

2ij



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CAMPUS IZTACALA

LA FORMACIÓN PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO
(UNA PROPUESTA DE CAMBIO CURRICULAR)

TESIS PROFESIONAL QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA.

PRESENTAN:

MARLEN LÓPEZ RAMÍREZ
SONIA ELENA RODRÍGUEZ RIVERA

ASESORES:

LIC. SERGIO LÓPEZ RAMOS
MTRA. MARGARITA RIVERA MENDOZA
LIC. IRMA HERRERA OBREGÓN



TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO 1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

27 6874



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

A:

Mi abuela Concepción, Mamá Tita, Mamá Sol, Tía Martha por su valor como mujeres, su capacidad de dar y el calor brindado.

Mi padre Eduardo y abuelo José Trinidad por sus enseñanzas, amor, por brindarme la posibilidad de crecer a su lado.

Mis hermanos Verónica y Eduardo por la dicha de compartir unos padres.

Mis primas Rocío y Claudia por las bendiciones recibidas.

Mis tíos Odilón, Alejandro, Lolita y Lupita por su apoyo y orientación.

Mi compañero Jorge Tafoya por su amor, ternura, tiempo y deseo de construir juntos nuestras vidas.

Nuestro Bebé, por la posibilidad que nos brinda de aprender.

Por la fortuna de tenerlos como familia.

Sergio López Ramos, con respeto y admiración, por su calidad de ser humano, sus enseñanzas, por ser el espejo donde podemos aprender a mirarnos.

Margarita Rivera Mendoza e Irma Herrera Obregón por su tiempo, comentarios y aportaciones a este trabajo.

Amigos (as): Mónica, Ana Lilia, Sonia, Jaqueline, Ale, Irlanda, Silvia, Mario, Francisco, Omar, Luis, Miguel Angel, Mariano, Marlen, Adrián, Irma, Herlinda, José, Arcelia, Fátima, Martha, Tania, Alfonso, Carlos, Lucila, Francisco Padilla, Familia López Ramírez, Mario Rodríguez por los momentos compartidos.

Nuestros pacientes, por la posibilidad que nos brindan de aprender y crecer.

Sonia

A

Mi madre Piedad Ramírez, por su trabajo constante y valor para enfrentar la vida.

Mi Padre Cenobio López, por la tranquilidad que inspira y su cariño.

Mi hermana Olivia, por escucharme y apoyarme cuando lo he necesitado.

Mi hermano Rolando, esperando que contribuya a la formación de su camino.

Adrián López, por el amor, apoyo y comprensión.

Sergio López R. Por compartir el conocimiento y ampliar la perspectiva de la vida.

Irma Herrera O. Y Margarita Rivera M. Por el apoyo, comprensión y contribuciones realizadas al presente trabajo.

Amigas Sonia, Dolores y Leticia, por la amistad y las experiencias vividas.

Todos los que me han permitido ser parte de su existir.

Marlen

INDICE

PAGINA

Resumen

Introducción

1

1.- Antecedentes sobre Salud Mental

5

1.1 Descripción Histórica de los centros de atención para
dementes en México

31

2.- Apuntes sobre el Ejercicio profesional del Psicólogo y su inserción
en el campo de Salud Mental

54

2.1 Consideraciones sobre la formación profesional del Psicólogo
en la UNAM Campus Iztacala

73

3.- Una propuesta de cambio curricular para formación de Psicólogos

94

3.1 Estructura Curricular	105
3.1.1 Asignaturas propuestas	107
3.1.2 Desglose de Materias por semestre	111
3.2 Servicio social	129
3.3 Consideraciones Finales	130
Conclusiones	133
Referencias	149
Anexos	160

RESUMEN

En este mundo del siglo XX el proceso salud-enfermedad continua permeando por la visión occidental desarrollada en el siglo XVI, en la cual existe una percepción mecánica-biologicista del funcionamiento humano, donde la salud mental ha sido entendida y tratada bajo una filosofía unidireccional y remedial; centrando básicamente su origen en un principio biológico, excluyéndose o restándole valor a los aspectos sociohistóricos que la rodean.

Estas características matizan el Plan Curricular base para la formación de psicólogos en el Campus Iztacala, reflejándose en un ejercicio limitado en el hacer profesional clínico. Conjuntamente a esto, el desconocimiento de la historia de la profesión como ciencia, ideológica y práctica profesional, han representado que la Psicología contemporánea no alcance a cubrir las demandas que establecen las nuevas patologías sociales e individuales.

El desarrollo de los desequilibrios emocionales con manifestaciones somáticas (trastornos psicósomáticos) han llevado a los psicólogos interesados en el área de salud mental a una reflexión en cuanto a su hacer profesional y sus posibilidades de construcción en estos finales de siglo. Partiendo de este hecho, la finalidad de este trabajo es delinear una propuesta de cambio curricular derivada de la experiencia que se ha tenido en este campo, llevando como base la necesidad de

comprender al hombre desde otra perspectiva. Dejar de escindir y unificar lo que es (mente, cuerpo y espíritu) son la clave para dar respuestas más significativas a las personas que buscan una opción de vida, en esta sociedad tan deteriorada. La propuesta no es aprender una u otra técnica o teoría, sino cambiar la lente con que se mira y con la cual, también nos miramos, es aprender a concebirnos como una parte de esa naturaleza, que pocas veces alcanzamos a percibir.

INTRODUCCION

La vida cotidiana de fin de siglo manifiesta el quebranto o agotamiento de los paradigmas científicos y sociales, observados en las constantes crisis económicas-financieras y que decir de la devaluación de la condición humana. Los valores universales que proporcionan al hombre la capacidad de ser humano se sumergen en la tierra de nadie.

Los hombres enajenados en el trabajo, la diversión, el dinero o las drogas, vigilantes siempre de la vida del otro, se dejan sin la oportunidad de verse así mismos, sin proporcionar a su cuerpo la alimentación necesaria para cuidar su salud. Su cuerpo se transformó en objeto de exhibición, placer y consumo, comprando un sin fin de artículos que lo adornen y arreglen. El cuerpo es también lugar de desechos humanos, marginación, ignorancia, discriminación, frustración, dolor, coraje, resentimiento, etc., somatizados en una salud desgastada y precaria.

El cuerpo representación de la salud es dividido por profesionales, sus órganos, vísceras y sangre, son la disputa, fuente de riqueza material. La fragmentación contemporánea entraña una epistemología de atomización y de superespecialización. Al psicólogo le tocó de la repartición lo más efímero, lo mental o psicológico, eso que va de lo emocional a lo intelectual; del inconsciente a la conducta; de lo experimental a lo introspectivo. De aquella enfermedad que el médico no sabe que es y se convierte en un problema psicológico.

El laberinto de lo psicológico ha encontrado formas diversas de conceptualizarse, estudiarse y de atenderse, de acuerdo con el momento históricosocial por el cual este pasando la humanidad. En la actualidad se reconoce la existencia de alternativas para tratar lo psicológico. La visión holística e integral del hombre constituye una de ellas, representa una perspectiva de ver al individuo en su condición humana y emocional concretizada en el cuerpo, es decir, un trabajo con el aspecto psicosomático, donde el hombre es más íntegro, sin divisiones. Conseguir esta visión requiere saber leer y escuchar la voz del cuerpo, ver que no es un ente aislado, que forma parte de miles de cosas de la tierra, que a su vez forma parte del Cosmos y que posee energía que nos llega al planeta, esta energía que se relaciona con el sol, la luna, tiene formas de manifestarse en los seres vivos e inmateriales. Significa que el ser humano es un microcosmos que tiene relación con el mundo.

Precisamente es objetivo de este trabajo incluir una visión integral del hombre dentro de la labor profesional del psicólogo, proponiendo para ello un cambio curricular en la formación profesional del psicólogo de el Campus Iztacala, a través de asignaturas como; bioenergética, masaje, acupuntura entre otras, complementadas con materias que proporcionan el conocimiento de los antecedentes históricosociales del trabajo y ejercicio psicológico prestado en esta área. Así mismo se retoman contenidos en los distintos campos de la psicología. Se integran asignaturas o talleres que se consideran de aplicación práctica para una buena competencia profesional. Todas las materias en su

conjunto pretender lograr una formación académica más acorde con las necesidades de atención requeridas por la población mexicana.

La conformación de esta propuesta parte en un principio de revisar la concepción de lo mental a través de nuestro acontecer histórico, sus maneras de atenderlo a nivel institucional en coordinación con las condiciones de vida social, políticas y económicas de cada momento de la historia, ya que estos factores intervienen directamente en la conformación psicológica del individuo. Se elige al " Loco " como el representante de lo que puede considerarse una alteración mental o psicológica, pues como podremos observar dentro del capítulo uno, en él caben todas las definiciones o conceptos de desequilibrio mental. Además podremos situarnos en la aún penosa realidad de su condición de vida. Los "locos" en su mayoría son pobres. Conociendo la respuesta que la ciencia ha dado en su conjunto a este rubro, las terapéuticas y métodos empleados. Dentro de su acción encontraremos el trabajo realizado por el psicólogo. En el segundo capítulo realizaremos un rastreo histórico de la profesión, incluida la formación académica y sus campos de inserción laboral, observando específicamente su ejercicio en el área de salud, con la finalidad de rescatar y proponer elementos que puedan fortalecer la profesión, con miras a crear nuevos espacios de trabajo unidos a los aspectos teórico metodológicos planteados en la propuesta de cambio curricular, tomando en cuenta el aspecto histórico social del individuo.

Por último se menciona la existencia de algunos centros y consultorios

particulares donde se trabaja con la visión integral del hombre en el campo psicológico, retomando lo corporal, como base, manifestado en lo psicosomático. Los resultados que se reportan constituyen una acción concreta a las demandas de atención psicológica. Esta forma de trabajo es una alternativa, sujeta a sugerencias y modificaciones, sin pretender ser la panacea de la terapéutica psicológica.

1- ANTECEDENTES SOBRE SALUD MENTAL.

Al escuchar la palabra "loco" o "locura" llega a la mente la imagen de una persona desaliñada, grotesca, agresiva, despertando sentimientos de inseguridad, causando miedo, angustia, asco y quizá un poco de pena por su existencia, brotando la firme convicción de nunca llegar a vivir o ser como él, siendo ésta la visión cotidiana con la que se asocia a esta persona. Este concepto, entre muchos otros se van estructurando a partir de las experiencias cotidianas que se viven, podría decirse que cada época de acuerdo a su entorno histórico da una explicación de los fenómenos sociales que se suscitan, como sería en este caso la locura.

La idea de asociar el término locura con la maldad, permanente hasta ahora, se empezó a estructurar en el periodo de la Edad Media donde el mundo se explicaba en términos de bueno y malo según los conceptos cristianos. La locura se desencadenaba en el terreno de lo moral, el loco podría ser alguna persona perturbada del espíritu, alguien poseído por una fuerza exterior o "demonio"; así el "loco" era cualquier persona cuya conducta rompiera con los principios morales que establecía el clero; el borracho, el delator, el que interpretaba mal las escrituras, el enfermo venéreo, el que se entregaba a la orgía y al desorden eran representantes de la locura.

Para poder salvar a estas almas pecaminosas estaban los teólogos y

sacerdotes representantes del poder de Dios en la tierra, contando con la autoridad para dirigir y sancionar los problemas referentes al alma o cualquier acto humano que pudiera atentar contra la ley cristiana y sus representantes. El deber del clero era descubrir los signos de posesión y establecer los medios para sacarlos a través de técnicas que en su mayoría consistían en castigos corporales hasta llegar a la cremación del cuerpo vivo. Se sabe que casi todos los dementes de la época fueron conducidos a los tribunales de la Santa Inquisición.¹

Estas ideas se manejaron durante toda la Edad Media, sin embargo en España, por la colonización árabe que se experimentó, estos conceptos sufren modificaciones, dejando de considerar al demente como un ser endemoniado para ser tratado como una persona falto de juicio; aquí la locura no es explicada como un acto externo sino como una carencia personal o propia, provocando así, la necesidad de construir espacios donde se les proporcionara un trato especial y diferente. Cristaliza estas ideas Don Juan Gilberto Joffre, quien funda el primer hospital psiquiátrico del mundo, esta persona elimina los castigos corporales innecesarios y les procura una atención total y amorosa.²

Esta otra forma de mirar y tratar al loco es mediada por las mismas ideas religiosas, la diferencia aquí consiste en que la caridad es el motor que impulsa las acciones humanas, surgiendo los actos por beneficencia. La idea de ayudar al otro con el trasfondo de ayudarse así mismo para salvar sus almas pecadoras es el resultado de la

¹ Foucault, M. Historia de la Locura en la Epoca Clásica. Tomo II. México, ed F. C. E., 1972.

² Calderón N, G. Salud Mental Comunitaria: un enfoque de la psiquiatria, México, cd Trillas, 1981

filosofía Judio-Cristiana en España.

Siendo México colonia de España, no es de extrañar que estas ideas lleguen y se instalen, concretizándose en la construcción de los primeros nosocomios de la Nueva España. La edificación de estas instituciones no sólo respondió a la idea de la caridad, conjugándose con la necesidad de proteger la salud de los colonizadores, debido a que el desequilibrio de la salud fue una constante durante la Colonia, promoviéndose así el establecimiento acelerado de estos lugares. Como es de suponerse la población más afectada en esta área fue la indígena, diversas causas motivaron la enfermedad de los nativos, entre ellas están: la falta de defensas orgánicas hacia nuevas enfermedades traídas del viejo continente, desencadenando grandes y numerosas epidemias; relajamiento de las costumbres y disciplina; cambios alimenticios (generando un bajo rendimiento físico y mental); abusos sexuales o vida conyugal prematura; falta de atención médica; traslado a zonas climáticas adversas; represalias guerreras; embriaguez; cambios de indumentaria; abandono; falta de medidas sanitarias; y desintegración familiar.³

Las acciones que realizaban los médicos venidos de España para la atención de las enfermedades se basaban en el empleo de técnicas de las teorías humorales y de los contrarios, doctrinas desarrolladas por Hipócrates y Galeno. Los métodos utilizados principalmente eran purgas, masajes y sangrías, así como el empleo de drogas complejas,

³ Sáenz de la Calzada, Carlos. La geografía Médica en México a través de la Historia. México, ed. De Pax. 1971. cap. 2

fue de esta manera que la medicina europea empezó a desplazar a la medicina indígena; sin embargo, los médicos eran pocos y muchas veces sus técnicas no dieron los resultados esperados, lo que los obligo a aceptar, conocer, manejar y practicar las formas de curar que tenían los nativos.⁴ Los religiosos también intervenían en la sanación del enfermo a través de rezos y cantos eclesiásticos. Cada enfermedad tenía un santo, además de existir objetos benditos para recuperar la salud.⁵ En aquel entonces, la enfermedad física y mental podría devenir del cuerpo y del alma, por ello en la curación participaban médicos y religiosos, siendo los segundos los que tenían a su cargo la sanación del alma, teniendo una intervención más directa con el paciente. Cabe señalar que al inicio de la conquista la figura del "foco" como se conoce actualmente aún no aparecía en el ambiente social ni hospitalario, sin embargo su arribo no se hizo esperar, surgiendo en concordancia con el avance de la conquista. Los nosocomios existentes proporcionaban cuidado al enfermo y al viajero, fueron establecidos por asociaciones civiles o personas ricas que donaban alguna parte o todos sus bienes para la manutención del necesitado,⁶ otros eran creados por asociaciones religiosas, sin embargo, como se mencionó anteriormente, todas fueron administradas y atendidas por el clero, órgano que ejercía gran poder en cuestiones sociales y políticas, y que se fue consolidando a medida que el pueblo indígena se cristianizaba. En este hecho, la función de los hospitales fue

⁴ Op. cit. p. 59.

⁵ Muriel de la Torre, Josefina. Los Hospitales de la Nueva España. Vol. II. México. ed. Publicaciones del Instituto de Historia Ia. Serie, No. 35. 1956. Pp. 252-257.

⁶ Op. cit. Vol. I, Cap. XVIII y Vol. II, Cap. VII.

determinante, dado que brindar atención al otro, constituyó el vínculo de relación con el pueblo indígena permitiendo la infiltración de la cultura cristiana, buscando negar una forma de pensar, curar y vivir que había funcionado por siglos.⁷ Bajo tales circunstancias, las personas cambiaron sus perspectivas ante la vida, asumiendo otros valores, áctitudes y formas de comportamiento, por lo que a través de los años empezaron a surgir en el escenario social: el borracho, el mendigo, el ladrón, la prostituta, el vago, etc. Estas figuras se asemejaban al concepto que se tenía del demente en el viejo continente, es entonces cuando la palabra "foco" comienza a tener forma y sentido. Conforme se consolidaba el virreinato, la población de dementes y necesitados se incrementó a tal grado que requirió reunirlos en algún sitio fijo para evitar siguieran deambulando por las calles, instituyéndose por estas causas el hospital para dementes San Hipólito y posteriormente el Divido Salvador.

Estas figuras sociales fueron conceptualizadas de la misma manera que en España, es decir, se les consideraba como personas desprovistas de juicio o voluntad, sin que significara estar enfermo, necesitando sólo cuidados personales y atención a la salud corporal. El estar "foco" en esta época permitió salvar la vida de aquellas personas que habían sido arrestadas por la Santa Inquisición, declarándose locos para evitar ser torturados hasta la muerte, consistiendo la sentencia únicamente en la reclusión en un hospital

⁷ Aguirre Beltran, Gonzalo. Medicina y Magia: El proceso de Aculturación en la Estructuración Colonial. México, Ed. Instituto Indigenista. 1980, pp. 259-265.

para ser nuevamente instruidos en la fe cristiana.⁸ Así también se asumían como dementes para tener un lugar donde no murieran de hambre y frío. Por otro lado la "locura" permitió el enriquecimiento de la Iglesia-Estado, pues a las personas, declaradas como tales, se les incautaban sus bienes por su incapacidad para administrarlos. Cabe señalar que la locura fue un modo de represión para los indios que continuaban profesando sus creencias religiosas, el clero los sometía a juicio y varios de ellos fueron declarados locos, encerrándolos hasta que asumieran la fe cristiana como suya.⁹

Esta situación se prolongó hasta poco antes del movimiento de independencia, una vez iniciado éste, las luchas del país afectaron la actividad de los hospitales, disminuyendo su capacidad de cuidado al "loco" y al enfermo, estando la atención centrada en establecer quiénes y cómo debían organizar la nueva nación. La lucha entre criollos y españoles por el poder, provocó que muchos de los indígenas unidos a la causa, abandonaran sus actividades en la agricultura y minería principalmente, mellando los ingresos de los grandes propietarios de tierras y minas, quienes fueron además objeto de constantes saqueos. Este movimiento quebrantó la economía, la población necesitada quedó aún más desprotegida con la anulación de varios nosocomios donde antes fueron atendidos, por el retiro de los aportes económicos que realizaban las personas adineradas en acto de caridad, además de que las ordenes religiosas no estaban en posición de ayudar, dado que

⁸ Muriel de Ibañez, Yolanda, El tribunal de la Inquisición en México, México, ed. Siglo XX (UNAM), 1979, pp. 26-27.

⁹ Greenleaf Richard E. Inquisición y Sociedad en el México Colonial, México, ed. José Porrúa T. 1985

su poder político y económico comenzaba a tambalearse en la lucha por el nuevo orden social. Condición que continuó hasta el total rompimiento de relaciones Iglesia-Estado en la Reforma. Durante este periodo, al establecerse las leyes de secularización de hospitales y establecimientos de beneficencia, se ve afectada aún más la salud de la población, muchos hospitales fueron cerrados definitivamente, quedando sólo seis nosocomios en malas condiciones físicas y económicas, más los dos destinados a enfermos mentales. La salud de la población era alarmante, existían grandes epidemias, elevándose el índice de vagos, pobres, mendigos, alcohólicos, familias desintegradas (viudas y huérfanos), lesionados, rateros, prostitutas, "locos", etc. Resultando un abandono total a los aspectos relacionados con la salud.

Para el periodo de la restauración de la República, el partido liberal al frente trató de organizar a la sociedad de acuerdo a los modelos europeos y americanos, bajo los lineamientos del positivismo y de la modernidad, los cuales entraron por la "cabeza", la educación sería el medio que permitiera formar al futuro ciudadano capaz de llevar al país al desarrollo. La consigna era formar gente intelectualmente hábil, a través de la razón y la observación. A finales del siglo XIX y bajo el régimen porfirista las ideas de orden y progreso son impulsadas con mayor intensidad, prevaleciendo la consigna de que por medio de la instrucción se formaría el nuevo carácter del mexicano. Para lograr el objetivo se abren una serie de congresos, seminarios, conferencias, etc.; donde se recogen las propuestas científicas que pudieran dar

respuesta a las necesidades de orden social y la construcción de un México acorde con los modelos culturales y científicos de países como Francia, Alemania, Inglaterra, Bélgica y Estados Unidos.¹⁰ Las formas de demostrar que México se modernizaba se manifestaban a través de la construcción de nuevas avenidas, edificios públicos, la instauración de colonias con mayor urbanización habitadas por la naciente burguesía, la instalación de alumbrado eléctrico público; asumiendo estilos de vida de corte francés, en cuanto al vestir, la alimentación y la recreación. Cabe mencionar que esta modernidad era sólo para quien pudiera comprarla simulando un mundo de cristal sobre una tierra agobiada por la miseria, dado que la riqueza estaba repartida en menos del 10% de la población. Los grandes caciques o hacendados, los extranjeros con inversiones en el país y los representantes del estado, explotaban a campesinos y obreros que tenían que soportar jornadas de trabajo de más de 12 horas en muy malas condiciones de seguridad e higiene, cuyos salarios tan míseros tenían que ser gastados en las tiendas de raya. El 83% de la población estaba sumergida en el analfabetismo y la desnutrición, y el 63% no hablaba español.¹¹

En esta época de apasionamiento por el progreso existía un alto índice de mendigos, "locos", alcohólicos, prostitutas, etc. y las mayorías no contaban con ninguna clase de atención a sus necesidades de salud. La respuesta a estas demandas fue la creación de instituciones como,

¹⁰ López Ramos, Sergio. Entre la Fantasía, la Historia y la Psicología, México, ed. Centro de Estudios y Atención Psicológica, A. C. 1993, p. 32.

¹¹ Op. Cit. P. 36.

el Hospital General, el Manicomio de la Castañeda, el Hospicio de Niños y el Hospital de Epilépticos, además se crearon los primeros organismos gubernamentales dependientes de la Secretaría de Gobernación, dando impulso al plan de enseñanza de la clínica, la anatomía patológica y la microbiología. Los resultados de tales medidas científicas dirigidas hacia el área de salud se reflejaron en índices de natalidad y mortalidad de esos años, entre 1896 y 1910 la población del país aumento ligeramente en siete de estos quince años y decreció en los ocho restantes.¹² Tenemos entonces que la solución que se dio a los problemas de salud fue sólo en forma y no en esencia.

En lo que respecta a la salud mental, el nuevo Hospital que se planeó para los dementes, estuvo construido bajo diseños científicos europeos, donde la naciente ciencia de la psiquiatría se fue fraguando, adoptando las explicaciones del modelo biologista donde la enfermedad es unicasual,¹³ empleándose las clasificaciones, establecidas con base a la conducta presentada por el paciente, permitiendo la elaboración de un diagnóstico, administrándose posteriormente un tratamiento que en la generalidad de los casos se basaba en la utilización de electroshoks, medicamentos, y alguna actividad manual.

Es importante aclarar que a consecuencia del desarrollo científico y la

¹² Bustamante E. M. y Cols. La Salud Pública en México 1959-1982. México, ed. Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1982. p. 83

¹³ Calderon M. G. V. El Trabajo del Psicólogo en la Comunidad y en Salud Pública. Tesis de Lic. UNAM-ENEP Iztacala, México, 1989.

nueva estructura social, la locura adoptó otro significado, entendiéndose como la carencia de habilidades intelectuales de decisión y reflexión sobre la realidad, imposibilitando toda relación con los demás, originada por los hábitos cotidianos que fatigaban el pensar lúcido. Así se crea el concepto de enfermedad mental, tratándose ahora a los "locos" como enfermos,¹⁴ Resulta interesante observar que existe una contradicción entre la manera de diagnosticar y tratar al sujeto, con respecto a su definición; mientras las causas de la locura en la conceptualización responden a causas sociales o formas de vida, el diagnóstico y el tratamiento explica y ataca a la enfermedad desde el punto de vista orgánico. Esta contradicción entre la concepción y el tratamiento posibilitó que la enfermedad fuera tratada en forma remedial atenuando sólo síntomas fisiológicos, sin retomar las causas sociales que lo originaban y que llevarían a trabajar en forma preventiva. El costo de esta dualidad representó el incremento de la población demente. De esta manera la castañeda limitó su función social a ser un medio para limpiar a la sociedad de los detractores del "progreso".

Durante el Porfiriato, a raíz de la incongruencia que existía entre las problemáticas sociales y la política empleada para dar solución a las mismas, surge el movimiento revolucionario, que tras años de lucha sólo arrojó cambios políticos como la creación de una nueva Constitución (1917), asentando y reformando leyes que dieron pie a la creación de órganos gubernamentales. En materia de salud, la Ley de

¹⁴ Rodríguez Sánchez, Martha I., Historia de la Psicología en México. (1850-1860). Tesis de Licenciatura. México, UNAM ENEP Iztacala, 1990. P. 53-56.

Organización Política del Gobierno Federal permitió la creación del departamento de Salubridad Pública. Al cual le correspondió la legislación sanitaria de la República; la policía sanitaria de los puertos, costas y fronteras; las medidas contra el alcoholismo; contra padecimientos epidémicos y para evitar la propagación de enfermedades contagiosas; la preparación de vacunas y sueros preventivos y curativos; la vigilancia sobre el uso y venta de substancias venenosas; la inspección de medicamentos; los congresos sanitarios; etc. Esta ley da origen al Código Sanitario (1926) vigente hasta nuestros días.¹⁵ La salud constitucionalmente deja de ser considerada como un asunto individual, retomándose como un derecho social, teniendo el estado la obligación de cuidar la salud del pueblo, apareciendo por primera vez el término Salud Pública y el de Salud Mental.

Durante las décadas que siguieron a la Revolución Mexicana, el tema de la sanidad prevalece en las políticas de salud a raíz de las innumerables epidemias que se agudizaron por el movimiento social. Algunas modificaciones que se observan en este rubro son, el asumir el cuidado de los individuos como asunto de economía nacional. "La riqueza de nuestro país y el progreso están en relación directa con el número y calidad de sus fuerzas productivas. Ninguna existe que produzca tanto como el hombre. Es una obligación de los Gobiernos aumentar y mejorar la calidad de sus fuentes de producción, por lo que su obligación máxima es cuidar a los

¹⁵ Bustamante, E. M. y Colbs. *Op. cit.* p. 42.

individuos".¹⁶ Y el de sustituir el concepto de beneficencia pública por el de Asistencia, en virtud de que los servicios que demandan los individuos socialmente débiles debían proporcionar un desarrollo integral y no limitarse a satisfacer necesidades de subsistencia o de tratamiento médico, convirtiéndolos en sectores útiles a la colectividad; ambas circunstancias proveen un significado de trabajo no para la salud, sino como medios de progreso económico nacional.

En el periodo de 1917 a 1930, se consolidan algunos objetivos por los que se luchó como el movimiento agrario. Con la repartición de tierras a los campesinos para trabajarlas en comunidades ejidales, México tuvo un desarrollo agrícola, y durante la Segunda Guerra Mundial las condiciones del país permitieron la transformación y aceleramiento del México Industrial, acrecentando y consolidando a la clase obrera.

En la transición del México agrario al industrial las demandas sociales se institucionalizaron, surgiendo la CTM, CROM, NAFINSA, IMSS, CFE, PEMEX, FFCC, con ellas se pretendió mejorar las condiciones de vida de los trabajadores obreros y campesinos del país, sin embargo, éstos se convirtieron en instrumentos de poder a favor del Estado, a través de las cuales se validaba o rechazaba la legalidad de las protestas y demandas de los pobladores, debilitando la unidad política de las clases populares.¹⁷

Por lo que respecta a la salud, desde 1917 se considera como asunto

¹⁶ *Op. cit.* p. 59.

¹⁷ Semo, Enrique. Historia del Capitalismo en México, México, 3a. edición, ed. Era, tercera edición, 1983.

que debe atender y promover el Estado, creándose así la Secretaría de Salubridad Pública, transformándose posteriormente en la Secretaría de Salubridad Pública y Asistencia cuyas funciones eran: la dotación de agua potable, alcantarillado, programas de alimentación, saneamiento básico del ambiente, lucha contra la contaminación y servicios de tipo individual o personal, inmunizaciones, protecciones específicas, consultas, educación para la salud, etc. Normalizando y dirigiendo las acciones de otras instituciones como el IMSS, ISSSTE, CLINICA DE PEMEX, D.D.F.

Además le correspondía atender a la población que no contaba con recursos para adquirir los servicios de salud privados y que no estaban inscritas en ninguna de las instituciones de seguridad social. Gubernamentalmente se le asignaba un presupuesto mucho menor en comparación a la aportación que se le hace al IMSS, cuya población derechohabiente era menor y cuentan con un empleo.¹⁸

Los órganos de salud creados durante esta etapa se constituyeron como instrumentos mediadores entre la industria, el Estado y la población. Políticamente se emplearon para tranquilizar las demandas de grupos organizados de trabajadores, sin afectar los modos y relaciones de producción que intervienen en el proceso de enfermedad del individuo. Dicha situación se observa claramente en los datos del censo de 1940, donde se señalaba que 2.4 millones de viviendas (que ocupaban aproximadamente la tercera parte total de los

¹⁸ López Acuña, D. "Salud y Seguridad Social: Problemas recientes y Alternativas". En: González Casanova, P. (coord.) México Hoy, México, ed. Siglo XXI, 1983.

habitantes) carecían de agua corriente y servicios sanitarios, construidas en su mayoría de adobe, carrizo y láminas, conformadas por una o dos piezas en las cuales habitaban en promedio 5 ó 6 personas. La alimentación de la población se basaba en tortillas, frijoles y chiles, consumían muy poca leche y menos cantidad de carne. El nivel de producción de la población indígena fue de 17% siendo que en 1929 constituyó el 30% del ingreso nacional.¹⁹ Estas cifras muestran el costo que tuvo que pagar el pueblo por la modernización e industrialización de México, reflejando las condiciones reales de salud y calidad de vida de los mexicanos.

Bajo este contexto social en el que se mantenía el país, el sector salud a cargo de la S.S.A. dio énfasis a la creación del área de Higiene Mental y Clínica de la Conducta teniendo como función la prevención de los estados patológicos de la población infantil; la readaptación de los niños problema, la higiene mental, aprendizaje, orientación profesional y sexología infantil, excluyéndose las acciones con poblaciones de mayor edad con problemas de hemiplejía, enfermedad de Parkinson y enfermos nerviosos o neurológicos porque no existían salas ni especialistas en los hospitales que pudieran atenderlos, siendo rechazados en el Manicomio General por no presentar "problemas mentales".²⁰ En esta época las causas que provocaban la enfermedad mental estaban asociadas en su mayoría con intoxicaciones alcohólicas, padecimientos infecciosos (meningitis, tifo) ataque

¹⁹ Rivera Barrón, E. "Instituciones y Psicología en la Década de 1940 a 1950", en: López Ramos Sergio (coord.), Historia de la Psicología en México, tomo I. México, CEAPAC, 1945.

²⁰ Rivera Barrón E. Historia de la Psicología en México 1940-1950, Tesis de Licenciatura. México, UNAM-ENEP Iztacala, 1991.

epilépticos, sífilis, etc., o perturbaciones puramente psicológicas, de origen instintivo, choques afectivos emocionales, experiencias infantiles dolorosas, desajustes sociales o preocupaciones de naturaleza social.

A pesar de las estrategias establecidas por la Secretaría de Salubridad para prevenir y solucionar los problemas de salud, durante los años 1910-1956 se incrementaron los padecimientos mentales, convirtiendo a la Castañeda en un lugar insuficiente en espacio, tratamientos y resultados, sin ninguna actualización, donde los pacientes carecían de lo más indispensable para vivir, evidenciando la necesidad de crear nuevas políticas e instituciones para la atención al enfermo mental. Así que a finales de los 50 surge un movimiento hospitalario denominado Operación Castañeda que en su política de transfondo buscaba, más que atender las demandas de salud mental, ofrecer una alternativa para evitar que la salud se mantuviera como una fuente de egreso para el estado.²¹ Para aclarar esto es necesario recordar que México tras haberse infiltrado en el capitalismo, vio mellado el fortalecimiento del Estado por el desarrollo de las inversiones extranjeras (principalmente de EE.UU.) y su dependencia económica causó que la producción nacional fuera insuficiente para cubrir el gasto público y mucho menos para financiar proyectos de estructura social, reduciendo los presupuestos de sus dependencias gubernamentales; además el control que ejercían los monopolios capitalistas extranjeros y algunos nacionales, agudizaron la explotación y el bajo nivel de ingreso de las poblaciones más desprotegidas (campesinos y obreros). Entonces las

²¹ Atali, Jacques. Milenio, México, ed. Planeta, 4ª reimpresión, 1994, p. 22.

masas se reorganizaron para manifestar su inconformidad ante la inflación, estancamiento de los sueldos, carencia de vivienda, explotación laboral, etc., a través de marchas, paros, huelgas y mítines. En estas circunstancias, la política mexicana para la salud acogió el modelo reeducativo, tratando de recuperar la capacidad productiva del enfermo para así reincorporarlo al sistema de producción y equilibrar su balanza económica.²²

Con estas bases políticas y sociales surge el movimiento Castañeda, que se caracterizó por desarrollar dentro del hospital, un sistema de vida comunitario, recreando los roles y funciones que los individuos asumen en un sistema de producción, siendo los principales métodos para la rehabilitación la terapia ocupacional y la economía de fichas, extraídos del modelo conductual psicológico. En esta concepción, el trabajo del paciente constituía el vehículo de desarrollo personal, físico y mental, permitiendo la justificación del modelo de salud empleado, significando además que los pacientes podrían subsanar o minimizar los gastos que en ellos tenía el Estado. Por estas mismas razones se procura que la estancia de los enfermos sea del menor tiempo posible, dándose de alta cuando las crisis disminuyeran o pudieran realizar alguna actividad útil para la sociedad.²³ Encontramos a partir de esto que el concepto de salud mental versaba en el sentido utilitario de las personas, pues su sanación era medida en referencia a su capacidad laboral, sin tomar en cuenta su calidad de vida, su capacidad de

²² Tejeda, Ruiz, Carlos. "Los Hospitales granja". En: Salud Pública de México, Vol. IV, Núm. (4), Julio-Agosto, 1967, pp. 105-111

²³ Tejeda Ruiz Carlos, Op. cit. p. 107.

vinculación con los demás, la expresión de sus emociones, su discernimiento y voluntad.

Hasta la fecha no se han registrado movimientos similares en torno a la salud mental y sus formas de atención, debido tal vez a las condiciones económicas en las que vive el país. A partir de los años 60's, México agudiza sus endeudamientos y dependencia económica, de los que no ha podido restablecerse, sus crisis sexenales se caracterizan por una constante devaluación del peso, fuga de capitales generadas por inmensas inversiones extranjeras y de los monopolios mexicanos, situación que llega a su máxima expresión en la década de los 80's, sufriendo la más cruda de las devaluaciones, el precio y exportación del petróleo (base de la economía) decae; para finales del decenio la economía creció un 3% y la inflación un 20%,²⁴ manifestándose socialmente en el desarrollo del subempleo a causa de la nula creación y mantenimiento de fuentes de trabajo en combinación con los bajos salarios y alza de precios; el 20% de las familias percibían ingresos menores al salario mínimo y más del 15% de la población tenía un consumo básico inferior a la mitad que se estima necesario para satisfacer las necesidades fundamentales, aunado a la explosión demográfica de las grandes urbes (el 68.4% de la población total del país radica en ellas).²⁵

No es de extrañar que la política mexicana esté centrada en invertir en aspectos que fortalezcan la economía, dejando a un lado las

²⁴ Belmont Vázquez, Jesús "El Subdesarrollo causa elevado índice de mortalidad en México" El Financiero México, 02 de enero de 1990 páginas centrales. Publicación diaria.

²⁵ Alponente Juan María, en: La Jornada, México 02 enero, 1990. Publicación diaria

inversiones en proyectos sociales: en 1978 el porcentaje del PIB destinado a la Salud fue el 4.3, para 1990 se destinó al programa PRONASOL 2.6 billones de pesos, cantidad repartida de la siguiente manera; para el Programa Solidaridad y Desarrollo, y Desarrollo Regional se destinan 2 billones de pesos; comunicaciones y transportes con 100 mil millones, Educación Pública con 75 mil millones, Comercio y Fomento Industrial con 50 mil millones, considerando de menor importancia los rubros de Salud, Pesca, Desarrollo Urbano y Ecología que juntos se les aporta 23 mil millones, mostrando que la mayor parte del presupuesto nacional se destina a la construcción de infraestructura para el desarrollo y apoyo de la industria en México.²⁶

Estos contextos socioeconómicos, hasta ahora descritos, han permitido perfilar el desarrollo que ha tenido la salud dentro de nuestro país y en ella lo concerniente a la enfermedad mental. En este desglose histórico se toma a la salud mental no como un área en particular sino como un engrane menor de un aparato denominado Sistema de Salud, por ello las consideraciones siguientes se hacen desde una perspectiva global hasta concretizar en el tema de la salud mental nacional:

1) Históricamente la creación de instituciones y proyectos de salud son utilizados como estrategias para legitimar la capacidad ejecutoria de los grupos en el poder.

2) Las políticas de salud que se implantan en un país considerado en

²⁶ Lizarraga R., Rebeca "Entrevista a Carlos Tello Macías Presidente del Consejo Consultivo del Pronaso". El Financiero, México, Enero 2, 1990, p. 3. Publicación diaria.

vías de desarrollo, están en función de normas y decisiones que dictan los países más industrializados del mundo, manteniendo la división socioeconómica entre la población mundial.

3) Lo inadecuado de los sistemas de salud se refleja, cuando observamos que la mayoría de los seres que mueren en el mundo pertenecen a países subdesarrollados a causa del hambre; por enfermedades respiratorias y gastrointestinales, fácilmente previsibles mediante acciones sanitarias, y no por padecimientos frente a los cuales la medicina se encuentre impotente.²⁷

4) La forma en que vive y se desarrolla una comunidad se manifiesta en los niveles de salud de su población. Dentro del proceso salud-enfermedad la industrialización ha jugado un papel preponderante, al cambiar los patrones de vida, generando desvinculación y falta de identificación del hombre y su trabajo; el desarrollo de familias nucleares, que promueven la impersonalización de las relaciones sociales; aceleración de los ritmos de vida; incremento de la violencia y la inseguridad; el desplazamiento de actividades humanas por aparatos y objetos; la conversión del hombre en mercancía de consumo.

5) En este panorama la salud se inserta como otro bien de consumo, convirtiendo al hombre moderno en dependiente del médico y del medicamento, siendo la industria farmacéutica una de las que genera más ganancias en el mercado mundial, desvalorizando las formas

²⁷ Ortiz Quezada, Federico. Salud en la Pobreza: El Proceso Salud - Enfermedad en el Tercer Mundo. México, ed. CEESTEM, Nueva Imagen, 1982, p. 73.

tradicionales y autónomas que poseen los pueblos para mantener su salud.²⁸

6) Así como existen diferencias entre el tipo de enfermedades que padecen países desarrollados y subdesarrollados, también pueden observarse entre las clases sociales de un país. Concretamente en México tenemos que la clase proletaria o trabajadora muere en mayor proporción por enfermedades infecciosas parasitarias; y en las clases altas predominan las patologías crónico-degenerativas. A partir de la industrialización del país, el cuadro epidemiológico muestra nuevas enfermedades que afectan a la generalidad de la población, manifestándose en mayor proporción padecimientos cardíacos, accidentes en general, tumores y patologías cerebro-vasculares, hipertensión, stress, neurosis. Anteriormente estos padecimientos se consideraban propios de las clases burguesas y niveles medios, pero a la fecha han tenido un impacto considerable en las clases desprotegidas, debido a la propia gravedad de las mismas y una inadecuada forma de afrontarlas.²⁹

7) Por último y con referencia a la Salud Mental Nacional encontramos que en 1960 a diez años del desarrollo industrial, durante el gobierno de Avila Camacho, se hizo patente la agudización que sufrieron las llamadas patologías sociales como la neurosis, psicosis, alcoholismo, fármaco-dependencia, malformaciones congénitas y debilidad mental,

²⁸ En México el sistema IMSS - Coplamar transforma las formas tradicionales de curación que tenían ciertas poblaciones marginales, incorporando a parteras y curanderas a un sistema más "científico" e institucional de salud.

²⁹ Rojas Soriano, Raúl. Capitalismo y Enfermedad. México, De Folios ediciones, 1982. P.P. 135 - 145

siendo las neurosis laborales las que se manifestaron con mayor intensidad.³⁰ A pesar del desarrollo técnico-científico de las formas de atención, éstas no han brindado solución a las patologías mentales, que en lugar de disminuir se han incrementado, llevando a considerar que la solución a estas problemáticas no se detiene en el nivel terapéutico, perfilándose más allá; desde cómo se concibe al enfermo y a la misma enfermedad.

Como lo menciona Morris Berman³¹ en su libro *el Reencantamiento del Mundo*, el problema que rodea al ser humano es una cuestión de percepción, de cómo se percibe así mismo, a su entorno y la manera de vinculación con él. Esta idea asentada en el terreno que nos toca nos hace comentar que los padecimientos de índole mental se derivan de procesos históricos-sociales relacionados estrechamente con la forma de adaptación de cada individuo. Prueba significativa de ello es el cambio que se presentó a raíz de la Revolución Industrial. A partir de ese momento se transformó para los hombres su forma de entender y relacionarse con la naturaleza, con los demás y consigo mismo. Dejando de concebirse como un ser natural dándole mayor desarrollo a su parte racional, su valor personal lo depositó en su cabeza, mutilándola de su cuerpo, " Pienso luego existo " y así lo hizo. Dejó de experimentar la sensación para conceptualizar, dejó de creer en lo que sentía para limitarse a creer en lo que sólo podía ver, cuantificar y medir. Desensibilizó su cuerpo y sus relaciones con los otros, dejando

³⁰ Méndez L. Eduardo. "El Modelo Médico y la Salud". En: Basaglia Franco (coord.). La Salud de los Trabajadores. aportes para una política de salud. México, ed. Nueva Imagen. 1978 p. 130

³¹ Berman Morris, El reencantamiento del Mundo. Chile, ed. Cuatro vientos, 1990. pp 341

que los principios filosóficos de ese nuevo sistema envolvieran su vida en competencia y valores económicos, donde el tiempo convertido igualmente en un valor monetario se le escapa de sus bolsillos; por lo que fue atesorado y guardado con sumo cuidado (los relojes de pulso y bolsillo son prueba de ello). No había tiempo para comer, por lo que aprendió a fabricar comida de fácil preparación y cocción (fast food), no había tiempo para enfermarse (desarrollándose la industria farmacéutica a raíz de la aspirina), no había tiempo para criar a los hijos (implementando el uso de guarderías), no había tiempo para estar con la familia y cubrir sus necesidades afectivas, dando como resultado la creación de nuevas patologías físicas y mentales, generando la proliferación de médicos y nuevos profesionistas (psicólogos). Gestando hombres ansiosos, deprimidos, mujeres maltratadas, niños inapetentes, con cuadros sintomáticos como dolores de cabeza, gastritis, colitis, problemas cardiacos, en cuyos casos los desequilibrios de salud física y mental estrecharon lazos conociéndolos actualmente como enfermedades psicosomáticas.

Desde este punto de vista, la enfermedad mental cobró significado con relación a la construcción social e ideológica de una época. Así tenemos que durante la Colonia en México, el enfermo mental era aquél cuya alma estaba apartada de las leyes divinas, era el posesionado, el hereje; la locura no era cuestión de enfermedad sino de desviación de lo moral, del canon religioso. Posteriormente, como resultado del movimiento científico positivista, la locura alcanza y se explica desde una tecnología de la salud y es elevada a rango de

enfermedad, ofreciendo un espacio de intervención y poder de la nueva ciencia, la psiquiatría. En este periodo, el demente es aquél que carece de un nivel de intelectualidad, descrito en las innumerables y nuevas categorías que la ciencia médica había estipulado. Actualmente el enfermo mental es el resultado de la industrialización de una sociedad que ha creado hombres inmersos en la pobreza, la soledad, desnutridos física y espiritualmente, apartándolos de la sociedad cuando ya no le son productivos y/o recuperándolos a través de una prótesis y/o medicamentos. Sin embargo, todas estas formas con las que se ha caracterizado, clasificado o definido la enfermedad mental, tiene una cualidad común, todas han servido como formas de contención social, del poder que se ejerce para mantener el orden entre los individuos, que con el paso de los siglos se ha transformado hasta ser tan sutil y subjetivo que se implanta en la sociedad como un hecho natural.³²

Antes el orden impuesto por lo sagrado se establecía a través del castigo corporal, cuyo efecto fue el sorprendente desarrollo que tuvieron los métodos de tortura durante la época clásica. Actualmente el control social está determinado por leyes y validado por lo científico a través de la "normalización y la técnica". El deseo de ser "normal" se ha convertido en el motor de inserción social. Para que esta gran "bomba" contenedora pueda mantenerse es necesario que un grupo específico sea la válvula de escape. Algunos teóricos les llaman "chivos expiatorios" o "víctimas propiciatorias", ellos representan la causa

³² Zasz, Thomas, Ideología y Enfermedad Mental, Buenos Aires, ed. Amurrtortu, 1970

justificante de los problemas que afronta la sociedad, los causantes de romper las leyes establecidas, los "dementes" o todos los demás, sirven de modelos para no desviarse de la regla.³³

La enfermedad mental ha sido tratada y remediada con una filosofía unidireccional, centrado su origen en un principio biológico, donde el individuo es el espacio propiciatorio de la patología, excluyendo lo social e histórico, que como se ha manifestado, son elementos inherentes al proceso. Sólo cuando el modelo biologista es superado por la realidad de una sociedad en crisis, se tiende a reconocer la existencia de estos factores en el discurso, pero su respuesta se sustenta en una ideología que presenta a la enfermedad ajena a la forma en la que el hombre se relaciona con la naturaleza, con el trabajo, la familia, la técnica, la cultura y sobre todo pasando por alto la manera en que los individuos se insertan en el aparato productivo. Emergiendo el modelo psicológico como factor explicativo de lo que acontece en la vida social, intentando dar solución a la enfermedad mental postulando que existe una relación direccional entre lo "mental" y la función cerebral, de ahí el surgimiento de la neuropsiquiatría o psiconeurología, repitiendo el esquema donde un órgano u organismo es responsable del padecimiento. Aunque en la actualidad la ciencia dé una definición clara de lo que es lo psicológico, es obvio que desde este punto de vista la enfermedad mental no hallará una explicación convincente, pues en el cerebro no se ha comprobado que exista lugar

³³ Zasz, Thomas S. El Mito de la Enfermedad Mental. Buenos Aires, ed. Amorrortu, primera reimpresión, 1961.

para los miedos, pasiones, dolor, el amor y todos los sentimientos que puede experimentar un ser humano cotidianamente, en relación con el proceso socio-histórico que le da forma y lo constituye. Es importante mencionar que la "locura" constituye la forma más clásica con la que se asocia a la enfermedad mental, sin embargo como hemos podido observar a través de ésta revisión sólo es una manifestación concreta de los problemas psicológicos que aquejan a una sociedad. Hoy en día es conocido por todos que los desequilibrios de orden psicológico incluyen innumerables síntomas y variadas formas de expresión que abarca lo orgánico y lo mental. Por ejemplo, podríamos decir que a raíz del estilo de vida tan estresante que se vive actualmente nadie está ajeno a considerarse con un desequilibrio mental como ansiedad, angustia, miedo, irritabilidad, desesperación, tristeza, insomnio, soledad, en diferentes grados y que se pueden manifestar acompañados de dolores de cabeza, espalda, alergias de la piel, vómitos, etc.

Es importante recalcar entonces que lo psicológico o mental es un proceso socio-histórico, que no se alcanza a percibir cuando se concibe como una especialidad médica (psiquiatría) o una ciencia más (psicología), donde se ha diseccionado el objeto de estudio, en este caso al hombre. Hacerlo significa mutilarse a sí mismo, repercutiendo en la manera de relacionarse con los demás y la naturaleza, alterando su forma de concebir su cuerpo, su experiencia y su enfermedad. Desde esta perspectiva seccionada el individuo es una máquina que se puede describir, analizar y diagnosticar por las partes que la

constituyen, pudiendo cambiar sus piezas en forma de prótesis y producirlo en serie, circulando como una mercancía más y cuando su comportamiento no se encuentra dentro de los límites de lo "normal" servir como una excusa de los problemas sociales que acontecen día con día. Juzgándolos y buscando espacios donde apartarlos de los demás y no alteren a la sociedad donde viven. Antiguamente los detractores sociales al romper con lo establecido, eran expulsados de las comunidades desterrándolos de su hogar y de su grupo de convivencia. Conforme el hombre y su sistema social progresaba se hizo necesario la creación de lugares de reclusión más especializados, por ello al hablar de la Salud Mental no podemos dejar de mencionar los centros que han dado resguardo al "loco" cuya evolución nos muestra cómo se han fraguado, conforme al desarrollo científico, formas particulares de tratar y atender a la enfermedad mental en nuestro país.

1.1 Descripción Histórica De Los Centros De Atención Para Dementes En México.

La locura, tema que ha despertado el interés del hombre por mucho tiempo y sobre el cual se han construido explicaciones que oscilan desde lo místico hasta lo científico, adquiere su verdadera identidad dentro de los hospitales psiquiátricos. Sus paredes encierran las manifestaciones más exactas de la locura y muestran mediante su atención y tratamiento la concepción y conciencia real de la sociedad hacia el demente.

Dichos hospitales son el resultado de las modernas políticas de salud y de los avances tecnológicos de la medicina, que han permitido clasificar el padecimiento y al hombre que lo experimenta. Asignándoles un espacio físico y social que los margina de los demás bajo la consigna de protección y rehabilitación. Anteriormente no existían psiquiátricos como tampoco se conocían a los que actualmente llamamos enfermos mentales. En la época colonial la locura confundida con vagancia, pobreza, ignorancia, deambulaba por las calles. Hombres y mujeres pordioseros, vagos, ebrios o carentes de todo recurso de supervivencia se iban estableciendo en el México Virreinal, asistidos por instituciones de caridad, como El Hospital de San Hipólito, considerado como el primer lugar de atención para "locos". Este lugar inicia sus actividades en 1556 como una institución de asistencia y caridad dirigida a aquellas personas convalecientes de

alguna enfermedad que no tenían recursos para sobrevivir, haciéndose extensiva hacia los que en aquella época se conocían como "vergonzantes" -personas que trataban de ocultar sus necesidades- así como para los que llamaban inocentes y locos. En un principio el hospital contaba con una sala para hombres y otra para mujeres, además de una sala común donde convivían cuando estaban sosegados. También había jaulas donde los colocaban cuando estaban furiosos sin suministrarles castigos corporales o represiones "innecesarias". A este lugar llegaban enfermos de todos los Estados de la Colonia e incluso del extranjero. El San Hipólito fue la primera institución que albergaba dementes en América.³⁴

El hombre que se encargó de esta obra fue Bernardino Alvarez, quien llegó también a fundar una orden religiosa para atender al enfermo denominada de la Caridad, popularmente conocida como San Hipólito. De igual manera estableció redes hospitalarias análogas: el Hospital de Santa Cruz de Oaxtepec, Morelos; Santa María de la consolación de Acapulco, Guerrero; San Roque de Puebla; Santa María de Belem de Perote; La Concepción de Jalapa y San Martín de Veracruz.³⁵ En todas ellas se auxiliaba a los caminantes y a los que desembarcaban enfermos, llegando a convertirse en verdaderas enfermerías y hospitales de recuperación.

Bernardino Alvarez tenía la idea de que aquellos hombres que la gente

³⁴ Somolinos de Ardois, German. Historia de la Psiquiatría en México, México, ed SEP Setentas NO 285, 1976, p. 19

³⁵ Muriel de la Torre Josefina, op. cit. p. 42.

llamaba "locos" eran "...piedras vivas en cuanto no tienen libre albedrío ni entendimiento, son como piedras vivas que si no se les prepara alimento morirán de hambre y por lo tanto tienen más necesidad de quien cuide de ellos..."³⁶, bajo tal consigna se hace cargo de estos hombres, sin embargo al transcurrir el tiempo, el número de personas asiladas iba en aumento, no así los recursos para su sostenimiento, debido a que él no aceptaba la colaboración de nadie más que de Dios, su lema era "Dominus Provideid" que significa "Dios Proveerá"³⁷. Esto provocó que tanto las instalaciones como la atención a los enfermos se deteriorara. Dicha situación condujo a que el establecimiento quedara como propio de locos e inocentes masculinos. Cuando muere Bernardino Alvarez, se realizan algunos cambios administrativos. Por ejemplo los que ahí ingresaban se clasificaban y atendían de acuerdo a la contribución financiera que hacían al hospital. Existiendo los pensionistas, enfermos cuyas familias podían pagar su alojamiento, brindándoles una alimentación más variada y una habitación particular. Los demás, la mayoría de las veces remitidos por alguna autoridad, tenían una manutención precaria por no poder pagar. En cuanto a la forma para ingresar a esta institución, se tiene el dato de que a partir de 1886 también podían ser internados por petición de familiares o autoridades medicas.³⁸

³⁶ De Loreto y Medina, Fray Juan, El Próximo Evangélico, el Venerable padre Bernardino Alvarez, Patriarca y Fundador de la Sagrada Religión de la Charidad y Fundador de la Sagrada Religión de San Hipólito, Martir de esta Nueva España, México, ed. Nueva, Anteverpiano de A. Cristóbal y D. Phelipe de Zuñiga y Ontiveros, 1762, p. 40.

³⁷ Somolinos D'Ardors, Germán, Op. cit. Cap. 2, p. 37.

³⁸ Alfaro, Roman, "Breve Noticia Histórica del Hospital de Dementes de San Hipólito" En: Gaceta Médica de México, México, Vol. II. 1866, pp. 238 - 240.

La institución sufrió varias reformas, muchas de ellas debidas principalmente a las condiciones económicas que prevalecían para el sostenimiento de los asilados y del propio edificio. De entre los grandes cambios que sufrió el San Hipólito se encuentran los acontecidos durante la independencia del país, las intervenciones extranjeras y la reforma, épocas que dejaron profundas huellas en él, alcanzando su más duro golpe al establecer Juárez la separación entre la iglesia y el gobierno. En este periodo muchos hospitales cierran sus puertas, quedando para 1884 sólo ocho en toda la ciudad, entre ellos el San Hipólito y el Divino Salvador.³⁹

Para esta época el San Hipólito, al depender del Ayuntamiento - quién había incautado sus bienes- se mantenía de la limosna pública y del goce de una lotería. La crisis que vivía el hospital en esta época se reflejó en la disminución de su población llegando a contar con 80 enfermos, siendo que en 1776 albergaban 220. Así mismo las condiciones de sus instalaciones, evidenciaban una urgente modificación, por lo que en 1879 se hace una remodelación quedando tres áreas: la primera y tercera con 18 celdas destinadas a los locos tranquilos incluyendo los epilépticos; la segunda construida para los " locos " furiosos, alborotadores, desaseados, idiotas y dementes. Hasta esta época quienes se habían hecho cargo de "los locos" eran personas caritativas y religiosas. De acuerdo a algunos datos en esta época laboraban en el hospital los mismos enfermos, un enfermero, un médico, vigilantes, un escribano, un cocinero y su

³⁹ Muriel de la Torre, op. Cit P 53

ayudante, lavadero, portero y un administrador.⁴⁰

Al finalizar el siglo, el establecimiento entra en un decaimiento total, cerrándose en 1874 y vendiéndose el inmueble a una empresa tabacalera por el Ayuntamiento.⁴¹ De la población, que para aquel entonces era de 274 enfermos, no se encuentran datos que puedan darnos cuenta de donde fueron alojados de esa fecha hasta 1908, cuando fueron reclusos en el edificio que ocupaba la escuela Correccional para Hombres, en el antiguo Colegio de San Pedro y San Pablo, donde permanecieron hasta la inauguración del Manicomio General.⁴²

Mientras los hombres "locos" eran asilados en esta institución, las mujeres permanecían recluidas en los demás hospitales o deambulaban por las calles, hasta la creación del hospital El Divino Salvador. La apertura de este centro en 1680 fue por una acción de sentido caritativo, la moral cristiana que rodeaba esos tiempos empujaba al hombre a realizar obras de caridad en busca del perdón divino, de esta manera un carpintero llamado José Sayago y su esposa recogen en su casa a una prima loca y desamparada, situación que los lleva a percatarse de que existían muchas mujeres en la misma condición deambulando por las calles, decidiendo albergar en su hogar a toda mujer desquiciada con el fin de

⁴⁰ Labastida, Sebastián, "Informe del Director del Hospital de San Hipólito sobre el Establecimiento presentado a la Dirección de Beneficencia Pública". En: Gaceta Médica de México, México, Vol. XIV, 1879, pp. 305 - 311.

⁴¹ González Obregón Luis, México Viejo. Noticias Históricas, Tradiciones, Lengua y Costumbres, México, ed. Librería de la vida de C. Bouret, 1900, p. 579.

⁴² Díaz y de Ovando, Clementina, El Colegio Máximo de San Pedro y San Pablo, México, ed. UNAM, 1985, p. 80.

auxiliarla; pero pronto ni la casa, ni los medios económicos del carpintero fueron suficientes para sostener a las enfermas, entonces los Jesuitas, interesados por la obra, les apoyaron con limosnas. El Arzobispo Aguilar y Seijas posteriormente se responsabiliza del grupo proporcionándoles una casa en la calle de la Canoa de la Ciudad de México, las mantiene y cuida en buenas condiciones hasta su muerte. Fallecido el Arzobispo, la Compañía de Jesús se hace cargo nuevamente y en 1690 la pone en manos de una congregación llamada el Divino Salvador, de ahí que la Institución recupere este nombre, siendo también conocida popularmente como el Hospital de la Canoa, por ubicarse en la calle del mismo nombre. A parte de esta congregación, otro grupo que contribuía al hospital era La Real Congregación de Nuestra Señora de los Dolores y Socorro de Mujeres Dementes.⁴³

El hospital estaba formado por cuartos que en realidad eran jaulas estrechas donde no circulaba mucho aire ni mucho sol. Se clasificaba a las internas en locas toleradas, locas en intervalo y locas agresivas. Así también había una división relacionada con la aportación monetaria de las enfermas clasificándose en pensionistas o distinguidas y asiladas comunes; las primeras estaban aisladas de las demás, los muebles eran suyos, tenían criadas, ropa de uso, cama, libres de elegir comida del establecimiento o se les mandaba de sus casas, podían seleccionar para su atención un médico del establecimiento o de

⁴³ Berkstein Kanerek, Celia. El Hospital del Divino Salvador, Tesis de Licenciatura. México, UNAM, Facultad de Filosofía y Letras 1981. cap. I.

cualquier otro lugar. Al igual que en el San Hipólito ingresaban por petición de familiares, autoridades, recomendadas por algún facultativo o enviadas por otros hospitales como el de San Andrés, San Juan de Dios de Toluca, San Pedro Puebla. Las enfermas indigentes para poder ser admitidas, presentaban a la rectora una boleta que le daba el administrador, previa certificación del facultativo.⁴⁴

La situación económica que vivió el Divino Salvador era semejante al del hospital San Hipólito, por lo que también él más fuerte cambió en cuanto a organización y administración que vivió el nosocomio fue durante la segunda mitad del siglo XIX, con el cambio de dirección de Iglesia a Estado. Entre las principales reformas estaba el establecimiento de un nuevo lineamiento acerca de las personas que debían ser alojadas, debido a que se habían detectado irregularidades en el internamiento, como era el asilar a personas haciéndolas pasar por locas. Otro cambio fue que El Hospital también serviría de albergue a niñas y mujeres para evitar su corrupción moral, éstas eran canalizadas por las autoridades y asiladas junto con las enfermas. Al aumentar la población por esta doble función (hospital y albergue) se hace necesaria la reestructuración de las celdas, convirtiéndolas en cuartos, el patio se hace más grande, así como el comedor y la sala de labor. En 1882 había 203 asiladas, siendo el cupo para 150 personas, en abril de 1910 aumenta el número de asilados a 411. Bajo este sobrecupo, los cambios realizados no repercutieron en una mejor condición de vida para las internas, siendo insuficientes para cubrir sus

⁴⁴ Op. cit. P. 124.

necesidades básicas y crecientes, lo que provocó el cierre de la institución en septiembre de 1910.⁴⁵

Tanto el Divino Salvador como el San Hipólito representaron para la época, los centros de albergue y cuidado para los locos. Las personas dedicadas a la caridad pública y los clérigos asumieron la función de vigilantes de este sector de la sociedad. Cuidaban su higiene personal, salud física, alimentación y los guiaban espiritualmente. Algunos trabajos de investigación que se han realizado sobre estos centros coinciden al afirmar que fueron los religiosos y los mismos fundadores quienes más esmero ponían en esta tarea. La mejor época que pasaron los enfermos y los mismos hospitales fue al estar a cargo de ordenes religiosas, pero después de la Guerra de Independencia y la separación entre Iglesia y Estado, al sumir éste último la administración de los nosocomios del país, el trato degeneró al igual que el mantenimiento de los edificios. La salud y sus dependencias eran asuntos que en ese momento no se consideraban prioritarios. El Divino Salvador no vivió tan drásticamente éste cambio porque fue una de las instituciones que después del periodo de la Reforma permaneció en manos de la orden religiosa de la Caridad.⁴⁶

En los nosocomios, los religiosos decidían que actividades podían realizar los asilados de acuerdo a la conducta que presentaban. Por ejemplo los dementes pacíficos podían salir al patio, jugar pelota, caminar, platicar o bien permanecer acostados en sus camas, había

⁴⁵ *Op. cit.* p. 258-

⁴⁶ Muriel de la Torre Josefina, *Op. cit.* p. 260.

quienes podían ejercer un oficio sencillo o con supervisión de un celador, efectuar tareas de limpieza, jardinería, cultivo de hortalizas o flores. Si eran enfermos agresivos permanecían recluidos en sus celdas, aislados de los demás. A éstos podían sujetar e incluso dejarlos sin comer. Al paso del tiempo los métodos de control y cuidado se hicieron más drásticos, se encontraron testimonios de las condiciones inhumanas en las que estas personas sobrevivían:

Celdas muy estrechas, mal ventiladas, cuyos suelos desprendían olores fétidos o asfixiantes; además de que se les hacía pasar por agotadoras jornadas de trabajo.⁴⁷ La idea que los creo se había perdido.

Con referencia a la atención de salud de los asilados, existen notas que muestran que a partir de 1850 es reglamentado oficialmente la intervención de un médico, quien tenía funciones específicas en cuanto a la asistencia que debía prestar a los enfermos. En el Reglamento General del Divino Salvador en el año de 1854, el artículo 4º menciona que este profesional tenía la obligación de hacer visitas diarias a las enfermas y realizar curaciones cuando el caso lo ameritaba, debiéndose registrar en un libro enviado a la botica para su mejor cumplimiento medicinal.⁴⁸

Así mismo en este periodo el interno comienza a concebirse como alguien enfermo. Se hacen presentes nuevas clasificaciones de síndromes médicos: monomaniacos, dementes, epilépticos, alucinados,

⁴⁷ Labastida, Sebastian, *Op. cit.* Pp. 305-311.

⁴⁸ Rodríguez Sánchez Martha I, *Op. cit.* pp. 72.

idiotas, e imbéciles. Comienza a incluirse dentro del tratamiento los medicamentos. Por ejemplo, en el Divino Salvador la terapia se dividía en física y moral; en la primera se contemplaba la administración de sustancias como hierro, quina, cloroformo, láudano, alcibar, sulfato de morfina, óxido de zinc, valerianato de atropina (para epilépticos); además de baños de agua tibia y compresas de agua fría en la cabeza. El segundo estaba dirigido a la distracción (paseos, música, ejercicio) y el trabajo (labores de cocina, lavado de ropa, limpieza de sus alcobas y de todo el edificio). Terapéuticas basadas en modelos franceses.⁴⁹

Al finalizar el siglo XIX los tratamientos y las clasificaciones se fueron extendiendo y especializando a consecuencia de la llegada de nuevas ideas de tratamiento hacia el enfermo mental, empezándose a desarrollar la psiquiatría como ciencia en México. Este proceso generó la necesidad de abrir nuevos espacios en donde se cristalizaran las nuevas teorías, surgiendo de esta forma el primer hospital especializado en atención a la enfermedad mental.

El Manicomio General de la Castañeda abre sus puertas a la asistencia social el 16 de septiembre de 1910. Para establecer esta institución se hicieron varias propuestas entre las cuales estaba el proyecto que realizó el Dr. Roman Ramírez, a quien en 1883, se le comisionó para estudiar la literatura científica más moderna y proponer a partir de esto las medidas y lineamientos que deberían tomarse en cuanto para

⁴⁹ En la Salpêtrière hospital para dementes en Francia eran utilizadas técnicas similares a éstas. Uso de sondas para alimentar a aquellos que no querían hacerlo, baños de agua fría para calmar a los irritados, aplicación de sedantes, como alcanfor y opio, encadenamiento en caso de agitación extrema. Puede consultarse a Foucault, M. Op. Cit. P. 203.

establecer el Manicomio de la República, sin embargo nada pasó y la propuesta publicada en unas memorias quedó al olvido hasta la primera década de este siglo.⁵⁰

El manicomio fue concebido bajo la idea de una institución de beneficencia con el doble carácter de hospital y asilo, para proporcionar tratamiento y asistencia a toda clase de personas, de cualquier edad, nacionalidad, sexo y religión, afectadas de sus capacidades mentales. Además debía cooperar en la enseñanza médica mediante la impartición de clases de psiquiatría en los pabellones del establecimiento. En cuanto a su organización administrativa contaba con locales para Dirección, administración, contaduría, admisión, botica, departamento de baños, anfiteatro, gabinete de electroterapia, salón de cine, cocina, comedores, calderas, lavandería, ropería, despensa, talleres de carpintería y plomería, hortaliza y habitaciones para empleados.⁵¹

Las personas que ahí ingresaban eran agrupadas dependiendo de las aportaciones económicas que hacían, su afección o el perjuicio que podría resultar de unir a unos enfermos con otros. Distribuyéndose a los pacientes en las siguientes secciones:⁵²

⁵⁰ Ramirez, Roman, El Manicomio (Memorias), México, ed. Of. tipográfica de la Secretaria de fomento, documento del Archivo Histórico de la SSA. 1890.

⁵¹ Gutiérrez Alonso J, Guía del Fondo Manicomio General, México. . Archivo Histórico de la SSA. s/año. p. 7.

⁵² Proyecto de Reorganización del Manicomio General, en: Guía del Fondo de Manicomio General, México. Archivo General de la SSA, Caja 8, exp. 14.

- Pabellón de distinguidos, en el que se recibían a pensionistas, los cuales contaban con habitación propia.
- Pabellón de observación, destinado a los indigentes y pensionistas de segunda y tercera clase recién internados, donde permanecían el tiempo necesario para su clasificación.
- Pabellón especial, reservado para toxicómanos en tanto se les asignaba un pabellón.
- Pabellón de tranquilos A y B, dedicados a indigentes y pensionistas de segunda y tercera clase que padecían enfermedades mentales crónicas.
- Pabellón de epilépticos.
- Pabellón de imbéciles, albergando a individuos cuya inteligencia se encontraba disminuida al grado de idiotas.
- Pabellón de enfermería, donde se atendía a los asilados de ambos sexos que necesitaban cuidados médicos y quirúrgicos.
- Pabellón de infecciosos, atendiendo a los asilados con enfermedades como sífilis, gonorrea, tuberculosis, etc.

Con la naciente institución se abrió en México un espacio para el establecimiento de la medicina psiquiátrica y la aparición del nuevo profesional: el psiquiatra. El corte científico con que se estructura el edificio en donde es recluido ahora el demente se basó en el traslado de las ideas francesas que se habían estado manejando en Europa en aquellos tiempos, que nada o poco tenían que ver con las condiciones socioculturales que vivía la sociedad mexicana a principios del siglo.

Con lo que respecta a los nuevos criterios de agrupación para el manejo de los ahora considerados enfermos mentales, se tomó en consideración la sintomatología de los mismos y las valoraciones personales del médico, lo que trajo como consecuencia que en los primeros 10 años del manicomio existieran más de 80 diagnósticos diferentes y sin orden, entre los que podían leerse: melancolía degenerativa, melancolía inconsciente, melancolía por onanismo, lipomanía, demencia versánica, psicosis masturbatoria, psicosis uterina, delirio olígeno, erotomanía, locura racional. Con el avance que tuvo la psiquiatría como ciencia las etiologías cambiaron, diversificándose y ajustándose las clasificaciones. Dentro de las nosologías que se emplearon en el manicomio encontramos durante los años 20,s la Kraepeliana, posteriormente las categorías de la escuela psiquiátrica americana y para los últimos años de la Institución, las definiciones se acoplaron a la nosología universal.⁵³

Los psiquiatras que laboraban en la institución consideraban como

⁵³ Patiño Rojas, J.L. y Sierra Macedo I. 50 años de Psiquiatría en el Manicomio General, México. A.H.S.S.A., 1960, pp. 63-65.

causas de enfermedad mental a las intoxicaciones por alcohol o algún enervante; padecimientos infecciosos (tifo, meningitis, sífilis, gonorrea), ataques epilépticos y prostitución. Así también consideraban que algunas psicosis obedecían a perturbaciones de origen instintivo, choques afectivos emocionales, experiencias infantiles dolorosas, desajustes o preocupaciones de naturaleza social. Los tratamientos consistían en la administración de insulina o electricidad (electrochoque) que generalmente provocaba pérdida de conciencia y convulsiones. Existían también tratamientos que estaban dirigidos a la parte anímica del individuo, en ellos se consideraba al internamiento como un tratamiento en sí, pues apartar al enfermo de su familia, trabajo y costumbres, constituía un elemento importante en su curación. Contemplándose al trabajo, el juego, los deportes y la música como medios de restablecimiento de la salud mental, por lo que dentro del manicomio funcionaban talleres de dibujo y pintura, carpintería, encuadernación, talabartería, mimbre y bejuco, planchaduría, sarapes, costura, ornato y flores de papel.⁵⁴

Había médicos que se encargaban de suministrar el tratamiento, quienes eran asistidos por enfermeros y ayudantes de enfermeros, los últimos no contaban con preparación para atender a los pacientes (la mayor parte del tiempo los internos estaban al cuidado de éstos), debido a que habían ascendido jerárquicamente, siendo en un principio limpiadores de letrinas, vigilantes, ayudantes de enfermería y enfermeros. De los registros que se tienen del personal que llegó a

⁵⁴ Rivera Barron, Enrique, Op. cit. P. 78.

laborar en el Manicomio General, se encuentra que a partir de 1930 se empieza a mencionar la intervención del psicólogo en la institución.⁵⁵

El Manicomio General a lo largo de 60 años de existencia se convirtió en la institución psiquiátrica más importante del país y en un centro de cultura médica, donde ejercieron los más prestigiados especialistas en esta rama, a pesar de los constantes problemas de sobre población y falta de recursos económicos y humanos. La calidad de atención que se brindaba al enfermo, aún con la nueva perspectiva científica que se tenía ante esta problemática, se calificaba de precaria. La alimentación, vestido, habitación, condiciones higiénicas, trato personal y posibilidades de "curación" eran limitados, su condición de vida en referencia a la pasada década era la misma. Los testimonios a este respecto se encuentran tanto en las publicaciones periódicas "Excélsior" y "Últimas Noticias", rescatadas en la Tesis de Rivera Barrón,⁵⁶ como en los numerosos documentos oficiales localizados en el Archivo Histórico de la S.S.A., en los cuales directores, administradores y médicos denuncian a las autoridades encargadas la violenta situación que vivía el interno⁵⁷. Así también existe una novela documental que narra las experiencias de vida de los que ahí habitaban como una evidencia más de lo caótico de este hospital.⁵⁸

La conflictiva situación que se había generado en el Manicomio

⁵⁵ *Op. cit.* Pp. 83-84.

⁵⁶ *Op. cit.* P. 86.

⁵⁷ Fondo Manicomio General, Sección Administrativa, Caja 2 exp. 10, F. 290, 1931-1959. A.H.S.S.A.

⁵⁸ Pareyón, Manicomio General de México: La Castañeda de Mixcoac. Vidas de México Tomo-IV México. cd. Mexicanos Unidos, S.A. 1960.

General de la República empujó a las autoridades de la Secretaría de Salubridad y Asistencia a proponer la creación de nuevas secretarías y centros de asistencia que debían reorganizar el Hospital, proyecto que se concretiza hasta el año de 1965, época de grandes movimientos sociales en donde se pugna por los Derechos Humanos, abarcando el tema de los "dementes". Además en el plano científico, los marcos teóricos empiezan a retomar al ser humano en forma integral (por lo menos en el discurso oficial), surgiendo el modelo bio-psico-social. Ante esta situación, en México se inicia un movimiento denominado "Operación Castañeda". Con él se estableció una red de hospitales y granjas psiquiátricas acorde a las nuevas tendencias de atención a los enfermos mentales que estaban orientadas a reeducar o reentrenar al paciente para que éste tuviera las herramientas necesarias para incluirse nuevamente a la vida social productiva. Las estrategias que se siguieron para lograr este objetivo fueron cambiar el medio hospitalario, dejando a un lado el sentido carcelario del antiguo manicomio, para convertirlo en un centro comunitario donde el paciente asumiera funciones sociales semejantes a las del exterior, conviviendo con los demás internos en busca de una remotivación por la vida social.⁵⁹ Esto implicaba hacer una selección entre aquellos enfermos que podrían ser reeducables y las personas sin estas posibilidades que eran asignadas a granjas, para ahí cuidarlas y tratarlas en lo posible hasta su muerte.⁶⁰ Con los primeros se realizaba una valoración médica-psiquiátrica para definir los aspectos o habilidades motrices,

⁵⁹ Tejeda Ruiz, Carlos, *Op. cit.*

⁶⁰ La terapia empleada para estos internos era únicamente la administración de medicamentos provocando estados de letargo para mantenerlos tranquilos.

vocacionales y cognitivas, que no estaban dañadas y así poder definir la técnica a emplear: psicoterapia individual, grupal, terapia laboral. Dentro de este modelo, los programas de reforzamiento conductual tuvieron un gran auge. Estas técnicas partían del enfoque que se dio al enfermo psiquiátrico, concepción que el Dr. Carlos Tejeda Ruiz define claramente: "... el paciente deja en cierta forma de ser considerado como tal, para ser tratado como un trabajador normal..."⁶¹

Es así que al cerrar sus puertas el Manicomio General, los hospitales de este proyecto se ponen en funcionamiento encontrándose organizados de la siguiente manera:⁶²

1. Hospital Psiquiátrico de Agudos "Fray Bernardino Alvarez" inaugurado el 7 de mayo de 1967, considerado como centro de la constelación de unidades especializadas por sus modernas instalaciones y su personal permitiéndole realizar los estudios necesarios para el diagnóstico e internamiento, ubicando de esta manera a los enfermos en el sitio más adecuado para su tratamiento y rehabilitación, ya fuera dentro del mismo hospital, en sus secciones de Consulta Externa, Hospital de Día, Hospitalización o en las otras instituciones de este conjunto.
2. Hospital Campestre Dr. Samuel Ramirez Moreno donde son

⁶¹ Tejeda Ruiz, Carlos. *Op. cit.* pp. 105 - 111.

⁶² Villanueva Sosa, Renan. "Las Instituciones Especializadas en Salud Mental su relación entre sí y con otras Instituciones". En: *Salud Pública de México*, México, Vol. 9(4), Epoca V, Julio-Agosto México, 1967, pp. 211 - 223.

canalizados los pacientes en caso de que la evaluación de la enfermedad ameritara un internamiento más largo.

3. Hospitales Granjas Dr. Manuel Nieto en Tepexpan, Estado de México; Dr. Rafael Serrano en Puebla, Puebla; Fernando de Ocaranza en Pachuca, Hidalgo. Unidades de permanencia prolongada para pacientes crónicos no rehabilitables.

4. Hospital Infantil Dr. Juan N. Navarro, institución de internamiento y atención de niños con trastornos de conducta o con enfermedades mentales. Contando con instalaciones de consulta externa, Hospital de Día, y pabellones para enfermos agudos y crónicos; pudiéndose internar niños desde los primeros meses de vida hasta los 12 años. En consulta externa atendidos hasta los 16 años.

5. Hospital Nacional de Neurología, en donde se trata y rehabilita enfermos de tipo neurológico y neuropsiquiátricos. En este centro se hacen investigaciones sobre el funcionamiento cerebral, cuya finalidad es conocer más a fondo la causalidad orgánica de la conducta humana con respecto a la función cerebral.

Desde este movimiento de renovación "terapéutica y asistencial al enfermo mental" no ha surgido hasta la fecha algunas otras modificaciones o cambios de igual magnitud, por este motivo el Fray Bernardino Alvarez representa la muestra contemporánea del trabajo en esta problemática.

Este hospital fue diseñado en forma de "H" vertical, con dos cuerpos longitudinales que abarcan 10 plantas. En sus inicios se encontraba distribuido en área de hospitalización y servicios médicos, paramédicos, administrativos y generales. El área de hospitalización iba del segundo al séptimo piso, siendo el ala norte para hombres y sur para mujeres. Cada ala tenía de uno, tres y seis camas para alojar un total de 50 pacientes. Por cada piso existían dos cubículos de terapia intensiva, sala-estancia para enfermos, baños, ropería, comedor, sala de t.v., tres consultorios y sala de visita. El octavo piso estaba destinado a alojar residentes, con una capacidad para 35 médicos, 25 hombres y 10 mujeres.⁶³ Actualmente esta área se ha convertido en oficinas administrativas. Los servicios de atención médica estaban divididos en consulta externa, hospitalización de día o parcial y hospitalización total. En la primera se daba los servicios de preconsulta, fotometría, estudios médicos, psicológicos, psicométricos y de trabajo social, para abrir expedientes, integrar el diagnóstico e instituir el tratamiento adecuado en esta institución o en otro hospital dependiendo de la evaluación clínica del padecimiento. La función del hospital parcial era atender enfermos que no ameritaban internamiento cerrado o cuya remisión les permitía convivir en el medio familiar y social. En hospitalización total se recibía a personas que con basé a su diagnóstico requerían un período más largo de tratamiento, cuya estancia no excedía de 8 semanas.⁶⁴ El hospital dependía de la Dirección General de Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal;

⁶³ García Diego Madrid J. "Estructura y Funcionamiento del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez." En Salud Pública de México. México, Vol. 9(4), Epoca V, Julio-Agosto 1967, pp 230-241

⁶⁴ Villanueva Sosa. Renan. Op. cit. p. 211-223.

en 1982 depende de la Unidad de Atención Primaria a la Salud y de la Atención Hospitalaria (Coordinación de Hospitales en el D.F.) que depende directamente de la Subsecretaría de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud.⁶⁵

Las áreas y los servicios que presta actualmente esta institución han sufrido pocas modificaciones: se ha creado el área de Psiquiatría comunitaria, donde se pretende hacer trabajo de prevención de las enfermedades mentales en las colonias circunvecinas al hospital y zonas marginadas del Distrito Federal; se anexa el servicio de medicina preventiva, además el área de Psicología deja de pertenecer al módulo de servicios auxiliares de tratamiento para incorporarse a la división de cuidados especiales y especialidades (Anexo 1 y 2). Con respecto a los tratamientos que se han empleado existe la terapia a base de fármacos, intervenciones quirúrgicas cerebrales, terapias individuales o grupales, enfocadas de acuerdo a la formación académica del profesional a cargo (predominado la psicoanalítica). En el proceso de rehabilitación del paciente se hace partícipe activo a la familia, con el propósito de informarla y concientizarla, comprometiéndola con el hospitalizado, pretendiendo que al alcanzar su recuperación el paciente pueda incorporarse al sistema familiar y social lo más fácil posible con el apoyo de la misma. Con este enfoque terapéutico se busca brindar una atención bio-psico-social e integral al enfermo. Los profesionales encargados de la rehabilitación son médicos psiquiatras, cirujanos, neurólogos, endocrinólogos, apoyándolos los psicólogos, trabajadoras

⁶⁵ Boletín Informativo de Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, México: oct-nov - Vol. 1(2) 1988.

sociales, enfermeras especialistas o generales y dietólogas.

Al leer los propósitos de esta institución uno esperaría que en pleno siglo XX la situación carcelaria, el maltrato a los enfermos y el índice de enfermos mentales hubiese disminuido, sin embargo cualquiera que ha visitado un hospital psiquiátrico gubernamental (el mismo Fray Bernardino o una granja como la de Tepexpan), puede testimoniar que nada de lo anterior ha desaparecido. Uno de los aspectos que ha permanecido fiel desde la época Virreynal hasta nuestros días es el sentido que tienen estos espacios como centros de "depósito" de aquellos que han quebrantado las reglas sociales de comportamiento y como tal se les trata. A pesar de que la propuesta del modelo integral tiene más de 30 años de existencia, la concepción organicista del hombre sigue en pie, los medicamentos continúan siendo la única alternativa de trabajo con ellos, como medios de control conductual, poco eficaces de acuerdo a las estadísticas de salud.

Conjuntamente con los datos que ofrecen estas estadísticas está la información que nos proporciona la historia, la cual nos ha permitido percatarnos a través de este apartado que la salud mental como parte integral de la salud en general ha sido un rubro históricamente abandonado. Los hombres contemporáneos nos hemos preocupado más por el rendimiento productivo de nuestra especie que por atender las necesidades básicas elementales que nos rodean, las cuales constituyen los motores de nuestra existencia.

Quizás la respuesta a esta problemática de salud está en esta última frase: la existencia humana. En algún momento dejamos de preguntarnos qué queremos hacer con nuestra vida o qué clase de vida deseamos vivir perdiendo el significado de la propia existencia. Así, la salud ha dejado de ser un fin en sí mismo para convertirse en un medio para obtener o consumir objetos. Se quiere estar sano para poder trabajar y obtener dinero y contrariamente nunca se tiene tiempo para dormir y alimentarse adecuadamente, elementos primordiales en el cuidado de la salud tanto física como mental.

Esta visión del hombre tan utilitaria nos ha llevado a vivir con prisa, angustiados por lo que tenemos y lo que aún no poseemos (objetos y personas), desvalorizados y frustrados por no alcanzar los estándares sociales que los medios de comunicación promueven en todo momento en cualquier lugar, atemorizados por la inseguridad social que se vive, situaciones que nos hablan sobre el estado socio-cultural que rodea al mexicano que solicita atención a su demanda de salud integral (física - mental), siendo precisamente el descuido de estos elementos un obstáculo que ha detenido el trabajo en el área de salud al "adaptar" teorías concebidas en otros contextos culturales que nada o poco tiene que ver con la forma de vida mexicana, además la división que se ha establecido entre las necesidades materiales, emocionales y espirituales del hombre ha conformado una visión parcial de la humanidad con la cual se han encarado problemáticas y dado solución a las mismas. Tal es el caso del trabajo en todo el área de salud, cuyos resultados nos invitarían a atrevernos a romper con esta dualidad y

explotar otras posibilidades para entender y trabajar en una forma más integradora, no sólo en este campo. Dejando atrás la visión unilateral y mecánica de la vida.

Por ello es necesario sensibilizarnos y conocer a fondo la situación que rodea a nuestra sociedad, conocer dónde y cómo vivimos, lo cual permitiría entender desde otra perspectiva las necesidades de los pacientes.

Así, esta revisión histórica de la evolución de los establecimientos para dementes y las consideraciones realizadas respecto a su manera de atender y tratar la salud mental, representan para la psicología y el psicólogo una herramienta necesaria en el conocimiento del contexto que rodea a la salud-enfermedad y sus manifestaciones, y al mismo tiempo le proporciona una perspectiva de su ejercicio profesional dentro de esta área, cuestionándolo acerca de lo que como profesional a realizado en este ámbito y hacia donde desea conducir su trabajo, de ahí que necesite conocer con qué elementos cuenta y cuales más le podrían apoyar en su labor. Esta situación plantea la necesidad de realizar una revisión histórica de la disciplina y más específicamente de la formación y perfil académico con el que egresan los psicólogos de el Campus Iztacala, tratando de valorar los elementos teóricos, prácticos y metodológicos que les brinda la carrera para afrontar los problemas de salud mental que presenta una sociedad como la nuestra, buscando alternativas de atención que posibilite una incidencia más contundente en este campo.

2. APUNTES SOBRE EL EJERCICIO PROFESIONAL DEL PSICOLOGO Y SU INSERCIÓN EN EL CAMPO DE SALUD MENTAL

Hablar sobre las condiciones que rodean al ejercicio profesional del Psicólogo en México, invita a conocer las condiciones que hicieron propicio su surgimiento en nuestro país y como estas mismas han matizado su desarrollo hasta nuestros días.

El conocimiento histórico de la Psicología nos lleva a situarnos en el siglo XVIII, considerado como una época determinante en la conceptualización del desarrollo humano hasta nuestros días, porque se establece una nueva estructuración de cómo el hombre se concibe, se apodera, transforma y convive con la naturaleza. El sistema capitalista impone al mundo una nueva forma de producción, cambiando la relación que la persona tiene con su trabajo y con los demás miembros de su comunidad. Los cambios que acompañan a esta nueva instancia, se reflejan socialmente en una nueva división del trabajo, aparecen nuevos grupos de intelectuales, trabajadores manuales, así como técnicos especializados, que comparten su calidad de trabajadores asalariados y promotores del desarrollo industrial.

La ciencia racionalista de ese tiempo apoya "científicamente" esta separación en cuanto a actividades de índole intelectual y manual, dándole mayor estatus y prestigio social a quienes ejercían la primera,

creándose nuevos profesionales conforme las necesidades de producción industrial se van incrementando. En este sentido a finales del siglo XIX la antropología, sociología y psicología llegan a ser consideradas como ciencias que en la práctica apoyan y mantienen el orden social establecido, bajo lineamientos filosóficos positivistas de orden y progreso evolucionistas. Sin embargo la penetración de la corriente marxista abre otra opción a las ciencias sociales en el terreno teórico, posibilitando un análisis crítico del sistema social capitalista, manejando a la psicología, la economía y la lógica como meras prótesis del sistema. En especial a la psicología como un espacio conciliatorio de las contradicciones propias de la estructura.¹

Bajo estas funciones, en primer término la psicología aparece como un sistema ideológico que fomenta en los individuos una conciencia que les hace sentir como natural su participación y su lugar en el proceso social. En segundo término esta enfocada a contribuir "científicamente" en el desarrollo industrial impulsando a la psicología experimental. Por último se detecta una psicología académica, cuyos contenidos teóricos se entrelazan con tendencias religiosas, filosóficas y médicas, Braunstein² considera que sólo con la aparición del Psicoanálisis la profesión toma en realidad un camino científico, es decir, que para ser considerada como tal debió ser capaz de dar una explicación de los mecanismos de producción de los fenómenos observables individuales y colectivos.

¹ Solis Flores, A. y Alejandra Ramirez Ma. del C. El origen de la Profesión de Psicología en México (Una aproximación Crítica), Tesis de Licenciatura. México, UNAM-ENEP Iztacala. 1987 p. 66-78

² Braunstein, Nestor A. y cols. Psicología, Ideología o Ciencia, en México, México, ed. Siglo XXI, 9ª ed., 1975.

Las características que tomó la Psicología en el exterior fueron proyectadas a México de acuerdo a las condiciones de desarrollo que este país tenía. Recordando la situación que se vivía en el siglo XIX, tenemos que después de la independencia, se vive un periodo de anarquía, generándose una contienda entre grupos liberales y conservadores por ocupar el poder y establecer un gobierno que condujera a la recién conformada nación. Por tal motivo no existían muchos espacios ni personas dedicadas al ejercicio científico, desarrollándose pocas profesiones, entre ellas la medicina. La psicología en estos momentos sólo se detecta en el área académica en dos escuelas estatales: el Instituto Literario de García en Zacatecas y el Instituto Literario de San Juan en Cd. Victoria Tamaulipas, llevándola como materia (psicología y psicología moral).³ Dentro del primer colegio se maneja un libro que es publicado por Teodosio Lares en 1849 denominado *Elementos de Psicología*, el cual es conformado con la traducción de artículos Psicológicos Franceses.⁴ Así durante este siglo el estudio de la Psicología se lleva a cabo de manera implícita en materias como *moral, filosofía, humanidades, metafísica, ética y lógica*.

Bajo estas características de Psicología académica, el trabajo en el área clínica es nulo, si acaso podría decirse que existe en el aspecto teórico una publicación llamada *Psiquiatría Optica* del año de 1884, presentada como tesis para obtener el grado de Doctor en Medicina, donde el Dr. Rafael Serrano describe métodos psicofísicos en el

³ Rodríguez Sanchez M. Isabel. Historia de la Psicología en México (1850-1860). México. Tesis de Licenciatura. UNAM-ENEP Iztacala, 1990.

⁴ Anterior a este libro, se conoce una publicación del año de 1557 denominada *Phisica Speculatio* de Fray Alonso de la Veracruz que contiene un tratado llamado de *Anima* relacionado con la Psicología Aristotélica.

diagnóstico psiquiátrico, una nueva clasificación de las psicosis y un estudio en detalle de las relaciones ojo-cerebro.⁵ Ante esta situación la atención de la recién denominada Enfermedad Mental continuaba en manos de personas dedicadas a la caridad y religión, integrándose la visión médica.

El final del siglo XIX marca otro uso de la psicología; el de estandarte, político e ideológico entre la lucha de conservadores y liberales en el terreno de la educación. A partir de 1880 el país sufre rápidas transformaciones económicas gracias a que los liberales alcanzaron el poder al ser apoyados por extranjeros con claros intereses económicos y políticos.⁶ El objetivo de ambos era consolidar el sistema capitalista dentro de la nación, en vías de alcanzar una estabilidad y poderío económico e industrial; para lograrlo necesitaban homogeneizar a la población e introducirlos al nuevo sistema político a través de una unidad nacional.

El medio para lograrlo era la educación. A este respecto Barrera opinaba que éste era el camino para imponer ideas, las cuales guiarían el actuar del individuo, formándose personas moralmente elevadas para conseguir el progreso.⁷ En sus inicios la educación fue encaminada bajo lineamientos positivistas comtianos que apoyaban los liberales,⁸ sin

⁵ Jurado Cardenas Samuel, *60 años en la Historia de la Psicología en México 1900-1960*. México Tesis de Licenciatura, UNAM-ENEP Iztacala, 1982.

⁶ Sánchez Gallegos Martha A. *Historia de la Psicología en México. Periodo (1880-1890)*. Tesis de Licenciatura. México, UNAM-ENEP Iztacala, 1993.

⁷ *Op. cit.* P. 53.

⁸ Patlan Martinez, Helia. *Historia Social de la Psicología en México. Periodo de 1890-1900*. Tesis de Licenciatura. México, UNAM-ENEP Iztacala, 1989, Cap. II.

embargo con la propuesta de la materia de moral en la psicología por Ezequiel Chávez Lavista se hace nuevamente presente la religión en la enseñanza, instalándose la eterna querrela entre liberales y conservadores o entre laicos y religiosos desde una perspectiva ideológica, por alcanzar el poder de la escuela oficial (Escuela Nacional Preparatoria), pues quien estuviera al frente podría establecer cuáles serían los lineamientos políticos, ideológicos y económicos estructurales que la nación necesitaba.

La inserción de la psicología en la educación se establece para formar a los adolescentes, futuros ciudadanos que darían un nuevo carácter a la nación, desde lo moral hasta lo científico de acuerdo a los modelos extranjeros y no a la realidad que vivía el país. La preocupación de estas personas por modelar un nuevo mexicano no contemplaba la aplicabilidad de la psicología a los problemas sociales de su época como eran el alto índice de mendigos, enfermos mentales, alcohólicos, etc.,⁹ Se tiene entonces que la psicología de finales del siglo XIX no se ejerce como una profesión, sino como un apoyo a discursos que sustentan la educación nacional, describiendo características del desarrollo infantil, del razonamiento, la moral y el juicio y cómo pueden los educadores encauzarlos.

Para la primera década del siglo XX se hace insostenible la idea de progreso de estos tiempos, la realidad social dejó sentir su peso sobre el modelo extranjero que se pretendía imponer. Las revueltas comienzan a

⁹ López Ramos, Sergio. Entre la Historia, la Fantasía y la Psicología, México, Centro de Estudios y atención Psicológica, A.C. (CEAPAC), 1993, p. 59-67.

manifestarse con mayor fuerza; **la psicología entra en escena con un garrote en mano, caracterizada en los diarios del país como lo censura.**¹⁰ La represión se ejerce a través de ella para calificar como locos a pensadores, principalmente a escritores que crearon polémica y escándalo por sus obras, cuyas ideas estaban en contra de la ideología de la época.

En la segunda y tercera década se detectan trabajos psicológicos, teóricos y prácticos que siguen la misma tendencia de traducción y adaptación de modelos extranjeros. Por ejemplo el libro Elementos de Psicología empleado como texto en México hasta la década de los 30's fue una traducción realizada en 1903 por Ezequiel Chávez Lavista del libro *A primer of Psychology* escrita por Edward Fradford Titchener. Otro ejemplo lo constituye el primer laboratorio de Psicología fundado en el país en 1916 por Enrique O. Aragón, perdurando hasta 1936, el cual se estructura de manera idéntica al que estableció Wundt en Alemania. Aragón mismo crea y dirige en 1936 el primer Instituto de Psicología y Psiquiatría de la Universidad, cerrando dos años más tarde.¹¹ El factor de dependencia teórica se conjuga con la vinculación de esta "ciencia" a la filosofía en el área académica, historia que se inicia en el primer plan de estudios de la Facultad de Filosofía y Letras de 1928, donde se inserta la materia de Psicología como curso dentro de los estudios de grado de Maestro o Doctor en Filosofía, siguiendo sus bases y prácticas una línea netamente filosófica. Para 1934 se crea una

¹⁰ Revueltas Valle Gabriela, Historia Social de la Psicología en México, México, Tesis de Licenciatura, UNAM-ENEP Iztacala, 1992, p. 545-590.

¹¹ Jurado Cárdenas, Samuel. Op. cit. P. 66-72.

especialización dentro de esta área y en 1939 se establece el grado de Maestro en Psicología dentro de la Facultad cuyo plan de estudios fue diseñado por E. Chávez necesitándose 3 años de estudio para la obtención del grado.¹² Dentro de lo académico la psicología nace de la filosofía como otra ciencia que trata de explicar al hombre y su comportamiento.

En estos años la postura de la Psicología en fuerte vínculo con la educación se sigue haciendo presente y se explica a raíz de que en 1920 el Estado impulsa a la educación por considerarla el medio para reproducir y consolidar la estructura social,¹³ provocando que al terminar la década de los 20's la educación sea la actividad que envuelve al mayor número de mexicanos: 17.5 millones de niños y jóvenes son estudiantes y unas 600 mil personas se dedican total o parcialmente a la enseñanza y administración escolar.¹⁴ La psicología interviene preparando al futuro educador para que conozca las tendencias teóricas que explican los procesos de aprendizaje del ser humano. Empezándose a usar los test de inteligencia en esta área. Los trabajos Psicológicos se enfocan a la medición y a la adaptación de pruebas a la población.

Siguiendo esta tendencia se crea dentro de la Facultad de Altos estudios (en 1924 transformada en la facultad de Filosofía y Letras) la cátedra de

¹² Solis Flores, A. y Alejandro Ramírez, M.C. *Op. cit.* P. 88.

¹³ Durante la década de los 30'S se fomentó y desarrolló la educación técnica en vías de favorecer el incremento de la producción, mediante la preparación de trabajadores manuales con un conocimiento mínimo en tecnología. No se requerían profesionales con conocimientos teóricos. A raíz de esto se crea el Instituto Politécnico Nacional que imparte una enseñanza técnica con nivel "profesional".

¹⁴ Fuentes Molinar, O. "Educación Pública y Sociedad". En: González Casanova P. (coord.). *México Hoy*. México ed. siglo XXI, 1983. cap. IX.

Mediciones Mentales. y en la recién constituida Secretaría de Educación Pública se abre un departamento Psicotécnico. En 1925 se convierte en el Departamento de Psicopedagogía e Higiene. El tema de "higiene mental" empieza a hacerse patente, en él se habla de que el ser humano para tener una vida equilibrada necesitaba estar sano biológica y mentalmente, si bien estas dos esferas estaban estrechamente vinculadas, la medicina se ocuparía del cuerpo y la psicología de la mente. Sin embargo, el trabajo práctico psicológico en área de Salud permanece ausente. En el Manicomio General de la Castañeda, en esa época representante de cómo se concebía la enfermedad mental en el país, no se encuentra datos sobre algún tratamiento de índole psicológico. Para las décadas de los 20's y los 30's la labor terapéutica estaba en manos de médicos y profesores especializados.¹⁵

Para la segunda mitad de 1930 el trabajo psicométrico se propagó y cobró una gran fuerza a partir de la Segunda Guerra Mundial, al ser empleado en la selección y adiestramiento de las fuerzas armadas con gran éxito, representando un incentivo para ser usado en el área de producción. La Psicología Industrial nace en Estados Unidos, durante un período de crisis - en varios niveles - que atravesaba el país. Así mismo en este período aparece la sociometría que plantea una clasificación de individuos a partir de sus aptitudes, opiniones e inteligencia. Todas estas cuestiones se focalizan en México de una manera particular.

¹⁵ El personal que figura en el Manicomio de 1930 a 1949: son: Médico residentes, médicos especialistas, médicos psiquiatras, practicantes de medicina, cirujanos dentistas, médicos oculistas, profesores de enseñanza especial y profesores especialistas en psiquiatría infantil. Documentos del AHSSA. Fondo manicomio general Sección Administrativa. Caja 2, 14, 15.

En la búsqueda por alcanzar una estabilidad como país, a principios de la década de los 40's, México se encontraba en fuerte adeudo económico con otras naciones que se habían aprovechado de su inestabilidad para expropiarle territorio, comprar materias primas a muy bajo costo, para después brindarle "apoyo" financiero. Esta época constituye una transición entre un México agrícola y una nación "industrial". El país con su inestabilidad se perfila para ingresar completamente al sistema capitalista-imperialista de esos años, empezando a introducirse la cultura norteamericana, transformando así la vida social de los mexicanos con base a un estilo de vida "más fácil y confortable", traduciéndose en la adquisición de artefactos electrónicos, mecánicos y el consumo de alimentos procesados por transnacionales. La posibilidad de esta transformación la abrió la situación que se vivía mundialmente durante la Segunda Guerra Mundial, donde las potencias económicas ocupadas en el conflicto bélico, permitieron que otros países - como México - vieran incrementada su producción y exportación de productos, dándose un empuje al desarrollo de las empresas mexicanas; sin embargo al término de la contienda la producción empieza a disminuir y estancarse por su reducida capacidad técnica y científica,¹⁶ empezando a proliferar las inversiones extranjeras. Para 1940, Estados Unidos participaba con el 64% del total de las inversiones extranjeras, para 1955, le correspondía el 71%.¹⁷

En este despegue industrial mexicano, el tema de la educación sigue

¹⁶ Para ésta época, el 50% de la población mexicana es analfabeta. Fuente Rivera Barrón, E. Historia de la Psicología en México (1940-1950), México, Tesis de Licenciatura UNAM-ENEP Itzamal 1991 p. 36-45.

¹⁷ Op. cit., p. 36-45.

constituyendo la piedra modular de los años 40's, retomándose como vía para la construcción de un nacionalismo mexicano que permitiera fortalecer el proceso industrial en este país. Volviéndose a retomar al psicólogo como un asesor técnico en cuanto a que enseña a los maestros cómo se desarrollan los niños, cómo aprenden; los adiestra en el manejo de pruebas para que puedan seleccionar, clasificar y diagnosticar a sus alumnos, de tal manera que los planes de estudio se estructuraran más acorde a ellos, para formar individuos con mayores potencialidades "intelectuales." Sin embargo, el uso de la educación como medio de desarrollo social permaneció sólo como discurso, pues en la realidad no había tal apoyo para esta área, dado que en los dos gobiernos de 1940 a 1950 los presupuestos para este rubro disminuyeron.¹⁸ A pesar de ello, el tema del nacionalismo mexicano continuó, estimulándose a los intelectuales mexicanos para que contribuyeran con más trabajos propios al desarrollo científico del país. La psicología aplicada permanecía fuerte en el terreno educativo y psicométrico, siendo los maestros quienes la ejercían. En el terreno de la salud para 1950, dentro del Manicomio General se propone abrir un departamento de Psicología, destinado a resolver las necesidades de estudios psicométricos y de psicodiagnóstico. En esta propuesta las actividades de los psicólogos serían: aplicación e interpretación de pruebas psicológicas, así como el establecimiento de un diagnóstico con base a ellas; traducción y estandarización de las mismas; entrenamiento de otros trabajadores en la aplicación de éstas; ayudar en los procesos de psicoterapia, colaborar en los trabajos de psicopedagogía; actividades

¹⁸ Op. cit. p. 63

administrativas del Departamento; participar en trabajos de investigación propuestos por las autoridades; aplicación de pruebas y atención psicológica para los demás empleados del establecimiento.¹⁹ De esta manera el trabajo psicológico en el área inicia concretándose a la labor psicométrica, y quienes se encargaban de ejercerlo eran profesores.²⁰ Situación que se debe a que en aquellos años aún no existía la Psicología como profesión y académicamente empieza a cristalizarse como ciencia independiente: en 1945 por iniciativa de Fernando de Ocaranza se da origen al Departamento de Psicología, siendo entonces siete áreas las que conformaban la facultad de Filosofía y Letras: 1) Filosofía 2) Psicología 3) Letras 4) Historia 5) Geografía 6) Antropología 7) Educación. De esta fecha hasta finales de la década de los 50's, los temas que se abordan en forma discursiva eran la psicometría y la higiene mental, que como se mencionó anteriormente fue un tema que se empezó a discutir en los años 20's y cuyos planteamientos teóricos estaban abocados a estudiar las causas " Psicosociales " que favorecerían desajustes emocionales, de tal modo que se pudiera prevenir los daños que estas causaban. Además esta área debía dar respuestas concretas al gran número de enfermos mentales nerviosos que existían en el país: en México el 50% de las camas de hospitales ocupadas en esos años lo estaban por enfermos nerviosos y mentales.²¹ El despliegue de este discurso estaba basado en el desarrollo que había tenido la higiene pública venida de Europa a finales del siglo XIX, extrapolándose

¹⁹ Documento del Archivo Histórico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Fondo Mamerto General, sección Administrativa. Caja 51 Exp. 10.

²⁰ Los informes que presenta el departamento en cuanto a las pruebas aplicadas y los diagnósticos obtenidos son firmados por los profesores José Peinado Altamirano, Jefe del Departamento y su esposa Luz Llopis de Peinado, psicómetra del mismo. *Op. cit.*

²¹ Álvarez Amézquita, José. Historia de la Salubridad. Tomo III México, S.S.A. 1969, p. 526-528.

las investigaciones y resultados a la salud mental.²² Para fomentar en la República este tema, durante el gobierno de Miguel Alemán (entre 1947-1950) se crea el Departamento de Neuropsiquiatría, cuyo lema estaba dirigido así: "Para la herida está la cirugía, para la infección la terapéutica y para la psicosis personal o colectiva (que deprime), la higiene mental y la psicoterapia".

La década de los 60's constituye históricamente una serie de movimientos y cambios sociales a nivel mundial. Fue la época de huelgas de maestros, estudiantes y de demandas de oportunidades iguales por parte de las minorías raciales. En el campo de la salud el uso de la píldora y los medios de control de la natalidad cambiaran la perspectiva sobre las cuestiones sexuales. Así mismo son los años en que el modelo médico biologista entra en crisis. Este modelo individual, ahistórico, asocial, mercantilista y de eficiencia pragmática, se instituyó en los países europeos a finales del siglos XVIII y principios del XIX, entrando en Estados Unidos en la última mitad de dicho siglo; fue la respuesta –en el rubro de salud- a la Revolución Industrial, generándose conjuntamente con el desarrollo del capitalismo en su etapa de libre cambio, durante el periodo " clásico " de la constitución de la clase obrera, en los años del desarrollo de la nueva ciudad industrial. Es nuevamente la realidad social quien da el golpe preciso a este modelo, superando las explicaciones asociales que sustenta: La desnutrición mundial es

²² Los cambios que se registraron en cuanto a higiene pública hacen que la situación de muchos enfermos mentales cambie, frenando los padecimientos de tipo infeccioso que los circundaba, cambiando los lugares donde habitaban, haciéndose con más espacio, luz, ventilación, higiene personal y de alimentación. Manichau-Beauchant, Jaques, La salud en el mundo, Barcelona, ed. Amorrortu 1971, p. 56.

"redescubierta " como problemática social después de la Segunda Guerra Mundial, perfilándose como un conflicto político. De igual manera se evidencia la impresionante incidencia de la enfermedad mental y la patología social dentro de los países subdesarrollados capitalistas y periféricos, todos ellos como resultado del movimiento industrial. Ante esta crisis, no sólo del modelo médico, sino de lo social en general, lo "Psicológico" emerge como factor explicativo, funcionando como "contenedor" de lo social, disolviendo nuevamente o secundarizando su importancia. Empezándose a hablar en salud de los nuevos modelos bio-psico-sociales.²³ A raíz de esto, se incrementan los servicios y los servidores en el área de salud, así como la creación de nuevas terapéuticas. En esta línea, lo social en la Salud Pública queda reducido a referir y correlacionar datos a nivel estadístico (la edad, el sexo y la localización geográfica), desprendidos prácticamente de toda información socio-cultural que pudiera generar.²⁴

En México, la crisis social se siente nuevamente, la educación y sus componentes ideológicos se hacen caóticos, los materiales teóricos siguen sustentando la visión mítica de un país con un lenguaje de los 40's en oposición a la cultura "modernizante" de una sociedad con estilos de vida del capitalismo avanzado que llega a través de los medios masivos de información, trayendo en consecuencia una población que vive en la ignorancia, la pobreza y la psicosis. Esto transcurre como respuesta al

²³ Basaglia Franco y Colabs. La Salud de los Trabajadores. Aportes para una Política de la Salud. México, ed. Nueva Imagen, 3ra. Ed., 1981.

²⁴ Otro Fenómeno que comienza a registrarse que devuelve nuevamente al aspecto social de la enfermedad es el de la contaminación y polución ambiental con relación al incremento de determinados cuadros de morbilidad.

choque ideológico y de valores que se sustenta en los años 40's, al confrontarse la cultura mexicana con la estadounidense, observándose 20 años después el resultado de ello. La novela "Las Batallas en el desierto" de José Emilio Pacheco muestra claramente esta transformación cultural, en donde por ejemplo, la familia tradicional mexicana empieza a ser bombardeada con otra conceptualización de las relaciones de pareja, tocándose temas de sexualidad, igualdad de oportunidades sociales para el hombre y la mujer; la necesidad económica empuja a la ama de casa a convertirse en trabajadora asalariada, la difusión del divorcio, la creación de necesidades en torno al uso de aparatos electrodomésticos en el hogar, cambio de alimentación, entre otras. Situaciones que generan a nivel individual desorientación personal, angustia, competencia, relaciones interpersonales poco afectivas, niños abandonados y/o con problemas de aprendizaje, por mencionar algunos. Dentro de este mismo esquema, las patologías de orden "mental" también se ven incrementadas: Para 1960 las tasas estadísticas de psicosis (esquizofrenia y psicosis maniaco-depresivas) es de 4.6 por cada 1000 habitantes; la epilepsia es de 7.3 y en alcohólicos del 5.5. Para 1968 el porcentaje de psicosis es del 14.0; epilepsia 5.0. Las tasas para este entonces, referidas a reacciones neuróticas son del 101; trastornos emocionales entre los niños de 92.0., deficiencia mental entre población burócrata de 12.2 y entre población militar de 15.0 por cada mil.²⁵ Ante tal situación, los psicólogos surgen como una posibilidad de ser los ortopedistas mentales en la sociedad contemporánea, lo que da margen a que el uso de la Psicología se extienda y posibilite su surgimiento como

²⁵ Kumate, Jesús y Cañedo Luis. La Salud de los Mexicanos y la Medicina en México México. SEP. 1970

profesión , primero en la Universidad del Estado de Veracruz en 1966 y siete años después (1973) en el Distrito Federal. Este movimiento social Psicológico se hace patente en el área de Salud Mental, y en los últimos años del Manicomio General se localizan documentos que refieren la asistencia de alumnos de psicología para hacer prácticas e investigación en este tema. En 1966 aparece el primer registro de un psicólogo laborando dentro de un hospital, así como la solicitud para poder impartir dentro de la institución la cátedra de Psicofisiología Humana para los alumnos de la Carrera de Psicología de la UNAM (del entonces Colegio de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras),²⁶ las actividades que realizaban eran la aplicación de pruebas psicométricas, implementación de terapia conductual, cuyo modelo teórico es aplicado a finales de los 60's y principios de los 70's en la Psicología clínica y educativa. Este movimiento conductual se inicia en Jalapa, Veracruz y Yucatán.²⁷

El surgimiento de la Psicología como profesión en la década de los setentas tiene como contexto sociopolítico una filosofía de conciliación clasista y de modernización ideológica, para lograrlo el régimen de Luis Echeverría Alvarez se apoya en la reforma educativa²⁸ que terminó siendo lo mismo, un proyecto incoherente entre teoría y práctica. En él se pretendía: A) Democratización en la apertura de acceso a la escuela; B) Modernización científica y pedagógica para lograr una cultura más

²⁶ Documentos de Archivo Histórico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Fondo Manicomio General, Sección Administrativa, Caja 15.40.51. Exp. 10,310 respectivamente.

²⁷ Solís Flores, A. y Alejandro Ramírez, M.C. Op. cit.

²⁸ La educación ha sido el medio conciliador por excelencia a través de la cual se promete al pueblo su ascenso social y económico si logra una educación profesional.

“racional “ y orientada a la eficiencia; C) economicismo pragmático, donde la secundaria debía capacitar para el trabajo, culpándose a la educación no productiva de la frustración de los jóvenes mexicanos por no conseguir un empleo; D) tratar de recuperar el consenso en el interior de las universidades, en donde el pensamiento oficial perdía terreno entre grupos cada vez más amplios. Así también se contempló el impulso de los *colegios técnicos en la lógica de*: 1) incorporar o vincular al educando a los sectores productivos; 2) aliviar la presión por ingresar a la universidad.

Así también, la educación superior se promueve un proceso de modernización eficientista, que establezca mayor funcionalidad entre instituciones y necesidades de reproducción social, desde la perspectiva del sector dominante.²⁹

En los últimos años las políticas de educación no han cambiado, continúan desarticuladas entre el discurso y el cómo se vive, enfocándose al desarrollo productivo, dando resultados pobres: El Plan Nacional de Educación Superior de 1980,³⁰ propone establecer programas (reformularlos propiamente) de acuerdo a las necesidades del país y crear nuevas carreras acordes a los requerimientos de la calidad y especialización que plantea el desarrollo regional y nacional. Entendiéndose a las “necesidades” como prioridades de crecimiento económico y productividad del sector moderno económico. La otra regularización consiste en la canalización de la demanda hacia niveles

²⁹ Fuentes Molinar Olac. *Op. cit.* Cap. IX.

³⁰ *Op. cit.* Cap. IX.

inferiores a la licenciatura, tanto en estudios post secundarios que no son propedéuticos para la Universidad, como "carreras cortas" post bachillerato, abriendo la posibilidad de acción a largo plazo que separe la enseñanza medio superior de la universidad o cuando menos la reduzca. Los beneficios que se han obtenido de estas " reformas educativas " han sido casi nulos. En relación al tema que nos compete, de 1975 a 1987 se han formado dentro de la UNAM 52,299 psicólogos y en todo el país un total de aproximadamente 252`479,030,³¹ lo cual no ha representado una disminución en las estadísticas de trastornos de salud. Gran parte de estos psicólogos se encuentran desempleados (situación común entre los profesionistas de la época) ó la minoría se encuentra laborando en áreas educativas y de evaluación permaneciendo en la línea de servicios de apoyo con poca participación en los procesos de salud de una comunidad,³² y si a esto agregamos que su trabajo dentro de esta área permanece articulado a la medición de "capacidades cognoscitivas, motrices y afectivas", apoyo en terapias individuales y colectivas así como " orientadores de familiares",³³ se comprenden los pocos resultados en comparación con las demandas sociales que plantea el país, agregando a éstas una más: la elevación del índice de desempleo y subempleo.

La Psicología clínica es un rubro que ha sido olvidado históricamente, aún hoy a finales de la década de los 90`s donde las condiciones de vida de la población se han deteriorado de manera alarmante, bajando el promedio

³¹ López Ramos, Sergio. (Coord.). Historia de la Psicología en México, Vol. I, México. Ed. CEAPAC, 1995.

³² López Ramos, Sergio y Martínez Ramírez, C. La Profesión del Psicólogo y las Alternativas en la Crisis. Conferencia presentada en el I congreso "Al Encuentro de la Psicología Mexicana". UNAM-ENEP Iztacala Septiembre de 1990.

³³ Estas son las actividades que realizan los psicólogos en el Hospital Fray Bernardino Alvarez, de la S.S.A.

de vida de 63 a 53 años, este campo de trabajo no se encuentra contemplado a nivel de asistencia social, ni en Salud Pública en servicios de segundo nivel en hospitales estatales,³⁴ y en los que existe no supera la aplicación de una prueba o de una clasificación, como lo demuestra el recorrido histórico que se ha elaborado. El trabajo en este espacio ha sido absorbido por el médico cuya tradicional jerarquía ha permitido que se deposite en sus manos la salud del individuo, incluso lo referido a lo mental. La sociedad ha transferido a estos profesionales el derecho exclusivo de determinar qué constituye la enfermedad, quién está enfermo o podría enfermarse y cuál es la acción que debe tomarse con respecto a ello. La medicina como la ley y la religión, ha definido lo que es normal, propio o deseable, dándole valor a una dolencia, declarar enfermo a otro (aun que no se queje) y para responsabilizar a un tercero del reconocimiento social de su dolor, incapacidad y muerte. Ante estos hechos la medicina ha delegado en otros profesionistas de la salud (trabajadores sociales, psicólogos, promotores de salud), la tarea de hurgar en busca de enfermos y de proveer su tratamiento.³⁵

La problemática que vive la Psicología Clínica - y la Psicología en general-, es el resultado de los factores sociales, económicos y políticos antes descritos. Los trastornos sociales denunciados, las escasas respuestas que se han tenido de los responsables del sector salud y educativo, impulsan la necesidad de poner en marcha acciones que den otras soluciones a este conflicto. Entre ellas estaría plantear una reflexión

³⁴ Herrera Obregón, Irma. La Asistencia Social a Lecionados. México. Tesis de Licenciatura UNAM-ENEP Iztacala, 1992. p. 756-792.

³⁵ Illich Ivan. Némesis Médica. México, ed. Joaquín Mortiz. 1978. p. 35-37.

en cuanto a la formación que se les brinda a las personas interesadas en participar en el desarrollo de la salud en nuestra Nación.

La revisión de los programas de estudio de la disciplina psicológica brinda la posibilidad de comprender cuales serían los elementos teórico-metodológicos necesarios para incidir de forma directa y actualizada a las demandas sociales de nuestra realidad, para no caer nuevamente en la repetición, en la utilización de planteamientos teóricos que han sido agotados y perdido vigencia, lo que el análisis histórico de la disciplina ha podido poner en evidencia.

2.1 Consideraciones Sobre la Formación Profesional del Psicólogo en la UNAM Campus Iztacala.

Comprender la formación profesional del psicólogo en la ENEP Campus Iztacala UNAM requiere de un análisis de su plan de estudios. En este apartado encontraremos datos históricos sobre las circunstancias académicas que rodean el surgimiento de este currículum, así como el perfil profesional que se pretendía obtener a partir de su implementación, dando a conocer las principales actividades y áreas laborales en las que entonces se insertaba el psicólogo. Posteriormente se proporcionará una visión general de los resultados de la aplicación de dicho currículum; tomando como base las transformaciones que se han experimentado en las funciones y el campo laboral de los egresados de esta institución, sin olvidar el impacto social que ha tenido su labor. Por último mencionaremos la situación actual de la profesión del psicólogo en México, pretendiendo con ello detectar algunos elementos o alternativas que contribuyan al mejoramiento de la formación profesional del psicólogo (específicamente de los estudiantes de psicología de la ENEP Iztacala, UNAM).

La creación de la Licenciatura de Psicología en 1960 coincide con el proceso de gigantismo de la UNAM, formando parte de las etapas de modernización de la universidad iniciadas en 1940, pero su agudeza se presenta a finales de los 60's en el sexenio de Díaz Ordaz (1962-1968), cobrando fuerza la política de modernización de la educación superior. El

lema era " a mayor educación, mayor desarrollo " y el objetivo consistía en instruir para mejorar la participación y desenvolvimiento del estudiante en el ámbito del mercado de trabajo, teniendo la educación un carácter tecnòcrata. Para el sexenio de Echeverría, a finales de los 60's, existía coyuntura política y su gobierno reformista encontró en la tecnocracia una nueva definición para que la fracción monopolista de la burguesía ocupara posiciones importantes buscando establecer una Universidad apolítica, eficientista, racional y eficaz, favoreciendo el desarrollo capitalista pretendido por el país, de acuerdo a los intereses de los grupos en el poder. El concepto de modernidad educativa incluyó a las teorías pedagógicas norteamericanas, "EL BOOM PEDAGOGICO" sucedió buscando unir estrechamente la escuela con el aparato productivo. Se habla entonces de teoría curricular, evaluación educativa y tecnología de la educación (concepción científica del proceso enseñanza aprendizaje mediante la técnica).³⁶

Este panorama político rodeo la creación de la Licenciatura en Psicología, en el aspecto académico aún existía la tendencia a considerar a la psicología como una disciplina especulativa, plagada de preocupaciones tomistas y metafísicas, en combinación con la aparición de lo clínico, ésto por la incorporación como docentes de un gran numero de psiquiatras y psicoanalistas en 1948. Este hecho determinó que años después se igualara en forma errónea los objetivos profesionales de la psicología con los de la medicina, conceptualizando al psicólogo como un subprofesional para-medico, debido, por un lado, a la influencia Alemana, en donde la

³⁶ Beltran Herrera, Ofelia La Formación Profesional del Psicólogo de la ENFP. Iztacala. México, Teis UNAM-ENEP. Iztacala. 1988. pp. 398-318.

psicología clínica se limitaba al diagnóstico auxiliar mediante pruebas psicométricas y/o proyectivas (tests) y a la impartición de consejo a los enfermos de problemas estrictamente médicos. Por otra parte, la orientación psicoanalítica u organicista del resto del personal docente, determinaba al psicólogo como un auxiliar en el diagnóstico psiquiátrico o como un técnico que debería estudiar conjuntamente medicina, o después de sus estudios someterse a un psicoanálisis didáctico que realmente le capacitara para la práctica clínica. Orillando al profesional de psicología a trabajar principalmente como docente en instituciones de enseñanza media, actividad que constituyó su campo laboral y profesional por aproximadamente 40 años.³⁷

Para 1960, se crean por primera vez los doctorados en psicología clínica, industrial y social, incorporándose cursos biología, que permiten el surgimiento de un interés por la investigación, primero en neurofisiología y después en psicología experimental. Posteriormente, con los primeros egresados de la licenciatura en psicología, el campo de acción se amplió a la psicología clínica, la orientación vocacional y la psicología industrial.

La psicología industrial al parecer hacer su entrada en México en el año de 1923, con la fundación del Departamento Psicotécnico en el Departamento del Distrito Federal, aunque esto no signifique que existieran psicólogos industriales especialmente entrenados, pues en 1953 aún se carecía de ellos y su demanda era muy baja. Parece coincidir la demanda de psicólogos industriales con la fuerte inversión

³⁷ Mouret, P.E. y Ribes, I.E. "Panoramica de la enseñanza de Psicología en México" En Enseñanza e investigación de la Psicología, México. Vol. 3 NO. 2(6). 1976, pp. 7-19.

extranjera en el país y el desarrollo de la industria de transformación de los años 60's y 70's.

Con lo que respecta a la psicología clínica, el estado era precario y predominaba el enfoque psicoanalítico, pues como ya mencionamos, los docentes eran psiquiatras o psicoanalistas, aunado a la carencia de personal con formación específica en psicología clínica en México.³⁸

Algunos datos disponibles respecto a las actividades profesionales del psicólogo mexicano son:

- En el año de 1964, el 40% de los psicólogos trabajaban en el área de orientación vocacional aplicando pruebas, el 12% se dedicaba a la docencia y el 9% a la investigación. El psicólogo era muy joven, pues en el 40%, su edad oscilaba entre 21 y 24 años, el 63% de ellos pertenecían al sexo femenino.
- El lugar mas frecuente de trabajo eran las instituciones educativas y algunas instituciones de bienestar social. Debido a los bajos ingresos que recibía se veía obligado a tener dos o tres empleos.
- Lo anterior provoco que las universidades fueran el mercado de trabajo natural captando a sus propios egresados. Esto fue parcialmente determinado porque la formación impartida en esos años fue

³⁸ Op. cit. P. 7-19.

exclusivamente teórica, de modo que los egresados se capacitaban en la propia situación de trabajo profesional.

- Además, existía una confusión y desconocimiento muy marcado por parte de quienes solicitaban los servicios del psicólogo.³⁹

1970 se conoce como el año del "BOOM DE LA PSICOLOGIA". Se abren nuevas instituciones que ofrecen la formación en psicología, en esa época se empieza a cuestionar aspectos referentes al perfil profesional del psicólogo, además se muestra preocupación por el bajo nivel académico de los mismos, así como por la falta de personal académico competente, la insuficiencia de laboratorios y bibliotecas, la falta de programas específicos. Conjuntamente se cuestionaba si el país estaba preparado para absorber la cantidad de egresados de dichas instituciones. Se sostenía la hipótesis de que la proliferación de escuelas de psicología se debía al exceso de conocimientos teóricos que recibían los estudiantes, impulsándolos más hacia la docencia que hacia la practica profesional y la investigación, además por la facilidad con que grupos de psicólogos, deseosos de mantener una estabilidad de trabajo y económico generaban un entrenamiento al vapor en esta disciplina.⁴⁰

Se criticaba a los psicólogos que consideraban el ejercicio de su profesión en forma individualista, lo cual decían, no estaba acorde a nuestro país subdesarrollado. Por ello afirmaban, se presentaba el

³⁹ Mouret, P.E. "La Formación del Psicólogo Mexicano. UAM Iztapalapa". En: Enseñanza e Investigación en Psicología, México, Vol. 3, No. 2(6), 1977 pp. 50-59.

⁴⁰ La Forga, J. (Editorial) "Psicología Ciencia o Profesión". En: Enseñanza e Investigación en Psicología, México, Vol. 2, No. 2, 1977. Pag. 1.

problema del subsidiarismo extranjero, la dependencia profesional y algo clásico de los países subdesarrollados, la explotación de materia prima, en este caso, de estudiantes para que sean transformados en otros países y si regresan, sean portadores de un trasplante de técnicas e ideologías que intentarán aplicar aquí, impidiendo el desarrollo de la psicología mexicana.⁴¹ Así mismo, se señalaba que las currículas académicas se habían organizado en función sobre todo de los requerimientos formales de la disciplina y no se llegó a atender en forma sistemática el problema de adecuar los planes de estudio a la resolución de problemas sociales, siendo que en México, la inmensa mayoría vive en la miseria y con pocas oportunidades educativas, padeciendo desnutrición y enfermedades médicas. En esta cuestión el psicólogo dirigió su trabajo profesional al sector de la población que recibe el mayor número de bienes y servicios, no obstante que la cantidad de personas que componen esta capa es sumamente escasa en nuestra nación.⁴²

Con base a estas observaciones se iniciaron varios trabajos y estudios con el objeto de unificar criterios acerca de la formación que debería tener el psicólogo y su perfil profesional, así como las funciones que debería realizar en la sociedad. Entre ellas encontramos las recomendaciones para la Planeación de la Enseñanza de la Psicología en México, aprobadas por la Asamblea del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología, realizada en la Universidad de Morelos en

⁴¹ Foseca, J.J. México: los Psicólogos en el Tercer Mundo. México. Centro de Investigación Psicológica. U.A.P., 1973.

⁴² Declaración de los miembros de asociaciones de psicólogos de facultades y escuelas de psicología participantes en el Taller Nacional para la identificación del perfil del psicólogo. Jurica, Querétaro. Marzo de 1978. Autores Varios. "El Perfil Profesional de Psicólogo". en: Enseñanza e Investigación en Psicología. México. Vol. 1 No. 1, 1978, p. 4 y 5.

1977, ahí se establecen entre otros puntos:⁴³

- A) Formar profesores de acuerdo a las necesidades curriculares regionales a través de programas de investigación (básicas aplicada, tecnológica o de campo), que capaciten a los docentes mediante su participación creativa en la generación de conocimiento y tecnología.
- B) Prever programas de formación de profesores dentro de la licenciatura.
- C) Dotar de una infraestructura mínima a las universidades, ya sea por zona, región o por convenios especiales, en los renglones de laboratorios, centros de servicio, bibliotecas y hemerotecas, producción de material de apoyo didáctico, etc.
- D) Definición de los sectores de la población que deben ser recipientes fundamentales de la acción profesional del psicólogo (por ejemplo: sectores medio, pobre o marginal, población indígena, etc.).
- E) Proporcionar una formación metodológicamente sistemática que imprima consistencia a los contenidos informativos del curriculum.
- F) Proporcionar al psicólogo un conocimiento amplio de la problemática nacional, que le permita adquirir una conciencia crítica de su papel como profesional y de su práctica cotidiana.
- G) Desarrollar un programa de difusión y sensibilización de los sectores

⁴³ Autores Varios, "Recomendaciones Generales para la Planeación de la Enseñanza de la Psicología en Mexico". En: Enseñanza e Investigación en Psicología, México. Vol. 3 No. 2. 1977. p. 21-25

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

públicos y privados respecto a las actividades profesionales que puede desplegar el psicólogo en los distintos campos de aplicación social.

Otro trabajo realizado a este respecto es el que se elaboró en el Taller de Jurica, Querétaro en 1978. En el se estipula que el psicólogo es un profesionalista cuyas funciones son: evaluar, planear, prevenir, investigar e *intervenir para modificar un problema*. Además de dar respuesta a los conflictos en las áreas de educación; salud pública; producción, organización y consumo; y ecología. Las acciones que debe realizar, tiene que dirigirlas a distintos sectores de la población, los que están integrados en orden de prioridad: sector rural marginal, urbano rural desarrollado y urbano. Las técnicas de diagnóstico empleadas por el psicólogo son: la entrevista, las pruebas psicométricas, las encuestas, los cuestionarios, las técnicas sociométricas, las pruebas proyectivas, la observación, el registro instrumental y los análisis formales. Las técnicas de intervención para resolver problemas son: técnicas fenomenológicas, psicodinámicas y conductuales, la dinámica de grupo, la sensibilización, la educación psicomotriz, la manipulación ambiental, la retroalimentación biológica, la publicidad y propaganda. Sus técnicas son las que utilizan otras ciencias, adecuándose en las categorías más generales de registro, análisis cualitativo y cuantitativo de los datos y formulaciones modelo.⁴⁴

Cabe agregar que en esta expansión de la psicología la mayoría de las escuelas surgidas se localizaban en la zona centro-norte del país, la zona

⁴⁴ Artículo realizado en el Taller de Jurica, Querétaro, Marzo de 1978. Autores Varios. "Definición de perfil profesional del psicólogo". En: Enseñanza e investigaciones en Psicología México, Vol. 3 No. 1, 1978, pp. 7-9.

del Valle de México y su perímetro. La primera zona ocupaba 17 escuelas, que representaban el 43% y la segunda contaba con 19 escuelas, es decir, el 48% de las instituciones, lo que deja un 9% para la zona oriente y 0% para la zona sudoeste, en el año de 1976.⁴⁵

Además este "BOOM" psicológico concuerda con el proceso de descentralización de la UNAM. Con el proyecto de las ENEP'S, se busca introducir innovaciones académicas y administrativas, como lograr que las currículas fueran más flexibles, fomentando la relación entre la teoría y la práctica, la vinculación de la investigación con la docencia, contemplando la ínter y la multidisciplinariedad, de aquí que cada una de estas escuelas fueran agrupando la enseñanza de distintas disciplinas afines enfocadas a resolver en forma conjunta problemas sociales. Acatlan (1975) y Aragón (1976) se enfocaron a la organización de las ciencias sociales y económicas; Cuautitlán (1974) a las ciencias agropecuarias y Zaragoza (1976) e Iztacala (1975) al área de salud, estas dos últimas escuelas incluyendo dentro de sus carreras a la psicología.

La Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, se ubicó en el noreste de la zona metropolitana de la ciudad de México, cubriendo el área biomédica: biología, medicina, odontología y psicología a nivel licenciatura, encontrándose a nivel técnico enfermería. En lo que respecta a la carrera de psicología, los aspirantes a estudiar esta disciplina debían tener conocimientos del área químico-biológicas (física, matemáticas y biología), Así como contar con una estabilidad emocional

⁴⁵ Mouret, P. E. y Ribes, I. E... Op. Cit. p. 3.

y una actitud de servicio.⁴⁶

La carrera de psicología en la ENEP- Iztacala -aún cuando adoptó al momento de su creación el plan de estudios vigente en la Facultad de Psicología desde 1970- planteó en colaboración con la propia facultad y posteriormente con la ENEP-Zaragoza, diseñar un nuevo currículum que permitiera a corto y a largo plazo reestructurar los objetivos, técnicas y situaciones de enseñanza de psicología a nivel profesional. Este nuevo plan de estudios, adoptó los postulados teóricos de la corriente norteamericana conductual, alimentada por la posición reformista de la educación decretada por el estado, ya que este periodo fungió como conciliador después de los acontecimientos del 68, siguiendo la política aperturista de la democracia, caracterizada por una mayor participación del estado en la económica nacional para ampliar beneficios sociales y oportunidad educacional.

Buscando el vínculo entre sociedad y Universidad, el nuevo enfoque de formación en psicología planteaba la necesidad de armar al psicólogo de herramientas metodológicas y técnicas para que éste pudiera modificar positivamente la realidad social, concibiendo al psicólogo como un especialista de la conducta. Luego entonces, la lógica que guía este conocimiento es el control, le corresponde al psicólogo controlar a los miembros de la sociedad a través de la modificación de su comportamiento vía "curar" y "educar"⁴⁷

⁴⁶ Ribes, I. E. El diseño curricular de la carrera de psicología con base en un sistema modular (ENEPI). En: Enseñanza e Investigación de Psicología, México, Vol. 3, No. 1(5), 1977, pp. 42-49

⁴⁷ Beltran, H. O. Op. cit. P. 311.

El sistema modular constituyó la característica particular del adiestramiento y formación profesional del psicólogo de Iztacala, teniendo como base tres módulos; a) el módulo teórico; b) el módulo experimental, y c) el módulo aplicado. El módulo teórico se convierte en un sistema informativo de apoyo a las actividades de laboratorio y los escenarios naturales, constituyendo el módulo primario de la edificación curricular, en donde se desarrolla el análisis de textos, la revisión e investigación bibliográfica, la discusión metodológica e integración teórica, así como la redacción de ensayos científicos. El módulo experimental es el sector donde se cultivan las destrezas metodológicas para la formación de profesionales rigurosos y creativos. El módulo aplicado es el que contiene los objetivos terminales del curriculum, incluyendo las situaciones prácticas de enseñanza que permiten, bajo condiciones modelo de estructura y supervisión, exponer y adiestrar al estudiante en la resolución de problemas prácticos.⁴⁸

El laboratorio o módulo experimental se coordina desde el inicio de la carrera con el trabajo aplicado en escenarios naturales, lo que según estos postulados permite transferir, desde un principio, las destrezas metodológicas aprendidas en el laboratorio a la identificación y solución de problemas prácticos.

Durante los primeros cuatro semestres, el módulo experimental cubre un 80% o 90% del tiempo dedicado a las actividades prácticas, mientras que en los últimos cuatro semestres esta relación se invierte en favor del

⁴⁸ Ribes. I.E. Op. cit. p. 42-49.

módulo aplicado. El objetivo general de la carrera es formar un profesional que con el rigor de los conocimientos teóricos y experimentales de la disciplina, pueda recrear, adaptar y generar tecnologías aplicadas en las que fue adiestrado durante sus estudios.⁴⁹

La función del psicólogo queda enmarcada en la formación, aprovechamiento y planeación de recursos humanos, así como la prevención y rehabilitación de aspectos deficitarios de la población, convirtiéndolo en un técnico reparador de las deficiencias humanas.

En este proyecto se concibe a la enseñanza como un sistema activo, donde el alumno y el maestro forman parte integral del proceso enseñanza-aprendizaje, ambos deberán apoyarse en métodos, procedimientos, materiales y técnicas que faciliten el aprendizaje individualizado del estudiante, exigiendo así al profesor una programación de la instrucción, de manera que el alumno pueda ir a través del material educativo por sí sólo con un mínimo de supervisión directa. La dificultad del material deberá graduarse (de lo simple a lo complejo), y a su vez proporcionar retroalimentación sobre sus errores y adelantos. La instrucción debe de definirse a través de objetivos conductuales terminales, quedando claros los componentes. El material educativo debe subdividirse en unidades que definan objetivos conductuales parciales y congruentes con la tecnología educativa, permitiendo una evaluación del estudiante en términos de la definición de objetivos terminales y/o parciales. El maestro es activo pues participa

⁴⁹ Ver anexo 3, Proyecto del Plan de Estudios de la ENEP_Iztacala, materias por semestre.

como; orientador, moderador de seminarios, supervisor práctico, tutor académico y diseñador de objetivos instruccionales.⁵⁰

A 25 años de la implementación de esta currícula en el Campus Iztacala se pueden observar claramente los resultados obtenidos. Tomando como base investigaciones realizadas en el seguimiento de egresados de dicha institución, así como la propia experiencia, se tiene un panorama global de las funciones y actividades reales de dicho profesional, de las áreas o campos laborales en los que se encuentra inmerso, sin dejar de mencionar el ambiente académico que impera dentro de esta institución, lo que nos da una idea de las condiciones por las que atraviesa la psicología mexicana hoy en día.

Así tenemos que:

- Los egresados encuentran dificultad para ingresar al mercado laboral, debido a la falta de experiencia, a la deficiencia en la formación teórica, la dificultad de aplicación de los conocimientos a problemas específicos de trabajo y la desvinculación entre la formación práctica y el campo laboral.⁵¹
- Se señala que varias materias cursadas, no eran aplicables a la realidad social. Así mismo no existía entre las materias una secuencia de continuidad bien definida.

⁵⁰ Ribes, I.E. Formación de Profesionales e Investigadores en Psicología con base a objetivos definidos conductualmente. En: Enseñanza e Investigación en Psicología. México, Vol 4, No. 1(7), 1978, pp 18-23.

⁵¹ Guadarrama, E. G. La inserción del Psicólogo de la ENEP-Iztacala: Seguimiento de Generación de 1976-1979. Tests de Licenciatura, UNAM-ENEP-Iztacala 1990.

- Las técnicas y metodologías empleadas para abordar la problemática psicológica real tiene pocos alcances y resultados, quedando de manifiesto en varias ocasiones que la realidad social rebasa al modelo.
- En lo referente al ámbito académico, en los últimos años se ha adoptado el desorden y la incoherencia, se observa que cada profesor imparte dentro de su clase lo que él considera que "esta bien" o contribuirá a la formación profesional, haciéndose evidente la necesidad de una revisión curricular. Este elemento es tan apremiante que en la actualidad se lleva a cabo un análisis y estructuración de distintas propuestas de cambio curricular, para integrar lo que podría ser un nuevo plan de estudios.
- Con respecto al campo laboral y las características de la población encontramos que la mayoría de las personas que estudian la carrera de psicología son del sexo femenino y las edades con más frecuencia ocurridas son de 21 y 22 años, teniendo un rango de edad entre 19 y 29 años, siendo su principal actividad el estudio. La mayoría de los alumnos no cuentan con una orientación teórica definida, ni identifican el área laboral en que les gustaría insertarse. Laboralmente se encuentra que un número importante de los egresados de la carrera trabajan en la psicología industrial, aunque la formación no aborde directamente la especialización en esta.⁵²

⁵² Trabajo Inédito. Realizado por el área de Psicología Clínica de la ENEP Iztacala, expuesto en el primer encuentro "Hacia el Cambio Curricular" ENEPI. 1996.

Después de 30 años de emerger la Psicología como profesión, la formación del psicólogo no ha posibilitado que sus actividades cambien mucho. Las funciones del psicólogo siguen siendo (mencionadas en orden de importancia), la capacitación, reclutamiento y selección de personal, planeación y desarrollo de recursos humanos, evaluación y diagnóstico, entrevista, orientación educativa y vocacional, docencia, investigación, aplicación y evaluación de pruebas, actividades administrativas, organización social del trabajo, educación especial, permaneciendo en último lugar su ejercicio en el área de salud.⁵³

Hasta aquí hemos expuesto como la psicología ha pasado un proceso de transición. La diversificación y repercusión que esto ha tenido, ha creado una situación confusa, en la que aún el psicólogo no ha podido responder ¿qué es y qué hace?, enfrentándolo y al mismo tiempo alejándolo de la realidad. Las razones de tal condición son variadas, sin embargo, entre algunas de ellas podemos enumerar las siguientes:

- 1.- los diferentes enfoques teóricos que existen respecto a lo que debe ser el objeto de estudio de la psicología.
- 2.- El uso de una metodología específica, la cual es incongruente con las demandas reales de la población.
- 3.- La diversidad de áreas y de niveles de aplicación práctica.

⁵³ Martínez E. y Urbina, Definición del Perfil Profesional del Psicólogo Mexicano. Análisis de estudios sobre el perfil profesional y el mercado de trabajo de los psicólogos. México. UNAM 1989.

4.- La orientación teórica-metodológica asumida por el curriculum diseñada en función de las necesidades prioritarias de nuestra sociedad clasista (psicología remediativa más no preventiva).

5.- El carácter ideológico que asume el profesionista en su ejercicio laboral, lo cual delimita de manera importante la forma en que dicha práctica es ejercida.

6.- Las condiciones socioeconómicas que caracterizan la ubicación geográfica (zonas rurales, urbanas, suburbanas, etc.).⁵⁴

7.- Introducirnos parcialmente a la historia y la realidad de nuestro país, obstaculizando la ampliación del conocimiento del hombre y la sociedad en la que nos encadenamos al desarrollar nuestro ejercicio profesional (se habla del conocimiento limitado de nuestra historia y realidad, dado que a lo largo de la carrera no se plantea llevar un estudio a fondo de las condiciones histórico sociales de nuestro país para engranar éstas a la psicología y poder entender esa gran abstracción llamada hombre).

Las implicaciones que esta situación presenta llevan a una práctica con pobres resultados y alcances, evidenciados desde la forma de tratamiento, el contacto persona a persona (entre usuarios y psicólogo) involucrando la concepción que se tiene de la misma condición humana.

Los psicólogos desgastados ante nuestra realidad que se complica y

⁵⁴ Solís Flores, A. y Alejandro R. Ma. C., Op. cit. P. 78.

plantea problemáticas nuevas, presentan conflictos de identidad profesional, buscando alternativas debido al alto índice de profesionistas egresados que no alcanzan un lugar en el mercado de trabajo privado o gubernamental. Esta situación pone de manifiesto la imperiosa necesidad de abrir espacios para la investigación y servicio, construir alternativas sin la consigna de servir a un discurso o tener que limitar el ejercicio profesional, así mismo, tener la opción de independencia económica y la oportunidad de actualización y formación profesional y sobre todo que la población se identifique con el servicio que presta la psicología. Existiendo dos momentos que deben quedar claros cuando el psicólogo trabaja: dar respuesta o solución a los problemas del paciente y una elaboración teórica. La investigación de una línea o propuesta es una beta que se tiene que explotar y probar en un tiempo y espacio cultural en el que se trabaja, sacar lineamientos generales que puedan ser guías para otros psicólogos, en otro momento y lugar de trabajo.⁵⁵

Elaborar una psicología mexicana requiere de un conocimiento global de la realidad social de nuestra Nación, que como ya se sabe es el resultado de nuestro proceso histórico social. Este conocimiento empleado en la psicología sería útil para dar forma y explicación de los factores que intervienen en la constitución particular del individuo, entendiendo y dando respuesta a las innumerables patologías psicológicas gestadas en nuestro tiempo. Es importante entonces para el psicólogo por ejemplo saber que nuestra sociedad contemporánea y los individuos que emergen

⁵⁵ López Ramos, S. La Profesión del Psicólogo. "Excelstor". Publicación diaria. México, D.F. Noviembre 1991, pl.

de ella son el resultado de políticas instaladas en los 70's: cuya filosofía es fomentar el culto a la familia pequeña en conjugación con la revolución sexual, el control natal y uso de la píldora, lo anterior como estrategia para tener un control de la competencia individual y colectiva. En los 90's los efectos de esta ideología, se pueden palpar en la reducción de la tasa de natalidad y la elevada cifra de 40,000 mujeres que fallecen en el país a causa del cáncer cervicouterino y mamario por el consumo de estrógenos. En el terreno de lo familiar las consecuencias se manifiestan en problemas emocionales de abandono efectivo, la complicación de las relaciones intrasubjetivas dentro de la misma. Los cambios de valores e intromisión de la cultura estadounidense como modelo a seguir han ocasionado la pérdida de autoridad paterna y materna, el surgimiento de los "niños problema", la depresión como forma cotidiana de vida, e. suicidio, problemas entre cónyuges, un alto número de divorcios, niños maltratados y de la calle, violaciones, neurosis y muchos otros males de orden psicosexual y mental, unidos con la circunstancia de la no autorrealización en la sociedad; situación que impulsa al incremento de frustraciones, amarguras y despechos, problemas de no encontrarse consigo mismo, manifestados en la proliferación de desequilibrios psicosomáticos y espirituales, donde el individuo cada día, ve reducidas sus oportunidades de vida.

Este conocimiento social e histórico de la sociedad mexicana proporciona la base del cómo se van articulando estas variables en la conformación de nuestra salud y cómo ésta al no ser un rubro prioritario gubernamental, tampoco favorece la preocupación para formar profesionistas preparados

para dar respuestas en este campo. Los psicólogos han sido creados históricamente para apoyar científicamente políticas que no dirigen sus esfuerzos para mejorar la calidad de vida de los hombres o fungen como represores y contenedores de los desequilibrios sociales que se viven. Entendiendo entonces a la curación como una forma de control o reducción para el otro, así al comprender cuál ha sido la función social por la cual la carrera fue creada y considerar que el plan de estudios que se sigue en esta institución educativa adolece de elementos importantes, algunos psicólogos interesados en trabajar en el área de salud y ofrecer otras posibles respuesta a estas demandas primeramente han tenido que conocer el desarrollo histórico y social de la disciplina para tener un punto de partida y sobre esta base empezar a entender cual o cuales son los motivos psicológicos de los mexicanos, cómo introyectan sus necesidades físicas, emocionales y espirituales y entender cómo la conjugación de las mismas ha permitido actualmente una forma particular de enfermarse. En donde la respuesta tradicional que se ha dado a los desequilibrios de salud, por un lado lo físico por los médicos y lo mental por los psicólogos es poco efectiva ante la cantidad de problemas psicosomáticos que han emergido. Dividir la realidad del hombre en físico y psicológico sólo permite tener una visión unilateral del problema, es sólo trabajar con los síntomas, con aquello que es observable, sin llegar a profundizar en la raíz que en muchas ocasiones tiene un matiz espiritual.

Cuando el hombre enferma y busca curarse, se le divide aún más, al llegar al consultorio por una depresión emocional y observar que esta condición va acompañada por síntomas, sin comprender que son

componentes o manifestaciones del mismo problema emocional y mientras esta condición no desaparezca, los síntomas podrán disminuir más no desaparecer. Esto nos afronta a un problema de salud que no puede dividirse en piezas para que separadamente sean "arregladas", en vez de ello necesitamos una teoría que pueda dar cuenta del problema de manera integral, así como es el hombre, un ser humano cuyas emociones, condiciones físicas y espiritualidad interactúan continuamente, conformando su vida de forma única e irrepetible aunque compartiendo ciertos rasgos con los demás al ser miembro de una sociedad en particular.

Así, estos estilos de vida conjuntamente con la historia social del ejercicio psicológico, como la misma historia de la salud mental y los espacios que se han creado en torno a ella, son aspectos que no se consideran o son poco desarrollados durante la formación académica, en este caso en el Campus Iztacala. Sin embargo habría que recordar que los planes de estudio son la base material o teórica con la que el futuro profesionalista habrá de enfrentarse en el trabajo cotidiano. Matizan una forma particular de ver y entender la realidad que se vive (propia y del otro), de ahí la necesidad de plantear la reconsideración a estos lineamientos buscando formar un psicólogo más propositivo que de respuestas pensando en la calidad de vida de los sujetos. En la medida de aportar es este sentido, en el siguiente capítulo se hace una propuesta de cambio curricular en donde se integran los aspectos hasta aquí mencionados. Dándose una serie de materias y un diseño o estructura que, a través de nuestra experiencia, consideramos importantes para la

formación profesional. Algunas asignaturas consideradas llevan de fondo una concepción diferente de hombre, a la que habitualmente se maneja, ya que estamos convencidas que el cambio que plantea nuestra realidad debe ser de fondo. No es la intención plantear que la necesidad se limita al aprendizaje de una u otra técnica, sino de empezar a entender al ser humano como un ser integral en donde cuerpo, mente y espíritu constituyan la naturaleza básica del hombre sin separaciones o divisiones de ningún tipo. La consideración y comprensión de estos aspectos han dado la clave a los múltiples problemas de salud hoy en día.

3.- UNA PROPUESTA DE CAMBIO CURRICULAR PARA LA FORMACION DE PSICOLOGOS

El análisis establecido en el primer capítulo sobre la conceptualización de la Salud Mental, sus formas de tratamiento y los resultados hasta ahora obtenidos, conjuntamente con la reflexión planteada sobre el papel que el psicólogo funge en este contexto, nos permite establecer que la atención a la salud física y psicológica ha recorrido un camino en el cual las posibilidades de intervención se han ido agotando, sucumbiendo los resultados ante la avalancha de nuevos padecimientos. Los trabajadores de la salud, llámense psicólogos, psiquiatras o médicos han adoptado modelos explicativos y de intervención que como ya se ha dicho, en su mayoría se encuentran dirigidos en actitud remedial, considerando a la causa unidireccional y determinante. Ante esta perspectiva, algunos profesionales que trabajan en esta área han necesitado reformular sus enfoques sobre el origen de estos desequilibrios. Uno de ellos ha sido introducir la perspectiva histórico-social que permite visualizar desde otro ángulo como inciden los factores sociales e individuales en la construcción de la subjetividad personal y colectiva, de cómo las formas de interiorizar la vida social han configurando determinadas patologías manifestadas psicósomáticamente, síntoma evidente de la indivisibilidad del cuerpo y la mente. Este tipo de manifestaciones se han gestado a partir del desarrollo industrial, en donde por ejemplo, la familia se ha ido transformando, llegando a convertirse en una unidad de producción y

consumo capitalista, basada en la propiedad privada. Conjuntamente el trabajo ha dejado de considerarse una vía de autorealización, convirtiéndose en un medio enajenante y en una mercancía más

Anteriormente trabajo y familia estaban vinculados, dando a sus integrantes un valor social e individual particular, constituyéndose con la conciencia de que su vida doméstica y sus relaciones personales estaban enraizadas en el trabajo recíproco.¹ Sin embargo al introducirse el capitalismo y socializarse la producción a gran escala, se hace una incisión entre familia y el mundo de la fabricación de mercancías, provocando una ruptura en las relaciones familiares, pérdida de identidad, valor personal y social. Fomentándose la competencia colectiva e individual, el traslado de valores personales hacia lo monetario (el dinero rige las relaciones sociales, les da un valor). Favoreciendo procesos laborales racionalizados, coordinados y sincronizado, indiferentes al sentimiento comunitario, las responsabilidades familiares, las relaciones personales o las emociones. De esta manera el ser humano se despersonaliza, dejando de concebirse como un usufructuario del universo y de la vida, sino como el propietario que se apodera del derecho de destruir su bien.²

En este mundo del siglo XX se ha hecho una tecnología de la vida, los individuos hemos creado una subjetividad donde la sensación de ser un ente aislado enfrentado a una sociedad que no podemos transformar

¹ Zaretsky, E. Familia y vida personal en la sociedad capitalista Barcelona España. Ed. Anagrama 1978
Cap. IV

² Op. cit. Cap. IV

se ve canalizada a través de la necesidad de valorarse personalmente mediante el consumo de objetos: alimentos, indumentaria, artículos domésticos, una vivienda, etc., constituyendo todos ellos una redefinición de "propiedad privada", acompañados de sentimientos de soledad, frustración, angustia, ansiedad, entre otros.³

Reflejándose tal condición en la reducción del promedio y calidad de vida, en el desarrollo de enfermedades somáticas, incluso en las alteraciones de orden celular y oncogénico.

En este estilo de vida, la salud también ha adquirido el rango de un valor de cambio, como un capital. Bajo esta consigna la práctica médica ha sido mercantilizada, lográndose una concentración monopólica a nivel estatal y/o privada de todo lo concerniente a la enfermedad: servicios, equipos y fármacos.⁴ Además con la creación de necesidades objetivas y subjetivas que las nuevas condiciones de vida y trabajo generan sobre la población, obligan al desarrollo de técnicas antes innecesarias, como aquellas que aumentan la esperanza de vida y de los periodos activos, la producción y venta de nuevos y sofisticados medicamentos, el manejo de equipos médicos (para investigación y atención), que en conjunto constituyen necesidades funcionales del sistema capitalista.⁵ En este mundo la enfermedad-curación y no la salud constituyen la "normalidad", siendo aprendido desde los más tempranos procesos de socialización, como

³ Aillaud, Jacques *Op. cit.* Cap III

⁴ Illis Ivan *Mnémesis Médica*, México, Ed. Joaquín Mortiz, 1978 p. 63-70

⁵ En Estados Unidos los medicamentos psicotrópicos representaron en 1991 \$ 4.4 millones de dólares, calculándose para 1996 \$ 7.6 mil millones por sus ventas. En este país, estos medicamentos representan casi el 20% del total de prescripciones médicas. Fuente: Chetley Andrew *Medicamentos: Problema* Editorial Acción Internacional para la Salud (AIS), Perú, 1994

sería la medicación irracional en la primera infancia.⁶

En este desarrollo social la Psicología como ciencia intenta dar razón de los procesos individuales y grupales, funcionando en momentos particulares como explicación o excusa para mantener el orden social, provocando que los diferentes estratos sociales puedan sentir como "natural" su tipo de participación en el proceso productivo y su posición en la esfera social. La Psicología actúa como instrumento ideológico que, bajo su condición de ciencia, contribuye a la transformación y ajuste de la visión sobre la realidad y la naturaleza humana, basada en la concepción de hombre que ésta maneja: explicándolo como un ejemplar más de la vida biológica, limitando la vida humana y su evolución al naturalismo, sistema materialista incapaz de reproducir toda la riqueza de los problemas que atañen al hombre, porque el individuo, además de ser un elemento de la naturaleza, se diferencia de las otras especies por sus rasgos sociales e históricos. La condición de la persona cambia de manera cualitativa apenas se introduce en ella el vínculo social, transformándolo en un producto histórico y social en función de las diferentes clases y capas que conforman una sociedad, del lugar que ocupa en la división del trabajo, la familia, etc.⁷ De tal forma que el ser humano es producto y creación de la propia humanidad, puesto que las relaciones sociales en las que se desarrolla y crece forjan su actitud y quehacer en la vida.

⁶ Op. cit. Cap. I.

⁷ Schaff Adam y Colb. La concepción marxista del Hombre. España Editorial Akal: 1978

Esta transformación cultural permitió que el hombre concibiera y se relacionara con la naturaleza externamente, como si no fuera parte activa de la misma, repercutiendo en su forma de comer, vestir, concebir la vida, la familia, su trabajo, su forma de divertirse, el descanso. Siendo el cuerpo y su condición de salud-enfermedad huella indeleble y palpable de todas estas transformaciones sociopolíticas y económicas que hemos vivido. Algunos nos preguntaríamos cómo puede ser que el cuerpo humano, ese instrumento que la ciencia ha dividido para su estudio; aquel que es mostrado o adornado en mayor o menor cantidad dependiendo de la moda, de la época, de la cultura; aquel que día con día usamos y pocas veces alcanzamos a sentir, a escuchar; sea un documento vivo en donde uno pueda leer cómo se entreteje el dolor, la desnutrición, la ignorancia, la felicidad, la angustia, el estrés, las dificultades con los padres, pareja, problemas de dinero, empleo, etc. Dando lugar a una creación particular, a un cuerpo con cierto tipo de piel, con o sin brillo en los ojos, movilidad particular, compleción, una lengua y saburra determinada y con tal o cual enfermedad: gastritis, colitis, soriasis, epilepsia, migrañas, insomnios, por mencionar algunas. Quizás la respuesta, algunos otros la hemos encontrado a raíz de conocer las transformaciones históricas que han acontecido y comprendiendo, como antiguamente se hacía, que el hombre es un todo unificado, interactuando y regulando por sí mismo su cuerpo, mente y espíritu.

Esta interrelación puede darse porque estos elementos en esencia están constituidos por energía, permitiendo un constante flujo

indivisible. Esta cuestión energética manejada en filosofías antiguas mostraba al hombre como un microcosmo de su entorno, viéndose regulado por las mismas líneas que la naturaleza seguía. De ahí que la manifestación de cada una podía leerse en la otra. La salud así como la enfermedad eran y son manifestaciones (equilibrios y desequilibrios energéticos) de la interacción de esas energías básicas.

La cuestión energética ha sido un elemento tratado filosófica, religiosa y científicamente, para nadie es desconocido que su presencia mueve al mundo. En el hombre se puede hablar de campos electromagnéticos que pueden ser fotografiados con equipos especiales. Hablamos de la misma energía pero a diferentes niveles. Quizás la diferencia consiste en que actualmente, gracias a los avances en materia físico-químicos entendemos como interaccionan estas energías dando pie a la explicación de muchos fenómenos que la ciencia racionalista no había podido explicar. Ahora podemos hablar de física cuántica y de otros términos que para los fines de este trabajo no es necesario retomar, pero lo que sí es importante mencionar es que estos científicos actuales han llegado a la conclusión de que la nueva forma de percibir al mundo y sus transformaciones coincide en gran medida con la visión filosófica que los antiguos tenían del mundo y de sí mismos. Lo que ha hecho que se acerquen y se interesen "huevamente " por estas cuestiones y civilizaciones.

Desde esta perspectiva de entendimiento del ser humano las antiguas civilizaciones entendían perfectamente que los estilos de vida

determinaban ciertos padecimientos o desequilibrios energéticos, así su forma de conservar la salud incluía un cambio en su forma de comer, descansar, trabajar y de establecer sus relaciones afectivas. Su concepción de salud, y por tanto de enfermedad, involucraba un sentido integral de la vida del individuo, el cual no se limitaba en la detección y reducción de síntomas, buscando las causas reales de tales desequilibrios físicos, mentales y espirituales. Desde una perspectiva como ésta, que será retomada en el siguiente apartado, se han encontrado otras posibilidades de trabajo que como trabajadores de salud podríamos como mínimo conocer, siendo herramientas útiles en este hacer de finales de siglo.

De esto podríamos recalcar que la lectura del cuerpo es posible porque cuerpo y mente son productos de una evolución natural, social e individual, coexistiendo en el hombre de manera inseparable, de ahí que la salud-enfermedad sea el proceso en el que intervienen no sólo aspectos orgánicos, sino también factores históricos-sociales y la subjetividad del mismo (voluntad). Por lo cual no se podría hablar separadamente de la salud mental y física, ya que ambas conformaban de manera integral al individuo, siendo la salud el elemento básico para que la persona pueda desarrollar plenamente sus capacidades físicas, intelectuales y emocionales: en su vida familiar, laboral y de relaciones interpersonales.

Esta perspectiva de trabajo de cómo entender la conformación y lectura del cuerpo, sería de gran utilidad para los trabajadores de la salud,

especialmente para los psicólogos al elaborar su estrategia de intervención, independientemente del área donde desarrollen su actividad profesional, pudiendo conocer cómo el hombre ha interiorizado su estilo de vida, concretizándolo en su cuerpo, documento vivo cuya lectura habla de cómo ha gozado o reprimido su vida. Por esto sería importante la necesidad de incluir en su formación académica profesional elementos que permitan y faciliten entender, integrar y explicar la conjugación de los factores que intervienen en el desequilibrio de la salud, diseñando con ello opciones acordes a las necesidades y demandas de una sociedad como la nuestra.

En este trabajo se presenta una alternativa que permite englobar las anteriores cuestiones y cuyos resultados han dado respuesta satisfactoria a las complejas problemáticas actuales. La propuesta recupera los principios y aportes terapéuticos de la Medicina Tradicional China en el campo de los trastornos psicológicos. A través de ella ofrece la posibilidad de considerar dichos desequilibrios mediante el manejo integral del individuo, trabajando desde una forma preventiva mas que correctiva, influyendo en la calidad de vida de los individuos.

La Medicina Tradicional China trabaja con técnicas como acupuntura, auriculopuntura y masaje, basando su acción en el equilibrio de doce meridianos principales, correspondiendo cada uno a un órgano diferente. En dichos meridianos principales, circula la energía vital de los seres vivos que ellos denominan (qi). Los meridianos son Pulmón,

Intestino Grueso, Corazón, Intestino Delgado, Bazo, Estomago, Pericardio, Sanjiao (que no pertenece propiamente a un órgano, formando parte del corazón), Riñón, Vejiga, Hígado, Vesícula Biliar. Todos ellos mantienen una relación interna (órganos y vísceras) y externa (piel, órganos de los sentidos) formando así un todo integral.

La teoría del Yin-Yan es la que sustenta y explica la relación entre los doce meridianos. En ésta se sostiene que todo fenómeno o cosa en el Universo conlleva dos aspectos opuestos, los cuales se hayan a la vez en contradicción y en interdependencia, este principio es considerado la Ley universal del Mundo Material, razón de la existencia de las cosas y causa primera de la aparición y desaparición de las mismas.

Esta teoría conlleva los principios de oposición, interdependencia, crecimiento, decrecimiento, relaciones que se emplean en esta terapéutica para explicar la fisiología y patología del cuerpo, sirviendo de guía para el diagnóstico y tratamiento. Además de esta teoría está la de los Cinco Elementos, empleada para clasificar en diversas categorías los fenómenos naturales, los órganos, tejidos y emociones humanas, vinculado la fisiopatología del cuerpo y el medio ambiente natural. Los cinco elementos los constituyen la madera, el fuego, la tierra, el agua y el metal, elementos básicos que integran el mundo material. Existiendo entre ellos relaciones de generación, interdominancia, exceso en dominancia y contradominancia, las que determinan sus estados de constante cambio y movimiento.⁸

⁸ Para mayor información consultar Zhang J. y Zheng J. Fundamentos de Acupuntura y Moxibusión de China. Versión castellana. Beijin. China. Ediciones de Lenguas Extranjeras., 1984.

Estas teorías aplicadas en el tratamiento acupuntural permiten diagnosticar y tratar al paciente por medio de la regulación y equilibrio de los meridianos que recorren su cuerpo, al colocar agujas en puntos específicos de dichos canales. Los mismos principios son aplicados en la terapia auricular y el masaje. Este tipo de intervención mantiene sus resultados en el ámbito de los desequilibrios mentales depresivos, maníacos, histéricos, amnesia, insomnio, migrañas, convulsiones infantiles, problemas de desarrollo físico-mental, etc.⁹ Cabe mencionar que en la Medicina Tradicional China por enfermedad mental se entiende aquellas anomalías en las que debido a diversas causas, en particular la excesiva excitación espiritual y psíquica, las funciones de los órganos y vísceras del cuerpo pierden su normalidad, se dañan, debilitándose el qi, la sangre, los líquidos corporales, el jing, y la medula o hay caos en la circulación del qi, la sangre y los líquidos provocando con ello disfunción del corazón y el cerebro, manifestados en cambios extraños en la conciencia, sentimientos, ánimo, habla y conducta, debido a que el cuerpo humano es un conjunto orgánico integro de forma y shen. Entendiéndose por forma la apariencia, incluidas las vísceras, los órganos, piel, músculos, vasos, tendones, huesos, orejas, nariz, boca, lengua, ojos, yin anterior (órganos genitales exteriores) y posterior (ano), así como el qi, la sangre, la esencia, los líquidos corporales. El shen es un termino genérico de todas las actividades vitales del cuerpo, incluido el ánimo, pensamiento, actividades intelectuales o mentales. Este cuerpo integro reúne el shen y la forma para dar una buena salud y goce en la vida, si se coordina y

⁹ López Ramos Sergio. Acupuntura y psicología una búsqueda en la intervención de las alteraciones psicológicas. Cuadernos de Psicología. México. Editorial UNAM ENEP-Iztacala. 1988.

unifica con el complicado ambiente externo, sin embargo cualquier daño, lesión o excesivo estímulo emocional puede perjudicar la salud tanto corporal como espiritual causando desequilibrios. Siendo así que la comúnmente denominada "enfermedad o trastorno mental" pueda tratarse equilibrando órganos y vísceras del cuerpo.¹⁰

Estos principios filosóficos y metodológicos orientales son rescatados en la mira de que posibilitan entender al ser humano desde una visión integral, en donde lo biológico, psicológico y social son unidades interdependientes, permitiendo entender con otra lógica cómo funciona o se desequilibra una persona en todas las esferas que lo constituyen, y así poder tratarlo clínicamente bajo la misma perspectiva. Bajo estos lineamientos se propone que dentro de la formación de los psicólogos se abran otras posibilidades de desarrollo académico que permitan nuevos puntos de referencia para entender al hombre con quién se trabaja, siendo esta perspectiva una opción.

A continuación se expone una estructura curricular que engloba materias, su desglose por unidades, distribución por semestre y horas, que tiene como base las ideas antes mencionadas.

¹⁰ Chenggu Ye. Tratamiento de las enfermedades mentales por acupuntura y moxibusión. Benjin, China, Ediciones en Lenguas Extranjeras. 1992

3.1 Estructura Curricular

Se propone que exista un tronco común de primer a cuarto semestre, cuya función implicará proveer al estudiante de una visión teórica general del desarrollo de la profesión, sus metodologías y alcances dentro de nuestra sociedad. Posteriormente se elegirá una línea teórico-metodológica que le permita concretizar y poner en práctica sus conocimientos, cursándola de quinto a octavo semestre. Sin importar la línea elegida, durante estos últimos semestres se contemplan cuatro materias que forman parte del tronco común, por considerarse elementos esenciales para cualquier psicólogo: Ética, Seminario de Tesis I, II y Taller de Formación Personal. Existen también materias opcionales que se cursan tanto en el tronco común, como en la línea de formación elegida, seleccionando dos de primero a cuarto y dos de quinto a octavo, con una duración de dos semestres por asignatura. Estas posibilidades de elección permiten al alumno hacerse más participe y responsable de su formación profesional.

Es importante mencionar que esta estructura fue diseñada de tal manera que las asignaturas que comprende el tronco común no abarcan el número total de horas de trabajo, quedando la posibilidad de incluir otras. Así mismo dentro de estos semestres se hace una revisión de las corrientes teóricas clásicas de la psicología, las cuales no se han establecido, quedando abierto el espacio para que, conjuntamente con los académicos puedan establecerse.

Por otra parte en esta propuesta se presenta una línea específica de trabajo, donde se vincula lo mental con lo corporal, ha seguir después del tronco común; de igual manera cada grupo interesado puede presentar su línea teórica-metodológica brindando a los estudiantes otras posibilidades de formación.

3.1.1 Asignaturas Propuestas

1.- Aquellas que ubican al educando en un contexto social específico, adentrándolo al análisis de los factores sociales, económicos y políticos que construyen la subjetividad social e individual, repercutiendo en estilos de vida.

Historia de México.

2.- Materias enfocadas a analizar los procesos de salud-enfermedad, los modelos teóricos sobre los cuales se sustentan las formas de intervención de ahí derivadas, las instituciones que se han encargado de atenderlas, así como los resultados obtenidos. De igual manera introducir al estudiante al conocimiento de las problemáticas modernas de salud, sus etiologías y tratamientos.

Salud Mental I y II.

Historia del Cuerpo Humano I y II.

3.- Asignaturas que promuevan la reflexión sobre el desarrollo que ha tenido la Psicología como ciencia dentro y fuera del país, los modelos teóricos que la han sustentado, técnicas de intervención y el impacto social que han generado. En forma particular revisar el surgimiento de la profesión en México, su conformación y ejercicio dentro de los campos de intervención. Sin olvidar las cuestiones éticas que la rodean.

Ciencia y Psicología.**Historia de la Psicología Universal.****Historia de la Psicología Mexicana.****Teorías Psicológicas I, II, III y IV.****Ética.**

4.- Revisión y ejercicio de aproximaciones teóricas que han dado respuesta a las problemáticas psicosomáticas permitiendo retomar al ser humano desde una perspectiva integral.

Nutrición y Salud.**Enfoque de Apoyo al Trabajo corporal.****Expresión y Trabajo corporal.****Bioenergética.**

5.- Asignaturas dirigidas a proveer conocimientos más específicos de algunas áreas del ejercicio profesional.

Psicometría.**La Educación Especial en México.****Desarrollo y Procesos Psicológicos.****Psicología Industrial.**

6.- En conocimiento de que el trabajo psicológico está vinculado a otras ciencias dentro del área de la salud, es necesario proporcionar al educando del material que le permita manejar los conocimientos

básicos para una labor integral.

Anatomía y Fisiología Humana.

Uso Racional de Medicamentos.

7.- Elementos que todo profesional debe manejar que le faciliten el proceso de adquisición, mantenimiento y transmisión del conocimiento y la información.

Metodología de la Investigación I y II.

Estadística Aplicada a la Psicología I y II.

8.- Sin olvidar que el psicólogo necesita desarrollar un crecimiento personal a la par de su desenvolvimiento como profesionista, se propone.

Taller de Formación Personal.

9.- Debido al alto número de profesionistas no titulados se pone a consideración la integración de materias enfocadas a proveer al educando de la metodología elemental para elaborar un trabajo de titulación.

Seminario de Tesis I y II.

10.- Se maneja asignaturas vinculadas a las áreas de ejercicio profesional existentes, en donde el educando ponga en práctica los conocimientos adquiridos en espacios laborales reales.

Psicología Industrial.

Psicología Educativa.

Psicología de Educación Especial y Rehabilitación.

Psicología Clínica.

Psicología Social.

11.- Por último algunas asignaturas más son contempladas como optativas para que el estudiante al elegir, sea parte activa de su formación.

Lectura y Redacción.

Análisis de Textos I y II.

Computación.

Introducción a Métodos Alternativos de Atención Psicología.

Instituciones de salud.

3.1.2 Desglose de Materias por Semestre

MATERIAS DEL TRONCO COMÚN.

Materias de 1º semestre

Historia de la Psicología Universal (HPU).

Unidad I Psicología clásica.

Unidad II Psicología del Medievo y Renacimiento.

Unidad III Psicología contemporánea.

Horas a la semana 4

Ciencia y Psicología (CP).

Unidad I Concepciones precientíficas.

Unidad II Las bases de la ciencia en el Renacimiento.

Unidad III Aplicación social de la ciencia.

Horas a la semana 3.

Metodología de la Investigación (MI).

Unidad I Teoría del conocimiento.

Unidad II Investigación científica.

Unidad III Tipos de textos científicos.

Horas a la semana 5.

Teorías Psicológicas (TP I,II,III,IV).

Unidad I Objeto de Estudio.

Unidad II Bases filosóficas.

Unidad III Aplicaciones Prácticas.

Horas a la semana 6.

Materias de 2° Semestre

Historia de la Psicología Mexicana (HPM).

Unidad I Historia y Psicología.

Unidad II Surgimiento de la Psicología en México.

Unidad III La Psicología como profesión en México.

Unidad IV Escuelas teóricas desarrolladas en México.

Horas a la semana 4.

Historia Social de México (HSM).

Unidad I La Colonia y México Independiente.

Unidad II Reforma y Porfiriato.

Unidad III México Industrial.

Unidad IV México Contemporáneo.

Horas a la semana 4.

Metodología de la Investigación II. (MI II).

Unidad I Instrumentos de Investigación aplicada.

Unidad II Recopilación y análisis de datos.

Unidad III Resultados, discusión y conclusiones.

Horas a la semana 5.

Materias de 3° Semestre.

Salud Mental en México I (SMM I).

Unidad I Concepto de salud mental.

Unidad II Instituciones de salud en México.

Horas a la semana 4.

Historia del Cuerpo I (HC I).

Unidad I Concepto del cuerpo humano.

Unidad II Proceso salud-enfermedad.

Unidad III Alternativas de salud.

Horas a la semana 4.

Estadística Aplicada a la Psicología I (EAP I).

Unidad I Introducción a la estadística.

Unidad II Pruebas psicométricas e interpretativas.

Unidad III Análisis y reporte de datos.

Horas a la semana 5.

Materias de 4° Semestre

Salud Mental en México II (SMM II).

Unidad I Salud mental contemporánea.

Unidad II Enfoques alternativos.

Horas a la semana 4.

Historia del Cuerpo II (HC II).

Unidad I Alternativas terapéuticas en la salud corporal.

Unidad II Técnicas de tratamiento, formas de diagnóstico, alcances terapéuticos.

Unidad III Trabajo aplicado.

Horas a la semana 4.

Estadística Aplicada a la Psicología II (EAP II).

Unidad I Práctica supervisada de análisis de casos.

Horas a la semana 5.

Materias Del Tronco Común Cursadas De 5° a 8° Semestre

5°. Semestre

Etica.

Unidad I Concepto de ética.

Unidad II La ética en las ciencias de la salud.

Unidad III Etica y Psicología.

Unidad IV Aspectos legales del ejercicio profesional.

Horas a la semana 2.

6°. Semestre

Taller de Desarrollo Personal (TDP).

Unidad I Aplicación y ejercicios vivenciales que lleven al alumno a una reflexión personal.

Horas a la semana 4.

7º Semestre**Seminario de Tesis I (ST I).**

Unidad I Opciones de titulación.

Unidad II Técnicas de investigación documental.

Unidad III Fuentes de información documental.

Unidad IV Proyecto de tesis.

Horas a la semana 5.

8º Semestre**Seminario de Tesis II.**

Unidad I Desarrollo del trabajo de titulación por objetivos.

Horas a la semana 4.

MATERIAS DE LA LINEA OPCIONAL

Materias de 5° Semestre

Desarrollo y Procesos Psicológicos (DPP).

Unidad I Desarrollo Psicocorporal del niño.

Unidad II Adolescencia.

Unidad III Adulterez.

Unidad IV Tercera edad.

Horas a la semana 4

Psicología Industrial (PI).

Unidad I Surgimiento de la Psicología Industrial.

Unidad II Areas de incidencia del psicólogo en esta área.

Unidad III La aproximación corporal en el área industrial.

Horas a la semana 4.

Práctica Psicología Industrial (PI).

Unidad I Ejecución de conocimientos en una institución externa a la escuela.

Horas a la semana 10.

Práctica Psicología Social (PS).

Unidad I Ejecución de conocimientos en una institución externa.

Horas a la semana 10.

Materias de 6o. Semestre.

Nutrición y Salud (NS).

Unidad I La alimentación en México.

Unidad II La alimentación y repercusión en la construcción del individuo.

Unidad III Cuadro básico de alimentación por actividad y edad:

- Embarazo.
- Lactancia.
- Niñez.
- Adolescencia.
- Adultez.
- Vejez.

Horas a la semana 4.

Psicometría (PM).

Unidad I Antecedentes históricos de los tests.

Unidad II Tipos de evaluación y áreas de aplicación.

Unidad III Integración de baterías.

Horas a la semana 4.

Práctica de Psicología Educativa (PE)

Unidad I Ejecución de conocimientos en una institución externa.

Horas a la semana 10.

Materias de 7° Semestre**Enfoque de Apoyo al Trabajo Corporal (EATC).**

Unidad I Fundamentos básicos del tratamiento acupuntural y auricular.

Unidad II Técnicas, diagnóstico y tratamiento.

Unidad III Aplicaciones y alcances en las enfermedades psicosomáticas.

Horas a la semana 8.

Anatomía y Fisiología (AF).

Unidad I Estructura y composición de los aparatos y sistemas orgánicos.

Unidad II Estudio energético de los órganos.

Unidad III Desequilibrio energético y sus implicaciones psicosomáticas.

Horas a la semana 3.

La Educación Especial en México (EEM).

Unidad I La condición social del individual de educación especial.

Unidad II Problemáticas, tipos y características.

Unidad III Diagnóstico y tratamiento.

Horas a la semana 4.

Práctica Psicología de Educación Especial y Rehabilitación. (PEER).

Unidad I Ejercicio práctico en una institución externa.

Horas a la semana 10.

Materias 8º. Semestre

Expresión y Trabajo Corporal (EC).

Unidad I Antecedentes de trabajo corporal en México.

Unidad II Masaje. Conceptos básicos.

Unidad III Musicoterapia. Conceptos básicos.

Unidad IV Otras técnicas corporales

Horas a la semana 8.

Bioenergética (BE).

Unidad I Antecedentes y conceptos básicos.

Unidad II Reich y la Vegetoterapia.

Unidad III Lowen y la Bioenergética.

Unidad IV Caracterología.

Horas a la semana 4.

Uso Racional de Medicamentos. (URM).

Unidad I Fundamentos de la farmacología.

Unidad II Farmacopea y psicopatologías.

Unidad III Iatrogenia.

Unidad IV Uso racional del medicamento.

Horas a la semana 2.

Práctica Psicología Clínica. (PC)

Unidad I Ejercicio práctico en una institución externa.

Horas a la semana 10.

MATERIAS OPTATIVAS

Semestre 1o. A.4o.

Computación

Unidad I Introducción a la computación

Unidad II Sistema operativo

Unidad III Paquetería.

Horas a la semana 4.

Lectura y Redacción.

Unidad I Ortografía

Unidad II Redacción de textos

Unidad III Criterios para publicación

Horas a la semana 4.

Análisis de Textos

Unidad I El texto.

Unidad II Idea central, integración del mensaje.

Unidad III Síntesis y discusión del tema.

Horas a la semana 4.

Semestre 5° A 8°

Instituciones de Salud

Unidad I Breve historia de las Instituciones de salud mental.

Unidad II Organización y funcionamiento.

Unidad III Bases para la Administración de Instituciones.

Horas a la semana 4.

Introducción a Métodos de Apoyo a la Psicología.

Unidad I Prácticas alternativas de salud.

Unidad II Aromaterapia.

Unidad III Flores de Bach.

Unidad IV Otras técnicas.

Horas a la semana 4.

Análisis de Textos II.

Lectura y análisis de varios textos.

Horas a la semana 4.

ESQUEMA CURRICULAR

Tronco Común

1° Semestre	HPU	CP	MI I	TP I
2° Semestre	HPM	HSM	MI II	TP II
3° Semestre	SMM	HC I	EAP I	TP III
4° Semestre	SMM	HC II	EAP II	TP IV
5° Semestre	Etica			
6° Semestre	Taller de desarrollo personal			
7° Semestre	Seminario de Tesis I			
8° Semestre	Seminario de tesis II			

Línea opcional

5° Practica Social	PSI	Practica industrial	DPP
6° NS	PM	Practica Educativa	NS
7° EATC	AF	Practica Educ. Esp Y Rehabilitación	EEM
8° Bioenergética	URM	Practica Clínica	EC

3.2 Servicio Social

Con lo que respecta al Servicio Social sería conveniente cursarlo de manera independiente a las materias. Con ello el profesionista podría vincularse de forma real a las condiciones y demandas del mundo laboral, que es precisamente el lugar donde ejercerá los conocimientos que ha adquirido. Además realizarlo externamente permitiría el intercambio de conocimientos con otros profesionistas logrando una experiencia más enriquecedora para el estudiante. Las horas de prestación de servicio serían las mismas que establecen los estatutos, siendo la Jefatura de la Carrera quien se encargaría de hacer los trámites correspondientes para contar con plazas de trabajo donde los pasantes pudieran efectuar su labor.

3.3. Consideraciones Finales

El punto de partida fundamental de esta propuesta es retomar al ser humano como un ser integral, para ello es necesario ubicar las características de la sociedad donde trabajamos que dan pie para la construcción del mexicano. A partir de ello conocer un poco más sobre las causas de su comportamiento, sus necesidades y carencias efectivas. De tal forma la inclusión de materias de orden social e histórico favorecen el conocimiento y entendimiento de estas cuestiones, buscando en ellas un "atterrizaje" concreto en las situaciones que se viven socialmente, por experiencia no podemos negar que durante nuestra formación profesional en la ENEP Iztacala, se cursaron algunas materias de este tipo, sin embargo entre ellas en ocasiones existía desvinculación, lo cual las hace aparecer como carentes de sentido para el vivir aquí y ahora.

Las demás asignaturas tocan aspectos metodológicos necesarios en la adquisición y transmisión de conocimientos, así como aquellas que favorecen el desarrollo personal y profesional de la persona. Ambos aspectos si somos coherentes con la línea integral que proponemos, no podrían separarse dado que el desarrollo personal influye y es observable en el tipo de atención que se brinda en el trabajo con el otro. Si como persona uno ha encontrado satisfacción en su hacer y ver la condición de vida se eleva, uno vive satisfecho, reflejándose en todo lo que hacemos, de ahí que no podamos dividir la vida personal, familiar, laboral y social del individuo, como se ha venido haciendo y

entendiendo a raíz de la Revolución Industrial, ya que el propósito fundamental es elevar la calidad de vida de todos nosotros.

En cuanto a la línea de trabajo propuesta se comentó en un principio sobre la necesidad de buscar una línea de conocimientos que pudiera explicar y dar respuesta a las necesidades de salud y existencia que se viven actualmente, volver la vista a filosofías antiguas que han dado elementos de acción en este campo no representa un retroceso en el desarrollo científico del mundo, por el contrario es avanzar al no considerar como única verdad sólo una parte de la misma, sino abrir la visión a otras posibilidades de existencia y trabajo. Buscar no la división sino la comunión de dos visiones del mundo, la material y la espiritual para un mejor desarrollo es lo que consideramos la alternativa más viable en este mundo en crisis. Por muchos siglos la balanza se ha inclinado al lado racionalista de la existencia, necesitando recobrar el equilibrio que es parte natural de la vida y permitir que emerja el lado emocional o espiritual de la misma, dando con ello un complemento a la verdad que ha sustentado una respuesta unidireccional.

Así mismo apoyarse en la filosofía y conocimientos de la medicina Tradicional China no corresponde a una "adopción" de técnicas como históricamente se ha hecho, dado que la base filosófica que la sustenta nos habla de elementos universales, de una forma de entender la vida y sus necesidades válida en cualquier contexto. Siendo importante recordar que no se busca una técnica más a utilizar o conocer, sino enunciar la necesidad de entender desde otra perspectiva el mundo

que habitamos.

CONCLUSIONES

Los tropiezos con que se ha enfrentado la psicología desde su surgimiento en nuestro país hasta ahora han causado confusión, desesperación y frustración a muchos egresados de la carrera; sus expectativas personales y profesionales chocan con la realidad que se vive cotidianamente, aquello que se estudió en las aulas es insuficiente para hacer frente por un lado, el alto índice de competencia que se genera en el mercado de trabajo en general y si decide formar parte de la psicología clínica, sus herramientas no cubren el "ancho" que demandan los actuales desequilibrios psíquicos de una sociedad como la nuestra. Sin embargo algunos de los egresados a pesar de estas contrariedades han decidido continuar en el área, teniendo necesidad de buscar otras opciones que les permitan abrir posibilidades de intervención a este nivel.

En esta búsqueda el proceso los ha llevado a cuestionarse lo que hace un psicólogo en los campos reales de trabajo, cómo concibe al hombre con y para quién trabaja; que opciones de desarrollo profesional y resultados terapéuticos le ofrece una perspectiva dualista de su objeto de estudio y de la salud misma.

Cuestionamientos que a través de este trabajo se han desglosado a partir de un marco histórico que nos aclara las condiciones sociopolíticas y económicas que imperaban en determinados momentos históricos y desencadenaban cierto desarrollo y dirección de

nuestra profesión. De ahí la importancia de saber el origen de la misma para hacernos responsables de ella y entonces sí, poder intervenir en el curso que deseamos darle.

Las conclusiones suscitadas a partir de este desglose y de la experiencia que se ha tenido como egresados de la carrera y trabajadores de la salud con un enfoque integral, nos lleva a exponer que al participar en el área de psicología clínica es importante conocer qué se ha realizado en este campo y saber que existen nuevos paradigmas¹ para entender al mundo y a nosotros mismos, los cuales se desarrollan a partir de un análisis holístico, cuyas repercusiones se pueden sentir a varios niveles y en diversos campos, ofreciendo la apertura hacia nuevas formas de trabajo con respuestas claras a las demandas de la población que visita los consultorios.

Como se ha comentado anteriormente, la salud mental está con relación al contexto social de una época particular, cada sociedad construye y determina lo que identifica por enfermedad mental, así como aquellos que se encargan de atenderla, de acuerdo a los procesos sociales y culturales que se viven; como ejemplo tenemos el final del siglo XIX, donde la política capitalista había invadido tanto las esferas económicas como sociales; el auge de economizar como medio para aumentar el capital había llegado hasta la sexualidad, viviéndose una fuerte represión que al ser asumida, trajo para los hombres y mujeres de aquella época una serie de desequilibrios

¹ Dossey Larry. Tiempo, espacio y medicina. Barcelona, ed. Kairós. 1986

físicos y mentales, surgiendo las llamadas "histéricas" tan representativas en la obra Freudiana.² Durante el surgimiento del capitalismo como sistema económico, existe un cambio importante a varios niveles³, los valores humanos transformados llevan a los hombres a una crisis de orden existencial. Se ha hecho referencia a que al aparecer épocas de transición, como lo fue el cambio de un sistema feudal a uno capitalista, hay un derrumbamiento de los valores existentes, de igual manera los hombres decaen, siendo característico de estos periodos un agudo incremento en la incidencia de la locura o de lo que se define en esa época como locura.⁴ Una situación similar ocurrió en el periodo de conquista español a nuestro país, apareciendo e incrementándose de manera gradual a la introducción de la cultura española, los denominados "locos" de la época virreinal.

Vista de esta manera, la salud mental deja de ser un concepto organicista para ser traspasada por elementos socio-historicos. La locura de nuestra era se deriva de una falta de valores que den significado a nuestra vida, los que ahora se manejan dejan vacíos a los hombres, los cuales están en crisis como lo está el sistema que los sustenta, pero ¿cómo trabajar con esta crisis existencial?, pensamos que primeramente deberíamos saber que este vacío personal se ha concretizado de forma diferente, actualmente se ha corporalizado.

² Foucault Michel. Historia de la sexualidad. México, ed. Siglo XXI Cap. I 1991.

³ A este respecto pueden consultarse la obra: de Zaretsky, E. Op. Cit.

⁴ Morris Berman, Op. cit. p. 22.

El hombre ha materializado sus problemas emocionales y espirituales, les ha dado forma y síntesis en su propio cuerpo.⁵

¿Cómo trabajamos los psicólogos este aspecto, si aun no estamos de acuerdo sobre nuestro objeto de estudio?. En este tópico los psicólogos se han dividido en diferentes posiciones de acuerdo a las corrientes que de la psicología se han derivado. Su objeto de estudio, el hombre, se ha visto o percibido con diferentes matices ¿Con qué tipo de hombre se trabaja en psicología?. Entre las opciones está aquella que define el conductismo clásico, como un ente comparable a una máquina donde su "conducta" está separada del resto que lo conforma ó aquel ser que se mueve por fuerzas inconscientes, entre su yo, ello o super yo.

La concepción de hombre con la que se trabaja en esta carrera se ha visto permeada por la visión científica occidental del siglo XVII, la cual ha perdido vigencia conforme han surgido los nuevos paradigmas científicos. La física, ciencia que ha servido de base para algunas disciplinas como la nuestra, presenta cambios en sus conceptos, llegando a revolucionar muchos aspectos de la vida.

Este cambio de conceptualización en nuestra profesión es apenas perceptible, estar a la vanguardia en estas nuevas posibilidades de trabajo en la salud parece ser un tema que no interesa a muchos,

⁵ A esto comúnmente se denomina somatización o enfermedad psicosomática. Wilhelm Reich fue uno de los primeros investigadores occidentales que se dio a la tarea de explicar la interacción entre el cuerpo y la mente. Su discípulo Alexander Lowen ofrece otra aportación al tema en su obra "Bioenergética". Actualmente existen trabajos mexicanos que abordan este tipo de trabajo psicocorporal, entre ellos podemos mencionar Sergio López Ramos, "Acupuntura y Psicología: una búsqueda en la intervención de las alteraciones psicológicas". López, R. Sergio (coord.), "Zen, Acupuntura y Psicología".

quizás porque hemos sido objeto de la despersonalización laboral, no nos interesa más que la venta del producto y no su desarrollo, la historia así lo refiere, dejando a un lado las posibilidades de crecimiento personal que pueden encontrarse en nuestra labor, de identificarse con ella y pensar a futuro en abrir nuevas posibilidades a esta salud tan deteriorada que definitivamente implica la nuestra.

En respuesta a la pregunta anterior de cómo trabajar con los nuevos desequilibrios emocionales que se han hecho corporales está la disyuntiva de afrontar un cambio en cuestión de como conceptualizar al ser humano, de contemplarlo de manera integral, no dividir cabeza-cuerpo, sino entender a la totalidad. Necesitamos modificar la visión que tenemos de hombre, lo que implicaría una transformación en el significado de la vida a nivel individual y social. El cambio está en la resignificación de la vida, en acercarse a aquello de lo que se ha apartado: de la naturaleza, de su propia naturaleza, en palabras de Morris Berman, "en reencantarse con el mundo".⁶

Asumirnos desde esta perspectiva nos llevaría a plantearnos que la dualidad en que hemos sido creados no hace más que desintegrar nuestro pensamiento, cuerpo, sentimiento y espiritualidad, que los psicólogos podríamos realizar un trabajo con otro significado y alcance si dejamos de disputarnos la cabeza del hombre, olvidando todo lo demás que constituye al ser humano.

⁶ Puede consultarse su obra: El reencantamiento del Mundo. Traducción Sally Bendesky y Fco. Hunceus. México, ed. Cuatro Vientos. 1990.

La nueva conceptualización parte de una visión totalizadora, de una cosmovisión en donde el hombre es de nuevo concebido como un elemento del espacio que habita, desde su asentamiento físico inmediato hasta algo más extenso como el mismo universo. Las nuevas investigaciones en la ciencia física han mostrado que el ser humano como ente energético se encuentra en constante movimiento, cambio e intercambio con todo aquello que le rodea, y que las barreras físicas (entre las que puede considerarse a la piel) son sólo relativas, existiendo una biodanza o intercambio energético continuo, de ahí que ahora la salud, enfermedad y hasta la misma muerte puedan ser entendidas con otros principios.

Dicha perspectiva, derivada del surgimiento de la teoría cuántica, viene a representar un quiebre en la epistemología de la ciencia occidental refutando la noción de realidad que se tiene, la cual sólo ha podido ser descrita en términos de materia y movimiento, además de considerar a nuestra conciencia como no participativa, es decir el mundo y sus fenómenos permanecen igual ya sea que estemos presentes para observarlos o no. La teoría cuántica transforma este hecho estableciendo la participación y transformación de la realidad en cualquier fenómeno observado. El físico Werner Heisenberg a través de sus experimentos demostró que la pura observación del experimentador bastaba para alterar el experimento que realizaba, dejando en claro que nuestra conciencia, nuestra conducta, se convierte en parte del experimento, no existiendo límites claros entre

sujeto y objeto.⁷ Estableciendo así que somos participantes sustantivos del mundo que tratamos de explicar, por tanto la realidad no tiene límites claros y en ella no se puede hacer a un lado lo subjetivo. En esta teoría existe un animismo implícito, que implicaría el hecho de que el mundo no es independiente de nosotros o como menciona Evan Harris Walker⁸ "Cada partícula en el universo posee conciencia". Así tenemos que sujeto y objeto (realidad), forman una totalidad.⁹ Las implicaciones filosóficas derivadas de esta posición científica son muy importantes, repercutiendo en el área de salud y por tanto en la psicología.

En el nuevo modelo de salud basado en teorías físicas modernas, el cuerpo recobra suma importancia, dado que es la materialización de las interacciones biológicas, psíquicas, espirituales, naturales y sociales del individuo, dejando de ser considerado como un mero objeto rodeado de un espacio inerte. Como se ha dicho, ni materia, ni espacio son absolutos, sino que se encuentran en íntima relación y transformación: "cuando un electrón vibra, vibra el universo".¹⁰ Así al perder integridad con la naturaleza, como le empezó a ocurrir al hombre en el siglo XVI, se dio pie para que se generaran desequilibrios en la salud, no sólo a nivel individual extendiéndose por interrelación a todos los demás cuerpos. La salud y enfermedad son

⁷ Morris Berman, *Op. cit.* P. 142.

⁸ Citado en Morris Berman, *Op. cit.* P. 143.

⁹ Esta visión holística de la física moderna encuentra grandes similitudes con la filosofía del Budismo Zen y otras civilizaciones cuya visión mística del mundo permite a los hombres otra participación e intervención con lo que les rodea.

¹⁰ Anaya Rodríguez, Lilitiana. *La acupuntura, la Bionergética y la Psicología*. Tesis de Licenciatura. México UNAM Campus Iz-tacala. 1998.

contagiosas, lo que una persona haga por recobrar su salud tiene consecuencias vitales en todos los demás personas, porque si se ha entendido que los cuerpos no son procesos individuales, sino procesos vivos y compartidos, entonces se comprenderá que la información biológica no permanece en el nivel atómico aislado, sino que se transmite a todas partes. De ahí que la consciencia deje sus limitantes físicos o mentales para fundirse con el resto del cuerpo y con los demás cuerpos. Como lo comentó Niels Bohr¹¹... "El pensamiento consciente puede entrañar unos intercambios tan minúsculos que sólo una descripción físico cuántica explica adecuadamente el fenómeno de la conciencia". Y en esta extensión de la conciencia, el cuerpo representa la parte oculta o tácita del conocimiento, reconociéndose entonces que el intelecto se desarrolla a partir de una relación sensitiva, visceral con el mundo, es decir conocemos a partir del efecto, de la sensibilidad corporal y al contener o suprimir esta parte lo que hacemos es desencadenar percepciones del mundo que son poco sanas.¹² Literalmente saboreamos la vida a través de nuestras sensaciones primarias tal cual un bebé descubre el mundo al llevarse los objetos a la boca.

Actualmente vivimos en un mundo apartado de la sensación, desensualizado, conceptualizamos el mundo en lugar de sentirlo.

Retornar al cuerpo en su lectura y trabajo integral nos permite abordar la subjetividad del individuo, de conocer cómo ha materializado e

¹¹ Anaya Rodríguez L. *Op. cit.* P 132

¹² Morris Berman, *Op. cit.* Cap. 6.

interiorizado el mundo en él que vive y como ha reprimido sus sensaciones. La lectura corporal es la lectura del inconsciente humano y una puerta de trabajo para nosotros como profesionales de la salud.

En la propuesta curricular que se hace en esta tesis se maneja la introducción de este conocimiento de forma académica, buscando con ello que los estudiantes cuenten con otras herramientas para su ejercicio profesional y su vida personal, conociendo además los resultados de esta práctica en nuestro país cuya tradición cultural ha permitido su desarrollo.

En la historia cultural mexicana, hemos encontrado que a partir de la conquista los mexicanos pierden en parte sus valores culturales, se les impuso un nuevo Dios, se les arrebataron sus tierras, vieron destruidas sus ciudades, sus reyes ofendidos y muertos, perdiendo algo de la altivez de su raza. Embriagarse y asistir a alguna festividad religiosa son sus únicos goces. Quienes resisten las represiones excesivas se transforman en hombres silenciosos, retraídos e impenetrables. Los mexicanos padecemos el síndrome del conquistado, mancillado, dependiente y por lo tanto, carente de identidad. Nos sentimos orgullosos ante los extranjeros por nuestro pasado, pero pocos son los que se atreven a aceptar que nos digan indígenas o indios. Es así como aislados del grupo, la actitud del mexicano es caótica, confusa e insegura, con un toque de autodesprecio¹³. Sin embargo, no todo está olvidado gracias a que los indígenas construyeron formas de

¹³ Fujiwara, E. El Zen en su Desarrollo en México. México, ed. Plaza y Valdés -CEAPAC 1998. p. 19

resistencia para conservar sus estilos de vivir y de morir. En el subconsciente de la cultura mexicana existe una disposición clara para encontrarse con sí mismo y unirse a la naturaleza, fortalecer el espíritu y cuidar el cuerpo, favoreciendo el desarrollo humano, entendiéndolo como un todo; ejemplo de ello son las escuelas que existían para sus guerreros; la concepción que había sobre la muerte; el que comprendieran el movimiento de los astros sin alta tecnología; el conocer el símbolo del vacío (llamado cero), la práctica espiritual y el uso de plantas medicinales para curar enfermedades. Todos estos atributos podrían recuperarse facilitando y fomentando la construcción de nosotros mismo, y así conformar en realidad nuestra verdadera identidad, situación que favorecería la solución de muchos de nuestros problemas culturales y sociales, ayudando a encontrar nuevas formas de concebir la vida, al hombre, al cuerpo y la mente, procurando contrarrestar la fragmentación o división del mundo y del ser humano.

Es oportuno mencionar que la cultura y valores de México prehispánico son compatibles con el conocimiento que otras grandes culturas tienen, en especial con las culturas orientales como la japonesa y la china, ya que en éstas también existe lo que llamamos desarrollo espiritual y se busca una armonía o interacción con la naturaleza de una manera respetuosa al asumir que el hombre es un elemento más de ella. Encontramos que su visión sobre la naturaleza, el universo y el hombre son similares, reflejadas en sus formas de curar el cuerpo y el desarrollo de ciertas técnicas para conservar la salud. Terapéuticas como la acupuntura oriental, podría ser comparada con la inserción

terapéutica corporal de espinas de nopal o cardón y en su caso sangrías;¹⁴ del México prehispánico se equiparan los masajes mayas con la técnica de la digitoacupuntura; sin olvidar la utilización de plantas medicinales y el uso de la comida como elementos importantes para la conservación de la salud. Además comparten la idea de una salud integral, donde lo físico, mental o espiritual no se separan porque no hay dualidad, concibiendo al ser humano de una manera más holística o integral, así tu enfermedad o salud, es la enfermedad o salud del universo.

Utilizando esta conceptualización y estas técnicas algunos psicólogos como trabajadores de la salud han integrado el uso de la acupuntura, la medicina tradicional mexicana y la psicología, como formas eficaces para dar solución a problemas de salud en nuestro tiempo.

Existen varios centros y consultorios donde se aplican, ampliando el campo laboral de nuestra profesión.¹⁵ En nuestra experiencia personal hemos podido comprobar como estas terapéuticas solucionan la demanda del paciente en un lapso de tiempo no muy largo, en las distintas poblaciones de niños, adolescentes, adultos y de la tercera edad, en diversos padecimientos de corte psicológico, físico, emocional o de realización de vida. Algunos desequilibrios que se han atendido son: depresión, miedos, insomnios, migraña, elaboración de

¹⁴ En la actualidad tenemos conocimiento de que en el poblado de Ajacuba, perteneciente al Estado de Hidalgo se práctica este tipo de terapia.

¹⁵ Los lugares donde se emplea esta perspectiva y técnicas son: El Centro de Estudios y Atención Psicológica, A.C. (CEAPAC); El Centro de Investigación, Atención Psicológica y tratamiento Alternativo, A.C. (CIAPTA) y varios consultorios de índole particular. Los servicios que brindan están orientados a poblaciones de escasos recursos económicos.

duelos, gastritis, colitis, problemas de aprendizaje, maltrato infantil, hiperactividad, padecimientos relacionados con la pérdida momentánea de la conciencia, problemas de relación de pareja, impotencia, violación, esterilidad, etc. Encontrando que todos estos padecimientos y muchos más mantienen tres constantes relacionadas con una vida emocional no satisfactoria, el apego a las personas y objetos, el no encontrar un objetivo de vida, es decir, un vacío existencial o espiritual lleno de prejuicios morales, impregnados de culpa, miedo y sufrimiento, aunado a una deficiente condición nutricional y excesiva medicamentación.¹⁶

En la nueva manera de mirar al otro y de procurar su cura se encuentra la propia cura y desarrollo, debido a ello en la vinculación psicología, acupuntura, masaje y medicina tradicional mexicana, la relación terapeuta-paciente es recíproca. Al ser empático con el paciente, ayudándolo a conocerse, te conoces a ti mismo, constituyendo tu propia paz; si el paciente tiene la necesidad de hablar entonces hay que escuchar y trabajar psicoterapia y si no hay que dejar que se escuche a sí mismo en silencio. Acupuntura y psicología es atender de una manera más profunda, con más amor y comunicación, no es sólo poner agujas y ya. Hay que saber que esa persona está enferma porque está viva, comprendiendo que su enfermedad es un reflejo de la vida que esta llevando y entonces tratar de establecer un diálogo con ella y decirle: "tienes que aprender a vivir mejor, a comer mejor", la gente no necesita de tantas cosas y lo que necesita lo tiene, hay que

¹⁶ Si desea conocer más acerca de los resultados obtenidos bajo esta visión de atención a la salud, consultar la obra de Sergio, López R. (Coordinador). *Zen, Acupuntura y Psicología*, Op. cit.

darse cuenta de esto. Es necesario que la sangre este muy limpia y la energía fluya y funcione; y eso quiere decir que estas sano y estas viviendo bien contigo y con la naturaleza, integramente. Así, si hace frío, calor o llueve, tu cuerpo tolera todos estos cambio y tu energía no se desequilibra y entonces no enfermas.¹⁷

Esta vía de atención no se contradice con la ciencia científica, ni con los objetivos que se ha fijado, quiere superar este mundo contaminado por las ideologías limitadas y la creencia en una ciencia todopoderosa. La consigna es volvernos libres, profundizando en nuestro conocimiento de la naturaleza y del hombre, buscando elevar la calidad de vida del ser humano, manifestada en su condición de salud. La visión holística que ofrece la nueva ciencia apunta en la misma dirección que las filosofías de civilizaciones tan antiguas como las orientales y las prehispánicas, cuyo resurgimiento han abierto la posibilidad de que el hombre regrese a su origen y se encuentre así mismo.

Los albores del siglo XVI representaron una etapa de resignificación, el cambio se ha gestado de tiempo atrás y la crisis se ha dejado sentir. La psicología como prótesis recoge los pedazos que le ha dejado una sociedad también en crisis que marca la posibilidad de un cambio. Psicología, sociedad y la visión fragmentaria que le sirve de base se desploman con apertura a la reconstrucción. ¿Qué significa entonces para el psicólogo este cambio?. Quizás los lectores que han seguido

¹⁷ Fujiwara, E. Op. cit. p. 23 .

este trabajo podrían entender que la propuesta versa en formar un "todólogo", un profesional que debería saber Medicina, Psicología, Historia, Antropología y cómo trabajar sin dividir al hombre, sin embargo lo que buscamos es un Psicólogo cuyo perfil académico le permita incidir de manera directa con estas alteraciones de orden psicosomáticas, basando su estudio y tratamiento en otra concepción del hombre y de la vida misma. Tal vez algunos cuestionaran o apuntaran que no es posible hacerlo, que entonces no hablaríamos de psicólogos. Si se paran desde el lado científico racional tendrían razón, pero atreviéndose a cruzar esa línea que separa el conocimiento, lo que se propone estaría en correspondencia a aquello que un Psicólogo o Trabajador de la Salud necesitaría conocer, el trabajo con pacientes bajo este enfoque significa conocer cuáles son los elementos básicos de fisiología humana y cómo la conjugación de condiciones emocionales y espirituales puedan alterarla. Entonces así, podemos entender y comprender por ejemplo cómo se gesta una úlcera estomacal: el estómago víscera imprescindible del hombre que médicos especialistas tratan y diagnostican, recetándole medicamento o alguna que otra cirugía, se carga de ansiedades, preocupaciones, angustias, responsabilidades, presiones, relacionando esto con la forma en que el espacio familiar va modelando el cuerpo del individuo a través de imposiciones, normas, costumbres, hábitos y gritos; manifestados en formas de ser y hasta de caminar. Hacerlo agachados, encorvados, altivos, despreocupadamente o con algún problema gastrointestinal entre otros, nos habla de cómo los sujetos sienten y viven su cuerpo.

Hay cuerpos que se observan "sin vida" caminando inertes, el vacío interior se ha exteriorizado y éste se ha generado a partir de las constantes crisis y estados de desvalorización que viven los sujetos al no encontrar relación entre lo que se desea y lo que se hace en la vida, permitiendo que él organismo baje su sistema inmunológico y padezca con frecuencia de enfermedades oportunistas: gripas, catarrros, tos, que derivan en enfermedades crónicas o degenerativas.

Quizás profesionistas psicólogos o médicos piensen que al trabajar de manera integral (cuerpo físico, mental, emocional, espiritual), dejamos de ser psicólogos y abarcamos un área que no nos corresponde. En realidad la propuesta apunta a la construcción de un trabajo de salud, cuyo desarrollo implica la responsabilidad de conocer aquello que necesite para cumplir su fin. Si bien es cierto que el cuerpo humano es una de las máquinas más complejas y sofisticadas, también comprendemos que el cuerpo no puede existir separado de su unidad y vinculación con la naturaleza, y que si se pretende hacerlo sólo lo desajustamos. Ello justifica aprender que existen otras formas de entender y tratar al ser humano, implicando conocer, involucrarnos y responsabilizarnos de lo que esto implica, desde los conocimientos requeridos, hasta el trabajo a nivel personal; porque si hablamos de integralidad debemos ser coherentes con nuestra vida diaria ya que lo que somos y vivimos, se refleja en nuestro hacer, posibilitando o no nuestro desarrollo en esta área de trabajo que es la salud.

Consideramos que lo planteado hasta el momento es posible dado que

ambas formas de conocer – racional y corporal – no están peleadas, sólo la balanza se ha inclinado hacia un solo lado, pero puede nivelarse, permitiendo que ambos fluyan e interactuen. El conocimiento está presente y no pertenecer a nadie en particular, se aprende con él y se aplica.

Así, esta reflexión en torno a la psicología y sus posibilidades de trabajo, busca fomentar una cultura para la salud que derive en alternativas tanto teóricas como prácticas en el campo que nos interesa: la salud.

REFERENCIAS

1. Aguirre Beltran, Gonzalo. Medicina y Mágia. El Proceso de Aculturación en la Estructura Colonial, México, ed. Instituto Indigenista. 1980.
2. Alfaro, Roman. "Breve Noticia Histórica del Hospital de Dementes de San Hipólito", En: Gaceta Médica de México. Vol. II. México 1866.
3. Alponete, Juan Maria. La Jornada. Publicación diaria. México, D.F. Enero 2. 1990.
4. Alvarez Amézquita. Jose. Historia de la Salubridad y la Asistencia en México. México, ed. S.S.A. Vol. I, II, III y IV. 1960.
5. Anaya Rodríguez Liliana. La Acupuntura, la Bioenergética y la Psicología. Tesis de Licenciatura. México, UNAM-ENEP. Iztacala. 1998.
6. Autores Varios. "El Perfil Profesional del Psicólogo". En: Enseñanza e Investigación en Psicología. Vol. 2(s). México, 1977.
7. Autores Varios. "Recomendaciones Generales para la Planeación de la Enseñanza en México". En: Enseñanza e Investigación en Psicología. Vol. 3 (2) México, 1977.

8. Autores Varios. "Definición del perfil profesional del Psicólogo" (editorial). En: Enseñanza e Investigación en Psicología. México, vol.2 (2) 1978.
9. Atali, Jacques. Milenio. Barcelona, ed. Seix Barral. 1990.
10. Basaglia, Franco y Colbs. La Salud de los Trabajadores. Aportes para una política de la Salud. México, ed. Nueva Imagen 3º Edición 1981.
11. Belmont. Vazquez, Jesús. "El Subdesarrollo Causa Elevado Índice de Mortalidad en México". El Financiero. Publicación diaria. México, 2 Enero de 1990. Páginas centrales.
12. Beltran Herrera, Ofelia. La Formación Profesional del Psicólogo de la ENEP-Iztacala. México, Tesis de Licenciatura. UNAM-ENEP Iztacala. 1988.
13. Berkstein. Kanerek, Celia. El Hospital del Divino Salvador. Tesis de Licenciatura. México. UNAM Facultad de Filosofía y Letras. 1981.
14. Berman, Morris. El Reencantamiento del Mundo. Chile, ed. Cuatro Vientos. 1990.
15. Boletín Informativo del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, México Octubre-Noviembre Vol I (2). 1988.

16. Braunstein, Nestor A. y Colbs. Psicología, Ideología o Ciencia. México, ed. Siglo XXI, 9ª edic; 1975.
17. Bustamante, Miguel E. y Colbs. La Salud Pública en México 1959-1982. México, ed. S.S.A. 1982.
18. Calderón, M.G. El Trabajo del Psicólogo en la Comunidad y en la Salud Pública. Tesis de Licenciatura. México. UNAM-ENEP. Iztacala. 1989.
19. Calderón, N.G. Salud Mental Comunitaria: un enfoque en Psiquiatría. México, ed. Trillas. 1981.
20. Chenggu Ye. Tratamiento de las Enfermedades Mentales por Acupuntura y Moxibusión. Beijing, China, Ediciones en Lenguas Extranjeras. 1992.
21. Chetley Andrew. Medicamentos Problema. Perú, ed. Acción Internacional para la Salud (AIS). 1994.
22. De Loreto y Medina, Fray Juan. El Próximo Evangélico, El Venerable Padre Bernardino Alvarez, de la Charidad y Fundador de la Sagrada Religión de San Hipólito, Mártir de esta Nueva España. México, De. Nueva Antverplana de A. Cristoval y D. Phelipe de Zuñiga y Ontiveros. 1762.

23. Díaz y de Ovando, Clementina. El Colegio Máximo de San Pedro y San Pablo. México, ed. UNAM. 1985.
24. Dossey Larry. Tiempo, espacio y medicina. Barcelona, ed. Kairós. 1986
25. Fonseca, J.L. México: Los Psicólogos en el Tercer Mundo. México, ed. Centro de Investigación Psicológica. U.A.P. 1973.
26. Foucault, Michel. Historia de la Locura en la Epoca Clásica. México, ed. F.C.E. Vol. I 1990.
27. Foucault, Michel. Historia de la sexualidad. México, ed. Siglo XXI. 1991
28. Fujiwara, Eiko. El Zen y su Desarrollo en Méxio. Mexico, ed. CEAPAC-Plaza y Valdes. 1998.
29. García Diego Madrid, J. "Estructura y Funcionamiento del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino alvarez" En: Salud Pública. Vol 9(4) Epoca V Julio-Agosto. México 1967, pp. 230-241.
30. González Casanova, Pablo y Florescano E. (coord) México Hoy. México ed. Siglo XXI. 7º edic. 1983.

31. González Obregón, Luis. México Viejo. Noticias Históricas, Tradiciones, Leyendas y Costumbres. México, ed. Librería de la Vida de C. Bourete. 1900.
32. Greenleaf, Richard E. Inquisición y Sociedad. en el México Colonial. México, ed. Porrúa. 1985.
33. Guadarrama, E.G. La Inserción Laboral del Psicólogo Egresado de la ENEPI. Seguimiento de Generación de 1976-1979. Tesis de Licenciatura, México, UNAM-ENEP Iztacala 1990.
34. Guía del Fondo del Manicomio General. Archivo Histórico de S.S.A. S/año.
35. Hernández Alcantara, Ma. Teresa. Historia de la Psicología en México (1857-1867). Tesis de Licenciatura. México, UNAM-ENEP- Iztacala. 1993.
36. Herrera Obregón, Irma. La Asistencia Social a Lesionados. Tesis de Licenciatura. México, UNAM-ENEP Iztacala. 1992.
37. Illis, Ivan. Némesis Médica. México, ed. Joaquín Martiz. 1978.
38. Jurado Cárdenas, Samuel. 60 Años en la Historia de la Psicología en México. (1900-1960). Tesis de Licenciatura. México, UNAM-ENEP Iztacala. 1982.

39. Kumate, Jesús y Cañedo L. La Salud de los Mexicanos y la Medicina en México. México, ed. I.M.S.S. 1970.
40. Lafarga, J. Psicología, Ciencia o Profesión (Editorial). En: Enseñanza e Investigación en Psicología. Vol. 2(2). 1977.
41. Lizárraga R. Rebeca. "Entrevista a Carlos Tello Macias. Presidente del Consejo Consultivo del Pronasol". El Financiero. Publicación diaria. México, D.F, Enero 2, 1990.
42. López Ramos, Sergio y Martínez Ramirez Carmen. La Profesión del Psicólogo y sus Alternativas. Conferencia presentada en el 1º Congreso. "Al Encuentro de la Psicología Mexicana. UNAM-ENEP Iztacala. Septiembre de 1990.
43. López Ramos, S. Acupuntura y Psicología, una Búsqueda en la Intervención de las alteraciones psicológicas. Cuadernos de Psicología. México, ed. UNAM-ENEP Iztacala. 1988.
44. López Ramos, S. (coautor) Alternativas para la Formación de Psicólogos en México. México, ed. Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología, A.C. (AMAPSI). 1996.
45. López Ramos, S. Entre la Fantasía, La historia y La Psicología. México, ed. CEAPAC. 1993.

46. López Ramos, S. Historia de la Psicología en México. México. ed. CEAPAC. Tomo I 1995.
47. López Ramos, S. "LA Profesión del Psicólogo y las alternativas de la crisis". Excélsior. Publicación diaria. México, D.F. Noviembre de 1991.
48. López Ramos, S. Zen, Acupuntura y Psicología. México, ed. CEAPAC-Plaza y Valdés. 1997.
49. López Ramos, S. "Familia y Cuerpo Humano". En: Cuicuilco, ENAH- INAH, México, vol No.9 Enero-abril 1997.
50. Lowen, Alexander. Bioenergética. México. ed. Diana, 1994.
51. Martínez, F.J. y Urbina, J. Definición del Perfil Profesional del Psicólogo Mexicano; Análisis de Estudios sobre el Perfil Profesional y el Mercado de Trabajo de los Psicólogos. México, UNAM. Facultad de Psicología. 1985.
52. Manichau-Beauchant, Jaques. La salud en el mundo. Barcelona, ed. Amorrortu. 1971
53. Mouret, P. y Ribes I. E. "Panorámica de la enseñanza de la Psicología en México". En: Enseñanza e Investigación en Psicología. México. Vol. 3(2) 1976.

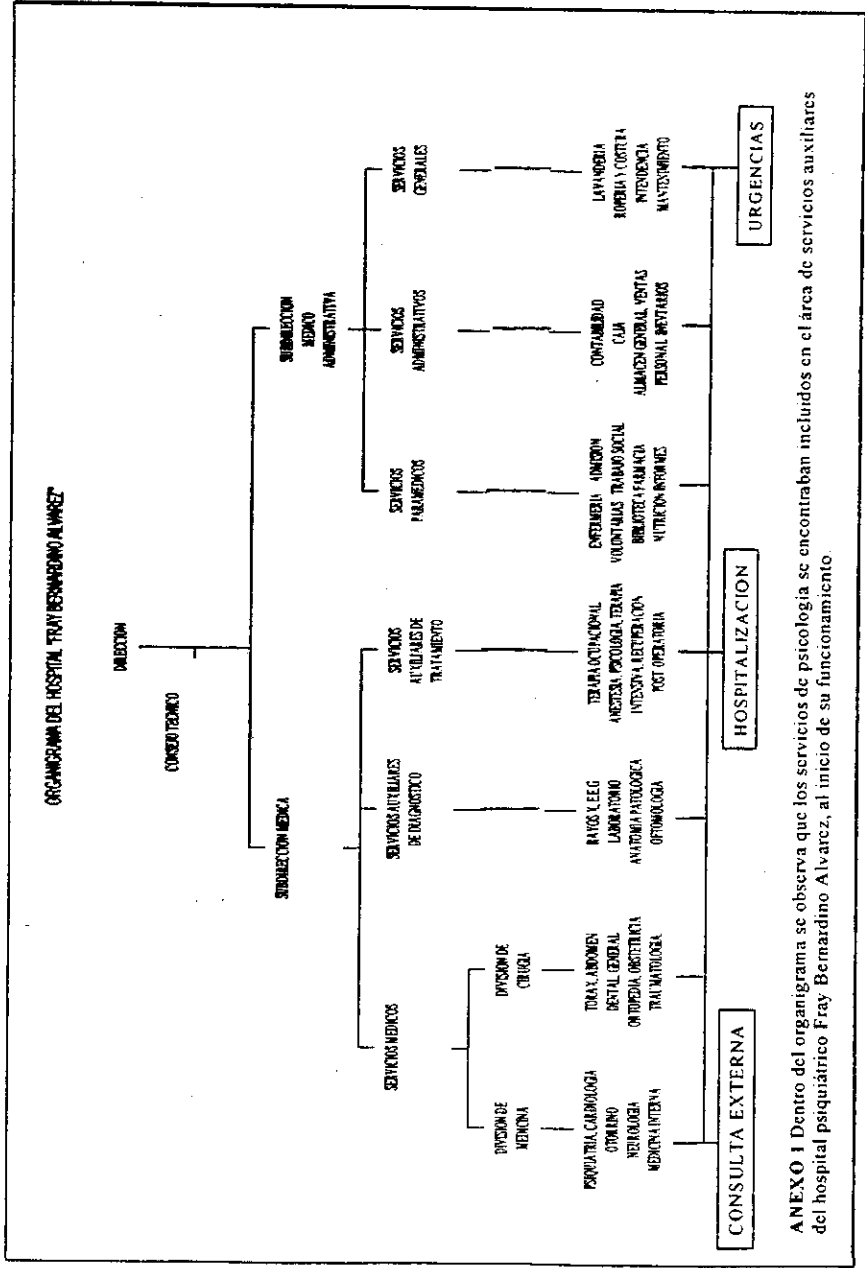
54. Mouret, P.E. "La formación del psicólogo mexicano: UAM Iztapalapa". En: Enseñanza e Investigación en Psicología. México Vol. 3(6) 1977.
55. Muriel de Ibañez, Yolanda. El Tribunal de la Inquisición en México (siglo XVI). México, UNAM. 1979.
56. Muriel de la Torre, Josefina. Los Hospitales de la Nueva España. México, Publicaciones del Instituto de Historia. Primera Serie No. 35. Vol. I y II. 1956.
57. Ortiz Quezada, Federico. Salud en la Pobreza. El Proceso Salud-Enfermedad en el Tercer Mundo, México, ed. Nueva Imagen (CEE STEM), 1982.
58. Pacheco, José Emilio. Las batallas en el desierto. México, ediciones Era S.A., 14ª reimpresión. 1995.
59. Patiño Rojas y Sierra Mercado, I. 50 años de Psiquiatría en el Manicomio General. México, Documento del Archivo Histórico. de S.S.A. 1960.
60. Patlan Martínez, Helia. Historia social de la psicología en México. Periodo de 1890-1900. Tesis de Licenciatura. México, UNAM-ENEP Iztacala. 1989.

61. Pareyón. Manicomio General de México: La Castañeda de Mixcoac, vidas de México. México, Editores Mexicanos Unidos, S.A. Tomo IV 1960.
62. Ramírez, Roman. El Manicomio (Memorias). México, Of. Tipográfica de la Secretaría de Fomento. Documento del A.H.S.S.A. 1884.
63. Revueltas Valle, Gabriela. Historia Social de la Psicología en México. (1900-1910), Tesis de Licenciatura. México, UNAM-ENEP Iztacala. 1992.
64. Ribes Iñesta, Emilio. "El diseño curricular de la carrera de Psicología con base en un sistema modular (ENEPI)". En: Enseñanza e investigación en Psicología. Vol. 3(5). 1997.
65. Ribes, Iñesta, E. "Formación de profesionales e Investigadores en Psicología con base a objetivos definidos conductalmente". En: Enseñanza e Investigación en Psicología. Vol. 4(7). México. 1978.
66. Rivera, Enrique. Historia de la Psicología en México (1940-1950). Tesis de Licenciatura. México, UNAM-ENEP Iztacala. 1991.
67. Rodríguez Sánchez, Martha I. Historia de la Psicología en México (1850-1860). Tesis de Licenciatura. México, UNAM-ENEP Iztacala. 1991.

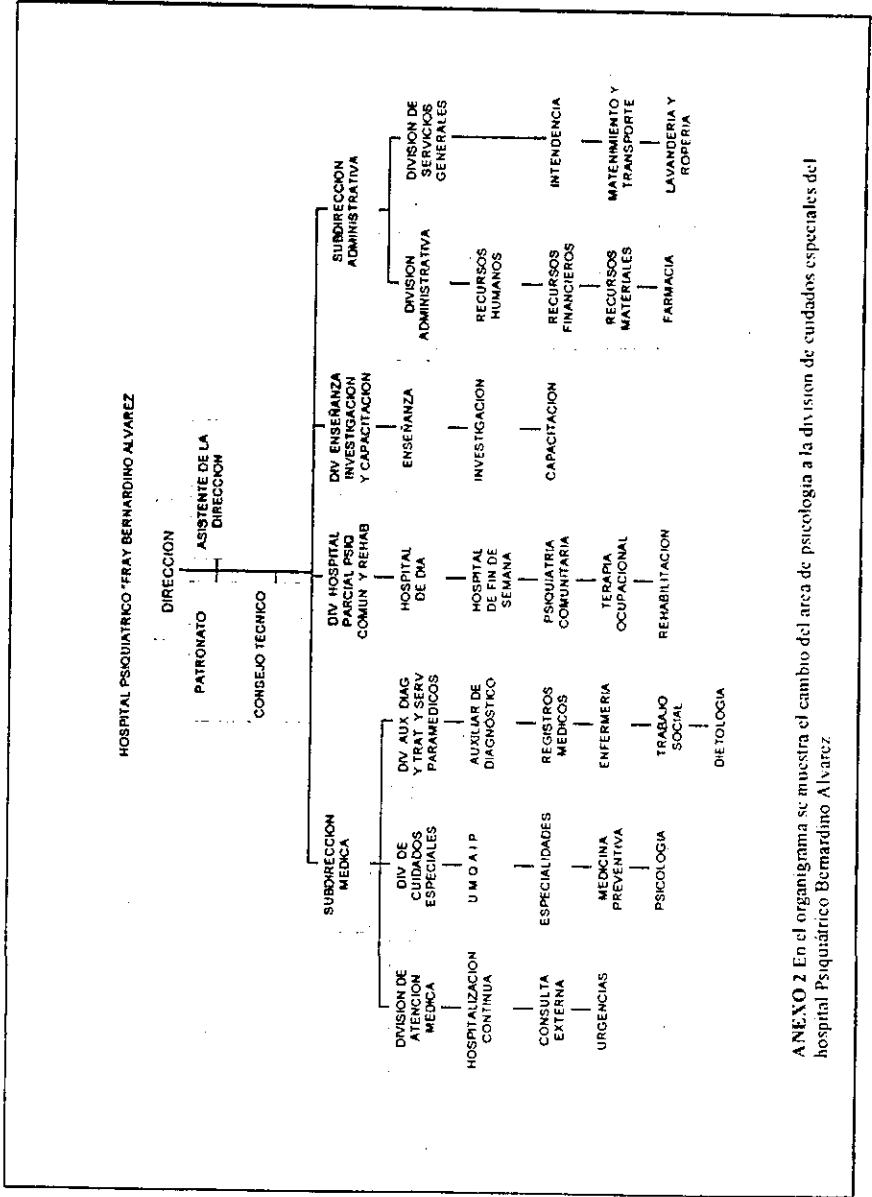
68. Rojas Soriano, Raúl. Capitalismo y Enfermedad. México, Folios Ediciones. 1982.
69. Saenz de la Calzada, Carlos. La Geografía Médica en México a través de la Historia. México, ed. Pax-México. 1971.
70. Sánchez Gallego, Martha A. Historia de la Psicología en México, Periodo 1880-1890. Tesis de Licenciatura. México, UNAM-ENEP Iztacala. 1993.
71. Schaff Adam y Colbs. La Concepción Marxista del Hombre. España, ed. Akal. 1978.
72. Semo, Enrique. Historia del Capitalismo en México. México, ed. Era. 3a. edición 1983.
73. Solís Flores Arcelia y Alejandre Ramírez Ma. del C. El Origen de la Profesión de la Psicología en México. (Una aproximación Crítica). Tesis de Licenciatura. México, UNAM-ENEP Iztacala. 1987.
74. Somolinos d'Ardois, German. Historia de la Psiquiatría en México. México, ed. SEP. Setentas No. 287. 1976.
75. Tejeda Ruiz, Carlos. "Los Hospitales Granja." En: Salud Pública de México. Epoca V Julio-Agosto. México. Vol. 9(4) 1967

76. Villanueva Sosa, Renan. Las Instituciones Especializadas en Salud Mental, su relación entre sí y con otras instituciones. En : Salud Pública en México. México Vol. 9(4) Epoca V Julio-Agosto. 1967.
77. Zaretsky, E. Familia y Vida Personal en la Sociedad Capitalista. Barcelona, ed. Anagrama. 1978
78. Zhang J. y Zheng J. Fundamentos de Acupuntura y Moxibustion de China. Beijing, China. Ediciones en lenguas extranjeras. 1984.
79. Zsasz, Tomas. Ideología y Enfermedad Mental. Buenos aires, ed. Amorrortu. 1970.
80. Zsasz, Tomas. El mito de la Enfermedad Mental. Buenos Aires, ed. Amorrortu. 1ª reimpresión. 1982.

A N E X O S



ANEXO 1 Dentro del organigrama se observa que los servicios de psicología se encuentran incluidos en el área de servicios auxiliares del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, al inicio de su funcionamiento.



ANEXO 2 En el organigrama se muestra el cambio del area de psicologia a la division de cuidados especiales del hospital Psiquiátrico Bernardino Alvarez.

**PROYECTO DE PLAN DE ESTUDIO DE LA ENEP
IZTACALA DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA
(MATERIAS POR SEMESTRE).**

1er. Semestre

1)	Psicología experimental teórica I	135 horas	
	Conducta animal	Créditos	16
	(MT1a)	18 horas	
2)	Psicología experimental laboratorio I	160 horas	
	(ME1a)	Créditos	10
		10 horas	
3)	Métodos cuantitativos I	80 horas	
	(MEb1)	Créditos	5
		5 horas	
4)	Psicología aplicada laboratorio I	32 horas	
	Prácticas de campo	Créditos	2
	(MA1a)	2 horas	33

ANEXO 3. Este plan de estudios fue implantado en la ENEP Campus Iztacala, sugerido por Emilio Ríbes.

2° Semestre.

5)	Psicología Experimental teórica II	135	
	Conducta animal	Créditos	16
	(MT2a{MT1a})	8 horas	
6)	Psicología experimental laboratorio II	150 horas	
	(ME2a{ME1})	Créditos	10
		5 horas	
7)	Métodos cuantitativos II	80 horas	
	(ME2b{ME1b})	Créditos	5
		5 horas	
8.-	Psicología aplicada laboratorio II	32 horas	
	Prácticas de campo	Créditos	2
	(MA2a{MA1a})	2 horas	33

3° Semestre.

9	Psicología experimental teórica III	112 horas	
	conducta humana	Créditos	14
	(MT3a{MT2a})	7 horas	

10)	Psicología experimental laboratorio III (ME3a{ME2a})	160 horas Créditos horas 10	10
11)	Métodos cuantitativos (ME3b{ME2b})	80 horas Créditos 5 horas	5
12)	Psicología aplicada laboratorio III Prácticas de campo (MA3a{MA2a})	32 horas Créditos 2 horas	2 31

4º Semestre.

13)	Psicología experimental teórica IV Conducta humana (MAT4a{MT3a})	112 horas Créditos 7 horas	14
14)	Psicología experimental laboratorio IV (ME4a{ME3a})	160 horas Créditos 10 horas	10
15)	Métodos cuantitativos IV (ME4b{ME3b})	80 horas Créditos 5 horas	5

16	Metodología de la investigación y tecnología aplicada (ME4c)	40 horas	
		Créditos	4
		2 horas	
17)	Psicología aplicada laboratorio IV Prácticas de campo (Ma4aMA3a)	32 horas	
		Créditos	2
		2 horas	31

5° Semestre.

18)	Métodos cuantitativos V (ME5b Me4b)	80 horas	
		Créditos	5
		5 horas	
19)	Psicología experimental laboratorio V (ME5a ME4a)	Créditos	5
		5 horas	
20)	Psicología aplicada laboratorio V (MA5a MA4a) (ME4c)	240 horas	
		Créditos	15
		15 horas	

21)	Psicología social teórica I (MT5a MT4a)	48 horas Créditos 3 horas	6
22)	Psicología social teórica I (MT5b MT4a)	48 horas Créditos 3 horas	6
23)	Educación especial y rehabilitación teórica I (MT5cMT4a)	48 horas Créditos 3 horas	6
24)	Desarrollo y educación teórica I (MT5d MT4a)	48 horas Créditos 3 horas	6
25)	Teoría de las ciencias sociales (MT5e)	80 horas Créditos 3 horas	5 55

6º Semestre

26)	Psicología experimental laboratorio VI (ME6a ME5a)	80 horas	
		Créditos	5
		5 horas	
27)	Psicología aplicada laboratorio VI (MA6a MA5a)	240 horas	
		Créditos	15
		15 horas	
28)	Psicología clínica teórica II (MT6A MT5a)	240 horas	
		Créditos	6
		3 horas	
29)	Psicología social teórica II (MT6b MT5b)	48 horas	
		Créditos	6
		3 horas	
30)	Educación especial y rehabilitación teórica II (MT6c MT5c)	48 horas	
		Créditos	6
		3 horas	

31) Desarrollo y educación teórica II (MT6d MT5d)	48 horas	
	Créditos	6
	3 horas	44

7° Semestre.

32) Psicología experimental laboratorio VII (ME7a ME6a)	32 horas	
	Créditos	2
	2 horas	

33) Psicología aplicada laboratorio VII (MA7a MA6a)	240 horas	
	Créditos	15
	15 horas	

34) Psicología clínica teórica III (MT7a MT6a)	48 horas	
	Créditos	6
	3 horas	

35)	Psicología social teórica III (MT7b MT6b)	48 horas	
		Créditos	6
		3 horas	
36)	Educación especial y rehabilitación III (MT7c MT6d)	48 horas	
		Créditos	6
		3 horas	
37)	Desarrollo y educación teórica III (MTd MT6d)	48 horas	
		Créditos	6
		3 horas	41
8° Semestre			
38)	Psicología experimental laboratorio VIII (ME8a ME7a)	32 horas	
		Créditos	2
		2 horas	
39)	Psicología aplicada laboratorio VIII Tutoría (MA8a MA7a)	240 horas	
		Créditos	15
		15 horas	

40)	Psicología clínica teórica IV (MT8a MT7a)	48 horas Créditos 3 horas	6
41)	Psicología social teórica IV (MT8b MT7b)	48 horas Créditos 3 horas	6
42)	Educación especial y rehabilitación teórica IV (MT8c MT7c)	48 horas Créditos 3 horas	6
43)	Desarrollo y educación teórica IV (MT8d MT8c)	48 horas Créditos 3 horas	6 41

Como requisito final se deberá elaborar una tesis profesional y sustentar el examen correspondiente.

Módulo Teórico: 1,5,9,13,21,22,23,24,25,28,29,31,34,35,36,37,40,41, 42 y 43.

Total de horas: 1310.

Modulo Experimental: 2,3,6,7,10,11,14,15,16,18,19,26,32,38.

Total horas: 1284.

Módulo Aplicado: 4,7,8,12,20,27,33,39.

Total de Horas: 1088.

Total de Créditos: 313