

ISSN: 2448-8119



La ciencia Guiada por Proyectos Sociales

Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social

Volumen 2 | Número 2 | Julio-Diciembre 2016

The Science Guided by Social Projects

International Digital Journal of Psychology & Social Science



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala



<http://dx.doi.org/10.22402/j.rdipycs.unam.2.2.2016>



La ciencia Guiada por Proyectos Sociales

Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social

Volumen 2 | Número 2 | Julio-Diciembre 2016

The Science Guided by Social Projects

International Digital Journal of Psychology & Social Science



Universidad Nacional Autónoma de México
México, 2016

“La religión es al misticismo lo que la divulgación es a la ciencia”

*Henri Bergson
Premio Nobel de Literatura*

D.R. © UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Av. de los Barrios No. 1, Los Reyes Iztacala
C.P. 54090, Tlalnepantla, Edo. de México

DISEÑO EDITORIAL

Laboratorio de Evaluación y Educación Digital
UNAM, FES-Iztacala
Tel. (+52) - (55) -56231333 ext. # 39707

PUBLICACIÓN PERIÓDICA A CARGO

Universidad Nacional Autónoma de México www.unam.mx
Facultad de Estudios Superiores Iztacala www.iztacala.unam.mx/
Corporativo Universitario Virtual de Educación a Distancia (CUVED) www.cuved.com.mx
El Colegio de Académicos de Psicología de la UNAM, FES-Iztacala (CAPSI)
Asociación de Profesionales e Investigadores en Ciencias de la Educación a Distancia (APICED) www.cuved.com.mx/apiced
Grupo de Investigación en Procesos Psicológicos y Sociales (GIPPS) www.gipps.org/

EDITOR GENERAL DE LA REVISTA

Arturo Silva Rodríguez

CORRECCIÓN DE ESTILO

Esther López González
Rubén Cortez Aguilar

COMPOSICIÓN Y MAQUETACIÓN DE LA REVISTA

Oscar Giovanni Balderas Trejo

EDICIÓN JULIO-DICIEMBRE, 2016

La edición en formato electrónico fue realizada en la Editorial LEED del Laboratorio de Evaluación y Educación Digital



Las imágenes de la cubierta, portada, portadillas, secciones y cubiertas de los artículos de la revista fueron cortesía de [Freepik](https://www.freepik.com)



Copyright: © 2016 Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social

Esta es una revista de acceso abierto distribuida bajo los términos de la licencia [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), por lo que su contenido gráfico y escrito se puede compartir, copiar y redistribuir total o parcialmente sin necesidad de permiso expreso de sus creadores con la única condición de que no se puede usar con fines directamente comerciales y los términos legales de cualquier trabajo derivado deben ser los mismos que se expresan en la presente declaración. La única condición es que se cite la fuente con referencia a la [Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social](https://www.revista.unam.mx/) y a sus creadores.

REVISTA DIGITAL INTERNACIONAL DE PSICOLOGÍA Y CIENCIA SOCIAL, Año 2, Volumen 2, No. 2, julio-diciembre 2016, es una publicación semestral editada por la Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad Universitaria, Delegación Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México, a través de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Av. de los Barrios #1, Colonia Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla Estado. de México. C.P. 54090, Tel. (55) 5623-1333, Ext. #39707, <http://cuved.unam.mx/rdipycs/>, rdipycs@gmail.com. Editor Responsable: Arturo Silva Rodríguez. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2016-012514394300-203, ISSN: 2448-8119, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número, Laboratorio de Evaluación y Educación Digital de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Lic. José Manuel Sánchez Sordo, Av. de los Barrios #1, Colonia Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla Estado. de México. C.P. 54090, fecha de última modificación, 08 de febrero de 2017.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados siempre y cuando se cite la fuente completa y la dirección electrónica de la publicación.

Dirección Editorial

Arturo Silva Rodríguez
EDITOR GENERAL

Mirna Elizabeth Quezada
EDITORA EJECUTIVA

Oscar Giovanni Balderas Trejo
DISEÑO EDITORIAL

J. Jesús Becerra Ramírez
EDITOR TÉCNICO

Consejo Editorial

Arturo Silva Rodríguez Adriana García Silva
PRESIDENTE DIRECTORA DEL ÁREA DE LAS CIENCIAS ECONÓMICO-ADMINISTRATIVAS

Mirna Elizabeth Quezada Claudia Lucy Saucedo Ramos
SECRETARIA EJECUTIVA DIRECTORA DEL ÁREA DE LA CIENCIAS SOCIALES

Luis Fernando García Silva Miguel Ángel Tellez Jardínez
DIRECTOR DEL ÁREA DE LAS CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD DIRECTOR DEL ÁREA DE LAS INGENIERÍAS

José Eduardo López Peralta José Manuel Sánchez Sordo
DIRECTORA DEL ÁREA DE LAS CIENCIAS FÍSICO_MATEMÁTICAS DIRECTOR DEL ÁREA DE LAS HUMANIDADES Y LAS ARTES

Editores Honorarios

Juan Manuel Mancilla Díaz Rosario Espinosa Salcido
EDITOR GENERAL EDITORA GENERAL
ÉPOCA REVISTA DE PSICOLOGÍA Y CIENCIA SOCIAL ÉPOCA REVISTA DE PSICOLOGÍA Y CIENCIA SOCIAL
PERÍODO 2000 A 2005 PERÍODO 2009 A 2014

Jaime Montalvo Reyna Rafael Palacios Abreu
EDITOR GENERAL EDITOR DE PROYECTOS
ÉPOCA REVISTA DE PSICOLOGÍA Y CIENCIA SOCIAL ÉPOCA REVISTA DE PSICOLOGÍA Y CIENCIA SOCIAL
PERÍODO 2005 A 2009 PERÍODO 2000 A 2014



Comité Editorial Nacional

§

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

Ismene Ithai Bras Ruíz Alma Adriana Becerril Ramírez
Relaciones Internacionales Ciencias de la Comunicación

§

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO Facultad de Estudios Superiores Acatlán

José Eduardo López Peralta Luis Daniel Vilchiz Alcántara
Matemáticas Aplicadas | Computación Matemáticas Aplicadas | Computación

§

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Laura Edna Aragón Borja Gisel Gómez Escobar
Evaluación Psicológica | Dislexia | Métodos Cuantitativos Procesos Psicológicos Básicos | Metodología

María Leticia Bautista Díaz Esperanza Guarneros Reyes
Psicología de la Salud | Metodología de la Investigación SUAyED Psicología | Psicología del Desarrollo Infantil

Enrique Berra Ruíz Jorge Guerrero Barrios
Psicología de la Salud | Psicología Clínica Psicología Experimental | Psicología Educativa

María de los Angeles Campos Huichán Gilberto Hernández TzinTzun
Psicología Cultural | Terapia Gestalt Ciencias de la Salud | Sociología

Margarita Chávez Becerra Edilberta Joselina Ibáñez Reyes
Psicología Educativa | Métodos Cuantitativos Psicología Experimental

Norma Coffin Cabrera Omar Moreno Almazán
Psicológica Clínica | Psicología de la Salud SUAyED Psicología | Psicología Clínica y de la Salud

Ana Elena del Bosque Fuentes Juan Manuel Montiel Génova
Entornos Virtuales de Aprendizaje | Psicología Educativa SUAyED Psicología | Terapia Familiar

María Guadalupe de los Milagros Damián Díaz Oscar Iván Negrete Rodríguez
Desarrollo Psicológico | Estimulación Temprana SUAyED Psicología | Métodos Cuantitativos

David Javier Enríquez Negrete Rafael Palacio Abreú
SUAYED Psicológica | Psicología Clínica y de la Salud Psicología Educativa

Estela Flores Ortiz Gilberto Pérez Campos
Psicología Social | Desempeño Escolar Psicología Cultural | Historia de la Psicología

VI



Mirna Elizabeth Quezada
Gestión Organizacional | Educación Digital

Christian Sandoval Espinosa
SUAYED Psicología | Terapia Familiar

Leticia Nayelli Ramírez Ramírez
Psicología Educativa | Diseño curricular

Claudia Lucy Saucedo Ramos
Psicología Cultural | Psicología Escolar

Ma. Refugio Ríos Saldaña
Psicología del Adolescente | Habilidades Sociales

Aura Silva Aragón
SUAYED Psicología | Terapia Familiar

David Ruíz Méndez
Psicología Experimental | Psicología Organizacional

José de Jesús Vargas Flores
Editor de la [Revista Electrónica de Psicología Iztacala](#)

Ricardo Sánchez Medina
SUAYED Psicología | Psicología Clínica y de la Salud

Cynthia Zaira Vega Valero
Psicología Organizacional | Psicología Clínica y de la Salud

José Manuel Sánchez Sordo
Experto en Tecnologías de la Información | Psicología

Luis Zarzosa Escobedo
Psicología Experimental | Psicología Educativa

§

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Luz María Flores Herrera
Psicología Ambiental | Comportamiento Humano

Juan Jiménez Flores
Psicología de la Salud | Psicología Comunitaria

§

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Psicología

German Álvarez Díaz de León
Historia de la Psicología | Criminología en México

Javier Urbina Soria
Psicología Ambiental | Educación Ambiental

Nestor Fernández Sánchez
Entornos Virtuales de Aprendizaje | Psicopedagogía

§

INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL

José Gonzalo Amador Salinas
Psicología Educativa | Tecnología Educativa

Virginia González Rivera
Rendimiento Escolar | Metodología de la Investigación

§

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

Pedro Palacios Salas
Desarrollo Psicológico | Infancia



§

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

Sonia Sujell Velez Baez
Psicología Clínica | Psicoterapia

§

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Rebeca María Elena Guzmán Saldaña David Jiménez Rodríguez
Psicología de la Salud | Trastornos Alimentarios **Psicología de la Salud | Psicología Educativa**

§

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

Reyna Amador Velázquez Hugo Alberto Yam Chalé
Psicología de la Salud | Adolescencia **Psicología Aplicada | Criminología**

§

UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

Jorge Arauz Contreras
Psicología de la Salud | Gestión Educativa

§

UNIVERSIDAD DE SONORA

Julio Alfonso Piña López
Psicología de la Salud | Gestión Educativa

§

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

Alba Cerino Soberanes
Psicología Educativa | Psicología del Desarrollo

§

UNIVERSIDAD JUÁREZ DE DURANGO

Patricia Lorena Martínez Martínez
Psicología Educativa | Psicología Clínica



§

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

Fabiola González Betanzos
Psicología de la Salud | Metodología Científica

Juan Torres Melgoza
Psicología | Educación

Marisol Morales Rodríguez
Psicología | Educación

Alehtia Dánae Vargas Silva
Psicología | Educación

*Comité Editorial
Internacional*

§

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

Analía Verónica Losada
Abuso Sexual Infantil | Patologías Alimentarias

§

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE NUESTRA SEÑORA DE LA ASUNCIÓN PARAGUAY

Norma Coppari González de Vera
Editora de la [Revista Eureka](#)

§

UNIVERSIDAD FEDERAL FLUMINENSE DE BRASIL

Marialia Etienne Arruguy
Psicología de la Salud | Metodología Científica

*Comité Editorial
Profesionales Independientes*

Fabiola Arellano Jiménez
Terapia Familiar | Consultorio Particular

María Fernanda Rodríguez Abello
Terapia Familiar | Consultorio Particular

Silvia Alicia Cabrera Torres
Psicología Educativa | Tecnología Educativa

Alondra Belem Medina Luna
Terapia Familiar | Consultorio Particular

Yu Hing Valeria Chuey Rosas
Terapia Familiar | Consultorio Particular

Sarai Yáñez Márquez
Evaluación | Capacitación Educativa Profesional



Revisores
Volumen 2 | Número 2 | Julio-Diciembre 2016

Evaluadores institucionales

Blanca Delia Arias García
Psicología de la Salud
UNAM | FES Iztacala | México

Evaluadores externos a la institución

Abigail Galvan Arista
Psicología | Educación
Independiente | México

Ana Belén Barbosa
Comportamiento Humano
Universidad de Guadalajara | México

Gilberto Hernández Zinzún
Educación médica | Antropología de la salud
UNAM | FES Iztacala | México

Marcelo Della Mora
Psicología clínica | Psicología forense
Centro de Estudios de Ejecución Pena | Universidad de Buenos Aires

Heidy Lorena Merchán Moya
Comportamiento Humano
Universidad de Guadalajara | México

Arturo Alejandro Domínguez López
Psicología clínica | Psicoanálisis
Universidad Autónoma del Estado de México | México

Analia Veronica Losada
Salud sexual | Metodología de la investigación
Pontificia Universidad Católica Argentina | Argentina



VOLUMEN 2 | NÚMERO 2 | JULIO 2016
LA MIRADA EN EL HORIZONTE DE LA CIENCIA

Presentación del Número, 151

Arturo Silva-Rodríguez

EDITORIAL

158

La transdisciplina y el pluralismo sociológico en el conocimiento, la ciencia y la tecnología, 159

Arturo Silva-Rodríguez

ARTÍCULOS EMPÍRICOS

170

Grado de satisfacción marital en relación a factores sociodemográficos, 171

Gabriela Taidé Pérez-Solís, María Teresa Dávalos-Romo y Jennifer Rentería-Conseción

Retroalimentación ante variaciones en la probabilidad del desempeño efectivo: Un estudio de sus efectos, 188

Héctor Octavio Silva-Victoria, Jorge Guerrero-Barrios, Andrés Francisco Vargas-Avila y Edgar Rocha-Hernández

Reflexión de una experiencia formativa de psicólogos en un hospital desde la complejidad, 204

Carolina Rosete-Sánchez, Liliana Molina-Zozoaga y María de los Ángeles Campos-Huíchan

ARTÍCULOS METODOLÓGICOS

230

Marco teórico para la humanización del proceso de trabajo en salud: Una propuesta de narrativas desde Jerome Bruner, 231

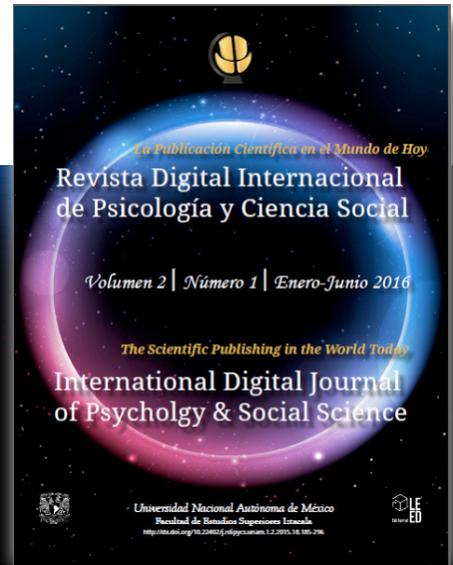
Alejandro Perdomo-Rubio, Gilbero Hernández-Zinzún y Diana del Rosario Izquierdo-Mora

LA PSICOLOGÍA AYER Y HOY

255

Personalidad y la conducción de la vida cotidiana, 256

Juan José Yoseff Bernal



Volumen 2 | Número 2 | Julio-Diciembre 2016

<http://dx.doi.org/10.22402/j.rdipecs.unam.2.2.2016.137.151-157>

PRESENTACIÓN DEL NÚMERO

| VOLUMEN 2 | NÚMERO 2 | JULIO-DICIEMBRE 2016 |

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|------------|
| INTRODUCCIÓN | 152 |
| ESQUEMA EDITORIAL | 152 |
| ANÁLISIS DE LOS DICTÁMENES DE LOS REVISORES | 152 |
| Panorama general, 152 | |
| Perfil de Evaluación entre pares, 153 | |
| Calificación Promedio de los Artículos, 154 | |
| Índice de Concordancia, 155 | |
| Correlograma, 155 | |
| Desacuerdo entre revisores, 155 | |
| Material Científico Publicado, 156 | |
| REFERENCIAS | 157 |

INTRODUCCIÓN

Este segundo número del 2016 de la Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social (RDIPyCS), forma parte del segundo volumen de la revista e implica la inquietud del equipo editorial por mantener políticas de publicación científicas acordes a la era de la información, en donde se desarrollen alternativas de difusión incluyentes, innovadoras, transdisciplinarias, abiertas y gratuitas.

El número anterior enfatizó la accesibilidad a la información que busca fomentar el equipo editorial mediante la publicación en distintos formatos con la finalidad de alcanzar cada día a más lectores y contribuir a la difusión de la psicología como disciplina científica.

En este segundo número del 2016 se enfatiza la invocación de un sentido de responsabilidad social en la ciencia a través de la construcción de un tejido social científico en donde impera un pluralismo sociológico caracterizado por la aceptación de la diversidad y se realicen acciones de equidad en un entorno transdisciplinar.

ESQUEMA EDITORIAL

En seguimiento con el compromiso adoptado por la revista de transparentar las decisiones científico-editoriales, este primer número del segundo volumen de la RDIPyCS expone a la comunidad científica todos los procesos que utiliza para transferir y difundir la ciencia. Estos procesos se desarrollarán en un esquema editorial que se utiliza en todos los artículos que se publican y consiste en:

- Portada. Está constituida por título, el resumen en español e inglés de artículo, las palabras claves y la forma de citar de acuerdo a las reglas establecidas por el American Psychological Association (APA).

- Bitácora. Conformada por el título del artículo, los tiempos editoriales (cuándo se recibió, cuándo fue aceptado para su publicación y la fecha en que fue publicado); las imágenes iconográficas de los dos primeros autores/as del artículo, en caso de que sean más; las secciones de resúmenes curriculares; las contribuciones que hicieron cada uno de los autores/as en la elaboración del artículo; los agradecimientos y los datos de afiliación de las autores/as.

- Índice. Es una serie de vínculos que permitirán al lector navegar en forma libre por el cuerpo del artículo, lo que evitará una lectura secuencial del material científico publicado.

- Cuerpo. Consiste en el artículo propiamente. Los apartados en que se desarrolle el material científico dependerán del tipo de estudio que se esté reportando. Si desea conocer los que se aceptan en esta revista diríjase al siguiente vínculo.

- Meta-análisis del artículo. Está constituido por procedimientos meta-analíticos en donde se presentan cuantitativamente las opiniones que emitieron los evaluadores sobre el artículo. Esta sección del artículo tiene tres partes: la primera es el perfil en donde se presentan las opiniones que emitieron los revisores en cuanto a la calidad de la introducción, la metodología, los resultados y todos los apartados del artículo. La segunda parte presenta la figura de concordancia que existió entre las opiniones de los revisores, construida utilizando el método de Bland y Altman (1986). Finalmente, la tercera muestra el nivel de acuerdo que se dio entre los revisores al calificar todos los apartados del material científico.

- Historia del proceso editorial. En esta sección hay dos vínculos, uno permite el acceso al meta-análisis en línea, y en el otro se puede consultar todo el proceso editorial del artículo, que incluye las conversaciones entre los autores y los revisores, es decir, el intercambio dialógico entre los actores científicos.

ANÁLISIS DE LOS DICTÁMENES DE LOS REVISORES

Panorama general

En esta sección se presenta un análisis global de los dictámenes que los revisores hicieron de todos los artículos publicados en este número de la revista. Podría decirse que es una especie de radiografía en conjunto que nos habla de la opinión que los revisores se formaron de los materiales científicos publicados. Con esto se busca que el lector tome como punto de referencia la opinión de los revisores, que son gente de la comunidad científica; la contraste con su opinión y saque sus propias conclusiones sobre la calidad, relevancia e impacto de lo que se publicó en este número.

De esta manera se irá formando una opinión pública fundamentada en la transparencia de las decisiones que se toman para transmitir el conocimiento científico; es decir, una opinión pública informada producto del entendimiento personal que tiene cada revisor/a y de la valoración que hagan los lectores del material científico divulgado.

Al igual que en cada artículo, en este apartado de la revista se presenta el meta-análisis, pero a diferencia de aquel, aquí se muestra el resultado de la opinión que emitieron los revisores/as en su conjunto de los artículos publicados. Las secciones son: el perfil de evaluación

entre pares, la calificación promedio otorgada a cada uno de los artículos, el índice de concordancia, el correlograma y el índice de desacuerdo entre revisores/as.

Es importante mencionar que, aunque se habla de los revisores/as, esto no significa que cada uno de ellos haya evaluado todos los artículos publicados en la revista, sino más bien para este meta-análisis se consideró a cada revisor como una unidad de análisis y cada artículo como si fuera uno mismo, es decir, el conjunto de dictámenes se tomó a manera de una unidad replicativa, ya que cada dictamen fue hecho por diferentes revisores/as.

Si bien como lo señalan Glass, Wilson, y Gottman (1975); Yin (1984); Menard (1991) y Silva Rodríguez (2004), los análisis que se basan en unidades replicativas son más propensos a verse afectados por fuentes de invalidez, debido a la alteración de la naturaleza de los individuos (en nuestro caso diferentes revisores/as) que componen la unidad de observación, puesto que es probable confundir el efecto de los juicios de los revisores/as con cambios abruptos en la composición de dicha unidad.

Sin embargo, la unidad replicativa está menos sujeta a efectos de información y reactividad, puesto que si fueran los mismos revisores/es de todos los artículos que se publican en un determinado número de la revista acarrearían su sesgo en todos los artículos evaluados.

Tomando en consideración lo anterior, el algoritmo que se utilizó para calcular el perfil de la revista, los índices de concordancia y acuerdo, así como el correlograma y la calificación otorgada a los artículos de este número fue el siguiente:

$$Opinión = \frac{(a_{11} + a_{21}) + (a_{12} + a_{22}) + \dots + (a_{ij} + a_{1j})}{n}$$

En donde:

- a es la opinión de la revisión i del artículo j
- iésima revisión = 1, 2, ..., hasta n, y
- jésimo artículo = 1, 2, ..., hasta k

Que para el caso de este número de la revista n es igual a 8 revisores y k igual a 4 artículos.

Perfil de Evaluación entre pares

Por su parte el perfil evalúa la apreciación que le asignaron los revisores a las partes más amplias que constituyen el reporte de la literatura científica como son la introducción, el método, los resultados y todos los apartados del artículo.

Introducción

En la figura 1 se muestra la opinión que emitieron los revisores respecto a la introducción de todos los artículos. Como se puede observar, los revisores opinaron que el planteamiento del problema en los artículos era muy satisfactorio puntuando 3.08 de una calificación máxima de 4. Por otro lado, la calificación más baja obtenida dentro de esta sección fue la definición de variables debido a que hubo omisión de detalles por los autores, por lo que le asignaron la calificación de 1.31 de una calificación máxima de 4. Finalmente, al observar a lo largo de todo el patrón de opinión, los revisores consideraron que los artículos en cuanto a introducción eran satisfactorios, ya que el desarrollo, la pertinencia de las referencias, el marco teórico, el objetivo e hipótesis fueron calificados dentro de esa categoría.



Figura 1. Perfil de la opinión de los revisores sobre cada uno de los componentes de la introducción de los artículos.

Método

De acuerdo con los revisores, los artículos muestran una variabilidad considerable en el método, como se observa en la figura 2. Ellos consideraron que el desarrollo de las cuestiones éticas relacionadas con las temáticas abordadas por los artículos fue muy deficiente, puesto que la calificación que le otorgaron fue apenas de .71 de una puntuación máxima de 4. La opinión más favorable fue para los aspectos relacionados con la forma en la que se desarrollaron los estudios presentando una puntuación de 2.58, así mismo la recolección de datos fue considerada satisfactoria, a diferencia de lo concerniente a la población y muestra posicionados como deficientes con una calificación de 1.57.



Figura 2. Perfil de la opinión de los revisores sobre cada uno de los componentes del método de los artículos.

Resultados

En cuanto a la presentación de resultados (véase figura 3) las opiniones tuvieron mayor estabilidad, los revisores consideraron que la forma en que se desarrolló este apartado fue satisfactoria con una calificación de 2.40 de una calificación máxima de 4, con excepción de la presentación de datos la cual fue considerada deficiente con una calificación de 1.96. Además, consideraron que el análisis de datos llevado a cabo en los artículos fue satisfactorio obteniendo una calificación de 2.08.



Figura 3. Perfil de la opinión de los revisores sobre cada uno de los componentes de los resultados de los artículos.

Todos los apartados

En la figura 4 se muestra la opinión emitida sobre todos los apartados. Como se puede observar, los revisores otorgaron puntajes que varían de satisfactorio a muy satisfactorio, siendo las calificaciones más altas las referentes al título, resumen y a la apreciación global de los artículos. El resto de los apartados se posicionó en la categoría de satisfactorio, siendo el apartado de resultados el más bajo en cuanto a puntuación, obteniendo 2.34 puntos de 4.



Figura 4. Perfil de la opinión de los revisores en todos los apartados de los artículos.

Por último, la calificación promedio otorgada a los artículos de este número fue de 2.90 de una puntuación máxima de 4, con lo cual puede decirse que los revisores opinaron que su calidad fue satisfactoria, ya que su apreciación se ubica en esa categoría.

Calificación Promedio de los Artículos

En la figura 5 se presenta la calificación promedio otorgada por los evaluadores al artículo que revisaron. En dicha figura puede observarse que la calificación otorgada a los artículos varió en una escala del 0 al 100 entre 79.36 y 64.53, que corresponde al artículo escrito por las autoras Rosete, Molina y Campos, y al escrito por Silva, Barrios, Vargas y Rocha, respectivamente. Como se puede observar las puntuaciones fluctúan en un rango de 15% aproximadamente, el artículo de Pérez, Dávalos y Rentería tiene una puntuación de 77.58, mientras que el de Perdomo, Hernández e Izquierdo alcanzó una calificación de 68.62.

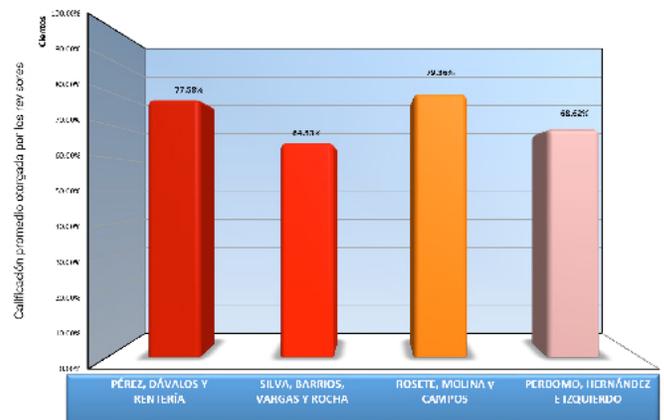


Figura 5. Calificación promedio otorgada por los revisores los artículos.

Índice de Concordancia

Este índice indica el acercamiento que hubo en los juicios de los revisores; es decir, la magnitud en que éstos reportan resultados iguales; mide por lo tanto la variabilidad entre sus opiniones o juicios con respecto a los dictámenes que emitieron del artículo.

Para construir la figura 6, se tomó la calificación promedio de los juicios que los revisores asignaron a las nueve partes del artículo, como fueron título, resumen, propósito, introducción, método, resultados, discusión, conclusiones y referencias. En dicha figura se observa que la diferencia fue significativa, ya que la superó el límite de las desviaciones estándar siendo el límite inferior -1 y el superior 0.28.

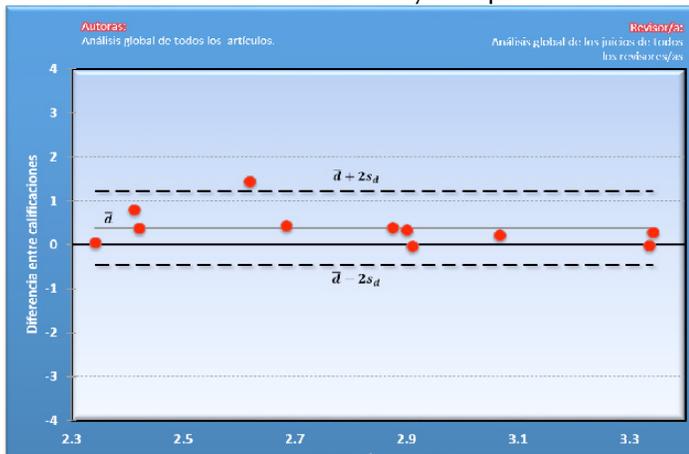


Figura 6. Índice de concordancia en los juicios de los revisores.

Correlograma

En la figura 7 se muestra el correlograma de los juicios que emitieron los revisores, es una figura construida a partir de calcular los índices de correlación entre las opiniones emitidas.

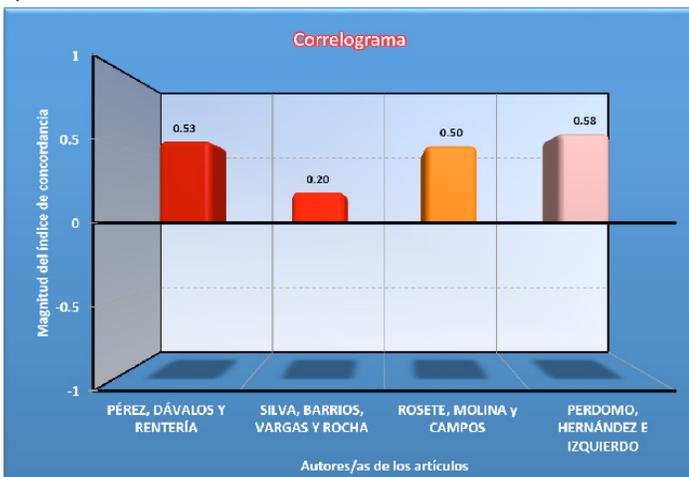


Figura 7. Correlación entre los juicios de revisores.

Los juicios de los revisores que se correlacionaron en el mismo sentido y con una magnitud moderada fueron los que revisaron el artículo de Perdomo, Hernández e Izquierdo con un índice de 0.58, después el de Pérez, Dávalos y Rentería, con 0.53; y el de Rosete, Molina y Campos, con un puntaje de 0.50.

Las opiniones de los revisores que no se correlacionaron fueron los que dictaminaron el artículo de Silva, Barrios, Vargas y Rocha con 0.20.

Desacuerdo entre revisores

Finalmente, la figura 8 muestra el desacuerdo entre los revisores, independientemente de su sentido, puesto que sólo evalúa la magnitud de la diferencia de opinión.

Los revisores que menos desacuerdos tuvieron fueron los que dictaminaron el artículo de Silva, Barrios, Vargas y Rocha, al otorgarle uno de ellos una calificación de 59.86 y el otro de 69.20. De igual manera, la revisión del artículo de Pérez, Dávalos y Rentería tuvo un mayor desacuerdo al obtener de un revisor una calificación de 71.05 y del otro de 84.11, siendo el segundo artículo con menos desacuerdo en revisión.

Por otro lado, los desacuerdos más grandes en la opinión de los revisores se encontraron en los que dictaminaron el artículo de Perdomo, Hernández e Izquierdo con una diferencia de casi 37 puntos porcentuales, se le otorgó una calificación de 50.26 contrastante con una segunda calificación de 86.97.



Figura 8. Desacuerdo entre revisores.

También se observó una variabilidad muy grande en las opiniones de quienes dictaminaron el artículo de Rosete, Molina y Campos, en donde la diferencia de la calificación entre ellos fue de 19 puntos porcentuales

aproximadamente, uno le asignó un valor de 69.96 y el otro de 88.77.

Estas discrepancias en la apreciación de la calidad de los artículos son valoraciones que los revisores las perciben subjetivamente, lo relevante de todo esto es encontrar el punto en donde las diversas subjetividades, principalmente de los revisores, coincidan para así tener una revista que facilite la comunicación científica, no obstante que sea una realidad artificial producto de los múltiples significados y sentidos que los revisores le asignen al material científico revisado.

Material Científico Publicado

En el artículo de Pérez, Dávalos y Rentería se evaluó el nivel de satisfacción marital con respecto a factores socio-demográficos —como el género, número de hijos, edad, escolaridad y número de años de casados— en una población de parejas casadas, en concubinato o unión libre, del municipio de Jalpa, Zacatecas, México.

Para ello se aplicó la escala de satisfacción marital de Roach et al. (1981), traducida al español y validada en población mexicana por Nina-Estrella (1985). Los resultados indican que existe una correlación inversa significativa entre el factor de escolaridad y la satisfacción marital; no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al analizar otros factores; los datos obtenidos en este trabajo no apoyan investigaciones previas realizadas en contextos urbanos.

En conclusión, la satisfacción marital es un fenómeno multicausal y podría estar determinada por el contexto sociocultural; algunos de los resultados de este estudio no coinciden con lo expuesto por investigaciones previas debido a que éstas se han llevado a cabo en contextos urbanos, y en este caso la investigación se realizó en un ámbito semiurbano. Asimismo, la satisfacción marital puede aumentar o disminuir según las circunstancias por que esté pasando la pareja, la edad de cada individuo, tener hijos o no, el número de hijos en caso de tenerlos, el grado escolar, el rol de género que se asigna culturalmente, e incluso los años de casados, determinan cómo un individuo valora su relación marital en un momento dado y según el contexto en que vive.

El siguiente artículo que compone este número es el realizado por los autores Silva, Barrios, Vargas y Rocha se evaluó el efecto de variar la probabilidad de responder acertadamente ante la retroalimentación del desempeño de estudiantes en tareas de igualación a la muestra de segundo orden (IMSO).

Se utilizaron términos metodológicos de la práctica científica en Psicología para diseñar las relaciones que debían establecerse entre dichos términos y así poder

evaluar el desempeño posterior en la prueba de transferencia (PT). Participaron 20 estudiantes universitarios asignados a cuatro grupos, en los cuales se varió la probabilidad de responder acertadamente: Grupo 1 ($p = 1.0$), Grupo 2 ($p = 0.5$), Grupo 3 ($p = 0.25$) y Grupo 4 ($p = 0.0$). Todos los grupos recibieron retroalimentación de sus respuestas durante el entrenamiento. En la prueba posterior al entrenamiento se homologó la probabilidad de responder de manera acertada y no hubo retroalimentación. Los resultados muestran que los grupos 3 y 4 obtuvieron un desempeño similar al obtenido por los grupos 1 y 2. Esto sugiere que el aumento a la probabilidad de responder equivocadamente, aunado a la retroalimentación, promueve el desempeño efectivo posterior, y en consecuencia el aprendizaje de la tarea.

Continuando con los estudios empíricos presentados en este número, el artículo de las autoras Rosete, Molina y Campos presenta el análisis de una experiencia formativa de psicólogos en el ámbito hospitalario. Las observaciones de esta práctica de formación se realizaron con base en el paradigma de la complejidad y el marco de la metapsicología; por lo que se utilizó una mirada multidimensional por parte de los estudiantes, los cuales emplearon la metaobservación de la investigación-acción, a través de la elaboración de notas de campo, reflexión colectiva de la experiencia, asesoría individual, entrevista a participantes, autorreflexión y pláticas informales con el personal hospitalario.

Se concluyó que es posible diseñar una estrategia efectiva para la inserción y trabajo de los psicólogos en el ámbito hospitalario, ya que los alumnos fueron capaces de desempeñar funciones de detección, evaluación, canalización, contextualización del caso, y planeación y diseño de estrategias de intervención personalizadas.

En contraste a los artículos mencionados anteriormente, el trabajo realizado por Perdomo, Hernández e Izquierdo tienen un corte de tipo de metodológico, centrando su investigación en las narrativas como herramienta para trabajadores clínicos, administrativos, salubristas y de los pacientes para enfrentar el proceso salud, enfermedad, atención y cuidado.

Partiendo de las propuestas de Jerome Bruner, los autores concluyeron que la narrativa en salud es una profunda reflexión acerca de la condición humana, su relación con la salud-enfermedad y con el trabajo de los profesionales del sector, que puede transformar de manera profunda las prácticas de todos los participantes de la atención y el cuidado, y de allí ayudaría a transformar cuestiones más estructurales de los sistemas de salud.

Para cerrar este número se presenta la contribución del autor Yoseff-Bernal, la cual es una interesante

traducción del artículo "Personality and the conduct of everyday life Implications for Critical Psychology" del psicólogo Ole Drier, publicado originalmente en la revista "Nordic Psychology". Esta traducción fue realizada con fines didácticos, por lo que se presenta de manera clara en idioma castellano, lo que permite abarcar un amplio sector de lectores no sólo en México, sino en toda Latinoamérica, contribuyendo así a la formación integral de psicólogos.

El propósito principal de este escrito es presentar una teoría sobre las personas que está arraigada en la manera en la que las personas conducen sus vidas cotidianas. La aproximación y los conceptos clave en la teoría son presentados en la segunda y central parte del escrito. Esta aproximación teórica sobre la personalidad es inusual. La investigación actual sobre la personalidad reconoce que debe ser estudiada en la interacción entre persona-situación-comportamiento. En la primera parte de este escrito presento algunas de las cuestiones centrales en esos estudios. La aproximación teórica busca resolver tales cuestiones. Estas cuestiones son una de las dos mayores fuentes de inspiración para la aproximación teórica aquí propuesta. La otra fuente importante de inspiración son los estudios sobre intervenciones psicológicas. En la ter-

cera parte del escrito presento un estudio que da luz sobre cómo la teoría puede provocar y enriquecer nuestro entendimiento de las intervenciones.

Es así que finalizamos el presente número. El equipo de edición de la Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social agradece como siempre su atención. Esperamos disfrute ampliamente la difusión de la ciencia en formato digital, libre y gratuito. ■

REFERENCIAS

- Bland, J. M., & Altman, D. G. (1986). Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet*, 327(8), 307-310.
<https://wwwusers.york.ac.uk/~mb55/meas/ba.pdf>
- Glass, G. V., Wilson, F., & Gottman, G. (1975). Design and analysis of time-series experiments. Boulder: Colorado Associated Press.
- Menard, S. (1991). Longitudinal research. London: SAGE University paper.
- Silva Rodríguez, A. (2004). Diseño de investigación con N=1 o series de tiempo. In A. Silva Rodríguez (Ed.), *Métodos cuantitativos en psicología. Un enfoque metodológico* (pp. 45-70). México: Trillas.
- Yin, R. K. (1984). *Case study research: design and methods*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.



Lic. Oscar Giovanni Balderas Trejo
Diseñador editorial



Editorial



<http://dx.doi.org/10.22402/j.rdipecs.unam.2.2.2016.136.159-169>

LA TRANSDISCIPLINA Y EL PLURALISMO SOCIOLÓGICO EN EL CONOCIMIENTO, LA CIENCIA Y LA TECNOLOGÍA

Arturo Silva-Rodríguez
UNAM, FES Iztacala
México

RESUMEN

La invocación de un sentido de responsabilidad social en la ciencia no basta para que los científicos se den a la tarea de construir conocimiento social de manera armónica y colaborativa. Es necesario construir un tejido social científico en donde impere un pluralismo sociológico caracterizado por la aceptación de la diversidad y se realicen acciones de equidad en un entorno transdisciplinar. De acuerdo con esta premisa, el objetivo de este trabajo es analizar el escenario en que el pluralismo sociológico y la transdisciplina influyen en el pensamiento actual, así como también mostrar cómo se puede construir un nuevo tejido científico social en el conocimiento, la ciencia y la tecnología a partir del cultivo de la transdisciplina. El artículo concluye que es necesario construir espacios de interacción y diálogo entre distintas disciplinas para construir un mejor conocimiento, desarrollar la ciencia e innovar en la creación de tecnologías amigables con el ser humano y con el medio ambiente.

Palabras Clave:

transdisciplina, multidisciplina, pluralidad, ciencia, tecnología

TRANSDISCIPLINARY AND SOCIOLOGICAL PLURALISM IN KNOWLEDGE, SCIENCE AND TECHNOLOGY

ABSTRACT

The invocation of a sense of social responsibility in science is not enough for scientists to undertake the task of building social knowledge in a harmonious and collaborative way. It is necessary to build a scientific social fabric in which a sociological pluralism prevails characterized by the acceptance of diversity and actions of equity in a transdisciplinary environment.

According to this premise, the objective of this work is to analyze the scenario in which sociological pluralism and transdiscipline influence current thinking, as well as to show how a new social scientific fabric can be constructed in knowledge, science and Technology from the cultivation of the transdiscipline. The article concludes that it is necessary to build spaces for interaction and dialogue between different disciplines to build better knowledge, develop science and innovate in the creation of technologies that are friendly to humans and the environment.

Keywords:

transdisciplina, multidisciplina, plurality, science, technology

BITÁCORA DEL ARTÍCULO:

| Recibido: 1 de Agosto de 2016 | Aceptado: 1 Septiembre de 2016 | Publicado en línea: Julio-Diciembre de 2016 |

AUTORÍA Y DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL

LA TRANSDISCIPLINA Y EL PLURALISMO SOCIOLÓGICO EN EL CONOCIMIENTO, LA CIENCIA Y LA TECNOLOGÍA

Arturo Silva-Rodríguez



Arturo Silva-Rodríguez
UNAM - FES Iztacala
Correo: arturomeister@gmail.com

Psicólogo por la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, estudios de matemáticas aplicadas en la Facultad de Ciencias de la UNAM, maestría en modificación de conducta por la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, doctor en sociología por la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM.

[Ver más...](#)

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Se atribuye al autor la responsabilidad única sobre el trabajar al concibir y desarrollar los puntos de vista que en este trabajo se presentan.

AGRADECIMIENTOS

La elaboración de este artículo fue financiado con recursos proporcionados por la Dirección General de Asuntos de Personal Académico de la UNAM a través del proyecto PAPIME PE303215.

DATOS DE FILIACIÓN DE LOS AUTORES

Universidad Nacional Autónoma de México | FES-Iztacala



Copyright: © 2016 Silva-Rodríguez, A.

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial -CompartirIgual 4.0 Internacional](#), por lo que su contenido gráfico y escrito se puede compartir, copiar y redistribuir total o parcialmente sin necesidad de permiso expreso de su autor con la única condición de que no se puede usar con fines directamente comerciales y los términos legales de cualquier trabajo derivado deben ser los mismos que se expresan en la presente declaración. La única condición es que se cite la fuente con referencia a la [Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social](#) y a su autor.



TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|------------|
| INTRODUCCIÓN | 155 |
| EL TEJIDO SOCIAL EN LOS ENTORNOS TRANSDISCIPLINARIOS | 155 |
| EL PLURALISMO SOCIOLOGICO EN EL CONOCIMIENTO, LA CIENCIA Y LA TECNOLOGIA | 155 |
| NATURALEZA DE PACTO CIENTIFICO SOCIAL EN UN ENTORNO TRANSDISCIPLINAR | 157 |
| LA CONSTRUCCIÓN DE MODELOS Y PROYECTOS TRANSDISCIPLINARIOS | 158 |
| DISCUSIÓN | 159 |
| CONCLUSIONES | 160 |
| REFERENCIAS | 161 |



INTRODUCCIÓN

Es común que los científicos declaren asumir una responsabilidad social de impulsar el avance del conocimiento, la ciencia y la tecnología, muy parecido a lo que se hace cuando se invoca la responsabilidad empresarial (Schneider, Wickert, & Marti, 2016). El sentido de responsabilidad que se invoca es la que hace referencia a una corresponsabilidad compartida por los científicos; sin embargo, no basta con que hagan suyo dicho sentido de responsabilidad para que se den a la tarea de construir conocimiento de manera armónica y colaborativa.

Es necesario, además, que se apropien de un sentido de responsabilidad social sustentado en la acción gobernada por medio de una justicia con equidad que responda a los derechos y deberes que tienen ante la sociedad de impulsar el avance de la ciencia, y en la necesidad que todo científico tiene de los otros, y que al unirse formen el tejido social articulador, con lo que se logra crear un entorno en el que se respeta la dignidad y se toleran las diferencias; a la manera de un pluralismo sociológico en donde se acepta la diversidad y se realizan acciones de equidad en un entorno transdisciplinar.

El objetivo de este trabajo es analizar el escenario en que el pluralismo sociológico y la transdisciplina influyen en el pensamiento actual en la creación de conocimiento, así como también mostrar cómo se puede construir un nuevo tejido científico social en el conocimiento, la ciencia y la tecnología a partir del cultivo de la transdisciplina. Con base en esto, este trabajo primero se muestra como es el tejido social en los entornos transdisciplinarios. Posteriormente, se aborda el impacto que ha tenido el pluralismo sociológico en el pensamiento científico actual. En seguida, se presenta cuál es la naturaleza del pacto científico social en un entorno transdisciplinar. El artículo finaliza, abordando el modo en que se pueden construir modelos y proyectos transdisciplinarios.

EL TEJIDO SOCIAL EN LOS ENTORNOS TRANSDISCIPLINARIOS

Para crear el tejido social que permita aglutinar los esfuerzos de todos los científicos involucrados en el avance del conocimiento, la ciencia y la tecnología, no es necesario que exista un científico experto, ya que éste muy probablemente no perdería el tiempo en decir qué

es necesario hacer; simplemente lo haría y ya; lo indispensable es sólo crear un ambiente de cooperación y colaboración entre los distintos grupos de científicos y rebasar lo que Baker and Däumer (2015) llaman el etnocentrismo. Además, es necesario que en ese ambiente impere una actitud de respeto para inhibir la creación de conflictos internos, en donde se reconozca la calidad humana de sus integrantes y prevalezcan formas de trato correctas y éticas. El establecimiento de un espíritu de cooperación y colaboración es un antecedente necesario para establecer los consensos —entre todos los investigadores— que permitan establecer el pacto científico social, a partir del cual se podrían aglutinar las distintas disciplinas que se cultivan hoy en día.

Construir un tejido social donde se articulen el conocimiento, la ciencia y la tecnología es un gran desafío, porque implica establecer un nuevo pacto científico que cambie las normas sociales, los valores que hasta el momento se han seguido, así como los procesos de organización. Dichos cambios necesariamente conllevan la creación de redes de colaboración que naveguen en la complejidad y el caos, que tengan como objetivo el aprendizaje colaborativo, la participación política y ser autorreflexivo respecto a los cambios constantes en el conocimiento, la ciencia y la tecnología (Woodhill, 2010).

El pacto científico social que se construya debe gravitar alrededor del reconocimiento de la necesidad de que las diferentes disciplinas interactúen en áreas de investigación comunes, rechazando de esta manera las ideas que fomentan la separación o divorcio entre ellas, y que pueden ocasionar la aparición del paternalismo y el populismo, disfrazados de academicismo, donde impere el exceso en la palabrería fundada en la retórica.

La interacción de las diferentes áreas de investigación desde un enfoque transdisciplinar permitirá al conocimiento, la ciencia y la tecnología explicar y comprender mejor las complejidades del mundo moderno, ampliando de esta manera la visión científica de la vida, y lo que es más importante: crear una serie de modelos para abordar los temas complejos que hasta al momento se han planeado de manera unidisciplinar (Todorova, 2013).

Si los llamados a cultivar un enfoque transdisciplinar en el conocimiento, la ciencia y la tecnología antes se consideraban como discursos huecos y voluntariosos, hoy en día es una necesidad urgente porque ahora más que nunca es necesario pensar globalmente de manera local. De ahí la necesidad de crear espacios teóricos, metodológicos y tecnológicos donde interactúen las diferentes disciplinas.



EL PLURALISMO SOCIOLÓGICO EN EL CONOCIMIENTO, LA CIENCIA Y LA TECNOLOGÍA

Un impulso natural —cuando se desea construir una ciencia transdisciplinar— es que el grupo de científicos que considere tener una mayor cantidad de seguidores en comparación con otros, se atribuya el derecho de determinar el rumbo que adoptará el avance del conocimiento, la ciencia y la tecnología, bajo el principio de proporcionalidad relativa, en el que subyace el supuesto de que “el todo es de todos”, que es la justificación última para declarar las disciplinas como propiedad privada.

De adoptar esta posición, el pluralismo sociológico se eclipsa, debido a que se pierde el sentido de equidad, entendida como el derecho de cada disciplina para generar conocimiento científico al margen del número de sus seguidores, con lo que se diluye la obligación que tiene cada disciplina hacia las otras. Partiendo del principio de proporcionalidad relativa, la incorporación del pluralismo sociológico en una ciencia transdisciplinaria contribuye a institucionalizar la riqueza y la extrema pobreza científica en la ciencia.

Además, el conocimiento, la ciencia y la tecnología quedan gravitando en los excesos de un poder absoluto y una opresión radical de las minorías científicas, con lo que se pierde la referencia a la igualdad original de las disciplinas, mantenido por el relativismo epistemológico de la época, al fijar las diferencias entre ellas sólo a partir del número de seguidores, al margen de la herencia que han dejado y al impulso que han dado al conocimiento, la ciencia y la tecnología. Es evidente que no es posible separar a las disciplinas del ejercicio del poder que les otorga cultivar una determinada área de conocimiento, como lo señala Moir (2015) cuando toma como ejemplo a la psicología y a la sociología. Por tal razón, se debe tener cuidado de no caer en la adopción de un modelo político tradicional que se dedique sólo a repartir privilegios y asegurar posiciones.

El entorno de privilegios origina turbulencias que se caracterizan por la volatilidad y la incertidumbre, por lo que es necesario redireccionar las estructuras formales e informales donde se desenvuelven los científicos con la finalidad de hacerlas flexibles y ágiles (Ali, 2014). Por lo común, dicho entorno de privilegios basados en el número de seguidores origina que algunos grupos de científicos recurran al concepto de mayoría, con el firme propósito de que sea el principio de proporcionalidad relativa el que norme la manera en que se distribuirán los recursos humanos y materiales entre las disciplinas. Sin embargo, la invocación de ser mayoría se aleja del sentido de equidad propio del pluralismo sociológico,

puesto que lo adultera, al considerar a la equidad como un acto de justicia distributiva en la que debe existir una relación de igualdad proporcional de los beneficios y bondades en función del número de científicos en una disciplina determinada, olvidando que la equidad no se relaciona directamente con la justicia distributiva sino con la justicia unitaria concatenada.

Esta manera de interpretar el pluralismo sociológico se acerca peligrosamente al ejercicio de un capitalismo de naturaleza neoliberal que postula otorgar títulos de propiedad de las áreas de conocimiento de acuerdo con el número de investigadores (fortuna o capital) de cada disciplina y al talento que tenga para incrementar sus seguidores (monopolizar fortuna o capital), o bien de la instrumentación de una táctica eficaz de apropiarse del botín que representan los aprendices o alumnos.

Seguir el camino de la proporcionalidad relativa en la asignación de los recursos materiales y humanos debilita la libertad y la igualdad que necesariamente debe darse en la ciencia transdisciplinaria, ya que a la primera la hace depender de la voluntad individual del grupo de científicos que posee la mayoría, y a la segunda, la libertad no puede subsistir en donde no hay igualdad.

La comunidad de científicos es muy heterogénea, por lo que los grados de poder y de riqueza no son los mismos para todas las disciplinas, sino que el poder que pueda ejercer cualquier disciplina se aleja de la tentación de imponerse como un discurso hegemónico, y en cuanto a la riqueza de recursos humanos y materiales, que ninguna sea lo suficientemente opulenta para poder comprar los recursos de las otras, y que ninguna sea lo suficientemente pobre en recursos para ser obligada a venderse. Esta simbiosis entre el poder y la riqueza de recursos humanos y materiales supone —de los que tienen gran cantidad de recursos— moderación en el ejercicio del poder y —de los que cuentan con pocos recursos— moderación en la avaricia y la codicia.

Encausar la transdisciplina en la ciencia en torno al concepto de proporcionalidad relativa es el primer paso para cerrar las fronteras en las disciplinas y no permitir el paso al territorio autoadjudicado, lo que conlleva una declaración de independencia y soberanía en las disciplinas al cerrar sus fronteras y recurrir a la invocación de la mayoría para imponer su puntos de vista.

A pesar de lo atractivo para algunas disciplinas de recurrir al argumento de poseer la mayoría de científicos e imponer sus puntos de vista a las minorías, sus efectos sobre los corazones y las almas de esas minorías son muy discutibles, porque cuando se invoca poseer la mayoría —como un criterio de legitimidad— se acaban los discursos y desaparece el diálogo, pulverizando el derecho



de esa minoría de científicos a ser escuchada; y el conocimiento, la ciencia y la tecnología, en lo esencial, están hechas de un ejercicio dialógico, de conversaciones, así como de la búsqueda de compromisos, acuerdos y consensos. El costo que suscita en términos de las ideas y los sentimientos en las minorías es tan grande que inexorablemente termina debilitando el principio de proporcionalidad relativa, y por ende el argumento de ser mayoría, aun adoptando la posición ingenua de que las mayorías velan por el bien de todos y que son capaces de responder a las necesidades de las minorías.

Un peligro más que existe en organizar la pluralidad sociológica de una ciencia transdisciplinaria basándose en el argumento de la mayoría es que, tarde o temprano, se lleguen a destinar los recursos humanos y materiales para proyectos específicos de cada disciplina, profundizándose las diferencias conceptuales. El riesgo implícito en esta situación es que se desvanezca el precario equilibrio de poderes que es posible construir con el reparto de los recursos humanos y materiales, y como resultado de esto se extravíe el sentido de responsabilidad social que tienen las disciplinas en impulsar el avance del conocimiento, la ciencia y la tecnología.

Fundamentar el pluralismo sociológico en la ciencia en el principio de proporcionalidad relativa es una fuente continua de vicisitudes que hace muy probable que en el camino se pierda la noción de que el conocimiento, la ciencia y la tecnología constituyen, sociológicamente hablando, un espacio de responsabilidad compartida y de colaboración, en donde es necesario que se genere un clima propicio donde interactúen todas las disciplinas científicas. Este artículo tiene como propósito presentar, someramente, la manera en que el pluralismo sociológico permite incluir la diversidad disciplinar en una ciencia transdisciplinaria.

NATURALEZA DE PACTO CIENTÍFICO SOCIAL EN UN ENTORNO TRANSDISCIPLINAR

El pluralismo sociológico, entendido como un medio para incluir equitativamente la diversidad mediante la transdisciplina, gira alrededor de la construcción de un pacto científico social, a la manera del “contrato social” de Rousseau, en el que todos los científicos ceden sus derechos y oportunidades de ejercer una determinada disciplina en un marco normativo, con el fin de asegurar el funcionamiento armónico de todas las partes involucradas en el avance del conocimiento, la ciencia y la tecnología.

De ser así, el pacto científico social se convierte en un instrumento que defiende y protege con la fuerza común a todos los miembros que lo suscriben, y al unirse todas las disciplinas —con una visión transdisciplinaria— hace posible que cada una no obedezca sino a sí misma y permanezca tan libre como antes.

Como consecuencia de que cada disciplina ceda a todos sus derechos y oportunidades de generar su propio conocimiento científico y tecnológico, no se da a ninguna, y como no existe un asociado sobre el cual no se adquiera el mismo derecho que se cede, se gana la equivalencia de todo lo que se pierde y mayor fuerza para conservar lo que se tiene, así como establecer las reglas de cómo se puede aprender de otras disciplinas y cómo transferir los saberes entre distintas disciplinas (Svensson & Padin, 2016).

Los puntos centrales del pacto científico social que se sustente en el pluralismo sociológico deben garantizar que el destino universal de los bienes científicos que genere cada disciplina tiene prioridad sobre la apropiación individual que intentara hacer cualquier disciplina. Además, que la opulencia en recursos humanos y materiales debe moderarse en la cada disciplina por razones de equidad fundamental, para todos y por el respeto a la dignidad de los que no gozan de dicha opulencia.

La manera de materializar estos principios generales del pluralismo sociológico es partiendo de una equidad que se sustente en el destino universal de la ciencia, que parta de la igualdad básica de todas las disciplinas como referente continuo de toda distribución, y finalmente de la solidaridad con las demás disciplinas con las que se comparte un destino común. Lo anterior permite justificar las diferencias y normar sus compensaciones porque es una concepción ontológica de equidad que mantiene la vigencia ética de la solidaridad, la colaboración, la cooperación y la interacción hacia una colectividad concreta de científicos, y cuya fuerza es a la vez racional y moral. Con esto se lograría regular los límites de apropiación diferencial justificada por el talento, el esfuerzo, la herencia o el número de científicos que cultivan tal o cual disciplina (como sucede cuando se invoca la mayoría) por el disfrute colectivo de los beneficios que implica impulsar el avance del conocimiento, la ciencia y la tecnología.

En conclusión, a través del principio de pluralidad sociológica —entendido como el espíritu de colaboración, cooperación e interacción entre científicos— es posible crear una ciencia transdisciplinaria sustentada en la igualdad de las disciplinas científicas en las diferentes formas de su existencia sin que por ello se anule la diversidad, y además se estará en posibilidad de erradicar



la tentación de tratarlas de manera distinta atribuyéndoles valores diferentes a sus fundamentos y explicaciones dependiendo del científico que la califique.

Aún más: será posible abordar problemas científicos complejos en un novedoso escenario en donde los investigadores tendrán la posibilidad de aportar nuevas perspectivas a un campo distinto al suyo (Veletsianos & Shepherdson, 2015). Y no sólo eso, sino que también se estará agregando un valor más al conocimiento, la ciencia y la tecnología porque estarán sustentados en múltiples entendimientos paradigmáticos, perspectivas teóricas y enfoques de investigación para proporcionar diversos puntos de vista vinculados o yuxtapuestos que originarán una comprensión teórica más completa (Gustafsson et al., 2016).

LA CONSTRUCCIÓN DE MODELOS Y PROYECTOS TRANSDISCIPLINARIOS

A través del cultivo de la transdisciplinariedad en la ciencia será posible construir modelos o proyectos que aglutinen acciones concertadas dirigidas a la sustentabilidad del hombre en el planeta —según la perspectiva que se tenía, hasta la década de los setentas del siglo XX, de la ciencia, la tecnología y la innovación, en el sentido de que con ellas se pretendía impulsar y fortalecer el desarrollo económico de la sociedad—. Al paso del tiempo se han evidenciado las nefastas consecuencias sociales, económicas y ambientales que dicha perspectiva ha traído a nuestro planeta, tales como el cambio climático, la pérdida de la biodiversidad, la disparidad de los niveles de vida entre la población, el ahondamiento de la pobreza, el aumento de los grupos vulnerables, etcétera.

Cada vez más emerge la necesidad de construir modelos transdisciplinarios para que la ciencia, la tecnología y la innovación se dirijan no sólo a impulsar el desarrollo económico, sino también que busquen el bienestar de las personas y materialicen acciones encaminadas a proteger el ambiente. Este nuevo escenario es una oportunidad para ampliar la mirada e ir más allá de posturas ambientalistas e integrar a la ciencia, la tecnología y la innovación en un movimiento mundial que exige poner en marcha un proceso de cambio radical en el sistema de pensamiento y acción, y recurrir a la creatividad, la flexibilidad, el diálogo y a reflexión críticas en busca de respuesta a los problemas que actualmente aquejan al mundo (Iyer-Raniga & Andamon, 2016).

En este marco científico sería posible que los distintos conocimientos que se cultivan en las diferentes disciplinas se integren en un todo relativo, manteniéndose los cono-

cimientos de las partes, transformándose éstas en relación con este o aquel sujeto-objeto-contexto complejo.

Esta forma de organización transdisciplinar del conocimiento, la ciencia y la tecnología será muy probablemente —en un futuro cercano, considerando como ha venido evolucionado en los últimos años el modelo predominante (Cohen & Lloyd, 2014). La fortaleza de la simbiosis que implica la relación entre las disciplinas se debe a que constituye un enfoque científico más allá de la cultura heredada de la disciplina de donde proviene, que es unitario, el cual mantiene sus tensiones internas, en donde se refleja el porvenir y devenir de todo conocimiento futuro (Vilar, 1999).

El florecimiento de la perspectiva transdisciplinaria en la ciencia, tecnología y la innovación sólo será posible si se elimina la dependencia colonizadora que ha tenido la universidad tradicional en la formación de los científicos y tecnólogos, o bien que en la educación de los alumnos se vaya más allá de sólo establecer los aprendizajes específicos de la disciplina en que se están formando (Lear, 2013), y que la enseñanza de la metodología científica se aleje de las perspectivas lineales y causalistas (Hetherington, 2013).

En las universidades tradicionales es una regla ofrecer las disciplinas científicas, junto con las literarias, filosóficas y artísticas; sin embargo, no existen espacios de confluencia de los conocimientos que se cultivan en cada una de dichas disciplinas. No obstante que en el campus universitario existe proximidad espacial entre las facultades que forman a los científicos y tecnólogos, es común observar un clima de indiferencia o falta de interés por las demás disciplinas. Y cuando se intenta integrar en un todo conceptual los conocimientos que se cultivan en las distintas disciplinas quedan sólo en esfuerzos aislados que resultan en un conjunto de monólogos carentes de articulación con los enfoques científicos de las demás; lo que se desarrolla en esos monólogos no incorpora el conocimiento de los otros (Vilar, 1999).

Esta situación es producto de que las universidades están diseñadas mediante modelos jerárquicos donde las disciplinadas emparentadas con las ciencias naturales ocupan la cúspide de la pirámide; por arriba de las sociales y debajo de estas últimas, son ubicadas las artes y las humanidades. Evidentemente, una cooperación más estrecha entre estos tres grandes conjuntos de áreas del quehacer científico probablemente será mucho más energizante y creativa que seguir manteniendo una sana distancia y alejamiento entre las distintas disciplinas (Bastardas I. Boada, 2015).

De ahí la necesidad de cambiar —mediante el cultivo de la transdisciplina— a un modelo de gestión universitaria donde interactúen horizontalmente de modo eficaz todas las disciplinas. A la manera como sucede en



el modelamiento intensivo de datos en las ciencias, que se caracteriza por seguir una organización horizontal en lugar de regirse por una estructura jerárquica, como tradicional, cuando a datos se refiere (Pietsch, 2013).

DISCUSIÓN

En la actualidad los nuevos enfoques, tendencias e intereses en la organización disciplinar han desembocado en un doble código; uno relacionado con un proceso de integración y otro que promueve las discrepancias remarcando el disenso y las fronteras entre las distintas disciplinas. Ante este doble código, la disyuntiva que se presenta actualmente consiste en decidir cuál camino seguir para construir el conocimiento, la ciencia y la tecnología; esto es, en los ideales y aspiraciones del ingenuo y soñador ser humano que persigue alcanzar una integración de dichos campos del saber humano, o bien en los deseos y empeños del ser humano de seguir construyendo disciplinas científicas que se constituyan en la única autoridad en su señorío.

El inconveniente de seguir el último camino indicado en el párrafo anterior es que pasa por alto que el conocimiento, la ciencia y la tecnología son procesos de búsqueda de certidumbre de lo que se construye en ellos, en donde se conjuga la teoría, la práctica y la política que permitirán, en última instancia, organizar cada disciplina. Sin embargo, los científicos que reivindican las especificidades en los distintos campos del conocimiento son partidarios de la existencia de diferentes racionalidades, una para cada disciplina, olvidando que toda acción humana, y más la de los científicos, debería movilizarse hacia la búsqueda de objetivos comunes y predeterminados, teniendo como finalidad siempre el bienestar de las personas y hacer un planeta sustentable que se mantenga por sí mismo en el tiempo.

El clima actual en algunas disciplinas es semejante al relatado por Platón (2012), donde la generación de conocimiento se origina a partir de una fuente de autoridad. Por lo común este principio de autoridad enmascara un discurso sobre la pureza que se debe mantener en el objeto de estudio de la disciplina; sin embargo, esta atmósfera no puede ser más alejada del espíritu que dio origen al enfoque transdisciplinario, visto como un proceso en el cual los científicos participan en la generación de su propio destino, estableciendo objetivos comunes y predeterminados, a la manera de como lo relata Aristóteles (2005).

El discurso de la pureza del objeto de estudio es una declaración de independencia y enmascara el principio de autoridad que subyace a la toma de postura de

organizar las distintas disciplinas con base en racionalidades, lo cual a su vez se convierte en una licencia para construir muros y pasar de inmediato a la delimitación de territorios, e iniciar el levantamiento de fronteras entre las distintas disciplinas. La invocación de ese discurso es el primer problema para los portadores de dicho mensaje, al que apelan para sacudirse la tutela y la supervisión de los otros sectores de la comunidad científica, por la sencilla razón de que recurren a un relativismo epistemológico que no ejercen.

El relativismo epistemológico no es ejercido por quien lo invoque, puesto que los científicos de cada una de las disciplinas —dentro de sus límites conceptuales— no reconocen que la suya sea sólo una interpretación plausible del conocimiento, la ciencia y la tecnología de acuerdo con su referente de realidad; más bien, en su esfera teórica de influencia, florece una interpretación de la ortodoxia oficial sobre la verdad revelada por la racionalidad profesada. Es innegable, pues, que las disciplinas son una especie de paradigmas que —como tan atinadamente lo menciona (Kuhn, 1992)— tienen su lado positivo y su contraparte negativa, porque si bien ayudan a captar, comprender y guiar en la realidad profesada por la disciplina, también ciegan, engañan y distorsionan dicha realidad.

Es un hecho que todas las disciplinas, por ser una especie de paradigmas, encontrarán aspectos en su realidad que concordarán y confirmarán los postulados establecidos por su objeto de estudio, de igual manera también hallarán otros que los distorsionarán o debilitarán, pero que aun así la disciplina tendrá la posibilidad de recurrir a propios postulados para explicarlos. Sin embargo, viendo más allá del territorio de la realidad en que centra su atención una determinada disciplina, y traspasando sus fronteras, habrá otros aspectos que no concordarán con sus postulados o con su explicación, y que algunos aspectos de la realidad le serán invisibles debido a que su mirada no está dirigida hacia dichos aspectos.

Por la naturaleza paradigmática de las disciplinas, el análisis que se hace en sus territorios de influencia parte de postulados teóricos considerados universales y aplicables en todos los señoríos del reino que comprende su realidad, recurriendo al relativismo epistemológico sólo para referirse a los postulados aplicables en los territorios de influencia de las otras disciplinas.

Esta situación implica una paradoja al oponerse a la integración de espacios de confluencia compartidos en los que interactúen colaborativamente diferentes disciplinas, bajo el supuesto de que cada una de ellas es un universal, siendo en este momento cuando surge el contrasentido al defender el ansiado universal de la disciplina, apelando a un relativismo epistemológico en el que se excluye de los asun-



tos internos de la propia disciplina, el diálogo con las otras disciplinas, convirtiéndose en recintos donde se pretende que impere el principio de soberanía territorial del conocimiento, la ciencia y la tecnología que se cultivan en ellas.

En las universidades, dicha soberanía territorial se convierte en departamentos o carreras profesionales, a la manera de estancos impenetrables comandados por sus sabios, que son quienes dictan las normas para entregar el título de propiedad a los naturales que se han formado en el territorio soberano, lo que los acredita como garantes de la disciplina ante los ahí instruidos. Por un lado, esta acción tiene como consecuencia —como lo señala Ibáñez (1985)— privatizar el territorio que comprende el conocimiento, la ciencia y la tecnología de la disciplina que se cultiva en el señorío; es decir, los sabios especialistas y sus súbditos se autoadjudican la propiedad privada de esa disciplina, privando a los demás sujetos o especialistas de acceso al territorio soberano conquistado. Por otro lado, privan al objeto de estudio de la propia disciplina del contexto más amplio que da a las cosas su sentido y significado en el conjunto (Luengo, 2012).

Al margen de la manera en que ha influido el pensamiento disciplinar en la organización de las universidades, el hilo conductor que ha seguido la defensa de la construcción de disciplinas ha girado en torno de argumentos relativistas alimentados sobre todo por la idea de separar la naturaleza y el hombre, la cultura y las artes como fuente de una identidad prístina e inmaculada, de carácter estigmática, virtualmente indisoluble, que están suspendidas en el tiempo como entidades monolíticas, separadas por abismos infranqueables. Sin embargo, considerando las actuales condiciones que se viven en el mundo es necesario construir espacios científicos y sociales donde se integren el conocimiento de las ciencias sociales y humanas con las ciencias de la naturaleza, con el objetivo de dar respuesta a las grandes interrogantes que enfrentamos como humanidad, a partir de conocimiento transdisciplinar que se genere en la interacción de las distintas disciplinas.

CONCLUSIONES

El enfoque transdisciplinar pregona que debe evitarse la cerrazón del conocimiento, la ciencia y la tecnología en las distintas disciplinas, por lo que deben alejarse de cultivar un pensamiento de sí mismas, debido a que si no lo hacen corren el riesgo de caer en la autocontención. Esta postura se contrapone en gran medida al segundo precepto establecido por Descartes (Descartes, 2011) cuando señala que cada problema debe descomponerse en sus partes mínimas, dividiéndolo para examinarlo en

tantas parcelas como sea posible y que se requieran para resolverlo de la mejor manera.

Desde el siglo XVII este principio ha permanecido como la ideología científica dominante, la cual establece que la realidad responde a un orden racional que permite alcanzar —en el ámbito del conocimiento— la certidumbre de toda afirmación de la naturaleza (Silva, 2011). A partir de la Revolución Industrial se ha considerado esta ideología científica como la forma más eficiente en la organización disciplinaria del conocimiento, la ciencia y la tecnología (Vilar, 1999).

Es indiscutible que según se avanza hacia nuevas formas de hacer ciencia y construir tecnología, es más necesario que se den cambios profundos, que rompan los amarres a que han estado anclados los conceptos que proclaman la división del conocimiento, la ciencia y la tecnología en parcelas disciplinarias. Ahora estos campos se han convertido en un polifacético mosaico de visiones teóricas, metodológicas, aplicadas y sociales que le brinda la posibilidad de adquirir múltiples rostros. La idea de un pensamiento unificado donde las teorías tienen una base empírica neutral que se desprende de una realidad inmutable que permite contrastarlas y evaluar su validez con total acuerdo, a partir de la confrontación de hipótesis, ha dado paso a la idea de que la realidad no sólo sufre metamorfosis, sino que está impregnada de una fuerte carga simbólica que únicamente puede ser reconstruida recurriendo a algún tipo de interpretación.

Con esta situación, al problema clásico de cuáles deberían ser los procesos que pertenecen a la esfera de influencia de una determinada disciplina, se ha añadido otro relacionado con el problema de los modos de ser específico de las cosas. Estos modos han derivado en dos formas que no son susceptibles de reducirse una a la otra, a las que pueden recurrir para generar conocimiento científico. Una de dichas formas de conocimiento consiste en la posibilidad que se tiene de explicar la realidad, para lo cual se recurre a la construcción de hipótesis que hacen referencia a algo que es lejano y externo al sujeto, mientras que la otra forma de conocimiento es la que se propone comprender la realidad, en la que no se requiere elaborar hipótesis debido a que su interés se centra en la realidad más cercana al sujeto, como son sus propias vivencias y los propios actos humanos.

Este nuevo modo de pensar instaura la necesidad de que el conocimiento, la ciencia y la tecnología se sustenten en el principio ontológico de la pluralidad. Con la adopción de este principio será posible adquirir como todo proceso dialéctico una máxima fortaleza, pero también una debilidad, y al igual que la ley de los contradictorios de Lefebvre (1986), se presenta en su naturaleza



plural la coexistencia de elementos que lo fortalecerán y al mismo tiempo aspectos que lo debilitarán, dando como resultado un movimiento de contradicciones que robustecerá el pensamiento científico y tecnológico.

El carácter filosófico del pluralismo que se cultive en las distintas disciplinas debe alejarse de la tentación de pretender abrazar a todo el mundo en el propio yo, y adherirse a la idea metafísica de que el pluralismo es una doctrina que admite una diversidad de sustancias en el mundo, en el cual la unidad no es la implicación universal o la integración absoluta, a la manera de un eclecticismo, sino la continuidad, la contigüidad y la concatenación que intervienen en todas las formas de la realidad.

Hasta el siglo XII se había creído que la diversidad era la causa de la discordia y de los desórdenes; por tanto, en el pensamiento, la ciencia y la tecnología se buscaba afanosamente la unanimidad. Sin embargo a finales de ese siglo se pensó que era factible construir y desarrollar conocimiento a partir del disenso y de la diversidad, lo que ocasionó que surgiera la necesidad de encontrar los consensos que establecieran los procesos de compromisos y convergencias en continuo cambio entre convicciones divergentes. Las premisas que proporcionaron las bases para que se dieran las convergencias entre el mar de convicciones divergentes fueron los principios filosóficos de continuidad, contigüidad y concatenación que intervienen en las diversas formas en que se manifiesta la realidad. Estos principios se remontan a la primera mitad del siglo XVIII por medio de las ideas de Hume (1992), acerca de que sólo mediante la experiencia es posible inferir la existencia de un objeto partiendo de la del otro, ya que con frecuencia se tiene evidencia de la existencia de una especie de objetos, así como también de individuos de otra especie, cuando éstos siempre se han visto acompañados en orden regular de contigüidad y sucesión respecto a otros objetos.

En la actualidad se ha superado la idea de que la continuidad, la contigüidad y la concatenación sólo pueden ser inferidas a partir de la experiencia sensible y se ha dado paso a la idea de que dichas dimensiones trascienden la experiencia sensible porque las diferentes formas de realidad se manifiestan en un continuo donde sus límites se tocan en espacio y tiempo, es decir, existe también contigüidad entre ellas, y no sólo eso, sino que como resultado de esa continuidad y contigüidad se origina una concatenación que motiva la unidad. Bajo este aspecto filosófico de la pluralidad se puede decir que se habla de continuidad entre dos formas de la realidad cada vez que es posible reconocer entre ellas una relación cualquiera. Por tanto, relaciones de causalidad o de condicionalidad, de contigüidad o de semejanza,

pueden considerarse signos, pruebas o manifestaciones de la pluralidad entre distintas visiones de interpretar la realidad; como, por otro lado, pueden tomarse como tales también relaciones de oposición, de contradicción, de contraste o de lucha, desde el momento en que tampoco tales formas de relación implican un corte o una negación neta entre las cosas que oponen.

En conclusión, se podría decir que las suposiciones metateóricas que brinda el soporte filosófico en el que se sustenta la transdisciplina reconoce la posibilidad de que un mismo proceso visto por diferentes disciplinas puede ser resuelto de maneras distintas, o que existen diferentes formas de interpretar una misma realidad. Es un hecho que actualmente en el conocimiento, la ciencia y la tecnología existe un desarrollo muy diversificado de teorías y estrategias metodológicas y aplicadas para resolver un mismo problema.

Por tanto, la visión paradigmática que debe guiar es la que brinde el sustento para construir espacios de interacción colaborativa donde confluyan distintas racionalidades o marcos conceptuales de una gran variedad de disciplinas científicas. Para lograr esto es necesario traspasar las fronteras que establecen los objetos de estudio de las distintas disciplinas y aceptar el riesgo de construir espacios de interacción en los que se adopte una perspectiva que incorpore la diversidad y que se instale en un plano no lineal y holístico. Con esta situación se estaría fomentando el establecimiento —en el conocimiento, la ciencia y la tecnología— de una perspectiva que permitiría operar un mundo turbulento, perplejo y cambiante, no sólo conceptualmente hablando, sino también respecto a lo social. Por tal motivo, las competencias que se le están requiriendo para construir conocimiento, ejercer la ciencia y construir tecnología son metadestrezas tales como el autoconocimiento, la capacidad de análisis, autoevaluación, capacidad comunicativa, capacidad de adaptación, creatividad, etcétera.

REFERENCIAS

- Ali, I. (2014). Methodological approaches for researching complex organizational phenomena. *Informing Science: the International Journal of an Emerging Transdiscipline*, 17, 59-73.
<http://www.inform.nu/Articles/Vol17/ISJv17p059-073Ali0476.pdf>
- Aristóteles. (2005). *Política*. Buenos Aires: Losada.
- Baker, W. D., & Däumer, E. (2015). Designing interdisciplinary instruction: exploring disciplinary and conceptual differences as a resource. *Pedagogies: An International Journal*, 10(1), 38-53.
 doi: [10.1080/1554480X.2014.999776](https://doi.org/10.1080/1554480X.2014.999776)



- Bastardas i Boada, A. (2015). Toward 'Complexics' as a transdiscipline. <http://hdl.handle.net/2445/63387>
- Cohen, E. B., & Lloyd, S. J. (2014). Disciplinary Evolution and the Rise of the Transdiscipline. *Informing Science: the International Journal of an Emerging Transdiscipline*, 17, 189-215. <http://www.inform.nu/Articles/Vol17/ISJv17p189-215Cohen0702.pdf>
- Descartes, R. (2011). *Discurso del método* (tercera ed.). Madrid: Alianza.
- Gustafsson, A., Högström, C., Radnor, Z., Friman, M., Heinonen, K., Jaakkola, E., & Mele, C. (2016). Developing service research – paving the way to transdisciplinary research. *Journal of Service Management*, 27(1), 9-20. doi: [10.1108/josm-03-2015-0098](https://doi.org/10.1108/josm-03-2015-0098)
- Hetherington, L. (2013). Complexity Thinking and Methodology: The Potential of 'Complex Case Study' for Educational Research. *Complicity: An International Journal of Complexity and Education*, 10(1/2), 71-85.
- Hume, D. (1992). *Tratado de la naturaleza humana* (tercera ed.). México: Porrúa.
- Ibáñez, J. (1985). *Del algoritmo al sujeto: perspectivas de la investigación social*. Barcelona: Siglo XXI España Editores.
- Iyer-Raniga, U., & Andamon, M. M. (2016). Transformative learning: innovating sustainability education in built environment. *International Journal of Sustainability in Higher Education*, 17(1), 105-122. doi: [10.1108/IJSHE-09-2014-0121](https://doi.org/10.1108/IJSHE-09-2014-0121)
- Kuhn, T. S. (1992). *La estructura de las revoluciones científicas* (tercera ed.). México: Fondo de Cultura Económica.
- Lear, A. (2013). *Science and Science Fiction: Methods for Evaluating Interdisciplinary and Intermedia Assignments*. Paper presented at the CEA Forum.
- Lefebvre, H. (1986). *Lógica forma, lógica dialéctica*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Luengo, G., Enrique. (2012). "La transdisciplina y sus desafíos a la universidad". In E. Luengo, González (ed.), *Interdisciplina y transdisciplina: aportes desde la investigación y la intervención social universitaria*. Guadalajara: Complexus, Cuadernos de avances del CIFS-ITESO.
- Moir, J. (2015). Social psychology: discipline, interdiscipline or transdiscipline? In B. Mohan (ed.), *Construction of social psychology* (pp. 15-24). Lisbon: inScience Press.
- Pietsch, W. (2013). *Big Data – The New Science of Complexity*. <http://philsci-archive.pitt.edu/9944/>
- Platón. (2012). *La República*. Madrid: Alianza Editorial.
- Schneider, A., Wickert, C., & Marti, E. (2016). Reducing complexity by creating complexity: a systems theory perspective on how organizations respond to their environments. *Journal of Management Studies*.
- Silva, R., Arturo. (2011). *Fundamentos filosóficos de la psicología*. México: El Manual Moderno.
- Svensson, G., & Padin, C. (2016). *Complexity Sciences in Service Research—Challenges and Opportunities Thriving in a New World Economy* (pp. 380-380): Springer.
- Todorova, P. (2013). The Contemporary Transdisciplinary Approach as a Methodology to Aid Students of Humanities and Social Sciences. *Bulgarian Comparative Education Society*. <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED567177.pdf>
- Veletsianos, G., & Shepherdson, P. (2015). Who studies MOOCs? Interdisciplinarity in MOOC research and its changes over time. 2015, 16(3). doi: [10.19173/irrodl.v16i3.2202](https://doi.org/10.19173/irrodl.v16i3.2202)
- Vilar, S. (1999). *Nueva racionalidad*. España: Editorial Kairós.
- Woodhill, J. (2010). Capacities for Institutional Innovation: A Complexity Perspective. *IDS Bulletin*, 41(3), 47-59. doi: [10.1111/j.1759-5436.2010.00136.x](https://doi.org/10.1111/j.1759-5436.2010.00136.x)



Sección



Artículos Empíricos

<http://dx.doi.org/10.22402/j.rdipecs.unam.2.2.2016.68.171-180>

GRADO DE SATISFACCIÓN MARITAL EN RELACIÓN A FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Gabriela Taidé Pérez-Solís, María Teresa Dávalos-Romo y Jennifer Rentería-Consección
Universidad Autónoma de Zacatecas Francisco García Salinas
México

RESUMEN

La insatisfacción marital es un factor que se relaciona con el aumento de divorcios en los últimos años. A nivel nacional, 16 de cada 100 matrimonios terminaron en divorcio. Algunas de las causas que llevan a la insatisfacción marital, la separación de la pareja o al divorcio son la poca demostración de afecto, poca valoración por parte de la pareja, infidelidades, secretismos y manejo de la economía, entre otras. Esta investigación tuvo como objetivo describir los factores sociodemográficos (género, número de hijos, edad, escolaridad y años de casados o de convivencia) asociados con la satisfacción. Para esto, se tuvo la participación de 42 hombres y 58 mujeres, en una relación marital, de concubinato o unión libre, de un contexto semiurbano, como el municipio de Jalpa, Zacatecas. Se utilizó la escala de satisfacción marital. Los resultados sugieren que existen diferencias significativas entre el factor de escolaridad y la satisfacción marital; no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al analizar otros factores; los datos obtenidos en este trabajo no apoyan investigaciones previas realizadas en contextos urbanos. Con lo anterior se concluye que la satisfacción marital es multicausal y está asociada al nivel educativo de un individuo.

Palabras Clave:

Relaciones de pareja, escolaridad, convivencia, hijos, género.

DEGREE OF MARITAL SATISFACTION IN RELATION TO SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS

ABSTRACT

The marital dissatisfaction is a factor that is related to the divorces increase in the last years. At national level 16 of every 100 marriages ended in divorce. Some of the causes that lead to the marital dissatisfaction, the separation of the couple or to the divorce infidelities are few demonstration of affection, small evaluation on the part of the couple, secrecy, handling of the economy, between others. This investigation took as a target to describe the factors sociodemographic (genre, number of children, age, schooling and years of married or of coexistence) associated with the satisfaction. For this, there was had the participation of 42 men and 58 women, in a marital relation, of concubinage or free union, of a semiurban context as it is the Municipality of Jalpa, Zacatecas. There was used the Scale of Marital Satisfaction. The results suggest that there exist significant differences between the factor of schooling and the marital satisfaction; differences were not as per statistics significant on having analyzed other factors; the information obtained in this work does not support previous investigations realized in urban contexts. With the previous thing one concludes that the marital satisfaction is for various reasons and is associated at the educational level of an individual.

Keywords:

Relationships, education, cohabitation, children, gender.

BITÁCORA DEL ARTÍCULO:

| Recibido: 1 de Febrero de 2016 | Aceptado: 1 Marzo de 2016 | Publicado en línea: Julio-Diciembre de 2016 |

AUTORÍA Y DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL

GRADO DE SATISFACCIÓN MARITAL EN RELACIÓN A FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Gabriela Taidé Pérez-Solís, María Teresa Dávalos-Romo y Jennifer Rentería-Consección



Gabriela Taidé Pérez-Solís
Universidad Autónoma de Zacatecas
Francisco García Salinas
Correo: taide0906@hotmail.com

Licenciada en Psicología Clínica por la Universidad Autónoma de Zacatecas, Campus Jalpa. Actualmente labora en Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular "Justo Sierra Méndez" Jalpa, Zacatecas. Educación Especial, Secretaría de Educación Zacatecas.

[Ver más...](#)



María Teresa Dávalos-Romo
Universidad Autónoma de Zacatecas
Francisco García Salinas
Correo: tt-kiki@hotmail.com

Doctorado y maestría en Psicología, Universidad Autónoma de Madrid. Profesora-investigadora de tiempo completo de la Unidad Académica de Psicología de la Universidad Autónoma de Zacatecas "Francisco García Salinas". Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel Candidato.

[Ver más...](#)

CONTRIBUCIÓN DE LAS AUTORAS

Lic. Gabriela Taidé Pérez Solís. Elaboración de manuscrito. | Dra. María Teresa Dávalos Romo. Elaboración y revisión de documento.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen a la Universidad Autónoma de Zacatecas, Extensión, Jalpa.

DATOS DE FILIACIÓN DE LAS AUTORAS

Universidad Autónoma de Zacatecas "Francisco García Salinas", Campus Jalpa, México.



Copyright: © 2016 Pérez, G., Dávalos, M. & Rentería, J.

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial -CompartirIgual 4.0 Internacional](#), por lo que su contenido gráfico y escrito se puede compartir, copiar y redistribuir total o parcialmente sin necesidad de permiso expreso de sus autoras con la única condición de que no se puede usar con fines directamente comerciales y los términos legales de cualquier trabajo derivado deben ser los mismos que se expresan en la presente declaración. La única condición es que se cite la fuente con referencia a la [Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social](#) y a sus autoras.



TABLA DE CONTENIDO

| | |
|-----------------------------|----------|
| INTRODUCCIÓN | 4 |
| MATERIALES Y MÉTODOS | 6 |
| Participantes, 6 | |
| Material, 6 | |
| Procedimiento, 6 | |
| Análisis de datos, 6 | |
| RESULTADOS | 7 |
| DISCUSIÓN | 8 |
| CONCLUSIONES | 9 |
| REFERENCIAS | 9 |



INTRODUCCIÓN

El ser humano es por naturaleza esencialmente social. Aristóteles señala en el año 303 a.C. que la interacción del individuo con los demás se establece como una parte intrínseca de éste, dando cabida a una de las primeras asociaciones de la especie humana —la de marido y mujer—, constituyéndose como la base de la familia (López y García, 2005). En la actualidad, a pesar de los cambios que ha tenido la pareja, y por consiguiente la familia, dichas asociaciones continúan dentro de lo establecido como norma, ya que en casi todas las sociedades se le ha protegido como una forma de asegurar la continuidad de la especie y el progreso de la civilización (Covarrubias y Gómez, 2012). Sin embargo, al transcurrir los años algunas relaciones de pareja poco a poco se van tornando difíciles al atravesar ciertas crisis (Campuzano, 2002). Al constituirse una relación de convivencia en pareja, ya sea como matrimonio, concubinato o unión libre, se adquiere un compromiso de gran magnitud que no se conserva como un estado inalterable, sino que va cambiando con el tiempo y las circunstancias (Becerra, Roldán y Flores, 2012), y no siempre tienen un final de cuento —“y vivieron felices para siempre...”—.

Estos cambios pueden impactar en la satisfacción marital, perturbando así el bienestar y estabilidad de la relación de pareja (Becerra et al., 2012); por tanto, la satisfacción marital es considerada como la actitud hacia la pareja normalmente percibida en términos de calidad de la relación (Dainton, Stafford y Canary, 1994), la actitud de mayor o menor favorabilidad hacia la propia relación marital (Roach, Frazier y Bowden, 1981), o la evaluación de aspectos específicos de la vida matrimonial (Stewart, 2012). En este sentido, no es difícil suponer que toda relación de pareja es una dinámica relacional humana, en donde interactúan varios factores que afectan la calidad de vida en pareja, tales como la convivencia entre la díada, la evaluación que hace el individuo de su relación, ingresos y gastos económicos, y las conductas de afecto (Armenta, Sánchez y Díaz, 2012).

Algunos estudios sugieren que el porcentaje de divorcios es alarmante (Castro, 2014); según el INEGI (2014, 2015), señala que del año 2009 al 2014, 16 de cada 100 matrimonios terminó en divorcio, y que a lo largo del primer trimestre del 2015 se han divorciado 609 parejas zacatecanas; sin embargo, el INEGI no documenta la predilección que las parejas manifiestan por las separaciones de

hecho que se dan en México (Ojeda y González, 2008), es decir, las parejas se separan, pero no disuelven el vínculo matrimonial de manera legal, lo que implica considerar que las estadísticas de divorcio pueden estar nubladas y ser mayores. Aun así, las estadísticas permiten conocer el fenómeno del divorcio; la destrucción del núcleo familiar puede generar graves repercusiones, como la deserción escolar, la vagancia, la baja autoestima en los niños, la salud e incluso la vida laboral (Arias, 1989).

Ante esto, se han realizado estudios que abordan la relación de satisfacción e insatisfacción marital con factores como el género. Al respecto, Bouchard (2013) sugiere que tanto hombres como mujeres se ven influidos de manera similar en su satisfacción marital por eventos que ocurren durante su vida, como el nacimiento de los hijos. Estos datos coinciden con los aportados por Ottu y Akpan (2011), los cuales encontraron que aun cuando las diferencias de género contribuyen a los problemas maritales, en la muestra estudiada no hay diferencias significativas al correlacionar el género y la satisfacción marital, mostrando que el estar o no maritalmente satisfecho no parece depender del sexo de una persona. Por otra parte, y opuesto a los resultados expuestos, Pick y Andrade (1988) —en un estudio realizado en México— encontraron que existen diferencias entre hombres y mujeres, en el sentido de que la mujer se ve más afectada que el hombre respecto a su propia percepción acerca de los cambios físicos en su cuerpo y a una mayor dedicación al cuidado de los hijos. En este mismo sentido, Lavner y Bradbury (2010) corroboran los hallazgos anteriores, puesto que el tener un matrimonio poco satisfactorio puede ser más preocupante para las mujeres que para los hombres; esto se debe a que la carga de obligaciones no es equitativa. El hombre suele beneficiarse con el matrimonio salvándole del trabajo doméstico o del cuidado de los hijos. Por su parte, las mujeres no reciben estos beneficios en la relación, por lo que se considera que su insatisfacción marital rebasa en mucho a la de los hombres, y en consecuencia puede presentar menos razones para continuar con o permanecer en dicha relación. La cuestión del género no deja del todo claro si existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, puesto que no son concluyentes, y ello hace necesario seguir la línea de relación entre estas variables.

Otro factor que se ha documentado es la crianza y el cuidado de los hijos, donde el número de éstos puede afectar la satisfacción marital, sobre todo cuando los hijos requieren mayor atención de los padres y se descuidan los aspectos que fortalecen la vida marital, causando malestar en uno o en ambos miembros de la pareja (Shapiro, Gottman y Carrere, 2000). Algunas investigaciones sugieren que la satisfacción marital varía si la pareja tiene



o no descendencia, incluso influyendo la cantidad que han decidido procrear, pues según sea la cantidad la pareja invierte más en la organización, dedicación y tiempo. Ante esto, no es difícil suponer que la satisfacción marital tiende a disminuir, mostrando mayor insatisfacción (Pick y Andrade, 1988; Mora, Gómez y Rivera, 2013). Cabe destacar que actualmente son varias las parejas que han decidido no tener hijos; Sandler (2013) menciona que las principales razones son la económica, el esfuerzo y la dedicación que requiere el criar y educar a un niño; en Estados Unidos las mujeres exitosas pierden salario, promociones y beneficios si deciden tener hijos, por lo cual —de forma personal o en pareja— posponen o suprimen la maternidad-paternidad en favor del trabajo o la educación, generando ambos un estilo de vida satisfactorio. Este mismo autor encuentra que esta tendencia se está extendiendo poco a poco a otros grupos demográficos, como el de los latinos y los europeos.

La edad es otro factor relacionado con la satisfacción marital; esto se muestra en estudios realizados por Vera, Félix-Castro y Rodríguez-Barrera (2001) y Martínez (2004), donde se encontró que los efectos de la edad en la satisfacción marital tiene una relación positiva, es decir, a mayor edad de la pareja, ésta se sentirá más satisfecha, adaptándose poco a poco a su nuevo rol, las expectativas matrimoniales sufren cambios favorables respecto a las que se tenían al inicio de la relación, existe más conciencia de los problemas, y por tanto la pareja suele preocuparse y ocuparse más por los aspectos tanto maritales como familiares, aun cuando ambas partes asuman una mayor responsabilidad en la relación.

Por otro lado, en el transcurrir de la vida marital, conforme se acumulan los años de casados, se ha considerado que las parejas pasan por ciertas etapas. Campuzano (2002) y Martínez (2004) coinciden en señalar que las parejas jóvenes, en sus primeros años de matrimonio, atraviesan una etapa donde la insatisfacción marital es consecuencia de conflictos inducidos por la inmadurez de los cónyuges y las expectativas poco realistas que tienen uno del otro, lo que les impide salir de la relación o trascenderla progresivamente; para las parejas situadas en la etapa media, los conflictos maritales se dan por las características del crecimiento individual, que requieren una revisión de los logros y de posibles cambios futuros; en la etapa en que se ubican las parejas maduras, hay una aceptación y compromiso para con el otro, pero hay también una aceptación de que hay anhelos irrealizables y se conforman con lo que obtienen de la relación; en este caso los conflictos generadores de la insatisfacción marital suelen ser pocos o nulos. Según Kimble (2002), a través de los años las etapas de una relación marital adquie-

ren un patrón en forma de “U”, donde el nivel máximo de satisfacción marital se presenta en los primeros años, para decaer en los años intermedios y volver a elevarse en el periodo final de la pareja. En este mismo sentido, Rivera y Heresi (2011) señalan que conforme aumentan los años de matrimonio, aumenta la satisfacción marital. Por el contrario, Pick y Andrade (1988) consideran que este patrón es progresivo lineal en declive.

En cuanto al factor de escolaridad, se ha encontrado que las personas con escolaridad baja y media superior muestran una mayor insatisfacción en su matrimonio; las personas que tienen un bajo nivel escolar suelen desempeñar trabajos de poco prestigio que les reducen ingresos insuficientes para solventar las necesidades básicas de la familia, mientras que los de nivel medio realizan comparaciones con los sujetos con mayor preparación profesional, generando una insatisfacción marital como reflejo de una insatisfacción general (Arias, 1989; Vera, 2011). En cuanto a los individuos con un alto nivel de escolaridad, Campbell, Converse y Rodgers (1976) encontraron que las personas que perciben un ingreso alto regularmente son quienes tienen una educación profesional, lo cual se refleja en una satisfacción marital alta.

Por lo anterior, se sugiere que son múltiples y variados los factores involucrados en la satisfacción marital; además, se pueden incluir la intimidad, el compromiso, la comunicación, la congruencia, la orientación religiosa, la reciprocidad y el amor, así como el entendimiento, la paciencia y la responsabilidad (Armenta y Díaz-Loving, 2008), la comunicación, la insatisfacción sexual, la ansiedad global, el compartir tiempo juntos y los convencionalismos sociales (Snyder, 2008). Todos y cada uno de ellos fueron estudiados en distintos contextos urbanos, pero no semiurbanos o rurales. Por ello, se considera relevante el estudio en las relaciones de pareja, ya que a pesar de su diversidad y complejidad, así como del paso del tiempo y los cambios de paradigma que sufre la familia como institución, el matrimonio sigue siendo el elemento principal de toda sociedad, y en consecuencia es de gran importancia destacar que cuando una pareja se encuentra en armonía influye de manera positiva en la salud física y psicológica de todos los miembros de la familia, además de que si existe una alta probabilidad de que al identificar los factores de la interacción matrimonial que originan una mayor insatisfacción marital podrían atajarse sus efectos (Wilson, 1998).

El objetivo de este trabajo fue determinar si hay diferencias significativas en factores sociodemográficos —como el género, número de hijos, edad, escolaridad y número de años de casados— que se asocian con la satisfacción marital de parejas casadas, en concubinato



o unión libre, en un contexto semiurbano como el municipio de Jalpa, Zacatecas, México.

MATERIALES Y MÉTODOS

Participantes

El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico por conveniencia (Bradley, 1999), captado en un momento previo a una serie de pláticas para parejas en cinco escuelas primarias del municipio de Jalpa, Zacatecas; la muestra se conformó de 100 personas: 58 mujeres (58%) y 42 hombres (42%), con edades de entre los 17 y los 59 años. La participación estuvo sujeta a los siguientes criterios de inclusión: ser heterosexual, estar en una relación de convivencia de matrimonio, concubinato o unión libre de al menos un año de duración; los criterios de exclusión implican que el instrumento debe ser contestado en su totalidad y dar su consentimiento para el uso de la información.

Material

Se aplicó la escala de satisfacción marital de Roach et al. (1981), traducida al español y validada en población mexicana por Nina-Estrella (1985), con una confiabilidad alfa de 0.90. No se realizó ninguna adecuación a la escala; sólo se incluyeron los siguientes datos sociodemográficos: edad, género, escolaridad, número de años de casados o en convivencia, y número de hijos, para establecer posteriormente la comparación entre variables.

La escala consta de 48 ítems en forma de enunciados y mide la satisfacción marital a partir de la percepción que hace un individuo de su propio matrimonio a lo largo de un continuo, de mayor a menor favorabilidad en cierto tiempo (Roach et al., 1981). Para analizar los resultados de la escala, los enunciados se plantean dicotómicamente: satisfacción marital e insatisfacción marital. Los ítems determinados para indagar la satisfacción marital son 25, correspondiendo éstos a los aspectos positivos y satisfactorios que se presentan en la relación ("yo sé lo que mi esposa(o) espera de nuestro matrimonio", "realmente me interesa mi esposo(a)", "estoy definitivamente satisfecho(a) con mi matrimonio"). En éstos se ofrecen cinco opciones de respuesta tipo Likert: totalmente de acuerdo equivale a una calificación de 5 puntos; de acuerdo, 4 puntos; indeciso, 3 puntos; en desacuerdo, 2 puntos; y totalmente en desacuerdo, 1 punto. Por otra parte, para la insatisfacción marital se evaluó con 23 ítems, los cuales refieren a aspectos negativos e insatisfactorios ("mi esposa(o) podría hacerme la vida más fácil si quisiera", "mi esposa(o) me exige injustamente que me ocupe de ella (o él) en mi tiempo libre", "mi esposa(o) no escucha lo que le digo"), ofreciendo de igual mane-

ra cinco opciones de respuesta tipo Likert: totalmente de acuerdo corresponde a una calificación de 1 punto; de acuerdo, 2 puntos; indeciso, 3 puntos; en desacuerdo, 4 puntos; y totalmente en desacuerdo, 5 puntos.

Para obtener la puntuación final se suman las respuestas de cada uno de los enunciados. Para efectos de codificación del resultado total del puntaje, y con la finalidad de una interpretación más sencilla, en esta investigación se siguió el método propuesto por Arias (1989), en donde el total de puntos (240 máximo y 48 mínimo) se divide entre 5, obteniendo puntajes entre 0.9 y 4.8, correspondiendo a la lógica de que a mayor puntuación mayor satisfacción marital.

Procedimiento

La escala fue aplicada en dos modalidades: en grupos (34 participantes) y de forma individual, en lugares libres y diversos, como consultorios, negocios y hogares (66 participantes). En ambos casos la instrucción se dio de manera verbal y escrita: "Marque con una X la casilla que refleje de forma aproximada lo que piensa acerca de la frase". Todos participaron de forma voluntaria y autorizaron que la información obtenida fuera empleada para su análisis, con la condición de que fuera totalmente confidencial y anónima. El tiempo aproximado en cada aplicación fue de 15 minutos.

Análisis de datos

Con la finalidad de realizar el análisis de datos se creó una base de los mismos en el Programa Estadístico SPSS versión 20.0 para Windows. Para obtener el grado de satisfacción marital se sumaron las respuestas por cada participante y se dividieron entre cinco; como se mencionó anteriormente, a mayor puntuación mayor satisfacción marital. Los grupos de cada factor sociodemográfico se conformaron de la siguiente forma: edad (17 a 23, 24 a 30, 31 a 37, 38 a 44, 45 a 51 y 52 a 59 años), género (hombre-mujer), escolaridad (educación básica, educación media superior y educación superior), número de años de casados (1 a 5, 6 a 10, 11 a 15, 16 a 20, 21 a 25, 26 a 30 y 31 a 33); número de hijos (0, 1, 2, 3 o más). Esta conformación se realizó con base en la regla de Sturges, es decir, se calculó el número de intervalos correspondiente a cada factor sociodemográfico, de modo que fueran conceptualmente adecuados, con el propósito de controlar posibles errores en la comparación de medias, el control de la normalidad de la muestra y el control de la varianza. Para el análisis de datos se llevó a cabo un ANOVA de un factor. Para los factores que revelaron una diferencia significativa se aplicó la prueba post hoc de Turkey al nivel de 0.05 % de significación.



RESULTADOS

El promedio de edad en esta muestra fue de 36 años, el de tiempo de vivir en convivencia de 12.79 años, y el promedio de hijos fue de 2. El 42% de los participantes cursó la educación básica, 23% la educación media superior, 32% la educación superior, y 3% no proporcionó esta información.

En cuanto a los resultados arrojados por el ANOVA de un factor, se encuentra que, en cuanto a la variable de género, los hombres ($x\bar{A} = 4.68$) reportan mayor satisfacción que las mujeres ($x\bar{A} = 4.09$), no siendo significativa la diferencia entre ambas medias ($gl = 1$, $p > 0.05$), es decir, estadísticamente tanto hombres como mujeres se encuentran igual de satisfechos con su relación. En cuanto a la variable de la edad, los sujetos que presentan mayor satisfacción marital son los que se encuentran entre los 24 y 30 años ($x\bar{A} = 4.16$), y los que presentan una mayor insatisfacción los que se ubican entre los 17 y 23 años ($x\bar{A}=3.69$); al igual que en la variable anterior, al realizar la comparación de medias no se encuentra una diferencia estadísticamente significativa entre ambas ($gl = 5$, $p > 0.05$), por que se puede considerar que, indistintamente de la edad, todos los grupos analizados presentan estadísticamente una satisfacción marital similar. En relación con el número de años de casados, la media de satisfacción mayor se encuentra entre los sujetos de 31 a 33 años ($x\bar{A}=4.25$) y la mayor insatisfacción entre los de 26 a 30 años de casados ($x\bar{A}=4.356$), no obteniendo una diferencia de medias significativa ($gl = 6$, $p > 0.05$), considerando con esto que los años no influyen en la satisfacción marital. Atendiendo al número de hijos, los participantes mostraron una puntuación media mayor cuando se tiene sólo un hijo ($x\bar{A} = 4.33$), a diferencia de quienes tienen de tres a más hijos ($x\bar{A} = 3.78$), no encontrando diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($gl = 3$, $p > 0.05$). En este último caso, y al igual que en las variables anteriores, el número de hijos no influye en la satisfacción marital.

Por último, al hacer el análisis de medias se encuentra que los sujetos con escolaridad de educación básica ($x\bar{A}=3.81$) son los que presentan mayor insatisfacción en su relación, seguidos de los que cursaron educación media superior ($x\bar{A} = 3.83$), siendo los más satisfechos en su relación los sujetos que han cursado la educación superior ($x\bar{A} = 4.38$). En este caso, al efectuar la comparación de medias se encuentra que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de educación básica y educación media superior ($p > 0.05$); sin embargo, al realizar la comparación de medias de educación básica, educación media superior y educación superior, se encuentra que la educación superior es estadísticamente más satisfecha en relación con las anteriores ($gl = 2$, $p < 0.05$); en este caso se puede sugerir que el mayor nivel de

satisfacción marital lo reportan los participantes con un nivel educativo superior (tabla 1 y figura 1).

Tabla 1.

Análisis comparativo de factores sociodemográficos (sexo, edad, escolaridad, número de años casados y número de hijos) vs. satisfacción marital

| VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS | GRUPO | MEDIA | DE | GL | N | SIG. |
|--|---------------------------|-------|-------|----|----|--------|
| Género | Hombre | 4.68 | | 1 | 42 | 0.056 |
| | Mujer | 4.09 | | | 58 | |
| Edad | 17 a 23 | 3.69 | 1.032 | 5 | 13 | 0.668 |
| | 24 a 30 | 4.16 | .688 | | 25 | |
| | 31 a 37 | 4.06 | 1.063 | | 16 | |
| | 38 a 44 | 4.04 | .878 | | 23 | |
| | 45 a 51 | 3.79 | .893 | | 14 | |
| | 52 a 59 | 4.00 | 1.000 | | 9 | |
| Escolaridad | Educación básica. | 3.81 | .969 | 2 | 42 | 0.013* |
| | Educación media superior. | 3.83 | .834 | | 23 | |
| | Educación superior. | 4.38* | .707 | | 32 | |
| | Sin respuesta | | | | 3 | |
| Número de años de casados o en convivencia | 1 a 5 | 4.09 | .963 | 6 | 32 | 0.563 |
| | 6 a 10 | 4.17 | .707 | | 18 | |
| | 11 a 15 | 3.77 | .725 | | 13 | |
| | 16 a 20 | 4.08 | 1.115 | | 13 | |
| | 21 a 25 | 3.82 | .874 | | 11 | |
| | 26 a 30 | 3.56 | 1.014 | | 9 | |
| Número de hijos | 31 a 33 | 4.25 | 500 | 3 | 4 | 0.186 |
| | 0 | 4.08 | .996 | | 12 | |
| | 1 | 4.33 | .617 | | 15 | |
| | 2 | 4.06 | .878 | | 32 | |
| | 3 o más. | 3.78 | .936 | | 41 | |

* La variable de escolaridad es la única que muestra una diferencia estadísticamente significativa ($p > 0.05$); es decir, a mayor grado académico mayor satisfacción marital.

DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos no se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los factores sociodemográficos de género, edad, número de años de casados y número de hijos en relación con la



satisfacción marital; el único factor donde encuentran diferencias significativas es en la escolaridad. En este sentido puede observarse que tanto hombres como mujeres presentan una satisfacción similar en su relación, coincidiendo con los hallazgos reportados por Ottu y Akpan (2011) y Bouchard (2013), quienes señalan que aun cuando el rol de género contribuye a los conflictos maritales, las comparaciones de medias no son significativas. Es importante señalar que aunque no es significativo, los datos presentan una ligera tendencia a que los hombres están más satisfechos que las mujeres, lo sugiere que, como señalaron Pick y Andrade (1988) y Lavner y Bradbury (2010), las mujeres suelen presentar cierta insatisfacción generada por los roles de género asignados por el contexto en que viven.

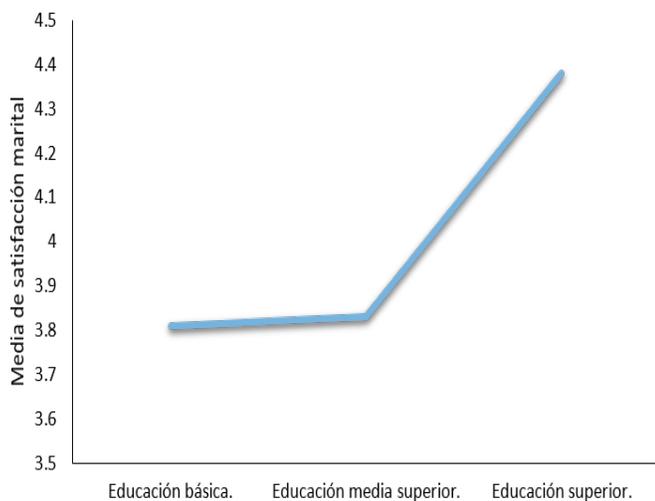


Figura 1. Puntajes medios obtenidos en el factor socioeconómico escolaridad en relación con la satisfacción marital.

En cuanto al factor sociodemográfico de la edad, y aunque no son significativas las diferencias, el índice más bajo se ubica en el grupo de edad de 17 a 23 años, lo cual coincide con lo señalado por Campuzano (2002) en relación con que son las parejas más jóvenes quienes suelen presentar mayor insatisfacción marital, esto debido probablemente a conflictos debidos a la inmadurez y a las altas expectativas que se tienen puestas en el otro. En este mismo sentido, y atendiendo lo propuesto por Vera et al. (2001) y Martínez (2004), se puede considerar que a mayor edad se presentará mayor satisfacción marital, porque hay mayor conciencia de los problemas familiares y maritales, y por tanto se ocupan en buscar soluciones para éstos. En el caso del grupo de entre 24 y 30 años, son quienes presentan mayor satisfacción marital en relación con los demás; con esto rompe la idea

de una lineal ascendente y progresiva de satisfacción, condición sugerida por estos mismos autores.

Sumado a lo anterior, los datos no muestran el patrón de satisfacción propuesto por Kimble (2002), quien postula que la satisfacción marital puede presentarse en forma de "U" al transcurrir los años de casados o de estar juntos (satisfacción-insatisfacción-satisfacción); por su parte, Pick y Andrade (1988) plantean que la satisfacción tiene un descenso progresivo lineal donde pocas veces se vuelve a elevar este concepto; o según el modelo de Rivera y Heresi (2011), en el cual se traza un patrón lineal ascendente, a razón de que conforme aumentan los años de matrimonio aumenta la satisfacción marital. Los datos de esta investigación, adquieren su propio patrón, considerando con esto que el contexto de la muestra estudiada, en este caso semiurbano, influye en la satisfacción marital y su percepción al transcurrir de los años de convivencia.

Los resultados obtenidos entre la cantidad de hijos y su relación con la satisfacción marital, coincide con lo dicho por Shapiro et al. (2000), los cuales sugieren que a mayor cantidad de hijos se genera mayor malestar en uno o en ambos miembros de la pareja. Como se muestra en los resultados de este estudio, las parejas con tres o más hijos son las más insatisfechas, y las parejas con un hijo las más satisfechas. Parece que, al igual que en los contextos urbanos —e incluso extranjeros—, los matrimonios considerados en este ámbito semiurbano buscan mejorar la organización, dedicación y tiempo para ellos, así como disminuir esfuerzos, dedicación y economía (Pick y Andrade, 1988; Mora et al., 2013; Sandler, 2013).

Por último, la relación escolaridad y satisfacción marital no muestra diferencias significativas entre los sujetos con educación básica y educación media superior; para esta muestra, el nivel de satisfacción marital es similar. Sin embargo, hay una diferencia significativa entre las medias de educación básica y educación media superior en relación con la escolaridad de nivel superior; esto es, a mayor escolaridad mayor satisfacción marital, lo que puede explicarse considerando los hallazgos de investigaciones anteriores, donde se encontró que las personas con bajo nivel escolar suelen desempeñar trabajos de poco prestigio que les reducen ingresos insuficientes para solventar las necesidades básicas de la familia, lo que eventualmente causa insatisfacción marital; y en caso contrario, las personas que perciben un ingreso más alto son las que tienen una educación profesional, cuyo efecto es una satisfacción marital alta (Campbell et al., 1976; Vera, 2011). Por otro lado, Arias (1989) explica que existe mayor probabilidad de que los sujetos con nivel educativo medio realicen una comparación con los sujetos con mayor pre-



paración profesional, generando una insatisfacción marital como reflejo de una insatisfacción general.

CONCLUSIONES

La satisfacción marital es un fenómeno multicausal y podría estar determinada por el contexto sociocultural; algunos de los resultados de este estudio no coinciden con lo expuesto por investigaciones previas (Kimble, 2002; Pick y Andrade, 1988; Rivera y Heresi, 2011), debido a que éstas se han llevado a cabo en contextos urbanos, y en este caso la investigación se realizó en un ámbito semiurbano. Asimismo, la satisfacción marital puede aumentar o disminuir según las circunstancias por que esté pasando la pareja, la edad de cada individuo, tener hijos o no, el número de hijos en caso de tenerlos, el grado escolar, el rol de género que se asigna culturalmente, e incluso los años de casados, determinan cómo un individuo valora su relación marital en un momento dado y según el contexto en que vive. Se detectó que el instrumento de medición empleado remite a una valoración de la satisfacción marital de forma general, sin considerar aspectos más específicos de la vida de una pareja; por ello, se considera necesario adaptar o crear nuevos instrumentos que permitan indagar los pormenores del universo de las relaciones de pareja.

REFERENCIAS

- Arias, F. (1989) Una investigación sobre la escala de satisfacción marital. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 21(3): 423-436.
- Armenta C., Sánchez, R. y Díaz, R. (2012). ¿De qué manera el contexto afecta la satisfacción con la pareja? *Suma Psicológica*. 19 (2): 51-62.
- Armenta, C. y Díaz-Loving, R. (2008). Comunicación y Satisfacción: Analizando la interacción de pareja. *Psicología Iberoamericana*. 16(1): 23-27.
- Bradley, N. (1999). Sampling for internet surveys. An examination of respondent selection for internet research. *Journal of the Market Research Society*. 41 (4): 387-395.
- Becerra, S., Roldan, W. & Flores, W. (2012). Factores de enriquecimiento, mantenimiento, comunicación y bienestar en la relación marital. *Revista de Psicología GEPU*. 3(1): 37-62.
- Bouchard, G. (2013). How do parents react when their children leave home? An integrative review. *Journal of Adult Development*. 21(2): 69-79.
- Campbell, A., Converse, P., & Rodgers, W. (1976). *The Quality of American life: Perceptions, Evaluations and Satisfactions*. Estados Unidos: Russell Sage Foundation. 591 Pp.
- Campuzano, M. (2002). *La pareja humana: Su psicología, sus conflictos, su tratamiento*. México: Plaza y Valdés. 171 Pp.
- Castro, J. P. (2014). Es preocupante alza de divorcio: Pérez, en Página 24. [En línea]. Disponible en: <http://pagina24zacatecas.com.mx/local/2014/04/24/es-preocupante-alza-de-divorcios-perez>. Fecha de consulta: 12 de enero de 2015.
- Covarrubias, M. & Gómez, J. (2012). Transformación y contemporaneidad de la familia: el caso de las familias mexicanas. *Revista de Psicología Perú*. 14(2): 244-259.
- Dainton, M., Stafford, L., & Canary, D. (1994). Maintenance Strategies and Physical Affection as Predictors of Love, Liking, and Satisfaction in Marriage. *Communication Reports*. 7(2): 88-97.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014). Estadísticas a propósito del Día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer. Datos nacionales. [En línea]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ce/ce2014/default.aspx?bi=1>. Fecha de consulta: 15 de diciembre de 2014.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). Estadística de nupcialidad. Datos nacionales. [En línea]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=11093>. Fecha de consulta: 9 de septiembre de 2015.
- Kimble, Ch. (2002). *Psicología social de las Américas*. México: Pearson Educación. 326 Pp.
- Lavner, J. & Bradbury, T. (2010). Patterns of Change in Marital Satisfaction over the Newlywed Years. *Journal of Marriage and Family*. 72(5): 1171-1187.
- López, P. & García, E. (2005). *Aristóteles política*. [En línea]. Disponible en: <https://books.google.com.mx/books?id=c5lhK5Rky8MC&printsec=frontcover&dq=La+pol%C3%ADtica+Arist%C3%B3teles&hl=es-419&sa=X&ei=d2W1VL6-l4uvyASt64LIBw&ved=0CCAQuwUwAA#v=onepage&q=La%20pol%C3%ADtica%20Arist%C3%B3teles&f=false>. Fecha de consulta: 20 de diciembre de 2014.
- Martínez, S. (2004). Efectos de la edad, sexo y la escolaridad en la satisfacción marital, en *Revista Episteme*. [En línea]. Disponible en: http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero1-04/reportes/a_efectos.asp#autor. Fecha de consulta: 15 de diciembre de 2014.
- Mora, M., Gómez, M. & Rivera, M. (2013). La satisfacción marital y los recursos psicológicos en las parejas con y sin hijos pequeños en pro del bienestar familiar. *Revista de Psicología*. 10(22): 79-96.
- Nina-Estrella, R. (1985). *Autodivulgación y satisfacción marital en matrimonios de México y Puerto Rico (tesis de Maestría)*. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Ojeda, N. & González, E. (2008). Divorcio y separación conyugal en México en los albores del siglo XXI. *Revista Mexicana de Sociología*. 70 (1): 111-145.
- Ottu, I. & Akpan, U. (2011). Predicting Marital Satisfaction from the Attachment Styles and Gender of a Culturally and Religiously Homogenous Population. *Gender and Behavior*. 9(1): 36-56.
- Pick, A. & Andrade, P. (1988). Diferencias sociodemográficas en la satisfacción marital: el caso de México. *Revista de Psicología Social*. 3(1): 91-98.
- Rivera, D. & Heresi, E. (2011). Integración de la teoría del apego



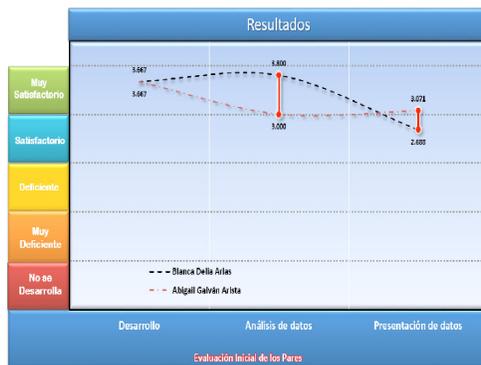
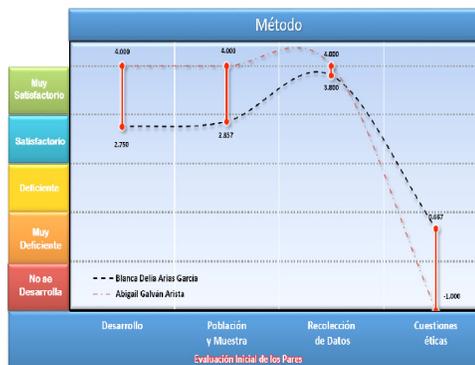
- y modelos basados en la evidencia en la comprensión de la satisfacción marital, en Revista argentina de clínica psicológica. [En línea]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4260404>. Fecha de consulta: 8 de diciembre de 2014.
- Roach, J., Frazier, P., & Bowden, R. (1981). The Marital Satisfaction Scale: Development of Measure for Intervention Research. *Journal of Marriage and the Family*. 43(3): 537-546.
- Sandler, L. (2013). Having it all Without Having Children, in Magazine Time. [En línea]. Disponible en: <http://time.com/241/having-it-all-without-having-children/>. Fecha de consulta: 1 de diciembre de 2014.
- Shapiro, A., Gottman, J., & Carrere, S. (2000). The Baby and the Marriage: Identifying Factors that Buffer Against Decline in Marital Satisfaction after the First Baby Arrives. *Journal of Family Psychology*. 14(1): 59-70.
- Snyder, D. (2008). Inventario de satisfacción marital-Revisado (MSI-R). México: Manual Moderno.
- Stewart, M. (2012). The Impact of Length of Relationship on Conflict, Communication and Relationship Satisfaction in Couples. Graduate Theses and Dissertations. 12474: 1-36.
- Vera, J. (2011). Patrones de comunicación en parejas y su relación con la satisfacción marital en profesores de la Universidad privada de Asunción. *Eureka*. 8(2): 200-216.
- Vera, J., Félix-Castro, J. y Rodríguez-Barreras, A. (2001). Satisfacción marital, edad, número de hijos y años de pareja, en Revista de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [En línea]. Disponible en: <http://www.ciad.mx/archivos/desarrollo/publicaciones/PUBLICACIONES/Produccion%20Academica/Articulos/2001/82.pdf>. Fecha de consulta: 15 de diciembre de 2014.
- Wilson, J. (1998). Sorpresa en los investigadores maritales: finalmente, ¿qué patrones comunicacionales son disfuncionales? *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 8, 105-115.



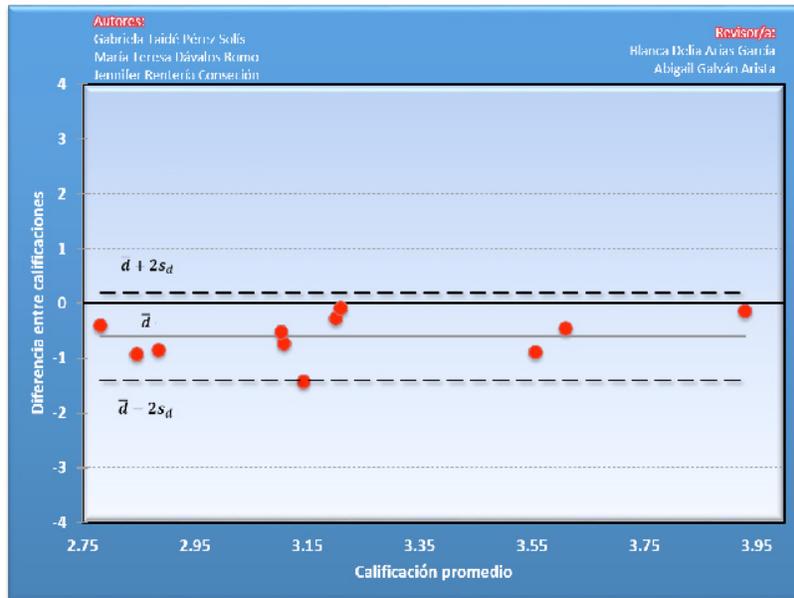


DIMENSIÓN CUANTITATIVA

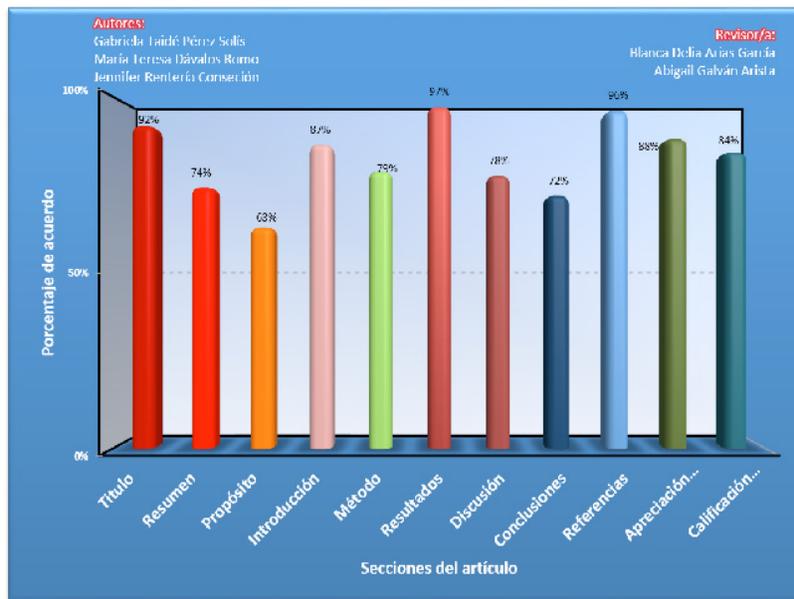
Perfil de Evaluación entre pares



Índice de Concordancia



Índice de Acuerdo



DIMENSIÓN CUALITATIVA

| Revisor 1 | Revisor 2 |
|--|--|
| Blanca Delia Arias García | Abigail Galvan Arista |
| Título/Autoría | |
| Si la única variable donde se encuentran diferencias estadísticamente significativas es “nivel escolar” o “nivel educativo” es recomendable que esté en el título, dado que se sugiere que el título esté estrechamente ligado al hallazgo más importante del estudio. | No se incluyen las instituciones de trabajo ni contacto de las autoras |
| Resumen | |
| Esta afirmación parece muy determinista, como si la insatisfacción marital fuera la única causa de los divorcios. Sugiero cuidar el alcance de esta tesis, por ejemplo “La insatisfacción marital es un factor asociado del alto índice de divorcios” Si se está trabajando con la prueba de hipótesis podría ser más adecuado señalar “diferencias estadísticamente significativas” Se sugiere utilizar palabras diferentes en el título y en las palabras clave, ya que la forma en la cual operan las bases de datos para recuperar información, considera a título y a las palabras clave y se duplicaría. | Excede las 150 palabras y no contiene datos numéricos |
| Próposito del Estudio | |
| No queda claro si el propósito es asociar los factores sociodemográficos o si hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos. Es decir, buscarán correlación o buscarán determinar a través de pruebas de hipótesis si existen diferencias estadísticamente significativas al comparar grupos, lo cual en las conclusiones se puede derivar la conclusión de que hay grupos con algunas características que presentan mayor o menor satisfacción marital en comparación con otros. | Bien redactado |



| Revisor 1 | Revisor 2 |
|--|---|
| Introducción | |
| <p>Se incluye un concepto legal como “separación de hecho”, se recomienda especificar de forma concreta en que consiste dado que esta revista tiene mayor probabilidad de ser leída por psicólogos, sociólogos, etc. Por ejemplo, ...por las separaciones de hecho, lo cual significa que la pareja se encuentra formalmente viviendo de forma separada sin que esto implique disolver el matrimonio.... Me parece que falta una argumentación para especificar o justificar la relevancia del tema, es decir, porque es importante hablar del divorcio y la satisfacción marital? Brindan estadísticas, quedo claro que es un problema con alta incidencia y muy común, pero y por que es importante estudiarlo más allá de las elevadas estadísticas? Esto tiene un impacto en las familias? Cual? Tiene impacto en la educación de los hijos? En los recursos que las familias obtienen de tener ambos padres que aporten ingresos? Se asocia a depresión? A disfunción familiar?...etc etc. me parece que falta argumentar un poco más allá de las estadísticas. No queda muy claro como es que la variable sociodemográfica tiene un impacto en la interacción en la satisfacción, que señalan los autores al respecto? Considero que no termina de quedar claro la justificación de la elección de variables: *Si hay variables de orden psicológico como la intimidad, compromiso, comunicación, etc etc porque no abordar el fenómeno desde estas variables en relación a la satisfacción marital, porque elegir variables demográficas? A la mejor valdria la pena especificar la dimensión psicológica en relación a las variables demográficas, es decir, ir más allá de variables estructurales o demográficas para considerar variables de proceso o más de orden psicológicas. Me parece que el estudio de variables demográficas puede aportar información relevante pero hay que engrosar la justificación. Las variables sociodemográficas permiten generar perfiles, conformar grupos de comparación o análisis y de este punto se parte a la mejor para realizar estudios de variables psicológicas o de procesos, pero no queda muy clara la justificación de por qué estas variables.</p> | <p>Falta profundizar en el modelo teórico y la hipótesis.</p> |



| Revisor 1 | Revisor 2 |
|--|---|
| Método | |
| Consideren describir con claridad la clasificación de diseño si es pre experimental, exploratorio, transversal, etc No dudo que se hayan considerado las cuestiones éticas, así que valdría la pena que las describan. | Falta el consentimiento informado |
| Resultados | |
| Por favor consideren los comentarios específicos que encontrarán en el documento. | Los resultados no son claros y la lectura se vuelve complicada |
| Discusión | |
| Se sugiere tener cuidado en el lenguaje que se usa pues el trabajo estima diferencias, no hace correlaciones, revisar en el documento los comentarios específicos. | Bastante claro |
| Conclusiones | |
| Se sugiere señalar con claridad las contribuciones del estudio respecto a investigaciones antecedentes y citarlas. | Muy cortas las conclusiones, hay muchas cosas más en las que se puede profundizar como por ejemplo, mencionar como podrían resolverse a futuro las deficiencias de su estudio |
| Referencias | |
| Se sugiere usar el & en lugar de and. | Bien |





<http://dx.doi.org/10.22402/j.rdipecs.unam.2.2.2016.75.188-197>

RETROALIMENTACIÓN ANTE VARIACIONES EN LA PROBABILIDAD DEL DESEMPEÑO EFECTIVO: UN ESTUDIO DE SUS EFECTOS

Héctor Octavio Silva-Victoria, Jorge Guerrero-Barrios, Andrés Francisco Vargas-Avila
y Edgar Rocha-Hernández
Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM
México

RESUMEN

Se evaluó el efecto de variar la probabilidad de responder acertadamente ante la retroalimentación del desempeño de estudiantes en tareas de igualación a la muestra de segundo orden (IMSO). Se utilizaron términos metodológicos de la práctica científica en Psicología para diseñar las relaciones que debían establecerse entre dichos términos y así poder evaluar el desempeño posterior en la prueba de transferencia (PT). Participaron 20 estudiantes universitarios asignados a cuatro grupos, en los cuales se varió la probabilidad de responder acertadamente: Grupo 1 ($p = 1.0$), Grupo 2 ($p = 0.5$), Grupo 3 ($p = 0.25$) y Grupo 4 ($p = 0.0$). Todos los grupos recibieron retroalimentación de sus respuestas durante el entrenamiento. En la PT se homologó la probabilidad de responder de manera acertada y no hubo retroalimentación. Los resultados muestran que los grupos 3 y 4 obtuvieron un desempeño similar al obtenido por los grupos 1 y 2. Esto sugiere que el aumento a la probabilidad de responder equivocadamente, aunado a la retroalimentación, promueve el desempeño efectivo posterior, y en consecuencia el aprendizaje de la tarea.

Palabras Clave:

retroalimentación, variaciones paramétricas, términos metodológicos, igualación a la muestra de segundo orden, aprendizaje

FEEDBACK TO VARIATIONS IN THE PROBABILITY OF EFFECTIVE PERFORMANCE: A STUDY OF ITS EFFECTS

ABSTRACT

The effects of varying the probability of effective responses and students' performance feedback in Second – Order Matching to Sample Tasks were evaluated. Methodologic terms of the scientific practice in psychology were used to design the relations to be established between those terms, hence be able to evaluate the later performance in the Transfer Tests. This investigation was formed by twenty college students, assigned to four groups in which was varied the probability of effective responses, being as follows; Group 1 ($p = 1.0$), Group 2 ($p = 0.5$), Group 3 ($p = 0.25$) and Group 4 ($p = 0.0$). All groups got feed-back of their responses during the Training. In the Transfer Test the probability of responding correctly was homologated and there was not feedback. The results show that the groups 3 and 4 got a similar performance to the one gotten by the groups 1 and 2. This suggests that the increasing of the probability of getting feedback to wrong responses promotes the later effectively performance, and by consequence, the learning of the task.

Keywords:

feedback, probability of effective performance, methodological terms, second – order matching to sample task, learning

BITÁCORA DEL ARTÍCULO:

| Recibido: 2 de Febrero de 2016 | Aceptado: 2 de Marzo de 2017 | Publicado en línea: Julio-Diciembre de 2016 |

AUTORÍA Y DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL

RETROALIMENTACIÓN ANTE VARIACIONES EN LA PROBABILIDAD DEL DESEMPEÑO EFECTIVO: UN ESTUDIO DE SUS EFECTOS

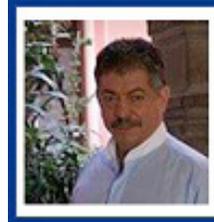
Héctor Octavio Silva-Victoria, Jorge Guerrero-Barrios, Andrés Francisco Vargas-Avila y Edgar Rocha-Hernández



Héctor Octavio Silva-Victoria
FES Iztacala UNAM
Correo: silva.unam@gmail.com

Doctor en Psicología en el campo de la educación y el desarrollo por la UNAM. Es profesor de carrera asociado "C" de tiempo completo de la FES Iztacala en el área de Psicología Experimental Humana.

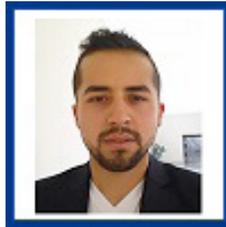
[Ver más...](#)



Jorge Guerrero-Barrios
FES Iztacala
Correo: jorgegbarrios@yahoo.com

El doctor Jorge Guerrero es doctor en Psicología. Es profesor de carrera asociado "C" de tiempo completo de la FES Iztacala.

[Ver más...](#)



Andrés Francisco Vargas-Ávila
FES Iztacala UNAM
Correo: andresv.unam@gmail.com

Licenciado en Psicología por la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, de la Universidad Nacional Autónoma de México. Es Profesor de Asignatura "A" de la Carrera de Psicología de la FES Iztacala de la UNAM, en el Área de Psicología Experimental Animal.

[Ver más...](#)

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

El primer autor coordinó cada una de las etapas de la elaboración de la investigación. Participó en la interpretación de los datos, así como de su representación gráfica y la discusión. | El doctor Jorge Guerrero asesoró en el planteamiento del problema de investigación, el diseño de investigación y en la elección del tipo de métodos estadísticos para la interpretación de los datos. | El lic. Andrés Vargas elaboró parte del material digital, participó en la elección de las relaciones a entrenar y en las relaciones de la prueba de transferencia. | El último autor elaboró el programa en que se utilizó para la investigación. Participó en el diseño de la investigación.

AGRADECIMIENTOS

Investigación realizada en el marco del Programa de Apoyo a los Profesores de Carrera para Promover Grupos de Investigación PAPCA con clave FES-DIP-PAPCA-2014-60 de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México.

DATOS DE FILIACIÓN DE LOS AUTORES

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.



Copyright: © 2016 Silva, H.O., Guerrero, J., Vargas A. F., & Rocha, E.

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](#), por lo que su contenido gráfico y escrito se puede compartir, copiar y redistribuir total o parcialmente sin necesidad de permiso expreso de sus autoras con la única condición de que no se puede usar con fines directamente comerciales y los términos legales de cualquier trabajo derivado deben ser los mismos que se expresan en la presente declaración. La única condición es que se cite la fuente con referencia a la [Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social](#) y a sus autores.



TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---------------------------|----------|
| INTRODUCCIÓN | 4 |
| MÉTODO | 5 |
| Participantes, 5 | |
| Materiales y escenario, 5 | |
| Tarea, 5 | |
| Diseño experimental, 6 | |
| Procedimiento, 6 | |
| Mediciones, 7 | |
| Análisis estadísticos, 7 | |
| RESULTADOS | 7 |
| DISCUSIÓN | 8 |
| CONCLUSIONES | 9 |
| REFERENCIAS | 9 |



INTRODUCCIÓN

Dentro del marco de la investigación cuantitativa en Psicología, surgió un procedimiento que permite manipular las variables de interés para el investigador, la discriminación condicional.

Autores como Trigo y Martínez (1994: 69) describen este procedimiento por sus implicaciones experimentales, destacando la relación de condicionalidad entre las respuestas discriminativas y mencionando las tareas de igualación a la muestra como representaciones operativas de dicho arreglo de contingencias.

Por su parte, Ribes et al. (2004) coinciden en que el procedimiento de igualación de la muestra ha sido empleado para el análisis sistemático de la discriminación condicional, además de que dicho procedimiento se ha caracterizado por su alto grado de flexibilidad cuando se ajusta a los diferentes objetivos de las investigaciones donde se emplea. De acuerdo con lo anterior, Valero y Luciano (1997: 600) afirman:

Este procedimiento se ha aplicado al estudio de discriminaciones múltiples entre estímulos visuales y auditivos, relaciones entre números, conceptos verbales abstractos, creación de intraverbales en lenguaje, tareas de lectura, el control estimular en el uso de drogas o en problemas como la agrafia, etc., en personas con y sin retraso. En Valero y Luciano (1992a) puede encontrarse una revisión exhaustiva de los diversos conceptos, procedimientos y estudios realizados sobre el tema hasta la fecha.

Además debe considerarse el objetivo por el cual este tipo de procedimiento resulta útil para los investigadores; Trigo y Martínez (1994: 69-70) lo plantean en términos generales como una herramienta de búsqueda, con la cual se pretende explorar la diversidad de las características de los procesos discriminativos complejos y así poder evaluar la influencia de variables específicas que afectan estos procesos.

Uno de los parámetros explorado con este tipo de procedimientos es el relacionado con las variaciones en la probabilidad de ocurrencia de algún evento. Se pueden mencionar principalmente estudios relacionados con la variación de la probabilidad de reforzamiento. Al respecto, Flores y Bruner (2007) realizaron un estudio donde se evaluaron los efectos de incrementar la duración del intervalo entre reforzadores mediante la reducción de la probabilidad de reforzamiento en la precisión

de palomas en tareas de igualación a la muestra, encontrando que la velocidad de adquisición fue más rápida y el índice de discriminación más alto para las palomas expuestas al intervalo más largo entre reforzadores. Además acotan que “en algunos estudios se ha reportado que la variación en la probabilidad de reforzamiento mejora la precisión del responder (e.g., De Long & Wasserman, 1981; Santi & Roberts, 1985a, 1985b; Urcuioli, 1990a, 1990b)” (Flores y Bruner, 2007: 33).

Por otra parte, diversos estudios (Carpio et al., 1986; Carpio et al., 1989; Ribes y Torres, 1996; Ribes et al., 1999; Torres et al., 2003) se han desarrollado sobre la probabilidad de reforzamiento utilizando programas definidos temporalmente (o ciclos T) interesados en la correlación entre la tasa de respuestas, y precisión de las mismas, con las variaciones en la probabilidad de reforzamiento.

En los estudios revisados se manipula la probabilidad de ocurrencia de un evento que es contingente de otro, el reforzamiento, es decir, un evento posterior a la ocurrencia de una respuesta específica. Sin embargo no se encontraron antecedentes de la manipulación de la probabilidad de ocurrencia del evento anterior, esto es, responder efectivamente. Cabe mencionar que los estudios realizados a la fecha se han efectuado utilizando sujetos experimentales infrahumanos y con el procedimiento de igualación a la muestra.

En la presente investigación se manipuló la probabilidad de responder efectivamente en tareas de igualación a la muestra de segundo orden; para lograrlo era imprescindible incluir la retroalimentación, ya que mediante ésta se enfatizaba si el desempeño de los participantes, durante el entrenamiento, era efectivo o inefectivo.

Antes de revisar algunos estudios donde la variable independiente es la retroalimentación, es importante matizar que ésta consiste en poner en contacto a un individuo con las características morfológicas y funcionales de su propio desempeño ante una tarea, prueba o problema en un momento posterior a dicho desempeño. De acuerdo con Silva et al. (2014: 39):

Implica la descripción de lo que el individuo hizo, para qué lo hizo y en qué situación lo hizo, si se cumplió o no el criterio a satisfacer, e incluso mencionar las posibles variantes del desempeño del mismo que pudieron haber dado lugar al cumplimiento de criterios didácticos (v.gr., el caso de haber errado o haberse desempeñado de manera inefectiva) o las variantes de su desempeño que pudieron haber sido consideradas como inefectivas.

Esta variable es susceptible de ser manipulada de distintas maneras, según se evidencia en trabajos como el de Carpio et al. (2003), quienes evaluaron el efecto de variar el tipo de retroalimentación en el desempe-



ño efectivo de universitarios en tareas de identificación de términos metodológicos de Psicología Experimental, concluyendo que el tipo de retroalimentación afecta la ejecución y la precisión del desempeño en tareas posteriores, siendo los tipos de retroalimentación extrasituacional y transituacional los más efectivos para ello.

En un estudio anterior, Ribes y Martínez (1990) variaron la demora de retroalimentación en la ejecución de estudiantes universitarios, encontrando que la retroalimentación inmediata favorece el desempeño efectivo durante el entrenamiento, mientras que la retroalimentación demorada también favorece, pero en este caso —durante los ensayos de prueba— afirmando que la retroalimentación no sólo afecta la ejecución, sino también la precisión del responder.

Moreno et al. (1994) evaluaron el efecto del entrenamiento observacional y ambos tipos de retroalimentación (demorada e inmediata) sobre el responder verbal e instrumental en tareas de igualación a la muestra, encontrando que al retroalimentar de manera demorada la ejecución verbal es mayor, mientras que al ser la retroalimentación inmediata la ejecución instrumental es más efectiva.

En la indagación de la conducta gobernada por reglas, autores como Cepeda et al. (2008) evaluaron el efecto de las descripciones verbales (presencia o ausencia de textos a completar al final de las sesiones) y la presentación de diferentes densidades de retroalimentación (continua o intermitente) sobre las condiciones de adquisición y transferencia, tanto en el desempeño efectivo en tareas de igualación a la muestra de primer orden, como en la formulación de reglas posterior. Los resultados sugieren: 1) que el desempeño efectivo no necesariamente supone la generación de reglas precisas; 2) que otorgar retroalimentación continua favorece la velocidad de adquisición, es decir, la actualización del desempeño efectivo en tareas de esta índole, y 3) que la presentación de textos incompletos desempeña el papel de descripción instruccional, y por tal tiene efecto positivo en términos de adquisición de respuestas.

Los autores mencionados (Moreno et al., 1994; Carpio et al., 2003; Cepeda et al., 2008) comparten un supuesto descrito inicialmente por Ribes y Martínez (1990): que la retroalimentación por sí misma no supone una condición suficiente de promoción del comportamiento variado y efectivo —inteligente— (Ribes, 1990), sino que también desempeñan un papel importante las características de la situación o tarea (como factores dispocionales y situacionales) y los propios criterios de ajuste a satisfacer en la interacción.

Considerando la importancia de dichos factores que afectan tanto la dificultad de la tarea —y por tal el desempeño en la misma— como las características

de la retroalimentación —la cual va en función del desempeño del participante—, el presente estudio pretende abonar evidencia a favor de las variaciones paramétricas en las características de la tarea a realizar.

La propuesta que se presenta consiste en manipular la probabilidad de desempeñarse efectivamente ante la retroalimentación, teniendo en cuenta que dichas variaciones no sólo influyen en términos de la retroalimentación, sino también en las circunstancias bajo las cuales ésta es posible respecto a los criterios de la tarea a satisfacer. De tal forma el propósito fue evaluar el efecto de variar las probabilidades de responder de manera efectiva en tareas de igualación a la muestra de segundo orden (IMSO) ante la retroalimentación usando términos metodológicos de la Psicología.

MÉTODO

Participantes

Fueron 20 estudiantes universitarios de la carrera de Psicología que participaron en el desarrollo del presente estudio; las edades de los participantes variaron entre 19 y 23 años; fueron separados en cuatro grupos, conformados por cinco participantes cada uno. Ninguno de ellos tenía experiencia en la solución de tareas de IMSO. A cambio de su participación recibieron libros relacionados con sus materias, principalmente en las áreas de Sociales y Métodos Cuantitativos.

Materiales y escenario

El estudio se realizó en una sola sesión de casi 40 minutos en un cubículo de la Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y la Educación (UIICSE), dentro de la FES Iztacala. Las condiciones del cubículo fueron similares a las condiciones de laboratorio, con la diferencia de que se equipó para poderse llevar a cabo sesiones con cuatro participantes simultáneamente. La tarea y el registro de respuestas fue programada en SuperLab (versión 4.0). Las respuestas se efectuaron tanto con el teclado como con el ratón. Los datos fueron registrados y analizados utilizando el programa Statistica.

Tarea

Se utilizaron tareas de IMSO en cada una de las fases. Se usó un diseño AB constituido por una fase de entrenamiento (A) y una de evaluación o PT (B). Las pruebas consistieron en la presentación de dos estímulos selectores; —uno muestra y cuatro comparativos en cada arreglo—, presentándose retroalimentación en



cada uno de los ensayos de entrenamiento (según el desempeño), pero sin retroalimentación en la PT.

Diseño experimental

A cada uno de los grupos se asignó una condición experimental distinta durante la fase de entrenamiento. Los grupos —cuya diferencia radicaba en la variación de la probabilidad de desempeño efectivo durante la fase de entrenamiento (probabilidades de 0.0, 0.25, 0.5 y 1.0)— trabajaron con tareas de IMSO, entrenándose tres tipos de relaciones durante esta fase (sinonimia, inclusividad y singularidad), mientras que para la fase de evaluación se utilizaron las mismas relaciones y tres más (incompatibilidad, secuencia y pertenencia) —relaciones no entrenadas—, igualando la probabilidad de desempeño efectivo a 0.25.

Tabla 1

Condiciones experimentales a las que fueron expuestos los participantes en fases de entrenamiento y evaluación o prueba de transferencia.

| TAREA DE IGUALACIÓN A LA MUESTRA DE SEGUNDO ORDEN (IMSO) CON TÉRMINOS METODOLÓGICOS | | | | |
|---|--|--------------|--|--------------|
| Grupos | Entrenamiento | | Prueba de transferencia | |
| | Tipo de relación | Probabilidad | Tipo de relación | Probabilidad |
| G1 | | 1.0 | | |
| G2 | Sinonimia, inclusividad y singularidad | 0.5 | Sinonimia, inclusividad, singularidad, incompatibilidad, secuencia y pertenencia | 0.25 |
| G3 | | 0.25 | | |
| G4 | | 0.0 | | |

Procedimiento

Se citó a los participantes, mediante el consentimiento informado, en el cubículo en rondas de cuatro y en horarios diferentes para evitar una saturación del espacio disponible. Al inicio se explicaron las instrucciones generales de operación del programa y se les comentó que una vez terminada la tarea se levantarán en silencio y tomarán uno de los libros que estaban sobre un escritorio. Antes de iniciar con la prueba cada participante era asignado a un grupo diferente mediante una clave de usuario que permitía al programa presentar las pruebas correspondientes según el grupo. Al inicio de la prueba se les presentaban las siguientes instrucciones:

Observa los dos estímulos de la parte superior y determina lo que los relaciona (criterio). Posteriormente, usa dicho criterio para determinar cuál de los cuatro estímulos de la parte inferior (comparativos) cumple esa misma relación con el muestra (estímulo de la parte central); dale click al que consideres correcto.

Una vez leídas las instrucciones se pasó directamente a la fase de entrenamiento, tareas de IMSO cuya probabilidad de desempeño efectivo fue variada según el grupo asignado: el grupo 1 tuvo una probabilidad de 1.0, es decir, las cuatro opciones de respuesta (estímulos comparativos) cumplían con el criterio establecido por los estímulos selectores; la probabilidad del grupo 2 fue de 0.5, esto es, dos de las cuatro opciones de respuesta eran correctas; la probabilidad del grupo 3 fue de 0.25 (probabilidad típica en este tipo de tareas), en donde una de las cuatro opciones de respuesta era la correcta. Para el grupo 4 la probabilidad fue de 0.0, es decir, ninguna de las opciones de respuesta cumplía con el criterio demandado por los estímulos selectores. En la figura 1 se muestra un ejemplo de arreglo en el grupo 4.

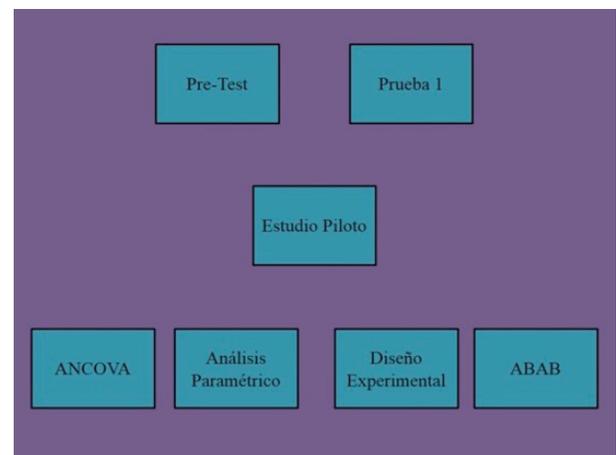


Figura 1

Ejemplo de arreglo en el grupo 4, probabilidad 0.0: ningún estímulo comparativo se ajustaba al criterio.

Los participantes recibieron retroalimentación según su desempeño, y se utilizó el mismo estímulo para todos los grupos en las dos formas: desempeño efectivo e inefectivo. A continuación se muestra el mensaje que fungía como retroalimentación según el desempeño, respectivamente:

¡CORRECTO!

Tu respuesta fue acertada, esa opción cumple con el criterio que existe entre los dos términos superiores.

¡INCORRECTO!

Tu respuesta no fue acertada, esa opción NO cumple con el criterio que existe entre los dos términos superiores.

En la figura 2 se muestra un ejemplo de arreglo en el grupo 1 (el de probabilidad 1.0) en donde se puede apreciar la característica distintiva de esta condición: todos los estímulos comparativos cumplen con el criterio observado entre los estímulos selectores, es decir, pueden ser usados como sinónimos.



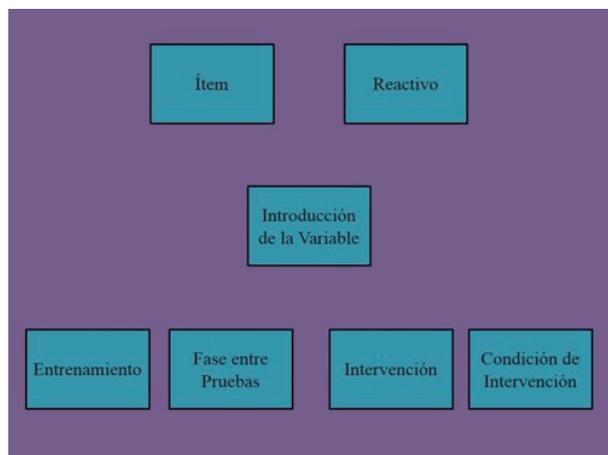


Figura 2

Ejemplo de arreglo en el grupo 1, probabilidad 1.0: todos los estímulos comparativos cumplen el criterio de equivalencia.

Una vez terminados los 30 ensayos correspondientes a la fase de entrenamiento se inició a la fase de evaluación. La variación de la tarea en la PT en relación con la efectuada durante el entrenamiento fue de tipo extrarrelacional, pues sólo cambiaron las relaciones entre estímulos establecidas durante el entrenamiento, adicionándose tres relaciones. El total de ensayos en esta fase fue de 30, de los cuales 15 fueron con relaciones entrenadas —sinonimia, inclusividad y singularidad— y los otros 15 con relaciones novedosas —incompatibilidad, secuencia y pertenencia—. Las relaciones fueron entendidas de la siguiente manera: 1) la relación de sinonimia corresponde a la identificación de los términos con su equivalente; 2) la relación de inclusividad hace referencia a los términos que se incluyen en otros con un carácter más amplio; 3) la relación de singularidad corresponde al establecimiento de semejanzas entre categorías teórica y metodológica; 4) la relación de incompatibilidad refiere a la identificación de términos antónimos; 5) la relación de secuencia corresponde a la identificación de la lógica de presentación de los apartados de un reporte de investigación, y 6) la relación de pertenencia hace referencia a la identificación entre los términos respecto a una categoría que los incluya a ambos.

Antes de iniciar esta fase, se les dio la siguiente instrucción:

Ahora que finalizaste con éxito los ensayos anteriores, y has podido identificar cuando tu desempeño es o no correcto, has de pasar a una prueba final. La dinámica es la misma; da clic en el estímulo comparativo que consideres correcto (de los cuatro que se presentaran en la parte inferior). Antes de empezar, si tienes dudas pregunta a los investigadores.

Una vez terminados los 30 ensayos en la PT se pidió a los participantes que salieran del laboratorio en

silencio, no sin antes tomar uno de los libros disponibles en correspondencia por su colaboración.

Mediciones

La propuesta que se presenta consiste en manipular la probabilidad de desempeñarse efectivamente ante la retroalimentación en tareas de IMSO usando términos metodológicos de la Psicología. Esto se logró modificando los ensayos por grupo. La variable dependiente, correspondiente al desempeño efectivo, correspondió a la contabilización de la cantidad de ensayos resueltos de manera correcta. Las respuestas eran registradas por el programa y recuperadas para su interpretación.

Análisis estadísticos

Los datos fueron registrados y analizados usando el programa Statistica. Se realizaron dos pruebas de ANOVA de un factor para identificar diferencias significativas entre grupos respecto a sus medias y varianzas, y se aplicó una prueba Tukey para comparar todas las medias para identificar con mayor precisión diferencias entre las mismas.

RESULTADOS

En la figura 3 se muestra el porcentaje de respuestas correctas en cada una de las fases de acuerdo con el grupo experimental. Se puede apreciar que dicho porcentaje durante el entrenamiento varió en función de la probabilidad de desempeño efectivo en cada grupo, teniendo así al grupo 1 ($p = 1.0$) como el que mayores respuestas correctas tuvo, al grupo 2 ($p = 0.5$) con 70%, al grupo 3 (grupo de probabilidad típica en tareas de IMSO, $p = 0.25$) con 33%, y al grupo 4 ($p = 0.0$), por las características de los arreglos experimentales, con 0% de respuestas correctas.

Asimismo se puede apreciar que durante la PT en los grupos 1 y 2 el porcentaje de respuestas correctas disminuyó de 100 a 38% en el grupo 1 y de 70 a 54% en el grupo 2, encontrándose resultados contrarios en los grupos 3 y 4, en donde el porcentaje de respuestas correctas se incrementó de 33 a 49% y de 0 a 37%, respectivamente.

Se realizaron dos pruebas de ANOVA de un factor. La primera mostró diferencias significativas durante el entrenamiento [$F(3,16) = 138.9796$; $p = 0.0000$]; una segunda ANOVA, aplicada a la PT, mostró existencia de diferencias significativas entre grupos [$F(3,16) = 4.3231$; $p = 0.0206$]. Después se aplicó una prueba Tukey a la PT, la cual mostró que los grupos 1 y 4 fueron aquellos con menos diferencia, y que el grupo 2 —respecto a los grupos 1 y 4— representó la condición de mayor diferencia.



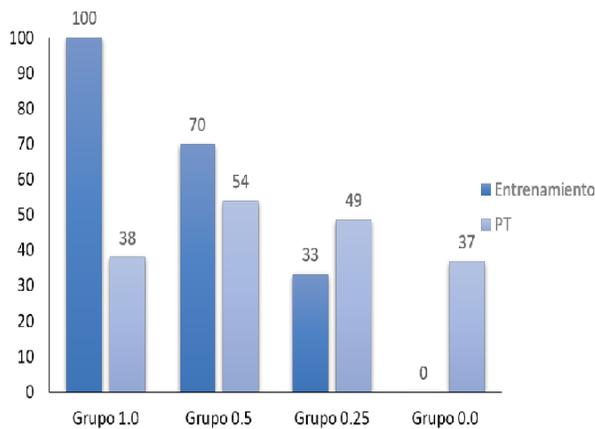


Figura 3
Porcentaje de respuestas correctas por grupos en fase de entrenamiento y en fase de evaluación (PT).

En la figura 4 se aprecia el porcentaje de respuestas correctas en la PT por tipo de relación, es decir, entrenadas o no entrenadas. Obsérvese cómo en todos los grupos (sin importar la condición de entrenamiento) las relaciones no entrenadas tuvieron mayores porcentajes, siendo el grupo 2 (probabilidad 0.5) el que mayor número de respuestas correctas tuvo (37%), y los grupos 1 y 4 (probabilidad 1.0 y 0.0, respectivamente) los que menor porcentaje de respuestas correctas obtuvieron tanto en las relaciones no entrenadas como en las entrenadas. Por su parte, el grupo 2 obtuvo el mayor porcentaje en relaciones entrenadas. Al aplicar una ANOVA de un factor a la PT se encontró que existen diferencias significativas en cuanto al desempeño en las relaciones no entrenadas [$F(3,16) = 3.7423$; $p = 0.0328$].

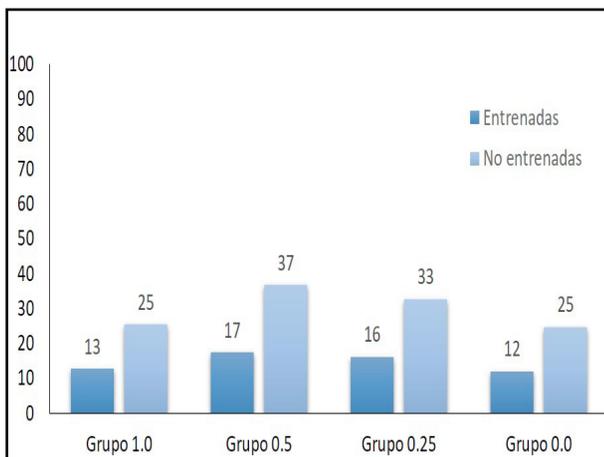


Figura 4
Porcentaje de respuestas correctas por grupo en fase de evaluación por tipo de relación: entrenadas y no entrenadas.

Una prueba de Tukey aplicada posteriormente marcó diferencias entre el grupo 2 y los grupos 1 y 4 (probabilidad de 1.0 y 0.0, respectivamente). Por su parte, en la prueba de ANOVA aplicada a las relaciones entrenadas no se encontraron diferencias significativas [$F(3,16) = 1.5105$; $p = 0.2499$]. Es necesario aclarar que ni en las pruebas de transferencia de las relaciones entrenadas ni en las no entrenadas se obtuvieron porcentajes mayores a 50%, con excepción del porcentaje total en la PT del grupo 2 (0.5), que tuvo 54%, diferencia que no es significativamente diferente al nivel de azar.

DISCUSIÓN

Coherentes con el propósito de este estudio: evaluar el efecto de variar la probabilidad de desempeñarse efectivamente ante la retroalimentación en tareas de IMSO, los resultados obtenidos permiten afirmar: 1) que son evidentes los efectos diferenciales de variar la probabilidad de responder de manera efectiva, y 2) que la interacción entre retroalimentación y desempeño es más compleja que el simple efecto sobre la frecuencia de una respuesta; por ejemplo, en el caso del aumento en la precisión de la respuesta, tal como reportan Cepeda et al. (2008) y Ribes y Martínez (1990). Como se pudo observar, las características de las tareas en términos de su dificultad, la probabilidad de desempeñarse de manera efectiva en ellas, así como la retroalimentación de su desempeño, son variables que alteran no sólo la frecuencia en el responder de manera efectiva, sino que permiten alterar la organización funcional total del episodio didáctico con que se pretende entrar en contacto de manera posterior, es decir, afecta la precisión del responder de manera efectiva (Ribes y Martínez, 1990). El aumentar la posibilidad de responder de manera errada o efectiva (grupos 3 y 4), y la retroalimentación de dichos desempeños parece ser una condición que aumenta las probabilidades de desempeñarse de manera efectiva en tareas posteriores.

Este resultado permite suponer que el error debe ser visto como condición necesaria para el aprendizaje y no como impedimento de éste, ya que muchas de las veces —en los escenarios de la vida cotidiana y académica— los individuos se enfrentan a problemas diversos, que pueden ser solucionados de manera particular, pero que fracasan en su intento por solucionarlos, es decir, se equivocan. Además de que en estos escenarios también existen otros individuos que se encargan de enfatizar la equivocación en que se ha incurrido. No obstante, esto genera un tipo de experiencia que posteriormente permite a los individuos enfrentarse a problemas semejantes y solucionarlos.



Retomando lo anterior (el error como condición necesaria para el aprendizaje), en el marco de la ciencia psicológica esta práctica puede caracterizarse por su asimetría en términos de las habilidades y competencias necesarias para su avance. Este estudio permite afirmar que involucrar a los estudiantes en tareas que impliquen un esfuerzo intelectual mínimo (cualquier respuesta correcta, probabilidad 1.0) o en tareas que impliquen un máximo esfuerzo intelectual (sin posibilidad de respuestas correctas, probabilidad 0.0), y hacerlos entrar en contacto con su desempeño, tienen el mismo efecto en pruebas posteriores, por lo que una tarea que pretenda la promoción de comportamiento variado y efectivo en los estudiantes podría planearse en las condiciones del grupo 2 que, de manera general, fue el grupo que mejores resultados obtuvo. Hace falta más evidencia para poder afirmar un resultado contrario a lo esperado en este estudio: el entrenamiento no fungió como condición de facilitación del desempeño efectivo en pruebas posteriores; antes bien, lo limitó u obstaculizó. Evidencia de ello es el haber sido las relaciones entrenadas durante dicha fase las que, en la PT, tuvieron niveles menores, por debajo de 17%, no siendo dicho porcentaje equiparado al más bajo en las relaciones no entrenadas (25%). Si bien en éstas el resultado más alto sigue siendo mayor en el grupo 2 (en términos de porcentajes), la diferencia en relación con los obtenidos por otros grupos no es significativa.

CONCLUSIONES

Se menciona la modalidad de los estímulos usados en estas tareas como posible variable que afectó de manera radical los resultados obtenidos en PT, notando que mientras en este estudio se usaron términos metodológicos de la práctica científica en Psicología, en otros estudios se han usado figuras con colores y formas como propiedad funcionalmente relevante para la igualación (Silva et al., 2005; Guerrero y Ortiz, 2007), propiedades textuales y gramaticales de las palabras empleadas (Varela y Linares, 2002) o estímulos pictóricos (Rodríguez et al., 2011).

Los resultados permiten suponer que el desempeño efectivo de los participantes en el entrenamiento no fue modulado sólo por el tipo de consecuencias a que fueron expuestos, que como se dijo dependía de la probabilidad de responder correctamente. Esto permite fortalecer lo documentado por algunos de los autores citados en la introducción: retroalimentar el desempeño de los estudiantes, por sí mismo, no es causa suficiente para garantizar su mejor desempeño en situaciones futuras, siendo las características de la situación de en-

señanza-aprendizaje, y los mismos criterios educativos, elementos relevantes para el ajuste conductual.

Una suposición posterior derivada de las observaciones durante el estudio es que, al parecer, el valor funcional de las consecuencias se define también por lo que el participante se dice acerca de sus aciertos o errores. Esta última suposición permitiría entender cómo los participantes del grupo en que no hubo una consecuencia positiva —porque la probabilidad de responder correctamente fue nula— se desempeñaron con cierta efectividad en la prueba de transferencia. Aunque el equipo de investigación recogió testimonios que fortalecen esta suposición, su registro no fue sistemático, circunstancia que podría alentar investigaciones en esta dirección: estudios sobre la posibilidad de aprender con base en los errores y no en los aciertos. Además, se propone el estudio de la variación paramétrica de las probabilidades de retroalimentar el desempeño ante tareas de IMSO con diferentes estímulos, así como su estudio en tareas diferentes a las aquí usadas.

REFERENCIAS

- Carpio, C., Gonzáles, R. & Ribes, E. (1986). Probabilidad de reforzamiento y su señalización en un programa definido temporalmente. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 12(2), 89-104.
- Carpio, C., Pacheco, V., Ambriz, G. & Ribes, E. (1989). Efectos de la probabilidad y magnitud de reforzamiento en un programa temporal con distintos requisitos de respuesta. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 15(1), 55-87.
- Carpio, C., Pacheco, V., Carranza, N., Flores, C. & Canales, C. (2003). Tipos de retroalimentación en el aprendizaje de términos metodológicos de la psicología experimental. *Anales de psicología*, 19(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16701910>
- Cepeda, M., López, A., Moreno, D., Plancarte, P., Arroyo, R. & Hickman, H. (2008). Efectos de las descripciones y el reforzamiento sobre la generación de reglas. *Universitas Psychologica*, 8(2). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v8n2/v8n2a06>
- Flores, C. & Bruner, C. (2007). Efectos de diferentes probabilidades de reforzamiento sobre la precisión de palomas en tareas de igualación a la muestra: alargando la duración del intervalo entre reforzadores. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 33(1), 31-41.
- Guerrero, A. & Ortiz, G. (2007). El papel de la retroalimentación y la ausencia o presencia de instrucciones en la elaboración de descripciones en tareas de discriminación condicional. *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (1). Recuperado de <http://repositorio.ucatolica.edu.co:8080/handle/10983/508>
- Moreno, D., Ribes, E. & Martínez, C. (1994). Evaluación experimental de la interacción entre el tipo de pruebas de transferencia y la retroalimentación en una tarea de discriminación condicional bajo aprendizaje



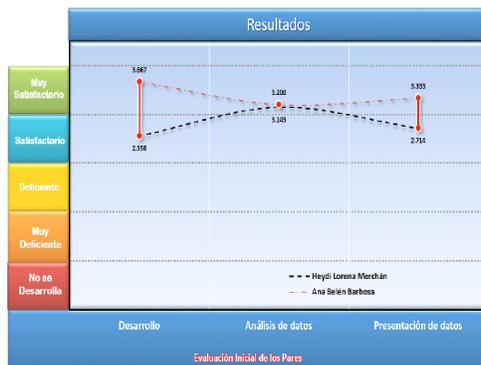
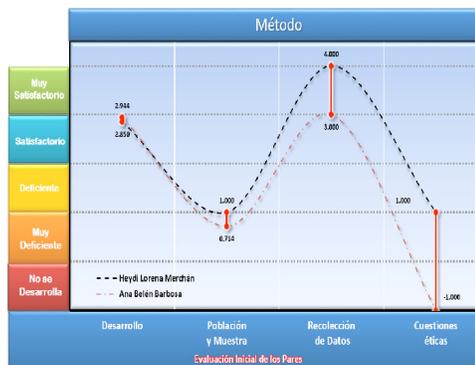
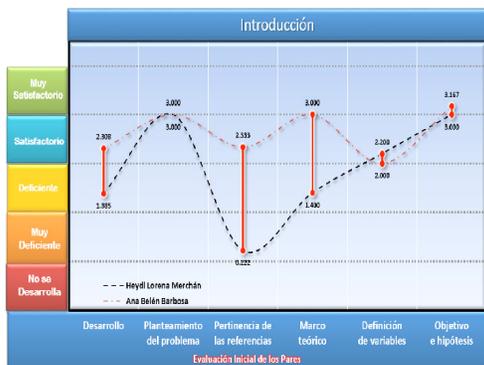
- observacional. *Revista Latina de Pensamiento y Lenguaje*, 2(2), 245-286.
- Ribes, E. (1990). *Psicología General*. México: Trillas
- Ribes, E. & Martínez, H. (1990). Interaction of Contingencies and Rule Instructions in the Performance of Human Subjects in Conditional Discrimination. *The Psychological Record*, 40, 565-586.
- Ribes, E., Ontiveros, S., Torres, C., Calderón, G., Carvajal, J., Martínez, C. & Vargas, I. (2004). La igualación de la muestra como selección de los estímulos de segundo orden: Efectos de dos procedimientos. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 31(1), 1-22.
- Ribes, E. & Torres, C. (1996). Efectos de la variación en la probabilidad de reforzamiento correlacionada con dos estímulos neutros en un programa definido temporalmente. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 22(1), 41-78.
- Ribes, E., Torres, C. & Piña, J. (1999). Comparación de los efectos de la presencia y ausencia de estímulos diferenciales en dos programas temporales con probabilidades variantes igualadas. *Acta Comportamental*, 7(1), 5-29.
- Rodríguez, M., Ribes, E., Valencia, L. & González, L. (2011). Efecto de un entrenamiento observacional con descripciones en la transferencia extradimensional. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 37(2), 155-175.
- Silva, H., Arroyo, A., Carpio, C., Irigoyen, J. & Jiménez, M. (2005). Teoría del desarrollo y comportamiento creativo: algunas evidencias experimentales. En Carpio, C. e Irigoyen, J. (coord.), *Psicología y Educación. Aportes desde la teoría de la conducta* (pp. 51-65). México: UNAM-FESI.
- Silva, H., Morales, G., Pacheco, V., Camacho, A., Garduño, H. & Carpio, C. (2014). Didáctica como conducta: una propuesta para la descripción de las habilidades de enseñanza. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 40(3), 32-46. Recuperado de <http://rmac-mx.org/didactica-como-conducta-una-propuesta-para-la-descripcion-de-las-habilidades-de-ensenanza/>
- Torres, C., Ribes, E. & Mayoral, A. (2003). Efectos de probabilidades complementarias y contrastadas de reforzamiento con y sin señalización en programas temporales. *Acta Comportamental*, 11(2), 130-149.
- Trigo, E. & Martínez, H. (1994). Diseños y procedimientos de validación en la psicología interconductual: Discriminación condicional y estrategias longitudinales. *Revista Mexicana de la Conducta*, 20(1), 67-82.
- Valero, L., & Luciano, M. (1997). Discriminación condicional en niños: Los efectos de contingencias diferenciales de reforzamiento/tiempo fuera. *Psicothema*, 9(3), 599-608. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/130.pdf>
- Varela, J. & Linares, G. (2002). La transferencia basada en la morfología del objeto de estímulo o en las propiedades textuales. *Acta Comportamental*, 10(1), 87-103. Recuperado de <http://www.journals.unam.mx/index.php/acom/article/view/14624>



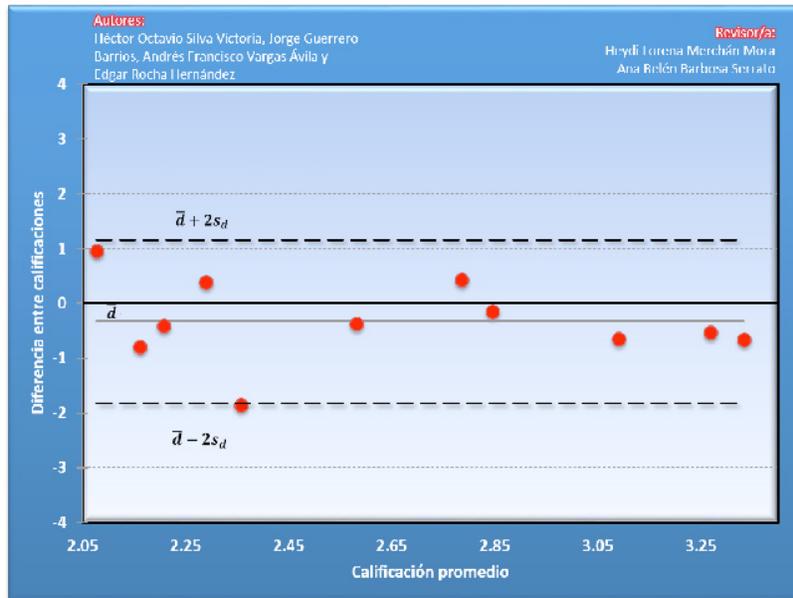


DIMENSIÓN CUANTITATIVA

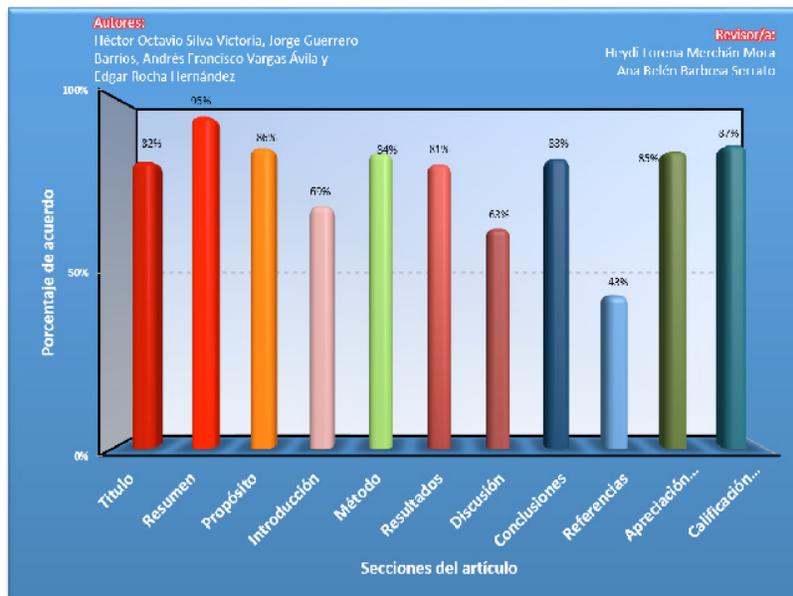
Perfil de Evaluación entre pares



Índice de Concordancia



Índice de Acuerdo



DIMENSIÓN CUALITATIVA

| Revisor 1 | Revisor 2 |
|--|---|
| Heidy Lorena Merchán Moya | Ana Belén Barbosa |
| Título/Autoría | |
| Describir en términos del efecto de la variable independiente desde el inicio del título. | El título es demasiado general, supongo que tiene que ver con la limitación en el número de palabras. Además a mi modo de ver, una variable sobra. |
| Resumen | |
| Cambiar algunas palabras clave, como variaciones paramétricas y términos metodológicos. Describir los resultados en términos de las diferencias encontradas en las pruebas estadísticas. | Considero que la conclusión reportada en el resumen no se deriva de los resultados |
| Próposito del Estudio | |
| Mejorar la discusión, por lo tanto se deben incluir más estudios empíricos que sustenten las inferencias hechas a partir de los resultados encontrados. | El propósito sugiere evaluar el efecto de dos variables independientes, pero en el trascurso del manuscrito se evidencia que solo se manipula sistemáticamente una. |
| Introducción | |
| Mejorar la revisión empírica, así como la teórica, no se citan estudios en términos empíricos, esto puede ayudar a justificar de manera mas explícita las variables manipuladas en el estudio. Mejorar las hipótesis, hacerlas evidentes en términos de las diferencias entre los grupos y el entrenamiento manipulado. | Recomiendo revisar nuevamente las variables que pretendían manipular y la contrasten con el procedimiento. No hay formulación de hipótesis pero se justifica por la tradición del área de investigación, se habla mas bien de resultados esperados. |
| Método | |
| No se hace explícito si se utilizó o no el consentimiento informado, incluir. Falta desarrollo en el procedimiento, condiciones ambientales de laboratorio, etc, mejorar redacción en este apartado. No se garantiza control experimental, en la medida que no se hace una línea de base, la cual pueda fungir como medida de comparación en la etapa de prueba. Se menciona sistemáticamente una prueba de transferencia sin hacer explícito cual de tantas es. | No hubo una preprueba, y es importante para conocer el desempeño inicial del participante y/o reconocer algún sesgo del participante. El procedimiento no está completamente desarrollado, no se especifica claramente en que consiste la tarea en entrenamiento y prueba de transferencia. |



| Revisor 1 | Revisor 2 |
|---|---|
| Resultados | |
| Mejorar las conclusiones de los resultados, esto apoyándose con estudios previos a nivel empírico. Justificar el objetivo de los análisis estadísticos. | Las gráficas empleadas para mostrar los resultados son sencillas y fáciles de comprender. |
| Discusión | |
| Se recomienda incluir estudios empíricos que permitan contrastar los resultados encontrados. En varias partes de este apartado falta citar. | La discusión se puede enriquecer con comparaciones con estudios antecedentes e implicaciones de los resultados. |
| Conclusiones | |
| Igual, la discusión sería mas sustanciosa si se incluye más autores y estudios. | Los resultados no son contundentes para alguna de las conclusiones que mencionan. |
| Referencias | |
| Revisar todas las referencias, adecuar el formato APA | Complementar los antecedentes del problema a investigar, |





<http://dx.doi.org/10.22402/j.rdipecs.unam.2.2.2016.66.204-222>

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
FES Iztacala, UNAM
México

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 de campo, reflexión colectiva de la experiencia, asesoría individual, entrevista a las madres, autorreflexión y pláticas informales con el personal. El objetivo fue reflexionar interpretativamente nuestra experiencia de 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 de manera favorable en la salud de los pacientes y sus familias, de modo simultáneo enfrentamos condiciones que la obstaculizaron.

Palabras Clave:

Complejidad, formación profesional, hospital, psicólogos, dimensiones

REFLEXION OF A FORMATIVE EXPERIENCE OF PSYCHOLOGISTS IN A HOSPITAL FROM THE COMPLEXITY

ABSTRACT

We introduce the reflexion 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.

Keywords:

Narratives, humanization, health care, health services transformation

BITÁCORA DEL ARTÍCULO:

| Recibido: 3 de Febrero de 2016 | Aceptado: 3 de Marzo de 2016 | Publicado en línea: Julio-Diciembre de 2016 |

AUTORÍA Y DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL

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



Carolina Rosete-Sánchez
FES Iztacala, UNAM
Correo: tesiscarolina@hotmail.com

Profesora Titular A Definitiva de Tiempo Completo en el Área de Educación Especial y Rehabilitación, de la Carrera de Psicología. De la FES Iztacala UNAM

[Ver más...](#)



Liliana Molina-Zozoaga
FES Iztacala, UNAM
Correo: lilianamolina@live.com

Profesora de Asignatura "A" en la carrera de Psicología de la FES Iztacala, UNAM. en el área de Educación Especial y Rehabilitación.

[Ver más...](#)

CONTRIBUCIÓN DE LAS AUTORAS

La Mtra. Carolina Rosete Sánchez y Liliana Molina Zozoaga estuvieron a cargo de la negociación para la incorporación de los psicólogos al ámbito hospitalario, diseño y planeación de las actividades de los psicólogos y obtención de los datos. | En conjunto las tres autoras realizaron el análisis de los resultados, las reflexiones teóricas y metodológicas, la redacción total del trabajo y las correcciones y ajustes correspondiente

AGRADECIMIENTOS

A la FES Iztacala la institución para la que laboramos como docentes e investigadoras, la que respalda y ofreció la posibilidad de realizar esta investigación y este trabajo que presentamos.

DATOS DE FILIACIÓN DE LAS AUTORAS

FES Iztacala, UNAM.



Copyright: © 2016 Rosete, C., Molina, L. & Campos, M. A.

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial -CompartirIgual 4.0 Internacional](#), por lo que su contenido gráfico y escrito se puede compartir, copiar y redistribuir total o parcialmente sin necesidad de permiso expreso de sus autoras con la única condición de que no se puede usar con fines directamente comerciales y los términos legales de cualquier trabajo derivado deben ser los mismos que se expresan en la presente declaración. La única condición es que se cite la fuente con referencia a la [Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social](#) y a sus autoras.



TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 4 |
| MARCO TEÓRICO | 5 |
| MÉTODO | 8 |
| Materiales, 8 | |
| Procedimiento, 9 | |
| Escenario (dimensión topográfica), 9 | |
| RESULTADOS | 9 |
| Espacios de trabajo, 10 | |
| Contextualización multidimensional Funciones profesionales. Detección y canalización., 10 | |
| a) Consultorio de la clínica, 10 | |
| b) Hospital, 11 | |
| Evaluación e intervención, 12 | |
| b) Taller de psicoprofilaxis, 14 | |
| c) Taller de afrontamiento para padres, 14 | |
| DISCUSIÓN | 16 |
| CONCLUSIONES | 17 |
| REFERENCIAS | 18 |



INTRODUCCIÓN

Este trabajo inicia caracterizando las dimensiones histórico-culturales y sociales del trabajo en los hospitales, mismo que nos proporciona el marco contextual donde 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 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. El concepto "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 después como respuesta a las necesidades de formación y docencia de dichos profesionales. De esta manera el hospital empezó 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: universalismo, objetividad y neutralidad afectiva en las relaciones humanas, y por último 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 exocausalidad, 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 pacien-

te. 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 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 ésta 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 quienes reciben el servicio, y sin embargo por lo general 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 donde confluyen múltiples dimensiones, las cuales se entretajan de diversas formas, dando lugar a relaciones heterogéneas en las que el poder desempeña un papel preponderante.

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

En 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 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 elementos: el niño, la enfermedad, la familia y el ambiente. El modelo tiene como propósito vencer las limitaciones del modelo tradicional, monodisciplinar, atender las demandas pediátricas considerando los conocimientos psicológicos y ampliar 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, investigación, y al manejo terapéutico de las manifestaciones psicológicas de la enfermedad orgánica. Todas ellas funciones profesionales del psicólogo, que en este estudio se analizaron, 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 el 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 la 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 determinar qué método o diseño es más apropiado para responder 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 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.

De forma más acelerada que en otros servicios, en la pediatría 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 poder desarrollarlas. 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 de manera simultánea 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). Es necesario 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 en 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 y económicas, entre otras). Los esfuerzos se dirigen a la atención de los síntomas, sin considerar el estilo de vida de los pacientes (contexto), en que se puede intervenir para realizar acciones correctivas y/o preventivas. Por lo señalado, y dado que es necesario indagar acerca de la incorporación del psicólogo al ámbito hospitalario y su formación profesional, es que proponemos un planteamiento epistemológico distinto al tradicional —como el paradigma de la complejidad— desde el cual dar cuenta de cómo transcurre este proceso.

MARCO TEÓRICO

Morin (2004) afirma que hemos creído que el conocimiento tenía un punto de partida y un término; hoy se reconoce que el conocimiento es una aventura en espiral con 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 regresar 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: 1) el nivel empírico en el que —gracias a las verificaciones mediante observaciones y experimentaciones múltiples— se extraían datos objetivos, y sobre dichos datos se inducían teorías que se pensaba “reflejaban” lo real, y 2) el nivel teórico, en el cual esas



teorías se fundaban sobre la coherencia lógica y así instauraban su verdad los sistemas de ideas. Teníamos entonces dos tronos: el de la realidad empírica y el 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 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, etcétera; hay que eliminar esos problemas. En efecto, es necesario darse cuenta de que es una tarea muy ardua y que no es 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, etcétera, 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 lo suficiente 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, desafortunadamente, es que no existe llave maestra alguna (Gairín, 2012). Con esta mirada plural es que reflexionamos acerca de 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 y equilibrio-desequilibrio, entre otros (Morin, 1999a, 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 bio-

lógico, 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, etcétera— 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 —biofísicos, psicoemocionales, psicosociales y socioculturales— integrados en un sistema o un 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, en el paradigma de la complejidad se opone 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 que se cambie el pensamiento de la simplificación por un pensamiento desde la complejidad; se denomina pensamiento complejo al que pretende 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 tiene 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 de Le Centre International de Recherches et Études Transdisciplinaires (Centro Internacional de Investigaciones y Estudios Transdisciplinarios, CIRET), fundado en 1987, que tiene como propósito fortalecer el diálogo entre diferentes especialistas de distintos campos disciplinares de la educación, precisa: transdisciplinariedad es lo 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 cocimiento. 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 cuanto a 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: 1) el de no reducción; 2) la lógica del tercero incluido (principio de inclusión), y 3) el análisis sistémico que se interesa por dicha complejidad dinámica. En síntesis, la visión transdisciplinaria tiene como objetivo generar un sistema de conocimiento unificado y multidimensional en torno a una unidad organizada: el hombre y el universo.

Desde hace algunos años en la FES-Iztacala 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 denominamos "siendo humana(o)". Permeable a la interacción con los otros, participe del proceso que

quiere conocer, con sus conceptos, prejuicios y experiencia; al respecto véase Lara (2008, 2012), Alcaraz, (2012) y Rosete (2006, 2008), entre otros. Entendemos la multidimensionalidad como una metacategoría 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 de manera simultánea 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 torna 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 manera que el ejercicio de la metaobservación nos permitió que estudiantes y docentes elaboráramos la contextualización multidimensional que presentamos en este trabajo.

Considerando 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?, y 2) ¿es posible, empleando una metodología cualitativa, educar la mirada multidimensional de los estudiantes a través de la metaobservación?



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 FES-Iztacala, UNAM, ha sido que la formación profesional de los estudiantes se dé en los ámbitos de ejercicio profesional del psicólogo, de modo que se pongan en contacto con las necesidades sociales que atenderán una vez egresados de la Facultad (Ribes et al., 1980). En este caso los ámbitos para la formación de estudiantes de psicología de quinto y sexto semestres 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 consideran como objetivos generales de la formación profesional: 1) 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; 2) diseñar estrategias de intervención para los padres derechohabientes de los niños detectados, acordes a las características del proceso psicológico, familiar, escolar y comunitario, y 3) aprovechar al máximo los recursos humanos y materiales para estimular el desarrollo de los niños.

Por último, se consideraron 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 y foniatras, entre otros; 3) evaluación, planeación e intervención de casos con NEE detectados; 4) cumplir con los objetivos y actividades especificados en este programa, y 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, 1999a, b, 2004; 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 y después integrarlas 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 (cit. 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 la utilización del conocimiento se subordinan al objetivo fundamental de mejorar la práctica.

Según Sandini (2003), las características de la investigación-acción son: 1) implica la transformación y mejora de una realidad, en este caso la atención hospitalaria; 2) parte de la práctica, de problemas prácticos; 3) es una investigación que implica la colaboración de las personas, en este caso especialistas de la salud; 4) implica una reflexión sistemática en la acción; 5) 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; 6) el elemento de “formación” es esencial y fundamental en el proceso de investigación-acción, de todos los involucrados, y 7) 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 consideró 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 también se denomina “hoja de compromiso”, informe de servicio de urgencia de atención primaria (SUAP), que era el concentrado de las actividades realizadas 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 informa 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; 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 dos horas, 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—, acerca de la atención psicológica de los casos detectados y canalizados en conjunto con el personal del hospital; 6) entrevistas a las madres respecto al impacto del trabajo psicológico de los estudiantes con los niños; 7) pláticas informales con los profesionales de la salud involucrados, y 8) diseño e implementación de estrategias de intervención para niños y madres.

Tabla 1.

Funciones profesionales y espacios de trabajo.

| HOSPITAL | | |
|--|---|---|
| DETECCIÓN DE NIÑOS | EVALUACIÓN DE DIAGNÓSTICO | PLANEACIÓN Y DISEÑO DE ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO |
| 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. |
| Trabajo con padres. | Entrevista e historia de vida. | Taller terapia de afrontamiento. |
| <i>Se indican las funciones profesionales realizadas por los psicólogos en formación: detección, evaluación, planeación y diseño de intervención realizadas en la clínica y espacios del hospital.</i> | | |
| CLÍNICA | | |
| DETECCIÓN DE NIÑOS | EVALUACIÓN DE DIAGNÓSTICO | PLANEACIÓN Y DISEÑO DE ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO |
| Detección de madres embarazadas. | Promoción para la participación en el taller de psicoprofilaxis perinatal. Realización de la historia de vida. | Taller de psicoprofilaxis perinatal. |
| Detección de niños con NEE. | Evaluación de los casos con NEE a través de diferentes estrategias. | Taller de estimulación temprana. Terapia de lenguaje y/o aprendizaje. |
| <i>Se indican las funciones profesionales realizadas por los psicólogos en formación: detección, evaluación, planeación y diseño de intervención realizadas en la clínica y espacios del hospital.</i> | | |



Escenario (dimensión topográfica)

El ISSEMyM es un Hospital General Regional. Servicios que proporciona: atención en las especialidades de ginecología, neonatología, pediatría, foniatría, psicología, rehabilitación y lactancia, entre otros; cuenta también con el servicio de atención en urgencias. La clínica familiar ofrece 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 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 la elaboración de las notas de campo (observación reflexiva de sus acciones), asesorías individuales y sesiones de trabajo colectivo en las que ejercitamos las meta-observaciones 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 alemana, 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.

Espacios de trabajo

Dimensión topográfica.

Los espacios en que se trabajó fueron: cinco consultorios correspondientes a pediatría, psicología, lactancia, rehabilitación y foniatría, equipados de acuerdo con la especialidad. La ludoteca, que era un espacio amplio, con colchonetas, cinco 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 con 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 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 ellos proporcionarían— que se planearon en el servicio de psicología.

En la clínica familiar contamos con un consultorio; en este espacio se realizaban las funciones de detección y evaluación de madres embarazadas, además de niños con NEE; su participación también era de forma rotativa, de modo 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 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 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; conforme transcurrió el tiempo esta dificultad desapareció.

Dimensión topográfica

La detección de pacientes se realizó también en los pasillos y salas de espera del hospital y de la clínica.



a) Consultorio de la clínica

Actividades realizadas

1) 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; 2) 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, y 3) evaluación del desarrollo y de problemas emocionales a niños menores de cinco 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 indicaron 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. En un principio el trabajo colaborativo con las enfermeras y Trabajo Social se reportó con una actitud amable y con mucha disposición; al pasar las semanas esto pareció disminuir.

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 mujeres embarazadas se presentaron varias dificultades: 1) algunas madres no se encontraban en el horario en que se les llamaba; 2) algunos números telefónicos al parecer estaban equivocados, otros estaban fuera de servicio y no fue posible comunicarse con dichas 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 uno o dos niños, de acuerdo con la disponibilidad de tiempo de la madre y con el horario que cada estudiante tenía disponible para la atención psicológica. Las funciones de evaluación, planeación e intervención fueron realizadas por cada estudiante de acuerdo con 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 y problemas de tabaquismo, entre otras. Esta fue una de las especialidades que canalizó a más niños con los psicólogos; dichos niños presentaban problemas de lenguaje, de aprendizaje y déficit de atención con hiperactividad, dificultades de conducta y agresividad.

Cuando no tenía pacientes programados, el psicólogo del hospital se dedicaba a orientar a los estudiantes respecto al enfoque clínico psicoanalítico que él profesaba, así como acerca de los instrumentos que usaba, de 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, 10a. versión). El que el psicólogo se identificara como psicoanalista y al mismo tiempo usara herramientas de otras corrientes psicológicas nos pareció paradójico, pero permitió generar 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 pediatras aceptaron —amable y cortésmente— la presencia de los psicólogos, 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 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 ocasiones los pediatras no llegaban en el horario estipulado, lo que 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 Foniatría 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 transdisciplinario 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 potencia-

les 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.



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 donde 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 permanecían en la sala de espera, con los que se continuaba el trabajo individual, mientras los padres se quedaban en la ludoteca, donde se hacían sesiones de relajación o de taller de afrontamiento.

Se canalizaron al taller de estimulación temprana 33 casos; 11 acudieron sólo a dos o tres sesiones; los 21 restantes asistieron regularmente a sus citas, las cuales fueron en su mayoría dos veces por semanas. Sólo se atendieron a dos niños cuatro días a la semana.

Dimensión histórica

Uno de los niños 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, tres tenían menos de un año de edad (dos meses, cuatro meses y un año); tres tenían de uno a dos años; siete entre tres y cinco años, y ocho niños entre seis y nueve 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, fueron atendidos 14 niños con problemas en el desarrollo motor, del habla, de lenguaje, escolar y trastornos generalizados, 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 —para ampliar la contextualización multidimensional de cada caso— hacer la historia de vida de las madres.

En la columna de la derecha se indican las estrategias generales que se emplearon; como ya se dijo, las características de las estrategias de intervención son individuales, de acuerdo con la edad del niño, con las características de su contexto interno (condición orgánica) y con 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 cierto 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, 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 también nombraba “Hoja de compromiso”, la cual tiene impresa la leyenda “Gobierno que cumple”, y 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 realizadas por todos y cada uno de los psicólogos.



Tabla 2.
Trastornos de acuerdo con el CIE 10 y estrategias de intervención

| TRASTORNOS DEL DESARROLLO | NIÑOS | ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN |
|---|-------|---|
| F80 Trastornos del desarrollo del habla y el lenguaje. | 5 | EM, MO y ejercicios de articulación y lenguaje a través de juegos. |
| F81 Trastornos en el desarrollo de habilidades escolares. | 3 | EMTMC, Ecl y ejercicios académicos de lectura y matemáticas. |
| F82 Trastornos en el desarrollo de la función motora. | 3 | TF, EV, M, EM, MO, y en un caso hidroterapia. |
| F84 Trastorno generalizado del desarrollo. | 3 | TF, EV, M, EM, MO y en un caso hidroterapia. |
| F90 Trastornos de hiperactividad. | 2 | EM, S, TMC. Reconocimiento y manejo de las emociones, ejercicios de respiración y manejo de la seguridad en sí mismo. |
| F91 Trastornos de conducta. | 3 | EM, EV, S, TMC y actividades lúdicas. |
| F92 Trastornos de conducta y emocionales. | 6 | STMC. 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 | EM, S, TMC. Reconocimiento y manejo de las emociones, ejercicios de respiración y manejo de la seguridad en sí mismo. |

Se muestra el número de niños atendidos en cada categoría del CIE 10 y las estrategias empleadas. Abreviaturas: TF (terapia física), EV (estimulación vestibular), M (masoterapia), EM (estimulación multisensorial), MO (masaje oro-facial), S (socialización), TMC (técnicas de modificación de conducta) —como economía de fichas, sobrecorrección, reforzamiento social, y Ecl (ejercicios de comprensión de lectura). Véase detalles en Rosete (2015).

El impacto de la intervención en los casos atendidos fue positivo para el desarrollo de los niños; en pocas sesiones los más pequeños mostraron avances: empezaron a sostener su cabeza, otros a sentarse, a orientar su mirada y seguir objetos, manipularlos, y otros 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 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 respecto 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 se obtiene su consentimiento informado, se procederá 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, y 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 postparto —dimensiones cultural e histórica, entre otras—; 9) lactancia y ablactación, y 10) métodos anticonceptivos.

La implementación del taller presentó varias dificultades: 1) debido a que era su horario de trabajo, algunas madres no se encontraban en el hospital cuando estábamos ahí, y 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 únicamente acudió una joven de 24 años de edad con cinco meses de embarazo; una de las psicólogas inició el taller con una breve introducción acerca de lo que era la psicoprofilaxis, para después realizar ejercicios de respiración para lograr la relajación.

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

Las dificultades encontradas en el hospital para la implementación de este taller nos lleva 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 plantear las siguientes recomendaciones: 1) que los médicos de consulta externa citen a las pacientes embarazadas obligatoriamente cada mes; 2) que 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; véase 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 como 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 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 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 (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.

Objetivos del taller de afrontamiento

1) De acuerdo con las características de los padres, diseñar un taller para trabajar aspectos como etiología de la condición de su hijo, desarrollo esperado, superación del duelo, significados sociales de las NEE, su impacto en la familia y aceptación de su hijo, entre otros.

2) Las sesiones de trabajo en este aspecto fueron individuales o grupales.

Temáticas planteadas

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) contactando con las emociones: tristeza; 7) contactando con las emociones: amor; 8) contactando con las emociones: enojo; 9) contactando con las emociones: miedo, y 10) cierre.

Se realizaron siete sesiones del taller, a las que acudieron en promedio seis mamás, algunas del pabellón y otros padres y madres de los niños que se atendían en el taller de estimulación temprana. Después de tratar el tema, en algunas ocasiones se les daba 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; aportaron 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) No hay culpables, sólo 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 tanto su esposo o sus familiares no las apoyaban, 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 dichas situaciones, y que no son culpables sino que son situaciones desfavorables, las madres agradecieron el apoyo que se les estaba brindando en el servicio, manifestando comentarios como: “considero que esto no sólo ayuda a los niños, sino también a nosotras, pues somos quienes los cuidan, y el avance que veo en mi hijo es muy bueno; me siento muy a gusto con el trabajo que hacen”; “he visto que mi hija ha avanzado, y estoy muy muy agradecida con ustedes; de verdad díselo a tus compañeros; el trabajo que haces es muy bueno, y por eso tenemos muy buenos resultados con nuestros niños”, y “aquí ustedes me han enseñado mucho, y 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.

3) 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.

4) 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.

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 mo-

mentos 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 manifestaron un poco de llanto y tristeza en su rostro; sin embargo, ninguno de los padres hizo referencia a esa emoción; sólo dijeron haberse imaginado un área verde y sentido mucha paz.

Las sesiones 7) Contactando con las emociones: miedo; 8) Contactando con las emociones: enojo; 9) Contactando con las emociones: amor, y 10) 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 se pudo 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, incontrolabilidad 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 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 decisiones; los



resultados del proceso de incorporación de los psicólogos ofrecen múltiples ejemplos.

Como se pudo verificar 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 profesionales: enfermeras, familiares de los enfermos y los enfermos mismos. Después se estableció el trabajo transdisciplinar de acuerdo con Anes et al. (1996): diálogo teórico-práctico entre los psicólogos y los 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 de 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 a los efectos del trabajo de los psicólogos en la atención de los niños; interés de los pediatras por el trabajo realizado por los psicólogos, al solicitar compartir con sus estudiantes de medicina las actividades realizadas 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". Como se ha señalado, este trabajo transdisciplinar apareció de manera diferenciada entre el personal.

Sin embargo, independientemente de los fructíferos y óptimos resultados obtenidos por los psicólogos —en los escenarios en que se les permitió intervenir—, decidieron, desde ese lugar privilegiado de poder en 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 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 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 objeto de su intervención) del contexto en 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 complicado 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, así como 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 considerado en el proceso de atención hospitalaria, como lo son quienes acompañan a los enfermos. Dicha intervención generó favorables resultados, como lo reportaron los participantes, lo que consideramos una de las mayores aportaciones del estudio.

Los resultados permitieron identificar 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 tener la capacitación necesaria. Con el área de rehabilitación y algunos pediatras, la dificultad radicó en su apego a la normatividad hospitalaria y a sus concepciones 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 éstas 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; esto llevó a que se dejara 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 concepciones y acciones rígidas, unidimensionales —características de la visión de la simplificación— impidieron la concreción del trabajo transdisciplinar que exige una mirada que permita percibir, pensar y valorar la realidad compleja, reconociendo que los procesos de salud se conforman por dimensiones biofísicas, psicoemocionales,



psicosociales y socioculturales integradas en un sistema o todo organizado.

Ante la situación encontrada, se considera 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 que el psicólogo pueda contribuir de manera más amplia, integral, profundidad y crítica a la detección, prevención y atención de los pacientes, considerando 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 sólo los síntomas y tengan en cuenta el sinnúmero de dimensiones involucradas.

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

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 tuvo 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 fonoaudiólogas, que impactaron de modo favorable 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.

1) Topográfica. Permitted situar a los estudiantes en múltiples espacios de trabajo: consultorios, ludoteca, etcétera.

2) Histórica. Mostró la trayectoria del poder hegemónico de los médicos y 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.

3) Técnico-profesional. Articulada con las funciones de especialistas, personal de apoyo y psicólogos.

4) Perceptivo-emocional. 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.

5) Formación profesional. Permitted constatar cómo cumplieron con la detección, planeación e intervención.

6) Técnico-administrativa. Implicó integrarse a la dinámica administrativa, asistir a pláticas y llenar los formatos oficiales, lo que conllevó a disciplinarse con la entrega de formatos de productividad, de clasificación de los niños y reporte de su trabajo.

7) “Demanda de los pacientes”. Permitted conocer de primera mano las demandas de los pacientes, enfermeras e incluso especialistas con quienes se trabaja, y reflexionar acerca de las posibilidades de darles atención psicológica, partir de lo cual diseñaron sus estrategias de intervención.

8) Ética. Permitted observar cómo para algunos profesionales médicos es más importante su ego profesional y su autoridad, que proporcionar atención a los niños.

Asimismo, se reflexionó 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. Como resultado final, esto 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 adicionar 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 sobre todo 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 acerca de las posibilidades reales de efectuar trabajo transdisciplinario en el espacio hospitalario.

Las limitaciones de este estudio radicaron en el poco tiempo para realizarlo: tres meses. Es de gran importancia que experiencias de investigación como éstas



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

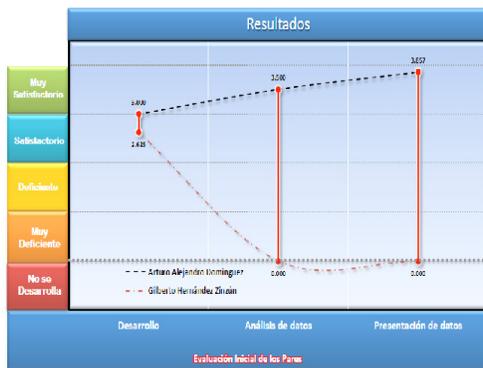
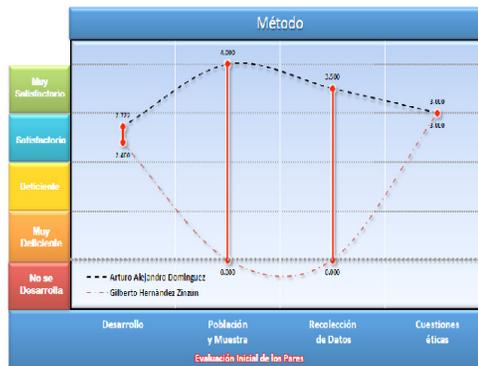
- Aguilera, C. M. G. (2008). La metaobservación desde la metapsicología de contextos. En López, R. S. (coord.), Reflexiones para la formación del psicólogo, México, FES-Iztacala, UNAM, pp. 57-78.
- Alcaraz, G. J. R. (2012). Metapsicología para principiantes. En López, R. S. (coord.), Una formación metodológica en psicología, México, FES-Iztacala, UNAM, pp. 125-151.
- Anes, J., Asrier, A. & Bastien, J. (1996). Carta de la transdiscipliniedad, en Sociología y política, año IV, núm. 8, México, Universidad Iberoamericana, pp. 98-101.
- Arranz, P. & Cancio, H. (2003). Una herramienta básica del psicólogo hospitalario: El counselling, en Remor, E., Arranz, P. & Ulla, S. (eds.), El psicólogo en el ámbito hospitalario, España, Desclée de Brouwer, pp. 92-119.
- Campos M. A. & Rosete, S. C. (2013). Los relatos de vida en la investigación psicológica, en revista Psicología y Ciencia Social, vol. 14(1), junio, pp. 1-13. Disponible en <http://tuxchi.iztacala.unam.mx/ojs/index.php/pycs/article/download/88/76>; consultado el 12 de septiembre de 2013.
- Gairín, S. J. (2012). Gestionar la complejidad de los centros educativos actuales. Disponible en www.edutic.ua.es/wp-content/uploads/2012/06/claves-para-la-investigacion_151_162-cap13.pdf; consultado el 3 de setiembre de 2013.
- Lara, V. J. (2008). Metapsicología de contextos: Algunas reflexiones filosóficas para la innovación de conceptos en psicología. En López, R. S. (coord.), Reflexiones para la formación de psicólogos, México, FES-Iztacala, UNAM, pp. 79-112.
- Lara, V. J. (2012). Metapsicología de contextos: Consideraciones epistemológicas y metodológicas. En López, R. S. (coord.), Una formación metodológica en psicología, México, FES-Iztacala, UNAM, pp. 201-217.
- López, R. S., Pastor, M. & Neipp, M. (2003). Aspectos psicológicos asociados a la hospitalización. En Remor, E., Arranz, P. & Ulla, S. (eds.), El psicólogo en el ámbito hospitalario, España, Desclée de Brouwer, pp. 31-49.
- Louro, B. I. L. & Serrano, P. A. (2010). La investigación familiar y el valor de la metodología cualitativa para el estudio del afrontamiento a la enfermedad sicklemica. En Revista Cubana de Salud Pública, 36(1)37-53. Disponible en <http://scielo.sld.cu> 37 SIMPOSIO
- Maturana, R. H. & Varela, G. F. (2003). El árbol de conocimiento: Las bases biológicas del entendimiento humano, Buenos Aires, Lumen/Editorial Universitaria.
- Morin, E. (1999a). El método 2. La vida de la vida, 5a. ed., Madrid, Cátedra.
- Morin, E. (1999b). La cabeza bien puesta, Buenos Aires, Nueva Visión.
- Morin, E. (2001). La mente bien ordenada, Barcelona, Seix Barral.
- Morin, E. (2004). La epistemología de la complejidad", en Gazeta de Antropología, núm. 2. Disponible en http://www.ugr.es/~pwlac/G20_02Edgar_Morin.html; consultado el 28 de agosto del 2013.
- 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., Rodríguez-Marín, J. & Reig, A. (1987). Actividad de enlace en un hospital general. En Información Psicológica, 30: 11-13.
- Palazón, I., (2003). La intervención en niños en el contexto hospitalario: un modelo general. En Remor, E., Arranz, P. & Ulla, S. (eds.), El psicólogo en el ámbito hospitalario, España, Desclée de Brouwer, pp. 747-768.
- Remor, E., Arranz, P. & Ulla, S. (2003). El psicólogo en el ámbito hospitalario, España, Desclée de Brouwer.
- Ribes, I. E., Fernández, G. C., Rueda, M. M., Talento, M. & 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. En Remor, E., Arranz, P. & Ulla, S. (eds.), El psicólogo en el ámbito hospitalario, España, Desclée de Brouwer, pp. 831-860.
- Rosete, S. C. (2006). Análisis multidimensional como estrategia preventiva en la evaluación y atención del neurodesarrollo. En Revista SEF, vol. 9, núm. 1-2, México, Fenapsime/UNAM, pp. 23-40.
- Rosete, S. C. (2008). Construcción multidimensional del cuerpo. Una aportación desde la metapsicología de contextos. En López, R. S. (coord.), Reflexiones para la formación del psicólogo, México, FES-Iztacala, UNAM, pp. 189-220.
- Rosete, S. C. (2015). La complejidad y la vida en la formación profesional de los psicólogos. En López, R. S. (Coord.). Pedagogía de lo corporal y las teorías de la complejidad en el proceso de aprendizaje. México: DGAPA. FES Iztacala UNAM, pp.71-102.
- Sandini M. P. (2003). Investigación cualitativa en la educación: Fundamentos y tradiciones, España, Mac Graw Hill Interamericana.
- Ulla, S. & Remor, E. (2003). La investigación en el hospital: Tendiendo puentes entre la teoría y la práctica. En Remor, E., Arranz, P. & Ulla, S. (eds.), El psicólogo en el ámbito hospitalario, España, Desclée de Brouwer, pp. 161-177.
- Yuni, J. A. & Urbano, C. A. (2005), Aproximación al proceso metodológico de la investigación cualitativa. Mapas y herramientas para conocer la escuela, Córdoba, Argentina, Brujas.
- Zamora, R. C. G. (1999). Psicoprofilaxis Perinatal como prevención de primer nivel para sujetos con alteraciones en el desarrollo psicológico. Tesis de licenciatura de la FES Iztacala UNAM.



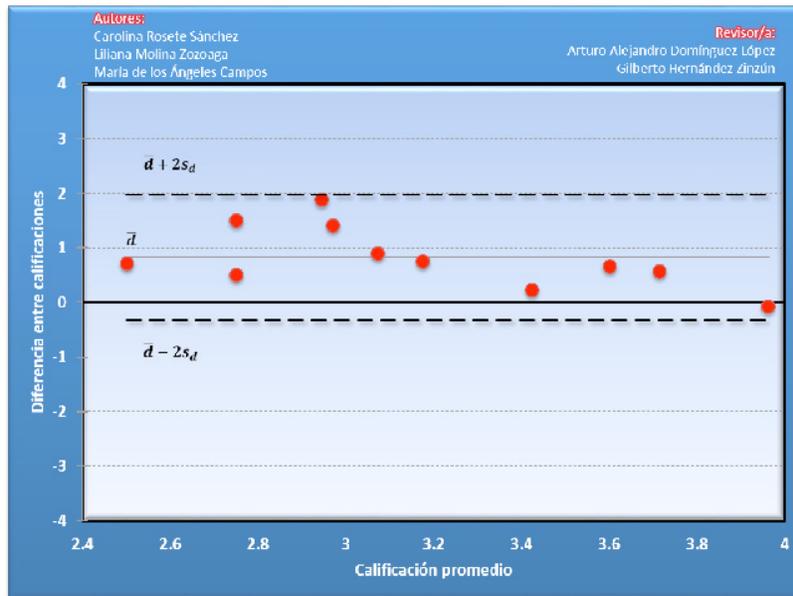


DIMENSIÓN CUANTITATIVA

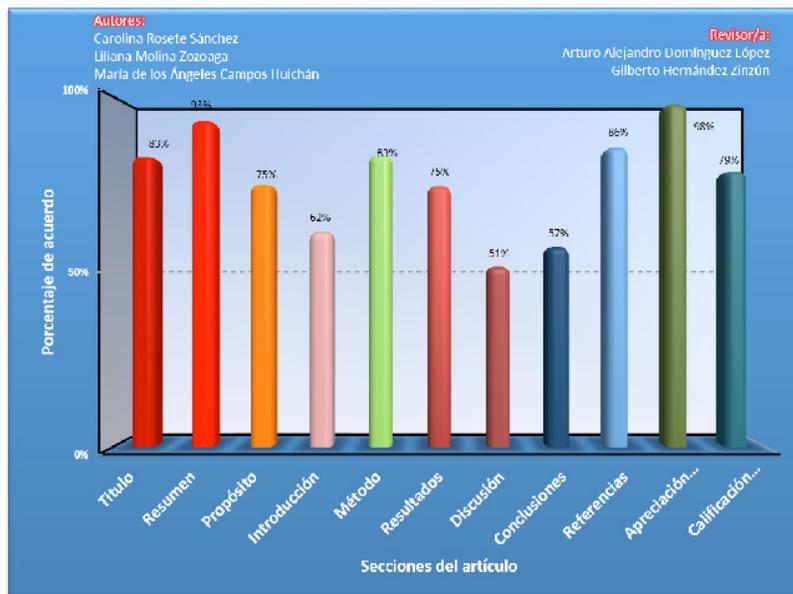
Perfil de Evaluación entre pares



Índice de Concordancia



Índice de Acuerdo



DIMENSIÓN CUALITATIVA

| Revisor 1 | Revisor 2 |
|---|--|
| Arturo Alejandro Domínguez López | Gilberto Hernández Zinzún |
| Título/Autoría | |
| Solamente agregar una palabra que indique el enfoque cualitativo del trabajo, por ejemplo: Correlato de..., reflexiones de... | El título refiere la complejidad del trabajo psicológico, sin explicitarla ni desarrollarla en el artículo. También menciona que tal complejidad está orientada a la transdisciplinariedad, mientras que el trabajo no explicita la construcción del objeto de estudio ni su complejidad que es, precisamente, lo que justificaría un abordaje transdisciplinario. Finalmente menciona el ámbito hospitalario, sin embargo en ausencia de un objeto de estudio complejo por parte de las autoras, no se comprende cómo el ámbito hospitalario, por sí solo, podría funcionar como contexto articulador de distintas disciplinas. Se sugiere adecuar el título a lo que realmente sucede en el espacio de trabajo descrito en el artículo. |
| Resumen | |
| Solamente sobra la palabra “utilizada” en el resumen en español. | Inicia afirmado que presentan la labor del psicólogo desde el marco teórico de la Metapsicología de Contextos, mencionan que utilizan este marco para educar la mirada multidimensional. El resumen parece dar a entender que educan la mirada de los psicólogos en formación, pero en el desarrollo del artículo no aparece esta educación, tampoco es referida explícitamente a una auto-educación por parte de las autoras. Las dimensiones del marco: individual, histórico, dinámico, complejo, recursivo, construido multidimensionalmente y encarnado, no son desarrolladas tampoco en el artículo; por tal motivo el contexto de la interpretación está ausente y contradice fuertemente el planteamiento global de las autoras. El objeto del estudio presentado es la reflexión interpretativa que las autoras hacen del trabajo de los psicólogos en formación, mientras que el artículo se auto-refiere como trabajo empírico. Al respecto no se presenta algún diseño empírico, lo cual parece confirmar que el objeto es la reflexión de la experiencia de las autoras y eso a su vez confirma que falta desarrollar el marco de su interpretación. Para una reflexión, como está planteada en el artículo, hubiera sido fundamental que las autoras hubieran recuperado y sistematizado las experiencias laborales de todos los participantes en la complejidad del trabajo psicológico, aspecto que no fue realizado. El trabajo desarrollado por los psicólogos, en la mayor parte de los pasajes del artículo aparece como realización de actividades delimitadas por el hospital, programadas, administradas y evaluadas por la institución hospitalaria, lo que confirma que no fue un diseño de las autoras. Lo anterior genera la pregunta ¿con cuáles actividades se educó la mirada multidimensional? ¿cómo funcionó la Metapsicología de contextos en esa educación? ¿realizar, cuando fue posible, trabajo junto a médicos o enfermeras convierte la actividad del psicólogo en compleja y transdisciplinaria? |



| Revisor 1 | Revisor 2 |
|---|--|
| Próposito del Estudio | |
| <p>Falta señalar las preguntas de investigación, argumentar en la introducción y establecer las categorías de análisis y el eje de la investigación.</p> | <p>El propósito es la reflexión interpretativa de las autoras, sin embargo al final la escritura da a entender que están analizando la dinámica laboral del hospital donde están inscritos los psicólogos en formación. Si justifican que su interpretación de lo percibido e intepretado tiene valor para fomentar la mirada compleja del psicólogo se comprendería mejor esa reflexión interpretativa. Para lo anterior, inevitablemente, hay que construir el objeto de estudio multidimensional y la transdisciplina, aspectos débilmente tratados en el desarrollo del artículo.</p> |
| Introducción | |
| <p>Hace falta señalar las categorías y ejes.</p> | <p>Retomar las sugerencias en los apartados anteriores.</p> |
| Método | |
| <p>*Falta indicar los títulos correspondientes en el método: Diseño de investigación, población, materiales y participantes. *Hay que comentar que no existieron riesgos en la investigación (debido a que hubo intervención) *En la descripción del taller de psicoprofilaxis los verbos deben de ir en pasado *Sugiero que no coloquen que el psicólogo tenía enfoque psicoanalítico, porque en el mismo párrafo dicen que aplica el 16PF que es de un enfoque distinto. *Es necesario indicar cómo se recogieron los datos (con una bitácora, por ejemplo)</p> | <p>Si el método se concibe como un diseño intermedio entre la teoría y la dimensión empírica, faltó explicitar la concepción de Metapsicología de contextos y relacionarlo con las características de las actividades realizadas por los psicólogos en formación, además de los otros profesionales en acción dentro del ámbito hospitalario y la mirada de las investigadoras, sobre todo porque se habla de transdisciplinariedad. Como no fue realizado lo anterior hablar de método es difícil y, a momentos, carente de sentido. Es cierto que el objetivo por otro lado es la reflexión interpretativa de las autoras. En ese caso habría que seleccionar y ajustar un método más afín a la actividad interpretativa inscrita en el pensamiento complejo. Estas discontinuidades en el trabajo añaden dificultades para valorar la dimensión metodológica.</p> |
| Resultados | |
| <p>La primera parte de los resultados estarían mejor organizados en un esquema o tabla (las Funciones Profesionales. Detección, canalización y las actividades)</p> | <p>No hay sugerencias, el trabajo no es cuantitativo.</p> |
| Discusión | |
| <p>Me parece muy adecuada la discusión</p> | <p>Es difícil hacer sugerencias porque las autoras no incluyen el diálogo con otros autores y con ello se evita, precisamente la discusión que hace avanzar la comprensión de la realidad.</p> |



| Revisor 1 | Revisor 2 |
|--|--|
| Conclusiones | |
| <p>La redacción debería ser de manera impersonal y falta sugerir otras investigaciones en el futuro.</p> | <p>Las conclusiones establecen que es posible hacer trabajo transdisciplinario sin que a lo largo del trabajo se haya establecido el objeto de trabajo compartido que haría posible esa transdisciplina. Menciona que psicólogos médicos y enfermeras trabajaron juntos, pero difícilmente podría tomarse esa referencia como trabajo transdisciplinario. Lo anterior mientras que el objeto de la investigación es la reflexión interpretativa. Eso indicaría que las conclusiones deberían contemplar cómo, cuándo y de qué manera su reflexión se llevó a cabo y cómo, siguiendo el paradigma de la complejidad, las reflexiones de las autoras procesaron las reflexiones de los involucrados en el trabajo complejo orientado a la transdisciplina.</p> |
| Referencias | |
| <p>Las referencias están redactadas de forma adecuada al estilo APA</p> | <p>El problema teórico y metodológico ya señalado en apartados anteriores también se refleja en las referencias. La Metapsicología de contextos, principal referencia, es en parte autoreferencia, lo cual hace complicada la discusión aunque no imposible porque muchos autores discuten con ellos mismos, pero no es el caso. Eso también dificulta incorporar referencias abundantes para el marco de la investigación.</p> |







Sección

Artículos Metodológicos

<http://dx.doi.org/10.22402/j.rdipecs.unam.2.2.2016.67.231-248>

MARCO TEÓRICO PARA LA HUMANIZACIÓN DEL PROCESO DE TRABAJO EN SALUD: UNA PROPUESTA DE NARRATIVAS DESDE JEROME BRUNER

Alejandro Perdomo-Rubio, Gilbero Hernández-Zinzún y Diana del Rosario Izquierdo-Mora
Facultad de Odontología, Universidad El Bosque
Colombia

RESUMEN

Las narrativas en salud se han ido limitando tras la búsqueda de mayor productividad en el proceso de trabajo en salud. Tal eficiencia contribuye al sufrimiento de los trabajadores porque no encuentran sentido a una actividad compleja que por un lado está llena de incertidumbre, y por otro lado se realiza mecánica y rutinariamente; mientras los pacientes cuyas necesidades de salud, crecientemente asociadas a problemas crónicos, requieren de abordajes que incluyan lo extrabiológico. En el artículo se propone y justifica devolver a las narrativas un lugar preponderante dentro de la caja de herramientas de los trabajadores clínicos, administrativos, salubristas y de los pacientes para enfrentar el proceso salud, enfermedad, atención y cuidado. Partiendo de las propuestas de Jerome Bruner, se concluye que la narrativa en salud es una profunda reflexión acerca de la condición humana, su relación con la salud-enfermedad y con el trabajo de los profesionales del sector, que puede transformar de manera profunda las prácticas de todos los participantes de la atención y el cuidado, y de allí ayudaría a transformar cuestiones más estructurales de los sistemas de salud.

Palabras Clave:

Narrativa, humanización, atención en salud, transformación de los servicios

THEORETICAL FRAMEWORK FOR THE HUMANIZATION OF THE WORK PROCESS IN HEALTH: A NARRATIVE PROPOSAL BY JEROME BRUNER

ABSTRACT

Health narratives have been limited after seeking greater productivity in the labour process in health. This search for efficiency contributes to the suffering of workers because they find no meaning to a complex activity which on one hand is full of uncertainty and, on the other hand, is done mechanically and routinely; while patient whose health needs, increasingly associated with chronic problems, require extra biological approaches. This article proposed and justified the return of narrative to a prominent place in the toolbox of clinical, public health and administrative workers and patients to address the health disease and care process. From Jerome Bruner proposals conclude that Health narratives are a profound reflection on the human condition, its relationship to health and disease and the work of professionals in the sector, which can profoundly transform the practices of all participants in the attention and form there would help to transform more structural issues of health systems.

Keywords:

Narratives, humanization, health care, health services transformation

BITÁCORA DEL ARTÍCULO:

| Recibido: 4 de Febrero de 2016 | Aceptado: 4 de Marzo de 2016 | Publicado en línea: Julio-Diciembre de 2017 |

AUTORÍA Y DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL

MARCO TEÓRICO PARA LA HUMANIZACIÓN DEL PROCESO DE TRABAJO EN SALUD: UNA PROPUESTA DE NARRATIVAS DESDE JEROME BRUNER

Alejandro Perdomo-Rubio, Gilbero Hernández-Zinzún y Diana del Rosario Izquierdo-Mora



Alejandro Perdomo-Rubio
Facultad de Odontología, Universidad El Bosque
Correo: alperdo77@yahoo.com

Doctor en Ciencias en Salud Colectiva, maestro en Estudios Sociales y Políticos Latinoamericanos, especialista en Política Social, y odontólogo. Con preparación para analizar los procesos de trabajo que realizan los profesionales de la salud, las redes integradas de servicios de salud y los modelos de atención y cuidado.

[Ver más...](#)



Gilberto Hernández-Zinzún
Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM
Correo: zinzun@unam.mx

Doctor en Antropología por la Facultad de Filosofía y Letras y el Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM. Ha sido asesor en la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en México, de la Secretaría de Salud, de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina. Actualmente es profesor titular en la carrera de Médico Cirujano de la Facultad de Estudios Superiores-Iztacala, UNAM.

[Ver más...](#)

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

El primer autor, Alejandro Perdomo-Rubio concibió, coordinó y desarrolló la propuesta metodológica. | Gilberto Hernández-Zinzún contribuyó en el análisis de la estructura teórica del artículo y de su enlace histórico-social a la coyuntura neoliberal actual. | Diana del Rosario Izquierdo-Mora participó en el análisis de los componentes psicossociales de la propuesta.

AGRADECIMIENTOS

[Nota del autor (agradecimiento a instituciones y/o colaboradores que facilitaron la realización de la investigación)]

DATOS DE FILIACIÓN DE LS AUTORES

El primer autor, Alejandro Perdomo-Rubio se desempeña como profesor asociado, Facultad de Odontología, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia. | Gilberto Hernández-Zinzún labora como profesor titular en la carrera de Médico Cirujano, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. | Diana del Rosario Izquierdo-Mora participa como maestranda en Estudios Culturales en la Universidad Autónoma del Estado de Chiapas



Copyright: © 2016 Perdomo, A., Hernández, G. & Izquierdo, D.

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial -CompartirIgual 4.0 Internacional](#), por lo que su contenido gráfico y escrito se puede compartir, copiar y redistribuir total o parcialmente sin necesidad de permiso expreso de sus autoras con la única condición de que no se puede usar con fines directamente comerciales y los términos legales de cualquier trabajo derivado deben ser los mismos que se expresan en la presente declaración. La única condición es que se cite la fuente con referencia a la [Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social](#) y a sus autores.



TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 4 |
| La ciencia y el ser humano, 4 | |
| Humanizar el trabajo en salud, 5 | |
| NATURALEZA DEL MÉTODO | 5 |
| ¿Qué es la narrativa?, 5 | |
| CARACTERÍSTICAS DEL MÉTODO | 6 |
| ¿Qué y cómo se entiende por narrativa, y por qué?, 6 | |
| ¿Sirve la narrativa en el campo de la salud?, 7 | |
| Alienación, autonomía y narrativas, 7 | |
| RANGO DE APLICACIÓN DEL MÉTODO | 10 |
| Narrativa, alienación y reflexividad del proceso de trabajo en salud, 10 | |
| Narrar en salud es problematizar y promover otros mundos posibles de la enfermedad y el trabajo en salud., 11 | |
| Narrar en salud es una forma con la cual el profesional o la persona enferma construye su identidad., 13 | |
| Narrar en salud es una actividad que modela la mente del ser humano y el conocimiento sobre la salud, la enfermedad, la atención y el cuidado., 14 | |
| Narrar en salud es una forma de aprehender y dar sentido a la realidad de la enfermedad y la atención., 15 | |
| Narrar es una actividad que modela la experiencia de enfermarse y de trabajar en salud., 16 | |
| Narrar en salud es una actividad intersubjetiva radicalmente cultural., 16 | |
| Narrar en salud es una actividad transformadora., 17 | |
| DISCUSIÓN | 17 |
| REFERENCIAS | 18 |



INTRODUCCIÓN

Me angustia cuando escucho una médica interna referir a su paciente cómo expresa Rafael Campo (2005) el cáncer de mama del cuarto 718. ¿De qué manera pueden entenderse esos tipos de acontecimientos donde se articulan la angustia del observador, la aparente indiferencia de algunos miembros del personal de salud, y la borrosa y débil presencia de una persona enferma, tácitamente enunciada en el cáncer de mama del cuarto 718?

En el campo de la atención o de la educación médica puede escucharse, al menos alguna vez, referencias equivalentes, análogamente estructuradas; una localización numérica en la arquitectura hospitalaria, un órgano o un tejido patológicamente alterados, ubicados en una región del cuerpo. En ese tipo de situaciones parece resonar el abuso de las generalizaciones de la ciencia y la simplificación administrativa, empleadas de tal modo que niegan la concreta singularidad a través de la cual se expresan las vidas humanas.

¿Por qué sólo se menciona el cáncer de mama y el número de una habitación? ¿Acaso esa información equivale a una persona enferma? Difícilmente se podría entender de esa manera, puesto que las personas son seres biológicos, sociales, psíquicos, culturales; conscientes de sí mismos y de los demás (Morin, 2009). Nada de eso está contenido en la frase “cáncer de mama” o en el número de cama o de cuarto.

Cabe preguntarse entonces, ¿en qué momentos y lugares las personas dejan de concebirse y atenderse como enfermos para ser tratadas como si exclusivamente fueran alteraciones micro o macroscópicas en la biología del cuerpo, o como si fueran objetos a ser eficientemente organizados en una línea de producción? ¿Dónde, cómo y cuándo surgen las condiciones que lo hacen posible? ¿Responder de algún modo estas preguntas favorecerá la construcción de alguna salida a la deshumanización que la referencia al cáncer de mama del 718 implica?

La ciencia y el ser humano

En el nacimiento de la razón occidental, durante el siglo V antes de Cristo, los griegos antiguos empezaron la construcción de una nueva y radical interpretación del acontecer separada de las narraciones sagradas, míticas, a través de las cuales se organizaba la vida social hasta esa época. La nueva manera de concebir el conocimiento

de la realidad se circunscribió a poner en palabras la visibilidad material de los hechos naturales. Surgía entonces la epistemología observacional: el conocimiento sostenido en la evidencia y la eliminación de la opinión.

Aristóteles formalizó y consolidó esa tendencia cuando estableció como única y verdadera ciencia al logos o estudio de la sustancia; y como semántica y sin valor científico a cualquier discurso ajeno a la práctica de referir metódicamente la visibilidad de las cosas materiales (Vegetti, 1981).

La segunda mitad del siglo XIX francés fue el portal por donde la medicina ingresó al territorio de la ciencia. Xavier Bichat diseccionó miles de cadáveres y encontró alteraciones orgánicas que correlacionó con estados fisiopatológicos: en las alteraciones orgánicas encontró el rostro visible de la enfermedad. Con ello emergieron las condiciones para apartar del conocimiento médico todo discurso ajeno a la visibilidad material de la enfermedad. Como en la antigua Grecia, en la Francia decimonónica la medicina académica se apartó de las narraciones sin correlato visible; tanto de médicos como de pacientes.

La pregunta ancestral “¿qué le pasa a usted?”, que inauguraba la relación entre el médico y su paciente hasta el siglo XIX, fue sustituida por “¿dónde le duele a usted?” (Foucault, 2012). Se trataba de localizar la enfermedad, las estructuras lesionadas en el volumen del cuerpo. Pero el discurso del padecer, de la existencia del enfermo, se volvió superfluo para el enfoque analítico y materialista de la enfermedad. La objetividad del cuerpo desplazó al padecimiento. La disminución de la importancia corporal también se convirtió en decremento de la importancia personal.

Por otra parte, entre los siglos XVIII y XIX los hospitales ya controlados por los médicos se convirtieron en los espacios legítimos para intervenir en esas estructuras lesionadas del cuerpo de los pacientes. Además, la estructura económica capitalista y el aumento del poder de la clase obrera exigían que los hospitales curaran de manera eficaz las lesiones de la masa trabajadora, para volver al trabajo lo más rápido posible, y eficiente, para atender a un número creciente de trabajadores que se empleaban en las fábricas. Se requería de un control sobre los trabajadores de la salud, médicos y paramédicos, y sobre los pacientes, para lograr la eficacia y eficiencia de su tarea. Para ello se institucionalizó al médico y al paciente, alienando su existencia a la productividad de la institución. Por una parte, controló organizando a los trabajadores mediante órdenes jerárquicos, simbólicos, espaciales y temporales, muy articulados a la pujante fragmentación y especialización de la medicina. Aparejado con ello controló al máximo las narraciones legítimas, aquellas que se podían relatar en el interior del hospital fragmentado, reduciéndolas a las científicas o las administrativas, esta-



bleciendo quiénes estaban autorizados a relatar, a quién, qué, cómo y cuándo, y sustrayendo el resto de narrativas, esto es, las de la existencia misma del padecimiento, o del malestar en el trabajo, a los confines del chisme, la indisciplina, lo superfluo o lo despreciable.

La ciencia médica atomizó al ser humano, descubrió los fragmentos alterados y les dio nombres, como el cáncer de mama... mientras la administración hospitalaria les dio una ubicación espacial en busca de la eficacia y productividad: ... del 718.

Humanizar el trabajo en salud

Entre otras cosas, humanizar el trabajo en salud implica abrir espacios diversos a la narrativa de los pacientes, de su padecer y de su existir, que el conocimiento objetivo de la enfermedad clausuró o volvió superfluos, como recién señalamos. Además de la narrativa de las personas enfermas, la humanización del trabajo en salud que aquí se propone, plantea la recuperación de la narrativa de los médicos y del personal de salud en general, como vía para la reconstrucción de la condición humana de los participantes en los hechos psicosociales y culturales que constituyen la atención de la salud de la población.

NATURALEZA DEL MÉTODO

¿Qué es la narrativa?

Angela Woods (2011) dibuja el campo de la narrativa contemporánea en las humanidades médicas, ingeniosamente atravesado por lo que ella aprecia como seis usos, cinco debates y siete peligros. A través de ese abordaje intenta relanzar el debate acerca del rol de la narrativa en las humanidades médicas. Su trabajo es una extensa y crítica revisión de las formas a través de las cuales la narrativa se ha movilizado por los estudiosos de las humanidades y las ciencias sociales para comprender la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad. Gracias a ello se analiza aquí su trabajo para posicionar teórica y conceptualmente el de los autores.

En cuanto a sus usos, la Woods encuentra la narrativa concebida como acceso privilegiado a la experiencia subjetiva de la enfermedad, y promovida como vehículo primario a través del cual la persona enferma puede expresar su sentido cambiante de sí misma y de su identidad, explorar nuevos roles sociales y convertirse en miembro de nuevas comunidades. Vista no sólo como expresividad, sino también como transformativa, e incluso como terapéutica. Y, observada desde el punto de vista de los profesionales de la salud, muestra la narrativa largamente valorada por los insights que aporta a la experiencia

de los cuidadores de enfermos. Y más reciente y radicalmente, Woods observa la competencia narrativa como habilidad esencial en el diagnóstico y tratamiento. En la esfera de la investigación en salud, la autora mira que la narrativa ofrece nuevas metodologías para estudios cualitativos y cuantitativos acerca de la experiencia de la enfermedad. Finalmente, en el nivel social, menciona que la narrativa es vista por algunos como un cambio en la hegemonía de los enfoques biomédicos y naturalistas de la enfermedad, pues provee los fundamentos de una nueva ética y política del cuidado de la salud.

En cuanto al uso de la narrativa como acceso privilegiado a la experiencia subjetiva de la enfermedad y demás aspectos planteados en el primer punto; aquí no se entiende como un recurso supremo que podría ubicarse por encima de una gama de posibilidades orientadas a favorecer la expresión o exteriorización del padecer de la persona enferma. En el medio latinoamericano se plantea como recurso potencialmente accesible a cualquiera; que muchas de las veces, sólo requeriría la disposición y apertura de las personas implicadas en la atención de los enfermos para que emerja. No se habla exclusivamente de la narrativa de los enfermos; ya se ha dicho que también se piensa en la narrativa de los trabajadores de la salud. En efecto, las narrativas en salud también han sido investigadas en tanto co-construcción entre médicos y pacientes, como lo abordan ampliamente Heritage y Maynard (2006) y Vickers, Goble y Lindfelt (2012).

Respecto al segundo uso, no se interpreta que automáticamente la narrativa pueda ser expresiva, transformativa y terapéutica. En muchos casos tal vez los enfermos o los cuidadores no tengan ánimo de narrar su padecer, o tal vez si lo tienen la institución no conceda tiempo o importancia a la narrativa. Sobre todo cuando la atención de la salud es vista como negocio regido por la ley de la productividad. La postura de los autores es que abrir espacios a la expresión narrada de la experiencia subjetiva del padecer es un gran paso que, de distintas maneras y dependiendo de cada caso, puede ser más o menos expresiva, más o menos transformativa, más o menos terapéutica. Pero nada de lo anterior sucede mecánicamente o automáticamente por el solo hecho de invocar la narrativa e invitar a alguien a expresarse.

En cuanto a la valoración de la narrativa por los insights que procura a los cuidadores, pueden señalarse las notorias diferencias entre el contexto analizado por Woods y el contexto latinoamericano: aquí se intenta promoverlas; allá existen posibilidades incluso de valoración de la experiencia de los cuidadores que trabajan con enfermos que narran su padecer. En cuanto a los debates y los peligros que Woods encuentra en la narrativa, ade-



más de los retomados de su principal autor de referencia, Strawson (2004), es importante señalar que se observa un análisis de la narrativa sustraído de la realidad de los narradores, de las características básicas de la subjetividad, y ajeno a los fenómenos humanos de la significación y del significado. Algo semejante a la sustracción de la danza y la pintura y otras actividades humanas (Gadamer, 2012), que por miles de años formaron parte de los ritos y las festividades de los pueblos, y luego se cultivaron por sí mismas y en sí mismas, y terminaron por volverse ajenas para sus creadores originarios.

Lo valioso de la narrativa no proviene de la verdad o falsedad de lo narrado, ni de lo breve o extenso de lo dicho, ni de su clasificación en alguna categoría, entre una gran cantidad de aspectos ajenos a la vida de los narradores, como parece ocupar y preocupar a Woods. El texto y el contexto de lo narrado y del modo de narrar, son significados personales porque sólo tienen sentido y efectos para quien narra; y en ello se incluyen las narrativas de salud y enfermedad.

CARACTERÍSTICAS DEL MÉTODO

¿Qué y cómo se entiende por narrativa, y por qué?

Una narración puede definirse como lo hace Trigos (2003: 98), como la representación de acontecimientos, reales o ficticios, en una secuencia temporal, es decir, uno detrás de otro en una línea de tiempo. Las narraciones pueden ser o no lingüísticas; las primeras son aquellas que utilizan como medio de expresión el lenguaje articulado, oral o escrito, mientras las segundas serían las que usan como medio de expresión otros tipos de sistemas semióticos o sus combinaciones, como la pintura, la mímica, el cine o los sueños. En forma general, entre las características de la lengua escrita —por oposición a la oral— se pueden encontrar la posibilidad de ser más cuidada en su producción, el contener más subordinación, más conectores, el ser más explícita y usar más organizadores retóricos del tipo en conclusión y en primer lugar, el permitir una mayor planeación y revisión que facilitan el logro de efectos de sentido, estilísticos o retóricos. Además, debido no depender de la memoria se le facilita el uso de construcciones más largas y complejas. En cambio, la lengua oral, aunque no puede cuidarse tanto como la escrita, puede apoyarse en la entonación y la comunicación no verbal, y además de que el que habla y el que escucha pueden compartir el mismo contexto espacio-temporal. Para este artículo,

cuando se habla de narraciones se refiere a las lingüísticas, incluyendo las escritas y las orales.

Por otra parte, para Bruner (2003: 34) una narrativa comprende una historia que a su vez incluye los acontecimientos, los personajes y los escenarios. Una historia cuenta acontecimientos, es decir, tiene un comienzo, un medio y un fin, y se unifica por medio de una serie de eventos organizados, que en conjunto se denominan trama o argumento. Dichos acontecimientos están mediados por una infracción o nudo que justifica que se cuente esa historia, además de por la acción, el resultado y la coda. La coda es una valoración retrospectiva de lo que puede significar un relato, siendo explícita como la moraleja de una fábula, pero también puede ser implícita.

Además, para Bruner un relato implica personajes y un narrador que lo cuente. Un relato requiere un reparto de personajes con cierto grado de libertad para actuar, tienen voluntad propia, y además poseen expectativas reconocibles acerca de la condición habitual del mundo, aunque pueden no estar conscientes de ellas o ser enigmáticas. En un relato estos personajes se ven involucrados en alguna situación desequilibrada, actúan para enfrentarla, y valoran la acción realizada por ellos y los demás personajes. También el relato precisa la presencia de un narrador que refiere los acontecimientos. Asimismo, los personajes actúan en escenarios, contextos sociales, espaciales, geográficos e históricos que dan densidad a la historia.

La narrativa también se compone por el discurso, el cual considera el relato, la expresión, la presentación de la historia. Así, la narrativa está constituida por una serie de actos verbales, simbólicos o conductuales que se hilvanan, como Bruner refiere, con el propósito de comunicar a alguien que ha sucedido algo. Las narrativas en los servicios de salud incluyen las construidas conjuntamente entre los participantes de la atención y el cuidado, a través de las conversaciones.

Para desarrollar y comprender la narrativa se deben incorporar elementos como el contexto social en el cual se relata la narrativa, las razones del narrador para contarla, la competencia narrativa del narrador y la índole de la audiencia. Entendida como una actividad social (Maynard y Heritage, 2005), las narrativas y sus significados dependen del contexto donde emergen: en la apertura de la relación profesional-usuario, en el desarrollo, en el cierre; en la presentación del problema por parte del usuario, en las fases del interrogatorio, del diagnóstico, de la prescripción, etcétera. Como también se ven influidas por el proceso de enfermedad-atención que ha vivido el usuario, por las relaciones asimétricas, pero en constante disputa entre profesionales y usuarios



(Heritage y Maynard, 2006). En salud estas narrativas construidas de manera conjunta están fuertemente instituidas, con normas sociales de interacción que establecen quién, cómo, qué es legítimo relatarse. Estas normas conversacionales se enseñan en las facultades de salud; los usuarios son entrenados en varias ocasiones por la exposición a ella desde la infancia, y las dos partes orientan la interacción reconociendo los límites internos de esta estructura con una considerable exactitud.

¿Sirve la narrativa en el campo de la salud?

En el campo de la salud, profesionales, usuarios y gestores hacen constantemente relatos de su experiencia de padecer o del trabajo en salud. Esto lo hacen en medio de conversaciones que van desde la entrevista médico-paciente, pasando por las historias de casos clínicos que se cuentan los médicos, o pláticas entre profesionales de primer nivel y especialistas en los hospitales sobre la referencia de un paciente, o acerca de temas administrativos, como los turnos de trabajo o la última reunión donde se tomaron decisiones laborales, o diálogos de los usuarios respecto a su experiencia de enfermar o de ser atendidos, o de sus propias prácticas para enfrentar la enfermedad. La atención en salud es una red de conversaciones (Texeira, 2003), de narraciones donde se entreteje el padecimiento, el trabajo y el cuidado.

Se observa que en la atención constantemente se narran acontecimientos; sin embargo, ¿cuál es su uso en el campo de la salud? Bruner (2003: 15) sugiere reformular este tipo de preguntas para estimular las posibles respuestas. Más bien las preguntas serían del tipo ¿qué se hace cuando se narra sobre la enfermedad o la atención?, ¿qué se gana o se pierde cuando se da un sentido al mundo, a la salud, a la enfermedad, a la atención y al cuidado contando historias, usando el modo narrativo para interpretar la realidad?, ¿cómo se significan esos fenómenos?, ¿cómo se crean sus significados en el marco de la cultura del campo de la salud?

La narrativa constituye una modalidad de pensamiento; es una forma de organizar la experiencia de la enfermedad o del trabajo en los servicios. El relato modela el sentido de la atención que el profesional brinda y la percepción de los fenómenos de la salud, que a su vez dependen de las creencias y los valores que se tengan acerca de ella. Leer y escribir narraciones amplía la habilidad del paciente para pensar y aprender a encontrar significado al sufrimiento por su enfermedad, su dolor, a su sinsentido, como también la habilidad del trabajador de la salud a darle significado a su compromiso con los pacientes, a las actividades clínicas o administrativas que realiza todos los días, y a integrar la información

que proviene de fuentes tan diversas como la secretaria de salud o del familiar del paciente. Además favorece la comunicación de calidad entre trabajadores de la salud y de éstos con los usuarios, incrementa el desarrollo de las habilidades cognitivas y cognitivo-lingüísticas para aproximarse a un fenómeno tan complejo como la enfermedad, expandiendo el conocimiento del vocabulario para expresar en palabras su experiencia, y comprometiendo la imaginación para formular alternativas para el profesional ante su fracaso en tratamientos o del paciente frente a sus hábitos de vida.

Sin embargo, en la atención la escritura se ha limitado a la producción de cuadros clínicos estandarizados en los expedientes clínicos o en reportes administrativos. Por tanto, debe orientarse como un proceso con propósitos comunicativos y creativos, en el que se destaque la manera de enfrentar los problemas de la enfermedad y del cuidado, la explicación narrativa, la descripción del mundo mental de los personajes y la relación entre los detalles y el sentido global del texto.

Alienación, autonomía y narrativas

Ahora la propuesta de los autores consiste en usar las narrativas como medio de reflexión, aprendizaje y transformación de las prácticas propias del proceso de trabajo en salud, de la atención y el cuidado, para debilitar su alienación, el sufrimiento de profesionales y usuarios. En pocas palabras, humanizar la atención y el cuidado en salud. Su consecuencia será el mejoramiento de la práctica clínica de los profesionales, el robustecimiento del trabajo en equipo, el abordaje multidisciplinario de la enfermedad como un fenómeno complejo, es decir, avanzar en la clínica ampliada propuesta por De Sousa (2001). En el siguiente apartado se aborda cómo se debe entender ese proceso de trabajo en salud y su relación con las narrativas.

Como señalan Gomes y Schraiber (2011), la producción teórica crítica latinoamericana sobre la atención en salud se ha dirigido hacia las transformaciones en los procesos de trabajo en salud y hacia políticas de gestión, arreglos organizacionales y modelos tecnoasistenciales. Las primeras producciones se han enfocado hacia el desentrañamiento de las tecnologías relacionales e intersubjetivas en el proceso de trabajo, reubicándolas en un rol central y articulador de las demás tecnologías como equipamientos, fármacos, insumos e infraestructura; con el objetivo de trabajo: enfermedad y sufrimiento de individuos y colectivos; con el objetivo del trabajo en salud: autonomía del enfermo; con el producto: la cura y la prevención; y con las relaciones sociales que se establecen con los otros trabajadores, llámense directivos, gerentes, operativos o de servicios generales. Mientras, la segunda



corriente teórica se ha dirigido hacia la conformación de ciudadanía y corresponsabilidad en salud, la democratización de la gestión y la autonomía de los sujetos en los procesos de atención.

Ambos caminos se han abierto en parte al afrontar un problema en común: la alienación del trabajo en salud. Dicha alienación se refiere aquí a las objetivaciones del ser humano respecto a su subjetividad; cuando aparecen como extrañas o contradictorias con la imagen propia. De esta manera, las cosas y relaciones sociales ganan autonomía, siendo hostiles a su creador, imponiéndoles restricciones a su vida (Marx, 2006). El humano ve a las objetivaciones de su subjetividad como extrañas, ajenas, y no se reconoce en ellas. Al hacerse extrañas y hostiles las cosas y relaciones sociales que construye el sujeto, limita sus capacidades humanas potenciales dado su contexto y el desarrollo del género humano (Gomes y Schraiber, 2011).

Uno de los ámbitos de objetivación y alienación más importantes es el trabajo, el cual debería ser el vínculo entre el individuo y el género humano. En cambio, el trabajo alienado se torna en un simple medio individual para garantizar la sobrevivencia particular. Cuando se aliena de él, el trabajo produce sufrimiento, y el trabajador sólo es pleno cuando recibe su pago para consumir, es decir, el trabajo tiene sentido por lo que se hace fuera del trabajo (Marx, 2006). En la alienación las subjetividades del ser humano sobre su objeto de trabajo, sobre las tecnologías que emplea, de los productos que crea y de las relaciones sociales que teje son reducidas al máximo, y definidas sobre todo desde el exterior. De esta forma las cosas y las relaciones sociales en el trabajo sujetan al sujeto, lo limitan, reducen su autonomía y más bien conducen a una heteronomía, es decir, las normas que definen el trabajo del sujeto son dadas externamente y de manera coercitiva.

Según Gomes y Schraiber (2011) hay dos fenómenos en el campo de la salud que tienen potencial alienador o humanizador del proceso de trabajo; el primero es el desarrollo tecnológico científico y el segundo la constitución y consolidación de las instituciones de salud. Se puede encontrar tanto un factor de humanización en el desarrollo tecno científico, ya que puede promover las capacidades humanas de aprehensión e intervención sobre la naturaleza y el mundo. Pero al mismo tiempo un factor de alienación, en tanto las ciencias no son neutras respecto a las relaciones sociales hegemónicas, sino determinadas por ellas. Así, los avances tecnocientíficos han favorecido la medicalización de lo social, una naturalización del proceso salud-enfermedad, y por ende la ocultación de sus dimensiones sociales, las formas de sufrimien-

to y las diversas formas de experiencia del padecimiento. Detrás lo que se evidencia es el interés de los productores de las industrias médicas, fármacos, equipos, insumos, etcétera, que son determinantes de las relaciones entre los sujetos y sus tecnológicas, la pérdida de centralidad de los sujetos y la reificación de los instrumentos.

En cuanto a las relaciones entre los procesos de constitución y consolidación de las instituciones de salud, tienen importantes implicaciones sobre el hacer autodeterminado de los sujetos constituyentes de prácticas en salud. Por un lado se constituyen en factores de alienación, ya que exigen la subordinación de los sujetos a dinámicas sobre las cuales éstos tienen cada vez menos control. Se expresa en una pérdida de la autonomía técnica, un aumento del control gerencial, una utilización acrítica y descontextualizada de guías de práctica clínica, protocolos, rutas de atención y rutinas, y en la realización sin sentido de procesos clínicos y administrativos. Sin embargo, las instituciones de salud tienen un factor humanizador, pues generan procesos de reflexividad sobre el trabajo en salud, que potencian la creatividad, correlacionado por la imposibilidad de estandarizar su objeto de trabajo, el sufrimiento humano y la incerteza de su práctica; una clínica que varía de caso a caso.

No obstante, los trabajadores de la salud —al estar imbuidos en su cotidianidad— no tienen conciencia de la alienación de su trabajo, de su individualismo y su naturalización. No la perciben ni valoran como un atributo de la vida humana, ni como una forma de trabajar impuesta. En las reflexiones de los trabajadores de la salud prima el sentido común, la espontaneidad, el pragmatismo, la sobregeneralización y la falta de creatividad en las alternativas que proponen.

Sin embargo estas apuestas teóricas sobre el proceso de trabajo en salud y la gestión se dirigen a subrayar el papel de actor de un sujeto que aparece en un primer momento sujetado, pero que pueden ser más que espectadores de su propio trabajo, que realizan mecánica y burocráticamente. A pesar de las restricciones que les impone el campo social de la salud, las reglas de juego que se establecen para simplemente permanecer o participar o moverse en él, existe un grado de libertad para que ellos puedan transformar dichas reglas de juego y constituirse en sujetos más autónomos.

Cabe señalar un matiz en cuanto a cómo se entiende aquí la autonomía médica. Ésta ha sido señalada desde posiciones críticas (Schraiber, 1993) y desde las hegemónicas (BM, 1993) como fuente de problemas para la atención, por los intereses gremiales y de las industrias médicas que conlleva. Desde un punto de vista ético-político, Levinas —como lo presenta Bárcena



(2000)— sugiere incorporar previamente al otro para generar una autonomía no problemática, mediante la responsabilización del trabajador de la salud por el sufrimiento del sujeto enfermo. Así, antes de pensar en la autonomía del profesional, éste debe hacerse responsable por el sufrimiento del usuario de los servicios. Esto sugiere tanto la creación de un vínculo estrecho entre usuario y trabajador como también un cambio en las relaciones de poder entre ellos. Es decir, antes de la autonomía debe haber heteronomía por el otro que tiene un rostro, un sujeto concreto, particular e histórico que sufre y necesita la atención, y que el trabajador debe desvelarse y cuidar de él o ella, de su padecimiento y dolencia, no limitado a los aspectos biológicos de la enfermedad, sino incluyendo su punto de vista en busca de la democratización de la atención. El otro que sufre debe estar antes de mi autonomía como trabajador de la salud, y esa es una posición ética.

En este marco las apuestas teóricas para evitar la alienación desde una perspectiva ética se dirigen a fortalecer las tecnologías relacionales y dialógicas, a que el trabajo vivo en acto, como lo señala Merhy (2006), sea el centro de la atención. En este sentido, Texeira (2003) propone que la sustancia del trabajo en salud es la conversación. Esta perspectiva coincide con la de Gadamer (1997), quien había planteado, desde el terreno de la discusión entre mito y razón, que la esencia humana se realiza precisamente en la conversación. Ésta ayuda al enfermo a mitigar la exclusión que él mismo se impone debido a su propia enfermedad (Gadamer, 2001). Lo que más se realiza al interior de una unidad de salud son conversaciones, y cuando no son exclusivamente conversaciones, acompañan durante, antes o después otros procedimientos que se realizan en el servicio. Dichas conversaciones pueden ser individuales o en grupo. Para Texeira, afirmar que la conversación es la sustancia de la atención es reconocer desde un principio que el trabajo sobre el padecimiento es conjunto entre trabajador y usuario, y que la enfermedad desborda sus aspectos biológicos e incluye la complejidad del sufrimiento. Por tanto, busca la simetría en las relaciones de poder entre ambos, permitiendo la responsabilización del primero al escuchar activamente y crear vínculos con el usuario.

En la interacción de los profesionales con los usuarios se ponen en juego la posición de poder del profesional y la agencia del usuario; de ello emerge una narrativa conjunta. Por momentos el profesional puede o no ceder el control de la relación permitiendo al usuario significar, en mayor o en menor medida, aspectos del problema que lo ha llevado a la consulta. Por su parte, el usuario puede o no ejercer su competencia comunicativa para aportar

elementos a la narrativa conjunta. Vickers, Goble y Lindfelt (2012) demuestran que en ese juego dinámico la narrativa conjunta puede conducir hacia una información u otra, y a su vez establecer síntomas, diagnósticos y tratamientos, u otros. Cuando el profesional de salud permite las aportaciones del paciente se genera entre ambos una narrativa que puede configurar un mejor horizonte para la recuperación de la salud o la mejoría del enfermo. Sin embargo, los investigadores observaron una mayor precisión cuando el médico ejerce más control de la narrativa. Ambas posibilidades, finalmente, ofrecen ventajas y desventajas. Por obvias razones, en este artículo se destacan los efectos benéficos de las narrativas que recogen las impresiones de los pacientes, sin negar la importancia, en casos específicos, de la precisión diagnóstica.

Las conversaciones realizadas en las unidades médicas son producción de relatos, de narrativas sobre el trabajo, de la enfermedad, del cuidado, de la salud por parte de gestores, de los trabajadores y de los usuarios. Para Maynard y Heritage (2005) el análisis de las conversaciones ayuda a los médicos a comprender mejor su propio desempeño y el desenvolvimiento de sus pacientes en relación con el suyo propio. Sin embargo, estos relatos poco se consideran como herramienta para el trabajo clínico, para mejorar el diagnóstico y hacer más adecuado el tratamiento, o para reflexionar acerca del propio trabajo por parte de los profesionales de la salud. Es decir, los relatos se desestiman como tecnologías relacionales que potenciarían la reflexividad para mejorar la clínica y atenuar la alienación en el proceso de trabajo. A pesar de la importancia de estas tecnologías dialógicas en la atención, éstas no son consideradas con el debido interés, pues se ha naturalizado la hegemonía de una conversación dirigida, limitante y jerárquica de los trabajadores de la salud o los gestores, y subordinado las formas más coloquiales que utilizan los usuarios para hablar de su enfermedad o los trabajadores de su cotidianidad laboral.

RANGO DE APLICACIÓN DEL MÉTODO

Narrativa, alienación y reflexividad del proceso de trabajo en salud

Las narrativas pueden propiciar reflexiones sobre la complejidad del trabajo médico cuando aparece tan fragmentado y aplanado por un solo punto de vista hegemónico, el del médico que se sujeta a su rol. Las narrativas pueden ayudar a reflexionar y aprender acerca del objeto de trabajo —la enfermedad, el padecimiento, el sufrimiento—, pues aborda otros aspectos extra-biológicos que son parte de la vivencia del enfermo y



del contexto en donde se enfermó. Esto puede llevar a reflexiones profundas del sujeto con su enfermedad y del profesional en su relación y responsabilidad con el enfermo, sea individual o un sujeto colectivo.

Las narrativas pueden transformar las tecnologías: es el sujeto quien utiliza las tecnologías a partir del sentido que le da en situaciones concretas, y puede hacer uso adecuado o no a las necesidades de los usuarios. Por tanto, la narrativa puede producir reflexiones en el profesional y en los enfermos respecto al rol de las tecnologías en salud, llámense equipamientos, medicamentos o pruebas complementarias, y cómo deben ser utilizadas para los acontecimientos concretos y singulares en que se da la enfermedad y la atención. De la misma forma puede generar reflexiones en los profesionales sobre las normas, protocolos, estandarizaciones, evaluaciones, supervisiones y otras formas de control de su trabajo, para su ajuste a las necesidades concretas de los pacientes singulares.

Las narrativas pueden transformar las formas de relación e interacción entre los trabajadores. La narrativa permite poner sobre el tapete las relaciones de poder que se ejercen en las organizaciones de salud, las fragmentaciones y en la especialización del trabajo, las formas como se expresan en el día a día, y cómo puede afectar la atención, en especial a través del trabajo en equipo infructuoso.

Además, las narrativas a la par que transforman el proceso de trabajo en salud, transforman a los sujetos participantes de la atención y el cuidado. Como se verá más adelante las narrativas construyen la identidad de los sujetos. Cambiar los relatos sobre el trabajo o la enfermedad puede modificar la construcción que hago de mi yo, por tanto mi identidad como trabajador o como enfermo.

A continuación, se presentan algunos usos que pueden tener las narrativas en salud con base en lo propuesto por Bruner (Bruner, 2003; Siciliani, 2014).

Narrar en salud es un acto interpretativo que hace del relato una versión de una práctica de la atención o la enfermedad.

En las narraciones hay una imposibilidad de la neutralidad: siempre se narra desde un punto de vista específico, desde una ubicación temporal, sociocultural y espacial de quien construye la narración. La experiencia del enfermo o del trabajador siempre la narra desde su perspectiva; no es objetiva o neutral. De esta forma, en salud nunca se narra teniendo el punto de vista de dios, llámese usuario, profesional o gestor, uno que abarque la totalidad, sino desde perspectivas alternativas que dan la libertad de crear una visión correctamente pragmática de la realidad en salud. Es decir, el relato permite crear y recrear los acontecimientos a los enfermos sobre el padecimiento, o a los profesionales

sobre el procedimiento clínico que realiza, para darle un sentido más cercano a sus propósitos, al contexto y a la situación que viven, en el momento de narrarlos.

La narrativa es de utilidad en salud si se reconocen las limitaciones de la información objetiva, de los datos, ampliándola al aprehender la complejidad del proceso salud, enfermedad, atención y cuidado, sus dimensiones sociales y culturales, sus aspectos históricos y del aquí y el ahora. La objetividad deja por fuera una serie de dimensiones del fenómeno de la enfermedad y del proceso de trabajo en salud que deben ser abordadas incorporando la subjetividad y la experiencia. El relato favorece la interpretación en vez de una búsqueda por extraer datos sobre la normalidad biológica o enfatizar en el léxico de la hegemonía médica, o en el acatamiento o no por parte del paciente de los tratamientos dictados desde el poder médico. Los relatos son interpretaciones; no son un develamiento de lo real y objetivo de la enfermedad o del trabajo médico; no son meras copias del mundo.

En la construcción y el relato de una narrativa siempre hay alguien que es un intérprete, situado entre nuestras experiencias y nuestros esfuerzos por entenderlas y describirlas. Quien escucha de manera comprometida y responsable la interpretación de quien narra su acontecimiento intenta colocarse en su lugar, en su perspectiva. Hacer el esfuerzo por interpretar desde la ubicación del otro, de forma comprometida y responsable, es una posición ética que debe extenderse entre los profesionales de la salud. A pesar de la imposibilidad de ubicarse exactamente en la posición del otro, cuando se trabaja con el sufrimiento de los pacientes se debe hacer un inmenso esfuerzo por tener un punto de vista similar, para comprender su experiencia y subjetividad. Del mismo modo, el trabajar en equipos interdisciplinarios y avanzar en la democratización de la gestión de la atención implica ejercicios de interpretación de este tipo. Por tanto, la narrativa aporta a concretar una posición ética del profesional de la salud, pues entrena en la escucha del otro, su historia, su sufrimiento.

Teniendo en cuenta lo anterior, el conflicto de interpretaciones aparece entre los participantes de la atención y el cuidado, como aparece cuando el otro irrumpe, en especial el radicalmente otro, el que produce narrativas antagónicas a las propias poniendo en jaque los marcos perceptivos, apreciativos y valorativos con que se vive, se enferma o se trabaja. Su solución dependerá sobre todo de la función que dichos relatos cumplan respecto a la persona y a la cultura de la salud, a las relaciones de poder, a las reglas de juego del campo social de la salud y las prácticas concretas. Un camino es reconocer los múltiples puntos de vista, interpretaciones sobre el mismo fenómeno, y que son las relaciones de poder



las que establecen cuál es el legítimo en un momento histórico determinado, y en paralelo facilita la legitimidad de otros que están en la sombra. Además, reconocer las formas como la construcción conjunta de narrativas entre los participantes del cuidado se estructuran de tal forma que permiten o bloquean la expresión del punto de vista del otro, por lo general el que detenta un menor ejercicio del poder (Heritage y Robinson 2006).

Narrar en salud es un acto intencionado que orienta la acción del enfrentamiento del usuario con su padecimiento o del trabajador con su trabajo.

En la narrativa siempre hay indicios que dejan entrever la intencionalidad del relato para quien lo narra. La narración puede tener una intención estética, pero también pragmática; esto es, el relato que hace un profesional o un usuario sobre la atención o su enfermedad, tiene un objetivo, aquello que pretendía al contar tal historia a tal oyente en tal circunstancia. Una narración tiene fuerza ilocutoria.

Se debe reconocer la intencionalidad de la narración en salud para comprender la complejidad del acto narrativo, situando la narración en el horizonte pragmático y así considerarlo como una oferta de mundo, de la atención, de la salud, que quien escucha puede acoger o rechazar. En este sentido, narrar es un acto intersubjetivo que se sitúa en el entrecruce de la comunicación entre el hablante y el receptor, el escribiente y el lector, y en salud entre todos los participantes de la atención y el cuidado, gestores, profesionales y usuarios, quienes relatan sus experiencias unos a otros, oralmente o por escrito. Lo relatado por el trabajador de la salud al usuario, y viceversa, puede ser consentido o refutado por el otro, y eso es considerado por quien relata en el momento de construcción de su narración para garantizar el logro de su intención.

Como efecto, esa narración siempre intencionada puede producir nuevos significados sobre quien escucha, pero también sobre quién relata. Así, en el acto de narrar reflexionado, el usuario o el profesional al relatar, puede percatarse de los significados ocultos de su historia, las aristas encubiertas del problema que aborda su relato, los vacíos y saltos mortales para entender la complejidad de lo narrado. Quien escucha puede asimilar nuevas interpretaciones de un mundo que asumía como dado, completo, cerrado. El relato puede suscitar en el oyente esa apertura hacia los mundos narrativos que podrían revolucionarle su vida, su perspectiva sobre su padecimiento, sobre su forma de hacer la clínica, sobre su trabajo administrativo.

Narrar en salud es problematizar y promover otros mundos posibles de la enfermedad y el trabajo en salud.

La narrativa no sólo tiene una intencionalidad, sino que transforma el mundo. La narrativa en salud es el relato de proyectos de usuarios y profesionales sobre su enfermedad y sobre la atención y la gestión que han fracasado, y por tanto abren posibilidades de acción. En parte estos fracasos en la atención o en la gestión, o en el autocuidado de los usuarios, se dan porque en las situaciones rutinarias de la enfermedad o el trabajo ya no se perciben los problemas, se rutinizan, y sólo se convierten en tales cuando explotan y ya es muy tarde. Al hacerse rutina, se naturalizan, se hacen parte del paisaje y no pueden reconocerse los problemas. Por otra parte, las narrativas tratan sobre la incertidumbre, el riesgo, los sentimientos y emociones que le rodean, que en muchas ocasiones bloquean la acción de quien los padece; por tanto, abordarlas desde los relatos permite acotarlos a sus dimensiones y destrabar el pensamiento y la acción sobre ellos. Heritage y Maynard (2006) señalan que las experiencias, sensibilidades, entendimientos y objetivos de los usuarios, esa subjetividad sobre su enfermedad, reside como un iceberg sobre todo por debajo de la superficie del diálogo fuertemente instituido. Se mantiene en esta condición sumergida por una combinación de falta de confianza del paciente y la autocensura, desatención y ofuscación del clínico, y esto se naturaliza, no se vive con extrañeza sino como una situación obvia propia de la interacción entre los participantes de la atención.

Según Heritage y Maynard (2006), en los estudios de la interacción entre profesionales y usuarios se ha encontrado que —dependiendo de la conversación que allí se establece— los usuarios de los servicios en muchas ocasiones no mencionan sus principales preocupaciones, reducen la adherencia a tratamientos y aumentaba su insatisfacción, entre otras situaciones; o al revés, se intensificaban sus relatos sobre su enfermedad. Siguiendo a Heritage y Robinson (2006), se puede señalar que las narraciones de las preocupaciones de los usuarios son importantes porque pueden afectar los resultados de salud mediante la mejora del diagnóstico y el tratamiento, y porque con frecuencia los pacientes tienen múltiples preocupaciones que pueden ser de carácter biomédico, psicosocial, o de ambas naturalezas, que sólo pueden ser comprendidas en los relatos sobre su enfermedad.

Narrar en salud es el arte de transgredir lo banal, lo rutinario de la atención o el padecimiento, para exotizarlo. O sea, lo que se hace rutina, paisaje, que ya no llama la atención, al narrarlo —al describirlo en su detalle y en su contexto— se torna relevante, se ilumina, brilla, se



destaca de todo lo demás. Haciéndose exótico se antepone al paisaje y puede problematizarse en su singularidad. Las narrativas tratan de lo cotidiano, del dolor diario del enfermo, del usuario que se queja ante el médico porque no hay medicamentos, de las respuestas ofensivas de los especialistas a los médicos generales por las referencias que hacen. Eso que sucede día tras día y que se hizo costumbre, eso que es lo que siempre se ha hecho y se asume que no vale la pena pensarlo. Muchas veces los problemas que se naturalizan, se normalizan, se hacen rutina, dejan de valorarse como problemas; por ello las narrativas sirven para exotizar lo común y lo que se hacía por inercia, ponerse en cuestión. De acuerdo con Bruner, la misión de la narrativa es subjuntivizar la realidad, pasar del modo indicativo al subjuntivo, que significa dotar de extrañeza a lo familiar, ir de lo que es a lo que podría ser, considerar posibles lecturas y no certidumbres.

Con la inercia los sujetos observan y narran los acontecimientos desde perspectivas estereotipadas y generalizaciones que no permiten comprender la complejidad y las aristas de los problemas. Están dominados por el ajeteo de la vida y el trabajo, donde se ven presionados por el consumismo y la eficiencia de sus actos, y entonces cada vez son menos capaces de que algo —una historia, un suceso en el centro de salud o en su enfermedad— sea absolutamente nuevo, que quede más allá de sus impresiones estereotipadas que sólo producen soluciones también estereotipadas e ineficaces. La narrativa alumbra aspectos inusuales a lo que se lee como familiar y a lo habitual.

En un relato sobre acontecimientos y experiencias del proceso salud-enfermedad-atención se identifican problemas; eso lleva a buscar sus constituyentes relevantes, sus determinantes y sus relaciones complejas. Lo banal de la atención o el padecimiento se llena de relaciones muy ricas que muestran la complejidad del problema y lo que se requiere considerar cuando se busca modificarlo. De esta forma los participantes de la atención conocerán mejor los problemas del trabajo y las condiciones laborales de los demás, o de la situación familiar o social del paciente, y con ello comprenderán el porqué de sus prácticas en el trabajo o frente al tratamiento o autocuidado.

Las narraciones estimulan la capacidad de ver el mundo cotidiano como algo que se puede explorar infinitamente. Esto es posible al llenarse los relatos de detalles, de descripciones densas, de los personajes de la trama, de las emociones, de las sensaciones, de los problemas, del escenario, de hacer sentir los olores del quirófano, de describir un dolor punzante que su personaje reclama, de comprender el tedio que siente el médico ante las pilas de documentos administrativos que debe llenar, o la angustia ante circunstancias de la gestión o de la vida de su

paciente que quedan más allá de su alcance. Para ello el profesional o el usuario deberán generar una aguda capacidad descriptiva para hablar de lo que parece intrascendente en la enfermedad, en la atención y el cuidado.

A partir de esa densidad narrativa del detalle, de los acontecimientos, de la descripción fina de los personajes, el relato permite también reflexionar sobre eso cotidiano y explorarlo desde distintas perspectivas, darle otras interpretaciones, y así problematizarlo. Narrar sobre la rutina permite estar atentos a sus desviaciones y no acostumbrarnos a la inercia. De esta forma, allí donde surge el adormecimiento ante la monotonía, la atención se especializa en mantener la alerta frente a las desviaciones de lo que es usanza, a la emergencia de lo inesperado, y no dejarlo escapar. Es transformar la realidad cotidiana en algo novedoso, hacerlo exótico y repleto de misterio.

De la misma forma, a la par que tratan sobre la cotidianidad, las narrativas tratan sobre la incertidumbre. El incremento de esa incertidumbre, exponenciada en la modernidad líquida actual (Bauman, 2002), el fracaso y la frustración, miedos y enojos que la conllevan, son tratados en las narrativas. Éstas abordan las formas como profesionales o usuarios manejan la zozobra ante lo inesperado de la enfermedad, de un tratamiento sin cura a corto plazo, de acuerdos de gestión que no se cumplen. Se dirigen a apaciguar esa ansiedad y la angustia de lo incontrolable de enfrentarse a la muerte, al error en el trabajo, a trabajar con otros que desconozco y que pienso me quieren hacer daño o no les importa continuar con el trabajo conjunto. Aprender a jugar con posibilidades, a hacer apuestas, puede ser orientado a través de la narración de historias posibles, pues contar historias y compartirlas adiestra a profesionales y pacientes para imaginar qué podría ocurrir si... (Bruner, 2003: 51-52).

A pesar de la importancia de lo real, familiar y cotidiano, el relato no puede permanecer allí, pues su sitio es lo posible. Narrar es sobre todo imaginar, transgredir el orden normalizado de las cosas; es trascender la irresistible tiranía de lo obvio o lo evidente (Siciliani, 2014). La herramienta clave del proceso de subjuntivizar es la imaginación. Así, por un lado el narrador está anclado en la realidad, y por otro lado se desapega de ella y piensa que las cosas no tienen que ser así, que se puede vivir su enfermedad o atender al paciente crónico o gestionar los servicios de otro modo; que el pasado que nos determina no es inexorable y que hay margen para la libertad. Para Bruner (2003) la imaginación es la sustancia del arte connotativo del relato.

No es un imaginario desbordado sino una tensión profunda y permanente entre lo familiar y lo posible. La articulación entre realidad e imaginación que promueve



pensar mundos de la enfermedad y la atención posibles, tiene distintos equilibrios en la crónica, el cuento, la novela, etcétera (Siciliani, 2014). Bruner habla de la dialéctica de lo consolidado y lo posible. Aunque se comporte como lo familiar, la ficción literaria tiene el objetivo de superarlo para adentrarse en el reino de lo posible, de lo que podría ser/haber sido/acaso ser en el futuro. En la narrativa hay una dialéctica entre las normas y lo humanamente posible.

El relato al iluminar los problemas de la incertidumbre o de lo cotidiano ofrece el modo de domeñar su error y la sorpresa. Al convertir la rutina de la enfermedad o la atención, o la incertidumbre de un tratamiento o de una acción del equipo de trabajo, en géneros como la comedia, la crónica, la tragedia, la novela de aventuras, la ironía, etcétera, aligera lo punzante de lo fortuito y pueden reafirmar una especie de sabiduría convencional respecto de aquello cuyo fracaso se puede prever y de lo que se podría hacer para volverlo a sus cauces o para dominarlo.

La habilidad narrativa consistirá en lograr esa magia de abrir al oyente y al narrador esas nuevas perspectivas a través del impulso metafórico del relato y el encanto de sus tramas, de los aspectos literarios de la narrativa, capaces de producir nuevos significados. Es decir, al introducir en un relato metáforas sobre la situación, las cosas o los personajes, se logra complejizarla, verla en una multitud de dimensiones que no se consideraban mediante relatos más planos, los meramente técnicos u objetivos. Es basar la transformación en avanzar desde una historia incompleta hasta otra más compleja y exigente, que se gana estableciendo la relación o coherencia entre los hechos, los personajes, sus intenciones, etcétera, que hace avanzar la historia en el tiempo.

La narrativa es un entramado de ciencia y arte; por tanto, da lugar a la creatividad y la imaginación tan caros para abordar los problemas de la rutina y cotidianidad de las instituciones de salud que repiten hasta el cansancio los mismos diagnósticos situacionales como sus soluciones.

Además, la narración influye en el desarrollo de capacidades intelectuales como la imaginación. De esta forma capacita a usuarios, profesionales y gestores a construir alternativas ante los fracasos de su experiencia de enfermarse, de su práctica clínica o de la gestión de un servicio. Contar historias y compartirlas adiestra para imaginar qué podría ocurrir si... La imaginación se debe cultivar porque ayuda a vivir e interpretar la cotidianidad y a enfrentarla con maniobras alternativas a las que por lo común se realizan y han fracasado. Cuando se permite expresar todo esto se fomenta el pensamiento divergente, la imaginación, la fantasía y la creatividad.

Por tanto, las narrativas son un valioso instrumento transformador que permite comprender el mundo, la

atención, la enfermedad de nuevas maneras, tanto para quien crea la narrativa como para quien la escucha. También sirve para reflexionar a quien escribe sobre la intención y el sentido de sus prácticas, y por tanto de abrirle la posibilidad de narrar otras, de nuevas orientaciones y significados acerca de la situación que narra.

Narrar en salud es una forma con la cual el profesional o la persona enferma construye su identidad.

Desde una perspectiva construccionista (Gergen, 2007) el yo no tiene una esencia, una sustancia que el lenguaje simplemente expresaría, sino que es a través del lenguaje que el yo entra en un proceso constante de construcción. La identidad se construye a partir de lo que el sujeto narra acerca de sí a los otros y a sí mismo. Construye y reconstruye continuamente al yo a través de narrativas, según lo requieren las situaciones en que se encuentra, con la guía de sus recuerdos del pasado, de sus experiencias y miedos, y proyectos para el futuro. Bruner (2003: 122) afirma que sin la capacidad de contar historias sobre nosotros mismos no existiría una cosa como la identidad. La identidad profesional en salud se construye al relatar historias sobre el aprendizaje, el trabajo diario, los casos vistos, los fracasos y los éxitos clínicos. De la misma forma, un sujeto con una enfermedad crónica construye también su identidad a partir de las historias que cuenta sobre sí mismo en su relación con su padecimiento, con su experiencia vivida del dolor, del conocimiento de su enfermedad y de historias que escucha de otros similares a él.

Como se vive y experimenta la vida en múltiples contextos y en tiempos distintos, la experiencia también puede ser confusa y fragmentada. La narración buscaría entretejer esa fragmentación, darle coherencia. Más que un ejercicio terminado, cerrado, la identidad sería el acto mismo de tejer (Dreier, 2005) —mediante la narración— la multiplicidad de experiencias que se viven, para dar sentido a preguntas como quién es el sujeto y quién quiere ser. El profesional no es sólo profesional, sino también es padre, es ciudadano, etcétera, de la misma forma el sujeto enfermo. Y ambos tejen quiénes son o quiénes quieren ser al relatar historias sobre su trabajo o su padecimiento.

El Yo no es una realidad monolítica, definida de una vez por todas, sino un incesante proceso mediante infinitas formas de narración de cada una de nuestras historias, dados los lazos que la memoria y la cultura nos imponen y nos limitan, lazos de los que muchas veces no somos conscientes (Bruner, 2003: 93). El Yo se construye considerando las limitaciones de la cultura, del lenguaje, de las narrativas. La identidad profesional



se construye a partir de la cultura médica o de enfermería, etcétera, que haya en una sociedad concreta y de las formas de narrar que le son permitidas. Lo mismo podría decirse de la identidad de un sujeto que la construye considerando la enfermedad que padece y de las limitaciones de los relatos que comenta.

Narrar en salud es una actividad que modela la mente del ser humano y el conocimiento sobre la salud, la enfermedad, la atención y el cuidado.

Siguiendo una línea de reflexión sobre la narración y el pensamiento, cabe preguntarse si la narración se impone al pensamiento o si el pensamiento se impone a la narración. Se puede afirmar que la narrativa modela el pensamiento como instrumento de percepción, valoración en el mundo. La forma como se narran los episodios de la salud y la enfermedad, del cuerpo o el cuidado, define al mismo tiempo la percepción y valoraciones que se les asigna. Como nos aclara Bruner (2003: 48), la etimología de narrar deriva del narrare latino, y de gnarus, que es aquel que sabe de un modo particular; lo que nos hace pensar que relatar implica inmediatamente un modo de conocer, en una mezcla inextricable.

Cuando se enfrenta una situación se domina su sentido contando historias que la hacen razonable. Las estructuras narrativas son usadas cotidianamente para pensar sobre los padecimientos o las dietas que emprenden las personas, o los fracasos clínicos que enfrentan. Al escribir una narración sobre estos temas se exige al sujeto tener la representación mental de lo que desea comunicar, que le permite como narrador visualizar lo que va a describir y le prepara para darle sentido a lo que quiere decir. Así, las personas dan forma a su pensamiento a través de las maneras como construyen sus narrativas. Por tanto, las narrativas no sólo cuentan una realidad externa de la salud-atención, sino que la modelan, determinan flexiblemente sus pensamientos sobre la enfermedad o su trabajo en salud. El arte narrativo no sólo observa la salud, enfermedad, atención y cuidado, sino que modela los pensamientos, las percepciones, apreciaciones y valoraciones sobre ellas.

De esta forma, cambiar la narrativa o su estructura puede conllevar a un cambio en la forma como se conoce, se percibe, se valora la enfermedad o el trabajo en salud. Modificar la narrativa cambia el punto de vista, lo hace más complejo, y por ende más rico para actuar con mayor contundencia sobre él.

La narrativa en salud se puede distinguir en dos registros. El primero más descriptivo, más factual, más de la acción. Es una parte crucial, pues sin ella no habría qué contar. El inicio de la enfermedad, lo que se hizo,

quién participó, qué se dijo, cómo se desarrolló, las visitas al médico, los tratamientos, medicamentos, los problemas de acceso, las esperas, las consecuencias, etcétera. El segundo, más hermenéutico, gira en torno a los pensamientos, los sentimientos, los afectos, la intimidad de los protagonistas del relato (Bruner, 2003: 46). Alude a los sentidos con que los actores viven esas acciones: cómo sienten la enfermedad, cómo viven el sufrimiento, cómo piensan las causas o los malestares, cómo estar enfermo o ser tratado despierta en ellos temores, esperanzas, ilusiones. Para Bruner (2003: 47) las buenas historias nunca separan esos dos paisajes. Mantener estos dos paisajes imbricados forma parte de las historias bien construidas, de modo que no se pueda separar quién conoce y lo conocido.

Asimismo, narrar en salud es uno de los modos de conocimiento que necesita complementación, tanto de las ciencias médicas como de las ciencias sociales en salud. El conocimiento narrativo no es suficiente, pues también necesita de conocimientos que se ocupen de verificar las proposiciones bien formuladas acerca de cómo son las cosas; más pragmática en un momento, más científica en otro. Es decir, la narrativa en salud puede complementarse con el conocimiento científico, que se encargue de las causas generales de la enfermedad o la atención dirigida por hipótesis de sus principios, que emplee categorización, un lenguaje regulado por requisitos de coherencia y no contradicción, conexiones formales y referencias verificables; con este tipo de pensamiento se resuelve la mayoría de los problemas prácticos de la vida diaria del enfermo y del profesional de la salud. El problema es que, para muchas personas, el conocimiento científico es el único válido para acercarse al proceso salud-enfermedad-atención-cuidado.

Lo que se pretende es articular esos dos modos de conocimiento. Se busca que entre los médicos se propicie una actitud diferente hacia las historias de sus pacientes, que entre los enfermos haya una postura distinta respecto a su enfermedad y su tratamiento, que los médicos comprendan de otra forma sus relaciones con sus compañeros de trabajo y con las tecnologías que emplean. Mediante esta negociación horizontal de conocimientos se esboza toda una ética narrativa. Así, en el Colegio de Médicos y Cirujanos de la Escuela de Medicina de Nueva York se hizo un programa que distinguió entre historia clínica factual (temperatura, presión arterial, etcétera) e historia de vida (problemas existenciales de los pacientes, angustias, temores, etcétera) para que no las siguieran confundiendo. Mediante este tipo de experiencias se intenta hacer a los estudiantes de medicina más conscientes, conocer el entramado que se teje de la una para la otra, y recono-



cer sus implicaciones para su práctica, para tomar mejores decisiones clínicas, para comprometerse más con los pacientes, para evitar la enajenación del producto de su trabajo. Obviamente esto aplica no sólo a médicos, sino a cualquiera que trabaje con pacientes.

Asimismo la narrativa requiere complementarse con las ciencias sociales y humanas, que permiten darle nuevos contenidos y complejizar el problema de la enfermedad y del trabajo en salud. La historia, la antropología, la sociología, la psicología social y la filosofía de la salud pueden aportar muchos elementos para reflexionar antes, durante o después del acto narrativo sobre la salud o el trabajo en salud, darle nuevas entradas al problema, nuevas aristas, nuevas alternativas de solución. Dichas ciencias podrían aportar para sacar al profesional o al sujeto enfermo de su rutina y ver desde otra perspectiva su situación.

El cuento, la crónica y la autobiografía, dentro de las creaciones literarias, presentan varias ventajas — como ofrecer elementos artísticos, reales, contextuales y científicos—, lo que facilita su uso para distintos fines, como el estético, el psicosocial y el didáctico, como también favorecería cambios en el proceso de trabajo de los profesionales de la salud.

Narrar en salud es una forma de aprehender y dar sentido a la realidad de la enfermedad y la atención.

¿Cuál es la relación de la narración con la realidad? De acuerdo con Bruner, se consideran dos elementos: el poder que tiene el relato para referirse a ciertas realidades concretas de la enfermedad o del trabajo en las unidades de salud, y, el segundo, el relato tiene el poder de concretizar, vía la metáfora, esas realidades que de otra forma quedarían en la penumbra, como esa experiencia misma de enfermarse, el dolor, el sufrimiento que se entiende mejor a través de una metáfora.

Narrar en salud es un arte connotativo-simbólico cultural, el cual, más que describir la realidad, lo que busca es otorgarle un sentido. De este modo, el relato no es un simple entretimiento de circunstancias, sino que refleja una forma básica y poderosa de dar sentido al mundo y a la experiencia. La narración en salud es una forma de expresión humana que no pretende describir el padecimiento, sus consecuencias o sus causas, en cuanto tal, sino el significado y la connotación que pueden tener para las personas en una cultura determinada, llámense enfermo o cuidador, o familiar o profesional de la salud.

Las narrativas simbolizan el mundo más allá de las cosas específicas a las que se refieren de manera directa, sobre todo a través de la metáfora. El relato crea sentido

de la enfermedad y del trabajo en salud al simbolizar metafóricamente la realidad para transfigurarla: es el obsesivo poder de la metáfora el que da al relato su impulso más allá de lo específico, su impulso metafórico (Bruner, 2003: 46). Por otra parte, los sucesos de la experiencia no tienen por sí mismos una conexión inmediata y sistemática con lo que se piensa de ellos; se ubican uno detrás de otro en una secuencia temporal, y sólo a través de esta estructura narrativa las reflexiones adquieren sentido y empiezan a asumir la forma de un relato.

El cambio de sentido de una narración es una posible solución a los problemas de la atención o la enfermedad. La gran narrativa es una invitación a encontrar problemas, no una lección acerca de cómo resolverlos. Sin embargo, modificar el sentido de una historia puede ser en sí mismo la solución a un problema. Es el talento narrativo el que nos da la capacidad de encontrar un sentido en las cosas cuando no lo tienen, y por tanto debe promoverse.

Narrar es una actividad que modela la experiencia de enfermarse y de trabajar en salud.

Por medio del relato es que la experiencia de padecer una enfermedad como la diabetes o de trabajar en promoción de la salud llega a ser experiencia; es decir, al ser contada permite no sólo recordar esa realidad pasada, sino definir las cualidades de ese recuerdo y la potencial reflexión para la vida, para enfrentar el devenir de la enfermedad o el trabajo.

Además de recordar la vivencia, la experiencia permite reflexionar acerca de ella y actuar para enfrentar nuevas situaciones en el futuro. A partir de la experiencia la narrativa da un orden razonable a los acontecimientos que se viven. Las narrativas en salud permiten asignar un sentido a los acontecimientos de la atención o de su padecimiento invistiéndolas de coherencia, integridad, amplitud y conclusión. Además, en la misma narración de las decepciones pasadas, sus cualidades y efectos, también da pistas respecto a qué hacer cuando se enfrenta una situación similar, qué elementos tener en cuenta para aproximarse a ella, qué no hacer, qué hacer para sortear con más éxito sus dificultades.

A través de un diálogo narrativo entre reflexión e interpretación de la experiencia dicha, la experiencia se transforma en saber para la salud, para enfrentar los nuevos acontecimientos y situaciones que suceden con su cuerpo y sufrimiento, sobre el proceso de trabajo en salud, con sus objetos, sus tecnologías, sus relaciones sociales y de poder, sus productos, con toda su variedad y riqueza. El conocimiento en salud basado en la experiencia es un conocimiento que se relata.



Por un lado, los profesionales de la salud que trabajan con gente suelen codificar sus experiencias en forma narrativa. Con frecuencia utilizan historias de caso y explicaciones narrativas sobre su relación con los pacientes, con los compañeros de trabajo o con los gestores, siendo en ocasiones narraciones estructuradas por una narrativa médica muy estandarizada, pero también pueden ser narrativas caóticas, impredecibles y multidimensionales, que permiten aproximarse desde otros puntos de vista a la incertidumbre y mostrar la luz en las sombras que produce la rutina. En ambas formas narrativas los profesionales al representar logran poner cierto orden en el caos, y proyectan un determinado nivel de saber práctico que informa sus acciones. Así, producir narraciones estructuradas y entretejerlas con otras más caóticas, pero multidimensionales, permite hacer interpretaciones insospechadas que pueden generar soluciones novedosas, y con ello ganar en experiencia de las vivencias cotidianas.

Narrar en salud es una actividad intersubjetiva radicalmente cultural.

Se entiende la cultura como las prácticas sociales ejercidas por un colectivo, en un campo social determinado, que tiene reglas establecidas y en colusión con disposiciones de los sujetos incorporadas por su trayectoria individual y social (Martínez y Perdomo, 2014). De la misma forma se considera que la narración es en sí misma una práctica social. En ese sentido entendemos en los colectivos por medio de relatos proponen modos de convencionalización, reglas de juego, y al mismo tiempo los sujetos usan los relatos como estrategias para enfrentar los desequilibrios y los conflictos de poder e intereses que hay en los campos sociales. Cada campo social tiene su forma hegemónica de construir relatos, que permiten tener una cierta perspectiva sobre la realidad. Como práctica social, la narrativa es estructurada por el campo social de la salud, pero a la vez le da estructura al campo. Así, en el campo social de la salud los relatos dominantes son los contruidos desde la biomedicina, con un fuerte componente individual, ahistórico y biologicista, y como se ha señalado son más estandarizados y racionales en términos instrumentales. Los otros relatos, dados por los legos, se componen de un abanico más amplio de relaciones entre la enfermedad, el cuerpo, su trayectoria y proyectos de vida, y sus relaciones sociales, entre otros; son reducidos, en el diálogo con los profesionales de la salud, a lo biomédico. Los relatos de los pacientes son menospreciados y no entran en el mundo narrativo del campo. Los profesionales de la salud tienen una ceguera narrativa. Y cuando ambos

relatos se cuentan, pueden reproducir la estructura del campo de la salud o transformarla.

El relato biomédico pretende controlar la experiencia del enfermo al reducirla a los ámbitos biológicos que domina; sin embargo, el enfermo resiste a ese relato con mayor o menor éxito y construye su propio sentido. El control social es imperfecto, y el individuo no se deja atrapar fácilmente; el sujeto sujetado siempre es un mal sujeto. La cultura deja siempre ciertos márgenes de libertad, más allá de las reglas del campo de los habitus inculcados, que permiten construir la unicidad individual.

Para Bruner (2003: 33) la intersubjetividad trata sobre cierta capacidad de los humanos para leer las recíprocas intenciones y los estados mentales ajenos. Dicha capacidad es en sí misma una disposición para leer en los signos la subjetividad de los otros, y se incorpora en los sujetos a través de hacer carne los campos sociales. En otras palabras, la intersubjetividad implica haber vivido en un campo social, haber incorporado sus reglas sociales y con ellas crear un esquema de percepción, valoración, apreciación del campo social. Esto se construye a partir de compartir los mismos relatos, las mismas estructuras narrativas.

Participar de una cultura equivale a conocer y usar una amplia gama de sentidos, acumulados y compartidos, presentes en el acervo de narrativas que se han construido en determinado campo social. Sin embargo, esos sentidos compartidos no son estáticos, sino que están en constante revisión.

Teniendo en cuenta la intersubjetividad, interpretar al otro significa tener la capacidad de salirse de los sentidos hegemónicos que produce una narrativa y, desde otro lugar, otorgarle un nuevo punto de vista. Interpretar al otro, que un médico se ponga en la perspectiva del paciente, requiere que ponga en paréntesis su ceguera narrativa y escuche y relate la vivencia desde otro lado: desde la ubicación del paciente.

Narrar en salud es una actividad transformadora.

Siguiendo a Siciliani (2014), la narrativa es peligrosa porque puede orientarse hacia la praxis, hacia la transformación de la realidad del campo de la salud. La supresión de la experiencia del usuario por parte del clínico en las narrativas que juntos construyen, es debida —según los investigadores— al estatus y la autoridad contruidas a partir de las diferencias —educativas, socioeconómicas, étnicas, de género y otras— entre los usuarios y los clínicos. Expandir las narrativas, su construcción conjunta entre los participantes de la atención y el cuidado, puede llevar a transgredir esas asimetrías e inequidades (Heritage y Maynard, 2006) del campo de la salud.



Por una parte transforma porque genera procesos de reflexividad, es decir, hace que se empiece a discutir si la vida, el trabajo, la enfermedad, la atención; tiene que ser así o podría ser de otra manera, como se ha venido haciendo, y se podría hacer de otra forma; y este es el germen de la subversión. De esta forma pone fin a la inocencia, reexamina lo obvio, pone sobre la mesa tensiones éticas, deja el mensaje normativo implícito y evita así la confrontación estéril (Bruner, 2003: 19); es un arte de lo posible que tienta con alternativas trascendentes (Bruner, 2003: 131). Pero sobre todo porque tiene el poder de modificar las prácticas sociales, las reglas de juego, la hegemonía en las relaciones sociales, las cegueras existenciales y narrativas. Puede socavar los dictámenes de la ley acerca de lo que constituye una realidad canónica del campo de la salud y generar nuevas reglas de juego; la narración es instituyente.

DISCUSIÓN

En los servicios de salud se muestran problemas de comunicación entre los profesionales y entre ellos y los usuarios. Esto se debe a que en el campo de la salud el ser humano es reducido a sus aspectos biológicos. Sin embargo, éste se compone de múltiples dimensiones interactuantes que difieren dependiendo del contexto donde interactúa.

Así, el conocimiento científico de la enfermedad es referido en especial al volumen del cuerpo. Dicho conocimiento de la visibilidad de la enfermedad pone sobre la mesa la lesión del órgano y funda en ella la explicación de la enfermedad. De este modo, con el cuerpo lesionado como prueba y explicación de la enfermedad un discurso se vuelve superfluo, una narrativa, ajeno a la visibilidad de las lesiones de los órganos. Dicho de otro modo, la enfermedad se torna un discurso acerca de la lesión de los órganos, expresado anatomopatológicamente. De modo que aparentemente cualquier discurso ajeno a la visibilidad del órgano o tejido alterados se vuelve innecesario, ilegítimo.

Por otra parte, con frecuencia suele referirse a la tecnología, o al uso de la tecnología, como una fuente de deshumanización. Al hacer visible la enfermedad, la tecnología también hace superfluo el discurso vital y existencial del paciente. En su búsqueda por la productividad del trabajo, la administración en salud encuentra estorboso o ineficiente las narrativas en salud que no curen en el corto plazo, y con el uso de tecnologías la enfermedad biológica. Tal vez en lo anterior emergieron los principales rostros de la deshumanización.

Lo que hoy habría que indicar es que la deshumanización asociable al uso y abuso de la tecnología y la

administración en salud se encuentra históricamente prefigurada en el nacimiento de la racionalidad científica; cuando la visibilidad material de los objetos de la ciencia apartó de un golpe las creencias míticas asociadas a la interpretación del acontecer de la realidad.

Las decisiones clínicas y los procedimientos realizados por los profesionales se ven afectados por estas situaciones, sobre todo cuando las enfermedades crónicas requieren de abordajes extrabiológicos y la complejidad del trabajo en salud implica incluir la subjetividad y la cultura de los profesionales sanitarios para coordinarlos. Como consecuencia, se presentan errores o problemas de oportunidad en la detección temprana, el diagnóstico o el tratamiento. La eficacia que potencialmente puede lograr la atención se ve reducida de manera sustancial. Todo esto trae aparejadas dificultades para la integralidad de la atención, conflictos al interior del trabajo en equipo, resistencia al uso de servicios, falta de adherencia a terapéuticas y fracasos en las estrategias de promoción de la salud y de autocuidado. Además, los profesionales de la salud encuentran una pérdida de sentido en el trabajo que realizan, que en ocasiones se expresa en apatía y en la reproducción de prácticas de violencia de todo tipo. La atención produce sufrimiento en el trabajo para los profesionales y no logra abordar de manera amplia el sufrimiento de los usuarios.

¿Cómo hacer para que el trabajo en salud recobre sentido para los profesionales? ¿Cómo lograr que el trabajo en salud sea una herramienta humana, de calidad, comprometida con las necesidades en salud y acorde a las realidades e historias de usuarios y profesionales? Esto es, ¿cómo humanizar el trabajo en salud? El trabajo en salud está alienándose de manera creciente debido a las incapacidades de los participantes en el campo para narrar sus vivencias como profesionales en su trabajo y como pacientes en su padecimiento. Se propone el uso de narrativas como herramienta para reflexionar, aprender y transformar las prácticas del proceso salud-enfermedad-atención y cuidado de profesionales, gestores y usuarios de los servicios. La narrativa en salud es una profunda reflexión acerca de la condición humana, su relación con la salud-enfermedad y con el trabajo de los profesionales del sector, que puede transformar profundamente las prácticas de todos los participantes de la atención y el cuidado, y de allí ayudaría a transformar cuestiones más estructurales de los sistemas de salud.



REFERENCIAS

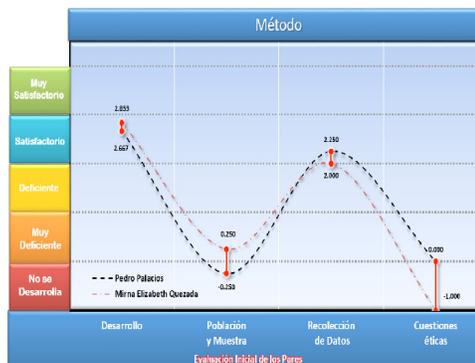
- Bárcena, F. & Mélich, J.C. (2000) La educación como acontecimiento ético. Natalidad, narración y hospitalidad. Barcelona, Paidós Ibérica.
- Banco Mundial (1993). Informe mundial de desarrollo humano, 1993: Invertir en salud, Washington.
- Bauman, Z. (2002). Modernidad líquida, Buenos Aires, FCE.
- Bruner, J. S. (2003). La fábrica de historias: Derecho, literatura, vida, Buenos Aires, FCE.
- Campo, R. (2005). "The Medical Humanities" for Lack of a Better term. *JAMA*, 294(9), 1009-1011.
- Dreier, O. (2005). Trayectorias personales de participación a través de contextos de práctica social. En Pérez, G., Alarcón, I. de L., Yoseff, J. J. & Salguero, M. A. (eds.), *Psicología Cultural*, México, UNAM, pp. 30-51.
- Foucault, M. (2012). El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica, México, Siglo XXI.
- Gadamer, H. (1997). Mito y razón, Barcelona, Paidós Ibérica.
- Gadamer, H. (2001). El estado oculto de la salud, Barcelona, Gedisa.
- Gadamer, H. (2012). Verdad y método, vol. I, Salamanca, Sígueme.
- Gergen, K. J. (2007). Construcción social, aportes para el debate y la práctica, Bogotá, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, Universidad de los Andes/ CESO.
- Gomes, M. & Schraiber, L. (2011). A dialética humanização-alienação como recurso à compreensão crítica da desumanização das práticas de saúde: alguns elementos conceituais. *Interface*. Botucatu, 15(37), 336-50.
- Heritage, J. & Robinson, J. D. (2006). The structure of patients' presenting concerns: Physicians' opening questions. *Health communication*, 19(2), 89-102.
- Heritage, J. & Maynard, D. W. (2006). Problems and prospects in the study of physician-patient interaction: 30 years of research. *Annual Review of Sociology*, 32, 351-374.
- Martínez, P. & Perdomo, A. (2014). La cultura en las organizaciones y servicios de salud: Una aproximación teórica a sus implicaciones. *Salud Problema*, segunda época, año 8, pp. 75-87.
- Marx, K. (2006). El trabajo enajenado, en Marx, K., *Manuscritos económicos-filosóficos de 1844*, Buenos Aires, Colihue, pp. 99-103.
- Maynard, D. W. & Heritage, J. (2005). Conversation analysis, doctor-patient interaction and medical communication. *Medical education*, 39(4), 428-435.
- Melich, J. C. & Bárcena, F. (2000). La educación como acontecimiento ético, Buenos Aires, Paidós.
- Merhy, E. E. (2006). Salud: Cartografía del trabajo vivo, Buenos Aires, Lugar.
- Morey, M. (1988). Los presocráticos. Del mito al logos, Barcelona, Montesinos.
- Morin, E. (2009). El método, vol. IV, La humanidad de la humanidad, Madrid, Cátedra.
- Schraiber, L. B. (1993). O médico e seu trabalho: limites da liberdade, Sao Paulo, Hucitec.
- Siciliani, J. M. (2014). Contar según Jerome Bruner. *Itinerario Educativo*, xxviii (63), 31-59.
- Sousa-Campos, G. W. (2001). Gestión en salud: En defensa de la vida, Buenos Aires, Lugar.
- Strawson, G. (2004). Against narrativity. *Ratio*, 17 (4), 428-52.
- Teixeira, R. R. (2003). O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações, en Pinheiro, R. & Araujo de Matos, R. (eds.), *Construção da Integralidade: Cotidiano, saberes e práticas em saúde*, Rio de Janeiro, IMS-UERJ/ABRASCO, pp. 89-111.
- Trigos, C. R. (2003). Visión panorámica de los estudios sobre la narración. *Revista de Humanidades, Tecnológico de Monterrey*, (15), 95-119.
- Vegetti, M. (1981). Los orígenes de la racionalidad científica. El escalpelo y la pluma, Barcelona, Península.
- Vickers, C. H., Goble, R. & Lindfelt, C. (2012). Narrative Co-Construction in the Medical Consultation: How Agency and Control Affect the Diagnosis, Communication & medicine, 9(2), 159-171.
- Woods, A. (2011). The Limits of Narrative: Provocations for the Medical Humanities. *Journal of Medical Humanities*, 100(45), 0-6.



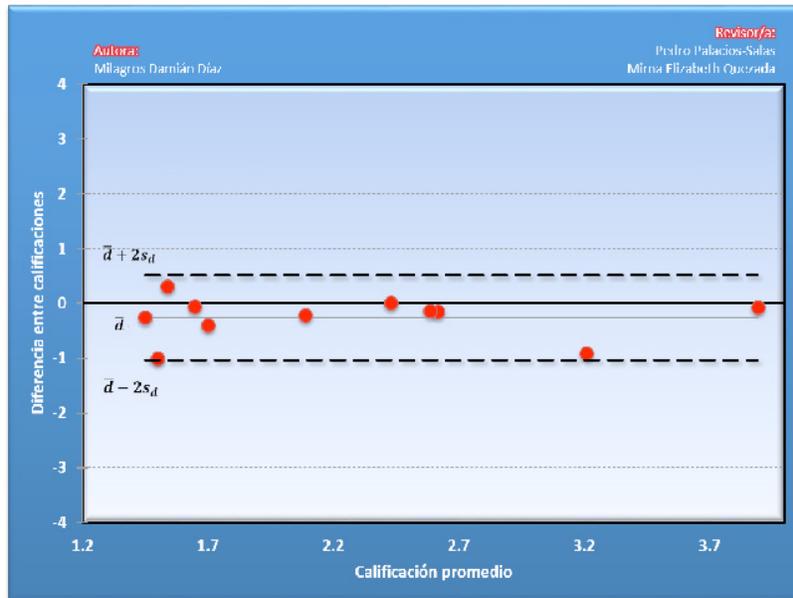


DIMENSIÓN CUANTITATIVA

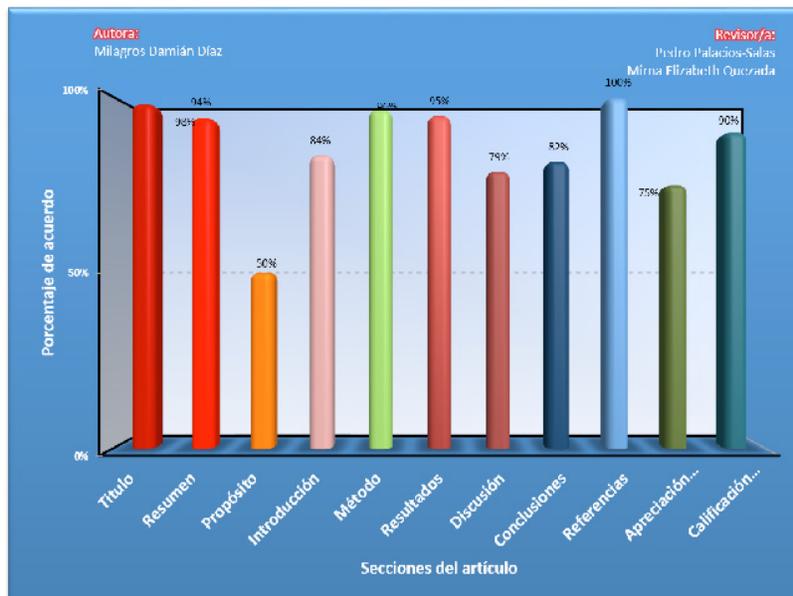
Perfil de Evaluación entre pares



Índice de Concordancia



Índice de Acuerdo



DIMENSIÓN CUALITATIVA

| Revisor 1 | Revisor 2 |
|--|--|
| Analia Veronica Losada | Marcelo Del la Mora |
| Título/Autoría | |
| Es correcto. | Los autores toman aportes que no son exclusivamente de Bruner. Sería interesante hacer más foco en las narrativas. |
| Resumen | |
| El resumen es correcto. | Se observan definiciones teóricas de las narrativas pero no se destacan las producidas en el trabajo de los autores. |
| Próposito del Estudio | |
| El trabajo persigue un proposito claro y en linea con investigaciones actuales. | La propuesta es muy interesante. Sugiero que se agreguen las narrativas que fueron más significativas escuchadas en el día-a-día laboral de los autores, y las articulen con los aportes teóricos; enriquecería mucho más el manuscrito. |
| Introducción | |
| Es de vital importancia para su publicacion el quitar las negrillas, comillas el uso de parentesis para aclaraciones. Revisar muy bien las referencias ya que algunas estan en negro y otras en gris. Ademas en las referencias no se respetan las cursivas de Normas APA. | Revisar el Manual de Estilo de la American Psychological Association (APA) para referenciar adecuadamente todas las fuentes consultadas |



| Revisor 1 | Revisor 2 |
|--|--|
| Método | |
| No aplica. | Evidentemente los autores han sido interrogados/convocados por la propuesta de articular las narrativas de sus prácticas con los aportes teóricos de algunos estudios de campo; sería muy valorado que puedan incluir algunas narrativas ilustrativas. Por ejemplo, comienzan con una narrativa “Me llena de angustia cuando escucho una médica interna referir a su paciente como el cáncer de mama del cuarto 718” tomada de Campo (2005), que invita a una lectura en esa línea de trabajo. |
| Resultados | |
| No aplica por tratarse de una publicación del tipo ensayo. | Considerados en el punto anterior. |
| Discusión | |
| Debe retirarse la palabra conclusiones y colocar Discusión. También retirarse el subtítulo coda. | No aplica, pero sería importante agregar una articulación práctico(narrativas)-teórica |
| Conclusiones | |
| Por el tipo de artículo más del tipo ensayo las características del mismo son diferentes. Pero el trabajo es muy bueno y relevante. | Las conclusiones parecen desarticuladas con el cuerpo del trabajo |
| Referencias | |
| Es de vital importancia para su publicación el quitar las negrillas, comillas el uso de parentesis para aclaraciones. Revisar muy bien las referencias ya que algunas están en negro y otras en gris. Además en las referencias no se respetan las cursivas de Normas APA. | Muy deficiente. Se mezclan autores citados por apellido y por nombre; se alternan mayúsculas y minúsculas; se observan citas incompletas. Revisar el Manual de Estilo de la American Psychological Association (APA) para referenciar adecuadamente todas las fuentes consultadas |







Sección

La Psicología Ayer y Hoy

<http://dx.doi.org/10.22402/j.rdipycs.unam.2.2.2016.42.256-271>

PERSONALIDAD Y LA CONDUCCIÓN DE LA VIDA COTIDIANA

Ole Dreier
Department of Psychology, University of Copenhagen
Dinamarca

Traducido de:

PERSONALITY AND THE CONDUCT OF EVERYDAY LIFE

Nordic Psychology

2011

pp.4-23

Traducción realizada por:

Juan José Yoseff-Bernal

RESUMEN

El propósito principal de este escrito es presentar una teoría sobre las personas que está arraigada en la manera en la que las personas conducen sus vidas cotidianas. La aproximación y los conceptos clave en la teoría son presentados en la segunda y central parte del escrito. Esta aproximación teórica sobre la personalidad es inusual. La investigación actual sobre la personalidad reconoce que debe ser estudiada en la interacción entre persona-situación-comportamiento. En la primera parte de este escrito presento algunas de las cuestiones centrales en esos estudios. La aproximación teórica busca resolver tales cuestiones. Estas cuestiones son una de las dos mayores fuentes de inspiración para la aproximación teórica aquí propuesta. La otra fuente importante de inspiración son los estudios sobre intervenciones psicológicas. En la tercera parte del escrito presento un estudio que da luz sobre cómo la teoría puede provocar y enriquecer nuestro entendimiento de las intervenciones.

Palabras clave

conducción de vidas cotidianas, persona, personalidad, persona-situación-conducta, intervenciones psicológicas

BITÁCORA DEL ARTÍCULO:

| Recibido: 4 de Febrero de 2015 | Aceptado: 4 de Marzo de 2015 | Publicado en línea: Enero-Junio de 2016

AUTORÍA Y DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL**PERSONALIDAD Y LA CONDUCCIÓN DE LA VIDA COTIDIANA**

Ole Dreier
 Department of Psychology, University of Copenhagen
 Dinamarca

Traducido de:

PERSONALITY AND THE CONDUCT OF EVERYDAY LIFE

Nordic Psychology
 2011
 pp.4-23

Traducción realizada por:



Juan José Yoseff-Bernal
 UNAM - FES Iztacala
 Correo: jyoseff@gmail.com

Licenciado y Maestro en Psicología por la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Doctor en Psicología por la Universidad de Sevilla.

DATOS DE FILIACIÓN DEL TRADUCTOR

Profesor titular FES Iztacala, UNAM



Copyright: © 2016 Yoseff-Bernal, J. J.

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial -CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), por lo que su contenido gráfico y escrito se puede compartir, copiar y redistribuir total o parcialmente sin necesidad de permiso expreso de su autor con la única condición de que no se puede usar con fines directamente comerciales y los términos legales de cualquier trabajo derivado deben ser los mismos que se expresan en la presente declaración. La única condición es que se cite la fuente con referencia a la [Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social](#) y a su autor.

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 4 |
| 1. ASUNTOS CENTRALES NO RESUELTOS EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA PERSONALIDAD | 4 |
| 1.1 Persona-situación-comportamiento, 4 | |
| 1.2 PERSONA-SITUACIÓN-COMPORTAMIENTO EN LA VIDA COTIDIANA | 6 |
| 2. UNA PROPUESTA TEÓRICA | 7 |
| 2.1 Orden y arreglos, 7 | |
| 2.2 Participación situada y movimiento, 8 | |
| 2.3 Conducción de la vida cotidiana, 9 | |
| 3. IMPLICACIONES PARA ENTENDER LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS | 11 |
| 3.1 Arreglo de intervenciones a través de contextos, 11 | |
| 3.2 Búsqueda de cambios a través de contextos, 11 | |
| 3.3 Intervenciones en las vidas cotidianas, 13 | |
| 3.4 Intervenciones y conducción de la vida cotidiana, 13 | |
| 4. CONCLUSIÓN | 14 |
| REFERENCIAS | 15 |



INTRODUCCIÓN

1. ASUNTOS CENTRALES NO RESUELTOS EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA PERSONALIDAD

1.1 Persona-situación-comportamiento

Cualquier enunciado acerca de la personalidad descansa en tres clases de elementos: a) factores de la personalidad, b) la situación en la cual estos factores se estudian o se predice su manifestación, y c) el comportamiento en el cual estos factores de personalidad se expresan y lo que les afecta. En consecuencia, la consciencia se manifiesta en este tipo de comportamiento en tal situación.

Con mucha frecuencia el debate acalorado sobre la interrelación persona-situación en la psicología de la personalidad ha llevado a un acuerdo común de que debemos estudiar la personalidad en relación a las situaciones y al comportamiento. Pero no hay acuerdo en cómo medir empíricamente las relaciones entre personalidad-situación-comportamiento; ni hay acuerdo en el peso teórico dado a cada uno de los aspectos; como tampoco hay acuerdo en cómo explicar la interrelación entre esos tres aspectos.

Aquí me valdré de un análisis crítico de los asuntos clave en la investigación reciente sobre la interrelación persona-situación-comportamiento para mostrar que la conducción de una persona en la vida cotidiana juega un rol central en la personalidad.

Mischel es una figura central en el debate persona-situación (e.g., Mischel, 1968; Mischel, 2004; Mischel y Shoda, 2008). En un estudio clásico de Shoda,

Mischel y Wright (1994) se observó a 84 niños por 150 horas en un campamento de verano. Shoda y sus colegas analizaron sus comportamientos agresivos y concluyeron que cada niño se caracterizaba por un rasgo de personalidad comportamental distintivo. Un niño actuaba agresivamente cuando sus compañeros lo molestaban. Otro actuó agresivamente cuando fue prevenido por un adulto. Shoda y sus colegas sostienen que los patrones estables individuales emergieron de la historia de los niños de ser sensibilizados a características particulares de situaciones. Al investigar vínculos entre persona-situación-comportamiento debemos por lo tanto identificar cuales características de las situaciones son psicológicamente importantes. La Tabla 1 de su estudio muestra cómo Shoda y sus colegas hicieron esto (ibid., p. 676). Leyendo la tabla de izquierda a derecha podemos ver que ellos consideraron una "escena" como sostener "situaciones nominales" que fueron definidas por "la estructura de una ecología dada (la escena), más que por su impacto psicológico potencial sobre y el significado para la persona" (ibid., p. 675). También insisten en que sólo los eventos psicológicos interpersonales particulares contenidos en esas situaciones nominales eran características de las situaciones psicológicamente importantes. Por ejemplo, trabajar la madera es "una situación nominal que contiene tan diversos eventos psicológicos interpersonales como ser elogiado, frustrado, molestado, y castigado" (ibid., p. 675). Como se pueden encontrar los mismos eventos en muchas situaciones nominales, de acuerdo con su aproximación, pueden crearse catálogos de tipos generales de eventos interpersonales a través de las situaciones. De esta manera, Shoda y sus colegas construyeron un ABC de eventos interpersonales que se mantuvieron inafectados por el escenario en el que ocurrieron, por ejemplo, en el campo, en la escuela, o en el hogar. En otras palabras, ellos estudiaron las características psicológicas de los eventos interpersonales particulares más que las relaciones entre persona, comportamiento y situaciones en un sentido más amplio. Ellos siguieron haciendo esto en estudios posteriores (e.g., Shoda y Lee-Tiernan, 2002).



Tabla 1

Ejemplos de Escenarios Ecológicos, Situaciones Nominales, Situaciones Interpersonales y Características Psicológicas (de Shoda, Mischel y Whright, 1994).

| ESCENARIO | SITUACIONES NOMINALES | SITUACIONES INTERPERSONALES | CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS | |
|------------|-----------------------|---|--|---------------------|
| Campamento | Trabajar la madera | Cuando el compañero inicia un contacto positivo | compañero, positivo | |
| | | Cuando el compañero molesta, provoca o amenaza | compañero, negativo | |
| | Patio de juegos | Cuando se es elogiado por un adulto | adulto, positivo | |
| | | Cuando se le llama la atención por un adulto | adulto, negativo | |
| | | Cuando se es castigado por un adulto | adulto, negativo | |
| | | Cuando el compañero inicia un contacto positivo | compañero, positivo | |
| | Reuniones de cabaña | Patio de juegos | compañero, negativo | |
| | | Salón de clases | adulto, positivo | |
| | | Hora de la comida | adulto, negativo | |
| | | Mirando TV | adulto, negativo | |
| Escuela | Patio de juegos | Cuando el compañero inicia un contacto positivo | compañero, positivo | |
| | | Cuando el compañero molesta, provoca o amenaza | compañero, negativo | |
| | Salón de clases | Cuando se es elogiado por un adulto | adulto, positivo | |
| | | Cuando se le llama la atención por un adulto | adulto, negativo | |
| | | Cuando se es castigado por un adulto | adulto, negativo | |
| | | Cuando el compañero inicia un contacto positivo | compañero, positivo | |
| | Hogar | Hora de la comida | Cuando el compañero molesta, provoca o amenaza | compañero, negativo |
| | | | Cuando se es elogiado por un adulto | adulto, positivo |
| | | | Cuando se le llama la atención por un adulto | adulto, negativo |
| | | | Cuando se es castigado por un adulto | adulto, negativo |
| Mirando TV | | Cuando el compañero inicia un contacto positivo | compañero, positivo | |
| | | Cuando el compañero molesta, provoca o amenaza | compañero, negativo | |
| | | Cuando se es elogiado por un adulto | adulto, positivo | |
| | | Cuando se le llama la atención por un adulto | adulto, negativo | |
| | | Cuando se es castigado por un adulto | adulto, negativo | |



El trabajo de Mischel y sus colegas es importante e interesante, pero sujeto a las limitaciones siguientes:

- Shoda y sus colegas redujeron “situaciones” a los comportamientos –en otros estudios (e.g., Shoda y Lee-Tieman, 2002) incluso los rasgos- de una persona en esa situación.
- Ellos ignoraron la significancia psicológica de las cosas materiales y del arreglo material y social de las situaciones (Costall y Dreier, 2006).
- Ellos no estudiaron cómo los eventos y las relaciones interpersonales fueron afectadas por el escenario en el cual ocurrieron (Dreier, 2008a).
- Como muchos otros, Shoda y sus colegas se fijaron tanto en iluminar los factores de la personalidad que no estudiaron los factores situacionales y comportamentales; ni estudiaron el interjuego entre esos tres factores de una forma comprensiva y minuciosa. En línea con su noción intuitiva de personalidad, en lugar de ello decidieron capturar las características duraderas, personales que subyacen a los patrones individuales de variación (Mischel, 2004, p. 1). Fleeson (2004) y Fleeson y Leicht (2006) muestran un interés similar.
- Cuando ellos estudiaron a una persona en más de una situación, analizaron cada situación por separado, como si no fueran afectadas por las otras situaciones en las cuales la persona también toma parte (ver también Funder, 2005; Wagerman y Funder, 2009).

Estudiar las relaciones entre persona, situación y comportamiento es de importancia fundamental para la psicología de la personalidad. Pero las maneras en las cuales la psicología de la personalidad define los ambientes y sus interacciones con las personas están marcadas por limitaciones importantes que han sido lamentadas por décadas (Funder, 2001; Lewis, 2002). Lo que se dice de una situación y sus vínculos con las personas y los comportamientos permanece en la vaguedad. Baumeister, Vohs y Funder (2007) de manera similar han señalado que la investigación de la personalidad también ha olvidado estudiar el comportamiento, incluso durante la “Década del Comportamiento” de la APA. La iluminación de la relación entre comportamiento, situación y persona es limitada y sesgada.

1.2 PERSONA-SITUACIÓN-COMPORTAMIENTO EN LA VIDA COTIDIANA

Algunos investigadores han sugerido compensar este desequilibrio e incrementar la fundamentación ecológica y la validez de la investigación en torno a la personalidad. Así, Mehl, Gosling y Pennebaker vieron “una

necesidad urgente de la investigación observacional que vincule aspectos de las personalidades de la gente a sus comportamientos, ambientes e interacciones diarias” (2006, p. 864). En el más reciente manual *Handbook of Research Methods in Personality Psychology*, Craik insistió en que necesitamos estudios de campo que revelen una personalidad “a través de las acciones situadas, diarias de los individuos” porque “A las personas se les conoce mediante su conducción y experiencias cotidianas” (2007, p. 211) y sus “vidas son vividas día a día, un día a la vez, de un día a otro, día tras día y de día en día” (Craik, 2000, p. 234; ver también Fleeson, 2004). Algunos, por ejemplo, Funder (2001, 2005; Wagerman y Funder, 2009) han usado métodos observacionales directos. Otros, como Craik (2000), usaron registros en vídeo. El surgimiento de nuevas tecnologías de la información ha promovido muchos métodos nuevos. La mayoría de estos incluyen muestreos temporales de comportamientos que ocurren naturalmente, captando a las personas por un período de tiempo mediante grabadoras de voz digitales, muy frecuentemente también obteniendo información sobre estados emocionales, experiencias y situaciones como en métodos de muestreo experiencial (Conner, Barrett, Tugade y Tennen, 2007; Fleeson, 2004; Fleeson y Leicht, 2006; Mehl et al., 2006). También hay un interés renovado en los métodos de diarios a solicitud para “captar la vida tal como es vivida” (Bolger, Davis y Rafaeli, 2003, p. 579).

Algunos de esos métodos adoptan una perspectiva de la tercera persona, otros una perspectiva de la primera persona. Algunos investigadores están principalmente interesados en la frecuencia de ocurrencia de actos o rasgos particulares (Craik, 2000; Mehl et al., 2006). Así, Fleeson (2004) encontró que la variabilidad de la manifestación de rasgos de la persona individual entre situaciones fue al menos tan grande como la variabilidad de rasgos entre personas. Otros investigadores están interesados en las emociones y sus variaciones a la hora de la excitación, y otros aún se enfocan en cuestiones concretas de la personalidad en relación al uso del tiempo cotidiano.

Ahora mencionaré brevemente un ejemplo de este conjunto de investigaciones, un estudio de Kahneman et al. (2004) quienes desarrollaron un “Método de Reconstrucción del Día”. Comparado con el muestreo de experiencias, este es un método de investigación que consume menos tiempo y es menos perturbador de las actividades en curso de las personas estudiadas. Para lograr avances en la investigación sobre el recuerdo asistido, les pidieron a las personas escribir una narrativa breve del día anterior, dividirla en una secuencia de episodios y luego responder un número de preguntas sobre cada uno de los episodios



en un formato de encuesta. Kahneman et al., estudiaron a 313 madres trabajadoras con este método y encontraron co-variaciones interesantes sobre el curso del día entre sus grados de energía/cansancio, sus estados emocionales y sus niveles de estrés, situaciones y actividades. Desde mi perspectiva, su hallazgo más relevante fue el profundo sentido de ambivalencia experimentado por estas madres trabajadoras sobre el regreso a casa después del trabajo. Por un lado, cuidar de sus niños fue lo de más importancia para ellas. Por el otro lado, ellas experimentaron un afecto negativo considerable dirigido a sus niños y a ellas mismas en ese momento del día.

En relación al desarrollo de teoría, podemos aprender lo siguientes de este estudio:

- Kahneman et al. (2004) estudiaron persona-comportamiento-situaciones en una secuencia temporal y no en situaciones aisladas.
- Esto les permitió captar el hecho de que el impacto de una situación sobre la persona se vio afectado por su localización en la secuencia de situaciones y actividades a lo largo del día.
- Así, las variaciones en los estados emocionales generales simplemente no siguen curvas diurnas de cansancio.
- Pero Kahneman et al. dieron por sentado el curso del día. Lo trataron como si fuese una unidad natural de actividad.
- No consideraron el impacto que tienen los arreglos sociales sobre cómo las personas viven sus vidas diarias.

2. UNA PROPUESTA TEÓRICA

Ahora delinearé algunos conceptos básicos en una teoría de las personas que va más allá de las limitaciones en la investigación sobre la personalidad resumida en la primera parte de este escrito. Esta teoría descansa en una aproximación comprehensiva a persona-situación-actividad. Nos puede guiar al estudiar a las personas en y a través de varias situaciones. Considera las situaciones como partes de los contextos y prácticas sociales en las cuales toma lugar. Las personas son vistas como existiendo en movimiento a través del tiempo y de los contextos. Esto nos permite captar cómo el orden de las vidas cotidianas afecta el funcionamiento de las personas. Otras teorías también pueden desarrollarse para resolver las limitaciones en la investigación de la personalidad mencionadas anteriormente. La presente teoría tiene la ventaja de fortalecer la validez ecológica de teorizar y de los hallazgos empíricos al aproximarse a la personalidad desde la perspectiva de la vida cotidiana de las personas. También puede desarrollar nuestro entendimiento de las intervenciones psicológicas, tal como veremos en la tercera parte. La teoría fue desarrollada como parte de mis propios

estudios teóricamente motivados sobre intervenciones psicológicas en relación a la psicoterapia (Dreier, 2008a) y el aprendizaje (Dreier, 2008b). También está inspirada en estudios similares de intervenciones en otro campo de práctica realizados por miembros de mi grupo de investigación sobre la "conducción personal de la vida cotidiana e intervenciones". La presentación de la teoría se ilustrará brevemente con hallazgos de esta investigación. Cuando no se den referencias específicas, la presentación está basada en material de Dreier (2008a).

2.1 Orden y arreglos

Las personas viven en sociedades con un cierto orden social. Una característica importante de un orden social es el arreglo de las prácticas sociales a través del cual las sociedades y las vidas de las personas son re-producidas y cambiadas (Schatzki, 2002). Una característica de estos arreglos sociales es usualmente minimizada en la psicología a pesar de que es importante para la vida de las personas. Las sociedades están divididas en diversos contextos sociales tales como lugares de trabajo, hogares, escuelas, etc. Estos contextos sociales son unidades socio-materiales para prácticas sociales. Frecuentemente están institucionalizados y constituyen las dimensiones espaciales de la vida cotidiana. Un contexto social es un lugar para llevar a cabo todas, o partes particulares de, una o varias prácticas sociales tales como el trabajo, la educación, el cuidado de la salud, la crianza infantil y cocinar. Un contexto social por lo tanto implica demandas y responsabilidades particulares para las personas que participan en su(s) práctica(s) social(es). Los contextos sociales están separados uno de otro, pero también están vinculados con otros contextos sociales en formas particulares que canalizan cómo las prácticas sociales pueden llevarse a cabo entre ellos. Además, el arreglo de los contextos sociales a menudo define quién cuenta como un participante legítimo en ellos, debido a que la persona particular ocupa un lugar como propietario, empleado, por competencias, membresía y parentesco. El arreglo de un contexto social también involucra usualmente posiciones sociales particulares en las cuales personas particulares toman parte, en formas diferentes. Incluso algunos contextos sociales incluyen arreglos para cuando una persona puede cambiar a otra posición en ese contexto o de otra manera llegar a participar en otras partes de sus prácticas sociales sobre el curso del tiempo.

Por ejemplo, piénsese en las escuelas con clases graduadas en función de la edad, los sujetos escolares, el momento del calendario escolar, los recreos y los programas como un arreglo institucional que da forma y afecta al curso y la dinámica de la participación y el



aprendizaje (Dreier, 2008b). Mientras las prácticas educativas son principalmente llevadas a cabo en las escuelas, dependen de otros contextos sociales de la vida de los niños y están dirigidas a desarrollar competencias para la participación de los niños en otra parte.

Además, un contexto social pequeño puede estar comprendido en un contexto social mayor. Un salón de clases, por ejemplo, está arreglado de una manera particular para llevar a cabo partes particulares de las prácticas educativas en el contexto mayor que es una escuela (Sørensen, 2009). También hay otras clases de arreglos sociales, tales como las legislaciones, recomendaciones, reglas y agendas.

Las actividades de las personas y las relaciones entre personas son parte de las prácticas sociales que toman lugar en contextos sociales particulares y se ven afectados por sus arreglos sociales. Así, algunas actividades y relaciones de una persona son parte de las prácticas y arreglos familiares, mientras que otras actividades y relaciones son parte de, digamos, las prácticas laborales de la persona. Las personas asocian diferentes intereses, propósitos e historias con esas diferentes actividades, relaciones, prácticas y contextos. El significado y el curso de eventos y situaciones particulares y delimitadas también se ven afectados por el contexto y los arreglos en los cuales ocurren.

Finalmente, hay arreglos sociales de cómo llegamos a vivir nuestra vida cotidiana. Primero que todo, esos arreglos sociales establecen un ordenamiento de cuándo podemos o debemos participar en contextos sociales particulares. Piénsese en los arreglos sociales ordinarios que estructuran nuestras mañanas cotidianas, las horas de trabajo, las horas en las que empezamos, las tardes y las noches en las cuales organizamos nuestros alimentos y otros momentos de descanso dispersos a través de ellos. Piénsese también de los días laborales, los fines de semana y las vacaciones. Esos arreglos sociales introducen ciertos ritmos de actividad y ciertos cambios, rupturas y tensiones internas en el curso de nuestras actividades cotidianas. Así, la vida familiar en un día se divide en una pequeña parte temprano por la mañana y otra por la tarde, con mucho más sucediendo en otras partes en el medio. Los miembros de la familia pasan tiempo diferencialmente en la casa, en el trabajo o en la escuela. Mucho más se podría decir de los arreglos sociales de las prácticas, pero esto es suficiente para recordarnos que logramos una psicología más rica y más apegada al mundo al incluirlos en nuestro estudio de las personas.

2.2 Participación situada y movimiento

Como otros investigadores con aproximaciones similares (e.g. Harré, 1998; McAdams, 2006), yo prefiero el término persona para denotar una aproximación ho-

lística y del agente para el estudio de la personalidad. Como seres de carne y hueso, las personas siempre están situadas en una ubicación desde donde sus perspectivas sobre su experiencia y sus actividades se extienden hacia el mundo. Es más, sus actividades y experiencias son parte de sus relaciones con otros de quienes dependen y con quienes comparten tales prácticas sociales. Se coordinan juntos directamente en el contexto social en el cual estas personas se localizan, así como indirectamente mediante las secuencias de actividades, las diferentes tecnologías, el habla y las reflexiones que vinculan lo que hacen en este momento aquí y ahora con otros momentos y lugares. Las personas son agentes quienes deben desarrollar habilidades para tomar parte en arreglos y prácticas sociales complejos y para afectarlos. La agencia de una persona está tan profundamente entrelazada con las prácticas sociales en las que vive, que es más adecuado hablar acerca de las personas como participantes y sobre participación más que de agencia y actividad, acción o comportamiento. Los contextos sociales particulares tales como la familia de una persona contienen relaciones particulares, co-participantes y alcances de posibilidades para participar. Las personas asocian preocupaciones particulares con contextos sociales particulares y tienen cosas particulares pendientes que hacer en ellos. Los participantes ponen atención a cosas particulares, tienen experiencias particulares, tienen y provocan estados mentales particulares y reflexionan sobre sus vidas de maneras particulares. Pero como las personas se mueven hacia otros contextos sociales, tales como sus escuelas o sus lugares de trabajo, encuentran otros arreglos, posiciones, relaciones y co-participantes, en donde tienen otras preocupaciones y otras cosas pendientes, y así su participación adquiere otros significados. Ellos ponen atención a otras cosas, tienen otras experiencias, están en otros estados mentales particulares, y reflexionan diferencialmente sobre sus vidas. En pocas palabras, el funcionamiento psicológico de las personas tiene cualidades y dinámicas situadas, y varía en cuanto las personas se mueven de un contexto a otro. Esto nos debería prevenir contra las evaluaciones sobre-generalizadoras de las personas basadas en su conducción en un contexto social.

Ordinariamente, las personas viven vidas cotidianas las cuales se extienden a través de diversos contextos sociales. Se mueven a través de y participan en varios contextos. Las personas participan en algunos contextos sociales diariamente, en otros regularmente, y aún en otros ocasionalmente o solo una vez. Después de largos o cortos periodos de sus vidas, la combinación de contextos sociales y su significado para las personas puede cambiar. Usualmente



las personas ven una vida con muchos ángulos con participación en una variedad de contextos sociales que les ofrecen una variedad de relaciones, actividades y experiencias enriquecedoras. Esto se puede reducir para algunas personas que son excluidas de ciertos contextos sociales, por ejemplo, debido a su desempleo o a su incapacidad. La complejidad de las vidas de las personas y las diversas demandas hechas a las personas debido a su participación en diversos contextos sociales implica una necesidad correspondiente para desarrollar diversas destrezas, competencias y entendimientos personales.

En sus complejas vidas cotidianas, las personas persiguen muchas preocupaciones a través de varios contextos sociales. Al hacerlo, ellas toman en cuenta que diferentes contextos sociales ofrecen diferentes relaciones y posibilidades para resolver o responder a esas preocupaciones. Ser bueno para dirigir sus propias persecuciones a través de contextos particulares involucra ser experto en relación a los arreglos sociales. Como veremos en la tercera parte, las personas comparan similitudes y diferencias entre sus experiencias y resultados en contextos sociales diferentes y toman ventaja de esto en la persecución de sus complejos cursos de cambio y aprendizaje (Dreier, 2008b).

Las personas también arreglan los contextos sociales ordinarios de sus vidas cotidianas para ajustar sus prácticas preferidas. Arreglan sus cuartos en sus casas para ajustar sus prácticas preferidas, digamos, sus cocinas para ajustar sus prácticas de cocinar, por ejemplo, re-arreglar sus estantes de las especias cuando cambian sus preferencias de comidas (de León, 2006). Estos son arreglos personales en relación a arreglos socio-materiales existentes de, digamos, sus departamentos. Los arreglos personales a menudo descansan en arreglos y entendimientos entre participantes acerca de sus prácticas preferidas. Ellas cambian estos arreglos para acomodarse a los cambios en sus preferencias. Las personas también arreglan los diferentes contextos sociales de acuerdo a sus preferencias situadas. Gosling et al. (2002) encontraron que las personas arreglan sus oficinas y sus dormitorios y que podemos leer sus personalidades muy bien al tomar en cuenta esos arreglos como señales.

2.3 Conducción de la vida cotidiana

Además, debido a la complejidad de las vidas cotidianas, conducir una vida cotidiana se ha convertido en una necesidad. Las personas se ven obligadas a cubrir sus necesidades y hacer lo que es más importante para ellas. Deben llevar a cabo sus vidas cotidianas consistentemente de manera que no se desmoronen debido a sus diversas actividades y compromisos en muchos contextos sociales y relaciones. No basta con simplemente

afrontar cada demanda y situación individual. Deben hacer frente a vivir una vida cotidiana compleja como un todo. Una conducción personal de vida, entonces, no es simplemente cuestión de gastar el tiempo, como es visto en los estudios del uso del tiempo, o simplemente un estilo de vida, como una forma característica de vida individual. Es algo que una persona debe lograr (Holzkamp, 1995, 1996). Al hacerlo, las personas pueden tener éxito o fracasar, más o menos, con respecto a asegurar las demandas y preferencias personales. Las personas tienen cuidado de sí mismas mediante su conducción de la vida cotidiana en relación a sus arreglos sociales. Esta es una labor profundamente personal. Weber, quien introdujo el término hace un siglo en su estudio de La Ética Protestante y el Espíritu del Capitalismo (1952), enfatizó el rol de los valores religiosos secularizados en la conducción de la vida cotidiana de los primeros grupos protestantes que él estudió. Los valores religiosos sin duda pueden jugar un rol en la conducción de la vida cotidiana. Pero, a un nivel más básico, una conducción de la vida cotidiana es un arreglo personal en relación a los arreglos sociales de la vida cotidiana.

Una conducta de vida cotidiana involucra a las personas coordinando sus diversas obligaciones, relaciones y actividades con su diferentes co-participantes en diversos contextos sociales a lo largo del día. Al hacerlo, las personas construyen agendas más o menos holgadas y desarrollan secuencias diarias de actividades más o menos elaboradoras para llevarse a cabo regularmente. Por ejemplo, la mañana en muchas familias está compuesta por rutinas que coordinan y aceleran ciertas actividades y relaciones. Mientras las rutinas o hábitos aseguran que las personas consigan hacer lo que necesitan hacer, y se consigan más tiempo para otros asuntos importantes, también introducen un grado de ordinariadad en las vidas cotidianas. Además, las rutinas o hábitos son sedimentaciones familiares e íntimas de una forma preferida de conducir la vida propia. Por lo tanto, pueden sostener un profundo significado personal, incluso aunque este significado a menudo se dé por garantizado. Holzkamp (1995) apunta esto en el caso de una persona que vuelve a su casa después de haber estado en un hospital y es impactado por el profundo significado personal de muchas de sus rutinas hogareñas. En realidad, los hábitos descansan sobre preferencias, y pueden cambiarse al cambiar las preferencias si la situación y los co-participantes con uno lo permiten.

Pero al buscar generalidades en el nombre de la ciencia, debemos ser cuidadosos de no sobreestimar el grado de regularidad en las vidas cotidianas. Las personas también atesoran, cultivan y persiguen variaciones y descansos en sus vidas cotidianas. Demasiada regularidad hace



que la vida de uno se vuelva muy monótona, ordinaria y aburrida. Es más, hay diferencias individuales en las clases y grados de ordinariedad y variación que las personas prefieren en sus vidas cotidianas. Se manifiestan en diferencias individuales en las maneras en las que las personas prefieren conducir sus vidas cotidianas. Estas diferencias individuales son el caldo de cultivo de muchos conflictos entre personas que viven en contacto estrecho.

Las personas negocian la conducción de sus vidas cotidianas con muchos otros con quienes comparten parte de ella en varios contextos sociales, así con la esperanza de lograr un balance deseado y necesariamente personal de actividades y compromisos a través de los contextos y los días. Pero una parte particular compartida de la vida cotidiana, tal como la vida familiar, tiene diferentes significados para sus miembros individuales cuyas vidas cotidianas involucran otros contextos sociales que no son compartidos. Al negociar y arreglar sus vidas familiares compartidas, los miembros deben tomar en consideración las diferentes composiciones trans-contextuales de sus vidas cotidianas y los diferentes significados individuales de su vida familiar. Esta es una razón por la cual los arreglos de una parte compartida de la vida pueden variar. Los arreglos pueden ser más o menos fijos y detallados o más o menos holgados y abiertos. Los arreglos familiares holgados y abiertos hacen más fácil valorar las oportunidades que surgen, como cuando los amigos de los niños les invitan a compartir sus actividades. Y los arreglos familiares más fijos y detallados hacen que las responsabilidades de los muchos quehaceres en la conducción de la vida cotidiana de la familia se realicen. Las personas individuales desde luego preferirán diferentes tipos y grados de arreglos en la conducción de sus vidas cotidianas. Las diferencias y conflictos de edad y género fluyen a partir de los tipos y grados preferidos de arreglos familiares compartidos.

Al establecer una conducción de la vida cotidiana, la vida de una persona se vuelve marcada por sus "compromisos con otras personas específicas en ricas y concretas relaciones sociales, con lugares específicos y sentidos de lugar, con actividades específicas y organizaciones de ritmos de vida" (Smith, 1987). El auto-entendimiento que una persona desarrolla está en estrecha vinculación a su conducción de la vida cotidiana. Es un entendimiento de sí mismo como una persona con ciertos compromisos que conducen su vida en un cierto camino, valorando ciertas oportunidades, respondiendo a situaciones, desafíos y contratiempos, prefiriendo ciertas actividades, ritmos y relaciones, etc. En otras palabras, el auto-entendimiento de una persona emerge de su conducción de la vida cotidiana y la guía (Holzkamp,

1995). No consiste en un conjunto de atributos descontextualizados, sino que se desarrolla a lo largo del desarrollo de la conducción de vida de una persona.

El desarrollo de una conducción personal de la vida cotidiana involucra el aprendizaje de destrezas y entendimientos. Algunas de esas destrezas y entendimientos tienen que ver con cómo las personas se conducen en las transiciones en relación a cambios y rupturas en sus actividades cotidianas, relaciones, situaciones y contextos sociales. Esta es la razón de la ambivalencia emocional de las madres que vuelven a sus casas después del trabajo en el estudio de Kahneman et al. (2004). En el centro de este asunto yace la relación entre los arreglos sociales de las vidas cotidianas, la distribución de responsabilidades y las maneras en las cuales las madres, los niños y los padres se mueven a lo largo de las transiciones y el arreglo de la vida de trabajo/hogar en el curso de las tardes familiares.

En cuanto la vida de la gente cambia, debe cambiar su conducción de la vida cotidiana y sus destrezas y entendimientos asociados. Tales cambios pueden ser particularmente intensos y complicados cuando las personas son afectadas por eventos inesperados y perturbadores, tales como cuando un cónyuge es diagnosticado con un tumor cerebral (Madsen, 2011), o a una mujer le es detectado un tumor cancerígeno asintomático (Ryle, 2010) o una prueba genética revela la enfermedad de Huntington en una familia en riesgo (Hunich, 2009). Pero todas las personas cambian su conducción de la vida cotidiana muchas veces y en muchas formas a lo largo de su vida. Es también particularmente obvio en el curso de la niñez (Dreier, 2009b). Los arreglos sociales para el desarrollo del niño involucran cambios frecuentes en su participación en instituciones grandes, y cambios de una institución a otra, que se distinguen por diferentes demandas y compromisos. Esto conduce a cambios frecuentes en la composición y el balance de las vidas cotidianas complejas de los niños y en sus actividades y relaciones. Durante el curso de esto, y en cuanto un niño se vuelve menos dependiente de los adultos y los arreglos institucionales de cuidado, ellos gradualmente deben desarrollar una conducción de su vida cotidiana, su propia forma de tener cuidado de sí mismos en práctica sociales con las destrezas y auto-entendimientos necesarios.

En este punto termino de delinear una teoría de las personas basada en su conducción de la vida cotidiana. Esta teoría puede enriquecer nuestro entendimiento de la personalidad humana al dirigir nuestra atención hacia el interjuego de la vida real entre persona, situación y actividad y hacia cómo las personas encuentran y dirigen las situaciones de la vida real. Desde luego que esto puede



promover la validez ecológica de los hallazgos empíricos y la teorización en la investigación sobre la personalidad.

3. IMPLICACIONES PARA ENTENDER LAS INTERVENCIÓNES PSICOLÓGICAS

Esta sección ilustra cómo esta aproximación teórica sobre las personas puede provocar y enriquecer nuestro entendimiento de las intervenciones psicológicas.

3.1 Arreglo de intervenciones a través de contextos

En general, las prácticas expertas son arregladas de manera tal que toman lugar en un contexto social particular el cual se aparta o está aislado de las vidas cotidianas ordinarias de las personas a las que sirven. La educación se lleva a cabo en salones de clases, la terapia en las sesiones, el cuidado de la salud en consultorios u hospitales, etc. Aun así, estas prácticas expertas están destinadas a tener un efecto benéfico en las vidas cotidianas de las personas. No obstante, las teorías y la investigación sobre esas prácticas son sorprendentemente ciegas al impacto de este arreglo de aislamiento en el curso y la dinámica de los procesos que pretenden fomentar. Uno podría asumir que este arreglo descansa en experiencias históricas acerca sobre esto como la mejor manera de promover los efectos de intervenciones sobre las vidas cotidianas de las personas a las que sirve. Y sería razonable esperar explicaciones claras de los efectos que provocan esas prácticas aisladas al impactar sobre las vidas cotidianas de las personas a las que sirve, así como de las dificultades que ese arreglo crea para tener un efecto. Pero tales explicaciones son gravemente ausentes. En general, la investigación asume que los efectos de esas prácticas expertas se llevan a cabo en la situación inmediata de la intervención en los salones de clase, las sesiones, las consultas, etc. y después simplemente transferidas a la vida cotidiana y aplicadas por pacientes y pupilos dóciles. Esta explicación viene de una noción en la que el aprendizaje se entiende como un proceso de transmisión-internalización-transferencia-aplicación (Dreier, 2008b; Lave, 2011). Yo he trabajado por años en alcanzar un entendimiento más claro del inter-juego entre las sesiones de terapia y las vidas cotidianas de los clientes. Cuando empecé el proyecto ahora publicado en el libro *Psychotherapy in Everyday Life* (2008a), pronto se volvió claro que este entendimiento general no correspondía con lo que realmente hace el trabajo de terapia en la vida cotidiana de los clientes. Aparte de estudiar a las personas cambiando en sus vidas cotidianas, este proyecto también pretendía generar un entendimiento más adecuado sobre lo que está implicado en hacer trabajo de intervenciones.

El proyecto se llevó a cabo en una unidad externa de psiquiatría infantil en Copenhague. Involucró un número pequeño de terapias familiares a largo plazo conmigo como co-terapeuta. Todas las sesiones fueron grabadas en audio y un asistente de investigación entrevistó a las familias en sus hogares en intervalos regulares a lo largo del período de su terapia y hasta medio año después de su terminación. En las entrevistas a los clientes primero se les preguntó sobre sus vidas cotidianas: ¿Qué sucedió en sus vidas cotidianas desde la entrevista anterior? ¿Se produjeron algunos cambios? ¿Cuáles y cómo? ¿Qué rol jugaron en esos cambios? ¿Hicieron cosas de forma diferente que antes? ¿Sus sesiones influenciaron estos cambios? Y de ser así, ¿Cómo? Sólo después de esas cuestiones, se les preguntó sobre sus experiencias de sus sesiones, sus terapeutas y su participación en las sesiones. Este diseño reflejó un entendimiento descentrado de la terapia. La terapia se vio como fluyendo de la vida cotidiana de los clientes. Las sesiones fueron vistas como partes particulares de sus vidas cotidianas en curso más que aquello de lo cual fluye el efecto de la terapia. El libro (Dreier, 2008a) contiene una presentación elaborada de la teoría de las personas y un análisis detallado del inter-juego entre las sesiones y las vidas cotidianas de una familia y sus miembros a lo largo de un período de año y medio. Mencionaré unos cuantos puntos principales de este análisis.

3.2 Búsqueda de cambios a través de contextos

Los clientes deber buscar los cambios a sus problemas a través de los contextos sociales porque las sesiones terapéuticas ocurren en un lugar aislado fuera de sus vidas cotidianas ordinarias mientras que sus problemas son partes de sus vidas cotidianas en varios contextos sociales. Deben aprender a buscar una solución a sus problemas en sus sesiones y fuera de ellas de nuevo, dentro y a través de los contextos sociales cotidianos de su hogar, su escuela, trabajo, etc. Para hacerlo bien, deben hacer algo diferente en torno de sus problemas en esos contextos sociales y aprender a combinar las diferentes cosas que hacen de una manera coherente.

Por ejemplo, la hija menor de doce años en el caso de la terapia familiar (Dreier, 2008a) sufría de ataques de ansiedad. En los distintos contextos de su vida cotidiana, estos ataques tenían diferentes significados para ella y tenía diferentes posibilidades para hacer algo por resolverlos. Sus motivos para hacer algo sobre sus ataques, y sus motivos en relación a lo que tenía que hacer sobre ellos difería a través de los contextos. En su casa, sus padres le ayudaban y confortaban. Ella dependía de que ellos hicieran algo y no creía que lo necesitara, y fue capaz de hacer algo



con su ansiedad con su propio acuerdo. En la escuela, sin embargo, tenía miedo de ser ridiculizada, que se burlaran de ella y de perder a sus amigos si se enteraban de su ansiedad. Esto creó muchas dificultades referentes a cómo ella manejaba su vida en la escuela. Esto convirtió el superar los ataques importante y difícil al mismo tiempo. En las sesiones ella valoraba tener oportunidad para hablar con un adulto quien estaba interesado en ella, pero nunca había entendido precisamente cómo el hablar sobre sus ansiedades podría ser un medio para superarlas. No obstante, si la terapia tuvo que ver en la solución de sus problemas, fue porque ella tuvo que aprender a combinar los diferentes significados de y posibilidades para hacer algo en relación a sus ansiedades en una compleja y variada búsqueda de cambios a través de sus varios contextos sociales.

Aunque los clientes buscaron cambios a través de las sesiones y los varios contextos sociales de sus vidas cotidianas, ellos enfatizaron que las sesiones eran completamente diferentes para ellos comparadas con los otros contextos sociales de sus vidas cotidianas. Para ellos, las sesiones ofrecían una extraña intimidad, que difería de sus intimidades con la familia y los amigos, entre otras cosas, porque sus terapeutas eran una especie de extraños íntimos para ellos. Ellos tenían que volverse familiares con ellos y hacer uso de la forma peculiar de práctica en las sesiones. Pero empáticamente insistieron que en casa nunca habían hablado entre ellos como lo hicieron en la conversación sobre problemas concertada de las sesiones de terapia. Nunca transfirieron y aplicaron esta forma de conversación a sus conversaciones en casa. No podían y no lo harían por muchas razones. De hecho, parecía que las sesiones hacían una diferencia para ellos precisamente porque las sesiones eran diferentes.

Los clientes usaron las ideas de la sesión y las recomendaciones de maneras situadas en las diversas situaciones y contextos sociales de sus vidas cotidianas con varias cosas en juego para ellos. Ellos ajustaron estas ideas y recomendaciones con sus habilidades y sus diversas posibilidades en relación a los diversos co-participantes en sus contextos sociales. Variaba cómo una idea o parte de una recomendación de las sesiones fue usada y lo que se necesitaba para usarla. Por ejemplo, provocado por los problemas de su familia y las pláticas acerca de ellos en las sesiones, el padre en este caso se dio cuenta que se sentía presionado y le resultó difícil identificar y mantener su postura. Él veía que esto era

un denominador común de sus problemas en el hogar, en las sesiones de terapia con su familia y sus terapeutas y en su lugar de trabajo en relación con sus colegas y jefes. Pero lo que le llevó a clarificar sus posturas y a sostenerlas fue completamente diferente en estos diversos contextos sociales. Al comparar esos asuntos y oportunidades en los diferentes contextos sociales, encontró maneras diferentes de buscar este rasgo común de sus problemas en sus diferentes contextos sociales.

Usar las ideas y las recomendaciones de la sesión adecuadamente a menudo implica aprendizaje, y las ideas y las recomendaciones a menudo tienen que transformarse para volverse usables. En otro lugar y después los clientes modificaron y cambiaron las ideas y las recomendaciones de las sesiones, a veces de maneras sorprendentes, y de formas sobre las cuales los terapeutas raramente se enteraban. Por ejemplo, en la casa después de una sesión de terapia, los padres reinterpretaban las preguntas de sus terapeutas sobre los problemas recurrentes entre sus dos hijas en la mañana como parte de una recomendación para ellos que como padres no podían tolerar el problema que causaban sus niñas. Esta era una interpretación radical de lo que los terapeutas habían tenido en mente, así como una forma radical de cómo estos padres usualmente habían reaccionado a los problemas de sus niñas. Por algún tiempo, esto convirtió la cuestión de estar enfadado, y de quien estaba realmente enfadado, en uno de los principales asuntos en casa y en las sesiones. Pero este asunto fue también transformado posteriormente. De hecho, los clientes continuaban modificando las ideas y recomendaciones de las sesiones debido a que sus vidas en curso continuaban cambiando. Los cambios en muchos de los problemas relacionados con la terapia no tienen, de hecho, límites fijos. No tienen un punto final definido o solución, desde cuando los clientes pueden olvidarse de todo acerca de ellos definitivamente y no necesitan preocuparse por ello por más tiempo. Esto ocurre porque los clientes a menudo están inicialmente confundidos o indecisos acerca de sus problemas y qué hacer con ellos y pasan por procesos tediosamente largos, en donde reconsideran y cambian sus opiniones sobre dónde están parados y lo que quieren hacer de sus problemas y sus vidas en curso. Cambios en los problemas y en sus auto-entendimientos van de la mano con cambios más comprehensivos en las vidas cotidianas de los clientes. Los procesos a largo plazo del padre descubrieron su postura y cómo se aferraba a esta, lo cual no es sino un ejemplo de esto.



3.3 Intervenciones en las vidas cotidianas

Todo esto indica que una intervención no trabaja como un efecto de lo que hace un experto de manera que el resultado de la terapia se pueda referir al experto y sus procedimientos. Lo que sucede está en relación estrecha al significado literal de la palabra intervenir como

“(1) Llegar, ser o yacer entre, (2) tomar lugar entre dos eventos, puntos del tiempo, etc., (3) llegar o estar entre como algo innecesario o irrelevante, (4) venir entre como una influencia, como con el fin de modificar, asentar o impedir alguna acción, argumento, etc.” (Webster’s New World College Dictionary, 1997, p. 707).

Una intervención ocurre entre todo lo que ya está pasando. La investigación en psicoterapia debe reconocer que la terapia nunca trabaja sola. Siempre trabaja a lo largo de y en interacción con otras influencias del ambiente, y las experiencias y respuestas del cliente en relación a estas influencias. Cómo trabaje, depende de otras circunstancias y eventos, así como de las respuestas e iniciativas del cliente y de las respuestas e iniciativas de otras personas en sus vidas diarias en curso. Por ejemplo, sólo cuando emergió una oportunidad inesperada para su actividad muy querida de montar a caballo con un amigo lejos del hogar hizo que la hija más joven empezara una persecución intensa y rápida para superar sus ansiedades dentro y fuera de las sesiones. En realidad, las vidas cotidianas de los clientes pueden ser cambiantes por muchas razones, que afectan la dinámica y el curso de su terapia en curso (ver también Mackrill, 2008a). Es la razón por la cual necesitamos conocer cómo la terapéutica y otras influencias interactúan y son combinadas por los clientes en sus vidas cotidianas.

En las vidas cotidianas de los clientes ocurren muchas cosas al mismo tiempo y compiten por su tiempo y atención. Las preocupaciones relacionadas con la terapia son igualmente perseguidas en medio de muchas más. No se mantienen continuamente en sus mentes, sino que se ven interrumpidos por otros asuntos más importantes o no tan importantes. Los procesos de cambio relacionados a la terapia son discontinuos, o más aún difusos. Tienen que retomarse nuevamente para ser continuos, si no, corren el riesgo de olvidarse o perderse. Puesto que las ocasiones para retomarlos no se pueden predecir, los clientes deben aprender a darles su lugar sobre la marcha. A menudo además se les debe negociar con otros, quienes están en la disposición de hacer su parte, cuando están de acuerdo en que se les retomen.

3.4 Intervenciones y conducción de la vida cotidiana

En términos generales, como las intervenciones trabajan en las vidas cotidianas de los clientes depende de su conducción de la vida cotidiana. Así, es importante para los clientes, y para quienes comparten su vida con ellos, que al direccionar los problemas no dejen a la deriva, perturben o ensombrezcan las cosas que ellos valoran más y todas las otras cosas que deben de hacer en sus vidas cotidianas. En este sentido, direccionar los problemas debe ajustarse en su conducción de la vida cotidiana. Si una idea o una pare de recomendación no se ajustan a la conducción de la persona de su vida, probablemente no se usará o se dejará una vez más. En otras palabras, lo que se use de las sesiones dependerá de cómo se ajuste en las vidas cotidianas de los clientes. Lo que se llama una recaída, a menudo consiste en volver a caer en una conducción de la vida cotidiana precedente que el cliente no tuvo mucho éxito en cambiar. Una intervención es algo extraordinario que debe hacerse parte de la vida ordinaria con el fin de que se sostenga y de que no se olvide una vez más después de cierto tiempo.

Una conducción de la vida cotidiana existente a veces necesita ser cambiada mediante intervenciones para que pueda trabajar adecuadamente. Los clientes entonces pueden cambiar su conducción de la vida cotidiana con el fin de resolver sus problemas presentes. Reconocemos esto desde las intervenciones sobre el cuidado de la salud en las así llamadas enfermedades de estilo de vida. En terapias de familia, como en el caso de arriba, los padres pueden sorprenderse al darse cuenta de que la manera en que cuidan de sus niños hace a sus niños demasiado dependientes de ellos y restringe su desarrollo. Esta cuestión de amor y cuidado se vincula estrechamente con qué tan a menudo especialmente la madre distribuye y prioriza sus compromisos entre su familia y otros contextos sociales. Esto infunde su conducción de la vida cotidiana y su auto-entendimiento. Cambios en su conducción de la vida cotidiana promueve entonces cambios en las maneras en las cuales sus niños abordan sus problemas.

Así, los clientes a veces cambian su conducción de la vida cotidiana con el fin de compensar lo que ven como una negligencia o error anterior. Esto pasó con la hija mayor en el caso de arriba. En años anteriores, ella había expandido sus actividades y relaciones en otros contextos sociales fuera de la familia. Pero ella se vio envuelta en serios problemas con sus amigos. Dichos problemas normalmente ocurrieron fuera de su familia, pero también ocurrieron cuando ella invitó a sus amigos a su casa cuando sus padres no estaban. Las cosas se salieron tanto de sus manos que el propietario del complejo



de apartamentos amenazó a la familia con desalojarlos. Ella reaccionó con fuertes sentimientos de vergüenza y tenía muchas ganas de volver a su anterior conducción de vida para restaurar sus relaciones familiares y mejorar sus relaciones entre su vida dentro y fuera de la familia. Los niños típicamente expanden sus actividades y relaciones fuera de la familia en sus años tempranos en la escuela. Esto cambia el balance en la conducción de la vida cotidiana de los niños, promueve exploraciones de nuevas actividades y lleva a nuevas amistades más o menos prolongadas en las relaciones con sus pares con nuevas confianzas e intimidades que se separan de la supervisión estrecha de sus padres. Los padres a menudo están inciertos sobre lo que sucede y cómo sus niños están llevando a cabo sus relaciones y actividades de las cuales no llegan a saber mucho. Casi de forma constante deben practicar formas indirectas de cuidado de sus niños fuera del hogar. Si sus niños llegan a tener un problema en sus relaciones y actividades en otros lados, el cuidado de los padres es enterrado fácilmente detrás de sus preocupaciones. La hija mayor en el caso de arriba estaba pasando por cambios tan rápidos en la conducción de su vida cotidiana que su auto-entendimiento difícilmente podía coincidir con los cambios en curso. En ciertos aspectos, su auto-entendimiento la sobrepasaba. Ella se enfocaba en sus esperanzas para el futuro, pero tomaba mucho de lo que esperaba ser capaz de lograr como algo de lo que ya era capaz y para lo que tenía derecho. En otras ocasiones, su auto-entendimiento se le rezagaba como si ella no fuera plenamente consciente de algunas de las habilidades que ya había desarrollado. El asunto de lo que constituye un auto-entendimiento realista –o, como se veía desde la perspectiva de sus padres, su reconocimiento de la persona en la que se había convertido– por supuesto que era precario. Choques entre incertidumbre, reconocimiento, confianza y desconfianza ocurrieron mientras sus padres no compartían lo que ella pensaba acerca de la persona que ella misma creía ser y lo que creía acerca de lo que era capaz, y lo que tenía derecho, de hacer. En los cambios en curso ocurriendo en la conducción de la vida de la hija más joven, explorar actividades y relaciones con sus amigos significaban más para ella, mientras que ella asumía que sus compromisos con la familia podían esperar y no creía que en su casa fuese irritable, porque, como ella lo veía, ella estaba aburrida en su casa, especialmente cuando no tenía la compañía de sus amigos. Las dos hijas mostraron una dinámica completamente diferente y tuvieron una ubicación primaria de sus compromisos que lo que la madre hacía en su conducción de vida centrada más en la familia. Por

supuesto que ellos hicieron un uso muy diferente de las intervenciones de la terapia familiar.

Otro proyecto de mi grupo de investigación también dio luz sobre las relaciones entre los problemas de los clientes y su conducción de la vida cotidiana. Mackrill (2007, 2008a, 2008b, 2008c, 2011) usó diarios solicitados para darle seguimiento a las relaciones entre las sesiones de consejería y las vidas cotidianas de los adultos jóvenes que crecían en familias alcohólicas. Al intentar resolver sus problemas, estas personas jóvenes se basaron en muchas fuentes diversas. Hubo claras indicaciones de que sus problemas se intensificaron y que acudieron a la consejería psicológica cuando habían dejado el hogar y encontraron difícil llegar a comportarse como adultos en sus vidas cotidianas con sus propias parejas, ya fueran novios o novias.

4. CONCLUSIÓN

Debería volverse obvio ahora que la teoría de las personas que yo he delineado se inspira profundamente en el estudio empírico de las vidas cotidianas de las personas quienes están sujetas a intervenciones expertas. Las cuestiones de la práctica psicológica me recuerdan la relevancia de esta aproximación teórica y guían la dirección de su desarrollo. La teoría de la persona descrita arriba se basa en proyectos de investigación práctica empírica que tiene la ventaja del hecho de que las personas quienes participan en intervenciones están interesadas en dejar que los investigadores conozcan su conducción de la vida cotidiana porque las intervenciones instigan sus intereses en reconsiderar y cambiar su conducta de la vida cotidiana.

Este trabajo teórico también ha llevado a nuevas perspectivas sobre la práctica de la psicología. Es mi respuesta a la cuestión: ¿Qué clase de teoría de las personas necesitamos para explicar la clase de cambios del cliente presentado en este escrito? Es una respuesta a los desafíos teóricos que mi estudio y otros parecidos han hecho surgir. Al desarrollar la teoría, he aprendido lecciones importantes al comparar los fenómenos y cuestiones en mi propio proyecto con los fenómenos y asuntos en los otros proyectos en mi grupo de investigación sobre “la conducta personal de la vida cotidiana y la intervención.”

Pero la teoría de las personas que yo he delineado apunta a fenómenos de una naturaleza mucho más general –fenómenos que plantean cuestiones respecto a qué significa y que se requiere para ser una persona. Después de todo, los estudios de intervenciones psicológicas no son sino uno de dos principales orígenes de su desarrollo. En términos más básicos, la teoría abre el



estudio de las dimensiones subjetivas de persona-situación-actividad y ofrece una forma de vincular la investigación sobre la personalidad con la investigación sobre los procesos sociales mediante los cuales las personas conducen sus vidas cotidianas. En este sentido, el escrito argumenta a favor de una aproximación más ecológicamente válida para teorizar sobre la personalidad dentro la psicología de la personalidad.

REFERENCIAS

- Baumeister, R. F., Vohs, K. D., & Funder, D. C. (2007). Psychology as the science of self-reports and finger movements. *Perspectives on Psychological Science*, 2, 396-403.
- Bolger, N., Davis, A., & Rafaeli, E. (2003). Diary method: Capturing life as it is lived. *Annual Review of Psychology*, 54, 579-616.
- Conner, T. S., Barrett, L., Tugade, M. M., & Tennen, H. (2007). Idiographic personality: The theory and practice of experience sampling. In R. W. Robins, C. R. Fraley, & R. F. Krueger, (Eds.), *Handbook of research methods in personality psychology* (pp. 79-96). New York: Guilford Press.
- Costall, A. & Dreier, O. (Eds.). *Doing things with things. The design and use of everyday objects*. Aldershot: Ashgate.
- Craik, K. (2000). The lived day of an individual: A person-environment perspective. In W. B. Walsh, K. H. Craik, & R. H. Price (Eds.), *Person-environment psychology: New directions and perspectives* (pp. 233-266). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Craik, K. H. (2007). Taxonomies, trends, and integrations. In R. W. Robins, C. R. Fraley, & R. F. Krueger, (Eds.), *Handbook of research methods in personality psychology* (pp. 209-223). New York: Guilford Press.
- De Léon, D. (2006). The cognitive biographies of things. In A. Costall & O. Dreier (Eds.), *Doing Things with things. The design and use of everyday objects* (pp. 113-130). Aldershot: Ashgate.
- Dreier, O. (2008a). *Psychotherapy in everyday life*. New York: Cambridge University Press.
- Dreier, O. (2008b). Learning in structures of social practice. In S. Brinkmann, C. Imholdt, G. Kraft, P. Musaeus, K. Nielsen, & L. Tanggaard (Eds.), *A qualitative stance: Essays in honor of Steinar Kvale* (pp. 85-96). Aarhus: Aarhus University Press.
- Dreier, O. (2009a). Persons in structures of social practice. *Theory & Psychology*, 19, 93-112.
- Dreier, O. (2009b). The development of a personal conduct of life in childhood. In T. Teo, P. Stenner, A. Rutherford, E. Park, & C. Baerveldt (Eds.), *Varieties of theoretical psychology: International, philosophical and practical concerns* (pp. 175-183). Toronto: Captus Press Inc.
- Fleeson, W. (2004). Moving personality beyond the person-situation debate. The challenge and opportunity of within-person variability. *Current Directions in Psychological Science*, 13, 83-87.
- Fleeson, W. & Leicht, C. (2006). On delineating and integrating the study of variability and stability in personality psychology: Interpersonal trust as illustration. *Journal of Research in Personality*, 40, 5-20.
- Funder, D. C. (2001). Personality. *Annual Review of Psychology*, 52, 197-221.
- Funder, D. C. (2005). Towards a resolution of the personality triad: Persons, situations, and behaviors. *Journal of Research in Personality*, 40, 21-34.
- Gosling, S. D., Ko, S. J., Mannarelli, T., & Morris, M. E. (2002). A room with a cue: Personality judgments based on offices and bedrooms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 379-398.
- Harré, R. (1998). *The singular self. An introduction to the psychology of personhood*. London: Sage.
- Holzkamp, K. (1995). Alltägliche Lebensführung als subjektwissenschaftliches Grundkonzept. *Das Argument* 37, 817-846. (Danish translation 1998: Daglig livsførelse som subjektvidenskabeligt grundkoncept. *Nordiske Udkast*, 26, 3-31.)
- Holzkamp, K. (1996). Manuskripte zum Arbeitsprojekt 'Lebensführung'. *Forum Kritische Psychologie* 36, 7-112. (English translation: Psychology: Social self-understanding on the reasons for action in everyday conduct of life. In U. Osterkamp & E. Schraube (Eds.) (in press). *Turning psychology upside down. Writings of Klaus Holzkamp*. Houndmills: Palgrave Macmillan.)
- Hunice, L. (2009). Existential concerns in families with Huntington's disease. Towards an understanding of the person in social practice. *Theory & Psychology*, 19, 93-113.
- Kahneman, D., Krueger, A. B., Schkade, D. A., Schwarz, N., Stone, A. A. (2004). A survey method for characterizing daily life experience: The day reconstruction method. *Science*, 306, 1776-1780.
- Lave, J. (2011). *Apprenticeship in critical ethnographic practice*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lewis, M. (2002). Models of development. In D. Cervone & W. Mischel (Eds.), *Advances in personality science* (pp. 153-176). New York: The Guilford Press.
- Mackrill, T. (2007). Using a cross-contextual qualitative diary design to explore client experiences of psychotherapy. *Counselling & Psychotherapy Research*, 7, 233-239.
- Mackrill, T. (2008a). Solicited diary studies of psychotherapeutic practice—pros and cons. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 10, 5-18.
- Mackrill, T. (2008b). Pre-treatment change in psychotherapy with adult children of problem drinkers: The significance of leaving home. *Counselling & Psychotherapy Research*, 8, 160-165.
- Mackrill, T. (2008c). Exploring psychotherapy clients' independent strategies for change while in therapy. *British Journal of Guidance and Counselling*, 36, 441-453.
- Mackrill, T. (2011). Differentiating life goals and therapeutic goals: expanding our understanding of the working alliance. *British Journal of Guidance & Counselling*, 39, 25-39.
- Madsen, K. (2011). Sygdom, pårørende og dagligliv. Når ægtefællen har hjernekræft. [Disease, next-of-kin,



- and everyday life]. Unpublished doctoral dissertation, University of Copenhagen.
- McAdams, D. P. (2006). *The person. A new introduction to personality psychology* (4. ed.). New York: Wiley.
- Mehl, M. R., Gosling S. D., & Pennebaker, J. W. (2006). Personality in its natural habitat: Manifestations and implicit folk theories of personality in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90, 862-877.
- Mischel, W. (1968). *Personality and assessment*. New York: Wiley.
- Mischel, W. (2004). Toward an integrative science of the person. *Annual Review of Psychology*, 55, 1-22.
- Mischel, W. & Shoda, Y. (2008). Integrating dispositions and processing dynamics within a unified theory of personality. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality. Theory and research*. Third Edition (pp. 208-241). New York: The Guilford Press.
- Ryle, M. (2010). Screeningsdiagnosticeret sygdom som intervention i den personlige livsførelse. Belyst ved organiseret mammografiscreening i Danmark. [Screening diagnosed disease as intervention in the personal conduct of life. Studied through organized mammography screening in Denmark]. Unpublished doctoral dissertation, University of Copenhagen.
- Schatzki, T. R. (2002). *The site of the social. A philosophical account of the constitution of social life and change*. University Park, PA: Pennsylvania State University Press.
- Shoda, Y., Mischel, W., & Wright, J. C. (1994). Intra-individual stability in the organization of and patterning of behavior: Incorporating psychological situations into the idiographic analysis of personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 674-687.
- Shoda, Y. & LeeTiernan, S. (2002). What remains invariant?: Finding order within a person's thoughts, feelings, and behaviors across situations. In D. Cervone & W. Mischel (Eds.), *Advances in personality science* (pp. 241-270). New York: The Guilford Press.
- Smith, D. E. (1987). *The everyday world as problematic*. Boston: Northeastern University Press.
- Sørensen, E. (2009). *The materiality of learning*. New York: Cambridge University Press.
- Wagerman, S. & Funder, D. C. (2009). Personality psychology of situations. In P. J. Corr & G. Matthews (Eds.), *Cambridge handbook of personality* (pp. 27-42). Cambridge: Cambridge University Press.
- Weber, M. (1952). *The protestant ethic and the spirit of capitalism*. New York: Scribner.
- Webster's New World College dictionary (1997). Accent Software. Macmillan Publishers.



La edición en formato electrónico fue realizada
por la Editorial LEED del Laboratorio de Eva-
luación y Educación Digital
Julio, 2016



REVISTA DIGITAL INTERNACIONAL DE PSICOLOGÍA Y CIENCIA SOCIAL, Año 2, Volumen 2, No. 2, julio-diciembre 2016, es una publicación semestral editada por la Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad Universitaria, Delegación Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México, a través de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Av. de los Barrios #1, Colonia Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla Estado. de México. C.P. 54090, Tel. (55) 5623-1333, Ext. #39707, <http://cued.unam.mx/rdipycs/>, rdipycs@gmail.com. Editor Responsable: Arturo Silva Rodríguez. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2016-012514394300-203, ISSN: 2448-8119, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número, Laboratorio de Evaluación y Educación Digital de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Lic. José Manuel Sánchez Sordo, Av. de los Barrios #1, Colonia Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla Estado. de México. C.P. 54090, fecha de última modificación, 08 de febrero de 2017.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados siempre y cuando se cite la fuente completa y la dirección electrónica de la publicación.