



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS**  
**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS**

# **Licenciatura en Psicología con énfasis Clínico y Educativo**

(Fundamentación teórico-metodológica)

**V PLAN DE ESTUDIOS**

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Octubre 2005

## ÍNDICE

|                                                                                                                                                                  | Págs.     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Presentación</b>                                                                                                                                              | <b>3</b>  |
| <b>Misión y Visión de la Licenciatura en Psicología</b>                                                                                                          | <b>4</b>  |
| <b>Fundamentación del V plan de estudios de la licenciatura en psicología con énfasis clínico y educativo</b>                                                    | <b>5</b>  |
| <b>1. Diagnóstico situacional y respuestas a las necesidades de contexto ecológico, social, económico, científico, tecnológico, político nacional y regional</b> | <b>5</b>  |
| 1.1 Contexto macroregional                                                                                                                                       | 5         |
| 1.1.1 Epidemiología internacional                                                                                                                                | 6         |
| 1.1.2 Epidemiología de la salud mental en México                                                                                                                 | 7         |
| 1.1.2.1 Epidemiología a nivel nacional                                                                                                                           | 8         |
| 1.1.2.2 Padecimientos neurológicos y psiquiátricos prioritarios                                                                                                  | 11        |
| 1.1.2.3 Atención psicológica en casos de desastre                                                                                                                | 19        |
| 1.1.2.4 Problemas en la atención a los trastornos de salud mental                                                                                                | 20        |
| 1.1.2.5 Acciones del Estado en atención a la salud mental                                                                                                        | 22        |
| 1.1.2.6 Avances en la investigación en salud mental                                                                                                              | 26        |
| 1.1.2.7 Formación de Recursos Humanos para la salud mental                                                                                                       | 27        |
| 1.2 Contexto microregional                                                                                                                                       | 30        |
| 1.2.1 Ubicación y características geográficas del Estado de Chiapas                                                                                              | 30        |
| 1.2.2 Características de la población del Estado de Chiapas                                                                                                      | 31        |
| 1.2.3 Características económicas del Estado de Chiapas                                                                                                           | 33        |
| 1.2.4 Características educativas del Estado de Chiapas                                                                                                           | 36        |
| <b>2. Diseño del V plan de estudios</b>                                                                                                                          | <b>48</b> |
| 2 Mecanismos para el rediseño curricular con la participación de instancias colegiadas, de representantes de los empleadores y representantes de los egresados.  | 48        |
| 2.1 Metodología empleada en el rediseño curricular                                                                                                               | 50        |
| 2.2 Justificación a las necesidades de la disciplina, sus tendencias y áreas de aplicación                                                                       | 54        |
| 2.3 Modelo pedagógico centrado en el aprendizaje                                                                                                                 | 56        |
| 2.4 Fuentes epistemológica, sociológica, pedagógica y psicológica                                                                                                | 58        |
| 2.5 Perfil de ingreso                                                                                                                                            | 61        |
| 2.5.1 Requisitos de inscripción                                                                                                                                  | 62        |
| 2.5.2 Requisitos de permanencia                                                                                                                                  | 62        |
| 2.6 Plan de estudios                                                                                                                                             | 63        |
| 2.6.1 Objetivos                                                                                                                                                  | 63        |
| 2.6.2 Mapa curricular                                                                                                                                            | 65        |
| 2.7 Estructura y modelo curricular de acuerdo a los créditos                                                                                                     | 66        |
| 2.8 Estructuración de los conocimientos y organización de experiencias de acuerdo al modelo centrado en el aprendizaje                                           | 72        |
| 2.9 Plan y mecanismos de evaluación y actualización del V Plan de Estudios                                                                                       | 72        |
| 2.10 Perfil del Egresado                                                                                                                                         | 73        |
| 2.10.1 Requisitos de egreso                                                                                                                                      | 74        |
| 2.10.2 Requisitos académicos para la obtención del título                                                                                                        | 74        |
| <b>Referentes y fuentes de información</b>                                                                                                                       | <b>75</b> |
| <b>Anexos</b>                                                                                                                                                    | <b>77</b> |

## **Presentación**

La escuela de Psicología se crea en 1982 junto con las DES de Odontología, Biología, Nutrición y Topografía mismas que vienen a constituir la Unidad de Estudios Superiores de la UNICACH. Su creación se justificó en la falta de programas y profesiones orientadas a la salud mental en el estado, hecho que era válido tanto en las instituciones del sector público como privado, estas condiciones fueron confirmadas por la Comisión Estatal para la Planeación de la Educación Superior de Chiapas (COEPES) y expuestas por los directivos y planta docente fundadora de la Escuela de Psicología.

El primer plan de estudios se genera en septiembre de 1983 ante la necesidad de que la escuela recién creada tuviera uno, el cual no obedece a ningún análisis de mercado sino más bien con base en los resultados de investigaciones realizadas por la Comisión Estatal para la Planeación de la Educación Superior en Chiapas (COEPES). En ese mismo año se realiza la primera modificación considerándose cambios en el orden de asignaturas únicamente.

La segunda modificación se lleva a cabo en el mes de septiembre de 1986. Esta modificación se presenta como resultado de los trabajos de evolución curricular que emprendieron los profesores y directivos de la escuela, los cambios se dieron a nivel de nomenclatura de asignaturas, supresión de asignaturas cuyo contenido era repetitivo e inclusión de materias de contenido innovador, asimismo se modificó el orden de las asignaturas que quedaron en el mapa curricular y sustancialmente las cargas en número de horas y en valores crediticios.

Con fines a la tercera modificación se inician trabajos en 1989, sobre análisis y evaluación curricular, basándose en el análisis del seguimiento de egresados y en aportaciones de especialistas de la Facultad de Psicología de la UNAM y del CNEIP; los cambios planteados se generan a nivel de estructura general del plan de estudios, cambios en el orden, nomenclatura y seriación de las asignaturas así como análisis de contenido de asignaturas. Este cuarto plan de estudios entra en vigencia a partir de 1991 y fue acreditado en abril de 1977 ante el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP) y cuenta con la preevaluación del Comité Interinstitucional para la Evaluación de la Educación Superior y es reconocido actualmente como programa de nivel 2. Sin embargo en 2005 se plantea que es rígido, obsoleto y que no responde a las necesidades de la psicología actual en Chiapas. De tal manera que en agosto de 2005 se inician los trabajos de revisión y rediseño que culminan con el presente documento, para instituir el V Plan de Estudios de la Licenciatura en Psicología con énfasis en Clínica y Educativa.

Es el resultado de los esfuerzos de profesores, investigadores, funcionarios y estudiantes que han participado en la revisión y actualización de este, es el Plan de Estudios de la licenciatura en Psicología Clínica y Educativa 2006.

En este trabajo se plasma un esfuerzo que habrá de ser continuo y continuado, con el deseo y la certeza de que será de gran utilidad, y del cual esperamos frutos de calidad creciente al servicio de la sociedad chiapaneca y nacional.

### **Misión de la Licenciatura en Psicología**

Es una Dependencia de Educación Superior de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, que forma profesionales de la Psicología con capacidad de comprender y analizar procesos cognitivos, afectivos y comportamentales, con el fin de diagnosticar e intervenir en diferentes contextos, mediante servicios educativos pertinentes y de calidad, procesos innovadores y de mejora continua, con el objeto de contribuir al desarrollo humano y social del estado de Chiapas.

### **Visión de la Licenciatura en Psicología**

Es la Dependencia de Educación Superior de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, líder en la región Sur sureste, reconocida por la calidad de sus programas educativos, docentes altamente habilitados, con un cuerpo académico en proceso de consolidación que genera investigaciones con impacto social, cuenta con programas de extensión pertinentes con su entorno y programas de vinculación académica con instituciones nacionales e internacionales.

# **FUNDAMENTACIÓN DEL V PLAN DE ESTUDIOS DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON ÉNFASIS CLÍNICO Y EDUCATIVO**

## **1. Diagnóstico situacional y respuestas a las necesidades de contexto ecológico, social, económico, científico, tecnológico, político nacional y regional**

### **1.1 Contexto Macroregional**

El desarrollo de la Educación superior en México ha respondido sucesivamente a distintos enfoques de política nacional, en función de los proyectos sociales que históricamente se han perfilado a lo largo de nuestra historia como país.

Los requerimientos de desarrollo, especialmente a partir de la década de los setenta, en que las reformas educativas plantean un modelo de desarrollo obligado por la urgente necesidad de incorporación del país al concierto internacional al ritmo de las condiciones internacionales de comercio obligan a la apertura del sistema educativo nacional a la participación de la iniciativa privada; pero lo más importante es que se abre al reclamo social de mayores oportunidades de formación profesional de la población juvenil, como alternativas para poder garantizar un mejor nivel de vida.

El crecimiento de las oportunidades educativas lleva el signo de incrementar los espacios, generando las grandes instituciones que, hoy resultan insuficientes para dar respuesta a la demanda social de alternativas y oportunidades educativas, pero como frecuencia los aspectos cualitativos quedan pendientes.

El crecimiento poblacional, más rápido que la capacidad de respuesta del estado, tanto como el vertiginoso desarrollo de la competitividad internacional e interregional requieren nuevas revisiones del sistema educativo mexicano y a la especialización tecnológica que se busca al crear alternativas intermedias de formación técnica, se suma entre los noventa y los primeros años del siglo XXI el reto, no nuevo, pero sí declaradamente urgente de la globalización.

La dinámica impuesta por los países desarrollados en el terreno de la productividad, sobre la base de los desarrollos científicos y tecnológicos, especialmente aplicados a las comunicaciones y a la informática, definen e imponen una nueva necesidad a la que el sistema educativo mexicano debe responder para poder asegurar un nivel digno de competitividad internacional de los mexicanos como país, pero como profesionistas también.

Los modelos educativos son cuestionados por la necesidad de eficacia y eficiencia, no solo de las instituciones, sino de los egresados y se va desarrollando la metodología y la base normativa para la evaluación de las instituciones a la par de las exigencias internacionales de orden económico, en un intento de respuesta a la exigencia de competitividad.

Dos líneas comienzan a desprenderse de tal dinámica. Por un lado la línea educativa pasa de poner el acento en los contenidos programáticos como medida del cómo debe ser y qué debe saber el egresado para considerarlo bien formado y habilitado para el ejercicio profesional. El énfasis en el currículo deja paso a la consideración de las habilidades del individuo como punto de partida y de

llegada del esfuerzo educativo, a la par que cambia el concepto de educación por el de construcción del conocimiento. El estudiante como parte dinámica del proceso.

La otra, en el sentido de la educación como herramienta indispensable, no solo para el desarrollo y el progreso del país en sus aspectos macroeconómicos; sino en el sentido de herramienta indispensable para la superación de los rezagos históricos y las deudas sociales con amplísimos sectores de la sociedad.

Es el caso de las necesidades y requerimientos, no solo de la educación, en cuanto proceso de aprendizaje, sino en cuanto al cuidado de las condiciones individuales que garanticen que los individuos y los grupos que integran a la sociedad mexicana y chiapaneca no solo aspirar, sino tener la seguridad de poder capitalizar las potencialidades del recurso humano previniendo, tratando y, en lo posible aliviando sus consecuencias.

Estos requerimientos no se dan solo en el aspecto financiero, sino también de la salud personal, familiar y pública.

A continuación se presentan algunos aspectos que permiten valorar los aspectos que condicionan la necesidad de atender a estos aspectos de necesidad inmediata para el logro de las condiciones sociales y nacionales a las que aspiramos.

### **1.1.1 Epidemiología en el ámbito internacional**

De acuerdo a estudios realizados por la OMS se estima que 400 millones de personas sufren actualmente trastornos psiquiátricos y neurológicos; en América Latina y el Caribe se calcula que 17 millones de niñas y niños de 4 a 16 años sufren de algún trastorno psiquiátrico que amerita atención.

En el primer nivel de atención la frecuencia de trastornos mentales en la infancia fue entre 12 y 29%. En el panorama epidemiológico, el Banco Mundial calcula que los padecimientos neurológicos y psiquiátricos contribuyen con 12% del costo total de las enfermedades médicas y para la OMS representa 20%; estos trastornos medidos por años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), representan 11.5% de la carga total de enfermedades.

Entre ellas destacan la depresión, que por sí sola representa 36.5% del total y el alcoholismo con 11.3%. En un análisis realizado por la OMS en 1996, sobre el diagnóstico situacional en salud mental, se detectó que cinco de las causas líderes generadoras de discapacidad en el mundo se refieren a trastornos mentales.

El impacto de la depresión sobre los AVAD representa 17% del total de la población afectada por problemas mentales, seguido de las lesiones autoinflingidas con 16%, enfermedad de Alzheimer y demencias con 13%, la dependencia al alcohol representa 12%, la epilepsia con 9%, psicosis con 7%, farmacodependencia y estrés postraumático con 5% cada uno y 16% corresponde a otros padecimientos. (Cuadro1).

| Cuadro 1<br>Prevalencia de trastornos psiquiátricos en población adulta en zonas urbanas en 1994, México |             |             |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-----------|
| Trastorno                                                                                                | Hombres (%) | Mujeres (%) | Total (%) |
| 1. Depresión                                                                                             | 4.9         | 9.7         | 7.8       |
| 2. Epilepsia                                                                                             | 3.4         | 3.9         | 3.7       |
| 3. Probable psicosis                                                                                     | 3.2         | 2.6         | 2.8       |
| 4. Probables trastornos limitrofes                                                                       | 1.6         | 0.8         | 1.1       |
| 5. Trastorno obsesivo                                                                                    | 1.6         | 3.0         | 2.5       |
| 6. Probable esquizofrenia                                                                                | 1.2         | 0.9         | 1.0       |
| 7. Manía                                                                                                 | 0.3         | 0.2         | 0.2       |
| 8. Psicosis inespecífica                                                                                 | 0.7         | 0.6         | 0.6       |
| 9. Trastorno bipolar                                                                                     | 0.7         | 0.6         | 0.6       |
| 10. Trastorno de ansiedad                                                                                | 0.3         | 1.6         | 1.1       |

Fuente: Caraveo y Cols. *Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. Resultados de una Encuesta Nacional en Hogares*. AN. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1994.

El estudio transnacional sobre la prevalencia de los trastornos mentales que realizó el Consorcio Internacional en Epidemiología Psiquiátrica (ICPE) presenta una gran variación en la prevalencia de los trastornos mentales de país a país, un 40% para los Países Bajos y los Estados Unidos, bajando a niveles de 20% en México y a 12% en Turquía. En este reporte se sugiere que los trastornos mentales tienen una edad temprana de aparición, con medianas estimadas de 15 años para los trastornos de ansiedad, 21 años para los relacionados con el uso de sustancias y 26 años para los trastornos del estado de ánimo.

Los problemas de salud mental, que incluyen a las adicciones, se han incrementado drásticamente en las últimas décadas en el contexto internacional y en nuestro país; de la población mundial, entre 5 y 10% se encuentra afectada por complicaciones a causa del consumo del alcohol.

### 1.1.2 Epidemiología de la salud mental en México

Con la finalidad de perfilar mejor los requerimientos que deberán caracterizar la formación del psicólogo, se adiciona la información siguiente sobre aspectos relevantes de contexto nacional e internacional referentes a la salud mental; con el propósito de resaltar el papel del psicólogo en las tareas fundamentales de detección temprana, de intervención y de canalización oportunas.

Existen aproximadamente 15 millones de mexicanos con algún trastorno mental que podrían requerir de atención especializada, de los cuales poco más de 14 millones (95%) corresponden a pacientes que necesitan servicios de tipo ambulatorio<sup>1</sup>.

Los principales trastornos que se observan entre la población son los de ansiedad, los del estado de ánimo como la depresión y los trastornos bipolares, la esquizofrenia, la epilepsia, los del desarrollo infantil, entre ellos el trastorno por déficit de atención y los de estrés postraumático, principalmente posterior a desastres. Cerca de 20,000 pacientes requirieron de hospitalización psiquiátrica, en las unidades de la Secretaría de Salud, por presentar un episodio agudo durante el año de 1999, lo que equivale al 3.4% de los pacientes vistos en la consulta externa ese mismo año; de éstos cerca de

<sup>1</sup> SECRETARÍA DE SALUD (2005, 2ª. edición) *Programa Acción: Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas*. Anuario Estadístico 1999; *Salud: México 2004. Información para la Rendición de Cuentas*. Programa de Acción: Salud mental. Secretaría de Salud, México,

2,000 (0.35%) fueron internados de manera permanente bajo el modelo asilar tradicional (*Cuadro 2*).

| Cuadro 2<br>Causas líderes de discapacidad en el mundo |                                         |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 1.                                                     | Depresión mayor                         |
| 2.                                                     | Anemia por deficiencia de hierro        |
| 3.                                                     | Cardas accidentales                     |
| 4.                                                     | Uso de alcohol                          |
| 5.                                                     | Enfermedad pulmonar obstructiva crónica |
| 6.                                                     | Trastorno bipolar (mania-depresión)     |
| 7.                                                     | Anomalías congénitas                    |
| 8.                                                     | Osteoartritis                           |
| 9.                                                     | Esquizofrenia                           |
| 10.                                                    | Trastorno obsesivo-compulsivo           |

Fuente: La Carga Global de las Enfermedades, Banco Mundial y Organización Mundial de la Salud, Publicación de la OMS, 1996.

Muchos de los pacientes con enfermedades mentales no requieren ser tratados en un segundo o tercer nivel de atención; el médico general o el psicólogo son el primer contacto con este tipo de enfermedades y, presentan una actitud más receptiva ante el paciente con enfermedad mental, a pesar de que en la mayoría de los casos los conocimientos que tienen sobre las enfermedades cerebrales son insuficientes.

Por tanto, resulta importante capacitar a estos profesionistas en el manejo adecuado de estos padecimientos, que incluye la detección temprana, la atención oportuna y en determinados casos la referencia a centros especializados, para que una vez que estos usuarios hayan sido diagnosticados y con un plan de tratamiento específico sean contra referidos para su seguimiento.

Es fundamental la detección de factores de riesgo o de sintomatología temprana de los trastornos mentales y requiere de un cambio de actitud de los padres, los maestros y autoridades educativas debidamente capacitados y sensibilizados para una participación eficaz en la detección de los trastornos en el desarrollo serán de gran utilidad para conocer la magnitud del problema en esta población e identificar de manera oportuna aquellos problemas que interfieren en el óptimo desarrollo académico de los educandos y repercute de manera significativa y favorable en la evolución y pronóstico de la enfermedad.

#### **1.1.2.1 Epidemiología en el ámbito nacional**

En la República Mexicana, a través de diversos estudios epidemiológicos, se ha tratado de dimensionar la magnitud de los trastornos mentales y del comportamiento que permiten conocer con relativa certeza las características del problema. Dentro de las encuestas nacionales de salud mental se cuenta con la que aplicaron conjuntamente la Secretaría de Educación Pública, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SISVEA) y el Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID).

Para fines prácticos se ha dividido la información epidemiológica nacional en dos grupos etarios: a) adultos y b) niños y adolescentes.

#### a) Población adulta.

En 1994, los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Adicciones realizadas en zonas urbanas, detectaron la prevalencia de trastornos mentales entre el 15 y el 18% de la población en general; en esta encuesta se observa que la depresión es el trastorno más frecuente tanto en hombres como en mujeres. Los resultados del estudio concuerdan con los realizados en otros países e indican que una de cada seis personas sufrirá un problema de salud mental que podría requerir atención médica especializada; esto significa que en nuestro país padecen trastornos mentales aproximadamente 15 millones de personas, lo que equivale a una sexta parte de nuestra población.

Los anuarios estadísticos de la SSA consignan un incremento continuo y significativo en la demanda de consulta externa de salud mental. En 1990 se otorgaron 239 327 consultas lo que aumentó en 1995 a 366 963 y para 1999 se registraron 583 760 consultas. En cuanto a los egresos hospitalarios, referentes a trastornos mentales se registran en 1990, 2 422; en 1995, 3 857 egresos y para 1999, 19 603, lo que corresponde a un incremento de más de 500% (*Cuadro 3*).

| <b>Tipo de trastorno mental</b>                                                              | <b>Hombres</b> | <b>Mujeres</b> | <b>Total</b> | <b>%</b>      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|--------------|---------------|
| 1. Demencia.                                                                                 | 94             | 84             | 178          | 0.91          |
| 2. Otros trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del alcohol.                | 2893           | 377            | 3270         | 16.68         |
| 3. Síndrome de dependencia al alcohol.                                                       | 1781           | 145            | 1926         | 9.83          |
| 4. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otras sustancias psicoactivas. | 2828           | 329            | 3157         | 16.10         |
| 5. Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes.                         | 2688           | 1755           | 4443         | 22.66         |
| 6. Trastornos del humor (depresión y otras).                                                 | 823            | 1595           | 2418         | 12.33         |
| 7. Trastornos neuroóticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos.  | 258            | 593            | 851          | 4.34          |
| 8. Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos.  | 6              | 27             | 33           | 0.17          |
| 9. Retraso mental.                                                                           | 311            | 245            | 556          | 2.84          |
| 10. Las demás causas.                                                                        | 1588           | 1183           | 2771         | 14.14         |
| <b>TOTAL</b>                                                                                 | <b>13270</b>   | <b>6333</b>    | <b>19603</b> | <b>100.00</b> |

Fuente: Anuario Estadístico de la Secretaría de Salud y los Servicios de Salud en los estados, 1999.

En el Anuario Estadístico de la SSA para 1999, se observa una mayor demanda de atención en la consulta externa por parte del hombre, 338 581 en comparación con las de mujeres, que fueron 245 179. La misma situación se observó en cuestión de internamientos, 13 270 para los hombres y 6 333 de mujeres.

| Cuadro 4<br>Búsqueda escalonada de ayuda o asistencia por problemas en salud mental. México |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1988                                                                                        | 1997                     |
| Familiares y amigos                                                                         | Primer nivel de atención |
| Automedicación                                                                              | Psicólogos               |
| Clérigo                                                                                     | Psiquiatras              |
| Servicios de salud mental                                                                   | Clérigo                  |
| Curandero                                                                                   | Curandero                |

Fuente: Medina Mora y col, Caraveo y col. (1988-1997)

La detección temprana del trastorno mental está directamente relacionada a la evolución del padecimiento, por lo que una mejor educación sobre las enfermedades mentales ha propiciado un cambio en cuanto a la respuesta de los pacientes y familiares hacia la búsqueda de ayuda profesional. Un estudio comparativo muestra que en 1988 las personas que buscaron ayuda relacionada con problemas de salud mental recurrieron en primer lugar a familiares y amigos, como segundo lugar a la automedicación y siguiendo este orden asistieron al clérigo, a los servicios de salud mental y al curandero. Para 1997 el tipo de ayuda solicitada en orden de importancia fue, en el primer nivel de atención, psicólogos, psiquiatras, clérigo y curanderos (*Cuadro 4*)

Algunos estudios que han analizado las barreras para buscar atención, demuestran que las principales razones para no hacerlo están relacionadas con la poca credibilidad que se le da al tratamiento médico, con 58% de hombres y 68% de mujeres con esta percepción; 16% y 22%, respectivamente, opinan que el acceso a los servicios de salud es difícil; 8% y 14% opinan que falta información para el paciente.

Estas barreras están relacionadas con el bajo nivel de escolaridad e ingresos de las familias y con la estigmatización de los trastornos mentales.

#### **b) Población infantil y adolescente.**

En México hay 33 470 538 de niñas y niños, de los cuales más de 10 millones son menores de cinco años y casi 23 millones se encuentran entre los 5 y 14 años; en la región centro-sur del país la concentración de menores es de más de un millón de niños por estado; en la zona norte en menos de un millón de niños por estado y disminuye en la zona del caribe con menos de 500 mil niños por estado.

Estudios en México reportan alrededor de 15% de prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños, esto indica que cinco millones de niños y niñas sufren algún problema de salud mental; de este total, la mitad de la población infantil requiere de una atención especializada e integral.

De acuerdo al Prontuario Estadístico de la Dirección de Educación Especial de la SEP para el período 2000-2001, en los Centros de Atención Múltiple (CAM) en el Distrito Federal, fueron atendidos un total de 8 137 alumnos, de los cuales 397 padecen ceguera, 221 discapacidad visual, 598 sordera, 353 discapacidad auditiva, 750 discapacidad motriz, 5,696 discapacidad intelectual y

otras discapacidades 122. De esta manera dos terceras partes de los niños discapacitados atendidos en los CAM corresponden a trastornos mentales.

La falta de habilidades de algunos jóvenes para la vida social tiene antecedentes en problemas escolares y familiares tempranos que no fueron atendidos oportunamente, así como en la variabilidad evolutiva de algún trastorno en el desarrollo, predisponiendo al niño a manifestar deficiencias posteriores.

Se observa que a mayor gravedad de trastornos en edades tempranas no tratados a tiempo, mayor repercusión y riesgo en el individuo de padecer alguna alteración psiquiátrica al llegar a la vida adulta, generándole una conflictiva no sólo personal, sino en sus relaciones interpersonales, de pareja, familiar, social y laboral.

En nuestro país, la distribución de la población adolescente no es homogénea: el estado de México tiene más de un millón de adolescentes entre los 15 y 19 años de edad; el D.F., Jalisco, Puebla, Querétaro y Veracruz tienen entre 500 mil y un millón de adolescentes cada uno y el resto del país tiene menos de 500 mil por estado.

La Encuesta Nacional de Salud de 1988, única que existe en su especialidad, detectó que el grupo de edad entre 15 y 24 años es de alto riesgo, ya que la incidencia anual de accidentes y acciones violentas, muchas de ellas vinculadas a problemas de salud mental, alcanzó 2.3% en la población masculina y 0.6% en la femenina. Los problemas psiquiátricos que con más frecuencia se detectaron fueron caracterizados por angustia y depresión, así como intentos de suicidio y suicidios consumados. Se observa que la mayoría de las personas que atentan contra su vida padecen más de un problema mental, y que 35% de estos jóvenes abusan de sustancias.

Los datos epidemiológicos reportados en México son similares a los presentados en el ámbito mundial en cuanto a la prevalencia de los trastornos en el desarrollo infantil y la adolescencia. Complementariamente se tienen datos nacionales de los hospitales psiquiátricos de la Secretaría de Salud, que reportan la consulta externa por grupos de edad y los diez principales motivos de demanda en estas unidades operativas durante 1999.

Los datos reportados por el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” indican que la prevalencia de los trastornos mentales se ha modificado a lo largo de la última década. La prevalencia de la dependencia a sustancias se ubica como la principal causa de internamiento psiquiátrico en adolescentes. Se encontró que el trastorno depresivo ha aumentado y ascendió al segundo lugar, mientras que el trastorno psicótico agudo y transitorio disminuyó, colocándose en tercer lugar. El retraso mental, la epilepsia y los trastornos de conducta se mantienen, en promedio, con la misma prevalencia.

#### **1.1.2.2 Padecimientos neurológicos y psiquiátricos prioritarios en nuestro país**

Los trastornos psiquiátricos y neurológicos con mayor incidencia en el país son: depresión, esquizofrenia, demencias, epilepsia, psicopatología infantil y de la adolescencia, trastorno por déficit de atención, enfermedad de Parkinson, atención psicológica en casos de desastre.

## **A) Depresión**

La depresión se clasifica dentro de los trastornos de la afectividad y se caracteriza por cambios involuntarios del estado de ánimo que ocasionan una disfunción significativa del individuo que la padece. Se calcula que afecta a cerca de 340 millones de personas en el mundo. Actualmente se considera como una de las enfermedades más discapacitantes.

Está presente en una de cada diez personas que acuden a servicios de atención primaria y generalmente no es identificada y mucho menos atendida con oportunidad. En México se estima una prevalencia de 12% a 20% entre la población adulta de 18 a 65 años.

Considerando el número de adultos en México, se puede inferir que más de diez millones de mexicanos sufrirán depresión en algún momento de sus vidas; en México, según la OMS, 1995, la prevalencia es de 5.2 hombres por cada 10 mujeres que la padecen. Por otro lado, más de 55% de los pacientes han presentado dos o más episodios depresivos, lo que hace que se le considere como un trastorno crónico.

La edad media de inicio de un episodio depresivo es de 25 a 40 años, por lo que la depresión afecta en las edades más productivas de la vida. Una de las complicaciones más temidas de la depresión es el suicidio, existiendo hasta 60% de vinculación entre éste y la depresión.

El suicidio es la causa de muerte de más de un millón de personas al año en el mundo; en nuestro país, datos de 1997, estiman que cerca de 6% de la población adulta ha intentado suicidarse en algún momento de su vida.

Actualmente se cuenta con una amplia gama de medicamentos que soluciona 80% de los episodios depresivos; sin embargo, el manejo de estos fármacos antidepresivos no son del dominio del médico general, familiar y especialista no psiquiatra, que desconocen información sobre la dosis, duración del tratamiento, interacciones medicamentosas, manifestados en la refractariedad del padecimiento.

La depresión debe ser manejada por el médico de primer nivel de atención, por lo que se requiere para éstos de una capacitación continua en detección y manejo del problema; así como el conocimiento sobre los pacientes refractarios y con riesgo suicida que requieren del manejo del especialista.

La incorporación de personal capacitado, y especialmente de psicólogos, en materia de salud mental en las unidades de atención primaria, permitiría incrementar la capacidad resolutive de atención en las mismas unidades al ofrecer una detección más rápida y oportuna de los signos conductuales que requieren canalizar a los individuos afectados.

## **B) Esquizofrenia**

La esquizofrenia es una enfermedad psiquiátrica crónica, controlable en la mayoría de los casos, más no curable, cuya detección temprana y atención oportuna repercute significativamente en el impacto

que el padecimiento genera al paciente y su sociedad; es un trastorno psiquiátrico severo que se inicia, en más de 70% de los casos, en la adolescencia y en el adulto joven.

Se caracteriza por alteraciones del pensamiento, de la sensopercepción, del afecto y de la conducta, principalmente. Se trata de un padecimiento crónico que puede producir un grado de discapacidad en 80% de los afectados, si no son detectados y atendidos oportunamente.

Los costos que produce a la sociedad son muy importantes, de hecho en Estados Unidos se calcula un gasto de 65 mil millones de dólares anuales por concepto de esta enfermedad. Se estima que la prevalencia de la esquizofrenia es de 1% en la población mayor de 15 años, lo que representaría 45 millones de personas en el mundo que padecen esquizofrenia.

En México la prevalencia de la esquizofrenia es de 0.7%, lo que coincide con los reportes recientes de la OMS sobre este padecimiento en el mundo, por lo que en nuestro país hay medio millón de esquizofrénicos; esta cifra no incluye a individuos de riesgo para desarrollar el padecimiento.

Los países con economías emergentes son de alguna manera los más afectados por el padecimiento, ya que del total de esquizofrénicos, 33 millones viven en éstos; se estima que 50% de los pacientes no son tratados adecuadamente muchos de ellos nunca han tenido contacto con un psiquiatra y 90% habita en países menos desarrollados.

Esta marcada incidencia en países en desarrollo tiene su origen en la falta de mecanismos para la detección temprana y el manejo oportuno, lo que conlleva a una mayor cronicidad, llevando a un deterioro importante a más de 60% de los pacientes. Actualmente el curso del padecimiento por lo general es episódico, por lo que muchos pacientes pueden ser reinsertados a la sociedad y funcionar en ella de una manera satisfactoria. De allí la importancia de señalar la necesidad del diseño y desarrollo de acciones preventivas en las que el psicólogo debe tener un papel preponderante.

### **C) Demencias**

Las demencias son trastornos neurodegenerativos que se caracterizan por una alteración global de las funciones mentales, cuyo origen está en causas diversas. Las demencias se están convirtiendo en el tercer problema de salud en países desarrollados, después de las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares.

Las principales formas de demencia son la enfermedad de Alzheimer (EA) que representan entre 50 y 70% del total; la demencia vascular con un 30 a 50% y otras formas de demencia, algunas asociadas a patología sistémica como es el caso de la diabetes e hipotiroidismo; infecciones, como el complejo cognitivo motor asociado al SIDA; enfermedad de Creutzfeldt-Jakob y entidades nosológicas específicas de causa degenerativa y/o genética como la enfermedad de Pick, demencia frontotemporal, demencia tipo Lewy y otras.

Pocas afecciones repercuten tanto sobre la calidad de vida del enfermo y su familia como los padecimientos demenciales, y en particular el más frecuente de ellos, la enfermedad de Alzheimer.

La enfermedad de Alzheimer fue descrita por primera vez por Alois Alzheimer, neuropatólogo alemán, en el año 1907; sin embargo, no fue sino hasta 1986 cuando se reconoció a la enfermedad

como un problema mayor de salud mundial. Desde entonces, no se conoce otra enfermedad del cerebro humano que haya despertado mayor interés entre los neurocientíficos; en los últimos diez años se ha avanzado en el estudio de esta enfermedad, con un mayor enfoque a la patología de proteínas del citoesqueleto, amiloidosis cerebral, genética molecular y neuroquímica.

Actualmente la enfermedad de Alzheimer afecta a 10% de los adultos mayores, por lo que se estima que para el año 2025 existan 80 millones de personas con demencia en África, Asia y Latinoamérica; en México la cifra de adultos que sobrepasan los 65 años de edad está alrededor de cinco millones de personas, lo que permite suponer que más de medio millón de adultos mayores son potencialmente susceptibles de padecer esta enfermedad.

La relevancia de la EA como problema de salud mental es que a medida de que la expectativa de vida aumenta es mayor la prevalencia de la patología, que por cálculos internacionales se sabe se duplica cada 5 años.

Actualmente se conocen factores asociados a la enfermedad como son la edad, el antecedente hereditario y el síndrome de Down; todos ellos considerados como factores de riesgo y para los cuales va orientado lo que se puede hacer, hoy en día, en materia de prevención.

Para su tratamiento, la ciencia médica aún no tiene la capacidad para cambiar el curso natural del padecimiento, si bien actualmente se les puede ofrecer una mejor calidad de vida al tratar sintomatológicamente el padecimiento. Existe optimismo en cuanto a la investigación farmacológica y a modelos estratégicos para el manejo de la enfermedad.

## **D) Epilepsia**

El término epilepsia se utilizó en la antigüedad para referirse a una persona que perdía súbitamente el conocimiento o tenía una crisis convulsiva; actualmente un mejor conocimiento del padecimiento permite distinguir entre una crisis epileptiforme de una crisis epiléptica, ya que la primera puede ser simplemente un síntoma reactivo a una condición cerebral aguda como fiebre y trauma, mientras que la segunda es una crisis recurrente no provocada.

La importancia de reconocer la diferencia tiene como consecuencia un distinto manejo y pronóstico; el 10% de la población presenta crisis epileptiformes y solamente del 1 a 2% llegará a desarrollar epilepsia.

La OMS define a la epilepsia como una afección crónica de etiología diversa, caracterizada por crisis recurrentes, debidas a una descarga excesiva de las neuronas cerebrales, llamadas crisis epilépticas asociadas a manifestaciones clínicas.

Diversos estudios sitúan la prevalencia de la epilepsia entre el 1 y 2% de la población, estas diferencias pueden deberse a cuestiones étnicas y demográficas de las poblaciones estudiadas; en un estudio realizado en México en 1991, se encontró una prevalencia de 1.4% de la población, lo que significa que existe aproximadamente un millón de pacientes con epilepsia.

En México una de las causas más identificadas de epilepsia corresponde a la neurocisticercosis, enfermedad infecciosa que puede ser prevenida y tratada con cierto éxito; sin embargo, un porcentaje mayor de pacientes con epilepsia no tiene una etiología bien definida y se han asociado factores, que pueden ser prevenidos, genéticos y ambientales para la explicación del padecimiento, como por ejemplo el trauma obstétrico, la desnutrición y el traumatismo craneoencefálico.

La falta del conocimiento de los médicos no especialistas en el manejo de esta enfermedad genera una mayor problemática en la atención y, aunque los esfuerzos de formación para el personal hospitalario es creciente, el apoyo del psicólogo cobra mayor relevancia delante del panorama señalado.

### **E) Psicopatología infantil y de la adolescencia**

La patología infantil y de la adolescencia es muy vasta; los trastornos se han dividido en los que inician propiamente en la infancia y adolescencia, como el trastorno por déficit de atención y los que no son propios de la infancia y la adolescencia como son la esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo, que aunque se observan en esas edades, son más frecuentes en el adulto.

Las principales manifestaciones de los trastornos del desarrollo se observan en la conducta y el aprendizaje, señales por las que los padres o el maestro pueden detectar la existencia de un trastorno en el niño; muchas veces no existe esta detección, por lo que se pasa por alto el problema. En otras ocasiones, aunque se detecten, los padres y maestros no lo canalizan al sitio adecuado y son diagnosticados de manera errónea y tratados inadecuadamente.

Los datos epidemiológicos nacionales recientes, que ha reportado la Secretaría de Salud sobre trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes, indican una alta prevalencia en trastornos hipercinéticos asociados al déficit de atención, trastornos mentales debidos a lesión o enfermedad médica y retraso mental.

Se observa también un incremento en la tendencia al consumo de drogas y alcohol, y una mayor incidencia en depresión, intentos suicidas y violencia.

La población infantil en México se estima en más de 33 millones de niños, de los que un 15% tiene algún problema de salud mental; esto señala que aproximadamente cinco millones de niños presentan trastornos mentales y de éstos, 2.5 millones requieren de una atención especializada.

De los 200 paidopsiquiatras registrados en el país, muchos de ellos no ejercen la especialidad y algunos más se han ido al extranjero; la mayor parte de los psiquiatras que atienden niños están distribuidos en áreas metropolitanas, por lo que algunos estados no cuentan con especialistas para este tipo de problemas, dando como resultado que la atención a los trastornos del desarrollo sea muy limitada. En 1997, la OMS y la OPS señalaron que los programas de salud mental deben dirigir su atención a la promoción y desarrollo psicosocial de la niñez, considerando dos vertientes: el estímulo al desarrollo temprano y la reducción de las conductas violentas hacia la niñez; dichas organizaciones consideran que cuanto mejor las poblaciones logren preservar o recuperar su salud mental, tanto mejor podrán negociar soluciones exitosas y evitar aquellas conductas que añaden nuevos obstáculos.

## **F) Trastorno por déficit de atención**

El trastorno por déficit de atención (TDA) es la afección neuropsiquiátrica más frecuentemente diagnosticada en la población infantil. Se caracteriza por la presencia de inatención e impulsividad; puede darse con o sin hiperactividad en diversos grados, lo que afecta el rendimiento escolar de 7 de cada 10 pacientes, con una comorbilidad frecuente con trastornos conductuales como el síndrome oposicionista-desafiante y el trastorno disocial, así como con trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y del aprendizaje; lo que impacta de una manera importante en la relación social y familiar.

En términos conservadores se estima una prevalencia del 4% en población infantil y adolescente, por lo que en nuestro país existen aproximadamente 1 500 000 niños y adolescentes con este problema; cifra que podría duplicarse, si se toma en cuenta a los adultos que continúan padeciendo TDA.

Actualmente se calcula que 50% de los niños que acuden a un servicio de consulta externa en un centro de salud mental de segundo nivel de atención, presenta este trastorno. Hace algún tiempo se pensaba que dicho trastorno desaparecía en la etapa de la adolescencia; sin embargo, aun en más del 50% de los casos la enfermedad perdura hasta la edad adulta, lo que aumenta el número de personas con este padecimiento.

Hoy día “el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un síndrome neurológico frecuente, caracterizado por hiperactividad, impulsividad e inatención, inadecuadas para el grado de desarrollo del niño. Es el problema de comportamiento más común durante la infancia; constituye la enfermedad crónica más frecuente del periodo escolar y representa un problema complejo, debido a que aparece en edades tempranas, repercute en la vida diaria del niño y existe la probabilidad de que persista a lo largo de la vida” (Cornejo et al., 2005, p. 716).

El TDAH se caracteriza por la impulsividad, hiperactividad e inatención persistentes, es por eso que el DSM-IV-TR lo divide en tres subtipos: hiperactivo – impulsivo, desatento, mixto (Tabla 1).

El TDAH por lo general no se presenta aislado, suele acompañarlo patologías comórbidas como el trastorno bipolar, el trastorno de conducta, ansiedad, el trastorno oposicionista desafiante, entre otras, por lo que es difícil su diagnóstico.

**Tabla 1.**

**Criterios para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad según el DSM-IV-TR**

- (1) seis (o más) de los siguientes síntomas de **desatención** han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente con el nivel de desarrollo.

*Desatención*

- (a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- (b) A menudo tiene dificultad para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- (c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- (d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza las tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe al comportamiento negativista o incapacidad para comprender instrucciones).
- (e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- (f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares domésticos)
- (g) A menudo extravía objetos para tareas o actividades (p. ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- (h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- (i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.

- (2) seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad- impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

*Hiperactividad*

- (a) a menudo mueve en exceso manos y pies, o se remueve en su asiento.
- (b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- (c) A menudo corre o salta en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- (d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- (e) A menudo está en marcha o suele actuar como si tuviera un motor.
- (f) A menudo habla en exceso.

*Impulsividad*

- (g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- (h) A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- (i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej., se entromete en conversaciones o juegos).

- B. Algunos síntomas de hiperactividad- impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los siete años de edad.
- C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., la escuela [o en el trabajo] y en casa).
- D. Deben existir pruebas claras de deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de personalidad).

#### Códigos basados en el tipo

F90.0 trastorno por déficit de atención, tipo combinado [314.01]: si se satisfacen los criterios A1 y A2 durante los últimos seis meses.

F90.8 trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo predominio de déficit de atención [314.00]: si se satisface el criterio A1, pero no el criterio A2 durante los últimos seis meses.

F90.0 trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo impulsivo [314.01]: si se satisface el criterio A2, pero no el criterio A1 durante los últimos seis meses.

*Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2006). **DSM-IV- TR.***

El TDAH tiene sus consecuencias en el ámbito académico, ya que presentan dificultades en el aprendizaje. Así pues, la literatura establece que tienen problemas especialmente con la lectura y muestran un número negativo de resultados, incluyendo una alta frecuencia en el comportamiento disruptivo, sin embargo, estos suelen estar moderados por la edad (Hinshaw, 1992, citado por Pisecco et al., 2001).

Este grupo de pacientes es también más vulnerable a sufrir maltrato infantil, rechazo escolar y aislamiento social; los adolescentes con TDA tienen mayor probabilidad de tener problemas con la justicia, comparados con sus pares que no padecen este trastorno.

La ausencia de tratamiento puede ocasionar fracaso escolar, social y familiar, multiplicando así los riesgos de que se presenten otros trastornos mentales como es el consumo de drogas. Las consecuencias de este padecimiento subrayan la importancia de establecer lineamientos generales para su detección temprana, canalización y manejo oportuno, obteniendo un beneficio para los enfermos y sus familias.

Esto resalta la necesidad de atención y cambio de actitudes por parte de los docentes, las autoridades educativas y los padres de familia; pero también de un mayor esfuerzo en la detección de los signos que deben alertar la posible presencia de alteraciones de este tipo en los menores, tanto como de su

manejo y canalización; pero con énfasis en la prevención a través de servicios específicos en los diversos ámbitos de desarrollo infantil y juvenil.

### **G) Enfermedad de Parkinson**

En el grupo de las enfermedades neurodegenerativas se encuentran aquellas enfermedades o síndromes que involucran la postura y los movimientos, como la enfermedad de Parkinson y los síndromes Parkinsónicos.

La enfermedad de Parkinson se incluye dentro del rubro de enfermedades hereditarias, donde existe una alteración en el cromosoma 4, que afecta núcleos específicos dentro del sistema nervioso central (SNC).

Los síndromes parkinsónicos se inscriben dentro del rubro de trastornos de la postura y de los movimientos secundarios a una enfermedad sistémica o sustancia que afecta de manera directa el SNC, específicamente aquellos núcleos donde se produce el neurotransmisor, dopamina, que se manifiesta con la sintomatología descrita.

La prevalencia es de 1 a 2% en la población en personas mayores de 65 años, un 15% de las personas en edades entre los 65 y los 74 y más de la mitad de todos los mayores de 85 años presentan a la exploración neurológica anomalías compatibles con trastornos extrapiramidales. Se estima que en nuestro país existen alrededor de 400 mil personas que padecen esta enfermedad.

En México la incidencia se estima en 44 casos nuevos por cada 100 mil habitantes, de los cuales la mayor parte de éstos son síndromes Parkinsónicos secundarios a lesión del SNC. Las características clínicas de la enfermedad son el temblor de reposo, rigidez, lentitud en el movimiento, alteración en las funciones mentales como depresión con o sin ideación suicida, ansiedad y psicosis, entre otras.

Con frecuencia la primera manifestación del padecimiento es la depresión, por lo que su diagnóstico en las primeras etapas es difícil de realizar y no es hasta que se agregan los movimientos anormales que se sospecha de esta enfermedad.

Se cuenta con apoyos diagnósticos como los estudios de imagen funcional y de medicina nuclear que permiten detectar las zonas dañadas. El Parkinson es una enfermedad degenerativa crónica, hasta cierto punto controlable, con medicamentos desarrollados actualmente. La evolución natural de este grupo de padecimientos requiere del apoyo constante de una institución que cuente con la infraestructura necesaria como estudios de laboratorio, genéticos, radiológicos de medicina nuclear, investigación básica que permita identificar y diferenciar el padecimiento.

El pronóstico depende del compromiso del paciente y de la familia sobre el tratamiento. El problema aumenta al no contar con la capacidad suficientemente instalada en el primero y segundo niveles de atención para brindar un diagnóstico oportuno y un tratamiento correcto.

#### **1.1.2.3 Atención psicológica en casos de desastre**

La Ley General de Protección Civil define un desastre como: “el estado en que la población de una o más entidades federativas, sufre severos daños por el impacto de una calamidad devastadora, sea de

origen natural o antropogénico, enfrentando la pérdida de sus miembros, infraestructura o entorno, de tal manera que la estructura social se desajusta y se impide el cumplimiento de las actividades esenciales de la sociedad, afectando el funcionamiento de los sistemas de subsistencia”.

En tanto que la anterior definición no abarca la atención que se debe brindar en la esfera psicológica a la población afectada; se hace indispensable contar con una definición más amplia que precise el apoyo psicológico, la cual fue elaborada por el Comité Consultivo Académico del Programa Específico de Atención Psicológica en Casos de Desastre: “un desastre es un evento de tal magnitud que rebasa la capacidad de respuesta de la comunidad y se genera a partir de la interdependencia de agentes perturbadores y grupos vulnerables, sumiendo a la población en el desamparo y sufrimiento, colocándola en la necesidad de recibir asistencia integral que cubra los requerimientos básicos, así como médicos, psicológicos y socioeconómicos.”

La OMS considera que durante un desastre, además de los daños físicos, la población también es afectada psicológicamente antes, durante y después del evento, en un rango aproximado de 36% de los individuos. México, por su ubicación geográfica y sus condiciones socioeconómicas, sufre con frecuencia estas calamidades, sin que se hayan atendido de manera suficiente y organizada los daños psíquicos que éstas ocasionan.

En congruencia y en coordinación con los esfuerzos del Gobierno Federal, en el Programa Nacional de Salud se considera necesario el formular también una estrategia, y su programa de acción correspondiente para atender los problemas de carácter psicológico de la población que se generan a partir de estas catástrofes.

#### **1.1.2.4 Problemas en la atención a los trastornos de salud mental.**

Los principales problemas que enfrenta la atención de la salud mental en México son:

- a. Infraestructura insuficiente, distribución inadecuada y de difícil acceso.
- b. Personal especializado insuficiente y mal distribuido en el territorio nacional.
- c. Carencia de recursos económicos para poder brindar un servicio adecuado en la infraestructura existente.

El promedio de antigüedad de los inmuebles para la atención a la salud mental es de 35 años. De los 28 hospitales psiquiátricos, sólo cinco de ellos se encuentran en buenas condiciones, 18 están en un nivel medio de condición y cinco presentan un deterioro severo.

El término “buenas condiciones” se refiere a aquellas unidades hospitalarias psiquiátricas que cuentan con suficiencia, tanto de recursos humanos como financieros y materiales, en donde su nivel de productividad es adecuado, así como el apego y cumplimiento de la normatividad existente; asimismo cuentan con programas de capacitación y formación de recursos humanos, rehabilitación y reinserción social.

Las unidades en “condiciones regulares”, que son la mayoría y que representan el 64% del total, tienen problemas en su ubicación, déficit parcial de recursos humanos, planta física con bajo nivel

de mantenimiento y un relativo apego a la normatividad vigente, debido a la falta de infraestructura y recursos.

Los hospitales psiquiátricos “con deterioro”, que corresponden a 18%, son aquellos que carecen de una adecuada infraestructura y equipamiento; los recursos humanos son insuficientes para atender a los usuarios y las instalaciones se encuentran en condiciones deplorables

De acuerdo con los datos del Registro Nacional de Infraestructura para la Salud (RENIS) , los recursos para la atención del primer nivel están conformados por más de doce mil núcleos básicos de salud , integrados por un médico y dos enfermeras, de los cuales operan completos menos de 30% y doce estados de la República mantienen un número de núcleos incompletos menores a la media nacional de atención, el Distrito Federal concentra 41% de los psiquiatras y psicólogos institucionales para la población abierta, y únicamente siete estados tienen suficiencia o exceso de psiquiatras y cuatro de psicólogos es decir, uno por 100 mil y uno por 40 mil habitantes, respectivamente.

En Campeche, Chihuahua, Quintana Roo y Zacatecas la carencia de psiquiatras en todos los niveles es casi absoluta, y en Campeche y Quintana Roo ocurre la misma situación con relación a psicólogos. Al interior de los estados estos profesionales se concentran en las ciudades de mayor tamaño y desarrollo.

La distribución de hospitales, profesionistas de la salud y servicios en general se encuentran concentrados principalmente en el Distrito Federal o en estados como Jalisco y Nuevo León, lo que da como resultado una falta de equidad en la distribución de los servicios especializados.

En las zonas rurales la situación empeora puesto que no hay instituciones especializadas para la atención de estos problemas; una visita al profesional de la salud mental representa un día de viaje y un costo elevado. En el nivel local, los curanderos tradicionales y otros agentes informales son consultados.

En el caso de la atención psiquiátrica infantil el problema es aún más serio, ya que sólo existe en la República Mexicana un hospital psiquiátrico que atiende a este tipo de población y que se encuentra ubicado en la Ciudad de México. Aunado a esto, el número de paidopsiquiatras es de 200 en todo el país, número que resulta insuficiente para atender a los niños y adolescentes que presentan algún trastorno psiquiátrico en su desarrollo. Si se toma en cuenta que en México existen poco más de 33 millones de niños se tendría que, en números absolutos, hay un paidopsiquiatra para atender a 200 mil niños.

En cuanto a recursos financieros, del gasto total en salud pública para atender 97 483 000 habitantes, que incluye a todas las instituciones del Sector Salud y que asciende a 117 mil 758 millones de pesos, se destina un gasto aproximado de sólo mil millones para la salud mental, lo que equivale al 0.85%, cifra que es insuficiente de acuerdo a estándares internacionales; la recomendación de la OMS es que se destine un 10% del presupuesto total de salud a la salud mental. El bajo presupuesto se refleja directamente en el nivel de calidad de los servicios.

### **1.1.2.5 Acciones del Estado en materia de atención a la salud mental.**

El Estado Mexicano, a través del Sistema Nacional de Salud brinda atención médica a la población mediante diversas instituciones: en el año 2000, el IMSS ofreció servicios de salud a 31.49 millones de personas; por medio del ISSSTE se atendieron 5.7 millones; los servicios de salud de Petróleos Mexicanos (Pemex), de la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena) y de la Secretaría de Marina (SM) han atendido a un millón de personas; 3.8 millones fueron atendidas por otra institución sin especificar y 55.5 millones de personas no derechohabientes fueron atendidas por la Secretaría de Salud la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol), el DIF y otras instituciones estatales; alrededor del 3% obtiene servicios de salud de más de una institución.

La SSA lleva a cabo acciones en materia de atención a la salud mental, vinculadas con los gobiernos estatales y sus sistemas de salud. Dichas acciones se han enfocado a programas de tipo preventivo, tratamiento y rehabilitación, formación y capacitación de recursos humanos e investigación.

A continuación se describen las acciones del estado en estos rubros, y en el capítulo siguiente se incluyen todos los ordenamientos legales relacionados con la salud mental.

Hasta ahora, a pesar de importantes esfuerzos, la atención a la salud mental no ha respondido a un marco organizado sistemático y eficiente que haya permitido alcanzar resultados significativos; las acciones aisladas no han logrado aún un impacto que permita observar una reducción significativa en la prevalencia de estos padecimientos.

A esto debe agregarse que la complejidad y multicausalidad de los trastornos mentales demandan un tratamiento más elaborado y un involucramiento significativamente mayor de la sociedad.

La información disponible ha llevado al consenso de que aun cuando se encuentra legalmente establecido el carácter en materia de salubridad general y de servicio básico, la atención a la salud mental en la práctica permanece insuficientemente considerada, y como se ha señalado por las más altas autoridades del país, “constituye quizá el área de mayor rezago del sistema de salud en nuestro país”.

#### **1. Acciones de tipo preventivo**

El objetivo fundamental de los servicios para la prevención de enfermedades mentales establecidos en México consiste en favorecer cambios en los estilos de vida de la población, generando actitudes tendientes al auto cuidado de la salud.

La Secretaría de Salud ofrece servicios preventivos en sus centros de salud y unidades hospitalarias en todo el país, aplicando programas de promoción de la salud y de medicina preventiva. A través del Órgano Desconcentrado de los Servicios de Salud Mental, la SSA cuenta con tres Centros Comunitarios de Salud Mental y un Centro de Salud Integral de Salud Mental en el Distrito Federal y con módulos de salud mentales localizados en diversos puntos del país.

Al interior del Sistema Nacional de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cuenta con servicios de psiquiatría y salud mental en hospitales psiquiátricos y hospitales generales de zona, así como en las unidades de medicina familiar.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) se rige actualmente por la ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social (DOF del 9 de enero de 1986), que establece el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impiden al individuo un desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

Esto hace patente que el DIF tiene una marcada orientación hacia la prevención de problemas de salud mental orientándose a la detección temprana de estos padecimientos, con un enfoque eminentemente psicosocial.

## **2. Acciones para el tratamiento y la rehabilitación**

Actualmente la orientación en la atención de las enfermedades mentales es similar al utilizado para cualquier enfermedad médica crónica, en donde se pretende capacitar a los médicos generales del primer nivel de atención, para que puedan llevar a cabo un diagnóstico temprano de la enfermedad mental; esto con el objeto de que puedan tratar este padecimiento o bien referirlo a un segundo o tercer nivel de atención, según sea el caso, en donde el médico especialista establezca el diagnóstico preciso y un programa de tratamiento adecuado; todo esto en el contexto de un sistema de referencia y contrarreferencia, para que éste se siga llevando por el médico general.

El sector salud cuenta con instituciones especializadas, hospitales psiquiátricos, y con un área de atención especial dentro de algunos institutos y hospitales generales para el manejo agudo de la enfermedad, y con un área de consulta externa en donde se llevan a cabo los programas de prevención, atención y rehabilitación del enfermo mental, con personal capacitado para estas actividades y para realizar la investigación del padecimiento. Además, y a diferencia de lo que se hace en otras enfermedades crónicas, en algunas instituciones hay un manejo psicoterapéutico que posibilita el manejo integral del enfermo mental y con ello su más pronta incorporación a la sociedad.

Un importante resultado de este cambio de visión se encuentra en que el paciente transita del hospital psiquiátrico a la comunidad en un menor tiempo posible, lo que a su vez reduce los costos del tratamiento.

Las acciones para el tratamiento de las personas con padecimientos mentales dentro del marco de las instituciones públicas de salud, durante las últimas décadas han seguido un curso evolutivo dinámico en donde se han alternado ciclos de impulso con otros de relativo estancamiento.

En términos de la cantidad de recursos y servicios especializados institucionales, el patrón que les caracteriza es, por una parte, una expansión selectiva insuficientemente planificada en el sector salud y seguridad social, y por la otra, de reducción en términos absolutos de los recursos de atención hospitalaria en instituciones para no derechohabientes.

Aun cuando se favorece la reducción de la permanencia de los pacientes psiquiátricos y su reincorporación a la comunidad y familia, la disminución en el número de camas ha llegado a que en México se tenga una proporción menor en 28% a la recomendación de la OMS, de contar con una cama por cada 10 mil habitantes; además las camas disponibles para internamiento muestran una distribución inequitativa en el territorio nacional.

Las acciones y recursos más visibles en el sistema público para el tratamiento y la rehabilitación de las personas con padecimientos mentales continúa siendo representada por los hospitales psiquiátricos públicos, y en menor medida por otras modalidades de servicio de tipo ambulatorio u hospitalario, mediante los cuales se intenta responder a las necesidades de la población tanto general como usuaria de los servicios.

El desarrollo de los servicios de salud especializados en el sector público no ha tenido un patrón uniforme en el país y se encontraron diferencias muy acentuadas entre las distintas entidades federativas, en donde se representa el indicador de consultas de salud mental por mil habitantes en el año 2001.

Dentro de este contexto el tratamiento y rehabilitación de quienes padecen trastornos mentales y del comportamiento se busca adscribirlo al marco general de la organización de los servicios de salud; es decir, al modelo escalonado de atención, en donde el primer nivel de los servicios constituye el punto de ingreso al sistema y se complementa con los recursos y dispositivos del segundo y tercer nivel de atención.

Adicionalmente, y como un factor a destacarse, se encuentra el hecho de que si bien estos establecimientos tienen como función sustantiva la atención hospitalaria especializada, en la práctica han extendido su proyección en respuesta a la demanda de la población y ante una limitada oferta de servicios en esta materia, con el fin de brindar atención ambulatoria especializada, la cual constituye el eje central de sus actividades.

El tipo de servicio especializado dentro del Sistema Nacional de Salud, predominante en términos de cantidad y distribución, es el Módulo de Salud Mental integrado al hospital general, que proporciona atención ambulatoria y de enlace a través de profesionistas de la salud mental como son médicos psiquiatras y psicólogos clínicos; éstos brindan atención médica y psicológica a todo tipo de usuarios de los servicios por trastornos primarios o secundarios de salud mental.

El número de unidades de este tipo es de más de 250 servicios, distribuidos a lo largo del país, siendo el IMSS la institución pública que dispone de 50% del total, a la Secretaría de Salud le corresponde 30% y el ISSSTE y los otros organismos de seguridad social tienen el 20% restante.

En más de la mitad de estos servicios se dispone de médico psiquiatra y psicólogo clínico, el 30% sólo dispone del recurso de psicología y en otros sólo de psiquiatría.

En la actualidad la SSA mantiene en operación más de 80 módulos de salud mental integrados a centros de salud, los cuales en su mayoría disponen de psicólogo clínico, en otros se tienen trabajadoras sociales y enfermeras. En una tercera parte se dispone de médico psiquiatra y de equipo de salud mental.

Las entidades federativas en donde se dispone de estos servicios son el Distrito Federal, Baja California, Baja California Sur, Jalisco, Sonora, Sinaloa, Nayarit, Guanajuato, Michoacán, Nuevo León e Hidalgo.

Las instituciones de seguridad social en este rubro de servicios han centrado sus acciones en la capacitación del personal de medicina familiar, para que participe en las actividades de salud mental y, sólo de manera eventual, han asignado recursos especializados.

Las unidades especializadas de atención a la salud mental de tipo ambulatorio, durante la última década, han tenido particular desarrollo dentro del sector público; se trata de establecimientos en donde se proporciona atención médica especializada y psicológica a la población.

La Secretaría de Salud en la actualidad dispone de ocho servicios, cuatro en el Distrito Federal y uno en cada uno de los estados de Querétaro, Campeche, Zacatecas y Aguascalientes. En las instituciones de seguridad social, esta modalidad no ha tenido impulso y el IMSS e ISSSTE tienen sólo un servicio de estas características para sus derechohabientes

Recientemente en un esquema de coordinación entre autoridades, profesionistas y prestadores de servicios, así como organizaciones civiles como la Fundación Mexicana para la Rehabilitación de las Personas con Enfermedades Mentales I.A.P., se han puesto en ejecución proyectos cuyo objetivo es reforzar las acciones de rehabilitación psicosocial y en particular generar opciones de tratamiento y complementación a las actividades médico asistenciales.

La rehabilitación psicosocial es un proceso que facilita la oportunidad para los individuos que están discapacitados o impedidos por desórdenes mentales, de alcanzar su nivel óptimo de funcionamiento independiente en la comunidad, reinsertándose en las actividades cotidianas.

En el transcurso de 50 años, la hospitalización disminuyó en términos reales a menos de la tercera parte, al pasar de 7,000 usuarios de larga evolución en 1950, a 1,988 en el año 2000, con una población total del país que pasó de 25.79 millones en 1950 a 97.48 millones en el año 2000.

La Secretaría de Educación Pública ha hecho una labor importante en materia de tratamiento y rehabilitación de niños con trastornos en el desarrollo, a través de la Dirección de Educación Especial.

En la actualidad, los Centros de Atención Múltiple (CAM), atienden alumnos con algún tipo de discapacidad, abarcando desde la educación inicial, a partir de los 45 días de nacidos, hasta la capacitación laboral a los 17 años.

Solamente en el Distrito Federal, cuentan con 660 especialistas en audición y lenguaje, deficiencia mental, trastornos neuromotores, ciegos y débiles visuales, problemas de aprendizaje y menores infractores; cuentan con 27 psicólogos, 93 pedagogos, 6 terapistas físicos, 22 médicos y 105 trabajadores sociales.

Pero, de acuerdo al Prontuario Estadístico de la Dirección de Educación Especial de la SEP, en el período escolar 2000-2001, se atendió a 420, 720 menores, de los cuales 74, 725 lo fueron por deficiencias mentales y, aunque no existen datos sobre los casos atendidos de otros trastornos, los de orden conductual y de aprendizaje se presentan con alta frecuencia.

Las necesidades crecientes de atención en salud mental, requieren programas de intervenciones creativas y científicamente probadas, así como de voluntad política y consenso social para impulsarlos.

En salud mental queda claro que el tratamiento de cualquier padecimiento debe considerar el entorno en el que se desarrolla el individuo propiciando su integración a la sociedad, considerando sus derechos humanos como una guía a seguir para la atención que se le brinde al usuario de los servicios de salud mental.

En México, actualmente se requiere llevar a cabo la transformación estructural de las instituciones psiquiátricas, motivada por los cambios de la atención a las personas con enfermedad mental en el ámbito mundial. Estos cambios se construyen al crear las condiciones que favorezcan la integración social del usuario, mediante estructuras en forma de red de prevención, hospitalización y reintegración social.

#### **1.1.2.6 Avances en Investigación en salud mental**

La investigación en salud mental en México se enfrenta a las mismas dificultades que las de cualquier investigación biomédica del país, agravadas por una serie de problemas en torno a la ética de la investigación científica con este tipo de pacientes y la importante carencia de instituciones y recursos humanos con formación de carrera que alimenten esta disciplina.

Además de que son pocas las instituciones que cuentan con alta tecnología en los laboratorios de neurociencias y en aparatos de imagen de alta precisión como el de Tomografía por Emisión de Positrones o la Resonancia Magnética Nuclear Dinámica. Las pocas instituciones que llegan a tener equipo de alta tecnología no tiene el suficiente recurso humano para publicar una cantidad de trabajos comparable a la observada en los países desarrollados.

Las investigaciones asociadas a los problemas de salud mental se llevan a cabo esencialmente en los siguientes ámbitos: a) clínicas, b) neurociencias y c) epidemiológicas y sociales.

En el campo epidemiológico de la salud mental, el estudio más relevante a nivel nacional, fue realizado por el Instituto Nacional de Psiquiatría, en el marco de la Encuesta Nacional de las Adicciones de 1988, efectuado en una quinta parte de la población urbana seleccionada entre 12 y 65 años ( $n = 2025$ ), a través de una muestra probabilística con representatividad nacional de la población residente en zonas urbanas del país, mediante la aplicación de un cuestionario.

Asimismo, en el área de la investigación psicosocial, el INP ha desarrollado diversas e importantes líneas de investigación en el país en problemáticas específicas como la violencia intrafamiliar y social, los niños y niñas que viven en la calle y otros grupos marginales; también sobre el papel de la familia y la sociedad como factores de riesgo y protección de trastornos mentales, así como de

proveedores de cuidados de salud mental y estudios sobre problemas emocionales en diversas etapas de la vida, como la adolescencia o la tercera edad, entre otros.

A la fecha, se han realizado 534 investigaciones epidemiológicas y psicosociales por parte de esa institución.

### **1.1.2.7 Formación de recursos humanos para la salud mental**

Impulsar programas locales y regionales de comunicación educativa en salud y nutrición, especialmente para la población indígena<sup>2</sup>, con enfoque de género, diseñados con base en investigación formativa y evaluación de mensajes es una de las tareas previstas por la secretaría de salud en sus programas de desarrollo del plan nacional de salud, por lo que representan un nicho importante para la participación del psicólogo

#### **A) Formación en psicología**

Para la formación del psicólogo en la República Mexicana, de acuerdo a datos de la Dirección de Regulación de Instituciones Particulares de la SEP, en 1999 se registraron 107 programas de estudios superiores en el área de psicología, los cuales cuentan con validez oficial.

De estas escuelas, 69 contaban con programa de licenciatura, 11 de especialidad, 26 de maestría y uno de doctorado (véase figura 11). El 55.1% se concentraban en la Ciudad de México, 11.2% se ubicaban en Veracruz, 8.4% se localizaban en Guadalajara, 6.5% en Morelia, 4.6% en Guanajuato, 2.8% tanto para Hidalgo como para Baja California, 1.8% en Puebla y en Chiapas y 9% en Aguascalientes, Nuevo León, Oaxaca, Querétaro y Yucatán

La Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES), de la Secretaría de Educación Pública, reporta para el ciclo escolar 2001, la existencia de 54 carreras o programas de estudio de psicología a nivel licenciatura, impartidos en universidades públicas.<sup>3</sup>

De estos programas 33 son de licenciatura en psicología general, y corresponden a 61.1% del total. Nueve son carreras de psicología educativa, lo que equivale a 16.6%, 4.7% a psicología social con 6 programas, 4 de psicología del trabajo siendo 7.4%, y 2 de psicología clínica con 3.7% (véase figura 13).

Los programas de licenciatura en psicología general se ofrecen con mayor frecuencia en las universidades del D.F., Jalisco y Veracruz con 5.5% cada una del total, seguidas de los estados de Tamaulipas, Durango, Baja California y Estado de México con 3.70% cada una; el resto de los estados está representado cada uno por 1.85% (véase figura 14) .

El programa de licenciatura en psicología clínica se impartía en Querétaro y en Sonora en las universidades estatales respectivas.

---

<sup>2</sup> SECRETARÍA DE SALUD. *Programa Acción: Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas. 1a. Ed. 2001*

<sup>3</sup> ANUIES. Anuario 2003. Estudios de Educación Superior. México. [www.anui.es.org.mx](http://www.anui.es.org.mx)

La ANUIES reportó que en 1998 la licenciatura en psicología ocupó el onceavo lugar de las carreras más pobladas; de primer ingreso registró un total de 9 191 estudiantes de ambos sexos, 34 306 reingresos por año o por semestre, según el plan de estudios, 5 211 egresados en 1997 y 2 895 titulados en ese mismo año.

ANUIES, en su anuario 2003 reportó la existencia de 297 programas de psicología en desarrollo a lo largo del país. De esos programas, el 77% corresponden a psicología general, mientras el enfoque Organizacional (7%), Educativa (3%), Social (3%), y Clínica (2%) suman 15% del total y el resto lo ocupan enfoques diversos de la psicología, como: Psicología familiar, humanística Educativa, de la Adolescencia, o de Ciencias Educativas en Psicología.

En el estado de Chiapas, existen actualmente 17 programas de licenciatura en psicología; que son impartidos por 8 instituciones en 14 escuelas. Estos programas son: 3 en Psicología General; 3 en Clínica, 4 en Ciencias educativas en Psicología; 1 en Social, 1 en Organizacional, 1 en Industrial-Educativa y 1 en Laboral, así como 1 en Psicología del Factor Humano, 1 en Psicología Laboral y 1 más en Psicología de la Adolescencia.

Lo anterior parece confirmar la tendencia regional hacia las áreas Clínica y Educativa, aunque la marcada tendencia a la Psicología general en el resto del país parece tener una visión más bien generalista en los enfoques de contenidos, con lo que se pretende habilitar profesionistas que puedan atender a diversas áreas a partir de su formación escolar.

Sin embargo, de acuerdo con los datos arrojados por la encuesta realizada por la Dirección de Planeación de UNICACH a un grupo de egresados, todo parece indicar que una formación demasiado general deja ciertos vacíos que repercuten en una de las causales por las que ellos manifiestan cierto grado de insatisfacción y preferirían<sup>4</sup>.

## **B) Programa de Acción en Salud Mental**

En cuanto al campo laboral y de aplicación del profesional en psicología, la mayoría se concentra en el área clínica y de la salud. En 1998, la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS, en el área de Asesoría del Programa de Salud Mental y Psiquiatría, registró 261 psicólogos en sus unidades hospitalarias y de servicios ambulatorios.

En ese mismo año, la Secretaría de Salud publicó que con datos de un estudio interno sobre recursos humanos, se contaba con más de mil psicólogos.

La Coordinación de Salud Mental de la SSA, en 1999, realizó una encuesta sobre las funciones del psicólogo en los hospitales psiquiátricos y los centros comunitarios de salud mental, ubicados en el Distrito Federal, dependientes de ésta.

Los resultados obtenidos fueron que se contaba con 124 psicólogos, de los cuales 90% desarrollaba actividades clínicas, 6% realizaba actividades de enseñanza e investigación y 4% desempeñaba funciones administrativas.

---

<sup>4</sup> **UNICACH.** *Escuela de psicología. Estudio de egresados. Documento de trabajo. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México. 1998.*

En 1998, con respecto a la escolaridad, 13% eran pasantes de la licenciatura, 57% tenían el grado básico, 17% contaban con especialidad concluida, mientras que 1% fueron pasantes de especialidad. Asimismo, 4% eran maestros en psicología y 8% pasantes de maestría. No se encontró para ese año psicólogos con estudios de doctorado, y sólo 23% habían tomados cursos de actualización continua (véase figura 16).

Los datos anteriores son representativos de la situación académica y laboral del psicólogo en el sector salud en México; el porcentaje más alto del campo de aplicación es el clínico y sólo dos programas de licenciatura ofrecen esta orientación. Este grado académico obtenido por la mayoría de los psicólogos tiende a formar de base al estudiante en el área clínica, lo cual habla de la falta de herramientas para una atención especializada; siendo que es la práctica más demandada por la población, la capacitación y la enseñanza continua; sin embargo, ocupa un segundo o tercer nivel en las prioridades de este recurso, lo que podemos comprobar con el bajo número de especialistas y maestros en esta disciplina de la salud.

## 1.2 Contexto Microregional

La problemática social del estado de Chiapas tiene diversos aspectos; sin embargo, para poder tener un acercamiento claro, debemos iniciar por reconocer sus características básicas:

### 1.2.1 Ubicación y Características Geográficas del estado de Chiapas.

Con una superficie de 74, 646.25 km cuadrados, es estado de Chiapas se ubica en la llanura costera del Golfo Sur de la República Mexicana. Representa el 3.8% del territorio nacional, compartiendo la región fisiográfica con Campeche, Oaxaca, Tabasco y por características fronterizas, con los estados peninsulares, Yucatán y Quintana Roo. Tiene por Capital a Tuxtla Gutiérrez y lo integran políticamente 118 municipios desde el año 2000.

**MAPA 1. Mapa del Estado de Chiapas.**



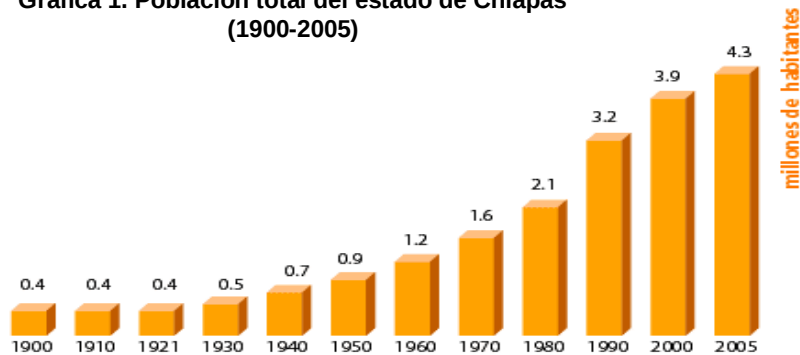
Con un ecosistema compuesto por regiones templadas en un 29%, tropicales húmedas (50%) y tropicales áridas (20%), con más de 3, 000 has. De superficie arbolada, junto con casi 2, 000 has. de otras áreas forestales y casi dos mil más de áreas perturbadas, además de 266 km. De línea costera. Su elevación mayor es el volcán de Tacaná, con 4, 080 metros sobre el nivel del mar y posee 316, 025 has. de áreas protegidas (Encrucijada, la Sepultura y Nah), casi 1% más que Quintana Roo; más de 10% sobre las de Campeche, 19% sobre las de Yucatán. Cerca de 50% más que Veracruz y 95% más que Oaxaca. Se producen casi dieciocho millones de plantas anuales y tiene una superficie reforestada de 17, 188 has.

Su clima es principalmente de cálido a templado húmedo y de cálido a templado subhúmedo con temperatura media entre los 10 y 25 grados centígrados y la precipitación pluvial promedio anual va de los 1000 a más de 4000mm, Chiapas responde a una vocación naturalmente agropecuaria, agroforestal, pesquera e hidroeléctrica, tanto como crecientemente turística.

### 1.2.2 Características de la Población del Estado de Chiapas

Las cifras del II Censo de Población y Vivienda 2005, señalan que la población del estado de

**Gráfica 1. Población total del estado de Chiapas (1900-2005)**



Chiapas asciende a 4,293,459 habitantes, lo que constituye el 4.3% del total del país. Para el año 2005 el estado ocupó el 7º lugar entre todas las entidades del país según el tamaño de su población, sólo después de México, Distrito Federal, Veracruz, Jalisco, Puebla y Guanajuato. La densidad de población en el estado asciende a 53 habitantes por kilómetro cuadrado.

FUENTE: INEGI. II Censo de Población y Vivienda 2005

El crecimiento de la población en el estado, lo cual se observa en los resultados del XII Censo de Población y Vivienda del 2000 en que la población ascendía a 3'920,892 habitantes y ocupaba el octavo lugar a nivel nacional, para el II Censo de Población y Vivienda 2005 creció a 4'293,459 y ocupa el 7º lugar a nivel nacional

Los índices de crecimiento demográfico del Estado son los más alto de México. La pirámide poblacional muestra una base particularmente amplia, eminentemente compuesta por jóvenes. Más de la mitad de la población vive en localidades rurales dispersas y con poca población y el resto de sus habitantes vive en las zonas urbanas. Estas características demográficas exigen pensar en la necesidad de instrumentar modelos de atención que permitan una mayor cobertura de servicios sociales, educativos, de salud institucionales con calidad y equidad.

Chiapas es el estado con menor edad promedio en la república mexicana, junto con Guerrero y Oaxaca (19 años). El 38% de sus habitantes tienen menos de 15 años y poco más del 50% tiene entre 15 y 65 años o más de edad.

Su tasa global de fecundidad (23%), lo coloca en el segundo lugar de la federación, con 0.2 puntos porcentuales por encima de la media nacional y en el primero por su tasa de natalidad de 21 niños nacidos por cada mil habitantes al año, 3 más que en todo México, en el año dos mil.

Es importante señalar que en 1990, en Chiapas había 156 niños de 0 a 14 años de edad por cada 9 adultos varones (30 a 59 años) y para el año 2000, la relación cambió a 120 niños por cada 7 adultos de la edad señalada; pero en la relación proporcional respecto a adultos mayores, pasó de 669 por cada 7 (varones de 60 o más). En el caso de las mujeres, de 144 niñas por cada mujer de 30 a 59 años en 1990, pasó a 107 por una; y en el caso de las adultas mayores, la relación cambió de 584 por cada una en el 90, a 432 por cada una. El fenómeno es consistente con el desarrollo de la tendencia nacional de engrosamiento de las cohortes etarias de los adultos jóvenes y los adultos mayores frente a una casi estacionaria tasa de crecimiento en las cohortes de menor edad, con lo que ello significa para la planeación de los servicios requeridos connaturalmente a la prolongación de la vida y a la incorporación de numerosas opciones de empleo y permanencia en el mismo, solo por mencionar algunos además de los requerimientos de salud y las variables de alteración de conducta y salud mental para el estado y el país.

La expectativa de duplicación poblacional es de once años menos que la del país en su conjunto (pasó de 3'210, 296 habitantes en 1990, a 3'920, 892 en el 2000, con una tasa de crecimiento anual de 1.22%, ocupando el quinto lugar regional, con .55% menos que Quintana Roo y .22% más que Veracruz.

De la misma manera, es relevante señalar que su población se distribuye en 19, 455 poblaciones, es decir, el 30.6% del total de comunidades en la región ocupada por Campeche, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán. Ocupa el segundo lugar entre ellos en número de comunidades con población menor a 50 habitantes, y en promedio, el tercero general de la región, con una densidad de 50 habitantes por kilómetro cuadrado, tres por debajo de la media nacional.

Actualmente, doce de los 118 municipios en Chiapas promedian una tasa de crecimiento poblacional mayor al del estado, incrementando la tendencia de urbanización de la población, agravada en algunos lugares por el fenómeno migratorio, especialmente a los Estados Unidos de Norte América. Sin embargo ocupa el lugar 32 en cuanto a expectativa de vida al nacer, con un promedio de 73.5 años, dos por debajo de la media nacional, y el 25° en tasa de mortalidad anual, pues tiene un promedio de 4 defunciones por cada mil personas al año, apenas 0.5% menos que todo el país

Las causas más frecuentes de fallecimiento en el estado de Chiapas, están relacionadas con enfermedades virales e infecciosas, especialmente antes de los cinco años de edad; pero es alto el índice de causas no relacionadas con enfermedades de este tipo, sobre todo en edades mayores y adultas. El suicidio, aunque relativamente ha incrementado poco su presencia, por lo menos en los datos censales, pone a Chiapas en el lugar 32 respecto al país, con un 2.5% de incidencia, especialmente entre adultos jóvenes y solteros

El cáncer pulmonar, asociado al tabaquismo en un 80% de los casos, la cirrosis hepática, asociada a alcoholismo en 25% de los fallecimientos por esa causa, así como en el caso de los suicidios y homicidios representan el 10% de la causalidad de muerte en el estado, con las consecuencias previsibles de angustia, pena y sufrimiento de las familias y la sociedad estatal.

La relación matrimonial en el estado se realiza cada vez más en edad adulta joven, entre 20 y 25 años es la mayor incidencia; pero también el índice de divorcios, por el que Chiapas ocupa el 28º lugar nacional se da en una tasa de 6.6% (5.4 menos que el promedio nacional), especialmente entre parejas con más de cinco años de matrimonio. Ello explica, por lo menos en principio, que en el estado halla al frente de las familias solamente la pareja femenina en casi 17 de cada 20. El promedio nacional es de 20.

Mayoritariamente la población de 5 años y más de edad profesan el catolicismo, aunque la composición socio religiosa mixta ha sido históricamente generadora de fuertes conflictos de intolerancia. De los 2'710, 258 habitantes de 5 años o más en el estado, el 26% hablan lengua indígena. De ellos, cerca de 300, 000 no hablan español, de acuerdo con el XII CNPV 2000, y el 13% son analfabetas; condición imperante sobre todo en las mujeres chiapanecas de esta cohorte etaria, solo por debajo de Veracruz, que tenía en el año censal casi 100, 000 analfabetas más.

Es importante señalar que entre el 2001 y el 2004, el estado atendió 167 conflictos de orden religioso. Así como el hecho de que el 2004 ha sido el año de mayor inversión en infraestructura para el desarrollo humano, lo que ha permitido disminuir el número de acciones preventivas por la censal disminución de fármaco dependencia en un 16% entre 1999 y el 2004, lo que pone a Chiapas en el 8º lugar nacional por este rubro, con casi 4, 000 acciones de prevención. Sin embargo las adicciones a productos como el alcohol, la marihuana, la cocaína y los inhalantes siguen siendo los más consumidos. Para 2004 se llevaron a cabo 3831 eventos de casos y denuncias por violencia intrafamiliar en el estado, y el índice de delitos del fuero común llegó a más de 30, 000 casos.

Aunque se toca también en el apartado de educación especial, el tema de la discapacidad en el estado es importante; 11 centésimas de punto porcentual abajo del promedio nacional, Chiapas tiene 1.27% de la población con algún tipo de discapacidad, entre los que más se presentan están los relativos a motricidad, trastornos auditivos y del lenguaje, problemas de lenguaje y del aprendizaje, además de los relacionados con demencia.

La infraestructura de atención a la salud ha crecido en el estado, pero aún así, solo el 17% de los chiapanecos son derechohabientes de servicios médicos. Existen más de 1, 500 unidades de consulta externa, 42 hospitales (ninguna para padecimientos psiquiátricos), y 73 unidades de rehabilitación, con 2254 médicos, de los cuales 1154 son especialistas. Dentro de ese número, sin determinación, se incluyen los psicólogos, considerados como personal paramédico. EL censo menciona que existía un solo centro de atención a farmacodependientes en el año 2000 en el estado.

Sin pretender exaltar solamente los aspectos de deficiencia y problema en el estado, es importante ver en lo anterior, condiciones propicias para la alteración de las conductas y afecciones al proceso de aprendizaje de los individuos que requieren atención si se desea potenciar el capital humano de Chiapas, pero también de la región que comparten estados con características semejantes pero también contrastantes en diversos aspectos, excepto en la necesidad de atender a los aspectos clínicos y del aprendizaje derivados de los aspectos que comparten.

### **1.2.3 Características Económicas del Estado de Chiapas**

Chiapas es una de las entidades de México con mayor grado de heterogeneidad social, económica, cultural y de recursos naturales (petróleo, gas, bosques y selvas). Por su ubicación geográfica es el

corredor natural hacia Centroamérica. Como parte de una república, “depende de un gobierno central que impone una dinámica mediante la inversión pública para el desarrollo económico y social, y determina en gran medida la vida política a través de la red de instituciones federales” (Villafuerte, 2001, p. 18).

Chiapas presenta los más bajos niveles en los índices de desarrollo del país. La vida de la mayoría de las personas transcurre en condiciones de pobreza y marginación, que se expresan en desnutrición, analfabetismo, bajo rendimiento escolar, enfermedades asociadas a la pobreza, viviendas construidas con materiales frágiles o de desecho, localidades sin servicios básicos, actividades productivas agropecuarias de autoconsumo y subsistencia, y fenómenos de emigración.

El sector primario constituye el eje fundamental de la economía ya que sus campos, valles, montañas y selvas guardan un enorme potencial. En este sector se encuentra el 47.25% de los trabajadores del estado, es decir 570,169 personas. La Agricultura en la entidad tiene un fuerte desarrollo hacia los valles interiores y hacia la porción sureste de la llanura costera. La mayor parte de ella tiene carácter temporal, excepto en algunos valles al norte de la presa la Angostura y hacia las inmediaciones de Tapachula en la parte sur. En la región interior del estado se cultiva principalmente maíz, caña de azúcar y frijol, hacia la costa se cultiva plátano y café en la zona de montaña. El Pastizal tiene gran importancia en el estado, la ganadería se desarrolla principalmente en las llanuras del norte del estado, en los alrededores de Pichucalco y Catazajá, donde existen amplias extensiones con praderas cultivadas, también hacia la llanura costera se cuentan con valiosos recursos forrajeros; las principales especies cultivadas en el estado son: Estrella africana, Pangola y Guinea. Hacia el interior del estado los pastizales son inducidos al eliminar la cubierta natural de bosque o selva y éstos, se mantienen mediante el empleo del fuego aplicado de manera periódica.

La entidad chiapaneca es un estado predominantemente rural, de gran parte de las actividades agropecuarias depende el sustento de la mayoría de la población, aspecto por el cual, la tierra sigue constituyendo el elemento central de la vida de miles de chiapanecos. Debido a que la productividad de este territorio es notable, la superficie con uso agrícola alcanza 2, 094,371.2 de hectáreas sembradas (entre cultivos cíclicos y cultivos perennes).

El estado de Chiapas se destaca por ser:

- Primer productor de mango Ataulfo con un 47.7% de producción nacional.
- Primer productor de papaya Maradol con un 33.8% de producción a nivel nacional.
- Primer productor y de café Cereza con una producción de 35.6% de la producción nacional.
- Primer productor de Plátano con un 57.8% de la producción nacional.
- Segundo productor de Cacao con 33.5% de toda la producción nacional.
- Segundo lugar en producción de Cacahuete con el 21.9% de lo que se produce en nuestro país.
- Segundo productor de Soya a nivel nacional produciendo un 17.2% del total nacional.
- Segundo lugar en producción de Pastos y Praderas en verde con un 20.1% de la producción en México.

El Producto interno bruto del estado creció en promedio anual 2.9% de 1994 a 2004, 0.2% más que el promedio en el mismo lapso, de todo el país. Aunque pasó del 3.8% al 3.5% entre 2003 y 2004,

se ubicó 0.2% arriba del promedio nacional de crecimiento del PIB, que fue del 3.1%. El PIB de Chiapas lo integran en un 21% los ingresos por servicios comunales, sociales y personales, mientras el 20% lo conformaron los servicios financieros. Las labores agropecuarias, silvícola y pesqueras aportan el 15% y el comercio, restaurantes y hotelería, conformaron el 13%. La electricidad, gas y agua, generaron el 10% del PIB de Chiapas. El turismo 8%, la construcción 7%; 4% fu aportado por su industria manufacturera y 2% por minería.

El Producto interno bruto ha tenido un crecimiento promedio entre cada una de las actividades que lo integran de casi 3% en 2002; especialmente apoyado por el sector construcción, que se elevo en casi 11 puntos porcentuales del 2001 al 2002. el panorama general habla de un paulatino proceso de recuperación. Para 2004, la inversión en infraestructura productiva se elevó en casi 200 puntos porcentuales respecto al 2003.

El estado posee el 3er lugar nacional en tasa de dependencia por edad; así como una PEA de un poco más del 47%. Su tasa de desempleo en el 2000 promedio 1.3% en el estado, frente al 1.6 nacional. La mayor parte de la PEA se ocupa en el sector primario (47.25%) y otra porción importante en el sector de servicios (37.3%); solo el 13% en el sector secundario.

En cuanto a percepciones, el 22% no recibían salario; 33% recibía menos de un salario, 20% de 2 a 5 salarios y 13% más de cinco salarios. Para el segundo trimestre del 2004, Chiapas promediaba ya 2.2% de desocupación laboral, predominando como causas la insatisfacción en el trabajo (24%), la falta de experiencia (22%), la finalización de contrato (22%), 10% por despido y 22% por otras causas; de tal modo que para mediados del 2004 tenía ocupación sólo el 30% de la población económicamente del estado.

Del personal ocupado, solamente el 1.8% reportaron ser profesionistas. 11.5% de la PEA se dedica a servicios personales, sin determinar a quienes se ocupan en el sector público; pero más del 40% de la población ocupada reporta trabajar por su cuenta.

El número creciente de población, el reparto agrario y una política económica y social que ha obedecido a la lógica del mercado y de respuestas inmediatistas a los conflictos agrarios que se han escenificado desde la década de los setenta, han llevado al predominio de un minifundismo por demás improductivo y que limita la participación de la gran mayoría de los productores agrarios en un mercado global y altamente competitivo y, por el contrario, se fortalece una economía de autoconsumo, lo que implica marginarse del mercado mundial y encerrarse en espacios reducidos.

Algunos estudiosos señalan que Chiapas tiene muchos recursos naturales y que a pesar de eso tiene una población muy pobre, pero en realidad, dice Juan Pedro Viqueira (1999), el problema más bien reside en que no hay un proceso de industrialización, ya que los pueblos basan su riqueza más que en los recursos naturales, en la transformación de esos recursos. Se afirma que los chiapanecos no tienen una mentalidad empresarial que invierta en la industria, “pareciera que todos tienen vocación de ganaderos, agricultores y comerciantes” (Villafuerte, 2001, p. 268).

Tenemos que reconocer el crecimiento demográfico, el desempleo, la política agraria, la migración del campo hacia la ciudad, de alguna manera han contribuido al crecimiento de las ciudades, ello ha configurado nuevas situaciones y problemáticas urbanas, que implica la constitución de una población que demanda servicios públicos (salud, educación, agua, etc.) y participación política y un

proceso de terciarización de la economía ante la falta de industrias y del crecimiento de la economía informal.

La globalización ha sido desfavorable para una entidad que está en el subdesarrollo del subdesarrollo, pues el mercado requiere de profesionistas educados para el trabajo y altos niveles de competitividad. A partir de esta condición se ha puesto en la mesa de la discusión las funciones sustantivas de las IES, las fuentes de financiamiento, los programas educativos, los modelos pedagógicos y de investigación, las necesidades de evaluaciones permanentes y de un nuevo tipo de relación de la IES con el Estado y la Sociedad.

En este contexto de la globalización, las IES tienen que enfrentarse a la necesidad de desarrollo de la actividad de investigación científica y humanística que aún es incipiente por la ausencia de un sector industrial o agroindustrial que demande nuevos conocimientos y tecnologías para el desarrollo de la productividad en Chiapas, en ese sentido es imprescindible la promoción de áreas de formación de profesionistas que impulsen núcleos de desarrollo económico que permitan crear una economía competitiva al nivel internacional, para ello se hace necesario fortalecer la calidad y diversificación de proyectos educativos vinculados a los sociales y productivos de la entidad, al mismo tiempo que responda al contexto de una sociedad del conocimiento y de las necesidades y demandas propias de la región.

#### **1.2.4 Características educativas del Estado de Chiapas.**

La escolaridad promedio de la PEA en el estado alcanza 6.2 grados de escolaridad, y de las 2'430, 179 personas que en Chiapas tienen 15 años y más, el 50% no tienen instrucción o no terminaron la primaria. Menos del 20% completaron la primaria, mientras el 5% no completó la secundaria, el 11% si lo hizo; 10% termino el bachillerato y solo un 6% tenía estudios de nivel superior.

La población de 18 años y más en Chiapas durante 2002 (2'012, 925), representaba el 18% de la población total de la región sur-sureste. El 90% de ellos no tenían instrucción de nivel superior. Mientras el 0.05% de estas personas tenían 6 o más años de instrucción y grados aprobados en nivel superior, ocupando el 4° respecto a los estados de la región;. Y el tercero (0.27%) por el número de personas de esta cohorte de edad que tenían estudios de maestría o doctorado en el estado. El 1.08% no especificaron la información.

El promedio de instrucción para el estado abarcaba en el año del censo 5.9 grados y de la población de entre 6 y 14 años que no sabían leer ni escribir sumaba más de 200 mil infantes (201, 277); poco más del 50% eran mujeres mientras más de medio millón de personas con 15 años o más eran analfabetas (522,608), la mayoría eran mujeres también (más de 300,000).

Es importante soslayar, que la estructura del presupuesto de educación en el estado, presenta grandes dificultades, ya que casi la totalidad de los recursos financieros se destinan al pago de sueldos y salarios. A pesar de esta condición el recurso destinado a la educación no presenta incrementos significativos para solventar las dificultades.

### **a) Educación Especial.**

El propósito de este servicio, es ofrecer oportunidades educativas y satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje de todas las personas con o sin discapacidad que demanden educación y presenten necesidades educativas especiales. A través de la educación básica, se proporciona ésta modalidad proporciona atención educativa por nivel y grado con el apoyo de las Unidades de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER) y los Centros de Atención Múltiple (CAM). Las USAER brindan apoyo a los alumnos que presentan necesidades educativas especiales, acordando con el docente de grupo las estrategias educativas y de evaluación así como las actividades que favorezcan el proceso de enseñanza aprendizaje, además de brindar la orientación a la población y padres de familia de la comunidad educativa. El CAM es la institución que tiene a su cargo atender a la población con discapacidades severas que impiden su incorporación a la escuela regular.

Este servicio se ofrece a 6 mil 196 alumnos, con la participación de 736 docentes adscritos a 97 Centros de Atención Múltiple (CAM) y Unidades de Servicio de Apoyo a la Educación Regular (USAER), propiciando la integración de los menores mediante la aplicación de métodos, técnicas y materiales específicos.

En el estado de Chiapas se atendió, en el año 2000, a 6, 918, niños, en 8 Centros de Atención Múltiple, es decir, al 2.2% del total nacional y el 14% de los que recibieron el servicio a nivel regional (48, 712) menores con alguna forma de discapacidad. Solo Veracruz y Tabasco presentan cifras mayores (42% del total regional. Campeche, Oaxaca, Quintana Roo y Yucatán (43% del total regional)

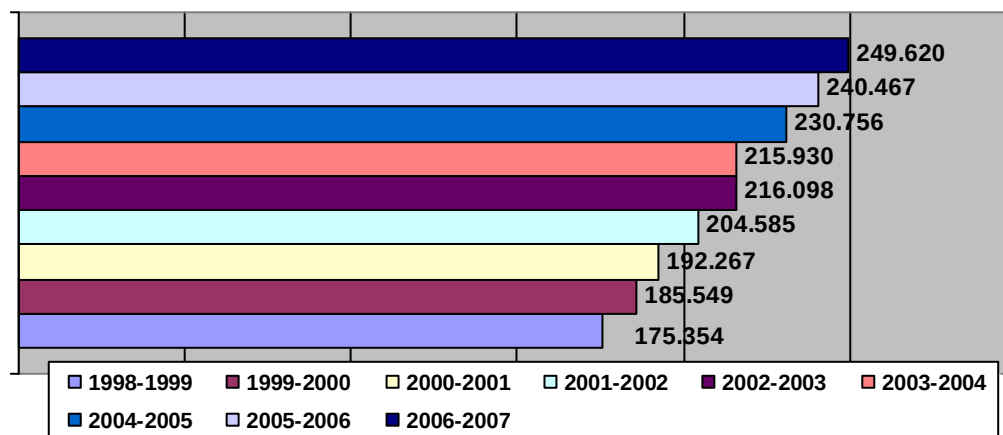
En el estado, consistentemente, con la tendencia nacional y regional, registraron 6, 918 menores atendidos, de los que el 57% fueron de problemas de aprendizaje; 6.76% de problemas de lenguaje, 11% de deficiencia mental, entre otros, de los que el 2.15% (149) fueron de intervención temprana, realizándose 1, 234 diagnósticos. Estos números, colocan a Chiapas en el tercer lugar de la región sur-sureste de México en atención a estas necesidades, donde se prestó atención al 15% del total nacional, donde los trastornos auditivos y de lenguaje representan el 18% de los requerimientos, seguidos de las deficiencias mentales (16%) y los problemas de aprendizaje (17%), así como los problemas de lenguaje (11%).

Para el ejercicio 2003-2004, Chiapas contó con casi 17, 000 escuelas para una matrícula de 1'451, 000 estudiantes, de los cuales, el 85% cursan educación básica; 10% los hacen en media superior; poco más del 4% en educación superior y casi 2% en capacitación para el trabajo. A estos alumnos, los atienden 65, 250 maestros.

### **b) Educación básica**

La atención a la demanda de preescolar ha aumentado de manera constante. Así tenemos que en el ciclo 2000 - 2001 se atendió a 192,267 niños; para el ciclo 2002 - 2003 esta población aumentó a 216,098 alumnos, observando una leve disminución en el ciclo escolar 2003-2004 donde se atendieron a 215,930 niños, de este ciclo al periodo 2006-2007 la atención de este nivel se incrementó a 33,60 alumnos al atender en este ciclo 249 mil 620 niñas y niños, a través de 11 mil 690 docentes adscritos en 6 mil 923 centros escolares.

**Gráfica 2. Matrícula de preescolar 1998 – 2006.**



Fuente: Estadísticas de la Secretaría de Educación del estado de Chiapas.

En el ciclo 2004-2005, el estado conservó en cobertura, la segunda posición en la tabla nacional, con una diferencia de centésimas con respecto al primer lugar. Para el ciclo escolar 2005-2006 al igual que en el año 2000 se ubicó en la cuarta posición, con una matrícula total de 240, 467 niños.

### **Educación Primaria**

La educación primaria es el segundo nivel de la educación básica. La demanda social de éste lo constituyen los niños en un rango de edad de 6 a 11 años. La cobertura en el ciclo escolar 2006-2007 alcanzó una atención de 769 mil 982 niñas y niños, con la participación de 29 mil 333 docentes, adscritos en aproximadamente 8 mil 579 centros escolares, lo que sitúa a Chiapas en la primera posición nacional de atención a la demanda, en este nivel educativo.

Al inicio del ciclo escolar 2000-2001 los índices de deserción en primaria, eran del orden de 2.2%; de reprobación el 11.1% y de eficiencia terminal del 68.4%. Para el ciclo escolar 2004-2005, se registró un índice de deserción de 1.2%, de reprobación de 7.6% y de eficiencia terminal 83.4%. El periodo analizado muestra una disminución de un punto porcentual en el índice de deserción; 3.5 puntos porcentuales en el índice de reprobación y el incremento de la eficiencia terminal en 15 puntos porcentuales.

En educación primaria, la tasa de deserción es la más alta del país; la de reprobación es la segunda más alta; la de eficiencia terminal es una de las más bajas de la nación. Estos tres indicadores conforman un panorama preocupante; a ello, debemos sumar el hecho de que la población en Chiapas tiene un grado de escolaridad de 6.1 años y que 19 de cada 100 habitantes no saben leer ni escribir, lo que también representa el índice más alto del país.

### **Educación Indígena**

La modalidad de la educación indígena, ofrece el servicio en los niveles de preescolar, primaria, secundaria y alfabetización para adultos. En los últimos cinco años, la atención a la demanda se ha incrementado en un 23.6%. Esta modalidad cuenta con programas institucionales en beneficio del

desarrollo educativo y recreativo de las comunidades, así como para la continuidad de estudios a través de becas en el nivel primaria, secundaria y educación media superior.

El propósito de esta modalidad es formar a los alumnos atendiendo a las particularidades y características étnicas de cada grupo indígena, busca en el corto plazo, ubicarse en una perspectiva intercultural, se ofrece en localidades indígenas de alta marginación, dispersas y, algunas escasamente pobladas, donde habitan las cinco principales etnias de la entidad: tzeltal, tzotzil, chol, tojolabal y zoque.

Esta modalidad atendió en el ciclo escolar 2006-2007 donde se registra 318 98 alumnos distribuidos en 27,047 grupos, que reciben educación en 5,996 escuelas atendidos por 12,814 esto representa un aumento considerable de la atención respecto al ciclo anterior (Cuadro 5)

Cuadro 5. Educación Indígena 2006-2007

| ALUMNOS | GRUPOS | DOCENTES | ESCUELAS |
|---------|--------|----------|----------|
| 318,098 | 27,047 | 12,814   | 5,996    |

Fuente: Estadística Básica de la Secretaría de Educación

## Educación Secundaria

La educación secundaria es el tercer nivel de la educación básica y su demanda potencial la constituyen los niños en el rango de edad de 12 a 14 años, la finalidad de este nivel es dar continuidad y profundidad a los estudios de primaria, se cursa en tres grados y cierra el ciclo de la educación básica. Actualmente los logros de este servicio educativo no corresponden a las expectativas de la sociedad, en virtud de que escasamente promueve aprendizajes significativos, que aporten a las y los jóvenes una base sólida para la educación continua a lo largo de la vida laboral y ciudadana.

Se imparte en las modalidades de secundaria general, telesecundaria, secundaria técnica y para trabajadores. Cabe señalar que la modalidad de telesecundaria es la que ha experimentado el mayor crecimiento en los últimos años, este comportamiento de la oferta educativa se debe a que una mayor población sin atender, se localiza en las zonas rurales, contexto a los cuales está dirigida principalmente.

En el ciclo escolar 2000 – 2001, 289,910 niños se encontraban entre los 12 y 14 años de edad, un 15% más (37,652) de los que demandaron educación siete ciclos escolares antes (252,258). En el ciclo escolar 2006-2007 la matrícula atendida fue de 253,465 alumnos, un número significativamente mayor que los inscritos en 1993 - 1994 (121,357), incremento que significó incorporar a 132,108 alumnos más. El estado de Chiapas, ocupa en el ámbito nacional, el primer lugar en menor reprobación de alumnos, en este nivel educativo.

Para el ciclo escolar 2006-2007 se ofertó el servicio a 253 mil 465 alumnos, atendidos por 12 mil 451 docentes, en mil 770 centros educativos.

En el siguiente cuadro (Cuadro 6) se compara la matrícula de secundaria de los últimos siete ciclos escolares, en el cual se observa que la modalidad de telesecundaria es la que ha registrado el mayor crecimiento, seguida por la secundaria técnica federal y la secundaria general estatal y subsidiadas. En estos últimos años el aumento en este nivel educativo ha sido constante.

**Cuadro 6. Evolución de la matrícula en Secundario 2002-2007.**

| Nivel / modalidad de secundarias | CICLOS ESCOLARES |              |              |              |              |
|----------------------------------|------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|                                  | 2002<br>2003     | 2003<br>2004 | 2004<br>2005 | 2005<br>2006 | 2006<br>2007 |
| General estatal y subsidiadas    | 31,753           | 32,411       | 33,053       | 38,659       | 40,995       |
| Indígena CONAFE                  | 0                | 0            | 92           | 55           | 139          |
| General federal transferida      | 37,123           | 38,427       | 38,796       | 37,926       | 37,672       |
| Técnica Federal                  | 62,604           | 65,124       | 65,241       | 61,233       | 63,249       |
| Para trabajadores federal        | 1,348            | 1,208        | 1,129        | 878          | 959          |
| Telesecundaria                   | 99,244           | 105,464      | 108,603      | 102,560      | 110,450      |
| TOTAL                            | 232 072          | 242 634      | 246 914      | 241,311      | 253,465      |

Fuente: Informe de labores 2005 SEP.

En la actualidad, de cada 100 jóvenes que concluyen la secundaria, 94 ingresan a las escuelas de educación media. Para formarse e incorporarse al sector productivo o continuar con sus estudios de tipo superior.

En cuanto a la reprobación de este nivel, ésta disminuyó en 7.43% en los últimos siete ciclos escolares, al llegar a 12.52% en el ciclo 2000 - 2001. Resulta preocupante que el número absoluto de reprobados aumentó, en el mismo periodo, en 672 alumnos. En el ciclo 1993 - 1994, la reprobación en secundaria (19.9%) era menor a la nacional (24.7%). Este índice se redujo hasta un 12.5% en el ciclo 2000 - 2001, casi la mitad del índice nacional (20%). Es evidente que este indicador, en los últimos seis años, en general, reducido la deserción entre los ciclos 1993 - 1994 y 2000 - 2001 disminuyó en casi 2 puntos porcentuales.

Para el ciclo escolar 2004-2005 el índice de absorción de este nivel fue de 89.2%; el índice de reprobación registrado es de 11.9%; el de deserción de 5% y la eficiencia terminal de 73.6%. En cuanto a la cobertura el índice nacional fue de 88.2% y el estatal de 80.7%.

### **c) Educación Media Superior**

En Chiapas existen ocho subsistemas que imparten educación media en las distintas modalidades: la Secretaría de Educación da atención educativa de carácter propedéutico, bivalente; el Colegio de Bachilleres de Chiapas (COBACH) y el Centro de Estudios de Bachillerato, tienen carácter propedéutico; el Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de Chiapas

(CECyTECH), la Dirección General de Educación Tecnológica Industrial (DGETI), la Dirección General de Educación Tecnológica Agropecuaria (DGETA) y la Unidad de Educación en Ciencia y Tecnología del Mar (UECyTM) ofrecen modalidades bivalentes, así como el Colegio de Educación Profesional Técnica del Estado de Chiapas (CONALEP). Estos cinco últimos están incorporados al Sistema Nacional de Educación Tecnológica.

Para el año 2000, la población inscrita en educación media en el estado se distribuyó de la siguiente manera: el bachillerato propedéutico atendió el 70%, la modalidad bivalente el 25% y educación terminal el 5%. Del total de la matrícula, el 80% se atendió en escuelas públicas y 20% en particulares. Es importante destacar que este tipo de educación, actualmente da cobertura a la población rural a través del programa de Educación Media Superior a Distancia (EMSAD).

Durante el período 2000-2005 se establecieron 27 nuevos Colegios de Bachilleres y 55 Centros de Educación Media Superior a Distancia (EMSAD). En el siguiente cuadro se muestra la estructura educativa de este nivel en el ciclo escolar 2006-2007, de ésta se recupera la matrícula existente que constituye la demanda real del nivel superior.

En el ciclo escolar 2006-2007 este nivel impartió educación a 158 192 alumnos en 554 escuelas, distribuidos en 4,699 grupos atendidos por 8,853 docentes (Cuadro 7).

**Cuadro 7. Educación media (total) estructura del servicio ciclo escolar 2006-2007. Inicio de curso.**

| Alumnos | Grupos | Docentes | Escuelas |
|---------|--------|----------|----------|
| 158,192 | 4,699  | 8,853    | 554      |

Uno de los problemas que enfrenta la educación media es la diversidad de planes y programas de estudio, lo que impide la movilidad de una institución a otra y la posibilidad de establecer equivalencia en estos estudios; además, la falta de pertinencia, ya que los planes y programas no corresponden a los nuevos conocimientos que se generan en el mundo y son pocos los que promueven el aprendizaje de la ciencia y tecnología.

En los jóvenes que ingresan al nivel superior, se han encontrado deficiencias como problemas de comprensión de lectura, redacción de textos, capacidad de razonamiento lógico, falta de motivación para el estudio; aunado a su insuficiente formación en las distintas áreas del conocimiento, sobre todo en ciencias exactas y experimentales.

Mientras que la oferta del bachillerato bivalente y la educación profesional técnica no satisfacen las expectativas de alumnos, ni del sector laboral al que han de incorporarse. Prevalece en la mayoría de las modalidades, desvinculación con el sector productivo.

La diversidad geográfica y la alta dispersión de la población conllevan a situaciones que dificultan la prestación de los servicios. De los 118 municipios que existen en el estado, 101 ofrecen el servicio educativo del tipo medio. Mientras que en algunas regiones la demanda es superior a la

oferta, en otras sucede lo contrario, y en el caso de las zonas marginadas los servicios son insuficientes en número y calidad.

Sobre la base de las estadísticas de inicio y fin de curso de la Secretaría de Educación, el indicador de absorción de egresados de secundaria durante el período 1998-2000 fue mayor en relación con el número de alumnos que egresan. En el año 2000 fue de 110.3%; esta cifra permite suponer que la población que concluyó su educación secundaria, en ciclos escolares anteriores, se ha incorporado paulatinamente a la educación media, además del fenómeno de migración y movimiento poblacional en la entidad. Subsisten desajustes entre la oferta y la demanda debido al rápido aumento del número de aspirantes, la inadecuada operación de los mecanismos de concertación interinstitucional y la ineficacia de la orientación educativa.

Durante el ciclo escolar 2000-2001 la eficiencia terminal del nivel medio en la entidad fue del 57%. Aún cuando la educación media ha experimentado un crecimiento significativo en los últimos años, la infraestructura educativa presenta características que limitan el proceso de enseñanza y de aprendizaje y que redundan en la calidad del servicio.

El índice de absorción para el ciclo escolar 2003-2004 en el nivel medio fue de 95.3%. Con respecto al índice de reprobados, este fue del 28.7% y el de deserción fue del 11.9%. Contando con una eficiencia terminal del 64.3%. Durante los últimos seis ciclos escolares se observa un crecimiento constante en la matrícula de educación media, registrando un 41% en este aspecto.

En el ciclo escolar 2004 - 2005 se atendió una matrícula de 135,073 con 7,690 docentes que atienden a un promedio de 19 alumnos, en 497 escuelas y 4,241 grupos. Mientras que en el ciclo escolar 2006-2007 se atendieron a 158 mil 192 alumnos, con la atención de 8 mil 853 docentes adscritos en 554 centros escolares.

El COBACH es el subsistema que registró la matrícula más alta en el ciclo escolar 2006-2007 (51,824), seguida de las escuelas de control estatal con una matrícula de 33,047 y en tercer lugar con una matrícula mucho menor, la preparatoria particular (14,957). Sin embargo, el número de alumnos por docente es mucho menor en la preparatoria particular, registrando una Relación alumno-maestro (RAM) de 7. En cambio, en el COBACH, la RAM es de 33 y en el general estatal es de 17. (Cuadro 8)

**Cuadro 8. Escuelas de educación media superior 2006-2007.**

| Modalidad                     | Alumnos        | Grupos       | Docentes     | Escuelas   |
|-------------------------------|----------------|--------------|--------------|------------|
| General estatal               | 33,047         | 877          | 2,052        | 80         |
| Bivalente estatal             | 730            | 24           | 80           | 4          |
| Telebachillerato              | 4,801          | 171          | 171          | 58         |
| CECYT                         | 13,778         | 410          | 539          | 35         |
| COBACH                        | 51,824         | 1,320        | 1,734        | 105        |
| Emsad Cobach                  | 9339           | 294          | 355          | 75         |
| Intercultural bilingüe COBACH | 327            | 10           | 19           | 4          |
| CETIS                         | 13,321         | 338          | 628          | 21         |
| CBTAS                         | 8,068          | 229          | 273          | 9          |
| CETMAR                        | 509            | 22           | 34           | 1          |
| Bachillerato pedagógico       | 578            | 15           | 28           | 2          |
| Particular                    | 16,796         | 831          | 2,490        | 142        |
| <b>Total</b>                  | <b>158,192</b> | <b>4,699</b> | <b>8,853</b> | <b>554</b> |

Fuente. Gobierno del estado de Chiapas. Secretaria de Educación.

En cuanto al número de centros educativos, la modalidad con el mayor número son las particulares (142); en tanto que el COBACH tiene 105 planteles y el general estatal 80.

#### **d) Educación Superior. Licenciatura en Psicología.**

En la región sur-sureste, la matrícula fue de 286, 932 estudiantes. 19, 870 en el área de ciencias sociales y administrativas, solamente en Chiapas. En la región, la matrícula del área fue de 121, 616 estudiantes.

Egresaron, en la región sur-sureste, 24, 079 estudiantes, de los cuales poco más de 13, 000 (el 37%) lo hicieron del Área de Ciencias Sociales y Económico Administrativas. De la carrera de Psicología egresaron en la región sur-sureste 988 estudiantes, de los que se titularon 609.

La Licenciatura en Psicología presentó, durante 2003 en todo el país, las características siguientes: ANUIES registró 297 programas, de los cuales el 77% llevaron por nombre Licenciatura en Psicología; 7% fueron Licenciatura en Psicología Organizacional, 3% Psicología Educativa; casi 3% Psicología Social y 2% Psicología Clínica. El restante porcentaje se distribuyó entre 8 líneas terminales con nombre único y campo muy particularizado; una de ellas que combina educación con la educación especial y la psicología.

En la región sur-sureste, 39 programas integraron la oferta de la especialidad a nivel licenciatura; de los cuales 1 (2.5%) fue el sexto lugar regional; 2 (5%), se impartieron en Campeche, mismo número que en Tabasco, ocupando juntos 5º lugar por participación en la oferta regional de la especialidad;

Yucatán ofertó 9 programas, ocupando el tercer puesto regional, mientras Chiapas ocupó el segundo al ofertar 15 programas de psicología, una de las cuales fue ofrecida por la UNICACH en su escuela de Psicología, representando el 6% de la oferta estatal, 2.5% de la oferta regional y 0.33% de la oferta nacional. Veracruz registró 18 programas ofertados (46% del total regional) ocupando el 1er. lugar.

En 2003 dentro de la región, se realizaron 755 nuevos ingresos, con lo que se tuvo un total de 10,319 alumnos en la matrícula de psicología en la región (de los cuales la escuela de psicología de la UNICACH aportó 345), de los que egresaron 988 y se titularon 609.

La Escuela de Psicología de la UNICACH aportó 316 alumnos a la matrícula del estado, la región y el país, con una eficiencia terminal de 67% y 34 titulados de la generación 2003.

Esta descripción del desarrollo de la licenciatura a nivel nacional, en general, del área de ciencias económico administrativas y de psicología en particular, desde la perspectiva de la UNICACH, permite vislumbrar, por un lado el reducido número de egresados en la región, a pesar de la cantidad de programas de formación profesional en la especialidad, frente al panorama caracterizado de nuestro estado y de los vecinos de la región.

Es importante reconocer que en Chiapas, las instituciones de educación superior en el estado (IES) no cubren la demanda de los egresados del nivel medio superior. La oferta de programas educativos en las instituciones particulares se ha expandido notablemente en los últimos años, muchas de ellas son pequeñas y a partir de la idea de calidad han sido objeto de cuestionamientos, a pesar de los requisitos y procedimientos para el Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios (RVOE).

Por otra parte, la incidencia en los enfoques generales de los planes y programas, por lo menos de nombre, tanto como la incipiente exploración de áreas más específicas del trabajo del psicólogo.

Especialmente en la educación y los procesos de aprendizaje; la atención a la formación de personas con capacidades diferentes, incluidos no sólo los considerados, inadecuadamente, deficientes o discapacitados, sino los sobrecapacitados, además de la población en general que requiere de apoyos en este campo, además del trabajo clínico especializado, con el objeto de una adecuada inserción o reinserción en el concierto social del estado y la región, por lo menos.

Conservar el carácter de formación de amplio espectro para enfrentar las necesidades de adecuación del profesionista de la psicología a las condiciones del entorno, incluso el laboral, resulta importante; sin embargo, adentrarlo durante su formación en el trabajo sobre áreas “especiales” del desarrollo humano, será lo que aporte al profesional de la psicología elementos para una inserción social y laboral adecuadas, sobre la base de un sólido fundamento científico, tecnológico y metodológico.

### **e) Estado actual de la Escuela de Psicología de la UNICACH**

- **Infraestructura Física.**

La DES de psicología actualmente está ubicada en la Calzada Samuel León Brindis No. 151, y consta de 13 aulas, 4 baños (2 para hombres y dos para mujeres) con 6 inodoros cada uno, un Laboratorio

experimental de psicología, un bioterio, una Clínica de atención psicológica, y cámara de Gesell. Oficinas administrativas donde se ubica la dirección, la subdirección, sala de juntas, y una sala de maestros donde se ubican los profesores de tiempo completo. El próximo año, el servicio se ofrecerá en Ciudad Universitaria, donde se están construyendo los espacios físicos idóneos para una mejor calidad del servicio.

- **Docencia.**

La planta docente de la DES de Psicología está compuesta por 28 profesores; 6 de tiempo completo (21%) y 22 de tiempo parcial (79%) y están integrados actualmente en un Cuerpo Académico en proceso de formación.

El 100% son personal académico con más de cinco años de experiencia y el 50% de la plantilla académica cuenta con estudios de postgrado.

Del personal de tiempo completo, un docente posee grado de especialidad, 4 poseen grado de maestría y dos más de licenciatura. Todos son responsables de tutoría. El 100% del personal de tiempo completo y de tiempo parcial participa en las actividades del PE.

Actualmente, 4 PTC fueron aceptados en Programas de doctorado, y uno más ha sido becado por PROMEP para titulación.

Los PTC actualmente asesoran 11 documentos recepcionales de tesis, han publicado cinco artículos, han asistido como ponentes al Congreso de investigación en Salud Pública en Cuernavaca Morelos, y en el II Encuentro de Investigación educativa en Tlaxcala, Tlaxcala.

#### PERSONAL ACADÉMICO

|                                                                           | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|---------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Número de profesores de tiempo completo que participan en el PE           | 4    | 4    | 6    | 6    | 6    | 6    | 7    |
| Número de profesores de tiempo parcial que participan en el PE            | 20   | 22   | 21   | 22   | 22   | 22   | 20   |
| Total de profesores que participan en el PE                               | 24   | 26   | 27   | 28   | 28   | 28   | 27   |
| % de profesores de tiempo completo que participan en el PE                | 16.6 | 15.3 | 22.2 | 21.4 | 21.4 | 21.4 | 25.9 |
| Números de profesores visitantes que participan en las actividades del PE | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 1    |

| Profesores de Tiempo Completo con: | 2000 |    | 2001 |    | 2002 |      | 2003 |      | 2004 |      | 2005 |      | 2006 |      |
|------------------------------------|------|----|------|----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|                                    | Num. | %  | Num. | %  | Num. | %    | Num. | %    | Num. | %    | Num. | %    | Num. | %    |
| <b>Especialidad</b>                |      |    |      |    |      |      |      |      | 1    | 16.6 | 1    | 16.6 | 1    | 16.6 |
| Maestría                           | 1    | 25 | 1    | 25 | 1    | 16.6 | 4    | 66.6 | 4    | 66.6 | 4    | 66.6 | 6    | 100  |
| Doctorado                          | 0    | 0  | 1    | 25 | 1    | 16.6 | 1    | 16.6 | 0    | 0    | 0    | 0    | 1    | 6.6  |

|                                               |     |     |   |     |   |      |   |      |   |      |   |      |   |     |
|-----------------------------------------------|-----|-----|---|-----|---|------|---|------|---|------|---|------|---|-----|
| Miembros del SNI                              | 0   | 0   | 0 | 0   | 0 | 0    | 0 | 0    | 0 | 0    | 0 | 0    | 0 | 0   |
| Miembros del SNC                              | NA* |     |   |     |   |      |   |      |   |      |   |      |   |     |
| Perfil deseable PROMEP, reconocido por la SEP | 0   | 0   | 0 | 0   | 1 | 16.6 | 0 | 0    | 0 | 0    | 0 | 0    | 1 | 6.6 |
| Grado mínimo aceptable                        | 1   | 25  | 1 | 25  | 1 | 16.6 | 4 | 66.6 | 4 | 66.6 | 4 | 66.6 | 6 | 100 |
| Imparten tutoría                              | 4   | 100 | 4 | 100 | 6 | 100  | 6 | 100  | 6 | 100  | 6 | 100  | 6 | 100 |

\*No aplica

#### PERSONAL ACADÉMICO

|                                                                           | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|---------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Número de profesores de tiempo completo que participan en el PE           | 4    | 4    | 6    | 6    | 6    | 6    | 7    |
| Número de profesores de tiempo parcial que participan en el PE            | 20   | 22   | 21   | 22   | 22   | 22   | 20   |
| Total de profesores que participan en el PE                               | 24   | 26   | 27   | 28   | 28   | 28   | 27   |
| % de profesores de tiempo completo que participan en el PE                | 16.6 | 15.3 | 22.2 | 21.4 | 21.4 | 21.4 | 25.9 |
| Números de profesores visitantes que participan en las actividades del PE | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 1    |

| Profesores de Tiempo Completo con:            | 2000 |     | 2001 |     | 2002 |      | 2003 |      | 2004     |             | 2005     |             | 2006     |             |
|-----------------------------------------------|------|-----|------|-----|------|------|------|------|----------|-------------|----------|-------------|----------|-------------|
|                                               | Num. | %   | Num. | %   | Num. | %    | Num. | %    | Num.     | %           | Num.     | %           | Num.     | %           |
| <b>Especialidad</b>                           |      |     |      |     |      |      |      |      | <b>1</b> | <b>16.6</b> | <b>1</b> | <b>16.6</b> | <b>1</b> | <b>16.6</b> |
| Maestría                                      | 1    | 25  | 1    | 25  | 1    | 16.6 | 4    | 66.6 | 4        | 66.6        | 4        | 66.6        | 6        | 100         |
| Doctorado                                     | 0    | 0   | 1    | 25  | 1    | 16.6 | 1    | 16.6 | 0        | 0           | 0        | 0           | 1        | 6.6         |
| Miembros del SNI                              | 0    | 0   | 0    | 0   | 0    | 0    | 0    | 0    | 0        | 0           | 0        | 0           | 0        | 0           |
| Miembros del SNC                              | NA*  |     |      |     |      |      |      |      |          |             |          |             |          |             |
| Perfil deseable PROMEP, reconocido por la SEP | 0    | 0   | 0    | 0   | 1    | 16.6 | 0    | 0    | 0        | 0           | 0        | 0           | 1        | 6.6         |
| Grado mínimo aceptable                        | 1    | 25  | 1    | 25  | 1    | 16.6 | 4    | 66.6 | 4        | 66.6        | 4        | 66.6        | 6        | 100         |
| Imparten tutoría                              | 4    | 100 | 4    | 100 | 6    | 100  | 6    | 100  | 6        | 100         | 6        | 100         | 6        | 100         |

\*No aplica

Se han establecido Redes con Cuerpos Académicos de otras Universidades (Universidad Autónoma de Nuevo León, Universidad Autónoma de México, y Benemérita Universidad Autónoma de Puebla). A pesar de que no se cuenta con perfiles Promep actualmente, hay proyectos de

investigación en desarrollo conjunto con otras Instituciones, entre los que se cuenta uno apoyado por COCYTECH ( Fomix)

- **Investigación.**

La escuela cuenta con dos líneas de investigación en desarrollo: Intervención Psicológica para la Salud y La Psicología en el Contexto Educativo, congruentes con el nuevo plan de estudios.

| INVESTIGACIÓN      |                         |                         |                    |
|--------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------|
| Cuerpos Académicos | Líneas de Investigación | Proyectos en Desarrollo | Redes Establecidas |
| 1                  | 2                       | 11                      | 3                  |

El objetivo de las líneas de investigación es:

1. Desarrollar un campo de conocimiento acerca de la influencia de las variables psicológicas implicados en la salud y enfermedad que permita retroalimentar a las diversas instituciones sociales para la creación de programas de prevención e intervención en salud.
2. Contribuir al desarrollo y aplicación del conocimiento psicológico en el contexto educativo y formar recursos humanos para la investigación.

| LICENCIATURA EN PSICOLOGIA CLÍNICA Y EDUCATIVA<br>LINEAS DE INVESTIGACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| INTERVENCION PSICOLOGIA<br>PARA LA SALUD.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | LA PSICOLOGIA EN EL<br>CONTEXTO EDUCATIVO. |
| Proyectos en Desarrollo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                            |
| 1) Hábitos de salud en los adolescentes<br>2) Conductas problemáticas,<br>3) Análisis de los factores de riesgo y protección en el consumo de droga en adolescentes de Tuxtla Gutiérrez, Chis. (apoyado por COCYTECH),<br>4) Depresión en adolescentes,<br>5) Estudio epidemiológico del consumo de drogas en Chiapas,<br>6) Estudio correlacional entre padres y maestros con niños con trastornos por déficit de atención e hiperactividad<br>7) El trastorno por déficit de atención y problemas escolares asociados en alumnos de preescolar y primaria en la zona rural de Chiapas<br>8) Motivación, actividades de estudio, metas y motivos de la elección de carrera en estudiantes de primer ingreso a las licenciaturas de biología, historia, nutrición, odontología, psicología y topografía de la Universidad de ciencias y artes del estado de Chiapas<br>9) Los problemas de salud asociados a la práctica docente en profesores de nivel básico en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas<br>10) Perfil de ingreso y actividades de estudio en alumnos de primer ingreso a la licenciaturas de la Universidad de Ciencias y Artes del estado de Chiapas<br>11) Satisfacción laboral en docentes de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas |                                            |

## **Diseño del V Plan de estudios**

### **2. Mecanismos para el rediseño curricular con la participación de instancias colegiadas, de representantes de los empleadores y representantes de los egresados.**

La Dirección de la Escuela de Psicología, conjuntando las observaciones de diversas Coordinaciones Académicas, de los profesores y de los estudiantes, además de las orientaciones de los organismos certificadores de instituciones de educación superior en general y de la especialidad en particular, retomó la necesidad de realizar una evaluación para modificar el IV plan de estudios de la licenciatura en Psicología (1991).

La cuarta revisión del plan de estudios desde la fundación de la escuela de psicología en 1982, tiene como objetivo responder a las nuevas problemáticas sociales del estado y la región, tanto como a las observaciones y necesidades de la comunidad universitaria, así como a las exigencias de los nuevos enfoques educativos.

El proyecto para realizar esta labor fue encomendado y coordinado por la Dirección de la Escuela de Psicología a una Comisión de profesores acompañados en el proceso por expertos y asesores externos.

El plan de estudios 1991 se ha aplicado a 11 generaciones de estudiantes. A partir de 1994 se iniciaron trabajos tendientes a la revisión y evaluación del programa de estudios, con escasos resultados.

En 1997 al Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP) y en el 2001 al Comité Interinstitucional para la Evaluación de la Educación Superior (CIEES), plantearon algunas recomendaciones para el programa; se consideraron, igualmente, los criterios de certificación de ANUIES (Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior), como base para el proceso de revisión para la reestructuración en el 2002, sin llegar a su concreción; situación que se repite en el 2004.

Finalmente en octubre del 2005, las modificaciones fueron concebidas y propuestas con el concurso de docentes, organizados en una Comisión Académica de Calidad; de funcionarios, directivos, expertos y asesores externos.

Se recopilaron las opiniones, experiencias necesidades y aportaciones de estudiantes y egresados de diversas generaciones y niveles de avance en los estudios, así como de desarrollo profesional laboral.

Se analizaron las condiciones macro y micro regionales que los futuros profesionistas habrán de enfrentar y se identificaron problemas prioritarios que permiten determinar elementos para establecer una definición formal del profesionista de la psicología que, a partir de todas las aportaciones se desprende como deseable.

Finalmente, se Integró el proyecto de modificación al plan de estudios 1991, y fue presentado al Consejo Académico de la Escuela de Psicología que, una vez incorporadas sus observaciones

propias, le otorgó su aprobación al Plan de Estudios de Psicología con énfasis en Clínica y Educativa 2005.

Las principales razones presentadas para esta reestructuración fueron:

1. Que las condiciones sociales del estado y de la región, así como los avances de la disciplina demandan profesionistas enfocados al trabajo clínico y al relativo a los procesos de enseñanza-aprendizaje.
2. Que el plan de estudios requiere una dinámica de mayor flexibilidad, congruencia y aplicación práctica; así como de un sello institucional más preciso y propio.
3. Que se requiere reforzar los aspectos vocacionales de los estudiantes desde los primeros semestres, por lo que se opta por materias y contenidos organizados por áreas fortalecidas, en una currícula basada en competencias. Mismas que son complementadas con materias electivas de especialización por cada una de las áreas terminales, de acuerdo con el interés y experiencias profesionales de los futuros profesionistas, además de las bases cognoscitivas para una buena elección.
4. Que es necesario proporcionar al estudiante una base científica sólida que permita a nuestros egresados tener elementos que les permitan fundamentar sus investigaciones profesionales que, además de auxiliarles en un mejor desempeño de sus estudios, les sirvan de fundamento a futuras aportaciones al conocimiento en esta área.
5. Que deben fortalecerse las áreas de estudio propias de la profesión, procurando un mayor realismo que permita al estudiante y al egresado profundizar cada vez más en los conocimientos de las áreas sustantivas de la profesión
6. Que es necesario partir, en esta reestructuración del plan de estudios, de la definición teórica de la carrera de Psicología, de los campos de trabajo donde habrán de desarrollarse y del perfil de egreso de los profesionistas que queremos formar, de su vocación, de su ética y de su responsabilidad social.
7. Que en buena medida, lo anterior es sólo posible mediante la incorporación de las estrategias educativas que permitan capitalizar las habilidades cognoscitivas de los estudiantes, con lo que ello implica en relación al reenfoque de los procesos educativos para centrarlos en el aprendizaje, y la adecuación del perfil del docente como facilitador, acompañante y guía del proceso.

Estas razones dieron sentido al proceso metodológico de construcción y los productos que se obtuvieron como resultados de las reflexiones conjuntas y definieron en gran medida los objetivos y metas que el Plan de Estudios de la Licenciatura en Psicología con énfasis en Clínica y Educativa desea responder:

Para la reestructuración de la carrera de Psicología se hizo necesario hacerlo partir de concepciones sobre la profesión, del alumno y de la práctica docente.

Esto permitió, no solo, establecer los contenidos teóricos y prácticos del plan de estudios, sino determinar claramente las responsabilidades que la escuela adquiere con los estudiantes; asegurar que estos conozcan los objetivos de la profesión que han elegido y la responsabilidad que implica un ejercicio profesional eficiente en la procuración de la salud mental de los individuos, los grupos y las comunidades humanas que serán su campo de trabajo.

Tal definición toca de lleno los aspectos de orden vocacional y axiológico desde la perspectiva ética y de responsabilidad social que distingue a la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, por lo que deben permear, dando orientación, no solo al currículum profesional del egresado, sino al perfil mismo con el que deseamos que inserten al ejercicio profesional.

Por ello, consideramos al estudiante como agente activo de su propia formación para producir soluciones y no solo como un mero sujeto acrítico de modelos ya definidos, sino capaz de encarar las responsabilidades que le competen y las necesidades de aquéllos que se ponen profesionalmente en sus manos

Reconocemos que el trabajo académico permitirá incorporar los enfoques cognitivos, las herramientas cognoscitivas, los conocimientos, habilidades y destrezas que requiere el ejercicio profesional del psicólogo en el entorno social y en los procesos de aprendizaje que deberá enfrentar. Además es posible influir en las características personales y profesionales deseables, que permitan al egresado, ya desde las aulas, un desarrollo de calidad y multifuncionalidad del nivel que exige la dinámica de competencia y competitividad basada en la adaptabilidad y el autoperfeccionamiento constante del profesionista. Esto permitirá el ejercicio profesional independiente o vinculado con organizaciones e instituciones, además de capaz de aportar al conocimiento de su área profesional por su sólida formación para la investigación.

Estas definiciones acerca del profesionista de la Psicología con énfasis en Clínica y Educativa se integran en el Perfil del Egresado.

## **2.1 Metodología empleada en el rediseño curricular**

El trabajo de evaluación del plan vigente de estudios de la licenciatura en Psicología (1991), fue reiniciado en el 2001, aunque por diversas razones no llegó a concretarse en el planteamiento de un proyecto de actualización o de reestructuración.

Algunos de los elementos recolectados en aquél intento fueron retomados en principio, pero desechados finalmente, por lo que fue necesario recurrir a una nueva recopilación e interpretación de datos, opiniones y aportaciones de la comunidad universitaria y de otras fuentes.

De tales recopilaciones y análisis, surgieron las siguientes consideraciones generales en que se basa el diseño curricular:

- Fundamentar el plan de estudios requiere establecer los principales lineamientos desde los que se perciben las necesidades y problemas educativos que se quieren abordar, así como las consideraciones sobre la formación o práctica profesional, el perfil del estudiante y el perfil del docente.
- El plan comprende, no siempre de manera explícita, una concepción de la realidad, de la ciencia, de la técnica, del proceso de enseñanza aprendizaje y del concepto del ser humano que nos proponemos formar.

- La elaboración del plan no se agota en los aspectos didácticos o cognoscitivos, sino que representa un planteamiento ético que debe responder, por un lado a las necesidades sociales actuales y previsibles; por otro, a las expectativas institucionales y estudiantiles de una formación de calidad y competitividad de alto nivel.

Para definir plan de estudios se formuló una visión clara, integrada por aspectos tales como: centrar el aprendizaje en el estudiante, educar para el ejercicio profesional ético, consciente, eficaz y comprometido con la persona y con la sociedad, a través de contenidos científicos, técnicos y metodológicos de primer nivel, en una dinámica de cultivo de las potencialidades e inclinación vocacional individuales y animada por el marco axiológico institucional.

La metodología empleada incluye, por lo mismo, la consulta y la investigación; tareas para las que la Dirección consideró para el proceso fuentes internas y externas, a partir de las que se integró una valoración del plan de estudios 1991 vigente.

| <b>Fuentes Internas</b>                  |                                                 |                                                                                      |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Participantes:</b>                    | <b>Tipo de Información</b>                      | <b>Metodología</b>                                                                   |
| Coordinadores de Academias               | Personal                                        | Entrevistas                                                                          |
| Comisión de Calidad                      |                                                 |                                                                                      |
| Docentes                                 | Opiniones y sugerencias (experiencias docentes) | Entrevistas, sesiones de trabajo                                                     |
| Estudiantes                              | Opiniones y sugerencias                         | Entrevistas                                                                          |
| Políticas Institucionales y Normatividad | Legislación Universitaria                       | Análisis Documental                                                                  |
| Consideraciones Pedagógicas              | Acuerdos Propuestos                             | Argumentaciones y pláticas del personal docente, coordinadores y comisión de calidad |

| <b>Fuentes Externas</b>              |                                                       |                     |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>Participantes:</b>                | <b>Tipo de Información</b>                            | <b>Metodología</b>  |
| Organismos Certificadores            | Criterios de evaluación y recomendaciones específicas | Análisis documental |
| Autoridades y Organismos, educativos | Informes y Análisis                                   | Análisis documental |

|                                     |                         |                     |
|-------------------------------------|-------------------------|---------------------|
| Asesores Externos                   | Opiniones y sugerencias | Entrevistas         |
| Organismos Colegiados e Intermedios | Informes y Análisis     | Análisis documental |

Se procedió, a revisar el cuarto plan de estudios a partir de los requerimientos sociales y los avances científicos, resultando:

- Que el modelo curricular rígido expresado por el plan de estudios vigente puede ser perfeccionado si se considera la práctica profesional como directriz para la elaboración de contenidos.
- Que la formación promovida por ese modelo curricular es básicamente informativa y puede ser perfeccionado para que promueva las habilidades de conocimiento de los estudiantes en la construcción de conocimientos significativos
- Que el contenido del plan de estudios debe reflejarse en la propuesta básica de los programas y sus temas, cuyos logros esperados el docente facilitará y conducirá con base en conocimientos y experiencias relevantes, adecuadas, pertinentes y significativas de nivel personal y profesional, por lo que el perfil del docente deberá ser redefinido
- Que se requiere mayor vinculación de los aspectos teóricos con el desarrollo práctico de la profesión y mayor énfasis en la formación metodológica para la investigación
- El plan de estudios 2005 plantea como problema a resolver la adecuación del ejercicio de la psicología a las condiciones actuales y previsibles del entorno estatal y regional, que apuntan con fuerza a la labor clínica y al proceso de aprendizaje de los individuos. Tal perspectiva propone la necesidad de redefinir el perfil del nuevo profesionista.

El Plan de Estudios 2006 deberá, entonces, cumplir con las características siguientes:

- Reducir la seriación al mínimo posible, en ruta a un modelo curricular flexible.
- Promover una formación con bases científicas metodológicas sólidas y generales de la disciplina y la libre elección del estudiante de los contenidos de formación profesional e integración, así como de las asignaturas electivas acordes a su inclinación vocacional dentro de la oferta perfilada por el plan de estudios.
- Promover la formación profesional basada en competencias y centrada en el aprendizaje a través de estrategias educativas que faciliten la construcción y reconstrucción de conocimientos significativos.
- Promover la participación del docente como facilitador, orientador y acompañante en el proceso de formación y habilitación profesional del estudiante.

Una vez obtenido lo anterior, se plantearon varias consideraciones generales sobre las que debería realizarse el diseño curricular y se formuló un primer acercamiento al rediseño de la licenciatura en psicología, formulando una primera definición del nuevo plan de estudios de la licenciatura en Psicología Clínica y Educativa que abarcó: los resultados de la evaluación del plan vigente, el perfil del egresado, la estructura del plan de estudios y la fundamentación del proyecto, en términos generales.

Este proyecto preliminar fue presentado al Consejo Académico de la Escuela de Psicología y conocidas sus observaciones en relación a la necesidad de precisar algunas denominaciones de asignaturas, especialmente optativas, en función de homogeneidad, se llevaron a efecto los trabajos de ajuste al proyecto preliminar para dar paso a la elaboración de los programas de estudios propuestos.

Elaboración de los programas de estudios propuestos para su presentación al H. Consejo Técnico de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas.

Con la coordinación de la Dirección y el apoyo de los coordinadores académicos, se inició la elaboración y ajuste de las asignaturas, considerando la definición de la Licenciatura en Psicología con énfasis clínico y educativo, sus áreas de desempeño profesional, las asignaturas optativas, la duración de la carrera, el mapa curricular, los requisitos de titulación y otros aspectos importantes, como el reforzamiento del área metodológica y la reconsideración de contenidos de algunas asignaturas que se repetían o desfasaban.

Las adecuaciones se resolvieron mediante la integración de contenidos de dos o más asignaturas en una sola, dando por resultado la posibilidad de evitar al máximo la seriación, sin dejar materias aisladas o inconexas; permitiendo la integración del servicio social obligatorio al noveno semestre, e incorporar aspectos prácticos al desarrollo de las asignaturas.

La organización por áreas y asignaturas, que define las relaciones de congruencia, secuencia, pertinencia e integración de los contenidos, fue determinada en función de las recomendaciones de los organismos de certificación, las políticas institucionales y los requerimientos del ejercicio profesional.

La Licenciatura en Psicología con énfasis Clínico y Educativo tiene una fuerte tendencia metodológica de formación profesional o de aplicación especializada (44.9%), con una sólida fundamentación de conocimientos científicos básicos (25.4%) que permite al estudiante, con los fundamentos necesarios, profundizar dentro del área de formación profesional e integración (21.8%), apoyados en la selección de las asignaturas electivas, el área de especialización de su interés; pero incluye un porcentaje (7.7%) dedicado a fortalecer la identidad y pertenencia del estudiante al modelo surgido de la misión y visión de la UNICACH el sello institucional.

Para lo anterior, se considero necesario reorganizar los contenidos de diversas asignaturas, condensándolos y haciéndolos más actuales y prácticos, en términos de aprovechamiento del tiempo, tanto como en la incorporación de prácticas específicas dentro y fuera del aula.

Se consideró necesario introducir el servicio social obligatorio dentro del noveno semestre para fortalecer los aspectos prácticos supervisados y la reorganización condensada de la formación para la investigación; especialmente bajo el formato de seminarios, que garanticen la adquisición y posesión de las actitudes y técnicas metodológicas para el planteamiento y solución de problemas.

De esta manera se pretende garantizar que el egresado de la carrera tendrá no solamente los conocimientos generales de la disciplina, sino recursos cognoscitivos, metodológicos, técnicos y actitudinales que le permiten insertarse con un nivel adecuado de competitividad en los mercados

laborales y constituirse como una opción de valor para la búsqueda e implementación de soluciones a la problemática social que se aboca.

Dentro de las perspectivas adoptadas para la actualización curricular, se retoman las aportaciones de los docentes y expertos participantes y se procura disminuir al mínimo posible la relación de seriación entre asignaturas, con la intención de promover elementos de flexibilidad al nuevo programa, que permitan también mejoras en la dinámica de movilidad estudiantil.

Aquellas asignaturas que, por sus contenidos ha sido posible integrar en una sola, sin detrimento de los conocimientos de los estudiantes sino, más bien apuntando a la optimización de los tiempos y a una mayor congruencia entre los propios contenidos y el perfil de egreso, sin sacrificio de la continuidad, pero si con ganancia para la profundidad, precisión.

Por lo que toca a las asignaturas electivas, se orientan a profundizar los temas relativos a las áreas de especialización propuestas a los estudiantes, en acuerdo al fortalecimiento de sus propias inclinaciones, pero con un profundo compromiso con las necesidades y requerimientos sociales. Se ubican a partir del momento en que el estudiante posee ya las herramientas metodológicas y los contenidos científicos básicos que le permitan una visión clara respecto a la orientación de su formación profesional, con apoyo del cuerpo docente y las coordinaciones correspondientes.

De esta manera, se responde a las recomendaciones de los organismos certificadores, pero especialmente a las necesidades manifestadas por los egresados en relación a la incorporación de conocimientos técnicos y metodológicos que les aseguren la adaptabilidad delante de las exigencias cambiantes del entorno laboral, pero también de la problemática social para la que deben estar sólidamente preparados.

## **2.2 Justificación a las necesidades de la disciplina, sus tendencias y áreas de aplicación**

La carrera de Psicología con énfasis Clínico y Educativo parte del supuesto de que el conjunto de asignaturas, con su carga teórico práctica, así como el conjunto completo de acciones educativas institucionales, pueden aportar al profesionista los conocimientos necesarios para poder ejercer profesionalmente ante la sociedad, con la calidad, con conocimientos, habilidades, actitudes y capacidades que requiere su problemática local y regional, pero con los elementos necesarios para al logro de la competitividad que exige el desarrollo actual y previsible del país y del mundo en esta especialidad.

La carrera de psicología, orientada al trabajo clínico y educativo se basa en la aplicación de modelos para el análisis de comportamientos humanos en relación con su entorno.

Este entorno, presenta características que requieren un reenfoque, tanto en lo relativo al estado de desarrollo del conocimiento en el área de la psicología, como en los acentos propios de la problemática relacionada con la salud mental y los procesos de aprendizaje, por lo que se consideró necesario realizar modificaciones al IV plan de estudios que le permitan estar acorde a las aportaciones e innovaciones planteadas por el desarrollo del arte que nos ocupa.

Las condiciones de desarrollo social del estado han generado diversas situaciones entre la población que se ven reflejadas en aspectos que condicionan y alteran, de hecho o de manera potencial, el

comportamiento de los individuos y los grupos que estos constituyen, tanto como los procesos de aprendizaje, en cuanto medios imprescindibles para el pleno desarrollo del potencial personal, social y productivo de los mismos, de tal manera que se hace necesario reenfocar los las habilidades profesionales del psicólogo.

En primer término, las características que definen y perfilan el futuro desarrollo de los requerimientos de salud mental en el estado y en el ámbito nacional, requieren fortalecer la formación del psicólogo para la detección temprana, especialmente a través de acciones preventivas.

El perfeccionamiento de las herramientas y recursos para la detección temprana, para la prevención, para el tratamiento y, eventualmente para el alivio y reversión de las repercusiones que originan las diversas condiciones causales de la conducta que obstaculizan e impiden al individuo y a la sociedad la capitalización de sus posibilidades de desarrollo sano y productivo.

El incremento en aspectos que favorecen la aparición de conductas que inciden en la salud mental del individuo tales como las adicciones.

Adicionalmente al hecho del déficit de profesionistas en el área dentro de la región a que geográficamente pertenece nuestro estado (región Sur-sureste de la clasificación de la ANUIES), se nota una tendencia sostenida a la incorporación del psicólogo, a las actividades directivas y de formación escolar preferentemente, aunque sin dejar el trabajo clínico, especialmente asociado a los mecanismos de salud pública. De acuerdo con los estudios consultados al respecto, la tendencia deficitaria parece creciente, por lo menos hasta el año 2020.

De esta manera, el reenfoque de la profesión oportunamente planteado, señala hacia el trabajo de prevención, intervención y seguimiento desde la perspectiva clínica, tanto como desde la de las actividades de formación y las conductas que inciden en el aprendizaje de los individuos de todo nivel.

A lo anterior y en función de las competencias requeridas por la competitividad laboral, los nuevos cuadros de profesionistas de la psicología han de incorporar a su desempeño una capacidad real y una dinámica seria de aprendizaje permanente y de adaptabilidad a los cambios y requerimientos del entorno y de los entornos que habrá de enfrentar.

Entornos y condiciones marcados por el incesante y explosivo desarrollo tecnológico, comunicacional e informático, que requerirán del psicólogo clínico y educativo el conocimiento, manejo y aprovechamiento de los recursos del área como apoyo para el logro de mayor eficacia y mejores resultados en su labor profesional.

Así, incorporando los elementos del entorno al que habrá de responder el nuevo profesionista, se amalgaman, pues, los elementos que permitirán proponer, no sólo las modificaciones que de por sí el programa vigente necesita, sino los que permiten definir y proponer el perfil del profesionista deseado.

## 2.3 Modelo pedagógico centrado en el aprendizaje del V plan de estudios

Para cumplir con el reto de descentrarse del modelo pedagógico tradicional, es decir enseñanza basada en el contenido caracterizado por el rol activo del profesor, quien dicta su clase, contesta las dudas y el estudiante por su parte, toma notas y reflexiona sobre lo que el profesor expone o dicta.

Este modelo en manos de un buen profesor ha sido muy efectivo y, por mucho tiempo, fue el que mejor se adaptaba a la disponibilidad de recursos didácticos y a las necesidades de la sociedad. Muchos profesores, mediante este modelo, han sabido incorporar a su curso actividades de aprendizaje como el estudio de casos, proyectos o simulaciones, los cuales hacen que el alumno, durante el proceso educativo, desarrolle habilidades y adquiera actitudes y valores como la responsabilidad, la honestidad, la capacidad de análisis, síntesis y evaluación, y el trabajo en grupo.

Sin embargo, al no estar éstos explícitos en el proceso, su adquisición por parte de los alumnos sucede de manera no programada, no estructurada. Puede ocurrir que algunos estudiantes no logren desarrollarlos, pues el profesor rara vez especifica las actividades y los mecanismos para que el estudiante los adquiera, además de que no evalúa el grado en que los ha desarrollado.

El modelo educativo tradicional refuerza el esquema en el cual el profesor se constituye en el eje del proceso de enseñanza y de aprendizaje. Es él quien decide casi por completo qué y cómo deberá aprender el alumno y es el único que evalúa cuánto ha aprendido, mientras que el estudiante participa solamente en la ejecución de las actividades seleccionadas por el profesor, dependiendo así de decisiones que se toman de manera externa a él.

En el modelo tradicional, la adquisición del conocimiento es el objetivo principal del proceso de enseñanza y de aprendizaje y la exposición del maestro ocupa un lugar preponderante. Sólo se evalúa el grado en que los alumnos han adquirido los conocimientos, y aunque es obvio que se están desarrollando habilidades, actitudes y valores, este aspecto no es un propósito explícito y forma parte del currículo oculto. En el modelo educativo que surge con la misión, el eje del proceso de enseñanza y de aprendizaje se desplaza del profesor al alumno. Lo anterior puede expresarse en el siguiente esquema:



En contraparte el aprendizaje constructivista se basa en la premisa de que el conocimiento no es algo que pueda transferirse de una persona a otra, sino que la construye el propio individuo. Cuando el profesor sustenta su enseñanza en la exposición, impone su propia estructura a los alumnos y les priva de la oportunidad de generar el conocimiento y la comprensión por ellos mismos. En el aprendizaje centrado en el estudiante, el profesor más que transmisor del conocimiento pasa a ser un facilitador del mismo, recrea ambientes de aprendizajes.

El principio de aprendizaje constructivista cambia la perspectiva tradicional acerca de cómo aprende un estudiante. El objetivo esencial en este esquema es la construcción de significados por parte del alumno a través del descubrimiento, la comprensión y la aplicación del conocimiento a situaciones o problemas, y la interacción con los demás miembros del proceso, donde, por medio del lenguaje

hablado y escrito, el alumno comparte el conocimiento adquirido y, a través de este proceso, lo profundiza, lo domina y lo perfecciona.

El otro principio en el que se fundamenta esta filosofía educativa es el aprendizaje experiencial, según el cual, todos aprendemos de nuestras propias experiencias y de la reflexión sobre las mismas para la mejora. El aprendizaje experiencial mejora la estructura cognitiva y modifica las actitudes, valores, percepciones y patrones de conducta del estudiante. Estos dos elementos están siempre presentes e interconectados.

El aprendizaje del alumno no es el desarrollo aislado de la facultad cognoscitiva, sino el cambio de todo el sistema cognitivo-afectivo-social. Es pues, a través de una participación activa, significativa y experiencial, como los estudiantes construyen nuevos y relevantes conocimientos que influyen en su formación y derivan en la responsabilidad y el compromiso por su propio aprendizaje, como expresa Ausubel (1976) *“Sólo cuando el aprendizaje es relevante surge la intención deliberada de aprender”*.

Un aprendizaje centrado en el estudiante impacta no sólo en la forma como se organiza el proceso, sino también en las funciones y forma de relacionarse las personas implicadas en el mismo, esto es, profesores y alumnos.

Papel del estudiante:

En este proceso el estudiante participa en diversas actividades haciendo que su papel cambie de forma radical. Algunas de las siguientes están siempre presentes:

Analiza situaciones reales, complejas y retadoras presentadas por el profesor.

Busca, estudia y aplica información de diversas fuentes (Internet, Biblioteca Digital, biblioteca de la facultad, textos o artículos,) para ofrecer soluciones fundamentadas.

Comparte las soluciones con los miembros del grupo, buscando entre todos, de forma colaborativa, la solución más viable.

Utiliza las tecnologías de la información para aprender, investigar, exponer e interactuar con el profesor y sus compañeros.

Consulta al profesor y a otros expertos para pedir orientación cuando lo necesita.

Participa en la organización y administración del proceso compartiendo responsabilidades con sus compañeros.

Participa en sesiones de grupo para reflexionar sobre el proceso, los resultados logrados y propone conjuntamente soluciones de mejora bajo la guía del profesor.

A partir de los preceptos anteriores es como se asume el modelo centrado en el aprendizaje en el V plan de estudios de la escuela de la psicología, toda vez que le apuesta a la generación de aprendizaje colaborativo.

## 2.4 Fuentes epistemológica, sociológica, y psicológica

Los científicos intentan construir explicaciones capaces de trascender los límites de lo particular y concreto que caracteriza la experiencia. En este sentido, ensayan un acceso justificable a un conocimiento general que pueda aplicarse a situaciones particulares. No obstante, este movimiento del pensamiento humano por diferentes niveles de generalidad que caracteriza a la investigación científica establece una problemática, que es la que impone la distancia entre lo general y lo particular, entre lo teórico y lo empírico.

La epistemología se ha constituido como el campo específico para la discusión de tal problemática. La tarea propia de la epistemología es el estudio del conocimiento científico, del descubrimiento y de la justificación de sus teorías (Bunge, 1980). La epistemología se compone de un conjunto de disciplinas que estudian el problema del conocimiento científico desde múltiples perspectivas. El propósito de este trabajo es revisar los aportes epistemológicos en lo referente a la evolución de la psicología.

Hacia fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX se consideraba que las teorías científicas podían construirse de dos maneras: una inductiva y otra deductiva. Inducción y deducción son términos que se refieren al movimiento del pensamiento, a su desplazamiento por diferentes niveles de abstracción, es decir, de acercamiento y alejamiento de lo empírico. Las inferencias inductivas parten de altos niveles de concreción y, en su movimiento, se van haciendo más abstractas alejándose, por lo tanto, de las restricciones espaciales y temporales que impone la experiencia. Por el contrario, una inferencia es deductiva cuando se mueve de niveles más abstractos a niveles más concretos, a sectores de representación más próximos a la experiencia.

Hans Reichenbach (1935, 1938) postulaban a la inducción como el método adecuado para la construcción de teorías científicas. La ciencia comenzaría con la observación, de modo que el observador científico registraría de modo fidedigno lo que ve u oye, sin ningún tipo de prejuicios. Según esta visión de la ciencia, los investigadores deben hacer generalizaciones a partir de la observación de casos particulares. Ésta es la postura general de lo que, en filosofía de la ciencia, se conoce como empirismo lógico o positivismo lógico (Popper, 1977).

Popper (1934, 1959), por su parte, sostiene que el procedimiento inductivo es erróneo. No pueden construirse teorías científicas por la generalización de observaciones dado que no se conoce el universo de observaciones posibles. Afirma Popper con insistencia que no importa cuántos casos se conozcan, siempre puede ocurrir que alguno de los no conocidos sea contrario a los observados y, así, se invalide la generalización (Popper, 1959, 1963, 1972). Sostiene la existencia de una asimetría entre verificación y falsación, de modo que no importa cuántas observaciones se obtengan, la verificación es distinta de la verdad, mientras que una falsación es igual a la falsedad.

### El método hipotético-deductivo

El método hipotético-deductivo es un procedimiento general de investigación que le concede gran importancia a la teoría, como el método deductivo, pero que a la vez exige la participación crítica de los estudios empíricos, como la contrastación experimental de las consecuencias observacionales que se deducen de sus hipótesis (Haig, 2005). Esta contrastación no tiene el mismo sentido que la

verificación de la hipótesis en el método inductivo. Popper insiste en el carácter crítico de esta visión a la que denomina racionalismo crítico (Popper, 1959; Schuster, 2004).

Si bien Popper sostiene su epistemología en rigurosos estudios lógicos e históricos de la ciencia, señalan sus discípulos que no le ha concedido a las cuestiones históricas y sociológicas el lugar preponderante que merecen. Uno de sus discípulos, Thomas Kuhn, se interesó por el problema del progreso de la ciencia y elaboró una teoría de las revoluciones científicas que ha tenido gran influencia en las ciencias sociales, en general, y en la psicología, en particular.

Kuhn (1962) señala que el estudio de las revoluciones científicas lo impulsó a una nueva concepción del desarrollo científico. Introdujo la noción de paradigma que definió como un modelo de ciencia que plantea problemas y formas de resolución de los mismos. Éstos surgen siempre dentro de una comunidad científica, por lo cual su manifestación es siempre histórica (Gergen, 2001).

La mayor parte de la actividad científica está regida por los lineamientos temáticos y metodológicos que dictan los paradigmas, sostiene Kuhn (1962). Si bien los paradigmas se van configurando mediante reglas de diferentes niveles, no es necesario que estas reglas estén claramente definidas para que un paradigma imponga su dominio sobre los científicos. Los paradigmas gobiernan de cualquier manera y su desarrollo y expansión resultan por lo general tácitos. Así, la demarcación entre lo que es ciencia y lo que no lo es viene determinada por el modelo de ciencia que constituye el paradigma. En ese modelo se incluyen los temas que deben investigarse y los métodos que son considerados legítimos para conducir las investigaciones.

Uno de los factores de vigencia de los paradigmas es la conformidad de las autoridades que componen la comunidad científica dominante en el periodo histórico, de este modo, la epistemología de Kuhn deriva en una sociología de la ciencia más que en una filosofía o en una normativa lógica de tipo popperiano.

Sólo durante las revoluciones científicas se hace evidente el paradigma. Las revoluciones científicas consisten en la crisis y el derrocamiento de paradigmas que han perdido poder explicativo, con la consecuente emergencia de un nuevo modelo de ciencia que le indique a los científicos otra vía de explicación del mismo fenómeno estudiado, es decir, qué se debe investigar de qué manera. Sostiene Kuhn (1962) que los diferentes paradigmas resultan inconmensurables entre sí, es decir, que constituyen visiones radicalmente incompatibles de la disciplina, e incluso del mundo. Por ejemplo, una revolución como la copernicana, por la cual se abandonó el geocentrismo para ser reemplazado por el heliocentrismo a partir de las investigaciones del astrónomo polaco Copérnico (1473-1543), implicó una reforma radical no sólo dentro de la astronomía, sino también en lo que respecta a la concepción general del mundo (Kuhn, 1957).

Sostiene Kuhn (1962) que este tipo de cambios de grandes alcances que afectan a los fundamentos de nuestra representación de la realidad se pueden descubrir claramente en el estudio histórico de cualquiera de las grandes revoluciones científicas. Señala a modo de ejemplo el descubrimiento de los rayos X por Roentgen, el controvertido descubrimiento de la electricidad, y sobre todo, la irrupción de la física relativista einsteiniana en el contexto de la sólida tradición newtoniana de la física de comienzos del siglo XX (Kuhn, 1962).

Los programas de investigación científica

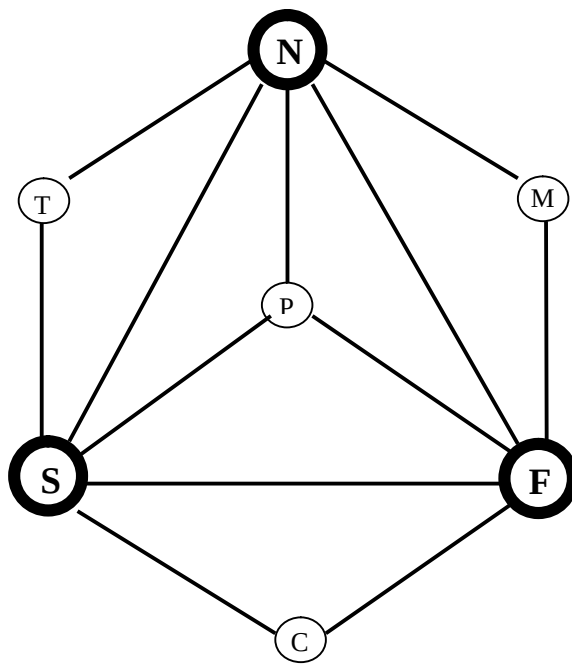
Imre Lakatos, otro filósofo de la ciencia, desarrolló una epistemología similar a la de Kuhn con componentes de fuerte influencia popperiana y centrada en la noción de programa de investigación científica. Lakatos (1978) propone un modelo que gira en torno a la noción de programas de investigación científica que pretende explicar la evolución del conocimiento en la historia de la ciencia. La noción de programa de investigación es heredera de la noción kuhniana de paradigma, aunque postula diferencias radicales. Una de las discrepancias más significativas es la posibilidad de explicar cierta continuidad compleja que suele darse entre los paradigmas sucesivos, mientras que Kuhn considera a los paradigmas inconmensurables cuando se registra una revolución.

Los modelos de qué y cómo debe investigarse en una disciplina en un determinado momento histórico poseen, según Lakatos, dos niveles de organización que pueden diferenciarse claramente. Estos niveles de los programas pueden representarse concéntricamente, uno es central y el otro es periférico. En el centro de los programas de investigación científica se encuentran las tesis fundamentales que convocan el esfuerzo de los investigadores. Este nivel es jerárquico y difícil de modificar, a diferencia del nivel periférico que funciona a modo de cinturón protector del núcleo central de los programas de investigación. Dicho cinturón protector está compuesto por postulados metodológicos y tesis de menor jerarquía que pueden llegar a falsarse sin obligar a desechar las tesis nucleares. De este modo, resulta beneficioso para el desarrollo de la ciencia que el núcleo central reciba esta salvaguarda del cinturón protector ya que son muchas las circunstancias que pueden llevar a desechar tempranamente conjeturas centrales de valor potencial para el futuro.

Los avances significativos que se observan en la historia de las ciencias pueden entenderse como el reemplazo de programas regresivos por programas progresivos de investigación. Esta visión de la historia de la ciencia es más compatible con la psicología del siglo XXI que la propuesta por Kuhn.

Con Kuhn y Lakatos la epistemología se desplazó desde un énfasis popperiano en la lógica de la ciencia hacia la historia y la sociología de la ciencia. Con tal movimiento se reconfiguraron las nociones fundamentales de la epistemología general y de las epistemologías regionales (Bunge, 1980) como ocurre, por ejemplo, con la epistemología de la psicología. Es decir, la noción misma de ciencia adquiere aspectos diversos según se la considere desde un marco epistemológico popperiano, kuhniano o lakatosiano. Esta situación ha sido fuertemente criticada por algunos filósofos, sobre todo por neo-positivistas como Stove (1982, 1993), desde fuera de la epistemología, o por anarquistas como Feyerabend (1975, 1982) desde dentro de la epistemología. Más allá de las objeciones y contra-objeciones que constituyen el campo de investigación específico de esta disciplina filosófica, es razonable sostener que el conocimiento científico puede ser siempre efectivamente diferenciado de otros tipos de conocimientos (Bunge, 1969, 2003).

No obstante estas posturas opuestas encuentran en la visión de Eli de Gortari una propuesta integradora de la psicología, ya que como se sabe la ciencia es una y como tal coloca a la psicología en una posición donde convergen los campos de la ciencia. La coloca como “eslabón de transmisión y transferencia entre las ciencias naturales, ciencias sociales y ciencias filosóficas.



**N** Ciencias Naturales  
**S** Ciencias Sociales  
**F** Ciencias Filosóficas  
 T Tecnología  
 M Matemáticas  
 C Ciencia de la ciencia  
 P Psicología

De acuerdo a lo que sugiere Gortari bien puede considerarse el comentario de Ardila (2002) “*en este contexto, que la psicología futura presentará un énfasis aún mayor en la ciencia y una búsqueda de integración en torno a un paradigma unificador, como características epistemológicas preponderantes para las próximas décadas*”

## 2.5 Perfil de Ingreso

Para asegurar el logro de los objetivos de la carrera y el perfil de egreso planteado, es indispensable que los candidatos posean los siguientes conocimientos, habilidades, capacidades y actitudes:

- Bachillerato en Ciencias Químico-Biológicas o Ciencias Sociales y humanidades.
- Interés y hábito de lectura.
- Interés por comprender el comportamiento humano.
- Habilidad para la comunicación oral y escrita.
- Habilidad para establecer relaciones interpersonales
- Capacidad de observación.
- Capacidad de análisis y síntesis
- Razonamiento lógico.
- Madurez y estabilidad emocional.
- Apertura a nuevos conocimientos.
- Actitud crítica-analítica.
- Claridad en su interés vocacional hacia la carrera.
- Conocimiento sobre el campo profesional de la psicología.
- Conocimiento sobre el ámbito o campo de estudio de la psicología.

Dicho perfil debe ser tomado en cuenta en el proceso de selección de alumnos de nuevo ingreso, con el fin de explorar a fondo sus capacidades, habilidades, aptitudes, valores, aspectos emocionales y

rasgos de personalidad que coadyuven a una permanencia en la Licenciatura y a un rendimiento académico favorable, derivado de una identidad vocacional hacia la carrera de Psicología; que redundará a su vez, en profesionales que brinden servicios de calidad en el diagnóstico e intervención en problemas que son prioritarios atender en nuestro Estado.

Para alcanzar el objetivo antes planteado, es necesario realizar un proceso compuesto por dos fases; en la primera se realiza una Evaluación Psicológica del aspirante, la cual debe estar conformada por diferentes instrumentos, cuyos resultados pueden integrarse para la conformación de un diagnóstico.

Los instrumentos utilizados para llevar a cabo la primera fase son los siguientes:

- Test de Habilidades Mentales Primarias: Esta es una prueba no verbal que mide cinco habilidades intelectuales, lo que permite detectar las fortalezas y debilidades que una persona posee.
- Test 16 Factores de Personalidad. Es una prueba no verbal que permite obtener información acerca de la posición de un individuo
- Cuestionario de Actividades de Aprendizaje y Perfil Socioeconómico.
- Cuestionario de Problemáticas Psicosociales.

### **2.5.1 Requisitos de Inscripción**

Para ingresar a la Escuela de Psicología de la UNICACH, es necesario reunir los siguientes requisitos:

- Certificado de secundaria
- Certificado de bachillerato en el área de Ciencias Químico-Biológicas o de Ciencias Sociales y Humanidades
- Carta de buena conducta
- Aprobar el examen general de selección
- Inscribirse en el periodo escolar
- Acreditar buena salud mediante constancia médica
- Cubrir cuotas respectivas

### **2.5.2 Requisitos de Permanencia**

El Reglamento General de Alumnos establece que se pierde la calidad de alumno por las siguientes causas:

- I. Reprobar o dejar de presentar exámenes en tres o más materias en un solo ciclo escolar, salvo causa justificada que se fijará en el reglamento correspondiente.
- II. Reprobar o dejar de presentar exámenes en cinco o más materias en los primeros dos ciclos escolares.
- III. Reprobar o dejar de presentar exámenes en diez o más materias en toda la carrera.
- IV. Dejar de inscribirse en más de dos ciclos escolares consecutivos.
- V. Inscribirse más de dos veces en el mismo ciclo escolar.
- VI. Cometer faltas graves contra la disciplina universitaria que motiven su expulsión definitiva de la universidad.

## **2.6 Plan de estudios**

Como se aprecia en los elementos conceptuales anteriores, se pone de manifiesto el fundamento que pauta el diseño del V plan de estudios de la escuela de psicología y como tal rescata el método racional tyleriano, los preceptos de Stenhouse, Gimeno Sacristan, Taba, autores que sugieren en términos metodológicos la lógica de construcción de una propuesta curricular. En este caso se rescata un eje de fundamentación que determina el diseño del V plan de estudios. Producto de todo lo anterior se describen en este apartado las características curriculares del plan en cuestión.

El V plan de estudios de la licenciatura de psicología se centra a nivel de línea curricular en cuatro componentes denominadas por la Universidad de Ciencia y Artes de Chiapas como áreas de sello institucional, área básica científica, área de formación profesional y área de formación terminal e integración clínica-educativa, además se aprecia una línea complementaria articuladas en 10 materias electivas, en ésta última se busca que el estudiante adicionalmente a su formación con énfasis clínico-educativo obtenga elementos del área laboral y social.

A nivel de fase curricular pueden precisarse dos momentos: una fase de tronco común integrado por 48 cursos organizados entre asignaturas y materias y una fase de experiencia profesional a través del servicio social.

### **2.6.1 Objetivos**

#### **A) Objetivo General**

Formar profesionistas en la Psicología que a través de los conocimientos teórico-prácticos adquiridos, puedan actuar ética y eficientemente ante problemáticas del comportamiento humano en los contextos clínico y educativo, evaluando los mismos a fin de proponer e implementar soluciones que contribuyan al bienestar de la salud mental y al desarrollo óptimo del proceso de enseñanza- aprendizaje del individuo de acuerdo a los valores culturales que demanda la sociedad.

#### **B) Objetivos Específicos:**

Formar profesionistas que puedan diagnosticar e intervenir en los problemas del comportamiento humano que se presentan en los diferentes contextos clínico y educativo.

Formar profesionistas que puedan diseñar, ejecutar y evaluar programas de prevención e intervención psicológica y psicopedagógica.

Formar profesionistas con conocimientos teóricos-prácticos para desarrollar investigaciones de los procesos cognitivos, afectivos y comportamentales.

Se prevé que el campo de trabajo para el egresado de la Licenciatura en Psicología con énfasis Clínico y Educativo tendrá un incremento importante, fundados en los movimientos poblacionales y

los problemas educativos, pero igualmente en los planes de desarrollo del Estado y del municipio de Tuxtla Gutiérrez.

El egresado de la Licenciatura en Psicología con énfasis Clínico y Educativo podrá integrarse en espacios laborales que ofertan Dependencias gubernamentales como el DIF, el Centro de Integración Juvenil, la Procuraduría a través de las diferentes fiscalías que brindan atención a mujeres y niños, los Centros de Atención Múltiple, la Unidad de Servicio de Apoyo a la Escuela Regular, la Secretaría de Desarrollo Social, COCYTECH, SEP, Secretaría de Salud. A nivel particular, podrá desempeñarse brindando atención psicopedagógica o psicológica.

Con esta propuesta se rescata la idea de ciencia, y se organiza dentro del plan de estudios un conjunto de aprendizajes centrado en el estudiante, donde éste podrá desarrollar de manera inductiva o deductiva los saberes, conocimientos e información que mediante procesos de trabajo colaborativo integren de manera significativa el saber de la ciencia. De esta forma el precepto de “la estructura objetiva de la ciencia pase a ser patrimonio subjetivo del estudiante” constituye el eje central del actual diseño curricular.

Además con lo anterior se pretende como ya se señaló potencializar las capacidades de estudiantes a través de habilidades, destrezas que configuren una actitud propositiva y ética hacia el ser humano y su entorno, vista en este caso desde una dimensión humana de lo postmoderno.



## 2.7 Estructura y modelo curricular de acuerdo a los créditos

El V Plan de Estudios de la Escuela de Psicología con énfasis Clínico y Educativo se caracteriza a nivel de línea curricular por dos componentes: básica integrada por el sello institucional, formación básica científica, profesional y terminal; y complementaria integrada por asignaturas y materias electivas.

Las dos líneas curriculares descritas convergen en una fase curricular de especialización de corte instrumental a través de la modalidad de servicio social en el área clínica y/o educativa, la elección del área va acorde a los intereses profesionales de los estudiantes de psicología.

A partir de las líneas y fases curriculares el plan de estudios cumple con la relación diacrónica y sincrónica del conjunto de asignaturas y/ o materias, según se trate. Misma que se organiza a partir de las siguientes áreas de conocimiento: sello institucional, básica científica, formación profesional y formación terminal e integración.

### ÁREA DE SELLO INSTITUCIONAL

| CICLO   | LISTA DE ASIGNATURAS                                | CLAVE | SERIACIÓN | HORAS    |           |                     |         | CRÉDITOS |
|---------|-----------------------------------------------------|-------|-----------|----------|-----------|---------------------|---------|----------|
|         |                                                     |       |           | TEÓRICAS | PRÁCTICAS | DE AUTO APRENDIZAJE | TOTALES |          |
| 1       | <u>Comunicación Oral y Escrita I</u>                | 5101  | -         | 3        | -         | -                   | 3       | 6        |
| 2       | <u>Comunicación Oral y Escrita II</u>               | 5201  | 5101      | 3        | -         | -                   | 3       | 6        |
| 1       | <u>Tecnologías de Información y Comunicación I</u>  | 5102  | -         | 2        | 2         | -                   | 4       | 6        |
| 2       | <u>Tecnologías de Información y Comunicación II</u> | 5202  | 5102      | 2        | 2         | -                   | 4       | 6        |
| 3       | <u>Problemas Socioeconómicos Contemporáneos</u>     | 5301  | -         | 4        | -         | -                   | 4       | 8        |
| 4       | <u>Psicología Ambiental</u>                         | 5401  | -         | 2        | 2         | -                   | 4       | 6        |
| TOTALES |                                                     |       |           | 16       | 6         | -                   | 22      | 38       |

## ÁREA BÁSICA CIENTÍFICA

| CLO     | LISTA DE ASIGNATURAS                             | CLAVE | SERIACIÓN | HORAS    |           |                     |         | CRÉDITOS |
|---------|--------------------------------------------------|-------|-----------|----------|-----------|---------------------|---------|----------|
|         |                                                  |       |           | TEÓRICAS | PRÁCTICAS | DE AUTO APRENDIZAJE | TOTALES |          |
| 1       | <u>Bases Neuroendocrinas de la Conducta</u>      | 5103  | -         | 3        | 2         | -                   | 5       | 8        |
| 1       | <u>Epistemología</u>                             | 5104  | -         | 4        | -         | 2                   | 6       | 10       |
| 2       | <u>Psicofisiología</u>                           | 5203  | 5103      | 3        | 2         | -                   | 5       | 8        |
| 2       | <u>Introducción a la Psicología Científica</u>   | 5204  |           | 4        | -         | 2                   | 6       | 10       |
| 3       | <u>Estadística Descriptiva</u>                   | 5302  | -         | 3        | 2         | -                   | 5       | 8        |
| 3       | <u>Sexualidad Humana</u>                         | 5303  | -         | 4        | -         | 2                   | 6       | 10       |
| 4       | <u>Estadística Inferencial</u>                   | 5402  | 5302      | 3        | 2         | -                   | 5       | 8        |
| 5       | <u>Metodología de la Investigación</u>           | 5501  | -         | 4        | -         | 2                   | 6       | 10       |
| 6       | <u>Elaboración de Proyectos de Investigación</u> | 5601  | 5501      | 2        | 2         | -                   | 4       | 6        |
| 7       | <u>Taller de Investigación I</u>                 | 5704  | 5601      | 2        | 3         | -                   | 5       | 7        |
| 8       | <u>Taller de Investigación II</u>                | 5805  | 5704      | 1        | 4         | -                   | 5       | 6        |
| TOTALES |                                                  |       |           | 33       | 17        | 8                   | 58      | 91       |

## ÁREA DE FORMACIÓN PROFESIONAL

| CICLO | LISTA DE ASIGNATURAS                                           | CLAVE | SERIACIÓN | HORAS    |           |                     |         | CRÉDITOS |
|-------|----------------------------------------------------------------|-------|-----------|----------|-----------|---------------------|---------|----------|
|       |                                                                |       |           | TEÓRICAS | PRÁCTICAS | DE AUTO APRENDIZAJE | TOTALES |          |
| 1     | <u>Desarrollo Psicológico Infantil</u>                         | 5105  | -         | 3        | 2         | -                   | 5       | 8        |
| 1     | <u>Procesos Psicológicos Básicos I</u>                         | 5106  | -         | 3        | 2         | -                   | 5       | 8        |
| 2     | <u>Desarrollo Psicológico de la Adolescencia a la Senectud</u> | 5205  | -         | 3        | 2         | -                   | 5       | 8        |
| 2     | <u>Procesos Psicológicos Básicos II</u>                        | 5206  | 5106      | 3        | 2         | -                   | 5       | 8        |
| 3     | <u>Teorías de la Personalidad</u>                              | 5304  | -         | 4        | -         | -                   | 4       | 8        |
| 3     | <u>Técnicas de la Entrevista</u>                               | 5305  | -         | 3        | 2         | -                   | 5       | 8        |
| 4     | <u>Diseño de programas Preventivos</u>                         | 5403  | -         | 2        | 2         | -                   | 4       | 6        |
| 4     | <u>Psicología Dinámica</u>                                     | 5404  | -         | 4        | -         | -                   | 4       | 8        |
| 4     | <u>Psicometría</u>                                             | 5405  | -         | 3        | 2         | -                   | 5       | 8        |
| 5     | <u>Psicopatología Infantil</u>                                 | 5502  | -         | 2        | 2         | -                   | 4       | 6        |
| 5     | <u>Modificación de la Conducta</u>                             | 5503  | -         | 3        | 3         | -                   | 6       | 9        |
| 5     | <u>Pruebas Psicológicas</u>                                    | 5504  | 5405      | 3        | 2         | -                   | 5       | 8        |
| 5     | <u>ELECTIVA</u>                                                |       |           | 4        | -         | -                   | 4       | 8        |
| 6     | <u>Psicopatología y Diagnóstico de la Personalidad</u>         | 5602  | -         | 5        | -         | -                   | 5       | 10       |
| 6     | <u>Terapia de la Conducta</u>                                  | 5603  | 5503      | 3        | 2         | -                   | 5       | 8        |
| 6     | <u>Pruebas Proyectivas</u>                                     | 5604  | 5504      | 3        | 2         | -                   | 5       | 8        |
| 6     | <u>ELECTIVA</u>                                                |       |           | 4        | -         | -                   | 4       | 8        |
| 7     | <u>Clasificación y Diagnóstico de la Psicosis</u>              | 5702  | -         | 2        | 2         | -                   | 4       | 6        |
| 7     | <u>Integración de Pruebas Psicológicas</u>                     | 5703  | 5604      | 3        | 2         | -                   | 5       | 8        |
| 7     | <u>Ética Profesional</u>                                       | 5701  |           | 3        | -         | -                   | 3       | 6        |
| 7     | <u>ELECTIVA</u>                                                |       |           | 4        | -         | -                   | 4       | 8        |
| 8     | <u>ELECTIVA</u>                                                |       |           | 4        | -         | -                   | 4       | 8        |
| TOTAL |                                                                |       |           | 71       | 29        | -                   | 100     | 171      |

## ÁREA DE FORMACIÓN TERMINAL E INTEGRACIÓN (CLINICA-EDUCATIVA)

| CICLO | LISTA DE ASIGNATURAS                                      | CLAVE | SERIACIÓN | HORAS    |           |                     |         | CRÉDITOS |
|-------|-----------------------------------------------------------|-------|-----------|----------|-----------|---------------------|---------|----------|
|       |                                                           |       |           | TEÓRICAS | PRÁCTICAS | DE AUTO APRENDIZAJE | TOTALES |          |
| 3     | Psicología Educativa                                      | 5306  | -         | 4        | -         | -                   | 4       | 8        |
| 4     | Orientación Educativa                                     | 5406  | -         | 2        | 2         | -                   | 4       | 6        |
| 5     | Capacidades Diferentes                                    | 5505  | -         | 2        | 2         | -                   | 4       | 6        |
| 6     | Problemas de Aprendizaje                                  | 5605  | -         | 2        | 2         | -                   | 4       | 6        |
| 7     | Evaluación Psicopedagógica                                | 5705  | -         | 3        | 2         | -                   | 5       | 8        |
| 8     | Intervención Psicopedagógica                              | 5804  | 5705      | 2        | 2         | -                   | 4       | 6        |
| 8     | Técnicas y supervisión de intervención individual         | 5801  |           | 3        | 2         | -                   | 5       | 8        |
| 8     | Técnicas y supervisión de intervención en el adulto mayor | 5802  |           | 2        | 2         | -                   | 4       | 6        |
| 8     | Técnicas y supervisión de intervención familiar           | 5803  |           | 3        | 2         | -                   | 5       | 8        |
| 9     | Electiva                                                  |       | -         | -        | 10        | -                   | 10      | 10       |
| TOTAL |                                                           |       |           | 23       | 26        |                     | 49      | 72       |

## ELECTIVAS

| CICLO | LISTA DE ASIGNATURAS ELECTIVAS                               | CLAVE | SERIACIÓN | HORAS    |           |                     |         | CRÉDITOS |
|-------|--------------------------------------------------------------|-------|-----------|----------|-----------|---------------------|---------|----------|
|       |                                                              |       |           | TEÓRICAS | PRÁCTICAS | DE AUTO APRENDIZAJE | TOTALES |          |
| 5     | <u>Psicología Social</u>                                     | 5506  |           | 4        | -         | -                   | 4       | 8        |
| 5     | <u>Psicología Organizacional</u>                             | 5507  |           | 4        | -         | -                   | 4       | 8        |
| 6     | <u>Procesos Culturales</u>                                   | 5606  |           | 4        | -         | -                   | 4       | 8        |
| 6     | <u>Planeación, Provisión y Aplicación del Factor Humano.</u> | 5607  |           | 4        | -         | -                   | 4       | 8        |
| 7     | <u>Asesoría y trabajo con grupos</u>                         | 5706  |           | 4        | -         | -                   | 4       | 8        |
| 7     | <u>Administración del Factor Humano</u>                      | 5707  |           | 4        | -         | -                   | 4       | 8        |
| 8     | <u>Intervención comunitaria</u>                              | 5807  |           | 4        | -         | -                   | 4       | 8        |
| 8     | <u>Desarrollo del Factor humano</u>                          | 5806  |           | 4        | -         | -                   | 4       | 8        |
| 9     | <u>Asesoría Clínica</u>                                      | 5901  |           | -        | 10        | -                   | 10      | 10       |
| 9     | <u>Asesoría Educativa</u>                                    | 5902  |           | -        | 10        | -                   | 10      | 10       |

**CUADRO PORCENTUAL DE MATERIAS Y CRÉDITOS  
POR ÁREAS.**

| <b>AREAS</b>                                                                             | <b>TOTAL<br/>DE<br/>MATERIAS</b> | <b>PORCENTAJE<br/>DE MATERIAS<br/>POR AREA</b> | <b>TOTAL<br/>DE<br/>CRÉDITOS</b> | <b>PORCENTAJE<br/>DE CREDITOS<br/>POR AREA</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>ÁREA DE SELLO<br/>INSTITUCIONAL</b>                                                   | 6                                | 12%                                            | 38                               | 10%                                            |
| <b>ÁREA BÁSICA<br/>CIENTÍFICA</b>                                                        | 11                               | 22%                                            | 91                               | 24%                                            |
| <b>AREA DE<br/>FORMACION<br/>PROFESIONAL</b>                                             | 22                               | 45%                                            | 171                              | 46%                                            |
| <b>ÁREA DE<br/>FORMACIÓN<br/>TERMINAL E<br/>INTEGRACIÓN<br/>(CLINICA-<br/>EDUCATIVA)</b> | 10                               | 21%                                            | 72                               | 20%                                            |
| <b>TOTALES:</b>                                                                          | 49                               | 100%                                           | 372                              | 100%                                           |

## 2.8 Estructuración de los conocimientos y organización de experiencias de acuerdo al modelo centrado en el aprendizaje

Como se planteó en párrafos anteriores el modelo centrado en el aprendizaje pondera ante todo el diseño de estrategias que fomenten el trabajo colaborativo del estudiante, que incorpore en la medida de lo posible el uso de sistemas de redes y flujos de información para provocar en el aprendiz una actitud de cooperación e integración de grupo, En razón de ello los docentes de la escuela de psicología utilizan como referente general el esquema que a continuación se muestra:

| MEDIACIÓN DOCENTE |                                           |         | AUTOAPRENDIZAJE |                                      |           |
|-------------------|-------------------------------------------|---------|-----------------|--------------------------------------|-----------|
| X                 | Encuadre                                  | AI      | X               | Investigación bibliográfica          | AC/AI     |
| X                 | Exposición audiovisual                    | TIC/ AI | X               | Investigación por Internet           | AC/TIC/AI |
| X                 | Exposición docente                        | TIC/ AI | X               | Lectura de comprensión               | AC/ AI    |
| X                 | Ejercicios dentro de clase                | AC      | X               | Elaboración de fichas bibliográficas | AI        |
| X                 | Lectura comentada                         | AC      | X               | Elaboración de mapas conceptuales    | AC/AI     |
| X                 | Exposición por equipo                     | AC/TIC  | X               | Elaboración de Ensayo                | AC/TIC/AI |
| X                 | Retroalimentación docente                 | AI      |                 | Elaboración de reseña descriptiva    | AC/TIC/AI |
|                   | Sesión de preguntas y respuestas          | AC/AI   |                 | Otras                                | AC/TIC/AI |
| X                 | Conclusiones grupales                     | AC/AI   |                 |                                      |           |
| X                 | Conclusión del tema por parte del docente | AC      |                 |                                      |           |

### Claves:

1. Actividades Colaborativas (AC)
2. Usos de las Tecnologías de información y comunicación (TIC)
3. Actividades Individuales (AI)

NOTA: Señalar con una "X" las actividades que se realizarán

Bajo la lógica anterior cada docente de acuerdo a la naturaleza de los contenidos programáticos que imparte, señala en un espacio colegiado los indicadores que busca fomentar acorde al perfil de egreso.

## 2.9 Plan y Mecanismos de Evaluación y actualización del V Plan de estudios.

La evaluación del plan de estudios para su actualización es un proceso sistemático y permanente en la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas.

Este proceso permite tomar decisiones fundadas sobre el valor y sobre las modificaciones que resulten necesarias y pertinentes para el continuo perfeccionamiento de sus planes y programas.

La metodología de evaluación que se realiza es de tipo externa e interna .La evaluación Externa, nos lleva a un análisis sobre la pertinencia y la congruencia de los aprendizajes logrados por los alumnos, a través del impacto y trascendencia de la práctica profesional, con los objetivos del programa académico.

Para ello se utiliza una estrategia metodológica que permite recabar información cualitativa y cuantitativa de y acerca de los empleadores y egresados, sistematizarla, valorarla y generar las propuestas de modificaciones al programa académico.

La evaluación Interna, atiende el nivel de logros de los objetivos del currículo y hace un análisis de su estructura, esta evaluación con lleva además una evaluación permanente por parte de las academias y los cambios propuestos serán el resultado de un trabajo colegiado.

El planteamiento anterior permite formular el propósito de establecer un proceso continuo de evaluación para la actualización significativa del plan de estudios cada 4 años, de manera que se integren los elementos cognoscitivos, técnicos y metodológicos requeridos por las condiciones del entorno en el que el plan de estudios pretende incidir para su desarrollo y perfeccionamiento.

Es importante mencionar que los cambios al plan de estudio se harán además con respecto a los avances del modelo educativo.

## **2.10 Perfil del Egresado**

El perfil de egreso de la licenciatura en Psicología con énfasis Clínico y Educativo se expresa en la posesión y desarrollo de conocimientos, habilidades, y actitudes para su desempeño profesional. Por tanto el egresado será capaz de:

- Diagnosticar los procesos psicológicos individuales y/o grupales en ámbito clínico y educativo
- Diseñar, aplicar y evaluar programas de intervención en el ámbito clínico y educativo
- Desarrollar investigaciones de los procesos cognitivos, afectivos y comportamentales

Para lograr esta formación el alumno de la Licenciatura en Psicología con énfasis Clínico y Educativo de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas adquirirá conocimientos y desarrollará habilidades y actitudes para intervenir en su entorno social:

- Dominar los fundamentos teóricos que explican el comportamiento humano.
- Realizar psicodiagnósticos e intervenciones en el ámbito clínico y educativo
- Aplicar la metodología que permite describir, comprender y explicar científicamente el comportamiento humano.
- Aplicar los métodos y técnicas de Intervención psicológica.
- Aplicar técnicas de entrevista en el ámbito psicológico.
- Aplicar e interpretar instrumentos psicológicos.

En el ejercicio de su profesión, el Licenciado en Psicología con énfasis Clínico y Educativo de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas deberá mostrar una actitud crítica, analítica, reflexiva y propositiva considerando siempre los valores éticos de respeto, responsabilidad, confidencialidad y compromiso con su quehacer profesional.

### 2.10.1 Requisitos de Egreso

Para egresar de la Licenciatura en Psicología con énfasis Clínico y Educativo los alumnos deberán cubrir los siguientes requisitos:

- Cursar y aprobar el 100% de las materias del Plan de Estudios.
- Aprobar 372 créditos del programa de estudios de la Licenciatura en Psicología con énfasis en Clínica y Educativa.
- Haber cumplido el Servicio Social incluido en el Plan de Estudios en el noveno semestre.
- Cubrir 4 niveles de un segundo idioma.

### 2.10.2 Requisitos Académicos para la Obtención del Título

De acuerdo con la Legislación Universitaria y al Reglamento General de Alumnos para los niveles de profesional asociado y licenciatura, los pasantes podrán acceder a la obtención del título **LICENCIADO EN PSICOLOGÍA** a través del cumplimiento, en tiempo y forma, de los requisitos siguientes:

- Cubrir los requisitos de Egreso
- Realizar alguna de las opciones de titulación vigentes en el Reglamento General de Alumnos de la Universidad:
  - a) Titulación Automática
  - b) Memoria de Experiencia Profesional
  - c) Elaboración de un Texto
  - d) informe o Memoria de Servicio Social
  - e) Tesis Profesional
  - f) Curso Especial de Titulación
  - g) Examen General de Conocimientos
  - h) Examen General de Calidad Profesional
  - i) Créditos de Estudio de Posgrado
  - j) Participación en Proyecto de Investigación
  - k) Informe Técnico

## REFERENTES Y FUENTES DE INFORMACIÓN

|                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ANUIES.</b> Anuario 2003. Estudios de Educación Superior. México. <a href="http://www.anui.es.org.mx">www.anui.es.org.mx</a>                                                                                                                          |
| <b>Asociación Americana de Psiquiatría.</b> <i>Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales</i> (2006). <i>DSM-IV- TR</i> .                                                                                                               |
| <b>BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID).</b> <i>Estrategia de Educación Superior</i> . 1997.                                                                                                                                                         |
| <b>BANCO MUNDIAL.</b> <i>La educación superior: las lecciones derivadas de la experiencia</i> . 1995.                                                                                                                                                    |
| <b>BROWN, frederick</b> (1999) Principios de la medición en psicología y educación. Manual Moderno. México                                                                                                                                               |
| <b>CIIES.</b> Cuaderno 2003. Estudio de Eficiencia Terminal en Educación Superior. México. 2003.                                                                                                                                                         |
| <b>CNEIP.</b> <i>Reporte de evaluación y dictamen del programa de licenciatura</i> . Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México, 1996.                                                                                                                            |
| <b>CNEIP.</b> <i>Taller: “El Perfil Profesional del Psicólogo del Próximo Milenio”</i> . Guanajuato, Guanajuato, México, 2000.                                                                                                                           |
| <b>COLL, César.</b> <i>Psicología y currículum</i> . Ed. Paidós. México, 1997.                                                                                                                                                                           |
| <b>COMISIÓN DE DESARROLLO Y MEDIO AMBIENTE DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE.</b> <i>Nuestra propia agenda sobre desarrollo y medio ambiente</i> .                                                                                                           |
| <b>CORNEJO J.W., Osío O., Sánchez Y., Carrizosa J., Sánchez G., Grisales H., Castillo H. y Holguín J.</b> (2005). <i>Prevalencia del trastorno por déficit de atención – hiperactividad en niños y adolescentes colombianos</i> . Revista de neurología. |
| <b>DIÁZ BARRIGA</b> Arceo, Frida, Ma. De Lourdes Lule, Diana Pacheco Pinzón, Silvia Rojas Drummond, Elisa Saad Dayán. <i>Metodología de diseño curricular para educación superior</i> . Trillas, México, 8ª reimpresión, 2000.                           |
| <b>DÍAZ Barriga, Angel.</b> <i>Empleadores de universitarios. Un estudio de sus opiniones</i> . Porrúa, CESU UNAM. México, 1995.                                                                                                                         |
| <b>GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS.</b> <i>Desarrollo Social en Cifras</i> . Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México, 2003.                                                                                                                                     |
| <b>GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS.</b> Vo Informe de Gobierno                                                                                                                                                                                            |
| <b>INEGI.</b> <i>Agenda Estadística Chiapas</i> . Chiapas, México, 1993                                                                                                                                                                                  |
| <b>INEGI.</b> <i>Censo Nacional de Población y Vivienda 1990</i> . México, 2000.                                                                                                                                                                         |
| <b>INEGI.</b> <i>Conteo de Población y Vivienda, 1995. Resultados Definitivos</i> . México, 1996.                                                                                                                                                        |
| <b>INEGI.</b> <i>Encuesta Nacional de Empleo, 2000</i> . México, 2001.                                                                                                                                                                                   |
| <b>INEGI.</b> <i>Tabulados Básicos. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000</i> . México, 2003.                                                                                                                                                  |
| <b>INEGI.</b> <i>Estadísticas por Tema. Informes Económicos. Censo Económico. Informe de Resultados</i> . <a href="http://www.inegi.gob.mx">www.inegi.gob.mx</a>                                                                                         |
| <b>OCDE.</b> Las formaciones superiores; en <i>Reseña de las políticas de educación superior en México</i> . Reporte de los examinadores externos. 1994.                                                                                                 |
| <b>ONU. FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA ACTIVIDADES EN MATERIA DE POBLACIÓN (FNUAP).</b> <i>Perspectivas de la Población Mundial</i> . México, 1988.                                                                                                   |
| <b>ORGANIZACIÓN DE COOPERACIÓN Y DESARROLLO ECONÓMICO (OCDE).</b> <i>Las políticas nacionales de educación superior</i> . 1997.                                                                                                                          |
| <b>PICK, Susan, Ana Luisa López</b> (1994). <i>Cómo investigar en ciencias sociales</i> . 5ª ed. Trillas. México                                                                                                                                         |
| <b>PISECCO S., Wristers K.,l Swank P., Silva P. Y Baker D.</b> (2001). <i>The effect of academic self-concept on ADHD and antisocial behaviors in early adolescence</i> .                                                                                |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Journal of Learning Disabilities, 00222194, Sep/Oct, Vol. 34, Issue 5.                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>RUIZ</b> Iglesias, Magalys. <u>El enfoque integral del currículum para la formación de profesionales competentes.</u> . Instituto Politécnico Nacional, 1ª. Edición, México, 2000.                                                                                                                |
| <b>SÁNCHEZ</b> Sosa, Juan José, et. al. <u>Hacia el cambio curricular. Diagnóstico del currículum actual de la Facultad de Psicología.</u> Facultad de Psicología, UNAM. México, 1997.                                                                                                               |
| <b>SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA.</b> <u>Segundo Informe de Ejecución,</u> México, 2002.                                                                                                                                                                                                           |
| <b>SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA.</b> Estadística Educativas. Subdirección de Estudios Superiores. <a href="http://www.sep.gob.mx">www.sep.gob.mx</a>                                                                                                                                              |
| <b>SECRETARÍA DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO.</b> México, 1988.                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>SECRETARÍA DE SALUD.</b> <u>Programa de Acción: Salud mental.</u> Secretaría de Salud, 1ª. Reimpresión, México, 2002.                                                                                                                                                                             |
| <b>SECRETARIA DE SALUD.</b> <u>Salud: México 2004. Información para la Rendición de Cuentas.</u> 2ª. Ed. 2005.                                                                                                                                                                                       |
| <b>SECRETARIA DE SALUD.</b> <u>Programa Acción: Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas.</u> 1ª. Ed. 2001                                                                                                                                                                                       |
| <b>SSA</b> Anuario Estadístico 1999                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>UNACH.</b> <u>Desarrollo Social, Proyecto Académico 1995-1999.</u> Chiapas, México. 1995.                                                                                                                                                                                                         |
| <b>UNESCO.</b> <u>Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el Siglo XXI: Visión y Acción.</u> París, 1998.                                                                                                                                                                                 |
| <b>UNICACH.</b> <u>Diagnóstico.</u> Esc. de Psicología. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México 1998.                                                                                                                                                                                                      |
| <b>UNICACH.</b> Escuela de psicología. <u>Estudio de egresados.</u> Documento de trabajo. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México. 1998.                                                                                                                                                                   |
| <b>UNICACH.</b> Escuela de Psicología. <u>Plan de Desarrollo Académico 2000-2002.</u> Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México, 2000.                                                                                                                                                                       |
| <b>UNICACH.</b> <u>Informe de Actividades 1999-2000.</u> Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México. 2000.                                                                                                                                                                                                    |
| <b>UNICACH.</b> <u>Plan Institucional de Desarrollo 2000-2020.</u> Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México, 2000.                                                                                                                                                                                          |
| <b>UNICACH.</b> <u>Plan de Desarrollo Institucional, I Etapa,</u> Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México, Agosto de 1998.                                                                                                                                                                                 |
| <b>URBINA</b> Soria, Javier. <u>El psicólogo: Formación, ejercicio profesional y prospectiva.</u> UNAM, México, 1992.                                                                                                                                                                                |
| <b>VERDUGO</b> Alonso, Miguel A. <u>Evaluación curricular. Una guía para la intervención psicopedagógica.</u> Ed. Siglo XXI. México, 1996.                                                                                                                                                           |
| <b>VILLEGAS,</b> Julio F., Pablo Marassi Linzi y Juan Pablo Toro Cifuentes. <u>Problemas centrales para la formación académica y el entrenamiento profesional del psicólogo de las Américas.</u> Vol. II. Universidad Central de Chile, Universidad Diego Portales y Universidad Mariano Egaña. 2003 |

## **ANEXOS**

### **Programas de Estudio Por Asignatura**

1. Programa de Asignaturas 1er Semestre
2. Programa de Asignaturas 2o Semestre
3. Programa de Asignaturas 3er Semestre
4. Programa de Asignaturas 4o Semestre
5. Programa de Asignaturas 5o Semestre
6. Programa de Asignaturas 6o Semestre
7. Programa de Asignaturas 7o Semestre
8. Programa de Asignaturas 8o Semestre
9. Programa de Asignaturas 9o Semestre