

<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 transdisciplinaria, 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) soplo, 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

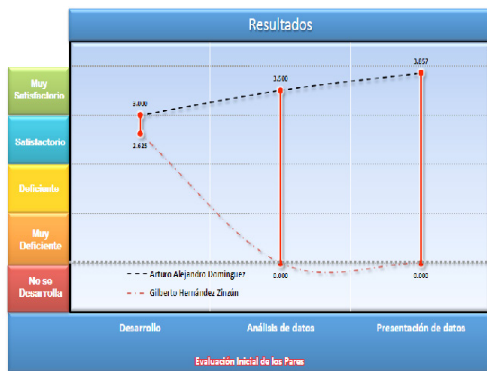
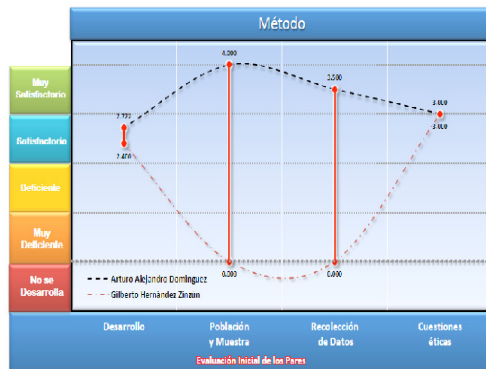
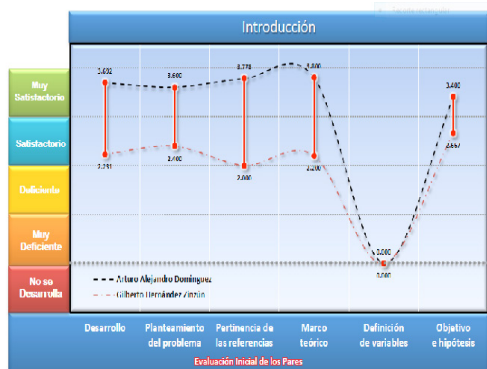
- Aguilera, C. M. G. (2008). La metaobservación desde la metapsicología de contextos. En López, R. S. (coord.), Reflexiones para la formación del psicólogo, México, FES-Iztacala, UNAM, pp. 57-78.
- Alcaraz, G. J. R. (2012). Metapsicología para principiantes. En López, R. S. (coord.), Una formación metodológica 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/37SIMPOSIO>
- 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.



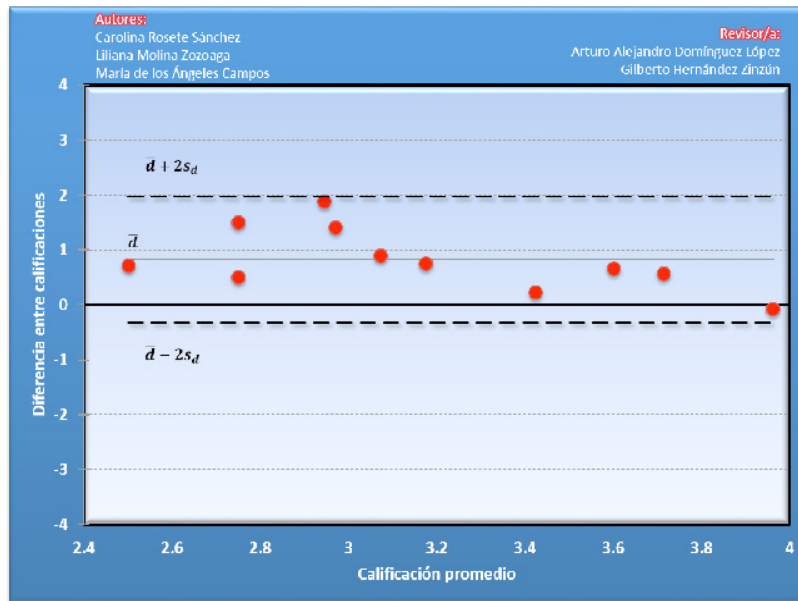


DIMENSIÓN CUANTITATIVA

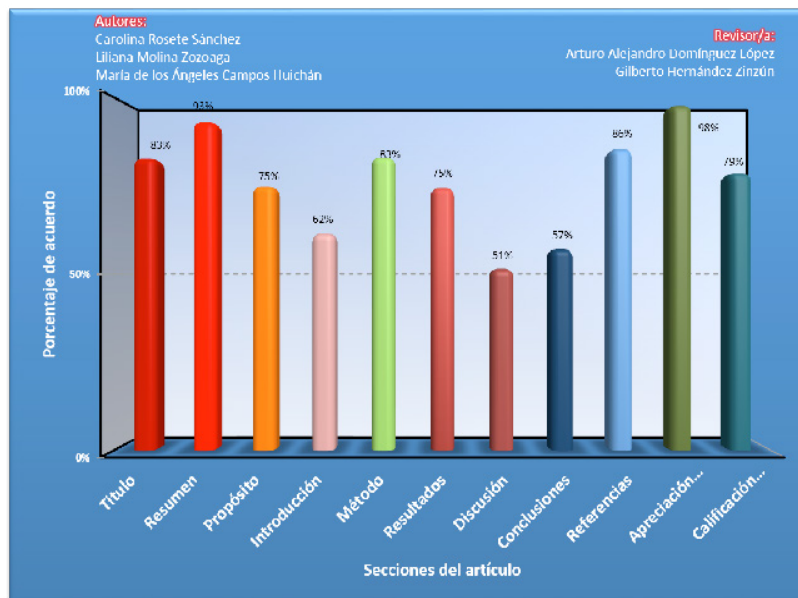
Perfil de Evaluación entre pares



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	
Falta señalar las preguntas de investigación, argumentar en la introducción y establecer las categorías de análisis y el eje de la investigación.	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.
Introducción	
Hace falta señalar las categorías y ejes.	Retomar las sugerencias en los apartados anteriores.
Método	
*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)	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.
Resultados	
La primera parte de los resultados estarían mejor organizados en un esquema o tabla (las Funciones Profesionales. Detección, canalización y las actividades)	No hay sugerencias, el trabajo no es cuantitativo.
Discusión	
Me parece muy adecuada la discusión	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.



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>



