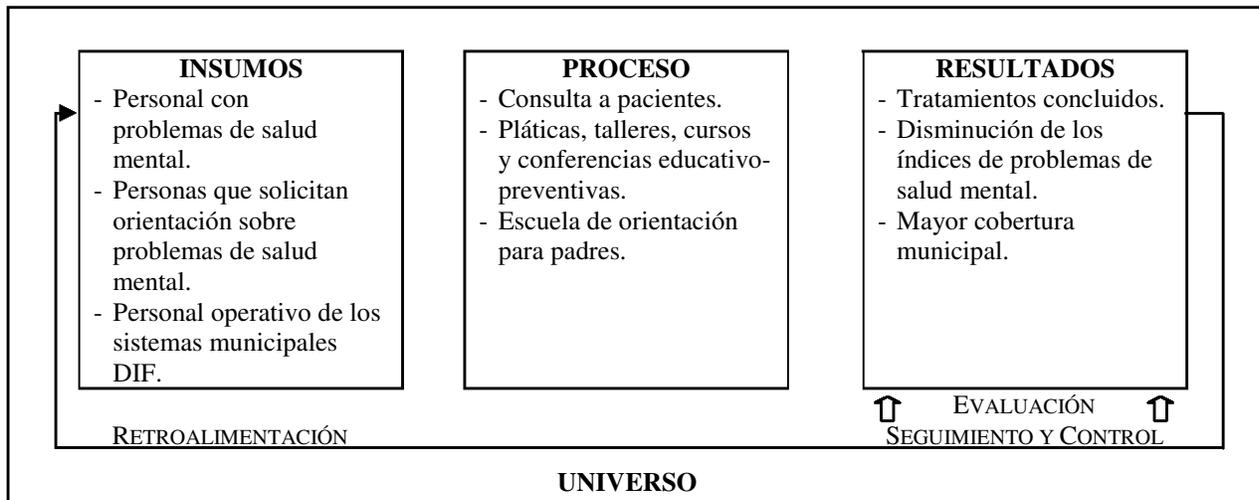


Fig.2 Sistema del Departamento de Atención Psicológica Integral (API).

## 5.2 Funciones del Programa de Atención Psicológica Integral (API).

En base a las disposiciones establecidas en el plan de Desarrollo del Estado de México (1993 – 1999), la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar (2000) en su Manual General de Procedimientos describe los objetivos, políticas y funciones encomendadas al Programa API, el cual tiene como propósito fundamental, constituirse como instrumento de apoyo administrativo que coadyuve a la realización de las metas programadas por el Departamento.

Asimismo, se considera como un instrumento de consulta que permita dar a conocer sistemáticamente las actividades que se realizan en el mismo; así como proporcionar una descripción detallada de las operaciones, formatos y documentación que se manejan en los procedimientos administrativos del Departamento de Atención Psicológica Integral.

Dentro de sus políticas principales se menciona que:

- Las pláticas, talleres, cursos y conferencias deberán ser solicitadas por el psicólogo a cargo mediante oficio dirigido a la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar con 15 días de anticipación, acompañado de un programa que muestra el objetivo y desarrollo de las sesiones. Los temas pueden variar de acuerdo a las necesidades que presente la población en tratamiento. Entre ellos se encuentran: educación sexual para el niño, problemas de aprendizaje,

adolescencia y sexualidad, comunicación de pareja, formación de la personalidad, violencia intrafamiliar, prevención del abuso sexual infantil, etapas de desarrollo humano, manejo del estrés, entre otros.

- Las escuelas de orientación para padres deberán de tener como mínimo 12 sesiones, contando con la asistencia de por lo menos 15 participantes.
- Se deberá cumplir con las fechas y horarios previamente establecidos para asesoría técnica y cursos de inducción al personal de los Sistemas Municipales DIF.
- La consulta psicológica será de 8:00 a 15:00 hrs. de lunes a viernes.
- Los psicólogos fundamentaran sus diagnósticos en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales CIE – 10. (*ver anexos*).
- La duración de la consulta psicológica deberá ser de 45 minutos y 15 minutos para elaboración de notas en la hoja de evolución.
- Los psicólogos deberán canalizar a los pacientes que por su problemática requieran de un servicio con el que no se cuenta. Tal es el caso de los Hospitales Psiquiátricos (Fray Bernardino, Vicente Villada), Centros de Integración Juvenil, Instituto Nacional de Neurología y Neurociencia, CONASIDA, entre otros; asimismo, se cuenta con referencias de servicios particulares dentro de la zona para el paciente que así los prefiera (psiquiatras, neurólogos).
- La cuota de recuperación de la entrevista inicial deberá ser la más baja del tabulador vigente.
- El costo de los servicios otorgados se establecerá de acuerdo a los resultados que arroje el estudio socioeconómico aplicado al paciente.
- Las visitas domiciliarias se programarán con base a la solicitud de los psicólogos, a los pacientes que dejen de asistir a consulta y para corroborar estudio socioeconómico.

- Trabajo social deberá de proporcionar y recuperar los expedientes utilizados por los psicólogos de la consulta diaria.
- Se deberá depositar diariamente en la caja general del DIFEM el monto total recaudado por los servicios otorgados.
- El personal del departamento deberá cumplir con las indicaciones y asignaciones que se le encomiendan.

Dentro de este marco, están consideradas las funciones del personal que pertenece al programa API, incluyendo así al psicólogo clínico en el cumplimiento de funciones específicas, las cuales giran alrededor de la atención a pacientes, desde niños hasta personas de la tercera edad, los cuales acuden a los Centros de Desarrollo Comunitario (CDC) ubicados en los diferentes municipios del Estado de México, tales funciones se desarrollan en el siguiente capítulo.

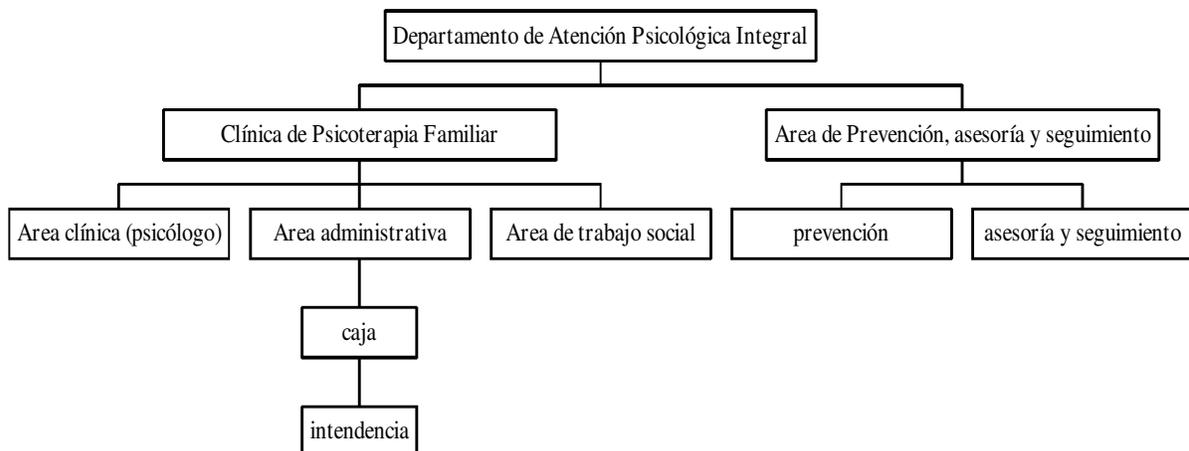
## **6. EL PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA INTEGRAL (API)**

De acuerdo con la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar en coordinación con la Subdirección de Atención y Orientación Psicológica (2000), en su Manual de Organización del Departamento de Atención Psicológica Integral, se menciona como objetivo principal del psicólogo clínico, otorgar consulta psicológica a personas que la soliciten por problemas emocionales o de conducta, además de las siguientes funciones:

- Elaborar entrevista inicial a los pacientes que asisten a consulta por 1° vez.
- Elaborar la historia clínica de los pacientes que asisten a consulta subsecuente.
- Evaluar psicológicamente al paciente a través de una batería de pruebas que permitan dilucidar características del individuo y auxiliar el diagnóstico planteado.
- Dar a conocer los resultados al paciente y a los familiares, elaborar contrato terapéutico.
- Efectuar canalización a otras Instituciones y/o derivación a interconsulta al área de Psiquiatría.
- Asistir a las sesiones de enseñanza y participar en ellas según lo programado.
- Realizar todas las actividades administrativas inherentes para el control de la información que se genera en la atención de los pacientes.
- Integrar los Expedientes Clínicos de acuerdo a la Norma Técnica No. 52 (*ver anexos*).
- Elaborar los reportes inherentes al área de psicología.
- Solicitar visitas domiciliarias para el rescate de pacientes.
- Determinar el grado de evolución de los pacientes.
- Desarrollar aquellas actividades que le indique su jefe.

Asimismo, para la realización de dichas funciones, se menciona la siguiente descripción para ocupar el puesto de psicólogo clínico:

- Edad: 25 a 45 años.
- Género: indistinto.
- Estado civil: indistinto.
- Experiencia laboral necesaria: 5 años.
- Habilidades y conocimientos para desempeñar el puesto: aplicación de terapias individuales y grupales, manejo de grupos, aplicación e interpretación de pruebas psicométricas, manejo del CIE – 10, habilidades para interrelacionarse con el personal, ser respetuoso, responsable, amable, comunicativo, con iniciativa, sin problemas de personalidad, altruista, y con actitud positiva hacia el trabajo.
- Nivel jerárquico: operativo.
- Horario: 9: 00 a 15:00 hrs.
- Necesidad de trabajar horas extras ocasionalmente.
- Necesidades de capacitación: cursos de terapia individual y grupal, de terapia gestalt, de relaciones humanas y sobre sexualidad.
- Jefe inmediato: Director de la Clínica de Psicoterapia Familiar.



*Fig. 3 Organigrama del Departamento de Atención Psicológica Integral (API).*

A continuación se presenta la descripción de los procedimientos en que el psicólogo clínico se involucra activamente, como parte del Programa de Atención Psicológica Integral (API), así como sus objetivos y políticas.

### **6.1 Consulta psicológica en el Centro de Desarrollo Comunitario (CDC).**

*Objetivo:* Proporcionar atención psicológica a través de la consulta externa a la población que presente problemas emocionales, conductuales o de adicciones.

*Políticas:*

- El horario de atención psicológica será de ocho a quince horas de lunes a viernes.
- El psicólogo deberá llenar el expediente clínico de acuerdo a la norma técnica número cincuenta y dos.
- El psicólogo brindará atención solamente a los pacientes que otorguen copia del recibo de pago correspondiente.
- Los psicólogos fundamentarán sus diagnósticos con base al manual CIE – 10.
- La duración de la consulta psicológica deberá ser de 45 minutos y 15 minutos para la elaboración de notas en la “hoja de evolución”.
- Los psicólogos deberán canalizar a los pacientes que por su problemática requieran de un servicio con el que no se cuenta en las Clínicas de Psicoterapia Familiar o Prevención y Atención a las Adicciones.
- La cuota de recuperación por concepto de entrevista inicial (sólo en la Clínica de Psicoterapia Familiar) será fija, no importando la situación económica y será de \$ 6.00 m/n.

*Procedimiento:*

1. De acuerdo con las indicaciones del psicólogo tratante, el paciente y/o usuario se presenta en el área de trabajo social y solicita consulta.
2. En el área de trabajo social se atiende al paciente y/o usuario, asignándole la fecha de consulta conforme a las indicaciones del psicólogo tratante.
3. Una vez enterado, el paciente espera la fecha indicada para consulta.
4. Llegado el día indicado, el paciente acude a la caja ubicada en la clínica de psicoterapia familiar a realizar su pago.
5. El encargado de caja atiende al paciente y/o usuario, le entrega recibo de pago original y copia.
6. El paciente obtiene el recibo de pago en original y copia, se presenta con el psicólogo responsable.
7. El psicólogo responsable atiende al paciente, recibe copia del recibo de pago y la archiva para su control. Requisita el formato “solicitud de valoración psicológica” en original y copia, turna al área de valoración psicológica. Por último, indica en forma verbal al paciente acudir a ésta área para obtener fecha de consulta.
8. El paciente atiende las indicaciones y acude al área de valoración psicológica.
9. El psicólogo responsable del área de valoración psicológica recibe el formato de valoración, el cual indica las pruebas psicológicas requeridas y lo archiva en forma provisional, atiende al paciente y proporciona cita.
10. El paciente se entera y se presenta en la fecha indicada con el psicólogo del área de valoración psicológica.
11. El día de la cita el psicólogo de área atiende al paciente y con base al formato de “valoración psicológica”, aplica, califica e interpreta pruebas psicológicas, integra las pruebas realizadas al expediente clínico y remite los resultados al psicólogo tratante.

12. El psicólogo tratante recibe el expediente clínico, realiza una integración del estudio revisado en la “historia clínica” y la “valoración psicológica” para definir el diagnóstico(s), en base al CIE – 10, plantea alternativas de tratamiento a seguir en el formato de “hoja frontal” del expediente; entrega resultados al paciente y procede según el caso:
  - 12.1. Si el paciente requiere de otro tratamiento no disponible en la clínica de psicoterapia familiar, se canaliza al área o institución que corresponda.
  - 12.2. Si el paciente no requiere de canalización en otra institución, se inicia el tratamiento y al término de cada sesión el psicólogo elabora una “nota de evolución”, la cual turna a trabajo social para que se asigne la próxima cita. Indica al paciente que acuda a dicha área para obtener la cita. Posteriormente el área de trabajo social recibe la “nota de evolución”, la archiva para su control y atiende al paciente.

## **6.2 Canalización de pacientes inter y extra institucional en el Centro de Desarrollo Comunitario (CDC).**

*Objetivo:* Proporcionar alternativas de atención al paciente que por su problemática no puedan ser atendidos dentro de las clínicas de prevención y atención a las adicciones y clínica de psicoterapia familiar, a fin de coadyuvar al desarrollo de sus habilidades físicas y/o mentales.

*Políticas:*

- El psicólogo deberá de llenar el formato de canalización de forma adecuada y entregarlo en sobre cerrado al paciente para que acuda a la institución correspondiente.
- El psicólogo deberá anotar las causas por las cuales no puede ser tratado en el formato “hoja de evolución”.

*Procedimiento:*

1. De acuerdo con las indicaciones del psicólogo tratante, el paciente y/o usuario se presenta en el área de trabajo social y solicita consulta.
2. En el área de trabajo social se atiende al paciente y/o usuario, asignándole la fecha de consulta conforme a las indicaciones del psicólogo tratante.
3. Una vez enterado, el paciente espera la fecha indicada para consulta.
4. Llegado el día indicado, el paciente acude a la caja ubicada en la clínica de psicoterapia familiar a realizar su pago.
5. El encargado de caja atiende al paciente y/o usuario, le entrega recibo de pago original y copia.
6. El paciente obtiene el recibo de pago en original y copia, se presenta con el psicólogo tratante.
7. El psicólogo tratante atiende al paciente, recibe copia del recibo de pago y la archiva para su control. Realiza formato de historia clínica y determina si es necesario canalizarlo a otra área.
8. En caso de ser necesaria la canalización, requisita el formato “canalización de referencia” en original y copia, resumiendo los antecedentes, indicación de signos y síntomas que apoyen el diagnóstico, estudios requeridos y atención indicada; firma y turna al Departamento de Atención Psicológica Integral y/o Departamento de Prevención al Alcoholismo y a la Fármaco – dependencia.
9. En el área de Trabajo Social se recibe el formato “Canalización de Referencia” en original y copia, se analiza y se revisa que se encuentre debidamente requisitada, se firma de autorización y se remite al psicólogo responsable.
10. Finalmente, el psicólogo responsable recibe el formato de canalización de referencia autorizada en original y copia e indica al paciente y/o usuario que firme en la copia. Integra el original a un sobre cerrado y sellado, y lo entrega al paciente indicándole que se presente en la institución pública o privada para su atención. Requisita “nota de evolución” anotando el motivo y el objeto de la canalización, así como la institución que atenderá al paciente, anexa la copia de la “hoja clínica”, las integra al expediente del paciente y lo archiva para su control.

### **6.3 Estudio socioeconómico a pacientes en el Centro de Desarrollo Comunitario (CDC).**

*Objetivo:* Conocer la situación socioeconómica del paciente con el fin de establecer la cuota a pagar de acuerdo al catálogo de cuotas de recuperación del DIFEM.

*Políticas:*

- El área de trabajo social deberá realizar estudio socioeconómico a todo paciente que acuda a consulta psicológica.
- De acuerdo al resultado de estudio socioeconómico se asignará la cuota de recuperación a pagar con base a la tarifa establecida en el catálogo de cuotas de recuperación del DIFEM.
- El área de trabajo social será la encargada de proporcionar *carnet* de citas a todos los pacientes que se les realice estudio socioeconómico.

*Procedimiento:*

1. El psicólogo realiza entrevista al paciente, requisita el formato “entrevista inicial” en original y copia, entrega original al paciente indicándole que se presente en el área de trabajo social. Archiva para su control la copia del formato.
2. El paciente recibe el formato de entrevista, atiende indicaciones y acude a trabajo social.
3. En trabajo social se atiende al paciente, se recibe el formato de entrevista inicial y se requisita el formato de estudio socioeconómico, en el cual con base en la información recabada y tabulador se determine el monto de la cuota de recuperación. Inmediatamente se efectúa su registro en la libreta de control de ingreso y se elabora el *carnet de citas* anotando el número de expediente, clasificación, monto de la cuota de recuperación, fecha de consulta y nombre del psicólogo responsable. Finalmente, se entrega el carnet al paciente y se archivan para su control los formatos de entrevista inicial y de estudio socioeconómico.

4. El paciente recibe su carnet de citas y espera la fecha indicada para asistir a consulta.
5. En trabajo social se programan las visitas domiciliarias con el fin de verificar la información recabada en el estudio socioeconómico (se conecta con el siguiente procedimiento).

#### **6.4 Visita domiciliaria a pacientes en el Centro de Desarrollo Comunitario (CDC).**

*Objetivo:* Conocer el motivo por el cual el paciente ha dejado de asistir a consulta y corroborar los datos del estudio socioeconómico.

*Políticas:*

- Las visitas domiciliarias se programaran con base a la solicitud escrita de los psicólogos del área de Trabajo Social.
- De acuerdo a las necesidades de la Clínica de Psicoterapia o CDC, las visitas domiciliarias se programaran una vez por semana o más si así se requiere.
- La trabajadora social especificará los motivos por los cuales el paciente dejó de asistir a la consulta, asimismo, verificará los datos obtenidos en el estudio socioeconómico.

*Procedimiento:*

- El psicólogo responsable solicita el expediente y formato de “solicitud de visita domiciliaria” a trabajo social.
- De trabajo social se le envía al psicólogo el expediente y original del formato de visita.
- El psicólogo recibe el expediente y formato original de visita, lo revisa, anexa al expediente y remite los documentos al área de trabajo social.
- En trabajo social se recibe el expediente y el formato. Se verifica que esté debidamente revisado y se elabora un listado de visitas en original.

- Llegada la fecha de la visita el trabajador social la efectúa, corrobora la información contenida en el formato de “visita domiciliaria” y solicita al paciente que firme de conformidad. Remite el expediente al psicólogo.
- El psicólogo recibe el expediente y firma de enterado. Lo remite al área de trabajo social.
- En trabajo social se recibe el expediente y se archiva para su control.

### **6.5 Organización de archivos clínicos en el Centro de Desarrollo Comunitario (CDC).**

*Objetivo:* Organizar los expedientes clínicos de los pacientes que asisten a consulta en la Clínica de Psicoterapia Familiar, Clínica de Prevención y Atención a las Adicciones, y Centros de Desarrollo Comunitario (CDC).

*Políticas:*

- El personal de trabajo social será el responsable y autorizado para el acceso del archivo clínico.
- Los psicólogos deberán de solicitar mediante formato “hoja de control de solicitud y devolución de expedientes” debidamente requisitado al área de trabajo social los expedientes que ocuparán en la consulta diaria.
- Los expedientes clínicos utilizados serán regresados al final de la jornada laboral por los psicólogos al área de trabajo social.

*Procedimiento:*

1. De acuerdo a las citas programadas, el psicólogo solicita los expedientes correspondientes de los pacientes a tratar, con el número de expediente asignado por trabajo social y asentado en el libro de registro de pacientes. Elabora formato “control de solicitud y devolución de expedientes” firmada y requisitada, entrega a trabajo social. En trabajo social se recibe el formato, se localizan los expedientes y se les entregan al psicólogo para su aplicación y uso.

2. El psicólogo recibe los expedientes, los utiliza y los regresa a trabajo social. En trabajo social se reciben los expedientes y se firma de recibido, los archiva para su control interno y/o nuevo requerimiento.

Siguiendo con la lógica de las actividades, a continuación se presenta una exposición de los resultados de los primeros 12 primeros meses de labor en el Sistema Municipal DIF de Cuautitlán Izcalli bajo el cargo de psicólogo clínico en el programa API.

## 7. RESULTADOS

Las actividades realizadas como psicólogo clínico en el programa API se reportan en un informe mensual, el cual consiste en una serie de tablas que las agrupan a modo de efectuar un conteo de los pacientes involucrados. A continuación, se presenta una síntesis de los resultados reportados a lo largo de los 12 primeros meses de laborar en DIFEM.

El primer grupo corresponde a las actividades agrupadas en “*Atención Psicológica*” (ver tabla 1), encontrando en primer lugar el subgrupo de **consulta psicológica**. Aquí se incluye la *consulta de primera vez*, que se refiere a la primera cita a la que asiste un paciente y en la que expone con detalle los motivos por los que demanda atención psicológica, se toman sus datos generales para apertura de expediente y el psicólogo explica las características generales del tratamiento a seguir. Después encontramos la *consulta subsecuente*, aquella a la que se presenta un paciente al cual ya se le asignó un número de expediente y continúa asistiendo regularmente con previa cita.

En segundo lugar se encuentran las actividades referentes al **tratamiento**. Se menciona como *concluido* en aquellos casos en que el paciente ha dejado de asistir por mejoría, es dado de alta y el expediente se cierra y archiva. También se encuentra la fase de *bajas*, que son los expedientes cerrados y archivados después de 1 año ó más de inasistencia del paciente sin previa autorización o aviso.

Después se encuentra la **cita muerta**, en donde se registra la inasistencia sin previo aviso a una cita programada, ya sea por parte del *paciente* o del *terapeuta*. Y, por último, encontramos el subgrupo de actividades de **trabajo social**, dentro de las cuales se menciona el *estudio socioeconómico* elaborado por el psicólogo, el cual consiste únicamente en llenar junto con el paciente un formato con una serie de datos que se enviará a la Coordinación de Prevención, permitiendo asignar una cuota de pago más baja a la general según sea el caso.

	ACCIONES	PACIENTES
CONSULTA PSICOLÓGICA	Consulta de primera vez	167
	Consulta subsecuente	427
TRATAMIENTO	Concluido	76
	Bajas	91
CITA MUERTA	Del paciente	224
	Del terapeuta	0
TRABAJO SOCIAL	Visitas domiciliarias	0
	Estudios socioeconómicos	15

Tabla 1. Actividades de “Atención Psicológica” del Programa API.

El segundo grupo corresponde a las actividades de **“Orientación Psicológica”** (ver tabla 2), encontrando en primer término las *pláticas*, las cuales son asignadas al psicólogo de acuerdo a diversos temas y a pedido de instituciones educativas públicas y/o privadas (escuelas primarias, secundarias, universidades) ya sea que impartan dentro o fuera de las instalaciones. Los temas a desarrollar son diversos (familia, sexualidad, comunicación, problemas de aprendizaje, etc.), al igual que en los *talleres*, a diferencia que éstos últimos, sólo se imparten dentro de las instalaciones del DIFEM, previa presentación de un programa de sesiones ante la coordinación para su revisión y autorización, ya que el psicólogo puede tomar al iniciativa de incluir a sus pacientes en dicha actividad como parte de su tratamiento.

Posteriormente, se mencionan las *orientaciones individuales*, las cuales se refieren a la atención e información que se proporciona a las personas en el servicio de consulta psicológica al momento de obtener y pagar una cita, independientemente de que asistan a ella o no, es por esto que el número de pacientes es mayor con respecto al de consultas de primera vez, dado que algunas veces no asiste el paciente citado. Y por último, encontramos las *canalizaciones*, cuyo objetivo es proporcionar al paciente una opción de tratamiento en una institución especializada en su caso (puede ser pública o privada, si el paciente lo prefiere), proporcionando los datos del lugar y elaborando un escrito en el que se especifica su situación para facilitarle el acceso al servicio.

<b>ACCIONES</b>	<b>PACIENTES</b>
Pláticas	0
Talleres	0
Orientaciones individuales	192
Canalizaciones	4

*Tabla 2. Actividades de “Orientación Psicológica” del Programa API.*

Para finalizar el desarrollo del presente trabajo, enseguida se presentan las reflexiones de la labor del psicólogo clínico en DIFEM, a través una perspectiva que cuestione los conceptos que acompañan la salud mental y el encargo social asignado a la profesión como parte del mantenimiento de la estructura sociocultural vigente.

## 8. REFLEXIONES

Aquellos que laboramos para una institución de asistencia social atendemos a un gran número de solicitudes de servicio. En el campo de la salud mental de nuestro país, se define la calidad como un sinónimo de las estadísticas de los servicios prestados al mayor número de pacientes. Así, entre mayor número de individuos se capte, se dice que mayor éxito tienen los programas de salud mental. A simple vista, es claro que esa calidad no existe. La razón más sencilla está en la cantidad de horas, de días o meses que un paciente debe esperar para conseguir turno, o al paseo que da por distintos servicios de una institución antes de que su tratamiento sea orientado, como parte de la actitud de ser un *enfermo mental*.

Por ello, hay que preguntarse sobre lo que hay detrás de que un individuo acuda a un servicio de apoyo psicológico en estas instituciones, aceptando ser parte de ese gran número de solicitantes. Y más aún, quienes laboramos en ellas, cuestionarnos acerca del papel asumido y desempeñado por el psicólogo en dicho proceso. Tiene que ver con nosotros, los psicólogos, interrogarnos sobre los conceptos que componen y rodean la llamada salud mental. En primer lugar, preguntarnos sobre el por qué y bajo qué concepción un individuo demanda apoyo psicológico, y en segundo lugar, como psicólogos al servicio de una institución, porqué se nos ha encargado el campo de la salud mental.

Al egresar de la carrera, no sólo si pretendemos insertarnos en el área clínica, deberíamos empezar por analizar el discurso que promueve la salud mental, ya que, contrario a lo que el estudiante piensa, el término de la preparación académica debería suponer solo un principio. Es decir, podríamos comenzar con la idea común que se tiene acerca de la psicología clínica: se dice que ésta se ocupa de los individuos en tanto ellos constituyen un problema para alguien (incluyéndose a sí mismos), y requieren, por lo tanto, cambiar su interacción con el medio de manera que les resulte en bienestar.

Por ello, en concordancia con Bordignon (2000), responder por el quehacer del psicólogo es preguntarse qué hace, por qué lo hace, para qué y a pedido de quién. Como parte del desconocimiento imperante acerca de la estructura que lo ha determinado, tomemos como ejemplo cuando se dice que los psicólogos surgieron como profesionales aptos para enfrentar una variada gama de problemas prácticos, concretos, cotidianos, por una especie de voluntad de servicio.

En busca de responder por el quehacer del psicólogo, sí observamos su práctica, particularmente en los Centros de Desarrollo Comunitario del DIFEM, lo primero que llama la atención es la variedad de problemas cotidianos y áreas institucionales donde es llamado a participar. En este contexto, se espera que el psicólogo haga uso de métodos y técnicas para poder asistir a dichos procesos con eficacia, y efectivamente, es de esperarse que actué como agente de cambio en las transformaciones de los discursos, conductas y relaciones necesarios para obtener como producto el individuo adaptado e integrado a la sociedad en que tiene asignado un lugar. Dicho de otro modo: es parte de la producción de todos los cambios necesarios en el individuo para que nada cambie en la estructura sociocultural, para que no cambien el modo y relaciones de producción imperantes.

Es así que, hablar de un psicólogo clínico es hablar de un intermediario entre la institución de asistencia social y el paciente, que puede no tomar nunca conciencia de ello. Para Benedito (1975) es un depositario de violencia técnica, en la medida en que actúa suavizando asperezas, disolviendo resistencias, resolviendo conflictos engendrados por las instituciones.

Cabe aclarar que el sentido que tiene hablar de instituciones incluye también las que son consideradas parte de la estructura social, nos referimos a la familia y a la escuela, ya que de éstas surgen los casos de niños problema llevados por un adulto, que al no saber qué hacer con ellos vienen en busca del psicólogo que sí sabe.

Retomando la práctica del psicólogo, se pensaría que la decisión de aceptar el rol profesional suele tener sólo dos variantes: una, se le acepta porque se está de acuerdo, lo cual implica también una decisión ideológica, bajo la firme creencia de que las cosas deben ser de una manera; y la otra, se le acepta implícitamente escudándose en la concepción de la ciencia o en la supuesta neutralidad de las técnicas al servicio de quien las demanda.

Lo que se propone aquí, no contempla el sentido de una aceptación de ese tipo, sino se trata de la posibilidad de construir una práctica que se base en un cuestionamiento que derive en una toma de conciencia del encargo y demanda implícitos tras el discurso de la psicología (la promoción de la salud mental), y tras las áreas propuestas para la intervención del psicólogo, especialmente aquellas donde la consigna es impulsar un cambio, tal como en el área clínica del DIFEM. También se incluye una lectura del tipo de técnicas a utilizar permitidos y admitidos para el psicólogo clínico, preguntando por qué se han elegido precisamente éstas y por qué no otras.

Así, indagando en los orígenes e historia de la institución se encuentran conceptos como la asistencia social que explican la concepción que se tiene de la práctica clínica. De esta manera nos podemos preguntar por las posibilidades de acción que como psicólogo se pueden construir, antes de auto asignarnos un lugar y unas funciones que apenas se alcanzan a comprender, actitud que prevalece en el personal del área.

Así, las consecuencias de esa toma de conciencia proporcionan los elementos para una ruptura de la relación que el psicólogo mantiene con su propia práctica, la cual podríamos calificar como de imaginaria, ya que se basa en un discurso en el que se percibe desarrollando una función social, a partir de la consideración de que en la sociedad cada individuo realiza distintas y complementarias tareas al servicio del resto y que él mismo, a su vez, se encuentra aplicando los conocimientos científicos adquiridos en su formación académica (o que empieza a adquirir, acudiendo a diversos cursos que validen su trabajo con los tests más confiables y las más efectivas técnicas). Siendo que esto sólo es un reflejo de su mayor obstáculo, ese poder que se le asigna (y que él mismo se llega a asignar) como figura de conocimiento, como aquel que sabe de las personas.

Para continuar, hay que hacer una aclaración del sentido de lo que se plantea, se trata de una toma de conciencia dentro de las actividades del psicólogo clínico, ya que se podría pensar equívocamente en la posibilidad de abandono y/o desprestigio del campo laboral (o incluso desechar el interés por la carrera, para aquellos que lo tienen), optando así por buscar *algo mejor* e insertarse en otra actividad o profesión dada la problemática del psicólogo, o bien, pensar que puede ignorarse el sistema sociocultural vigente y no desempeñar, por lo menos, ninguna actividad profesional. De ser así, entonces se cumplirían en otro campo otras actividades asignadas, a esto es a lo que nos referimos, respecto de las cuales se podría también cuestionar sobre cómo están prescritas, a la vez también que otros psicólogos o estudiantes ocuparían nuestro lugar abandonado sin tener conciencia de su labor.

Ahora bien, hay que tomar en cuenta que el psicólogo es un trabajador que ofrece sus servicios y que también se le paga por ellos de acuerdo a lo que el sistema sociocultural vigente admite, así, el psicólogo clínico que realiza su práctica en instituciones de asistencia social se dará cuenta de que la gran demanda de servicio siempre va acompañada de sueldos muy bajos, lo que deja al descubierto algo muy importante: el discurso de la función social que cumple la psicología. Incluso, en instituciones como DIF bajo la consigna de la gran demanda social que se le atribuye, se cuenta con mecanismos de reclutamiento de psicólogos cuyo perfil laboral se pasa por alto mientras se cumpla con las funciones asignadas en número de pacientes por cierto tiempo, diagnósticos y expedientes.

Por lo tanto, con el extenuante trabajo que realiza cada psicólogo siguiendo un orden por agenda, las expectativas de asistencia de pacientes a lo largo plazo son muy bajas, más sin embargo, aquí se abre nuevamente la pregunta: ¿por qué la solicitud del servicio no cesa? La respuesta se encuentra en la expresión del comportamiento anormal – inadaptado que promueve la salud mental y los modos en que se debe y puede mostrar, los cuales son siempre mencionados en el discurso y actitud demandante del paciente. Conceptos tales como depresión, hiperactividad, déficit de atención, familia disfuncional, son siempre mencionados por ellos en sus motivos de consulta como muestra de aquella psicología popular que aceptan como parte de su anormalidad.

Así, es claro que las actividades asignadas y las circunstancias laborales no son las que rigen la actitud del psicólogo y sobre todo la tarea de cuestionarse acerca del discurso bajo el cual la institución le asigna tal lugar, más aún, son parte del aprendizaje personal y profesional que se encuentra fuera de las aulas, el cual se caracteriza por la actitud que el psicólogo, como cualquier otro individuo tome al preguntarse sobre el lugar y las funciones que lo caracterizan en su profesión.

Entendido lo anterior, ahora conviene preguntarnos ¿cuál es el sentido de la expresión salud mental en la práctica del psicólogo clínico en una institución de asistencia social? La respuesta parece que se trata de una cuestión de palabras, de adjetivos que explican la forma en que se mira al paciente como el agente de acciones socialmente inaceptables. ¿Inaceptables para quién? Obviamente, para quien espera de tal individuo otras conductas, acciones aceptables conforme al orden social del que se es parte.

Así, el paciente afectado de la salud mental es aquel que no llega a integrarse sin fricciones en el lugar que le está asignado, ya decíamos, la consigna viene de la escuela, los padres, la pareja o el paciente mismo convencido de que *necesita ayuda*. Así, es común ver llegar al Centro de Desarrollo Comunitario a adolescentes y adultos que desde niños han pasado por diferentes instituciones, cuya actitud denota la inmediata auto asignación de lo que deben ser y hacer como pacientes que *tienen un problema*.

Siendo que, un verdadero problema viene a ser la inseguridad que presenta el psicólogo de no poder *ayudar* a su paciente si no aplica y califica el conjunto de pruebas a su alcance (valoradas y elegidas por la institución previamente), sin tener siquiera la intención de cuestionarse su comportamiento, y sobretodo, el por qué los individuos aceptan ser evaluados y diagnosticados; formando parte de la psicología que cumple con la función, imprescindible para el orden social, de mediar entre los individuos carentes de *salud mental* y un discurso que debe permanecer con toda intención intacto a través de los *cambios* que el psicólogo clínico promueve en la conducta del individuo que acude sufriendo por su condición de vida.

Todo lo anterior es determinante al concebir y dirigir al individuo que se presenta a demandar el servicio, y sobre todo a nosotros mismos, los psicólogos clínicos, ya que nada de esto significa negar que las personas que encuentran dificultades para ubicarse, o que rechazan los lugares asignados por los demás sufren por su condición, por el contrario, preguntarse sobre el por qué es así debe estar muy presente.

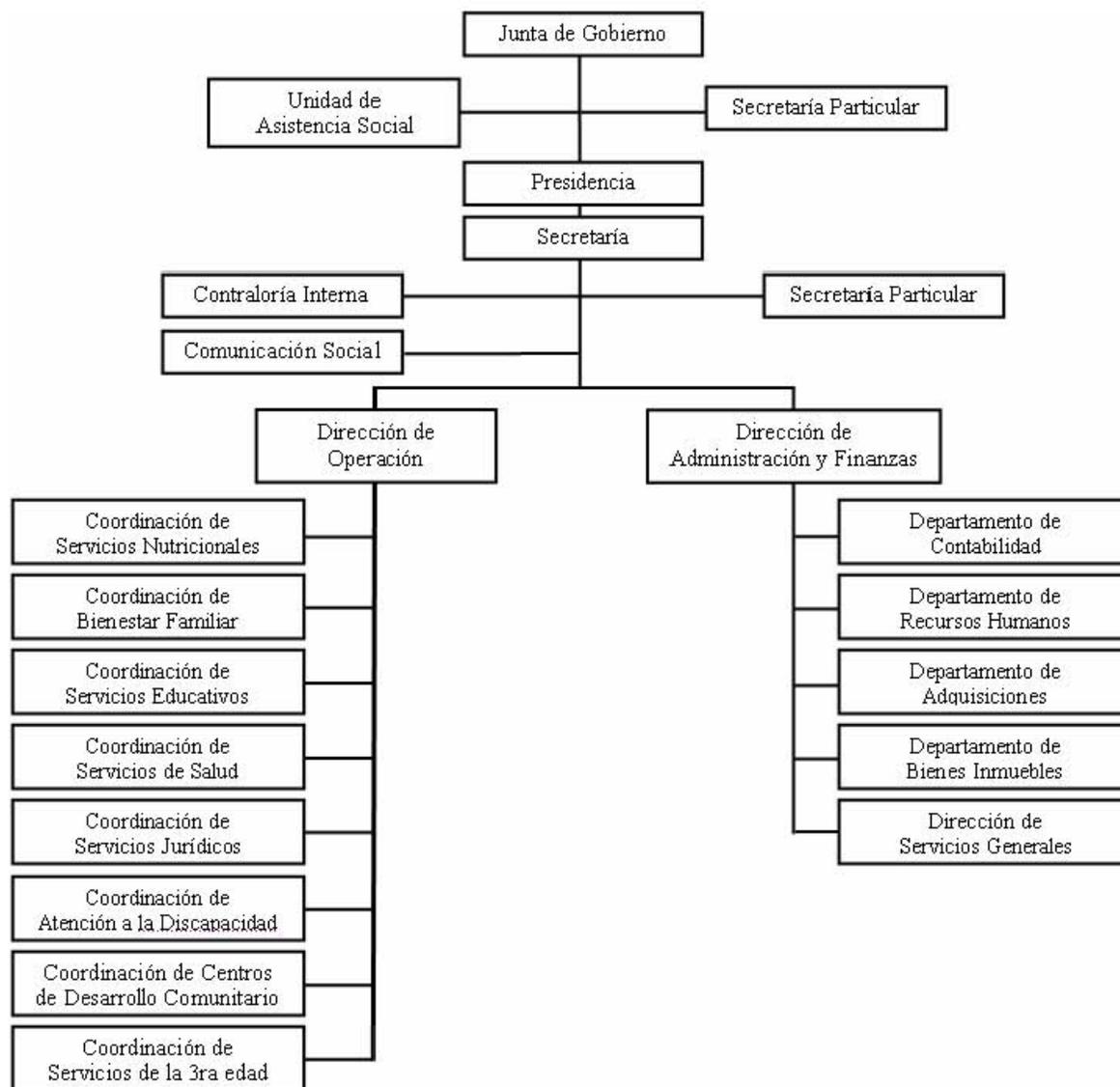
De manera que, el psicólogo clínico, en la institución que se desempeñe, a través de una práctica en que se cuestione acerca del lugar que ocupa y las circunstancias bajo las cuales lo ocupa, puede proponer a los individuos esclarecer las causas a través de las cuales el orden sociocultural vigente ha actuado para que se presente demandando un cambio en sí mismo o en aquellos que lo rodean, atenuando así lo que expresan como un sufrimiento por sus circunstancias de vida.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

- Bernstein, D. A. (1982). **Introducción a la Psicología Clínica**. México: Mc Graw Hill.
- Bleger, J. (1989). **Psicohigiene y psicología institucional**. Argentina: Biblioteca de Psicología General Paidós.
- Bordignon, A., Calveyra, G., & Ricciardi, M. (2000). **Salud mental: época y subjetividad**. Argentina: Homo Sapiens Ediciones.
- Braunstein, N.; Pastanac, M.; Benedito, G.; & Saal, F. (1975). **Psicología: ideología y ciencia**. México: Siglo XXI Editores.
- Buela- Casal, G. (1997). **Psicología preventiva (avances recientes en técnicas y programas de prevención)**. España: Pirámide.
- Canguilhem, G. (1971). **Lo normal y lo patológico**. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Coordinación de Comunicación Social. **Sistema Municipal DIF Cuautitlán Izcalli (Conoce Nuestros Servicios)**. México: Autor.
- De la Fuente, R. (1959). **Psicología Médica**. México: FCE.
- Díaz- Guerrero, R. (1982). **Psicología del mexicano**. México: Trillas.
- Dirección de Operación Regional del DIFEM. En: [www.edomexico.gob.mx/portalgem/difem](http://www.edomexico.gob.mx/portalgem/difem)
- Dirección de Prevención y Bienestar Familiar. (2000). **Manual General de Procedimientos del Departamento de Atención Psicológica Integral**. México, Toluca de Lerdo: Autor.

- Dirección de Prevención y Bienestar Familiar. Subdirección de Atención y Orientación Psicológica. (2000). **Manual de Organización del Departamento de Atención Psicológica Integral**. México, Toluca de Lerdo: Autor.
- Dirección de Prevención y Bienestar familiar. (2002). **Primer Aniversario de la reinstauración de la Clínica de Salud Mental “Ramón de la Fuente”**. México, Toluca de Lerdo: Autor.
- Estatuto Orgánico del Sistema Nacional de Asistencia Social. En [www.dif.gob.mx/index.html](http://www.dif.gob.mx/index.html)
- Gobierno del Estado de México. (2004). **Gaceta del Gobierno: Manual General de Organización del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México**. México, Toluca de Lerdo: Autor.
- Harrsch, C. (1983). **¿El psicólogo, qué hace?**. México: Alambra Mexicana.
- Pérez, G. A. (1981). **Psicología clínica: problemas fundamentales**. México: Trillas.
- Ribes, E., Fernández, C., Rueda, M., Talento, M., & López, F. (1980). **Enseñanza, Ejercicio e Investigación de la Psicología. (Un modelo integral)**. México: Trillas.
- Soberon, G.; Kumate, J.; & Laguna, J. (1988). **La salud en México: Testimonios 1988. Fundamentos del cambio estructural (1)**. México: FCE.
- Urbina, J. (Ed.). (1989). **El psicólogo: formación, ejercicio profesional y prospectiva**. México: UNAM.

# **ANEXOS**



*Organigrama del Sistema Municipal DIF Cuautitlán Izcalli.*



DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y BIENESTAR FAMILIAR  
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA  
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA INTEGRAL



INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

CORRESPONDIENTE AL MES DE \_\_\_\_\_  
AL MUNICIPIO DE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

**MORBILIDAD DE PACIENTES DE PRIMERA VEZ POR TIPO DE TRASTORNO (CIE – 10)**

	Grupo	Código	DIAGNÓSTICO	TOTAL
B	T. orgánico	F00	Demencia	
C	C. sustancias	F10	T. Mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas	
D	Esquizofrenia, T. esquizotípico y de ideas delirantes	F20	Esquizofrenia	
E		F21	Trastorno esquizotípico	
F		F22	Trastorno de ideas delirantes	
G		F23	Trastorno psicótico agudo y transitorios	
H		F24	Trastorno de ideas delirantes inducidas	
I		F25	Trastornos esquizoafectivos	
J		F28	Otros trastornos psicóticos no orgánicos	
K		F29	Psicosis orgánica sin especificación	
L		Trastornos del humor (afectivos)	F30	Episodio maniaco
M	F31		Trastorno bipolar	
N	F32		Episodios depresivos	
O	F33		Trastorno depresivo recurrente	
P	F34		Trastorno del humor (afectivos) persistentes	
Q	F38		Otros trastornos del humor (afectivos)	
R	F39		Trastorno del humor (afectivo) sin especificación	
S	Trastorno neurótico, secundarios y somatomorfos	F40	Trastorno de ansiedad fóbica	
T		F41	Otros trastornos de ansiedad	
U		F42	Trastorno obsesivo – compulsivo	
V		F43	Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación	
W		F44	Trastornos disociativos (de conversión)	
X		F45	Trastornos somatomorfos	
Y		F48	Otros trastornos neuróticos	
A		Trastorno del comportamiento o asociado a disfunciones fisiológicas y somáticas	F50	Trastornos de la conducta alimentaria
AA	F51		Trastorno no orgánico del sueño	
AB	F52		Disfunción sexual no orgánica	
AC	F53		Trastornos mentales y de comportamiento en el puerperio	
AD	F54		Factores psicológicos y del comportamientos no clasificados en otro lugar	
AE	F55		Abuso de sustancias que no producen dependencia	
AF	F59		Trastornos del comportamiento asociado a disfunciones fisiológicas y somáticos no especificado	

AG	T. de la personalidad y del comportamiento del adulto	F60	Trastornos específicos de la personalidad		
AH		F61	Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad		
AI		F62	Transformación persistente de la personalidad, no lesión, ni enfermedad cerebral		
AJ		F63	Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos		
AK		F64	Trastornos de la identidad sexual		
AL		F65	Trastornos de la inclinación sexual		
AM		F66	T. psicológicas y del comportamiento del desarrollo y orientaciones sexuales		
AN		F68	Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto		
AO		F69	Trastorno de la personalidad del adulto no especificado		
AP		F70	Retraso mental leve		
AQ	Retraso mental	F71	Retraso mental moderado		
AR		F72	Retraso mental grave		
AS		F73	Retraso mental profundo		
AT		F78	Otro retraso mental		
AU		F79	Retraso mental sin especificación		
AV		F80	Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje		
AW	Trastornos del desarrollo psicológico	F81	Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar		
AX		F82	Trastorno específico del desarrollo psicomotor		
AY		F83	Trastorno específico del desarrollo mixto		
AZ		F84	Trastornos generalizados del desarrollo		
BA		F88	Otros trastornos del desarrollo psicológico		
BB		F89	Trastornos del desarrollo psicológico sin especificación		
BC		F90	Trastornos hiperkinéticos		
BD		F91	Trastornos disociales		
BE		F92	Trastornos disociales y de las emociones mixtos		
BF	F93	Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia			
BG	T. del comportamiento y de las emociones en infancia y adolescencia	F94	Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia		
BH		F95	Trastornos de tics		
BI		F98	Otros trastornos de las emociones y del comportamiento habitual en la infancia y adolescencia		
BJ		P. de relación	Z63.8	Problema paterno – filiales	
BK			Z63.0	Problemas conyugales	
BL			Z63.9	Problemas de relación no especificado	
BM			T74.1	Abuso físico del niño	
BN		Del abuso o la negligencia	T74.2	Abuso sexual del niño	
BO	T74.0		Negligencia de la infancia		
BP	T74.1		Abuso físico del adulto		
BQ	T74.2		Abuso sexual del adulto		
BR	P. adicionales de atención	Z55.8	Problema académico		
BS		Z56.7	Problema laboral		
BT		Z63.4	Duelo		
BU	TOTAL				



ESTADO DE MÉXICO  
**Sistema Municipal**  
**Cuautilán Izcalli**

## **INSTRUCTIVO PARA ARMAR EXPEDIENTE EN API (NORMA #52)**

### *1. Fólder.*

Iniciales del centro, del municipio, área, folio y año, nombre de la persona, pareja o familia –iniciando con apellido paterno, materno y nombre(s)–. Estos datos se registrarán en la libreta de ingreso.

### *2. Entrevista inicial u hoja frontal.*

Se llena con # de expediente, nombre del paciente iniciando siempre con apellido paterno (igual al fólder), motivo de consulta (profundizar), diagnóstico basado en CIE – 10, y nombre del profesional que este trabajando. Al final de esta sesión se le dará el carnet al paciente, el cual llevará su nombre, el de la persona que lo atiende y el # de expediente.

### *3. Historia clínica.*

Va posterior a la entrevista de primera vez y puede ser el formato para niños, adolescente/adulto, o pareja/ familia.

### *4. Hojas de evolución.*

Nombre del profesional, fecha de ingreso, # de expediente, fecha de atención, técnicas terapéuticas, prescripción y enumeración de hojas.

### *5. Estudio socioeconómico.*

El estudio socioeconómico es necesario para consultas donadas.

### *6. Pruebas.*

Es necesario que cada hoja de prueba lleve el nombre de quien la aplica, fecha en que se realiza y calificación de la misma.

### *7. Resultados de pruebas.*

Dar al paciente posible diagnóstico en base a los resultados, hacer contrato terapéutico.

### *8. Canalizaciones, cartas, estudios médicos, etc.*

### *9. Alta de expediente.*

Anotar fecha de término en entrevista inicial y en fólder con lápiz: fecha inicial y de término con motivo de alta; también anotar la alta en libreta de ingreso.

### *10. Baja de expedientes.*

A los seis meses de la última asistencia del paciente, el expediente se da de baja. Se anota con lápiz en la hoja frontal del fólder; primera y última fecha de cita, y motivo por el cual ya no asistió, así como número de hojas. Asimismo, se da de baja en la libreta de ingreso.

**ATENTAMENTE**

**Lic. Psic. Teresa Méndez Pérez**

**Jefa del Programa de Atención Psicológica Integral**