LA CRISIS DE LAS LICENCIATURAS EN PSICOLOGÍA EN HERMOSILLO: DESREGULARIZACIÓN, CONFUSIÓN CONCEPTUAL, PSICOPATOLOGIZACIÓN Y MALA PRAXIS EN LA FORMACIÓN Y EJERCICIO PROFESIONAL

THE CRISIS OF UNDERGRADUATE PSYCHOLOGY PROGRAMS IN HERMOSILLO: DEREGULATION, CONCEPTUAL CONFUSION, PSYCHOPATHOLOGIZATION, AND MALPRACTICE IN TRAINING AND PROFESSIONAL PRACTICE

Cristian Alejandro Herrera Camarena
leicristianherrera@gmail.com

Fecha de recepción: 14 de febrero de 2025
Fecha de aceptación: 1 de marzo de 2025

Resumen

La formación de pregrado en psicología en México ha sido vista como la vía regia hacia el mal denominado campo de la salud mental, esto secundario a la confusión sobre qué es y qué hace un psicólogo. La capital sonorense no solamente no ha sido la excepción, sino que ha llevado de la mano la proliferación de universidades que ofrecen programas de pregrado en psicología carentes de certificación alguna, lo cual se traduce en una pobre formación de profesionistas y en una creciente iatrogenia en los servicios de psicología aplicada.

Palabras clave: salud mental, psicopatologización, trastornos mentales, psicología aplicada.

https://doi.org/10.68951/be5s-ea4n

Abstract

Undergraduate psychology training in Mexico has been seen as the royal road to the misnamed field of mental health, stemming from the confusion surrounding what a psychologist is and what he or she does. The capital of Sonora has not only been no exception, but has also led to the proliferation of universities offering undergraduate psychology programs without any certification, resulting in poor professional training and increasing iatrogenic activity in applied psychology services.

Keywords: mental health, psychopathologization, mental disorders, applied psychology.

Introducción

No es sorpresa encontrar a la licenciatura en psicología como uno de los programas de pregrado con mayor demanda en el país. A modo de sustento, según datos del Instituto Mexicano para la Competitividad (IMCO, 2025), psicología es la quinta carrera con mayor número de profesionistas, con un total de 595,676 de personas quienes se pueden autodenominar como psicólogos, aunque entiendan y hagan cosas distintas, pero quienes muy probablemente comparten la idea de la existencia de enfermedades mentales, pensando que tanto el médico psiquiatra como ellos son responsables de resolverlas (Borja, 2017).

A nivel local, en Hermosillo se puede observar este mismo fenómeno, pues según la dirección de servicios estudiantiles de la Universidad de Sonora (García, 2023), las tres carreras con mayor demanda son: licenciatura en medicina (2,484 solicitudes), licenciatura en psicología (2,244 solicitudes) y licenciatura en enfermería (2,035 solicitudes). Esta creciente demanda de ingreso al pregrado en psicología se debe a la confusión de qué es y qué hace un psicólogo (Ribes, 2011) y a la creciente idea de que el psicólogo tiene como campo de trabajo la solución de los problemas de salud mental de la gente, más secundaria a juicios de valor moral que a una de investigación psicológica (Borja, 2017).

Al volver al número de solicitudes presentadas, se puede observar algo rápidamente, la problemática social de que no todas estas podrán ser cubiertas por el Estado (mediante la Universidad de Sonora), por lo tanto, ¿qué pasa con aquellas solicitudes que no son aceptadas? La respuesta corta es evidente, este problema social pasa a manos de la iniciativa privada.

Sin embargo, la iniciativa privada suele diseñar sus planes de estudio de la mano a una confusión compartida entre diseñadores curriculares y estudiantes prospecto sobre aquello que es y hace un psicólogo (Ribes, 2011), respondiendo más que nada a una visión popular del psicólogo que se acerca más a la de un clínico de los problemas de salud mental. Todo esto en operación bajo el amparo mínimo legal, sin llegar al debate moral reflexivo por parte de las instituciones (en su mayoría de carácter privado) de si se llegan a ofrecer una educación de calidad. Por lo tanto, las instituciones privadas terminan desarrollando planes de estudio que cumplen los requisitos mínimos legales, pero que carecen de certificación externa de su calidad. Entonces, no llega a ser sorpresa que en ellos impera la anarquía epistemológica y el abuso de un eclecticismo teórico, científico y socialmente irresponsable con el ingenuo fin de tratar los problemas de salud mental de la gente (Borja, 2017).

El problema conceptual de la *"salud mental"*

Si se critica el uso de este término, se tiene que definir el porqué. Y es que, tal como lo comenta Ribes (2008), el concepto de salud mental lleva implícito un doble error lógico que se puede reducir a las siguientes premisas:

> La existencia de un proceso o entidad mental distinta (e.i. semiautónoma) a los procesos o entidades puramente biológicos o somáticos.
>
> Al definir conceptualmente la existencia de la mente como un algo lo suficiente —pero no completamente— independiente a lo puramente biológico o somático, el añadir un segundo nivel o ámbito de estado de bienestar de la persona (y por lo tanto que puede enfermar o sanar como un órgano cualquiera).

Entonces se podría resumir, que “si no se supusiera que la mente constituye una entidad relativamente autónoma, o un conjunto de procesos que, sin ser del cuerpo, se relacionan con el cuerpo, se carecería de todo sentido plantear un campo de salud mental” (Ribes, 2008). Entendiendo que si… a) se define a la mente como algo independiente, pero a la vez lo suficientemente dependiente del cuerpo[1] y b) este ente independiente puede alterarse en el continuo de salud-enfermedad, entonces se podrá hablar de “enfermedades mentales” y de “salud mental”.

Una vez que tenemos definido el campo del continuo de salud-enfermedad mental se podría hacer intervención en toda aquella gama de “enfermedades o trastornos [2]mentales”. Sin embargo, ¿cómo definiría el psicólogo qué es un trastorno mental? Muchos de ellos creen resolver este problema al tomar herramientas categoriales del modelo biomédico, específicamente de la psiquiatría, pues si se supone que el papel del psicólogo se reduce al de clínico de los problemas mentales, ¿por qué no utilizar las etiquetas psicopatologizantes ya definidas? Más por el hecho que no solamente se han popularizado y vuelto parte del registro sociolingüístico folclórico, sino que, tal como lo comentan Díaz, Ruiz y Villalobos (citados en Piña e

[1] Lo cual viola una de las máximas aristotélicas: el principio de no contradicción, encontrado en la *Metafísica* de Aristóteles (libro IV) que asegura *"Es imposible que algo sea y no sea al mismo tiempo y en el mismo sentido."* (ἀδύνατον ἅμα εἶναι καὶ μὴ εἶναι τὸ αὐτὸ καὶ κατὰ τὸ αὐτό).

[2] Se está presente de la diferencia semántica que conllevan los términos enfermedad y trastorno, pero en este caso se utilizarán de forma ambigua, pues siguen partiendo de una lógica patologizante.

Ybarra, 2016) incluso en el marco de las "terapias basadas en evidencia" (PBE), por especificar, en la "terapia cognitivo-conductual", los criterios diagnósticos psicopatológicos han sido ampliamente utilizados para la selección de tratamientos y la creación de manuales de intervención (Véanse por ejemplo Barlow, 2024; Caballo, 2007, etc.).

Entonces, para definir al trastorno mental se toman herramientas categoriales de otros campos de estudio, en especial el de la psiquiatría, siendo el consenso general y el ejercicio de facto la utilización de etiquetas con génesis a los manuales categoriales tales como lo son la quinta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) o la onceava edición de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-11). En esto último es fundamental el énfasis en el término de etiquetas, pues generalmente se sueltan de manera laxa, sin llegar a conocer a fondo estas herramientas categoriales diagnósticas de donde se originan los criterios diagnósticos estos "trastornos". En pocas palabras, el psicólogo promedio no llega a conocer aquello que asegura utilizar como herramienta.

La psicopatologización de la vida cotidiana

Entonces, si es una confusión conceptual (Ribes, 1990) el hablar de salud mental (Ribes, 2008), ¿qué es lo que orilla a cada vez más jóvenes a formarse como psicólogos? Tal como lo comenta Borja (2017), parece ser que es la credencialización por vía rápida y legal de la psicopatologización de la vida cotidiana. Es decir, uno como psicólogo, sin importar su formación, gana el privilegio social de indicar quiénes son aquellos agentes sociales que pueden señalarse como normales y quienes otros no cumplen este criterio (altamente arbitrario y ligado a juicios de valor moral), mismos que, una vez que han sido etiquetados con un trastorno mental,

deberán someterse a tratamientos psicoterapéuticos y en dado caso de continuar su disrupción social, llegar a ser necesaria su experimentación polifarmacéutica o institucionalización psiquiátrica indeterminada (Szasz, 2002).

Este subtítulo hace referencia a la obra "La psicopatología de la vida cotidiana" de Freud (2017/1901), considerada entre aquellos quienes poseemos[3] cierto grado de entrenamiento en psicoanálisis como una lectura fundamental de primera aproximación hacia este campo. Sin embargo, un error común que se tiene de esta obra mayúscula de Freud fue el hecho de entender a modo de conclusión que la conducta normal no difiere de la anormal más que en magnitud, misma lógica errónea que fue adoptada implícitamente por el DSM, siendo la principal diferencia el desplazamiento de la mente inmaterial junto a sus niveles de vida (de la primera tópica freudiana) a una de génesis orgánica secundaria a un desbalance neuroquímico del sistema nervioso central, siendo esta la máxima de la lógica kraepeliana de la psiquiatría biomédica.

Eso no quiere decir que simplemente se "mal leyó a Freud", pues tal como lo vuelve a indicar Szasz (2002), fueron Bleuer, Freud y Kraepelin (en ese orden) quienes fungieron de "conquistadores de la mente". Es decir, aquellas figuras históricas quienes exitosamente elevaron las fronteras de la medicina por encima de la ley y la moral. Y es que sucede algo interesante dentro del campo de la mal denominada salud mental, ya que si uno tiene complicaciones médicas generales, incluso llegando a un nivel de atentar contra la vida, la decisión de someterse a los

[3] El autor de este capítulo está certificado en clínica psicoanalítica adicional a su entrenamiento en pregrado como psicólogo.

tratamientos quirúrgicos, refractarios o químicos necesarios para recobrar un estado de salud será completa responsabilidad y elección del usuario final. Por otro lado, si uno llega a ser alcanzado por un diagnóstico psiquiátrico puede perder su dignidad y libertad física o química, merced del juicio pseudocientífico de un médico y todo amparado por la ley (Szasz, 2002)

La argumentación fundamental viene a manera de lo último. Las escuelas de psicología en Hermosillo suelen adoptar esta forma de ver el ejercicio del psicólogo como el de un clínico de la salud mental, llegando a ganarse el cómodo privilegio de perseguir a aquellos agentes sociales a quienes consideren anormales, enfermos o trastornados, aún cuando no tengan la mínima preparación para ello. Siendo el encargo social la lógica del actuar y apelando más a principios económicos que académicos, pues si existe una enorme demanda por estudiar un programa de pregrado que permita legalmente el etiquetar a personas como sanas, enfermas o trastornadas y no existe una rígida certificación obligatoria de calidad institucional, ¿por qué el mercado no aprovecharía esta demanda para lucrar al ofrecer programas con el cumplimiento mínimo legal? Lamentablemente, esta última pregunta no se queda al nivel de la retórica, pues estamos viendo una creciente proliferación de instituciones a nivel federal, estatal y por supuesto, local en Hermosillo que cumplen estas últimas características (Borja, 2017).

A modo de conclusión intermedia de este trabajo, tal como lo comenta Borja (2017):

> Quizá la gente común no se dé cuenta de que es objeto de una persecución psicológica y de que esta responsabilidad debe ser repartida entre la psiquiatría y sus trastornos mentales, la industria farmacéutica, los medios

> audiovisuales que ofrecen información inexacta sobre los fenómenos psicológicos, las escuelas y los profesores de psicología que aceptan, sin la mínima reflexión, hacerles el juego a todos los anteriores. (p. 385).

Cómo debería, cómo cree y cómo en realidad ejerce el psicólogo aplicado

Tal como lo comenta Rodríguez-Campuzano (2003) la psicología tiene una historia como "profesión" previa a su conformación como ciencia. Esto ha llevado a una serie de repercusiones;

1. en primer lugar, a la concepción y consolidación de un abanico de concepciones psicológicas, generalmente incompatibles entre sí, pero todas amparadas bajo el nombre de "psicología"; y
2. a la delimitación profesional *de facto* del psicólogo como solucionador de problemas mentales.

Esto último es fundamental, pues sigue permeando en la idea sobre aquello que hace un psicólogo no solo entre los *legos*, sino también entre los mismos colegas. Es por ello por lo que esta sección se ha dividido en tres partes, una primera que incluye aquella lógica que debería seguir el psicólogo a nivel aplicado si guardara congruencia lógica a su entrenamiento (como psicólogo), una segunda en cómo cree (él o ella) y cómo suele a la vez esperarse popularmente —por la población *lego*— que este profesionista de la "salud mental" ejerza y en una tercera y última el cómo termina siendo realmente ejercitada la psicología aplicada en la gran mayoría de casos.

Cómo debería ejercer el psicólogo aplicado

Antes de siquiera hablar de intervenciones aplicadas o de "psicoterapias" se tiene que entender qué es aquello que nos corresponde a nosotros como psicólogos, para ello se debe poder definir puntualmente cuál es el objeto de estudio de la psicología y el poder diferenciar apropiadamente entre ciencia y tecnología (Rodríguez-Campuzano, 2003). Esto no solo es propio por parte de los programas de psicología ofrecidos por la iniciativa privada, incluso algunos programas auspiciados por el erario caen en una confusión sobre aquello que se supone que son y que hacen[4].

Retomando lo mostrado por Rodríguez-Campuzano (2003), la ciencia es un modo de producción de conocimiento que parte de un objeto de estudio propio y empírico que no se sobrepone al de otras disciplinas. En pocas palabras, su objetivo es descubrir "cómo funcionan las cosas" sin llegar a la intrusión de otros campos ya debidamente delimitados; no sería entonces el papel de la ciencia el de resolver problemas. La tecnología, por el otro lado, tendrá como interés central la alteración de su objeto de estudio en casos específicos, lo cual sí incluye la solución de problemas, creación de intervenciones, diseño de instrumentos, etc.

¿Cómo se conecta el terreno de ciencia y tecnología? Esto se hace por medio de modelos de interfase, que fungen como un punto medio de comunicación entre la psicología básica (teórica) y la psicología aplicada (Ribes y López, 1985), mismos que

[4] Véase a modo de ejemplo el caso de la licenciatura en psicología de la salud ofertada por la Universidad de Sonora: Unidad Regional Centro, campus Cajeme en Piña e Ybarra (2016).

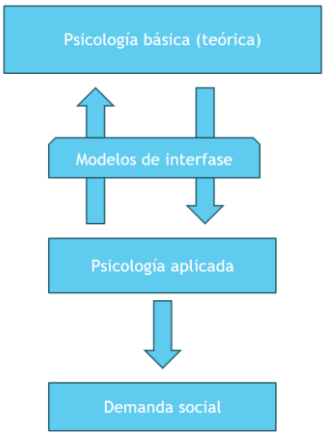
permitirán el desarrollo de tecnología para la subsecuente resolución de las distintas demandas sociales.

Un ejemplo de esto, tal como lo indica Rodríguez-Campuzano (2003) sería el modelo de salud propuesto por Ribes en 2008, que trata de un modelo de interfase donde se ilustran dos tipos de categorías (ver imagen 2) que incluyen, a la izquierda, variables referentes a los procesos psicológicos que vinculan condiciones del organismo con acciones del individuo enmarcadas en un medio sociocultural y a la derecha aquellas consecuencias de estos procesos psicológicos (Ribes 2008). Los modelos de interfase entonces tenderían un puente entre la psicología básica y la psicología aplicada, para, tal como lo comenta Rodríguez-Campuzano (2003) evitar caer en los errores de

1. querer intervenir con ciencia básica de manera directa (tratando el contexto como un laboratorio en miniatura); e
2. intervenir partiendo del encargo social, sin una vinculación con la psicología básica.

Figura 1

Modelo gráfico de ejercicio congruente del psicólogo aplicado

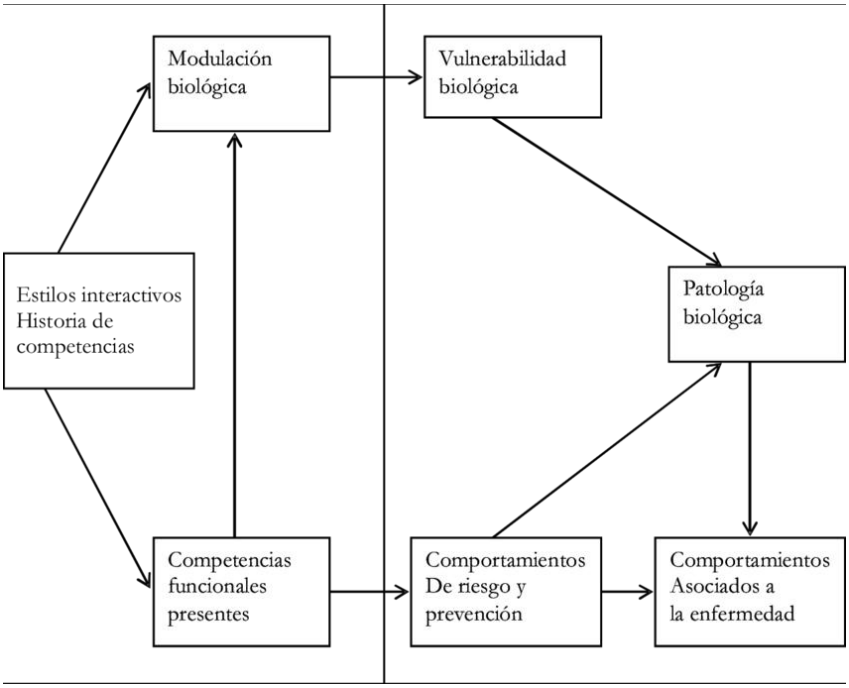


Nota. Representación visual de cómo debería ejercer el psicólogo al nivel aplicado descrito por Rodríguez-Campuzano (2003).

Fuente: Adaptado de *La inserción del psicólogo en el campo aplicado* (pp. 11–19), por M. D. L. Rodríguez-Campuzano, 2003, *Psicología y Ciencia Social, 5*(1).

Figura 2

Modelo psicológico de salud biológica.



Fuente: Reproducido de Psicología y salud: Un análisis conceptual (p. 22), por E. Ribes Iñesta, 2008, Trillas. Derechos reservados.

Cómo —se— cree que ejerce el psicólogo aplicado

El psicólogo aplicado, creyendo que su campo de ejercicio se reduce al tratamiento de los problemas de salud mental, tendría entonces por lógica una intervención que sigue los principios del método clínico. Pero ¿qué es el método clínico? O por lo menos, ¿cómo suele enseñarse este método clínico en su entrenamiento académico? Para esto tomaremos a recurso algunos materiales que

suelen compartirse en programas de psicología, incluso de algunos completamente certificados por el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en psicología (CNEIP).

En un material encontrado para el trabajo con estudiantes de psicología de tercer semestre de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), auxiliar a la materia de "método clínico" se encuentra la siguiente definición… "El método clínico no es otra cosa que el método científico o experimental de las ciencias, pero aplicado esta vez no a una investigación de laboratorio, sino a la atención individual de *enfermo*[5]*s*." (Díaz-Sanjuán, 2010). Al hablar de *clínico* sin duda habrá permeo del campo de la medicina, mismo principio que suele comentarse abiertamente en los cursos de psicología clínica, es por ello por lo que incluso en organismos importantes en México, como lo es el CNEIP no se suele delimitar a la psicología clínica como ámbito de aplicación, llegando incluso a ser invalido el uso de estas etiquetas para delimitar los problemas psicológicos (Rodríguez-Campuzano, 2003).

Esta lógica, del psicólogo como clínico de los problemas de salud mental de la gente, no solo proviene de los medios de comunicación que distorsionan el rol del psicólogo reduciéndolo al de un patologizador de conductas, sino que, como se observa incluso en material académico de la máxima casa de estudios, también se reproduce y transmite esta idea en la formación de pregrado, presentando al psicólogo como un clínico centrado en delimitar aquella línea entro lo normal y lo

[5] Cursivas propias, pues el método clínico, al tener génesis en el campo de la medicina implícitamente lleva la lógica patologizante de promedio.

anormal. Y es que, tal como lo llegaron a indicar Piña e Ybarra (2016), incluso en la preparación académica se ha llegado a ver al…

psicólogo como un especialista de la salud mental calificado para certificar si una persona está "sana" o "enferma" de igual manera que un médico general certifica que Jorge Luis tiene una infección en la garganta, un oncólogo que Ana María tiene cáncer de mama, un ortopedista que Arturo tiene una luxación del hombro… y así sucesivamente. (p. 62)

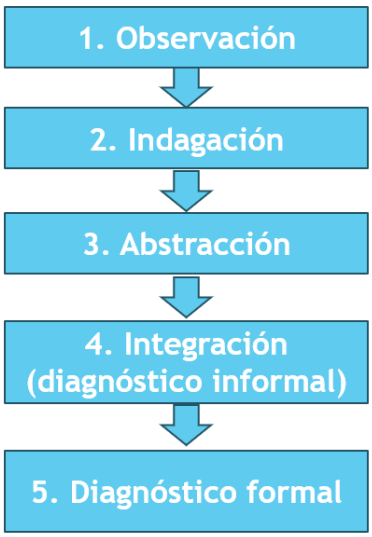
Entonces, si el psicólogo es simplemente un clínico de la salud mental, su método de intervención sería el método clínico, virtualmente idéntico al ejercicio de la medicina. En este método clínico (reservando sus tenues variaciones) se podría ver de manera general el ejercicio de cinco pasos, mismos que incluirán (Díaz-Sanjuán, 2010):

1. la observación, según Warren (como se citó en Díaz-Sanjuan, 2010, p. 13), sería el examen analítico de fenómenos o sucesos como parte del proceso de la investigación científica;
2. la indagación, que incluye, por medio de la entrevista, la exploración, génesis, circunstancias y consecuencias del padecimiento del usuario, siguiendo las variables prescritas por el acercamiento teórico del psicólogo aplicado, a modo de ejemplo, el psicodinámico, conductual, etc. (Fernández-Ballesteros, 2013);
3. la abstracción, paso en el que identificamos todos los elementos significativos de la interacción, para obtener una información completa y profunda de la persona;

4. la integración (o diagnóstico informal), que consiste en integrar el material obtenido por medio de los pasos anteriores y el resumir y organizarlo como paso previo para llegar a un diagnóstico formal; y
5. el diagnóstico formal, en el cual se externa un diagnóstico según los criterios vigentes del CIE-11 o DSM-V.

Figura 3

Integración de los cinco pasos del método clínico



Nota. Representación visual de los cinco pasos del método clínico descritos por Díaz-Sanjuan (2010).

Fuente: Adaptado de *Procedimiento y proceso del método clínico.* (pp. 12-15), por L. Díaz-Sanjuan, 2010, Facultad de Psicología, UNAM.

Cómo ejerce en realidad el psicólogo aplicado

Aún la anterior forma de ejercicio hipotético no sería tan problemática, por fuera a los severos problemas de congruencia lógica y sus correspondientes errores

categoriales (Ryle, 1949/2000). Sin embargo, a un nivel de realidad, el psicólogo promedio se aprovecha del sesgo de autoridad que suele gozar, donde, explotando el desconocimiento público sobre cuál es su papel profesional y creyendo ingenuamente en que hay toda una categorización de trastornos mentales en los cuales intervenir (más allá de la comunicación interdisciplinar que esto permitiría), cae en un eclecticismo teórico, científico y socialmente irresponsable, al buscar como finalidad tratar los problemas de salud mental de la gente (Borja, 2017).

Continuando lo anterior, se suele compartir entre la población *lego* una ignorancia general sobre aquello que hace un profesionista de la psicología, en esto se puede ver a modo de ejemplo el caso de Marilyn Cote, quien duró años prescribiendo psicotrópicos y ejerciendo sin las credenciales adecuadas, pasando desapercibida por la población general debido al desconocimiento sobre cómo se trabaja en el denominado campo “de salud mental”.

En un escenario hipotético, si un licenciado en medicina afirmara en medios de comunicación masiva que el cáncer de mama puede tratarse únicamente con jugos verdes -ignorando protocolos establecidos como quimioterapia o radioterapia-, sería comprensible que se generen reportes a autoridades sanitarias sobre este mal hacer. Este fenómeno contrasta a lo que sucede frecuentemente en la psicología, en donde profesionales pueden promover intervenciones basadas en preferencias teóricas personales sin que el público general -que desconoce los estándares basados en evidencia- identifique el riesgo.

Es por ello por lo que se suele escuchar al psicólogo promedio utilizar indiscriminadamente términos que no solo se reducen a un desacuerdo teórico como muchos de ellos lo sostienen, sino que, ni siquiera parten del mismo modo de

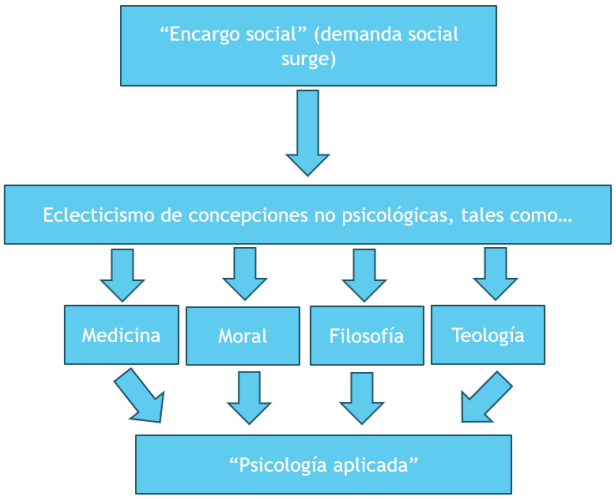
conocimiento (Ribes y López, 1985), hablando con lenguaje técnico de la religión, la medicina, la moral judeo-cristiana, el misticismo, las ciencias ocultas, etc. A modo de ejemplo, algunos términos escuchados popularmente que vienen de este eclecticismo de concepciones no psicológicas incluyen:

- Catarsis.
- Patología.
- Homeostasis.
- Energías.
- Vibraciones.
- Perversidad.

El último ejemplo, que refiere a esta forma de ejercicio del psicólogo se puede observar en los casos que se reúnen al final en este documento, mismos que evidencian lo aquí argumentado, que incluye la falta de rigor en la preparación y el ejercicio aplicado del psicólogo egresado de instituciones no certificadas en calidad.

Figura 4

Integración gráfica de cómo ejerce el psicólogo aplicado en realidad.



Nota. Representación visual del ejercicio del psicólogo aplicado promedio descrito por Rodríguez-Campuzano (2003).

Fuente: Adaptado *de La inserción del psicólogo en el campo aplicado (*pp. 11–19), por M. D. L. Rodríguez-Campuzano, 2003*, Psicología y Ciencia Social*, 5(1).

La licenciatura en psicología como la vía regia hacia el campo de la salud mental

El psicólogo promedio posee, arrebatando conceptos neopsicoanalíticos de la psicología individual *adleriana*, un complejo de inferioridad frente al campo de la medicina, específicamente hacia aquel de la psiquiatría. No es sorpresa encontrar a estudiantes de licenciatura en psicología quienes a la vez realizaron intentos de ingreso a medicina, llegando a resignarse con el "no poder medicar" que conlleva el ejercer la psicología. Aunque últimamente ha nacido un movimiento rebelde de psicología aplicada, denominado "enfoque transpersonal" que defiende y exige su derecho para drogar a la población, tal como lo hace el psiquiatra. Esto último es problemático, pues no solo se habla de un conflicto ético-deontológico, sino que al trabajar con sustancias no aprobadas por la Comisión Federal para la Protección

contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) se estaría cayendo en un delito penal a nivel federal.

Sin embargo, aún encontrando esta resignación (e incluso aceptación), las licenciaturas en psicología debidamente certificadas no suelen llegar a ser breves como muchos de estos fallidos médicos lo desearían[6]. Entonces, ¿cómo se podría acortar aún más este grado de "experto en salud mental"? Aquí entran los programas de psicología privados y otro tipo de preparaciones alternativas debido a la falta de regularización adecuada, misma que sigue la máxima jurídica del principio de legalidad, llevando el lema de que «todo lo que no está prohibido está permitido».

Es decir, ¿para qué estudiar 2 años de preparación para el examen de selección de medicina y competir las pocas plazas que oferta el Estado por medio de universidades públicas, estudiar 12 semestres de medicina, aprobar la totalidad de créditos de materias, el internado , el servicio social y optar por una modalidad de titulación, para después estudiar un año adicional para el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) y competir entre muchos otros médicos

[6] A ejemplo de esto, el programa de psicología de la Universidad de Sonora tiene una duración de 9 semestres, más el proceso de titulación. Sin embargo, a nivel de educación superior suele haber una pobre eficiencia terminal, llegando a ser el tiempo de estudios promedio mucho mayor. Para la carrera de psicología, la eficiencia terminal de la generación 2017-2 a 2022-1 fue de 38.1. Eso quiere decir que, de 100 personas, solo 38 egresaron a los 9 semestres delimitados (Universidad de Sonora, 2025).

una plaza de especialidad en psiquiatría (que conlleva por lo menos dos años adicionales de estudio y residencias) si solo se requiere estudiar un programa breve de licenciatura en psicología para también emitir diagnósticos psiquiátricos? Esta es la misma pregunta que se hacen muchos jóvenes confundidos.

¿Quién puede certificar la calidad en los programas de psicología?

En México, a manera práctica, la certificación de la calidad de los programas de psicología puede ser efectuada por dos tipos de instancias, mismas que poseen propósitos distintos. Estas instancias incluyen la de autorización mínima legal (a nivel federal o estatal), a través del Reconocimiento de Validez Oficial (RVOE) y las de organismos acreditadores reconocidos por el Sistema de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior (SEAES), estando estos últimos más enfocados en la calidad de los programas de formación, siendo el congruente a la certificación de psicología el CNEIP (Secretaría de Educación Pública, 2023).

El Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios (RVOE) como mínimo legal

El RVOE se trata del requisito mínimo de validez legal en un programa de psicología en México, puede ser otorgado a nivel estatal o federal (Secretaría de educación pública, 2025b). Este requisito legal para su respectiva operación y validez de estudios de educación superior en las universidades privadas cumple más con los lineamientos jurídicos mínimos (mismos que incluyen infraestructura, plan de estudios, requisitos administrativos, etc.) pero que no certifican que un programa de psicología ofrece educación de calidad propiamente dicha.

Tabla 1

Tabla comparativa entre RVOE y acreditación de calidad SAES (CNEIP en caso de licenciaturas en psicología).

Dimensión	**RVOE**	**Acreditación SEAES (CNEIP en psicología)**
Objetivo	Valida la legalidad del programa	Certifica calidad educativa
Vigencia	Permanente (sin reevaluación, se revoca por sanción o a petición)	5 años (abierto a revalidación)
Criterios	Mínimos legales (infraestructura, documentación, etc.)	Estándares de calidad rigurosos
¿Quién lo otorga?	Secretaria de Educación pública	SAES (organismos como CNEIP)
Reconocimiento	Legal, mínimo para operar en iniciativa privada	Electivo, certifica el rigor académico

Nota: Elaborado con información de la Secretaría de Educación Pública (SEP, 2023; 2025b).

¿Qué permite a un programa poder certificarse por el CNEIP?

Para que un programa sea certificado por el CNEIP en México, debe cumplir con una serie de requisitos y estándares de calidad evaluados por un proceso riguroso de la mano a una metodología de 10 categorías, condensadas en el manual para acreditación de programas de licenciatura en psicología (Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología, 2014) y divididas en 1) prerrequisitos (que no tienen valor ponderado, pero obligatorios para la certificación) y 2) indicadores imprescindibles (que deben de cumplirse en su totalidad), dando como resultado

esta metodología un dictamen que otorga la evaluación por cinco años o que incluyen:

Prerrequisitos (no tienen valor ponderado, pero son obligatorios)

- Personal Académico: Contar con una planta docente con una proporción 20/80 de profesores de planta y de asignatura.
- **Estudiantes:** Haber egresado al menos una generación del programa.
- **Plan de Estudios:** Tener un mapa curricular con secuenciación, horas semanales y un mínimo de 300 créditos o 2400 horas asistidas por un académico.
- **Gestión Administrativa y Financiera:** Disponer de un presupuesto institucional asignado al programa.

Indicadores imprescindibles (deben de cumplirse en su totalidad)

- **Personal Académico:** Categorización y nivel de estudios adecuados del personal docente.
- **Plan de Estudios:** Congruencia entre los objetivos del programa, la misión institucional y el modelo educativo, perfiles de ingreso y egreso definidos, contenido del plan de estudios pertinente y actualizado y respuesta a necesidades sociales, económicas y científicas.
- **Servicios de Apoyo:** Biblioteca con acervo actualizado y servicios básicos y Programa institucional de tutorías.
- **Vinculación-Extensión:** Cumplimiento del servicio social según la normativa.
- Infraestructura: Aulas y espacios académicos suficientes.
- **Gestión Administrativa:** Proyectos estratégicos vinculados al Plan de Desarrollo Institucional (PDI).

Criterios de acreditación

Siguiendo la metodología anteriormente delimitada, los criterios de acreditación de un programa de psicología se condensan en los siguientes:

- Cumple todos los prerrequisitos.
- Obtiene puntuación distinta de cero en todos los indicadores imprescindibles.
- Alcanza al menos 50% de la puntuación máxima en la suma de indicadores imprescindibles e indispensables.
- Logra 60% o más de la puntuación total posible en la evaluación global.

El cumplir con los criterios de acreditación indicados, dan como resultado final el dictamen de acreditación por 5 años o de no acreditación de la institución evaluada.

¿Cuántos programas de psicología están debidamente certificados en Hermosillo?

De las licenciaturas en psicología en la ciudad de Hermosillo, aunque se pudieron ubicar 11 programas que ofrecen la preparación que se condensa bajo el amparo que la culminación lleva a un título de “licenciado en psicología” , solamente un programa se encuentra certificado por el CNEIP. Este único programa de licenciatura en psicología debidamente certificado por este organismo es el de la licenciatura en psicología por parte de la Universidad de Sonora: Unidad regional centro, campus Hermosillo. Entonces, ¿qué pasa con todas los demás? ¿qué les permite encontrarse en funcionamiento?

Como se comentó anteriormente en este documento, lo que permite que cualquier programa, por fuera de aquellos en psicología, tengan validez ante la

secretaría de educación pública (SEP por sus siglas) es el RVOE. Es decir, si se puede ejercer simplemente con esta mínima legal, ¿por qué las instituciones gastarían grandes cantidades de recursos más allá de este mínimo requisito legal? ¿Por qué la iniciativa privada con fines de lucro se tendría que contener por variables meramente morales? Esto es un problema serio que fue indicado acertadamente por Borja (2017) y que ha llevado a toda una proliferación de programas de psicología.

Tabla 2

Tabla de programas y certificaciones en psicología ofertados en la ciudad de Hermosillo, Sonora

Programa	**Sede**	**Carácter**	**Modalidad y Duración**	**RVOE** [a]	**CNEIP** [b]
Licenciatura en psicología	Universidad del Valle de México (UVM)	Privado	Escolarizada. Cuatrimestal: 9 cuatrimestres.	Sí	No
Licenciatura en psicología	Universidad del Valle de México (UVM)	Privado	Mixta. "Ejecutiva". 9 cuatrimestres.	Sí	No
Licenciatura en psicología general y aplicada	Universidad Hispana (antes llamada Universidad CEUNO)	Privado	Escolarizada. Cuatrimestral: 9 cuatrimestes.	Sí	No
Licenciatura en psicología	Universidad Unilider	Privado	Escolarizada. Semestral: 8 semestres y 3	Sí	No

			intersemestres (denominados “veranos” por la institución).		
Licenciatura en psicología	Universidad del desarrollo profesional (UNIDEP)	Privado	Escolarizada. Modular: dando un total de 3 años de preparación.	Sí	No
Licenciatura en psicología	Universidad Vizcaya de las Américas	Privado	Escolarizada. Cuatrimestal: 12 cuatrimestes.	Sí	No
Licenciatura en psicología	Universidad Vizcaya de las Américas	Privado	Mixta. Modalidades “sabatina/dominical” Cuatrimestral: 12 cuatrimestes	Sí	No
Licenciatura en psicología	Universidad TecMilenio	Privado	Escolarizada. Semestral: 8 semestres.	Sí	No
Licenciatura en psicología	Universidad de Sonora	Público	Escolarizada. Semestral: 9 semestres.	No necesario	Sí
Licenciatura en psicología	Universidad Kino	Privado	Escolarizada. Semestral: 9 semestres.	Sí	No

Licenciatura en psicología	Grupo Tecnológico Universitario (GTU Hermosillo)	Privado	Escolarizada. Cuatrimestral: 9 cuatrimestres.	Sí	No

Notas:

[a] RVOE: Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios (Secretaría de Educación Pública, 2025a).

[b] Certificación del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (2025).

[c] Las instituciones públicas no requieren RVOE por su carácter oficial.

Fuente: Adaptado de Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (2025) y la Secretaría de Educación Pública (2025a.)

¿Cómo se traduce esto en el ejercicio cotidiano del psicólogo?

Si hay una confusión sobre qué hacer, cómo hacer y cuándo hacer secundario a la pobre preparación profesional ofertada por la iniciativa privada, a través de programas de psicología, que solo se orientan al mínimo legal para su operación, no será sorpresa entonces encontrar una serie de ejercicios de mala práctica profesional.

Se recogen dos casos de psicólogos egresados de universidades hermosillenses no certificadas más allá del mínimo legal. Aunque se dispone de un acervo mucho más amplio de mal actuar profesional a nivel local, se presentan estos dos por la magnitud del daño de las equivocadas intervenciones amparadas por el título de psicología. Eso no quiere decir que el egresar de un programa certificado por el CNEIP —en el caso de Hermosillo, la Universidad de Sonora— sea equivalente a un buen hacer. Sin embargo, es tanta la insistencia transversal a los estudios de pregrado en esta institución sobre evitar el sobreuso de etiquetas psiquiátricas que

no permitiría al egresado promedio caer en ejercicios de mala praxis equiparables a los siguientes.

Caso 1

En un programa de radio se presenta una psicóloga egresada de una de las instituciones previamente identificadas como carentes de certificación apropiada. Maneja una pobre congruencia conceptual a lo largo de diversas participaciones, más lo que le hace acreedora a que se cite en este documento es que llega a caer en lamentables afirmaciones de las cuales echa a la mano las etiquetas psiquiátricas de moda, siendo el principal problema no solo la psicopatologización —mediada por su título de psicología— sino incluso la ignorancia respecto al diagnóstico categorial psiquiátrico o de otras lógicas transdiagnósticas que conlleva aquello que afirma.

Se trata de un programa de radio de una radiodifusora alternativa. En este participan tres personas y tienen por invitada a la psicóloga anteriormente indicada. Se cubren diversos temas, todos resueltos por la invitada con un eclecticismo burdo y sus correspondientes confusiones conceptuales y errores categoriales. Llega un momento en el cual se aborda el tema de aquellas personas que emiten cierto tipo de comportamientos que suelen estar delimitados y valorados socialmente como “llamar la atención”, lo subsecuente se transcribe a manera literal, para llegar a ver la gravedad del problema a primera mano.

Fragmento de un programa de radio con tres participantes (P1, P2, P3) y una psicóloga invitada.

P1: Oye, psicóloga, ¿hay personas que son adictas al drama?

Psicóloga: Obviamente, se reconoce como un Trastorno Límite de la Personalidad.

P2: ¡¿Ah, son esos?!

Psicóloga: Sí, *súper "llama la atención"*.

P2: ¿Los *TLPs*?

P1: Ah, ¿*sí* es así muy…?

Psicóloga: Protagonistas, siempre es más importante… más dolor.

P2: ¿*Sí* existe el síndrome del protagonista?

Psicóloga: *(En tono de burla)* O sea, *yo sufro más que tú, ¡¿qué te pasa?!*

P1: *(Entre risas)* Oye, ¡hay que platicar de eso la próxima vez que vengas!

Psicóloga: El Trastorno Límite de la Personalidad… *¡Ay, no!* Me caen muy gordos todos los trastornos límite de la personalidad.

P1: *¡Ah! (a forma de grito).* Oye, ¿pero sí es común… encontrarlos? ¿Ese tipo de personas?

Psicóloga: *¡Súper! ¡Súper!* En cada grupo hay uno.

P3: *(En tono de burla)* Oye… tus clientes diagnosticados con esos acá, escuchándote y yo: *¡Ah!*

Psicóloga: Es que es muy pesada la convivencia cercana con un Trastorno Límite de la Personalidad. *Ah, mis pacientes están muy al chingazo (referencia al último comentario).*

P2: Yo tuve una amiga con *TLP*.

P3: Ya saben qué onda.

P2: *¡Sí!*

P1: *¡A la torre!*

Psicóloga: ¿Saben qué les digo? Todo lo que sea una escena que la puedas vender al programa de *La rosa de Guadalupe*… O sea, ese drama… ya te va haciendo una idea de cómo actúas tú ante la vida.

P3: *¡Ah, mira! ¡Qué bien está saber eso!*

Psicóloga: Hay gente que le encanta.

P3: Hay muchas personas que creen así que su vida es… pero es porque ellos lo van haciendo, como que…

P1: Es que son los protagonistas de la vida y a mí también me caen gordos, porque… eres un extra en mi serie. Están muy *delulu*.

P3: *¡Ándale!*

Psicóloga: *¡Ajá! Sí, sí…* Por ejemplo: *"No, es que falleció tal persona"*, *"¡Pero yo estoy en crisis!"*, y tú: *"¿Mi dolor qué pedo?"*.

P2: *Sí… sí está muy difícil convivir con ese tipo de personas*.

¿Por qué es tan problemático esto? Porque, ni el psiquiatra más purista que defienda "a hueso colorado" el uso del DSM o CIE-11; ni otras aproximaciones transteóricas —e.g., la explicación de la teoría biosocial del Trastorno Límite de la Personalidad dada por Linehan[7] — tienen como criterio diagnóstico la emisión de

[7] Autora de la terapia dialéctico-conductual (DBT por sus siglas del inglés), una de las pocas aproximaciones con evidencia empírica de utilidad en el tratamiento de la

conductas instrumentales de búsqueda de atención social. Entonces, ¿cómo se haría un diagnóstico categorial del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)?

Según el DSM-V, el TLP entra en la categoría de trastornos de la personalidad, pero… ¿qué es un trastorno de la personalidad? Para esto agregamos la definición textual encontrada dentro del DSM-V.

Un Trastorno de la Personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, p. 645)

Siguiendo la misma lógica categorial del DSM-V, los trastornos de la personalidad se pueden dividir, a *grosso modo*, en tres grupos subsecuentes, que incluyen:

- Grupo A: Raros o excéntricos
- Grupo B: Emocionales o erráticos
- Grupo C: Ansiosos o dependientes

El Trastorno Límite de la Personalidad se ubica dentro de los trastornos de la personalidad del grupo B, que incluye aquellos “Emocionales o Erráticos”. Entonces, siguiendo lo definido en el DSM-V, para poder dar un diagnóstico psiquiátrico del TLP

---

etiqueta de Trastorno límite de la Personalidad según la división 12 de la asociación psicológica americana (APA).

se deben de cubrir por lo menos 5 de los siguientes 9 criterios (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, p. 663):

Tabla 3

Criterios diagnósticos del Trastorno de la Personalidad Límite según el DSM-5

Trastorno de la Personalidad Límite	
Criterios diagnósticos	301.83 (F60.3)
Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos: 1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el Criterio 5.) 2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación. 3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo. 4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el Criterio 5.) 5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas. 6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días). 7. Sensación crónica de vacío. 8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes). 9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.	

Nota. Tomado de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed.; DSM-5)*, por Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, Editorial Médica Panamericana. © American Psychiatric Association. Todos los derechos reservados.

Una vez delimitados los criterios diagnósticos, quedan pendientes algunas preguntas, ¿en qué parte se indica que aquellas personas que emiten conductas instrumentales de búsqueda de atención social pueden ser "diagnosticadas" bajo la etiqueta nosológica del Trastorno Límite de la Personalidad? Incluso si llegara a ser un criterio diagnóstico, ¿en qué sección se muestra que la existencia de un único criterio sería suficiente para emitir un diagnóstico? Porque, al contrario, como es encontrado en el mismo DSM-V, se asegura que son necesarios por lo menos cinco criterios de la lista previamente transcrita, mismos de los cuales ni uno solo se comentó en la participación iatrogénica de la psicóloga.

Adicional a esto, ¿se puede extender una etiqueta diagnóstica a partir del reporte verbal de aquellos profanos del mal denominado campo de salud mental? Pues simplemente a partir del reporte secundario a la pregunta por aquellas "personas adictas al drama" ya se extendió el juicio moral (amparado por la pseudoexplicación psiquiátrica, que ya por sí apela a un error categorial (Ryle, 1949/2000)) de que "se trata de un Trastorno Límite de la Personalidad".

Por último, cabe señalar otro error fundamental, ahora en la dimensión epidemiológica. ¿Desde cuándo hay una incidencia del tipo "¡Súper! ¡Súper! ¿En cada grupo hay uno" al hablar del TLP? Esto resulta problemático porque, incluso si tomamos como referencia los datos más amplios, se ha encontrado una prevalencia que oscila entre el 0.7 % y el 2.7 % de la población solamente (Chapman et al., 2024).

Comprende un nivel aún más grave el hecho de hacer difusión de información falsa por medios de comunicación masivos, tales como lo son la radio, el periódico, la televisión, etc. Incluso en el mismo programa se pudo ver esto, pues se logró observar, por medio de la transcripción presente, que las tres participantes ahora entienden

que el diagnóstico nosológico del Trastorno Límite de la Personalidad se puede reducir al de aquellas “personas adictas al drama”.

Caso 2

Se trata del caso de una persona quien lleva desde hace dos años un proceso de terapia gestáltica. Le fue otorgada la etiqueta psiquiátrica de “trastorno por ansiedad generalizada” y fue referida a “tomar terapia” para “ayudar al tratamiento psicofarmacológico”. La persona encuentra a un profesionista quien cuenta con una licenciatura en psicología expedida por una las instituciones anteriormente descritas como carentes de certificación apropiada, adicional a un diplomado en terapia gestáltica (de origen desconocido).

Después de un par de sesiones, este psicólogo a manera de propuesta invita a la consultante a un retiro de experimentación con sustancias, en específico a aquel que conlleva lo que burdamente se le llama “ir a fumar sapo” a la zona geográfica de Punta Chueca, en la localidad de Bahía de Kino de la ciudad de Hermosillo, Sonora. La consultante acude a tres retiros a lo largo del proceso con este profesionista antes de buscar aproximación diferente de servicios de psicología aplicada. Se analiza el porqué es un ejercicio de mala praxis que llevaría incluso a la suspensión de la cédula para el ejercicio de la psicología.

La intervención en terapias asistidas con psicodélicos es un debate que erróneamente se piensa que se reduce al nivel teórico, pues se supone que desde el enfoque transpersonal de la psicología se ve como una alternativa viable a las opciones de intervención psicoterapéuticas tradicionales. Sin embargo, entra aquí la variable transaccional sanitaria, ya que no se puede experimentar con sustancias que,

o están completamente prohibidas, o son estrictamente reguladas y solamente en situaciones especiales se puede extender permisos para su experimentación.

Entonces, si deontológica y legalmente no es lícito el intervenir con sustancias psicodélicas, ¿qué pasaría con estos psicólogos? Si se sigue la lógica del derecho positivo, este ejercicio cae directamente en delitos contra la salud, lo cual no solamente llevaría a la suspensión de la cédula profesional de psicología (incluso un médico en esta misma posición sería sujeto al mismo trato y a la apertura de la vía legal del litigio por parte del consultante), sino que también lleva de la mano la pena de encarcelamiento, junto al agravante de que "La conducta sea realizada por profesionistas, técnicos, auxiliares o personal relacionado con las disciplinas de la salud en cualesquiera de sus ramas y se valgan de esta situación para cometerlos." (Ley General de Salud, 2024)

Es decir, no solamente se cae en iatrogenia a un nivel psicológico, si se le puede denominar así, sino que, muchos de estos profesionistas egresados de las ya delimitadas instituciones carentes de certificaciones adecuadas llegan incluso a atentar contra la salud física de sus consultantes.

Conclusión

A manera de conclusión, si no se le enseña debidamente al psicólogo qué hace, qué es o ni siquiera el qué se supone que estudió, no será sorpresa encontrar que tanto su práctica analítica, así como su ejercicio aplicado sean poco congruentes, problemáticos e incluso iatrogénicos, tal como se mostró en los ejemplos anteriormente recabados. Todo esto secundario a los problemas de desregularización, confusión conceptual y psicopatologización imperantes en la formación y ejercicio profesional.

Entonces, ¿qué se puede hacer? ¿Simplemente agregar mayores requisitos de educación formal como lo llegaron a hacer en Ciudad de México? Más allá de simplemente sumar grados académicos que cumplan el mínimo requisito legal –y no de calidad— se sigue un tanto la idea de Borja (2017), quien apela más a una regulación de calidad que a una sumativa de criterios legales mínimos. Aunque esto se quedará solo en un simple ejercicio de ensoñación.

Referencias

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.a ed.; DSM-5). Editorial Médica Panamericana.

Barlow, D. H. (2024). *Manual clínico de trastornos psicológicos: Tratamiento paso a paso*. Editorial El Manual Moderno.

Borja Castañeda, J. (2017). La persecución psicológica en la vida cotidiana y la enseñanza de la psicología. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 22*(3), 380–387.

Caballo, V. E. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Ediciones Siglo XXI.

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2024, 7 de junio). *Ley General de Salud*. Diario Oficial de la Federación. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf

Chapman, J., Jamil, R. T., Fleisher, C., & Torrico, T. J. (2024). Borderline personality disorder. In *StatPearls* [Internet]. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430883/

Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología [CNEIP]. (2014). *Manual para la acreditación de programas de licenciatura en psicología 2014*.

Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología [CNEIP]. (2025). *Titular institucional*. https://www.cneip.org/

Díaz-Sanjuan, L. (2010). *Procedimiento y proceso del método clínico* [Documento académico]. Facultad de Psicología, UNAM. https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/Procedimiento_y_Proceso_del_Metodo_Clinico_Lidia_Diaz_Sanjuan_TAD_3_Sem.pdf

Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos* (2.a ed.). Pirámide.

Freud, S. (2017). *Psicopatología de la vida cotidiana* (L. López-Ballesteros y de Torres, Trad.). En *Obras completas*, Tomo I: Ensayos del I al XXV (pp. 755–931). Editorial Biblioteca Nueva. (Trabajo original publicado en 1901).

García, M. (2023, 15 de julio). Las carreras más demandadas en la Universidad de Sonora. *El Imparcial*. https://www.elimparcial.com/educacion/carreras-unison

Instituto Mexicano para la Competitividad (IMCO). (2025). *Las 10 carreras con más profesionistas*. Compara Carreras. https://comparacarreras.imco.org.mx/las-10-mas/profesionistas

Piña López, J. A., & Ybarra Sagarduy, J. L. (2016). *Psicología y salud: Temas selectos para el debate*. Colofón.

Ryle, G. (2000). *The concept of mind*. University of Chicago Press. (Trabajo original publicado en 1949).

Ribes Iñesta, E. (1990). *Psicología general*. Editorial Trillas.

Ribes Iñesta, E. (2008). *Psicología y salud: Un análisis conceptual*. Trillas.

Ribes Iñesta, E. (2011). La psicología: Cuál, cómo y para qué. *Revista Mexicana de Psicología, 28*(1), 85–92.

Ribes Iñesta, E., & López Valadez, F. (1985). *Teoría de la conducta: Un análisis de campo y paramétrico*. Trillas.

Rodríguez-Campuzano, M. D. L. (2003). La inserción del psicólogo en el campo aplicado. *Psicología y Ciencia Social, 5*(1), 11–19.

Secretaría de Educación Pública [SEP]. (2023). *Sistema de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior (SEAES)*. https://educacionsuperior.sep.gob.mx/SEAES

Secretaría de Educación Pública [SEP]. (2025a). *Sistema de Información y Registro de la Oferta Educativa de los tipos Medio Superior y Superior (SIRVOES)*. Gobierno de México. https://dgair.sep.gob.mx/sirvoes

Secretaría de Educación Pública [SEP]. (2025b). *Solicitud RVOE*. Dirección General de Acreditación, Incorporación y Revalidación. https://dgair.sep.gob.mx/nuevo_rvoe

Szasz, T. S. (2002). *Esquizofrenia: El símbolo sagrado de la psiquiatría*. Coyoacán.

Universidad de Sonora. (2025, 25 de marzo). *Dirección de planeación 2017-2 a 2022-1*. https://www.planeacion.unison.mx/sie/egresados/eficiencia_terminal.htm

CESSUMEX · eISSN 3061-7421

Nota editorial de licencia

La crisis de las licenciaturas en psicología en Hermosillo: Desregularización, confusión conceptual, psicopatologización y mala praxis en la formación y ejercicio profesional

Volumen 1 · Número 2 · 2025 · páginas 42-78

DOI: https://doi.org/10.68951/be5s-ea4n

Este artículo se distribuye bajo la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0), conforme a la licencia declarada por la revista.

creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Se permite compartir y adaptar el contenido con atribución, para fines no comerciales y bajo la misma licencia. Consulte el texto completo de la licencia para sus condiciones. Los materiales de terceros identificados con condiciones distintas conservan dichas condiciones.

La licencia no modifica la titularidad de los derechos de autor ni los acuerdos individuales de publicación.

Políticas de licencia y derechos: cessumex.org/politicas-editoriales.html

Nota incorporada el 6 de noviembre de 2026 para hacer explícita la licencia en el PDF individual. Se conservan íntegras las páginas del artículo y su paginación original. Esta hoja adicional no forma parte del intervalo de páginas citado.

Nota editorial de afiliaciones

Complemento geográfico incorporado el 6 de noviembre de 2026 a las afiliaciones institucionales declaradas en los trabajos. La documentación de respaldo se conserva en el expediente editorial de la revista.

Esta nota se incorpora después de las páginas originales. Su fecha corresponde a la actualización de metadatos; las fechas históricas y los intervalos de páginas citados de los artículos se mantienen.

La crisis de las licenciaturas en psicología en Hermosillo: Desregularización, confusión conceptual, psicopatologización y mala praxis en la formación y ejercicio profesional

DOI: https://doi.org/10.68951/be5s-ea4n | Páginas citadas: 42-78

Cristian Alejandro Herrera Camarena

Instituto Tecnológico de Sonora, Hermosillo, Sonora, México

Consulta de fichas y datos bibliográficos: cessumex.org. Las fuentes públicas y el cotejo documental permiten precisar la ubicación institucional. No se incluyen currículos ni datos personales de contacto.