

## REFLEXIÓN DE UNA EXPERIENCIA FORMATIVA DE PSICÓLOGOS EN UN HOSPITAL DESDE LA COMPLEJIDAD.

Carolina Rosete Sánchez, Liliana Molina Zozoaga y María de los Ángeles Campos Huichán. Profesoras e Investigadoras de la FES Iztacala UNAM.

### RESUMEN

Presentamos la reflexión de una experiencia formativa de psicólogos en un ámbito hospitalario, desde el Paradigma de la Complejidad y el marco interpretativo Metapsicología de Contextos, desde el cual concebimos al proceso psicológico como: individual, histórico, dinámico, complejo, recursivo, construido multidimensionalmente y encarnado. Usamos este marco para educar la mirada multidimensional de los estudiantes empleando la metaobservación de la investigación-acción, a través de: la elaboración de notas campo; reflexión colectiva de la experiencia; asesoría individual; entrevista a las madres, auto-reflexión y pláticas informales con el personal. El objetivo fue reflexionar interpretativamente nuestra experiencia del trabajo en un Hospital y en una Clínica, identificando las distintas dimensiones involucradas en el proceso. Si bien encontramos que el psicólogo tiene la posibilidad de realizar sus funciones profesionales de manera transdisciplinar, para que impacten favorablemente en la salud de los pacientes y sus familias, simultáneamente enfrentamos condiciones que la obstaculizaron.

Palabras clave: Complejidad, Formación profesional, Hospital, Psicólogos, Dimensiones.

### ABSTRACT

#### THE REFLEXION OF A PSYCHOLOGIST FORMATIVE EXPERIENCE IN A HOSPITAL FROM THE COMPLEXITY

We introduce the reflection of the psychologist's formative experience in a hospital setting, from the Paradigm of Complexity and from the Metapsychology Contexts interpretative framework, from which we conceive the psychological process as: individual, historical, dynamic, complex, resourceful, multidimensionally built and ingrown. We use this framework to educate the multidimensional view of students using the meta-observation of action research, through: the development of field notes; collective reflection of experience; individual counseling; interviewing mothers, self-reflection and informal discussions with staff. The objective was to interpretatively reflect our experience of working at a Hospital and Clinic, identifying the different dimensions involved in the process. Meanwhile we find that the psychologist has the ability to perform their professional duties in a

transdisciplinary way, to have a favorable impact on the health of patients and their families, simultaneously facing conditions that hampered it.

Key Words: Complexity, Professional training, Hospital, Psychologists, Dimensions.

## Introducción

Este trabajo inicia caracterizando las dimensiones, histórico-culturales y sociales del trabajo en los hospitales, mismo que nos proporciona el marco contextual en el que se realizó esta investigación. Los hospitales no son entidades aisladas, sino organizaciones abiertas que están dentro de una cultura (en nuestro caso, la occidental), la que determina corrientes de pensamiento, ideologías y valores. La definición de salud se constituye en el sistema social; y los hospitales reflejan y a la vez proyectan los valores y creencias sobre la salud y, por tanto, cuándo y cómo hay que intervenir para cuidarla.

Los hospitales iniciaron en el siglo IV, siendo espacios de resguardo y cuidado en el siglo XVIII. Hospital, viene de “hospice” (hospicio) que significa “casa de acogidos” o “lugar para morir”. Los primeros profesionales que trabajaron en ellos fueron los cirujanos y los médicos, debido a las necesidades militares y posteriormente como respuesta a las necesidades de formación y docencia de estos profesionales. El hospital empezó de esta manera a cumplir con funciones de defensa y gestión para la asistencia a los necesitados; los hospitales han evolucionado hasta cumplir actualmente funciones de curación de enfermedades, prevención y rehabilitación (López, Pastor y Neipp, 2003).

Rodríguez (2003) señala que el hospital como lo conocemos ahora, se creó con la transformación científica de la medicina en la segunda parte del siglo XIX y al principio del XX. Asimismo, aparecieron las normas profesionales en el hospital, las normas técnicas, correspondientes a la representación del rol de médico que son: universalismo, objetividad y neutralidad afectiva en las relaciones humanas y finalmente las normas burocráticas: racionalidad y orden administrativo. Pensamiento que corresponde a la racionalidad clásica Newtoniana, propia del paradigma de la simplificación, que se caracteriza por: Buscar la monocausalidad, la exo-causalidad, el orden, la lógica y aislar el objeto de intervención del contexto. El paradigma clásico de la producción del conocimiento hace distinciones jerárquicas significativas, tiene una visión unilateral, limitada, busca la disyunción, la reducción y la abstracción.

En esta racionalidad, un hospital está organizado con una amplia variedad de profesionales que desempeñan sus roles, de forma separada y, con frecuencia, con poco contacto unos con otros y a su vez con el paciente. En la estructura hospitalaria coexisten dos líneas de autoridad, la técnica o médica (técnico-profesional) y la técnica administrativa. El personal médico tiende a dirigir la actividad del resto del hospital, ya que posee y ejerce la autoridad para tomar las decisiones. Existen tres componentes en el devenir del hospital: 1) quienes trabajan encaminados a la cura del paciente, profesionales médicos; 2) quienes procuran su

cuidado, enfermeras y 3) quienes se encargan de la gestión y administración del hospital. Rodríguez (2003) nos alerta acerca de las múltiples dificultades que pueden ocurrir en las decisiones tomadas entre estos elementos, por ejemplo: el que una enfermera pase tiempo hablando con un paciente, por considerarlo importante, pero la administración le exija pasar ese tiempo llenando formularios; situaciones como esta pueden conducir a complicados procesos de discusión y negociación que aparecen en muchos frentes, incluso la posición del paciente y sus familiares son una dimensión importante en estas confrontaciones, pues son ellos los que reciben el servicio y sin embargo los familiares son excluidos del proceso salud-enfermedad. Desde otro paradigma interpretativo el ámbito hospitalario es complejo y por ello hay que mirarlo como un espacio en el que confluyen múltiples dimensiones, las cuales se entretajan de diversas formas dando lugar a relaciones heterogéneas en las que el poder juega un papel preponderante.

La incorporación del psicólogo dentro del organigrama hospitalario es muy reciente en nuestro país, aunque en otros países ya tienen algunos años participando en este ámbito de trabajo. Es por ello que es primordial investigar de qué manera es posible dicha incorporación, de modo tal que se proporcione a los estudiantes una opción formativa y al mismo tiempo se logre que la atención a la salud sea integral, tomando en cuenta las distintas dimensiones que entran en juego durante el proceso.

En textos como: “El psicólogo en el ámbito hospitalario” de Remor, Arranz, y Ulla (2003), se pueden encontrar informes detallados de la participación del psicólogo en diversas especialidades médicas y algunos modelos de intervención. Como un ejemplo está el “programa de enlace”, que promueve la participación conjunta de enfermeras, médicos y psicólogos en el diagnóstico y atención de los niños. Los psicólogos capacitan al personal para la detección de alteraciones emocionales, considerando los siguientes componentes: el niño, la enfermedad, la familia y el ambiente. El modelo tiene como propósito: vencer las limitaciones del modelo tradicional, monodisciplinar, atender a las demandas pediátricas considerando los conocimientos psicológicos, ampliando la capacidad de atención (Palazón, 2003). Esta investigación pretende un propósito similar, dado que se basa en el paradigma de la Complejidad, trascendiendo el modelo tradicional y proponiendo en consecuencia trabajo transdisciplinar, para proporcionar una mejor atención a las problemáticas de salud de los pacientes.

El trabajo del psicólogo, se encamina a tareas de diagnóstico, terapia de apoyo y/o investigación y al manejo terapéutico de las manifestaciones psicológicas de la enfermedad orgánica. Todas ellas funciones profesionales del psicólogo, que en este estudio se pusieron en juego, permitiendo a los alumnos una formación profesional de mayor alcance, gracias al trabajo transdisciplinar.

Para Rodríguez (2003) la psicología hospitalaria es el conjunto de contribuciones científicas, educativas y profesionales (pluridisciplinarias de la psicología) encaminadas a una mejor cura, así como al cuidado y rehabilitación de los pacientes en el ámbito hospitalario. Y el psicólogo hospitalario es aquel que conjunta conocimientos y técnicas

para emplearlas coordinada y sistemáticamente en la atención integral del paciente hospitalario, sin limitarse al tiempo específico de la hospitalización. La experiencia formativa aquí analizada tiene la finalidad de conseguir que los estudiantes logren esta conjunción. Asimismo, concordamos con los planteamientos del autor, en relación a la mirada compleja del hospital y porque promueven acciones del psicólogo tendientes a cubrir la necesidad del trabajo transdisciplinar.

Respecto a investigación psicológica en el ámbito hospitalario, Ulla y Remor (2003) afirman que es esencial para maximizar la eficiencia, la efectividad y la eficacia en la intervención con pacientes en crisis. Aseveran que no hay una metodología única para realizar investigación, lo que importa es qué método o diseño es más apropiado para responder a la pregunta de investigación que el psicólogo se haya planteado. Otro aspecto a considerar, es la necesidad de acercar la investigación a la práctica clínica, estableciendo una comunicación y colaboración fluida entre investigador y clínico. Por estos planteamientos, es relevante la difusión de la reflexión crítica de experiencias de investigaciones del trabajo del psicólogo en el ámbito hospitalario.

En la pediatría, de forma más acelerada que en otros servicios, existe el reconocimiento de la importancia de incorporar el trabajo psicosocial en la atención del niño, así como en el tratamiento de la diabetes (Palazón, 2003). El autor señala que el reconocimiento de una falta de práctica estructurada en el ámbito hospitalario, o de la consolidación de la figura del psicólogo, no debe confundirse en ningún caso con escasez de estrategias o de conocimientos para poderlas desarrollar. En este trabajo planteamos una estrategia de intervención psicológica -desde el paradigma de la complejidad -tendiente a una incorporación del psicólogo para que se forme profesionalmente y simultáneamente se consolide su participación en este espacio.

Es necesaria una adecuada colaboración médico-psicólogo, porque se parte del uso de procedimientos, lenguajes y jergas diferentes que provienen de procesos epistemológicos distintos. Esto es resultado de la producción de conocimiento fraccionado, derivado del pensamiento positivista, unidimensional, característico del paradigma de la simplificación (Morin, 2004). Se deben cuidar las expectativas y procurar la comunicación entre los profesionales de la salud al elaborar los objetivos de atención e investigación, en la obtención de los resultados y la evaluación de los mismos. Aquí mostramos cómo nos tuvimos que esforzar para lograr comunicación y colaboración entre los distintos actores, partiendo de otro paradigma, y las vicisitudes que encaramos.

Aunque la psicología dispone de un amplio cuerpo de conocimientos teórico-metodológicos y prácticos para la atención del proceso de salud y enfermedad, la prioridad en el contexto hospitalario continúa siendo la atención de la salud física, dejando de lado una gran gama de dimensiones involucradas en el proceso (emocionales, éticas, profesionales, culturales, sociales, económicas, entre otras). Los esfuerzos se dirigen a la atención de los síntomas sin considerar el estilo de vida de los pacientes (contexto), en el que se puede intervenir para realizar acciones correctivas y/ o preventivas. Por lo anteriormente señalado, y dado que hace falta indagar sobre la incorporación del psicólogo al ámbito hospitalario y su

formación profesional; es que proponemos un planteamiento epistemológico distinto al tradicional -como es el paradigma de la complejidad- desde el cual dar cuenta de cómo ésta transcurriendo este proceso.

#### Marco teórico

Morin (2004) afirma, hemos creído que el conocimiento tenía un punto de partida y un término; hoy se reconoce que el conocimiento es una aventura en espiral que tiene un punto de partida histórico, pero no tiene término, que debe sin cesar realizar círculos concéntricos; es decir, que el descubrimiento de un principio simple no es el término; es procedente volver siempre al principio que ha esclarecido una parte del proceso, lo que es una tarea de recursividad.

El problema del conocimiento científico podía plantearse a dos niveles: el nivel empírico en el que, gracias a las verificaciones mediante observaciones y experimentaciones múltiples, se extraían datos objetivos y, sobre estos datos objetivos se inducían teorías que se pensaba, "reflejaban" lo real; en un segundo nivel, esas teorías se fundaban sobre la coherencia lógica y así instauraban su verdad los sistemas de ideas. Teníamos, pues, dos tronos, el trono de la realidad empírica y el trono de la verdad lógica, de este modo se generaban los conocimientos. Los principios de la epistemología compleja son distintos: no hay un trono; no hay dos tronos; en modo alguno hay trono. Existen instancias que permiten controlar los conocimientos, cada una es necesaria, cada una es insuficiente y ninguna es decisiva. Cada una de ellas comporta su principio de incertidumbre (Gairín, 2012).

Y el problema de la epistemología es hacer comunicar esas instancias separadas, es, de alguna manera, hacer el circuito. No se pretende que cada científico deba pasar su tiempo leyendo, informándose sobre todos los dominios. Pero se plantea qué es el problema del conocimiento, y por tanto el problema del conocimiento del conocimiento (epistemología). Estas proposiciones son ineludibles, y no porque sea muy difícil informarse, conocer, verificar, etc., hay que eliminar esos problemas. Es necesario, en efecto, darse cuenta de que es muy ardua y que no es una tarea individual; es una tarea que necesitaría el encuentro, el intercambio, entre todos los investigadores y profesionales que trabajan en dominios disjuntos, y que se encierran, por desgracia, como ostras cuando se les solicita el trabajo en conjunto. Al mismo tiempo, debemos saber que no hay más privilegios, más soberanías epistemológicas; los resultados de las ciencias de la salud, del cerebro, del espíritu, de las ciencias sociales, de la historia de las ideas, etc., deben retroactuar sobre el estudio de los principios que determinan tales resultados. El problema no es que cada uno pierda su competencia. Es que la desarrolle bastante para articularla con otras competencias, las cuales, encadenadas, formarían un bucle completo y dinámico, el bucle del conocimiento del conocimiento. Esta es la problemática de la epistemología compleja y no la llave maestra de la complejidad, de la que lo propio, desgraciadamente, es que no existe llave maestra alguna (Gairín, 2012). Con esta mirada plural es que reflexionamos sobre nuestra inclusión en el ámbito hospitalario. Teniendo presentes las características del paradigma de la complejidad: su objeto de estudio son procesos, sistemas

multidimensionales; reconoce la implicación del profesional, la Multicausalidad, la exo-endo-causalidad, acepta las paradojas orden-desorden, equilibrio-desequilibrio, entre otros. (Morin, 1999 a, b)

Esto plantea una forma distinta de percibir, pensar y valorar la realidad de un mundo global que interconecta pensamiento, suceso y proceso; en donde los contextos biológico, psicológico, lingüístico, antropológico, social, económico y ambiental, son recíprocos e interdependientes.

El Paradigma de la Complejidad aglutina a científicos de diversos campos de conocimiento que insisten en la conveniencia de adoptar nuevos modelos teóricos, metodológicos y, por ende, una nueva epistemología, que permita a la comunidad científica elaborar teorías más ajustadas de la realidad, que posibiliten -al mismo tiempo- diseñar y poner en práctica modelos de intervención -social, psicológica, sanitaria, educativa, política, económica, ambiental, cultural, etc.- más eficaces, que ayuden a pilotar y regular las acciones individuales y colectivas. Asimismo, debe hacerse en los ámbitos de intervención como señala Rodríguez (2003).

Mediante el Paradigma de la Complejidad nos aproximamos a una nueva forma de pensar la realidad. Si la ciencia mecanicista aspiraba al conocimiento de lo universal, la ciencia de la complejidad aspira al conocimiento de la diversidad y lo particular. Frente a una ciencia dualista, el Paradigma de la Complejidad se estructura sobre presupuestos no dualistas que reconocen diferencias de procesos de naturaleza distinta -bio-físicos, psicoemocionales, psicosociales y socioculturales- integrados en un sistema o todo organizado en funcionamiento. Frente a una ciencia reduccionista y monolingüe, el Paradigma de la Complejidad nos exhorta a construir una ciencia integradora, políglota y, por tanto, inter y transdisciplinar. Frente a una ciencia que excluye la aleatoriedad, las bifurcaciones y fluctuaciones, en definitiva, el tiempo y, con ello, la irreversibilidad; el Paradigma de la Complejidad los incorpora y, con ello, la capacidad evolutiva y posibilidades transformadoras de los sistemas. Frente a la visión entrópica de la realidad, se opone, en el Paradigma de la Complejidad, la visión sinérgica de la misma.

Como venimos afirmando, las teorías de la complejidad y el pensamiento complejo obligan a una reforma en el pensamiento, de manera tal que se cambie el pensamiento de la simplificación por un pensamiento desde la complejidad; se llama pensamiento complejo a aquel que intenta superar los obstáculos y la dificultad de pensar de manera estática, unidimensional, atemporal, lineal, monocausal y encerrada en los límites de una disciplina. Para franquear dichos obstáculos, es necesario avanzar hacia la transdisciplina, acerca de la cual Morin (2001:32) señala que persigue como objetivo, “no un sector o parcela sino un sistema complejo que forma un todo organizador que opera el restablecimiento de conjuntos constituidos a partir de interacciones, retroacciones, interretroacciones y constituye complejos que se organizan de por sí”.

Por su parte, el epistemólogo y físico teórico Basarab Nicolescu, actual director del Le Centre International de Recherches et études Transdisciplinaires (Centro Internacional de Investigaciones y estudios Transdisciplinarias, CIRET), fundado en 1987, que tiene como

propósito fortalecer el diálogo entre diferentes especialistas de distintos campos disciplinares de la educación, precisa: transdisciplinariedad es aquello que se sitúa a la vez entre las disciplinas (interdisciplinariedad), a través de las disciplinas (pluridisciplinariedad) y más allá de las disciplinas (transdisciplinariedad), cuya finalidad es la comprensión del mundo presente a partir de la unidad del conocimiento. Unidad que no opera por reducción, como es lo propio de la Ciencia Positivista, sino integrando y dando cuenta de la pluralidad, de la diversidad, de las propiedades emergentes de la realidad. En relación con las finalidades señala: a la ciencia transdisciplinar corresponde comprender y explicar la dinámica evolutiva de los fenómenos, como consecuencia de la complejidad dinámica que caracteriza la realidad. La vocación analítica, sólo ha permitido dar cuenta de una complejidad simplificada y reductora que excluye de sus explicaciones, entre otros procesos: las fluctuaciones, la reversibilidad, la aleatoriedad, el entrelazamiento de las partes y el todo, la auto-organización de los procesos de emergencia espontánea de orden a partir de lo indeterminado, lo impredecible o caótico (Núñez, y Romero, 2003). La transdisciplinariedad en las ciencias incorpora tres principios: (i) el principio de no reducción; (ii) la lógica del tercero incluido (principio de inclusión) y (iii) el análisis sistémico que se interesa por dicha complejidad dinámica. En síntesis, la visión transdisciplinaria tiene por objeto generar un sistema de conocimiento unificado y multidimensional en torno a una unidad organizada: el Hombre y el Universo.

En la FES Iztacala desde hace algunos años estamos desarrollando un marco interpretativo para la psicología, desde las teorías de la complejidad que denominamos Metapsicología de Contextos, que en términos generales propone el reconocimiento de la pluralidad psicológica; plantea que el proceso psicológico es: individual, histórico, dinámico, complejo, recursivo, construido multidimensionalmente y encarnado. Por tanto el individuo vive un proceso continuo de construcción multidimensional, contextualizado y encarnado, al que llamamos *siendo humana(o)*. Permeable a la interacción con los otros, partícipe del proceso que quiere conocer, con sus conceptos, prejuicios y experiencia; al respecto se puede consultar: Lara (2008, 2012), Alcaraz, (2012) y Rosete (2006,2008), entre otros. Entendemos la multidimensionalidad como una meta-categoría que reconoce que los seres humanos están constituidos simultáneamente por múltiples estructuras conceptuales que dan cuenta de su proceso de desarrollo. Las cuales no podemos identificar simultáneamente en este momento, debido a los límites de nuestra formación civilizacional, que es unidimensional, por lo que es necesario ejercitar las numerosas miradas posibles de las múltiples dimensiones presentes en los procesos psicológicos, para educar la mirada multidimensional de los estudiantes y docentes en el proceso de incorporación al trabajo hospitalario.

En este trabajo retomamos de la Metapsicología de Contextos, la categoría de metaobservación (Aguilera, 2008), que distingue ver, entendido como la capacidad visual física de toda persona; de observar, que es la capacidad visual y reflexiva de toda persona y de metaobservar, que es la reflexión de nuestras observaciones. En el ámbito profesional, observar y metaobservar se vuelve un oficio, el oficio del investigador. Al hacer una investigación, observar por observar no tiene sentido si no se realiza esta actividad reflexivamente. En esta investigación, metaobservar implicó, además de observar la organización hospitalaria y el proceso de nuestra incorporación, atender a nuestra propia

forma de observación. De tal manera que el ejercicio de la metaobservación nos permitió que estudiantes y docentes elaboráramos la Contextualización Multidimensional que presentamos en este trabajo.

Teniendo lo anterior como marco histórico-teórico-epistemológico, nuestro objetivo es realizar una reflexión interpretativa de nuestra experiencia en la formación profesional de psicólogos incorporados al trabajo en un Hospital Regional del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios ISSEMyM y en una Clínica Familiar anexa al Hospital.

Las preguntas de investigación fueron:

1. ¿Es posible elaborar una estrategia formativa de intervención, para estudiantes de psicología, en un ámbito hospitalario?
2. ¿Es posible educar la mirada multidimensional de los estudiantes a través de la metaobservación, empleando una metodología cualitativa?

Para elaborar la estrategia formativa tomamos en cuenta que uno de los propósitos centrales del plan de estudios de la carrera de psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM, ha sido que la formación profesional de los estudiantes se dé en los ámbitos de ejercicio profesional del psicólogo, de tal manera que se pongan en contacto con las necesidades sociales que atenderán una vez egresados de la Facultad (Ribes, Fernández, Rueda, Talento, y López, 1980). En este caso los ámbitos para la formación de estudiantes de psicología de quinto y sexto semestre que cursan la materia de Educación Especial y Rehabilitación, Psicología Aplicada Laboratorio V, fueron el ISSEMyM y la Clínica Familiar anexa al mismo.

En el plan de estudios de la carrera se señalan como objetivos generales de la formación profesional:

- a) La inserción del psicólogo en un espacio de salud pública para realizar trabajo multidisciplinario en la detección, evaluación, planeación e intervención de niños con Necesidades Educativas Especiales (NEE) y sus padres.
- b) Diseñar estrategias de intervención para los padres derechohabientes de los niños detectados, acordes a las características del proceso psicológico, familiar, escolar y comunitario.
- c) Aprovechar al máximo los recursos humanos y materiales para estimular el desarrollo de los niños.

Y como metas:

- 1) Acercamiento a un espacio de salud pública, conociendo su logística y servicios.
- 2) Detección de casos con NEE de manera multidisciplinaria en conjunto con: médicos, familiares, pediatras, psicólogos, rehabilitadores físicos, foniatras, entre otros.
- 3) Evaluación, planeación e intervención de casos con NEE detectados
- 4) Cumplir con los objetivos y actividades especificados en este programa.
- 5) Entrega de un expediente que contenga el informe del trabajo realizado.

Basándonos en estos objetivos y metas nos dimos a la tarea de desarrollar una táctica formativa que contemplara la posibilidad del trabajo transdisciplinario.

## Método

Desde las teorías de la complejidad (Morin, 1999 a y b, Morin, 2004 y Maturana y Varela, 2003), estudiamos contextualmente el comportamiento de otras personas en sus procesos de vida; como investigadores reconocemos que nuestro objeto de estudio es al mismo tiempo un sujeto dinámico, recursivo, multidimensional y contextualizado.

Campos y Rosete (2013) mencionan que la metodología cualitativa permite generar un conocimiento social de manera multidisciplinaria, pues al identificar elementos histórico-sociales, culturales, económicos y subjetivo-emocionales, no sólo del protagonista sino también del investigador, podemos ensayar distintas miradas e integrarlas posteriormente en marcos complejos de interpretación.

Los investigadores de las ciencias sociales, consideran que la producción de conocimiento desde una perspectiva contextual, debe estar situada específicamente en el lugar donde ocurren los fenómenos, en nuestro caso en el ámbito hospitalario, subrayando con ello su cualidad histórica y dinámica; al mismo tiempo reconocemos la participación del investigador en esta producción de conocimiento. La investigación-acción, fue la metodología cualitativa utilizada en la presente investigación (Yuni y Urbano, 2005).

Elliott (citado en Sandini, 2003) señala que el objetivo prioritario de la investigación-acción consiste en mejorar la práctica en vez de generar conocimientos; así, la producción y utilización del conocimiento se subordinan al objetivo fundamental de mejorar la práctica.

Según (Sandini, 2003) las características de la investigación-acción son:

- Implica la transformación y mejora de una realidad en este caso la atención hospitalaria.
- Parte de la práctica, de problemas prácticos.
- Es una investigación que implica la colaboración de las personas, en este caso especialistas de la salud.
- Implica una reflexión sistemática en la acción.
- Se realiza por las personas implicadas en la práctica que se investiga, en este trabajo por los psicólogos docentes investigadores, estudiantes en formación y personal médico, de cuidado y administrativo.
- El elemento de "formación" es esencial y fundamental en el proceso de investigación-acción, de todos los involucrados.
- El proceso de investigación-acción se define o se caracteriza como una espiral de cambio que va de la acción a la reflexión, para volver a la acción y continuar sucesivamente.

## Participantes:

Se incorporaron al trabajo hospitalario 48 alumnos; 20 en el turno de 8:30 a 10:30 y 28 en el turno de 12:30 a 14:30. En este trabajo nos centramos en la labor de los 20 alumnos del turno matutino y sus tres profesores quienes son también los investigadores. Considerando el número de participantes y el tipo de estudio, no se estimó pertinente realizar el

consentimiento informado, contemplando la protección de los participantes al mantenerlos en el anonimato.

**Materiales:**

Diario de campo, Informe Diario de la Atención Médica, a la que llamaban también hoja de “Compromiso”, Informe de Servicio de Urgencia de Atención Primaria (SUAP). que era el concentrado de las actividades realizada por todos y cada uno de los psicólogos. Esta hoja denominada “Compromiso” y el SUAP se emplean para evaluar la productividad de los trabajadores de la salud, dado que da cuenta del número de pacientes que atienden diariamente.

**Procedimiento:**

- 1) Diseño, por parte de los docentes, de la estrategia de rotación de los estudiantes a los distintos servicios en los que se permitió su incorporación.
- 2) Diseño, por parte de los docentes, de la distribución de espacios para el trabajo de los estudiantes en las distintas áreas del Hospital y la Clínica. La estrategia de trabajo para los estudiantes en formación, elaborada por los docentes, se resume en el Cuadro 1. Consideramos importante presentar el cuadro para mostrar la amplia y compleja estructura de la relaciones espacios y funciones profesionales posibles a realizar por los estudiantes.

**Cuadro 1. Funciones profesionales y espacios de trabajo**

<b>HOSPITAL</b>		
<b>Detección Niños</b>	<b>Evaluación Diagnóstico</b>	<b>Planeación y diseño de estrategias de intervención y seguimiento</b>
Consultorios de pediatría, lactancia, foniatría, psicología y rehabilitación.	Ludoteca: aplicación de Escalas de desarrollo neuropsicológico estandarizadas, Inventarios estandarizados diversos	Taller de Estimulación Temprana. Terapia de Lenguaje y/o aprendizaje
<b>Trabajo con padres</b>	Entrevista e <b>historia de vida</b>	Taller terapia de Afrontamiento.
<b>CLÍNICA</b>		
Detección de madres embarazadas	Promoción para la participación en el taller de Psicoprofilaxis Perinatal. <b>Realización de la historia de vida.</b>	1)Taller de Psicoprofilaxis perinatal
Detección de niños con NEE	Evaluación de los casos con NEE a través de diferentes estrategias.	2) Taller de Estimulación Temprana. Terapia de Lenguaje y/o aprendizaje

Cuadro1. Señala Las funciones profesionales realizadas por los psicólogos en formación: detección, evaluación, planeación y diseño de intervención realizadas en la Clínica y espacios del hospital.

3. Elaboración de las notas de campo diarias, por parte de los estudiantes, de su experiencia de trabajo en el hospital.
4. Reuniones de reflexión semanales de 2 Hrs. de docentes y estudiantes, con el propósito de educar la mirada multidimensional de los estudiantes, a partir de sus notas de campo, ensayando metaobservaciones de su trabajo con los distintos profesionales de la salud. Identificando y resignificando las distintas dimensiones de la compleja relación entre psicólogos y personal del Hospital.
5. Asesoría individual a los estudiantes, por parte de los docentes -una vez a la semana durante media hora- sobre la atención psicológica de los casos, detectados y canalizados en conjunto con el personal del Hospital.
6. Entrevistas a las madres sobre el impacto del trabajo psicológico de los estudiantes con los niños.
7. Pláticas informales con los profesionales de la salud involucrados.
8. Diseño e implementación de estrategias de intervención para niños y madres.

Escenario (Dimensión Topográfica):

El ISSEMyM es un Hospital General Regional.

Servicios que proporciona: atención en las siguientes especialidades: ginecología, neonatología, pediatría, foniatría, psicología, rehabilitación, lactancia, entre otros; contaba también con el servicio de atención en Urgencias. La Clínica Familiar da consulta externa.

Resultados

Exponemos los resultados siguiendo tres ejes de presentación y reflexión que aparecen inevitablemente vinculados entre sí, siendo coherentes con el paradigma de la complejidad: 1) espacios de trabajo: Clínica y Hospital, 2) manera en la que los estudiantes cubrieron las funciones profesionales en los distintos espacios y 3) contextualización multidimensional del proceso de conocimiento e incorporación a la dinámica compleja del hospital, que es el ejercicio interpretativo que construimos docentes y estudiantes. En palabras de Louro, y Serrano, (2010:43) interpretación implica adjudicar significado y relevancia al mismo, explicando los patrones descriptivos y buscando relación y vínculo entre las dimensiones obtenidas. Esta contextualización multidimensional fue producto de: a) la elaboración de las notas de campo (observación reflexiva de sus acciones), asesorías individuales y sesiones de trabajo colectivo en las que ejercitamos las metaobservaciones para educar la mirada multidimensional de los alumnos. Esta contextualización aparece inmersa a lo largo de la descripción de los resultados.

Una vez concertada entre las autoridades y docentes la incorporación de los psicólogos al Hospital y Clínica aledaña, los docentes diseñamos la rotación de los estudiantes en los distintos espacios y servicios y el uso de los mismos para desempeñar las distintas funciones profesionales.

- 1) Espacios de trabajo:

Dimensión Topográfica.- Los espacios en los que se trabajó fueron: Cinco consultorios correspondientes a pediatría, psicología, lactancia, rehabilitación y foniatría, equipados de acuerdo a la especialidad. La ludoteca, que era un espacio amplio, con colchonetas, 5 mesas y sillas, algunos juguetes y pelotas. El consultorio de la Clínica anexa al Hospital, equipado como consultorio médico. La sala de espera del servicio de pediatría, cercana a la ludoteca, y un pabellón de pediatría que estaba asignado a un paciente permanente en el hospital.

La función de detección de casos con NEE en el hospital, se realizó estableciendo líneas de comunicación con los médicos especialistas y las madres de los posibles niños a atender, se programó una rotación para cada estudiante en las especialidades de: psicología, pediatría, rehabilitación, lactancia y foniatría, por considerarse éstas, las más vinculadas con los casos a atender. La administración del Hospital excluyó de la rotación las especialidades de ginecología y neonatología, fundamentales para el trabajo de detección y prevención planteadas; argumentando la falta de interés de estos especialistas en el trabajo con los psicólogos.

Los psicólogos en formación, de acuerdo a la programación, acudían dos días a la semana al consultorio de cada especialidad y observaban la consulta, participaban en la medida de lo posible; de tal manera que, en conjunto con el especialista, se realizaba la detección del niño o sus padres, candidatos a participar en alguno de los talleres que se planearon en el servicio de psicología, que ellos proporcionarían.

En la Clínica Familiar contamos con un consultorio, en este espacio realizaban las funciones de detección y evaluación de madres embarazadas, además de niños (NEE); su participación también era de forma rotativa, de tal manera que los estudiantes acudieron en grupos de tres, por lo que trabajaron en el Consultorio Clínico, por lo menos en dos ocasiones.

La estrategia formativa diseñada para la incorporación de los psicólogos al hospital, aunque compleja, fue efectiva.

#### Contextualización Multidimensional

##### 2) Funciones Profesionales. Detección y canalización:

Dimensión Administrativa: 1) Algunos médicos no estaban enterados de que habría un psicólogo en su consultorio, dado que se comunicó a través de un oficio a los jefes de servicio y, al parecer, ellos no lo informaron a todos los médicos. En el caso del Consultorio Clínico, sucedió algo similar, de tal manera que el trabajo en este espacio se demoró una semana. 2) El personal de vigilancia tampoco estaba enterado y, a pesar de portar bata blanca y credencial, algunos vigilantes demoraban el tránsito de los psicólogos del Hospital a la Clínica; con el tiempo esta dificultad desapareció.

Dimensión Topográfica: La detección de pacientes se realizó también en los pasillos y salas de espera del Hospital y la Clínica.

##### a) Consultorio de la Clínica

Las actividades realizadas fueron:

-Carteles informativos y trípticos, en los que se invitaba a las madres embarazadas al curso de Psicoprofilaxis Perinatal (PP) y a los otros talleres que se impartirían en el Hospital.

-En colaboración con las enfermeras y Trabajo Social, los psicólogos llamaron a 150 madres, usando el espacio de Trabajo Social, para invitarlas al Curso de PP.

-Evaluación del desarrollo y de problemas emocionales a niños menores de 5 años, que se encontraban en la sala de espera.

Los psicólogos reportaron que en un inicio tenían “cierto miedo a no hacer las actividades de la forma correcta”, pero que la experiencia fue favorable para su formación.

Dimensión Topográfica-emocional. Los psicólogos señalaron sentirse muy cómodos al contar con un espacio propio (el consultorio clínico) y confortable para sus actividades, tenían un equipo de cómputo para hacer las listas y sus informes diarios. El trabajo colaborativo con las enfermeras y Trabajo Social en un principio se reportó con una actitud amable y con mucha disposición, al pasar las semanas esto pareció ir disminuyendo.

Dimensión Formativa. Los objetivos formativos de conocer el funcionamiento de la Clínica y el uso de la estrategia para la detección y evaluación de casos de niños con (NEE) y su canalización para ser atendidos, se cumplió satisfactoriamente. En el caso de las señoras embarazadas, se presentaron dificultades como: 1) Algunas madres no se encontraban en el horario en el que se les llamaba. 2) Algunos números telefónicos al parecer estaban equivocados, otros estaban fuera de servicio y no fue posible comunicarse con esas madres. Y 3) Algunas estaban interesadas, pero vivían muy lejos, lo que dificultaba su asistencia.

Una vez detectados y canalizados los niños a los talleres, se asignaba a cada estudiante un niño o dos, de acuerdo a la disponibilidad de tiempo de la madre y al horario que cada estudiante tenía disponible para la atención psicológica. Las funciones de Evaluación, planeación e intervención fueron realizadas por cada estudiante, de acuerdo a las características particulares de cada niño.

#### b) Hospital

Rotación por las especialidades

Psicología:

Los pacientes que se atendieron en el consultorio de Psicología, presentaban las siguientes características: personas adultas y niños con trastornos emocionales, dificultades en la manera de beber, problemas sexuales con su pareja, trastornos de histeria, pérdida de un ser querido, trastornos de ansiedad e inseguridad, problemas de tabaquismo, entre otras. Esta fue una de las especialidades que canalizó a más niños con los psicólogos, quienes presentaban: problemas de lenguaje, de aprendizaje y déficit de atención con hiperactividad, dificultades de conducta y agresividad.

El psicólogo del Hospital, cuando no tenía pacientes programados, se dedicaba a orientar a los estudiantes sobre el enfoque clínico psicoanalítico que él profesaba, así como sobre los instrumentos de los cuales hacía uso, sobre la forma en cómo un psicólogo debe dirigir la terapia y la aplicación de algunas pruebas y clasificaciones propias del hospital como: el 16 PF (Inventario de Personalidad de 16 Factores), el HTP (House-Tree-Person, que es una técnica proyectiva) y el CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedad, décima versión). El hecho de que el psicólogo se identificara como psicoanalista y al mismo tiempo

usara herramientas de otras corrientes psicológicas, nos pareció paradójico pero permitió ir generando un lenguaje común en el ámbito hospitalario.

**Dificultades:** El psicólogo de la institución tenía expectativas acerca del trabajo que los estudiantes desempeñarían, ubicadas en la psicología clínica, que es lo que él hacía; por lo que afirmaba que lo que el Hospital requería era establecer un diagnóstico certero y preciso de la patología psicológica para cada paciente que acudía a la cita, esto daba cuenta de su conceptualización acerca del rol y funciones que tenía del psicólogo. Cuando se le explicó al psicólogo que el trabajo era dirigido a la prevención y atención de niños con NEE, se enfocó a canalizar niños con estas características a los psicólogos.

**Dimensión Formativa:** Los estudiantes observaron cómo es que un psicólogo profesional realiza una entrevista. Los psicólogos afirmaron que trabajar al lado de un profesional, fue una experiencia formativa enriquecedora.

**Pediatría:**

Dos de los pediatras aceptaron la presencia de los psicólogos amable y cortésmente, estableciendo diálogo con ellos y en algunos casos explicando las características del paciente y apoyando al psicólogo del Hospital en la canalización de niños con demora en el desarrollo psicomotor y prematuros con alguna otra condición neurológica. En los otros dos pediatras, se observó falta de información de la presencia de los psicólogos en el Hospital, miedo y desconfianza de su presencia, hasta que fuera comprobada por escrito (Dimensión administrativa-emocional). Después de haber realizado el trámite administrativo, cambió la actitud de uno de ellos, en el otro caso se mantuvo la frialdad e indiferencia ante la presencia del psicólogo. También los psicólogos en este consultorio tuvieron tiempos muertos, porque en algunas ocasiones los pediatras no llegaban en el horario estipulado. Lo que nos dio una muestra de la dinámica diferencial en la atención del personal médico.

**Foniatría:**

Los alumnos reportaron, usando sus palabras: “buen aprendizaje” en esta especialidad, dado que la Foniatra permitía que participaran de manera activa con preguntas y sugerencias para cada uno de los pacientes. Mencionan que la doctora les explicaba la forma de intervenir, así como la forma de realizar estudios específicos, relacionados con la capacidad lingüística.

La foniatra realizó un trabajo colaborativo muy cercano con los psicólogos, canalizó al servicio proporcionado por los psicólogos a muchos de los pacientes, a los que se les brindó el servicio de terapia de lenguaje y se mantuvo interesada en el trabajo que realizaban los psicólogos, incluso manifestó su interés por participar en las sesiones de relajación. En este servicio el diálogo, el interés y la colaboración entre los participantes, son considerados como los cimientos del trabajo transdisciplinar de acuerdo a la Carta de Transdisciplinariedad (1994).

### Rehabilitación:

Los estudiantes en la especialidad de rehabilitación, mencionaron que no entendían bien la función que desempeñarían los psicólogos en esta, ya que tenían conocimiento de la canalización de niños con NEE, pero a ese servicio sólo acudían a su consulta, adultos mayores.

Algunos de los alumnos, hacen referencia a que les fue gratificante conocer las actividades que la doctora realizaba como: encefalograma, electroterapia y de potenciales auditivos. Otros jóvenes reportaron haber vivido una mala experiencia, algunos ni siquiera pudieron entrar al consultorio porque, la médico no les abría la puerta o no estaba en el consultorio y, los pocos que pudieron entrar, afirmaron que se mostró de manera prepotente, menospreciando la labor de los psicólogos dentro del Hospital.

### Lactancia:

Este servicio estaba a cargo de una enfermera, los alumnos en general no pudieron observar ni participar en este servicio, por múltiples motivos: 1) la enfermera responsable refirió a uno de los psicólogos: “no estoy interesada en el servicio de lactancia ni tampoco estoy capacitada.” Situación delicada, porque se acercaba el momento de certificación del Hospital y uno de los aspectos a considerar era la importancia de la lactancia materna, tema que se enfatizaba contantemente en las pláticas que se llevaban a cabo los miércoles y a las que asistían los psicólogos y todo el personal médico, la participación en este espacio les permitió a los estudiantes conocer la dinámica interna del Hospital al convivir con los estudiantes y docentes de todo el Hospital. 2) Durante tres semanas, la enfermera se ausentó para ir a un curso de capacitación a otro hospital. 3) Cuando regresó, realizó propaganda y empezó su trabajo con las madres que acababan de tener sus partos; nuevamente la participación de los psicólogos fue mínima, debido a que iniciaba esas actividades a las 10:30 a.m., es decir, media hora antes de que se terminara el horario en el cual los psicólogos permanecían dentro del Hospital, de tal manera que sólo 3 estudiantes pudieron acompañarla esa media hora.

En dos ocasiones, la enfermera del servicio de lactancia, solicitó apoyo psicológico para dos madres que habían perdido a sus bebés; ante esta situación, los psicólogos les proporcionaron intervención en crisis y una sesión de relajación, que fue coordinada por una de las docentes. Las psicólogas en formación, reportan que esta fue una experiencia fuerte, pero enriquecedora para su vida personal y profesional. Se comentó -entre los psicólogos y las docentes- sobre la pertinencia de este trabajo, ya que de acuerdo a la reglamentación, sólo podía hacerse este tipo de trabajo, si el ginecólogo responsable de las pacientes lo solicitaba a través de interconsulta a Psicología.

## B) Evaluación e Intervención

### a) Casos atendidos en el taller de Estimulación Temprana:

Dimensión Topográfica. Las actividades de este taller se realizaron en la sala de espera del pabellón de pediatría, en la que generalmente estaban los padres; fue en esa misma sala en la que se efectuó la entrevista inicial. En la ludoteca se trabajaba con los niños y

aproximadamente a las 9:00 a.m. se invertía el espacio; los niños se mantenían en la sala de espera, con los que se continuaba el trabajo individual y los padres en la ludoteca, en donde se hacían sesiones de relajación o de Taller de Afrontamiento.

Se canalizaron al Taller de Estimulación Temprana 33 casos, 11 acudieron sólo dos o tres sesiones, los 21 restantes asistieron regularmente a sus citas, las cuales fueron en su mayoría dos veces por semanas. Únicamente se atendieron a dos niños 4 días a la semana. Dimensión Histórica. Uno de ellos era un paciente que estaba hospitalizado permanentemente, debido a su condición orgánica -insuficiencia respiratoria- por lo que necesitaba oxígeno casi en todo momento.

Características de los niños atendidos:

De los 21 niños atendidos, 3 tenían menos de 1 año (2 meses, 4 meses y 1 año), 3 tenían de 1 a 2 años, 7 entre 3 y 5 años y 8 entre 6 y 9 años.

En el cuadro 2 se presenta de manera resumida el número de niños atendidos en cada una de las categorías del CIE 10; como se ve, atendimos 14 niños con problemas en el desarrollo motor, del habla, de lenguaje, escolar y trastornos generalizado y 15 con trastornos de conducta, emocionales y de hiperactividad. Esta clasificación corresponde a las normas institucionales del Hospital. En el expediente de los niños, que se realiza como parte de su formación profesional, se enfatizaban la ubicación de su nivel de desarrollo y su zona de desarrollo próximo, elementos con los que se diseñaba la planeación de las actividades con el niño y de su estrategia de intervención individualizada. Dada la organización del Hospital y el tiempo, no fue posible hacer la historia de vida de las madres, para ampliar la contextualización multidimensional de cada caso.

En la columna de la derecha se señalan las estrategias generales que empleamos, como ya dijimos, las características de las estrategias de intervención son individuales, de acuerdo a la edad del niño y a las características de su contexto interno (condición orgánica) y su contexto familiar. Muchos de los problemas emocionales de los niños, estaban vinculados con procesos de divorcio de los padres, sobreprotección y otras situaciones difíciles en la familia.

Fue posible realizar un trabajo colaborativo (transdisciplinar) con: 1) los pediatras del pabellón, con quienes intercambiamos información técnica y profesional de algunos casos hospitalizados y de atención externa; 2) las enfermeras, con quienes se presentaron algunos roces, debido a que rotaban cada semana y había que dedicar tiempo todos los lunes para explicar el trabajo realizado con I. (niño que vivía en el hospital desde hacía tres años dada su insuficiencia respiratoria), debido a que en ocasiones no respetaban las actividades planeadas para su alimentación y baño; una vez establecido el diálogo, el trabajo se hacía en conjunto, salvo algunas excepciones; 3) la jefa de enfermeras, quien canalizó un caso e incluso solicitó la posibilidad del trabajo conjunto para atender situaciones de estrés del personal y 4) el psicólogo del Hospital, quien fungía como coordinador y responsable de las actividades de los psicólogos ante el Hospital, él apoyó a los estudiantes en formación en el aprendizaje del llenado de los informes diarios de las actividades con los pacientes externos, denominado Informe Diario de la Atención Médica, a la que llamaban también

hoja de “Compromiso” que tiene impresa la leyenda “Gobierno que cumple”, la que se colocaba en el expediente del niño. Diariamente llenaban también el Informe de Servicio de Urgencia de Atención Primaria (SUAP) que era el concentrado de las actividades realizada por todos y cada uno de los psicólogos.

Cuadro 2. Trastornos de acuerdo al CIE 10 y Estrategias de Intervención

Trastornos del desarrollo	No. de niños	Estrategias de Intervención
F80 Trastornos del desarrollo del habla y el lenguaje	5	E. M., M. O. y ejercicios de articulación y lenguaje a través de juegos.
F81 Trastornos en el desarrollo de habilidades Escolares	3	E. M. T.M.C., E. c. l. y Ejercicios académicos de lectura y matemáticas.
F82 Trastornos en el desarrollo de la función motora	3	T. F., E. V., M., E. M., M. O. y en un caso hidroterapia
F84 Trastorno generalizado del desarrollo	3	T. F., E. V., M., E. M., M. O. y en un caso hidroterapia
F90 Trastornos de Hiperactividad	2	E. M., S., T. M. C. Reconocimiento y manejo de las emociones, ejercicios de respiración y manejo de la seguridad en sí mismo.
F91 Trastornos de conducta	3	E. M., E. V., S., T.M.C. y actividades lúdicas
F92 Trastornos de conducta y emocionales	6	S. T. M. C., Reconocimiento y manejo de las emociones, ejercicios de respiración y manejo de la seguridad en sí mismo.
F93 Trastornos emocionales de comienzo en la niñez	4	E. M., S., T. M. C. Reconocimiento y manejo de las emociones, ejercicios de respiración y manejo de la seguridad en sí mismo.

Cuadro 2: Muestra el número de niños atendidos en cada categoría del CIE 10 y las estrategias empleadas. Las abreviaturas indican lo siguiente: Terapia Física (T. F.), Estimulación Vestibular (E. V.), Masoterapia (M.) Estimulación Multisensorial (E. M.), Masaje oro-facial (M. O.), Socialización (S), Técnicas de Modificación de Conducta (T.M.C) como: economía de fichas, sobre-corrección, reforzamiento social. Ejercicios de comprensión de lectura (E. c. l.). Consultar detalles en Rosete (2014).

El impacto de la intervención en los casos atendidos fue positivo para el desarrollo de los niños, los más pequeños en pocas sesiones mostraron avances: empezaron a sostener su cabeza, otros a sentarse, a orientar su mirada y seguir objetos, manipularlos y mejoraron su tono muscular. Los niños con problemas de lenguaje, empezaron a decir palabras y los más grandes, a comunicarse. Los padres de los que tenían problemas emocionales reportaron cambios favorables en su casa y escuela; en la misma ludoteca se veían los avances, los niños permanecían cada vez más tiempo concentrados en las actividades planeadas. En el caso del niño hospitalizado que se atendía diario, las enfermeras y los médicos comentaron los notorios avances y se interesaron en el trabajo, solicitando se les orientara para realizarlo el resto del día.

#### b) Taller de Psicoprofilaxis

Como parte de la intervención, cada estudiante se hizo cargo de elaborar e impartir una de las sesiones de los talleres de Afrontamiento o Psicoprofilaxis Perinatal.

Objetivos particulares en relación a las mujeres embarazadas.

- 1) Una vez detectadas, se realizará una entrevista y se les invitará a participar en el taller de psicoprofilaxis perinatal.
- 2) Si obtenemos su consentimiento informado, procederemos a realizar su historia de vida y la contextualización de su caso.
- 3) Realización del taller y acompañamiento hasta el nacimiento del bebé.
- 4) Seguimiento del desarrollo del niño hasta el año.

Se elaboraron 10 sesiones con las siguientes temáticas: 1) Respiración: a) respiración profunda, b) jadeo, c) soplido y d) respiración para expulsión (después del séptimo mes). 2) Nutrición balanceada. 3) Ejercicios: a) en el piso; b) de pie; c) sentadas. 4) Cuidados durante el embarazo (cómo dormir, acudir a sus citas y estudios). 5) Sexualidad durante el embarazo. 6) Embarazo. 7) Parto y alumbramiento (Dimensiones: Fisiológica, emocional y social). 8) Puerperio, depresión post parto (Dimensiones cultural e histórica, entre otras). 9) Lactancia y Ablactación y 10) Métodos Anticonceptivos.

La implementación del taller presentó dificultades: 1) Algunas madres no se encontraban en el horario en el que estábamos en el Hospital, porque era su horario de trabajo. 2) No fue posible comunicarse con las madres. Algunas estaban interesadas, pero vivían muy lejos y eso dificultaba su asistencia. El listado de las Señoras indicaba que sus citas no eran mensuales sino muy espaciadas, aun en los casos de alto riesgo. Por tal motivo el taller sólo contó con dos sesiones.

En la primera sesión sólo acudió una joven, de 24 años con 5 meses de embarazo; una de las psicólogas inició el taller con una breve introducción sobre lo que era la psicoprofilaxis, para posteriormente realizar ejercicios de respiración para alcanzar la relajación.

En la segunda sesión, impartida por otra psicóloga, a la misma mamá se le dio información sobre la nutrición y los hábitos alimenticios que debía implementar a lo largo y después de su embarazo.

Las dificultades encontradas en el Hospital para la implementación de este taller nos llevan a pensar en la importancia que tiene realizar una investigación minuciosa de las situaciones que no permitieron llevarlo a cabo de manera óptima. Además de hacer las siguientes recomendaciones: 1) que los médicos de consulta externa citen a las pacientes embarazadas, obligatoriamente cada mes; 2) informen que el Taller de Psicoprofilaxis Perinatal es obligatorio para madres y padres, y que sea una condición para darles su pase al Hospital y 3) que, al recibirlas en el Hospital, se les solicite el comprobante de asistencia. Esto ha funcionado en trabajos de este tipo, consultar Zamora (1999).

#### c) Taller de Afrontamiento para padres

Iniciar el trabajo en el Hospital, inundados por una serie de reglas (Dimensiones Administrativa y cultural), fue vivido por los psicólogos en formación, cómo amenazante; en un inicio no salíamos de la ludoteca, sin embargo en poco tiempo y con el apoyo de los

responsables del área de pediatría, empezamos a movernos por las distintas salas en las que se encontraban encamados los pequeños. Los pediatras nos indicaron que podíamos hablar con los niños que estaban en periodo ambulatorio por cirugía de rehabilitación y también con sus padres. Las psicólogas encontraron a un pequeño, quien estaba hospitalizado permanentemente por requerir de oxígeno casi todo el día, los pediatras autorizaron el trabajo con él y se inició de inmediato.

Los niños hospitalizados que conocimos, estaban en recuperación por cirugía de apéndice, ortopédicas (como fracturas), lupus, bebés con dificultades respiratorias, gástricas, y preadolescentes que habían intentado quitarse la vida.

Rápidamente nuestra propuesta del Taller de Afrontamiento para padres tomó sentido; mientras se hablaba con los niños, se detectó que algunas madres se veían cansadas preocupadas y con mucho estrés, con ellas se iniciaron las sesiones de relajación que se proporcionaron una o dos veces a la semana, dependiendo del número de madres que se encontraban en el pabellón, poco a poco se incorporaron las madres de los niños que participaban en el Taller de Estimulación Temprana. Después de la sesión, se comentaba acerca de cómo se encontraban, en todos los casos los reportes eran positivos, los padres señalaban estar menos tensos.

Los objetivos del Taller de Afrontamiento fueron:

- 1) De acuerdo a las características de los padres, diseñar un taller para trabajar aspectos como: a) etiología de la condición de su hijo, desarrollo esperado, superación del duelo, significados sociales de las NEE, su impacto en la familia, aceptación de su hijo, entre otros.
- 2) Las sesiones de trabajo en este aspecto fueron individuales o grupales.

Las temáticas planteadas fueron: 1) No estamos solos. 2) No hay culpables, sólo situaciones difíciles (etiología). 3) Duelo del niño imaginario. 4) Padres como maestros. 5) Contactando con las emociones: Alegría. 6) Tristeza. 7) Amor. 8) Enojo. 9) Miedo y 10) Cierre.

Se dieron 7 sesiones del Taller a las que acudieron en promedio 6 mamás, algunas del pabellón y otros padres y madres de los niños que se atendían en el Taller de Estimulación temprana. En algunas ocasiones, después de tratar el tema, se les daba la sesión de relajación. A continuación presentamos comentarios relevantes hechos por los padres.

1) No estamos solos. En esta sesión los padres expresaron libremente cómo se sentían al tener a sus niños en el Hospital; los comentarios se dividieron entre experiencias angustiantes como no entender la condición de sus hijos y el poco tacto de los médicos; además no les permitían que otros cuidaran a sus hijos por las noches, a pesar de que las señoras contaban con el apoyo de sus esposos, la reglamentación del Hospital no permite que las apoyen en la guardia nocturna. Otras agradecían y reconocían el buen servicio que les daban y manifestaron no tener problemas y dieron sugerencias para obtener pases para los esposos y familiares. Por nuestra parte, se enfatizó que nuestra presencia ofrecía un espacio para que acudieran para resolver cualquier dificultad o duda.

2) Duelo del niño imaginario. Pedir a los padres pensar en el hijo imaginario y confrontarlo con el niño real, fue muy difícil para varios de ellos; plantearse que, aunque no es como lo imaginaron, es su hijo y lo aman y por muy distante que esté del imaginario, están aquí para amarlo y hacer todo lo posible para que su desarrollo sea el mejor posible. Les ayudó el hacer el duelo de ese niño imaginario, para empezar a aceptar al hijo que tienen en el aquí y ahora y refrendar el compromiso que tienen con él. Al final de la sesión, los padres agradecieron la sesión y el tiempo dedicado a ellos. Porque en el Hospital sólo se atiende al niño y se olvidan de que en el contexto, en este caso familiar, los padres también viven la condición del niño y necesitan atención.

3) Padres como maestros. En esta sesión observamos que a los padres les fue difícil identificar de qué manera actúan como maestros en la vida de sus hijos, la responsable de la sesión tuvo que improvisar un ejercicio, porque las actividades no estaban generando la participación. Esta funcionó mejor, fue más fácil para los padres comentar y dar sugerencias respecto de un caso difícil (embarazo adolescente), a pesar de ser algo distante de su situación. Lo que deja ver la dificultad que tenemos para mirarnos y reconocernos como partícipes del proceso que vivimos en la crianza de los niños. Aspecto que es necesario continuar trabajando.

4) No hay culpables solamente situaciones difíciles. Esta fue una de las sesiones más emotivas del Taller, cada madre manifestó cuál era la condición de su hijo y por qué acudía al Taller. Algunas señalaron: “que se habían sentido culpables por la situación de su hijo cuando sus esposo y familiares no las apoyaban o cuando había algún problema por la situación de sus niños o cuando no llegaban a acuerdos.” Después de hablar de las condiciones que llevan a la presencia de NEE y plantear que son situaciones en las que, en la mayoría de los casos, las madres son ajenas a esas situaciones y que no son culpables, sino que son situaciones desfavorables, las madres agradecieron el apoyo que se les estaba brindando en el servicio, señalando:

“Considero que esto no sólo les ayuda a los niños sino también a nosotras, pues nosotras somos quien los cuida, y el avance que yo veo en mi niño es muy bueno, yo me siento muy a gusto con el trabajo que hacen.”

“Yo he visto que mi hija sí ha avanzado, y yo estoy muy muy agradecida con todos ustedes, de verdad díselo a tus compañero, el trabajo que haces es muy bueno, y por eso tenemos muy buenos resultados con nuestros niños.”

“Aquí ustedes me han enseñado mucho, y yo veo a Santiago avanzar, y yo también con las sesiones de relajación me he sentido mejor, me siento apoyada y siento que no estoy sola...”

Los comentarios de las madres muestran los avances positivos vistos en sus hijos y en ellas mismas a través de este Taller.

##### 5) Contactando con las emociones (Alegría)

En esta sesión, con el apoyo de la música, se pidió a los padres que se volvieran a sentir niños y se movieran con la música, después se les pidió que dibujaran los momentos más alegres de su vida; representaron escenas de cuando eran niños y jugaban con sus hermanos, actividades que hacían con sus amigos siendo adolescentes, los momentos en los que se casaron y nacieron sus hijos y los momentos que pasan en familia. Se les habló de

las emociones y de la importancia de que vivamos todas ellas en un día y que no se permitan quedarse por mucho tiempo en una sola. Se les pidió que el dibujo de ese día, lo guardaran y completaran con fotos y otros dibujos, para que no olvidaran y en los momentos difíciles en los que los dominara otra emoción, los recordaran.

#### 6) Contactando con las emociones (Tristeza)

La sesión inició con relajación y luego se apoyó con música, se les pidió que dejaran a su imaginación acompañar a la música, no se habló de la emoción que se quería contactar, tristeza, y sólo dos madres mostraron un poco de llanto y tristeza en su cara; sin embargo, ninguno de los padres hizo referencia a esa emoción, sólo reportaron haberse imaginado un área verde y sentido mucha paz.

Las sesiones de miedo, enojo, amor y el cierre no se pudieron realizar.

Los psicólogos en formación reportaron que al participar en el Taller de Afrontamiento sintieron mucho temor e inseguridad, por ser la primera vez que se dirigían a un grupo de padres, lo cual superaron al contar con el apoyo de las docentes y la respuesta de los padres; algunos tuvieron que improvisar, pero en general todos afirmaron que participar en el Taller y en las sesiones de relajación fueron experiencias sustanciales para su formación como psicólogos.

Uno de los resultados relevantes se relacionó con el Taller de Afrontamiento, a través del cual pudimos constatar el impacto del trabajo realizado. Como señalan Arranz y Cancio (2003), cuando el psicólogo desarrolla su labor en el ámbito hospitalario, se encuentra con situaciones donde existen altos niveles de estrés y experiencias de sufrimiento, derivados de la impredecibilidad, incontabilidad e incertidumbre asociadas a la enfermedad. La pérdida de la salud supone una crisis situacional en la que las personas sufren reacciones emocionales de una intensidad significativa y requieren unos recursos específicos para restaurar el propio equilibrio.

#### Discusión:

Desde el surgimiento de los hospitales, los médicos han ejercido un control dominante y consistente en lo profesional y administrativo sobre todos los demás actores que en ellos participan (López, Pastor y Neipp, 2003). Como indica Rodríguez (2003), el personal médico tiende a dirigir la actividad del resto del hospital, ya que posee y ejerce la autoridad para tomar las decisiones, los resultados del proceso de incorporación de los psicólogos nos ofrecen múltiples ejemplos.

Como pudo verificarse a lo largo de la presente investigación: al principio se dificultó el contacto de los psicólogos con los distintos participantes del ámbito hospitalario que requerían de sus servicios profesional: enfermeras y familiares de los enfermos y los enfermos mismos. Posteriormente se estableció el trabajo transdisciplinar de acuerdo a la Carta de la Transdisciplinariedad (1996): diálogo teórico-práctico entre los psicólogos y especialistas médicos; trabajo colaborativo, en conjunto y con apoyo del personal médico y

enfermeras para la detección y canalización de niños para la atención psicológica; solicitud de planeación atención psicológica entre enfermeras y personal médico, lo que reconoce las aportaciones que puede brindar la disciplina a demandas como atención de estrés del personal; comentarios positivos del personal de salud, respecto de los efectos del trabajo de los psicólogos en la atención de los niños; interés por el trabajo realizado por los psicólogos, por parte de los pediatras, al solicitar compartir con sus estudiantes de medicina las actividades realizadas con I. para también ellos realizarlas y de esa forma potencializar el desarrollo psicológico del niño, acción fundada en que pediatras y enfermeras calificaron el trabajo del psicólogo como “notorio”. Este trabajo transdisciplinar como señalamos apareció de manera diferenciada entre el personal.

Sin embargo independientemente de los fructíferos y óptimos resultados obtenidos por los psicólogos -en los escenarios en los que se les permitió intervenir- decidieron, desde ese lugar privilegiado de poder en el que se encuentran las autoridades médicas, que los psicólogos debían abandonar el Hospital. Sin tomar en cuenta la opinión de los usuarios ni las múltiples formas en las que fueron afectados, apareciendo la dimensión ética en este proceso.

Estas situaciones que obstaculizaron el trabajo transdisciplinar con algunos especialistas, provienen de la manera de pensar y actuar de los médicos, característico del paradigma de la simplificación y por ello tienen una visión unilateral del ámbito hospitalario y se erigen en jueces del trabajo de todos los que en él participan, colocándose en la cima de la jerarquía, de modo tal que ellos ostentan el único punto de vista válido y verdadero. Según su racionalidad, el trabajo en el hospital debe ser objetivo, con neutralidad afectiva y dentro de un orden administrativo que aísla a los pacientes (que son su objeto de intervención) del contexto en el que ocurre el proceso salud-enfermedad. Esto deriva en una falta de atención integral de los pacientes y en la exclusión de los cuidadores (padres), como si ellos no formaran parte de una dimensión tan importante como lo es la familiar; ya que sufren, junto con el paciente todos los altibajos del proceso. Si su pensamiento se fundara en el paradigma de la complejidad, podrían ver las diversas dimensiones que aparecen en un complejo interjuego en el ámbito hospitalario, como lo mostramos a lo largo de la contextualización multidimensional del proceso de inserción del psicólogo en formación a este contexto.

Como vimos, el trabajo realizado por los psicólogos en el taller de afrontamiento consideró las demandas de los pacientes de la sala de pediatría, sobre todo de las madres; asimismo de los niños y las familias de los niños de consulta externa, canalizados de las distintas especialidades, incluyendo a un sector fundamental del Hospital que pocas veces es tomado en cuenta en el proceso de atención hospitalaria, como lo son quienes acompañan a los enfermos. Intervención que generó favorables resultados, como lo reportaron los participantes. Lo que consideramos una de las mayores aportaciones del estudio.

Los resultados nos dejaron ver las dificultades para efectuar el trabajo transdisciplinar con algunos especialistas (ginecología y neonatología), por su nulo interés. Con el área de Lactancia, la dificultad fue personal y administrativa, ya que la enfermera responsable no

estaba de acuerdo con su asignación y reportaba no contar con la capacitación necesaria. Con el área de Rehabilitación y algunos pediatras, la dificultad radicó en su apego a la normatividad hospitalaria y a sus preconcepciones rígidas respecto a las acciones de cada campo disciplinar -propias del paradigma de la simplificación- y a la poca disposición al trabajo colaborativo, expresando acciones de valoración (desvaloración, descalificación), egoísmo y celo profesional, con graves implicaciones éticas. Aquí cabe destacar que actitudes como estas iniciaron una lucha de poder entre la rehabilitadora y el psicólogo que trabajaba en el Hospital y que coordinaba el trabajo de los psicólogos, teniendo de fondo la necesidad de probar quién tenía más influencias con el Director del Hospital, la hija de un político o el nieto de un alto funcionario del Sistema de Salud, lo que terminó con la solicitud del retiro de los psicólogos del hospital; lo que dejó sin el servicio que se proporcionaba a los niños y las madres de familia, quienes no fueron informados de la suspensión de los servicios. Como se puede ver, estas preconcepciones y acciones rígidas, unidimensionales -características de la visión de la simplificación- impidieron la concreción del trabajo transdisciplinar que exige una mirada que nos permita percibir, pensar y valorar la realidad compleja, reconociendo que los procesos de importancia para la salud se conforman por dimensiones biofísicas, psicoemocionales, psicosociales y socioculturales integradas en un sistema o todo organizado.

Ante la situación encontrada, consideramos ineludible la incorporación del psicólogo en el organigrama hospitalario, participando de manera transdisciplinar con los médicos, como lo reportan Remor, Arranz, y Ulla (2003), es importante que dicha incorporación se realice desde el paradigma de la complejidad, de modo tal que el psicólogo pueda contribuir de una manera más amplia, integral, profunda y crítica a la detección, prevención y atención de los pacientes, tomando en cuenta sus particularidades e incorporando la aleatoriedad y las bifurcaciones del proceso, obteniendo una visión sinérgica del mismo. Para que los profesionales de la salud dejen de estar encerrados en el límite de su disciplina y cesen de dar prioridad a la atención de la salud física, atendiendo solamente los síntomas y tomen en cuenta el sin número de dimensiones involucradas.

También es claro que el psicólogo puede participar en el manejo terapéutico de las manifestaciones psicológicas de la enfermedad orgánica, como lo menciona Palazón (2003), realizando diagnóstico, terapia de apoyo y/o investigación como la presentada aquí. Esta última es esencial para maximizar la eficiencia, la efectividad y la eficacia en la intervención con los pacientes en crisis, como lo subrayan Ulla y Remor (2003).

## Conclusiones

Fue posible diseñar una estrategia efectiva para la inserción y trabajo de los psicólogos en el ámbito hospitalario, dado que a pesar de la gran cantidad de reglamentaciones hospitalarias, el psicólogo en este ámbito tubo la posibilidad de desempeñar sus funciones profesionales de detección, evaluación, canalización, contextualización del caso y planeación y diseño de estrategias de intervención personalizadas. Asimismo fue posible realizar trabajo transdisciplinar con enfermeras, trabajadoras sociales, pediatras y fonoaudiólogos,

que impactaron favorablemente en la salud de niños hospitalizados y de pacientes de consulta externa y sus familias. De esta manera se cumplió con los objetivos de formación, al mismo tiempo que conocieron y se incorporaron al dinámico y complejo sistema hospitalario.

La Contextualización Multidimensional construida reflexivamente por docentes y estudiantes, acerca de la incorporación de los psicólogos, dio cuenta de la presencia y características de distintas dimensiones involucradas y entrelazadas en este proceso complejo:

a) la topográfica: que permitió situar a los estudiantes en múltiples espacios de trabajo: consultorios, ludoteca,

b) la histórica: que nos mostró la trayectoria del poder hegemónico de los médicos, y nos permitió comprender las reglamentaciones, relaciones y acciones cotidianas relacionadas con su forma de vestir, de comportarse, con la posibilidad de moverse y actuar en los distintos espacios,

c) la técnico-profesional: articulada con las funciones de especialistas, personal de apoyo y psicólogos

d) la perceptivo-emocional: que impactó a los estudiantes al percibir los amplios espacios, limpios, silenciosos y con su olor característico y los enfrentó a sus emociones: miedo, alegría, tristeza y sus juicios y prejuicios,

e) la dimensión de formación profesional: permitió constatar cómo cumplieron con la detección, planeación e intervención;

f) la técnico-administrativa: que implicó integrarse a la dinámica administrativa, asistir a pláticas y llenar los formatos oficiales, lo que implicó disciplinarse con la entrega de formatos de productividad, de clasificación de los niños y reporte de su trabajo,

g) la dimensión de “demanda de los pacientes”: la cual les permitió conocer de primera mano las demandas de los pacientes, enfermeras e incluso especialistas con las que se trabajaba y reflexionar sobre las posibilidades de darles atención psicológica partir de lo cual diseñaron sus estrategias de intervención,

h) la ética: les permitió mirar cómo para algunos profesionales médicos, es más importante su ego profesional y su autoridad que proporcionar atención a los niños;

Asimismo, reflexionamos respecto a las dificultades que se presentaron y cómo impactaron la posibilidad del trabajo transdisciplinar, que pretende fortalecer el diálogo entre diferentes especialistas para que los estudiantes puedan comprender y explicar la compleja dinámica de los fenómenos que caracteriza la realidad. Lo que como resultado final permitió a los estudiantes tener una experiencia formativa que, como dijeron, fue más allá de su formación profesional.

Para posibilitar el trabajo multidisciplinario y tender a la transdisciplinariedad es necesario, adiciona a la disposición de los profesionales, atender a las expectativas de los participantes (médicos, personal de apoyo, psicólogos y familiares de los enfermos); lograr la comunicación entre todos; la existencia de un lenguaje y jerga comunes y fundamentalmente un cambio en la visión epistemológica que permita reconocer y

enfrentar la complejidad de los procesos de salud. Este estudio es una contribución a la investigación sobre las posibilidades reales de realizar trabajo transdisciplinario en el espacio hospitalario.

Las limitaciones de este estudio, radicaron en el poco tiempo que contamos para realizarlo: apenas tres meses. Es de gran importancia que experiencias de investigación como estas se repitan, enfatizando la formación profesional de psicólogos en el ámbito hospitalario, desde el Paradigma de la Complejidad y retomando los elementos teórico-metodológicos de la Metapsicología de Contextos: la metaobservación y la contextualización multidimensional.

## Referencias

- Anes, J., Asrier, A., Bastien, J. et. al. (1996). Carta de la Transdisciplinariedad. p. p. 98-101. Sociología y política. Año IV. No. 8. México: Universidad Iberoamericana (1996).
- Aguilera, C. M. G. (2008). La metaobservación desde la metapsicología de contextos. (pp. 57-78). En López, R. S. (Coord.) Reflexiones para la formación del psicólogo. México: UNAM, FES Iztacala, DGAPA.
- Alcaraz, G. J. R. (2012). Metapsicología para principiantes. (pp.125-151). López, R. S. (coord.). Una formación metodológica en psicología. México: UNAM, FES Iztacala, DGAPA.
- Arranz, P. y Cancio, H. (2003). Una Herramienta básica del psicólogo hospitalario: el counselling. (pp. 92-119). En Remor, E., Arranz, P. & Ulla, S. (Eds.) El psicólogo en el ámbito hospitalario. España: Editorial Desclée de Brouwer.
- Campos, H. Ma. A. & Rosete, S. C. (2013). Los relatos de vida en la investigación psicológica. Revista psicología y ciencia social. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. [on line]. Vol.14(1). Junio. (pp. 1-13). Recuperado el 12 de Septiembre del 2013 de <http://tuxchi.iztacala.unam.mx/ojs/index.php/pycs/article/download/88/76>.
- Gairín, S J. (2012). Gestionar la complejidad de los centros educativos actuales. Recuperado el 3 de Setiembre del 2013 de: [www.editic.ua.es/wp-content/uploads/2012/06/claves-para-la-investigacion\\_151\\_162-cap13.pdf](http://www.editic.ua.es/wp-content/uploads/2012/06/claves-para-la-investigacion_151_162-cap13.pdf).
- Lara, V. J. (2008). Metapsicología de Contextos: Algunas Reflexiones filosóficas para la innovación de conceptos en psicología. (pp. 79-112). En López R. S. (coord.). Reflexiones para la formación de psicólogos. México: UNAM, FES Iztacala, DGAPA.
- Lara, V. J. (2012). Metapsicología de contextos: Consideraciones epistemológicas y metodológicas. En López, R. S. (coordinador). (pp. 201-217). Una formación metodológica en psicología. México: UNAM, FES Iztacala, DGAPA.
- Louro, B. I. L. y Serrano, P. A. (2010). La investigación familiar y el valor de la metodología cualitativa para el estudio del afrontamiento a la enfermedad sicklemica. Revista Cubana de Salud Pública. 36(1)37-53. Recopilado de <http://scielo.sld.cu> 37 SIMPOSIO.
- López, R. S., Pastor, M. de los A. & Neipp, M. del C. (2003). Aspectos psicológicos asociados a la hospitalización. (pp. 31-49). En Remor, E., Arranz, P. & Ulla, S. (Eds.) El psicólogo en el ámbito hospitalario. España: Editorial Desclée de Brouwer.
- Maturana, R. H. y Varela, G. F. (2003). El árbol de conocimiento: Las bases biológicas del entendimiento humano. Buenos Aires, Argentina; LUMEN/Editorial Universitaria.
- Morin, E. (1999a). El método 2. La vida de la vida. 5ta Edición. Madrid, España: Cátedra.
- Morin, E. (1999b). La cabeza bien puesta. Buenos Aires, Argentina; Nueva Visión
- Morin, E. (2001). La mente bien ordenada. Barcelona, España; Seix Barrall.
- Morin, E. (2004). La epistemología de la complejidad. En Gazeta de Antropología. No.2. Recuperado el 28 de Agosto del 2013 de [http://www.ugr.es/~pwlac/G20\\_02Edgar\\_Morin.html](http://www.ugr.es/~pwlac/G20_02Edgar_Morin.html)
- Núñez, C. L. & Romero, P. C. (2003). Pensar la educación. Conceptos y opciones fundamentales. España; Universidad de Sevilla.
- Palazón, I., Munarriz, M., Adam, A., Mira, J.J., Rodríguez-Marín, J. & Reig, A. (1987). Actividad de enlace en un hospital general. Información Psicológica, 30: 11-13.

- Remor, E.; Arranz, P. & Ulla, S. (Eds.). (2003). El psicólogo en el ámbito hospitalario. España: Editorial Desclée de Brouwer.
- Ribes, I. E.; Fernández, G. C.; Rueda, M. M.; Talento, M. y López, F. (1980). Enseñanza, ejercicio e investigación de la psicología. Un modelo Integral. México: Trillas.
- Rodríguez, M. J. (2003). En busca de un modelo de integración del psicólogo en el hospital: Pasado presente y futuro del psicólogo hospitalario. (pp. 831-860). En Remor, E., Arranz, P. y Ulla, S. (Eds.) El psicólogo en el ámbito hospitalario. España: Editorial Desclée de Brouwer.
- Rosete, S. C. (2006). Análisis multidimensional como estrategia preventiva en la evaluación y atención del neuro-desarrollo. En Revista SEF. FENAPSIME, UNAM. Vol.9. No.1-2. 23-40 p.
- Rosete, S. C. (2008). Construcción multidimensional del cuerpo. Una aportación desde la metapsicología de contextos. (pp. 189-220). En López, R. S. (Coord.) Reflexiones para la formación del psicólogo. México: UNAM, FES Iztacala, DGAPA.
- Sandini M. P. (2003). Investigación cualitativa en la educación: fundamentos y tradiciones. España: Mac Graw Hill. Interamericana.
- Ulla, S. y Remor E. (2003). La investigación en el hospital: Tendiendo puentes entre la teoría y la práctica. (pp. 161-177). En Remor, E., Arranz, P. y Ulla, S. (Eds.) El psicólogo en el ámbito hospitalario. España: Editorial Desclée de Brouwer.
- Yuni, J. A. y Urbano, C. A. (2005). Aproximación al proceso metodológico de la investigación cualitativa. Mapas y Herramientas para conocer la escuela. (pp. 81-105; 169-179). Córdoba. Argentina: Editorial Brujas.