

UNIDAD XOCHIMILCO
DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y
HUMANIDADES

ÁREA DE PSICOLOGÍA EDUCATIVA

TRABAJO TERMINAL
PARA OBTENER EL GRADO
DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

Psicología hospitalaria: La educación no formal
como encuentro entre la experiencia y el
aprendizaje significativo

PRESENTAN:

Márquez Hernández Abigaíl Aranza
Mercado Olivo Zyanya Julieta
Miranda Castillo Janet
Román Villalobos Edsa Ixchel
Villarruel Rodríguez Jorge Emilio

ASESORES:

Mtro. Guzmán Preciado Rodrigo
Bojalil-Ruiz Sánchez Gerardo
Dr. González Medrano Juan Antonio

Ciudad de México, Junio 2026.

Índice

Introducción.....	2
Capítulo I: La experiencia hospitalaria como incógnita.....	10
Hacia una comprensión del aprendizaje significativo desde la experiencia (Problematización).....	10
Justificación.....	12
Delimitación de la investigación.....	14
Capítulo II: Pensar la experiencia y el aprendizaje en hospitalización.....	15
Marco histórico.....	15
Estado del arte y abordaje teórico.....	17
Capítulo III: Tras las huellas de la experiencia: una propuesta metodológica.....	30
Diseño metodológico.....	30
Técnicas e instrumentos de recolección de información.....	31
Capítulo IV: “Reconstruyendo la institución: Una propuesta de psicología hospitalaria”	33
-“Comprensión del contexto hospitalario”	36
Capítulo V: “Hospitalización, experiencia y resignificación: una mirada desde el acompañamiento psicológico”	54
Vivencia profesional del psicólogo en el acompañamiento hospitalario.....	55
Experiencia emocional del paciente y sus cuidadores primarios.....	58
Creencias religiosas y resignificación de la enfermedad.....	62
Corporalidad, identidad y duelo en la enfermedad y rehabilitación.....	64
Capítulo VI: La construcción del vínculo: un encuentro entre la intervención y el aprendizaje significativo.....	69
Capítulo VII: Del acompañamiento a la formación: el hospital como espacio de educación no formal.....	78
Psicología hospitalaria, un encuentro entre experiencia y aprendizaje: Reflexiones finales.....	98
Bibliografía:.....	106
Anexos.....	109

Resumen

El propósito de esta investigación busca reflexionar sobre cómo el acompañamiento psicológico en hospitalización en el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra (INRLGII) posibilita aprendizajes significativos en torno a la experiencia que evoca la intervención psicológica, en la que la propuesta del instituto promueve acompañar a los sujetos o pacientes que experimentan la ruptura del estilo de vida por la incidencia que conlleva a nivel físico y emocional los procesos de enfermedad o rehabilitación. Desde esta perspectiva, la investigación fue estructurada con un enfoque de método cualitativo en el que emerge la construcción del mundo social y las significaciones de los procesos de subjetivación; asimismo, se empleó un diseño fenomenológico que permitió el análisis, la descripción y la comprensión del discurso de lo que conlleva la intervención del grupo de psicólogos entrevistados. Por lo que la investigación presenta una noción que vincula la experiencia y la educación no formal, formal e informal a través del programa de “Atención de pacientes y/o familiares que requieren atención psicológica en hospitalización por interconsulta”, elucidando así el acompañamiento como un espacio de encuentro, el cual converge en la construcción de saberes, permite la reflexión crítica, la resignificación y la elaboración de lo que implica habitar contextos hospitalarios; desde esta propuesta cuestionar cómo los psicólogos construyen aprendizajes significativos a través del acompañamiento y de qué manera estos aprendizajes influyen en sus formas de intervención así como la comprensión de la enfermedad, el sufrimiento, el cuerpo y las relaciones humanas.

Palabras clave: Psicología hospitalaria, acompañamiento, intervención, experiencia y aprendizaje significativo, educación no formal.

Introducción

La hospitalización constituye una experiencia que irrumpe en la vida cotidiana de quienes la atraviesan. La enfermedad, el accidente o los procesos de rehabilitación suelen implicar transformaciones físicas, emocionales y relacionales que modifican la manera en que las personas comprenden su cuerpo, su autonomía y su relación con los otros. En este contexto, el hospital se configura no sólo como un espacio destinado a la atención médica, sino también como un escenario donde emergen experiencias que movilizan emociones y propician nuevas formas de comprensión y aprendizaje de la realidad.

Investigaciones como Esquivel et al., 2007 y Anguiano et al., 2017 permiten identificar que la estancia hospitalaria se asocia con un aumento significativo de síntomas emocionales,

donde más del 50% de los pacientes y familiares presentan ansiedad o depresión. Tales hallazgos han impulsado estudios más recientes, como Riveros & Alvarado, 2019 y Obando Herrera, 2025, los cuales muestran que el acompañamiento psicológico en contextos hospitalarios no solo facilita la comprensión del padecimiento, sino que también promueven experiencias subjetivas significativas que transforman positivamente en el proceso de recuperación, de adherencia al tratamiento y el bienestar emocional de quienes se encuentran hospitalizados.

Del mismo modo, análisis realizados en programas de intervención psicológica por hospitalización en el Colegio Oficial de la Psicología de Madrid en 2024 y en la Universitat de Barcelona en 2015 señalan que la atención psicológica adquiere un carácter educativo y formativo, pues ayuda al paciente a reorganizar su experiencia, generar recursos de afrontamiento, reinterpretar la enfermedad y sostener emocionalmente las demandas impuestas por la hospitalización. Bajo esta perspectiva, la experiencia vivida dentro del hospital ya sea en procesos de urgencias, rehabilitación o estancias prolongadas, se convierte en un espacio donde el encuentro con el psicólogo posibilita un proceso de transformación subjetiva, por medio del aprendizaje formal, no formal e informal, así como la construcción de sentido que evoca la reflexión del quehacer de la psicología y sus actores en ámbitos hospitalarios.

De modo que, al indagar en los procesos de hospitalización, se devela que la intervención psicológica posibilita que la experiencia y el aprendizaje evoquen procesos significativos tanto para quienes ejercen la labor de acompañamiento, así como para quienes lo reciben. La experiencia de hospitalización ha sido tradicionalmente comprendida desde una lógica biologicista y la atención enfocada al cuerpo enfermo; sin embargo, este enfoque resulta insuficiente al no considerar el carácter subjetivo y contextual que engloba el bienestar en los pacientes. Desde 1959 la psicología hospitalaria desarrollada en Brasil por Matilde Neder ha señalado la importancia de profundizar en las vivencias de quienes atraviesan el entorno hospitalario, reconociendo que las experiencias no solo inciden en la calidad del servicio, sino también en la forma en que los sujetos significan su propia condición.

Esta investigación presenta siete capítulos, desde los cuales se expone la psicología hospitalaria como un encuentro entre la experiencia y el aprendizaje significativo, partiendo del acompañamiento e intervención como un proceso vinculado a la educación no formal. En el primer capítulo *“La experiencia hospitalaria como incógnita”*, la problematización nos permite cuestionar la posición que tiene la intervención psicológica en hospitalización, así como reflexionar sobre los alcances de su práctica. A partir de ello, buscamos comprender y cuestionar si las experiencias que surgen en este contexto responden únicamente a la

aplicación de técnicas y protocolos clínicos o si por el contrario, trascienden como encuentros subjetivos capaces de generar un aprendizaje significativo para los psicólogos que la ejercen, asimismo dentro de esta exploración, conocer si existe alguna posibilidad de que este aprendizaje se traslade al espacio y posición de quien es acompañado.

Consideramos indispensable visibilizar los efectos del proceso de atención psicológica en ambientes hospitalarios, pues su implementación podría contribuir a una mejoría tanto física como emocional en los pacientes, los cuidadores y familiares durante su estancia hospitalaria. Es importante reconocer estos procesos ya que permite concientizar sobre la relevancia de la labor que desempeña el psicólogo como parte de la atención en el sector salud, de igual forma permite visibilizar la integración y consolidación de programas de atención psicológica dentro de otras instituciones, de modo que se garantice un abordaje integral, desde la escucha activa y el acompañamiento en los procesos de enfermedad y rehabilitación.

El segundo capítulo responde a la construcción histórica de nuestra investigación, dónde describimos los antecedentes hospitalarios y por medio de las investigaciones, buscamos comprender que se ha abordado sobre la intervención psicológica en estos espacios, cuáles son las necesidades y demandas que guían el porqué es importante instaurar estos programas. Además, este capítulo nos permitió construir las primeras aproximaciones y ejes de análisis, dónde autores como Ferreiro (2002), Baz (1999) y Larrosa (2006) nos permiten comprender a la experiencia como un proceso complejo que articula dimensiones cognitivas, afectivas y temporales, configurándose a partir de la memoria, los contextos y las relaciones sociales.

Así, lo vivido se inscribe en el sujeto, reconfigurando su manera de estar en el mundo. Desde la fenomenología y los postulados de Merleau-Ponty (2005) y Husserl (2013) articulamos lo que entendemos como experiencia significativa, la cual, se entiende como aquella en la que el sujeto otorga sentido a lo vivido a partir de su relación intencional con el mundo, su corporalidad situada y las rupturas que interpelan su cotidianidad. Heidegger (2000) en este marco, describe que lo significativo no reside en el acontecimiento en sí, sino en la manera en que este afecta, desestabiliza y transforma la comprensión del sujeto.

Por otro lado, Baz (2006) y Rogers (1951) nos permiten explorar el vínculo psicólogo-paciente en el contexto hospitalario, que puede entenderse como un espacio relacional significativo que va más allá del apoyo emocional, ya que en él se construyen diversos procesos de acompañamiento e inclusive de resignificación sobre cómo se vive la

enfermedad, enunciando así un encuentro subjetivo el cual afecta de forma dual a través de la escucha, empatía y comprensión del otro.

De modo que, el quehacer de la psicología devela en el acompañamiento un profundo vínculo desde el cual elaborar la experiencia vivida. Como lo enfatiza Bleger (1963) el psicólogo trabaja siempre con el sujeto en situación, nunca con un individuo aislado; su quehacer implica comprender a la persona como un ser inserto en un contexto social, histórico y afectivo. Esta "situación" no es estática; está atravesada por la fragilidad de lo humano y la imprevisibilidad de la subjetividad. Bajo esta perspectiva, la intervención psicológica adquiere relevancia al posibilitar la elaboración, resignificación y transformación de dichas vivencias, configurándose no sólo como un espacio de atención, sino también como un proceso formativo que incide en la construcción subjetiva del sujeto en relación con su experiencia.

Por otro lado, el abordaje teórico de Ausubel et al. (1968) y Freire (2005) nos retroalimentan para comprender la dimensión del aprendizaje significativo, el cuál se establece como un proceso que emerge de dicha experiencia significativa, particularmente de aquellas rupturas o afectaciones que interpelan al sujeto y que producen sentido sobre lo vivido. Si bien autores como Ausubel (1968) han planteado que este tipo de aprendizaje implica la adquisición de nuevos significados, resulta necesario ampliarlo más allá de la incorporación de contenidos, entendiéndolo como una construcción subjetiva que transforma la relación del sujeto con la enfermedad, con el cuerpo, con su experiencia.

Desde una perspectiva crítica, Freire (2005) cuestiona los modelos educativos tradicionales, señalando que la llamada "educación bancaria" reproduce relaciones verticales donde el sujeto es un receptor pasivo. Esta lógica puede observarse en el contexto hospitalario, donde el saber biomédico tiende a imponerse, limitando la posibilidad de que el paciente elabore su experiencia. Sin embargo, la apertura de espacios dialógicos, como lo es la intervención psicológica, permite problematizar esta relación, favoreciendo la construcción de sentido y un aprendizaje verdaderamente significativo.

En este marco, la pedagogía hospitalaria aporta una mirada integral al reconocer al hospital como un espacio formativo donde convergen dimensiones emocionales, sociales y educativas. Así, el aprendizaje en este contexto no se reduce a la adquisición de información médica, sino que implica un proceso de transformación subjetiva vinculado a la experiencia vivida. Desde esta perspectiva, el acompañamiento psicológico puede entenderse como un espacio que posibilita la resignificación de la experiencia, promoviendo aprendizajes que impactan en la manera de sentir, pensar y habitar la propia condición.

Asimismo, la distinción entre educación formal, no formal e informal, retomada por Itzel Casillas (2023), permite situar este acompañamiento como una práctica pedagógica no escolar. Aunque se desarrolla en un entorno institucional, se configura principalmente desde la educación no formal e informal, al centrarse en la experiencia, la construcción de sentido y las vivencias cotidianas de los sujetos. De este modo, el proceso terapéutico puede entenderse como un espacio de aprendizaje orientado a la transformación subjetiva más que a la certificación del conocimiento.

La incorporación de la perspectiva de Rogers (1951) permite comprender el acompañamiento psicológico hospitalario como un proceso formativo que trasciende lo intelectual y se inscribe en la dimensión subjetiva del ser. En este sentido, el aprendizaje que emerge es significativo tanto para el paciente como para el psicólogo, al implicar procesos de resignificación, reflexividad y transformación. La labor de la psicología surge de la escucha atenta a las demandas, aquello que el sujeto expresa y las necesidades, aquello que permanece oculto y requiere ser sostenido. Esto exige una aproximación abierta al fenómeno tal como se presenta, reconociendo que cada experiencia es única; en este sentido, la intervención implica habitar el mundo del otro, su dolor y sus significados, bajo una lógica de cuidado. Según Rogers (1951) menciona que el núcleo de toda intervención psicológica radica en una relación auténtica, empática y congruente, donde el terapeuta facilita el crecimiento personal del paciente. Aquí, la psicología se devela como una presencia que cuida, una presencia que sostiene y válida, permitiendo al paciente resignificar su mundo frente a la angustia de lo desconocido.

En contextos hospitalarios, esta presencia cobra una relevancia especial, el entorno biomédico puede despersonalizar al sujeto, reduciéndolo al lenguaje técnico o a la enfermedad misma, de acuerdo con Riveros y Alvarado (2019): “En el ámbito hospitalario, el psicólogo acompaña procesos de adaptación, afrontamiento y significación del padecimiento, evitando que el paciente sea reducido al lenguaje técnico y despersonalizante del área médica”. El psicólogo responde a la necesidad de humanidad del paciente, rescatando su subjetividad y reparando la ruptura que la enfermedad introduce en su manera de habitar el mundo. El cuidado, entonces, consiste en no permitir que el sujeto se pierda en el diagnóstico.

Por otra parte, el tercer capítulo *“Tras las huellas de la experiencia: una propuesta metodológica”* presenta aquello que guía la construcción de este trabajo, ya que desde la investigación cualitativa situamos que la experiencia de una institución de rehabilitación implique ir más allá de su dimensión clínica para adentrarse en los procesos subjetivos que ahí se configuran. Para ello, se recuperaron los relatos del grupo de psicólogos que ponen

en práctica el protocolo de atención psicológica por hospitalización en el INRLGII a través de entrevistas semi estructuradas; los pacientes, los cuidadores y/o familiares se interactuó desde conversaciones y entrevistas informales, además se suma al análisis las experiencias derivadas del trabajo de campo y la observación participante dentro del instituto. Desde un enfoque cualitativo y fenomenológico, la investigación busca comprender cómo la experiencia del acompañamiento adquiere significado para quienes participan en ella y de qué manera contribuye a resignificar la enfermedad, el sufrimiento, el cuerpo, la rehabilitación y las relaciones humanas.

Para comprender los hallazgos de esta investigación, en el cuarto capítulo *“Reconstruyendo la institución: Una propuesta de psicología hospitalaria”* se realizó el análisis e interpretación de las categorías construidas a partir de la información obtenida durante el trabajo de campo, permitiéndonos analizar los distintos elementos que configuran la práctica de la psicología hospitalaria. Para ello, comenzaremos por analizar el contexto hospitalario a partir de los planteamientos de Cornelius Castoriadis, los cuales permitirán comprender al hospital más allá de su dimensión médica. Desde esta perspectiva, el hospital será analizado como una institución atravesada por significaciones, normas, relaciones de poder y formas de organización que configuran la experiencia de pacientes, cuidadores y profesionales de la salud. Este acercamiento permitirá explorar tanto los elementos que sostienen el orden institucional como las posibilidades de transformación que emergen desde el interior del mismo. El hospital no es únicamente un espacio de intervención sobre el cuerpo, sino también un escenario donde el sujeto enfrenta pérdidas, transformaciones y reconfiguraciones de sí mismo. En este contexto, la enfermedad y la recuperación se entrelazan con vivencias afectivas profundas que cuestionan la continuidad de la identidad, la relación con el propio cuerpo y la manera de habitar el mundo.

Siguiendo con esta línea, el quinto capítulo *“Hospitalización, experiencia y resignificación: una mirada desde el acompañamiento psicológico”* se aproxima a la experiencia de hospitalización como un acontecimiento que rebasa el ámbito estrictamente médico y de rehabilitación, pues no solo involucra un cuerpo que requiere atención, sino también una subjetividad que se ve interpelada por el dolor, la incertidumbre, la pérdida y la necesidad de encontrar nuevos sentidos frente a lo vivido. La hospitalización irrumpe en la continuidad de la vida cotidiana y coloca al sujeto ante una realidad que muchas veces resulta difícil de nombrar: el cambio corporal, la dependencia, el miedo, la espera, el duelo por aquello que se ha perdido y la reorganización de los vínculos familiares. Por ello, este capítulo busca comprender cómo dicha experiencia afecta no únicamente al paciente, sino también a sus

cuidadores primarios y al psicólogo que acompaña estos procesos desde una posición ética, sensible y profundamente humana.

A lo largo del análisis, la experiencia hospitalaria se presenta como un proceso complejo en el que se entrelazan distintas dimensiones: la vivencia profesional del psicólogo en el acompañamiento, el desgaste emocional que puede surgir ante la exposición constante al sufrimiento, la experiencia afectiva del paciente y sus familiares, el papel de las creencias religiosas y familiares como recursos de sostén, así como la transformación de la corporalidad, la identidad y el proyecto de vida durante la enfermedad y la rehabilitación. Desde esta perspectiva, el hospital no aparece únicamente como un espacio de cura física, sino también como un lugar donde se elaboran pérdidas, se reconstruyen significados y se posibilitan nuevas formas de habitar el cuerpo, la vida y los vínculos.

Para sostener esta reflexión, el capítulo dialoga con diversos autores que permiten ampliar la comprensión de lo vivido en el contexto hospitalario. Larrosa, Baz y Ferreiro permiten pensar la experiencia como aquello que afecta, transforma y deja huella en el sujeto; Husserl y Heidegger ayudan a comprender cómo la crisis, la angustia y la ruptura de la cotidianidad modifican la manera de estar en el mundo; Kleinman aporta una mirada fundamental al entender la enfermedad no solo como un proceso biológico, sino como una experiencia vivida que altera el sentido de la vida cotidiana. A su vez, Boss, Freud, Kübler-Ross, Worden, Allouch y Leader permiten abordar el duelo, la pérdida y la adaptación ante una realidad transformada; mientras que Merleau-Ponty y Leder ofrecen elementos para analizar la corporalidad, la imagen de sí y la forma en que el cuerpo enfermo o lesionado modifica la relación del sujeto con el mundo. Asimismo, el capítulo recupera a Lévi-Strauss para pensar las creencias religiosas, familiares y simbólicas como formas de sostén que ayudan a organizar el sufrimiento, otorgar sentido a la enfermedad y abrir posibilidades de resignificación. Finalmente, la referencia a Foucault permite problematizar el espacio hospitalario como una institución que no solo atiende cuerpos, sino que también organiza formas de mirar, nombrar y atender el dolor. De esta manera, el acompañamiento psicológico adquiere un lugar central, ya que permite ofrecer escucha, contención y palabra frente a experiencias que, en muchas ocasiones, resultan traumáticas o difíciles de elaborar.

En este sentido, el quinto capítulo propone comprender la hospitalización como una experiencia profundamente humana, atravesada por afectos, aprendizajes, pérdidas y resignificaciones. El paciente enfrenta la transformación de su cuerpo y de su vida; el cuidador primario sostiene el proceso desde el cansancio, la preocupación y el compromiso afectivo; y el psicólogo acompaña desde una práctica que también lo toca, lo confronta y lo

transforma. Así, hablar de hospitalización no implica solamente hablar de enfermedad o rehabilitación, sino de las múltiples formas en que los sujetos intentan nombrar lo ocurrido, elaborar el dolor y construir nuevas posibilidades de sentido frente a una realidad que ha cambiado.

En el sexto capítulo *“La construcción del vínculo: un encuentro entre la intervención y el aprendizaje significativo”* reflexiona como dentro del ámbito hospitalario, el vínculo adquiere una relevancia particular debido a que las experiencias de enfermedad, rehabilitación, incertidumbre y pérdida suelen movilizar importantes procesos emocionales tanto en pacientes como en sus familiares. Teniendo esto en cuenta, el acompañamiento psicológico no ocurriría únicamente a través de técnicas o intervenciones específicas, sino mediante las relaciones que se construyen entre quienes participan en estos procesos. Así, el vínculo se analizará a través de los planteamientos de Margarita Baz, Carl Rogers y Jorge Larrosa. Estas perspectivas ofrecen herramientas para comprender cómo los vínculos que se construyen dentro del contexto hospitalario influyen en la manera en que los pacientes, los cuidadores así como los profesionales significan y atraviesan los procesos de enfermedad y rehabilitación.

Como finalización del análisis, el séptimo capítulo *“Del acompañamiento a la formación: el hospital como espacio de educación no formal”* aborda el aprendizaje significativo como una consecuencia de las experiencias construidas dentro del contexto hospitalario. A partir de los relatos de los psicólogos entrevistados y las observaciones realizadas durante el trabajo de campo, el aprendizaje no surge únicamente de procesos formales de instituciones académicas, sino también de la experiencia cotidiana, del encuentro con los pacientes, con los cuidadores, con los familiares y los equipos multidisciplinarios, así como de la reflexión constante sobre la propia práctica profesional.

Los hallazgos muestran que el aprendizaje se manifiesta en tres dimensiones complementarias: formal, no formal e informal. La primera se relaciona con la formación académica, diplomados, especializaciones y capacitaciones profesionales; la segunda emerge de talleres, sesiones académicas, proyectos de investigación y espacios institucionales de adecuación; mientras que la tercera se construye cotidianamente en el intercambio de experiencias con los pacientes, los familiares, los médicos, las enfermeras y otros profesionales de la salud.

Asimismo, el análisis evidencia que el hospital se configura como un espacio permanente de aprendizaje colectivo donde los saberes circulan entre disciplinas. Los psicólogos aprenden de la experiencia médica y hospitalaria, mientras que otros profesionales

incorporan elementos de la mirada psicológica para comprender de manera más integral la experiencia que conlleva el estado de enfermedad. Desde una perspectiva humanista y freiriana, los discursos de los participantes muestran que el aprendizaje significativo se produce en la reciprocidad del encuentro, y los pacientes dejan de ocupar el lugar de receptores pasivos para convertirse en portadores de saberes, experiencias y estrategias de afrontamiento que también transforman a los profesionales que los acompañan. De este modo, el aprendizaje se configura como un proceso compartido que emerge del diálogo, la escucha y la construcción conjunta de sentido.

Finalmente, este capítulo permite comprender que la psicología hospitalaria trasciende la aplicación de técnicas clínicas y se constituye como un espacio de acompañamiento, intervención, formación y transformación subjetiva. Pacientes y psicólogos participan en procesos de resignificación que les permiten reconstruir su relación con el cuerpo, la enfermedad, la recuperación y el mundo que habitan, haciendo del aprendizaje significativo una experiencia profundamente humana y relacional.

Capítulo I: La experiencia hospitalaria como incógnita

Hacia una comprensión del aprendizaje significativo desde la experiencia (Problematización)

El Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra (INRLGII), el cuál se describe como una “Institución de Salud” tiene como objetivo “la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la discapacidad mediante la investigación científica, mediante la formación de recursos humanos y atención médica especializada de excelencia con un enfoque humanístico” (INRLGII, 2024).

Es importante mencionar que el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), donde se llevó a cabo la investigación y desde el cual describimos el encuentro de las experiencias significativas, parte de la creación así como de la participación del proyecto “*Atención de pacientes y/o familiares que requieren atención psicológica en hospitalización por interconsulta*”, el cuál tiene como propósito “establecer las actividades requeridas para brindar apoyo emocional durante el proceso de enfermedad a personas hospitalizadas y/o familiares de las mismas, orientado a trabajar las emociones, apoyar a las personas en los procesos de crisis y dolor que atraviesan en su vida, con el objetivo de fomentar el equilibrio emocional y la adaptación, a través de acompañar y dar herramientas emocionales” (INR LGII, 2022)..

Consideramos fundamental hablar como primer momento de la interconsulta, la cuál hace referencia a la coordinación de los distintos servicios asistenciales dentro del hospital, esto con el objetivo de orientar, de manera conjunta, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes que se encuentran hospitalizados (Requena et al., 2015). En este marco, la incorporación del psicólogo clínico implica integrarse a un trabajo interdisciplinario, aportando una perspectiva específica sobre los procesos psicológicos que atraviesan los pacientes remitidos a su atención. La intervención psicológica, en este contexto, se centra en ofrecer recursos y estrategias tanto al paciente como a su entorno cercano, no con la finalidad de desaparecer el malestar que acompaña a la enfermedad, sino de facilitar su elaboración y hacerlo más tolerable. Esta colaboración con otros profesionales de la salud adquiere un papel aún más relevante cuando la solicitud proviene de especialistas en salud mental, como ocurre con los psiquiatras en procesos de hospitalización, donde el intercambio clínico y la articulación entre equipos resultan indispensables para el seguimiento adecuado de cada caso (Fuentetaja y Villaverde, 2019).

Bajo este marco, la presente investigación busca comprender ***¿De qué manera la intervención psicológica en el área de hospitalización del INR evoca experiencias que sustentan el aprendizaje significativo desde su práctica?***

En esta investigación, estamos interesados en conocer por un lado, si el ejercicio de la psicología exige una comprensión profunda de la experiencia vivida mediante su práctica para comprender si está solo efectúa la mera aplicación de técnicas y protocolos o trasciende como un encuentro intersubjetivo que posibilita un aprendizaje significativo que, al interpelarnos, nos conduce a la constante reflexión y cuestionamiento sobre ¿Cuál es su posición dentro de la institución hospitalaria? ¿Qué situación ha llevado a los psicólogos a generar este proyecto? (¿Quiénes impulsaron esta propuesta?) ¿Cómo experimentan esta propuesta alternativa? Y por el otro lado, ¿cómo se sitúa y convoca a los pacientes (como lo nombra el instituto) y familiares, al estar ellos inmersos en un sinfín de cambios en su vida? ¿Cómo vivencian este ingreso al hospital? ¿El quehacer de la psicología les ofrece una experiencia significativa? ¿Cómo funge en el proceso de rehabilitación?

Respecto a esta situación como eje de nuestro objetivo principal, creemos acertado *reflexionar si el acompañamiento psicológico en el ámbito hospitalario se experimenta como un camino guiado en el que la experiencia y el aprendizaje se configuran como un proceso significativo para el grupo de psicólogos (quienes emprenden el proyecto, quienes se forman y constituyen bajo las prácticas hospitalarias).*

Así mismo, consideramos pertinente que la experiencia al ser vista como una vivencia subjetiva, permite el reconocimiento de distintas formas de posicionarse en el

mundo, creando variabilidades de formas, significaciones y símbolos en las que se experimenta estar en un ámbito hospitalario, en esa línea, también buscamos 1) *Conocer si se genera un vínculo entre el psicólogo, los pacientes, los cuidadores y/o familiares, a través de la intervención en el ámbito hospitalario*, 2) *Identificar si la intervención psicológica se forma como una herramienta/dinámica de aprendizaje significativo que permite que el personal de salud, los pacientes y los cuidadores y/o familiares afronten situaciones dolorosas, agresivas o desconocidas durante el proceso de hospitalización a través de la existencia de un posible vínculo entre los sujetos*, 3) *Difundir en el ámbito académico, institucional este texto de investigación que permita generar un interés en integrar el acompañamiento transdisciplinario en estancias hospitalarias donde no se ejerce para concientizar sobre la relevancia de la labor que desempeña el psicólogo como parte del equipo de salud hospitalario*.

Justificación

La relevancia de esta investigación surge del deseo por comprender cómo la práctica psicológica en el contexto hospitalario se constituye como una experiencia generadora de aprendizaje significativo. El interés por el proyecto “Atención de pacientes y/o familiares que requieren atención psicológica en hospitalización por interconsulta”, nos convoca como psicólogos en formación a reflexionar sobre la labor que conlleva la intervención en ámbitos hospitalarios, quienes a partir del acompañamiento cotidiano de pacientes, cuidadores o familiares y equipos multidisciplinarios, transforman su propio aprendizaje y a su vez construyen aprendizajes significativos en el ejercicio de su labor como un encuentro que surgen de la educación no formal; además consideramos importante destacar de qué manera estos influyen en sus formas de comprender la enfermedad, el sufrimiento, el cuerpo y los vínculos.

Reconocer la importancia de estos procesos no solo nos permite concientizar sobre la relevancia de la labor que desempeña el psicólogo como parte del equipo de salud hospitalario, sino también de la relevancia de la integración y consolidación de programas de atención psicológica dentro de los hospitales, de modo que se garantice un abordaje integral y humano en los procesos de enfermedad y rehabilitación. En el contexto hospitalario, el quehacer de la psicología no se limita a la intervención clínica en sentido estricto, sino que implica también procesos de mediación, contención, orientación y acompañamiento que adquieren una dimensión formativa, en este sentido, el acompañamiento se configura como un espacio de construcción de saberes, reflexión crítica y resignificación constante de la práctica profesional.

Desde la perspectiva de Baz (2006), el vínculo constituye un espacio de encuentro donde se produce un engendramiento recíproco de nuevas miradas, lo que permite comprender la atención psicológica como un proceso relacional que transforma tanto al paciente como al profesional. La enfermedad, al irrumpir en la vida cotidiana, genera una ruptura que exige reorganizar sentidos, roles y expectativas; en este marco, el acompañamiento psicológico favorece procesos de resignificación que pueden entenderse como formativos, no en términos de transmisión de información, sino como transformación de la subjetividad. Asimismo, si toda formación es también una experiencia colectiva, como señala la autora, la interacción entre paciente, familia y equipo de salud convierte al hospital en un espacio donde se articulan dimensiones clínicas, emocionales y pedagógicas.

Larrosa (2009), comenta que la experiencia se configura como aquello que deja marca y posibilita una elaboración reflexiva; así, la escucha y la palabra compartida en el vínculo terapéutico permiten que el paciente (y su entorno cercano) comprendan lo que les acontece, desarrollen y reorganicen su vida frente a la enfermedad. De este modo, la atención psicológica hospitalaria puede pensarse como un proceso que, además de atender el sufrimiento, contribuye a la construcción de sentido y al aprendizaje emocional en situaciones de alta vulnerabilidad.

Esta investigación busca contribuir al desarrollo de una línea de trabajo que articule los aportes de la psicología educativa y la psicología hospitalaria, reconociendo que los procesos de aprendizaje no se restringen a espacios escolares o formales, sino que también emergen en escenarios de práctica profesional caracterizados por el encuentro con otros, la reflexión sobre la experiencia y la construcción colectiva de saberes. En este sentido, los hallazgos obtenidos permiten visibilizar la experiencia hospitalaria como un contexto de educación no formal donde los psicólogos construyen aprendizajes significativos que inciden en su formación profesional y personal.

Desde una perspectiva académica, la investigación aporta elementos para ampliar la comprensión de los procesos formativos que se producen en contextos hospitalarios, abriendo la posibilidad de desarrollar futuras investigaciones orientadas a explorar las relaciones entre experiencia, aprendizaje significativo, formación profesional y práctica psicológica. Por lo que, podría favorecer a la consolidación de un campo de estudio que dialogue entre la psicología educativa y la atención hospitalaria, contribuyendo al fortalecimiento de propuestas de formación, intervención e investigación que reconozcan el valor educativo de las experiencias vividas en los espacios de salud.

Consideramos que el presente posee una relevancia social y profesional al reflexionar sobre la formación de los psicólogos que intervienen en contextos hospitalarios, así como reconocer la necesidad de fortalecer programas de acompañamiento psicológico que promuevan procesos de aprendizaje, humanización y atención integral dentro de las instituciones de salud.

Delimitación de la investigación

La investigación se llevó a cabo dentro del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra (INRLGII), espacio donde se ha implementado desde el año 2023 un proyecto de atención psicológica creado por la misma institución. Nuestra intención fue recuperar, a partir de entrevistas semiestructuradas, el testimonio de las personas involucradas directamente en dicho proyecto, con el fin de conocer si su experiencia con el mismo ha resultado significativa. Para ello se propuso una triangulación de discursos y narraciones, en la cual entrevistamos a los psicólogos responsables del proyecto, quienes se involucran en las dinámicas que condiciona la institución y que podrían enmarcar los vínculos transdisciplinarios que promueve el proyecto, así como a sus pacientes, cuidadores y/o familiares que los han acompañado en el proceso de atención psicológica, describiendo aquellas estrategias metodológicas desde las cuales analizar y reflexionar si aquello que enuncian los sujetos sucede en el campo y qué tipo de significación adquiere para los sujetos/pacientes.

Para llevar a cabo el acercamiento con los pacientes y familiares vinculados al programa de atención psicológica del Instituto Nacional de Rehabilitación, se planteó una estrategia que priorizara la protección de datos, la ética profesional y el cumplimiento del acuerdo de confidencialidad de la institución. Por lo tanto, el contacto con los participantes se realizó a través de los canales institucionales autorizados, evitando cualquier manejo directo o informal de información personal. De esta forma, se aseguró que el equipo de investigación no tuviera acceso a expedientes clínicos, datos sensibles ni información que no haya sido ofrecida explícitamente por los propios participantes.

El grupo de psicólogos manifestó total disposición para colaborar con nuestro proyecto de investigación, por lo que con gran entusiasmo realizamos las entrevistas contempladas al equipo de psicólogos, la dinámica propia del hospital y las condiciones institucionales permitieron únicamente la realización de un número reducido de entrevistas a pacientes y familiares por la condición que conlleva la hospitalización.

Abordar con los sujetos temas sensibles como la atención psicológica en contextos hospitalarios, particularmente en pacientes y familiares que han atravesado procesos de enfermedad y/o rehabilitación, pudo resultar revictimizante, ya que relatar sus experiencias implicaba la posibilidad de reavivar emociones y recuerdos dolorosos asociados a su padecimiento. Por ello, resultó fundamental que nuestro acercamiento se realizara con ética, responsabilidad y empatía al tratar con sujetos cuyos procesos de enfermedad o rehabilitación no solo han comprometido su integridad física, sino también su integridad emocional. En este sentido, se modificaron las entrevistas a charlas informales, procurando no interferir de manera significativa en sus dinámicas de cuidado ni restar tiempo destinado a la atención y acompañamiento de sus cuidadores/familiares, por lo que optamos únicamente por realizar preguntas breves orientadas al acompañamiento y la escucha, priorizando en todo momento una postura empática frente a lo que implica estar en un ámbito hospitalario.

Capítulo II: Pensar la experiencia y el aprendizaje en hospitalización

Marco histórico

El Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra (INRLGII) centra su quehacer en la Medicina de Rehabilitación integral, que busca reintegrar a la vida cotidiana a pacientes con discapacidades musculoesqueléticas, neurológicas, pulmonares, cardíacas, auditivas y visuales. Otras áreas clave incluyen la Ortopedia, enfocada en el diagnóstico y tratamiento de lesiones del sistema musculoesquelético (fracturas, luxaciones); Neurorehabilitación, dedicada a la recuperación de funciones motoras y cognitivas tras daño cerebral o medular; y Audiología, Otoneurología y Foniatría, que maneja problemas de comunicación, audición y lenguaje. Las especialidades de alta complejidad que se encuentran en el Instituto son el Centro Nacional de Investigación y Atención a Quemados (CENIAQ), que ofrece un manejo integral de quemaduras, y Cirugía Plástica y Reconstructiva, que restaura la función y apariencia de los usuarios. Además, el instituto aborda condiciones específicas a través de la Reumatología (enfermedades autoinmunes), Osteoporosis y Osteoartritis (enfermedades metabólicas óseas) y Medicina de la Actividad Física y Deportiva (prevención y tratamiento de lesiones deportivas).

En el año de 1951 oficialmente se crea la Dirección General de Rehabilitación, la cual era regida por la Secretaría de Salubridad y Asistencia; el objetivo recaía en integrar diversos centros y servicios de rehabilitación para todo tipo de discapacidades, como lo son las

musculoesqueléticas, auditivas, visuales, así como la deficiencia mental. De esta manera se consolida el Centro de Rehabilitación del Sistema Musculoesquelético, el cual atendía las discapacidades antes mencionadas y la rehabilitación de alcohólicos.

En 1971, se replantea el programa nacional de rehabilitación, con una perspectiva innovadora que incluía la construcción de nuevos Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE), los cuales se consolidaron desde una perspectiva dirigida a la atención de las demandas en todos los estados de la República Mexicana. Este proyecto impulsó la construcción del Instituto Nacional de Rehabilitación en la alcaldía de Tlalpan, la cual mantuvo contratiempos por la crisis económica en el país; sin embargo, y pese a las dificultades, se logran edificar seis institutos especializados en la rehabilitación desde distintos departamentos médicos, impulsados por una visión en la cual emprender no solo el tratamiento, sino estructurar centros de investigación para las enfermedades crónicas.

Para el año de 1989, se fusionan los institutos nacionales de medicina de rehabilitación, de ortopedia y comunicación humana, en la cual la misión se concentraba en estructurar un solo instituto con enfoque formativo, partiendo del fortalecimiento de las especialidades mediante la construcción y equipamiento nuevo. Las propuestas fueron impulsadas mediante la modificación al reglamento interno de la Secretaría de Salud en agosto de 1997, creando el Centro Nacional de Rehabilitación (CNR).

Además, en el año 2000, con la fusión en marcha, se optó por cambiar las instalaciones en la delegación de Tlalpan, donde simultáneamente se prestaban servicios de atención médica, investigación y enseñanza, así como la construcción de lo que sería el instituto. El objetivo principal del CNR recaía en convertirse en un Instituto Nacional de Salud, en el que la ley de junio de 2005 consolidaba finalmente el Instituto Nacional de Rehabilitación.

De acuerdo con los antecedentes que redacta el Instituto, de 2005 a 2010, el objetivo principal era lograr la interacción real de las tres instituciones, bajo una sola dirección y administración, logrando una nueva identidad, no solo del área médica, sino de la atención y servicios de salud. Por lo cual, de 2010 a 2015, los objetivos lograron transformarse para centralizarse en cómo mejorar la calidad de la investigación, de la enseñanza, la atención médica y administrativa, promoviendo la institución bajo la certificación del Consejo de Salubridad General.

Asimismo, en febrero de 2015, por la modificación de la ley de los Institutos Nacionales de Salud, se impulsó el nombre de Luis Guillermo Ibarra Ibarra para el Instituto Nacional de Rehabilitación. Finalmente, nos sitúa en la actualidad, en la que han transcurrido más de 10 años, y en los que el Instituto ha ganado reconocimiento y presencia a nivel nacional como

líder en la atención médica de alta especialidad y la formación de recursos humanos en el campo de la medicina de rehabilitación, ortopedia, audiología y recientemente otorrinolaringología. Además, el Instituto ha creado campañas de cirugía extramuros y mantiene nexos cercanos con el Centro Nacional de Investigación y Atención a Quemados, lo cual permite que participe en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud. Indudablemente, el Instituto Nacional de Rehabilitación ha alcanzado una proyección internacional, estableciendo vínculos como centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. (INRLGII, 2024)

Estado del arte y abordaje teórico

¿Qué somos?, ¿qué es cada uno de nosotros sino una combinatoria de experiencias, de informaciones, de lecturas, de imaginaciones? Cada vida es una enciclopedia, una biblioteca, un muestrario de estilos donde todo se puede mezclar continuamente y reordenar de todas las formas posibles.”

Italo Calvino

A partir de estudios realizados en el Hospital Juárez de México en 2017 así como en el IMSS de Torreón, Coahuila, en 2007, se devela la prevalencia de ansiedad y depresión¹ en pacientes y familiares hospitalizados, en la cual existe un fuerte vínculo entre las estancias hospitalarias prolongadas y la evolución de los pacientes ante el tratamiento de las enfermedades crónicas.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las Enfermedades Crónicas (EC) son una de las principales causas de muerte y discapacidad en México y en el mundo;

¹ De acuerdo con la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud la ansiedad es un estado emocional que presenta cambios somáticos (mareos, molestias digestivas, taquicardia, sudoración, palpitaciones o temblores) y psíquicos (cognoscitivos, conductuales y afectivos como nerviosismo, deseo de huir, sensación de muerte inminente, inquietud, miedos irracionales, temor a perder la razón y el control), la ansiedad puede distorsionar la percepción de la realidad, del entorno así como de la misma persona, afectando de este modo la funcionalidad del individuo. (Secretaría de salud, 2015).

La depresión de igual forma interfiere con la vida cotidiana, con la capacidad de trabajar, dormir, comer e inclusive llevar a cabo un tratamiento médico. La depresión es causada por una combinación de factores genéticos, ambientales, biológicos y psicológicos, se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que regularmente disfrutaba, los sujetos suelen presentar síntomas como la pérdida de energía, necesidad de dormir más o menos de lo normal, cambios en el apetito, ansiedad, sentimiento de culpabilidad, desesperanza inutilidad y pensamientos de autolesión o suicidio. (Organización Panamericana de la Salud, s/f).

este grupo de enfermedades se caracteriza por ser de larga duración y presentarse en combinación de factores genéticos, fisiológicos y ambientales. Este tipo de enfermedades conlleva a que los pacientes mantengan constante cercanía con el ámbito hospitalario, por lo cual el estudio de 2017 hace manifiesto de qué manera tanto la ansiedad así como la depresión generan una serie de respuestas emocionales sobre la toma de decisiones en los pacientes y familiares ante la constante exposición sobre la hospitalización.

Ante esta premisa, Esquivel, et. al (2007) y Anguiano, et. al. (2017), desde el empleo de encuestas sobre la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)² a pacientes y familiares de personas hospitalizadas, evidencian a través de los estudios que, a nivel general, independientemente del diagnóstico y el tiempo del padecimiento, hay una clara correlación entre la hospitalización y la respuesta emocional. La Escala de Ansiedad y Depresión (HADS) realizada a más de 200 personas en ambos estudios comprobó que el 53% de los pacientes y familiares presentaban síntomas de ansiedad y el 47% cuadros de depresión.

Por lo anterior, es de suma importancia reconocer que la detección de estados de ánimo depresivos y ansiosos representa un vehículo que establece una fuerte influencia de las experiencias emocionales como aquellas que intervienen al mismo tiempo a nivel fisiológico, desencadenan estados emocionales negativos, los cuales pueden influir en la prolongación de las infecciones, el retraso de la cicatrización, así como la vulnerabilidad a diversas enfermedades.

Ambos artículos visibilizan cómo un diagnóstico oportuno constituye los primeros pasos para emprender programas de intervención hospitalaria, que beneficien y resignifiquen los procesos de rehabilitación y enfermedad del paciente o familiar, demostrando la importancia que recae sobre la elaboración de programas de intervención en diversas escalas, que ayudan en primera instancia a reconocer y manejar los problemas emocionales que podrían repercutir en la recuperación y adherencia al tratamiento médico en los padecimientos crónicos. Por lo cual la realización de programas estandarizados cimienta una aproximación que promueva el solventar las demandas hospitalarias al contar con niveles básicos de intervención, que beneficien tanto el tiempo así como el costo en relación a las necesidades que demanda la población.

² El "HADS" (Hospital Anxiety and Depression Scale, por sus siglas en inglés) es un instrumento utilizado para evaluar síntomas de ansiedad y depresión en el ámbito hospitalario. Principalmente se aplica a pacientes con diversas enfermedades crónicas, con el objetivo de evaluar el malestar emocional, el cual mantiene nexos directos con síntomas cognitivos, conductuales y somáticos como la ansiedad y depresión por ejemplo el insomnio, la fatiga, pérdida y/o aumento de peso y/o apetito. (Noguera, 2013)

Desde estas perspectivas el quehacer de la psicología se puede decir que se fundamenta en una comprensión profunda de la experiencia vivida tanto del paciente como del propio profesional, lo que nos lleva a que la práctica no solo se reduce a técnicas o protocolos, sino que se ve configurada como un encuentro intersubjetivo donde aparece un sentido, el ser humano no puede ser reducido a categorías, diagnósticos o técnicas; es un sujeto que vive, siente y se desarrolla en un mundo compartido. Como lo enfatiza Bleger (1963), “el psicólogo trabaja siempre con el sujeto en situación, nunca con un individuo aislado; su quehacer implica comprender a la persona como un ser inserto en un contexto social, histórico y afectivo”. El quehacer de la psicología surge de la comprensión del mundo vivido del otro, reconociendo que cada experiencia es única y requiere una aproximación abierta, sensible y atenta al fenómeno tal como se presenta. De este modo, la intervención psicológica implica acercarse al mundo vivido del otro, a su dolor, a sus significados, a su forma particular de habitar la vida, el cuerpo, la salud, y la enfermedad.

Por lo cual el posicionamiento del psicólogo, desde esta mirada, no puede limitarse a la aplicación mecánica de técnicas, todo acto de comprensión parte de la presencia auténtica del terapeuta, de su capacidad de escuchar y de su disposición a dejarse afectar por la experiencia del paciente. Hernández y Martínez (2015) lo expresan con claridad al afirmar que “el quehacer del psicólogo no puede reducirse a la aplicación de técnicas; implica una postura ética y crítica que guíe la intervención y la evaluación en función del bienestar del otro”. Esta postura supone suspender juicios, categorías y explicaciones preconcebidas para permitir que el sentido aparezca desde la experiencia misma.

Rogers (1951), desde una aproximación humanista, afirma que el cambio terapéutico ocurre fundamentalmente en el marco de una relación caracterizada por la comprensión y la aceptación del cliente. El terapeuta no dirige el proceso de transformación, sino que facilita las condiciones para que la persona pueda reorganizar su experiencia y desarrollar sus propias potencialidades. Aquí, el quehacer de la psicología se devela como presencia: una presencia que sostiene, que acompaña, que válida, que permite al paciente explorar y resignificar su propio mundo.

En contextos hospitalarios, esta presencia cobra una relevancia especial, el entorno biomédico puede despersonalizar al sujeto, reduciéndolo al lenguaje técnico o a la enfermedad misma, de acuerdo con Riveros y Alvarado (2019) en “el ámbito hospitalario, el psicólogo acompaña procesos de adaptación, afrontamiento y significación del padecimiento, evitando que el paciente sea reducido al lenguaje técnico y despersonalizante del área médica”. El psicólogo rescata la subjetividad del paciente, su

vivencia del padecimiento y la ruptura que la enfermedad introduce en su manera de habitar el mundo.

El quehacer psicológico también se sostiene en un marco ético en el que Beauchamp y Childress (2011) establecen que “la práctica psicológica se fundamenta en principios éticos que protegen la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia de las personas atendidas”. Esta orientación coincide con la responsabilidad e implicación hacia el otro, donde la presencia del paciente convoca a una respuesta ética y respetuosa de su vulnerabilidad. Al mismo tiempo reconoce que el sujeto es un “*ser en el mundo*” con otros, y que la intervención psicológica debe considerar este carácter social. Montero (2004) destaca que “el quehacer del psicólogo comunitario consiste en promover procesos de participación, conciencia crítica y transformación social a través del fortalecimiento de las capacidades colectivas”, las cuales posibiliten espacios desde los cuales comprender la experiencia humana, en la que la disposición implique atender también la dimensión colectiva, puesto que la sensibilidad humana es inherente al rigor profesional: comprender a otro ser humano exige tanto ciencia como presencia.

La experiencia de hospitalización se puede percibir transformadora, puesto que busca la promoción del bienestar de los pacientes, el personal de salud tiene como objetivo garantizar dicho bienestar durante la hospitalización de quienes ingresan a la institución. Moreno (2012) hace énfasis en que la palabra bienestar se vuelve compleja y aún no hay garantía de conocer qué es, sobre todo si lo vemos desde un supuesto subjetivo, el concepto y la experiencia del bienestar puede cambiar de acuerdo a las circunstancias expuestas del sujeto (ideales, ambiente, creencias, temporalidad etc.) de los sujetos. Por esa razón, menciona que esta situación ha llevado a distintos investigadores a conocer y profundizar en las vivencias que el paciente experimenta durante su estancia hospitalaria y a considerarlo como objeto de estudio.

Conocer la experiencia de quienes transitan los pasillos hospitalarios, puede considerarse valiosa para mejorar la atención y promover mejores servicios de salud. Aunque si bien, la investigación que rodea a Moreno está enfocada en un análisis en torno a la garantía del bienestar atribuida a la calidad de trabajo y atención del área de enfermería, esto nos invita a pensar y preguntarnos cómo la experiencia de los pacientes se vive desde la intervención psicológica. ¿Cuál sería entonces el quehacer psicológico respecto a la experiencia de hospitalización de los pacientes y familiares que ingresan a un contexto hospitalario? ¿Se vuelve una experiencia significativa?.

Por otro lado, la pedagogía hospitalaria aporta elementos clave para comprender la dimensión educativa en contextos hospitalarios. De acuerdo a la información publicada por

el proyecto “Pedagogía hospitalaria” de la Universitat de Barcelona (2015), este enfoque busca garantizar el bienestar y una buena calidad de vida de personas hospitalizadas a lo largo de toda la vida (niños, adolescentes y adultos) poniendo una especial atención en sus necesidades emocionales, sociales, educativas y familiares. Este artículo reconoce que la hospitalización de un paciente interrumpe su vida cotidiana, genera ansiedad, modifica rutinas y genera una exposición al paciente a un entorno desconocido. Por ello, la pedagogía hospitalaria enfatiza la importancia de minimizar el impacto emocional, ofrecer información clara, acompañar a las familias y asegurar que los procesos de aprendizaje continúen aun dentro del hospital. Además, plantea que el hospital es un espacio en el que participan profesionales de la salud, educadores, trabajadores sociales y familias, conformando una red donde la dimensión formativa y de cuidado está presente permanentemente. (Universitat de Barcelona, 2015)

A partir del trabajo de grado de Obando Herrera (2025), investigación que tuvo por objetivo analizar la experiencia de los usuarios en la atención psicológica en estancias de hospitalización o urgencias en el Valle de Aburrá a partir del año 2020, observaremos la repercusión que tuvo la atención psicológica en dichos pacientes. Dicha investigación se abordó desde un enfoque cualitativo y fenomenológico, donde se implementó un cuestionario en línea a 23 usuarios de instituciones hospitalarias y 6 entrevistas semiestructuradas para la recolección de datos.

En los resultados de la investigación, se encontró que en los pacientes entrevistados “la experiencia y satisfacción con el servicio de psicología en estancias hospitalarias responde a factores como la percepción de trato empático, el abordaje oportuno y pertinente al paciente, la apertura a la escucha y la capacidad de mantenimiento de comunicación clara y profunda con el paciente” (p.134). Este señalamiento permite reflexionar sobre la relevancia del vínculo y el encuentro en el espacio hospitalario, pues pareciera que las técnicas empleadas por el psicólogo en su intervención adquieren una menor relevancia frente a un trato apacible en su práctica. Surgen entonces las siguientes preguntas: ¿en el Instituto Nacional de Rehabilitación puede sostenerse la comunicación afectiva pese a la alta demanda de pacientes y la limitada plantilla psicológica? ¿Es el trato empático realmente determinante para el éxito terapéutico? y, ¿puede la empatía mantenerse como eje del acompañamiento cuando el cuerpo del paciente atraviesa procesos de enfermedad y/o rehabilitación prolongados y, en ocasiones, dolorosos? Del mismo modo, la investigación señala que “la mayor fortaleza del servicio de psicología hospitalaria [...] es el trato humanizado” que permitió a los pacientes “llevar un proceso exitoso, sentirse acompañados, mejorar su estado emocional, comprender mejor su condición y adaptarse a

la estancia hospitalaria” (p.134). Esto abre una reflexión importante, si el trato humanizado genera comprensión, acompañamiento y adaptación, ¿de qué manera esos mismos efectos se manifiestan - o se dificultan - en el contexto del INR? ¿Son realmente relevantes para la contención de los pacientes en su proceso de enfermedad y/o rehabilitación?

Por otro lado, también se encontró que “el acompañamiento psicológico le brinda al paciente mayor comprensión de su situación, pues el psicólogo sostiene una comunicación más cercana [...] lo cual posibilita intercambiar información clara y precisa, en contraste con el uso que hacen otros profesionales de la salud de terminología médica difícil de comprender para el paciente y su red de apoyo. Esta comprensión le brinda tranquilidad al paciente, le permite ampliar su perspectiva y generar conjuntamente estrategias de afrontamiento” (p.134). Esto convoca a otro punto de reflexión, pues cuestionamos si ¿en el INR se encarna terminología médica sobre procesos de enfermedad y/o rehabilitación, donde la intervención psicológica logre funcionar como puente entre el lenguaje clínico y la experiencia vivida? Si es el caso, ¿la intervención resulta más significativa?

En cuanto a las debilidades observadas, la investigación advierte sobre “el trato poco ético y no humanizado” y, sobre todo, la percepción de que los pacientes “necesitaban mayor frecuencia y cantidad de sesiones” (p.135). Esto invita a contrastar si en la investigación previa la insuficiencia de sesiones es una debilidad reiterada, ¿qué ocurre en el INR, donde la carga laboral y la demanda de atención también son elevadas? ¿El ritmo institucional permite sostener una frecuencia de apoyo que responda a la necesidad subjetiva del paciente, o se reproduce la misma carencia? ¿De qué manera influye la falta de continuidad en la vivencia emocional de quienes atraviesan procesos largos de enfermedad y/o rehabilitación?

La investigación subraya además que “se evidencia una saturación del sistema de salud” y una “falta de personal de psicología” (p.135). Este señalamiento abre un cuestionamiento estructural para el INR, si la saturación afecta la calidad del acompañamiento en otros hospitales, ¿qué efectos tiene en un hospital cuyo equipo de intervención psicológica se compone de 11 integrantes? ¿La estructura institucional permite que el acompañamiento psicológico mantenga la profundidad que los pacientes requieren?

Finalmente, el estudio también afirma que “el acompañamiento psicológico gesta un cambio subjetivo en el paciente [...] que le permite asumir su estancia hospitalaria de manera adaptativa” (p.135) y que “la atención psicológica hospitalaria genera un impacto personal [...] percibido como positivo y perdurable” (p.136). También señala que la presencia de atención psicológica genera “alegría, tranquilidad y satisfacción”, mientras que su ausencia

produce “frustración, enojo, tristeza y ansiedad” (p.136). Con base en estos hallazgos, cuestionamos ¿qué subjetividades emergen en pacientes del INR que no sólo están hospitalizados, sino aprendiendo a vivir con nuevas limitaciones físicas o con procesos de recuperación prolongados? ¿La atención psicológica en el INR logra generar estos efectos positivos y perdurables? y, ¿qué emociones emergen cuando este acompañamiento está disponible y cuando no lo está que sitúa en los sujetos?

En conjunto, lo encontrado en la investigación permite reflexionar y analizar que la calidad del trato, la frecuencia de las sesiones, la disponibilidad del personal y la profundidad de la comunicación impactan directamente en la experiencia del paciente. Explorar cómo estos mismos elementos se configuran - o se tensan - en el Instituto Nacional de Rehabilitación es, por ello, no sólo pertinente, sino necesario para comprender la experiencia subjetiva de quienes atraviesan procesos de atención psicológica en ámbitos hospitalarios.

En este primer acercamiento, vemos viable describir en qué consiste la experiencia y el aprendizaje dónde ambas entran en el ámbito de lo significativo como eje fundamental de nuestro proyecto de investigación. Para este momento, creemos que ambos conceptos teóricos se articulan como procesos inseparables que inciden en el sujeto dentro del rol del psicólogo, paciente y familiar o acompañante como una oportunidad de transformación dentro de su estancia en el hospital. Así mismo, las extensiones que surgen como: pedagogía hospitalaria, aprendizaje formal e informal, para poder analizar parte de un todo dentro del marco de vivencia hospitalaria.

La experiencia para Dilthey de acuerdo con la lectura de Ferreiro “es una estructura que articula de modo complejo tres dimensiones irreductibles una a la otra: conocimientos, afectos y deseos, que al constituirse en un todo, transforman los relieves del mundo del sujeto”. Por lo que, Ferreiro propone que la estructura no es cerrada, se vuelve frágil, cambiante y se transmite con el acto de la *memoria*³, la cuál se vuelve la vía de significación, “lo realmente vivido”, que influye en la vida misma.

Por otro lado, Baz (1999) hace referencia a que la experiencia está conformada por tiempos y temporalidades, las realidades tanto materiales cómo simbólicas, configuran la vida de los sujetos creando múltiples formas de transitar el entorno. De igual modo, la percibe como una dualidad entre la continuidad (sujeto que recuerda y se recuerda) y la proyección de deseos y sueños que construyen un espacio de realización. Asimismo, continuando con la idea de que la experiencia se configura dentro de un plano como lo colectivo, la subjetividad

³ “La memoria no es sólo memoria individual, la memoria tiene un fuerte vínculo con lo colectivo [...] se encuentran vinculadas, una afecta a la otra, se reconstituyen mutuamente”. (Ferreiro, 2007, p. 136)

colectiva en términos planteados por Baz (2003), como aquellos procesos mediante los cuales un grupo crea y sostiene significados. Es decir, habla de cómo nos vamos formando como sujetos dentro de una historia marcada por experiencias grupales e institucionales. En ese proceso se mezclan elementos distintos, que avanzan con ritmos y tiempos diferentes, y que forman parte de la manera en que las personas hacemos historia desde el deseo, ese impulso que busca llenar una falta que nunca se llena del todo.

Este planteamiento nos lleva a tomar en cuenta dos ideas centrales: deseo e historia. El deseo, explica Baz (2003), no sólo es una noción psicoanalítica necesaria para pensar la subjetividad, sino también una manera de describir la condición humana, esa tendencia a buscar, a desviarnos, a movernos hacia los bordes y las grietas donde aparecen nuevas posibilidades.

Ferreiro (2007), menciona que cada sujeto experimenta el mundo de un modo peculiar, la dimensión de lo cognitivo hace enlaces entre el pasado y el presente para producir procesos de reflexividad, de modo que, el presente vincula al sujeto con el aquí y el ahora para que en un futuro surjan posibilidades de transformación de lo ya vivido. Así, la memoria se vuelve una estructura que contiene deseo, conocimiento, afectos y que se enlazan con la experiencia. Junto con Baz, comparte que la experiencia se configura en dos planos diferentes pero inseparables: lo singular y lo colectivo.⁴

Para Larrosa (2009), la experiencia “es un movimiento de ida y vuelta”, “eso que me pasa”, “es un paso, un pasaje, un recorrido” (Larrosa, 2009, p. 88) Refiriéndose qué es aquello que acontece y que no depende de uno mismo. Propone por ello el “principio de alteridad” como otra cosa que no es “yo”, sin embargo como consecuencia supone lo que le pasa a uno “*lo que me pasa a mí*”, en las ideas, representaciones⁵, palabras, sentimientos, proyectos, voluntad, entre otros, es ahí donde la experiencia toma un lugar. A eso lo nombra “principio de subjetividad”, porque supone que no existe una experiencia general, cada uno construye su propia experiencia. Por otro lado, el “principio de transformación” (Larrosa,

⁴ “La singularidad es producto de procesos de subjetivación que van diseñando, contornos, ubicaciones, posesiones -lo propio, lo ajeno-, identidades; también capturas diversas. Remiten al sujeto encarnado, situado en espacios interaccionales específicos, productos de circunstancias únicas. Por otro lado, la dimensión de lo colectivo, es lo que le da forma y sentido a la experiencia personal, ya que no hay humanidad fuera de las redes transindividuales que nos hacen sujetos” (Baz, 1999, p. 174)

⁵ “La representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación. (Moscovici, 1979, citado en Martín, 2002). “El campo de representación designa al saber de sentido común, cuyos contenidos hacen manifiesta la operación de ciertos procesos generativos y funcionales con carácter social. Por lo tanto, se hace alusión a una forma de pensamiento social”. (Jolette, s.f., citado en Martín, 2002)

2006, p. 90) se refiere al sujeto abierto a la misma, como un sujeto vulnerable en sus ideas, sentimientos, representaciones, etc., dónde la experiencia nuevamente toma lugar y hace que el sujeto genere su propia transformación⁶. Integrar estos principios al proyecto permite comprender el acompañamiento psicológico hospitalario como un espacio donde el paciente y el psicólogo viven experiencias que los afectan, los interpelan y por lo tanto los transforman. Desde esta perspectiva, el encuentro clínico puede entenderse como un proceso educativo, ya que puede llegar a promover formación subjetiva o cambio en quienes se involucran.

Al reflexionar sobre los postulados de los cuales emerge la experiencia, consideramos que se trata de un proceso o movimiento en el que el sujeto es partícipe de su propio juego. Se vuelve una vivencia subjetiva, llena de afecciones y deseos que posibilita la transformación, se construye por medio de un entretendido de lenguaje, ideas, creencias, sentimientos, representaciones, etc., con relación a lo vivido. Se inscribe en el sujeto y redefine el modo en el que el tiempo se vive. La experiencia se vuelve palabra, se construye en la memoria y genera nuevos sentidos de ser y estar en el mundo.

La creación de sentido, que es el núcleo de la subjetividad, nace dentro del mundo simbólico, pero también lo supera. Como señala Morin (1994), una de las paradojas de la subjetividad es que funciona como una autonomía que depende de algo externo. No se trata, aclara, de la idea tradicional de libertad, sino de entender la autonomía como un proceso de organización personal que solo puede darse gracias a un soporte que viene de afuera. La experiencia, que siempre está mediada por lo simbólico, porque no captamos la realidad de forma directa, va formando, poco a poco, modos de ser propios de cada cultura y de cada época. Por eso, la experiencia se relaciona con la memoria, los tiempos y los contextos que habitamos (Baz, 2003). Ante esto, habrá que cuestionarse si la experiencia solamente ocurre en la singularidad o pensarla, además, desde su dimensión colectiva.

Desde la fenomenología, la experiencia significativa no se comprende como la simple presentación de hechos externos que funcionan como estímulos que provocan reacciones en los sujetos, más bien, se comprende como un proceso en el que la conciencia otorga sentido a lo vivido. Para Husserl (2013), la experiencia se organiza a partir de la intencionalidad, es decir, la orientación de la conciencia hacia algo. En *Ideas I*, Husserl explica que la conciencia siempre es “conciencia de algo” y que el sentido se constituye en la relación entre el sujeto y el fenómeno, así, *una experiencia se vuelve significativa cuando*

⁶ Dimensiones de la experiencia: a) Exterioridad, alteridad y alienación (tiene que ver con el acontecimiento), b) reflexividad, subjetividad y transformación (tiene que ver con el sujeto de la experiencia), c) pasaje y pasión (el movimiento de la experiencia). Son el qué, el quién y el pasar de “eso que me pasa”. (Larrosa, 2009)

se constituye como objeto de sentido para un sujeto situado, cuando adquiere un lugar dentro del horizonte de comprensión que da forma a su mundo. Desde esta perspectiva, en Husserl (1990) enmarca que *una experiencia se vuelve significativa cuando entra en relación con las estructuras previas de comprensión, reorganizando el modo en que el sujeto comprende su mundo.*

Merleau-Ponty profundiza esta idea al situar el cuerpo como la condición misma de la experiencia. Para él, “el cuerpo es nuestro medio general para tener un mundo” (Merleau-Ponty, 2005, p. 203). El cuerpo es la condición desde la cual se despliega toda comprensión, por ello, lo significativo emerge cuando el sujeto corporizado se ve afectado, cuando la situación vivida influye nuestra manera habitual de percibir y de estar en el mundo (Merleau-Ponty, 2005). **La experiencia significativa** es, entonces, *un movimiento de afectación que reorganiza la relación del sujeto con su entorno, aquella que desestabiliza o reacomoda la manera habitual de estar en el mundo que produce una variación dentro del campo de sentido del sujeto* (Merleau-Ponty, 2003).

Heidegger, desde la fenomenología hermenéutica, señala que lo significativo emerge cuando algo interrumpe la familiaridad del mundo cotidiano. En *Ser y tiempo*, afirma que la existencia humana se caracteriza por una apertura que puede ser desestabilizada por acontecimientos que revelan dimensiones nuevas del ser. Cuando la rutina se rompe, el individuo es confrontado con aquello que “pone al descubierto el ser del ente” (Heidegger, 2003, p. 133). En tales momentos, la experiencia no solo devela algo del mundo, sino que abre la posibilidad de que el sujeto se comprenda a sí mismo de un modo distinto (Heidegger, 2003). Esta irrupción desestabiliza el orden habitual y pone en juego un proceso de interpretación entendido como una transformación del “*ser en el mundo*”. La experiencia significativa aparece entonces como un acontecimiento que abre preguntas, despliega posibilidades y reconfigura la comprensión previa del sujeto (Heidegger, 2000)

Dentro de los procesos formativos que atraviesan el vínculo entre psicólogo y paciente en contextos hospitalarios, es fundamental considerar la noción de aprendizaje desde marcos que reconozcan la dimensión subjetiva, afectiva y experiencial del conocer. En este sentido, la propuesta de Rogers resulta especialmente pertinente, ya que pone en el centro a la persona y concibe el aprendizaje como un proceso ligado a la experiencia, la transformación y la construcción de sentido. Según Rogers (citado en Penna, 2000), **el aprendizaje significativo** *no se reduce a la acumulación de información, sino que implica un cambio real en la manera de actuar, sentir y ser del individuo.* Como sintetiza Penna (2000), retomando a Rogers, se trata de un “aprendizaje penetrante que se entreteje con cada

aspecto de la existencia del individuo” y cuya característica principal es que “se vuelve propio, se integra y transforma a la persona” (p.1)

Integrar la mirada de Rogers nos permite ampliar la comprensión del proceso formativo formal e informal que ocurre en el acompañamiento psicológico hospitalario. Lo que el paciente aprende no es únicamente de orden intelectual; se trata de un aprendizaje que “se asimila en el plano del ser” (Rogers, citado en Penna, 2000, p.3), que se aplica a la vida cotidiana y que se evalúa desde dentro, porque su sentido es personal y subjetivo, y al mismo tiempo, el psicólogo también aprende en este proceso, desarrolla sensibilidad y afina su práctica clínica desde la reflexividad.

Ausubel et, al. (1983) menciona que el aprendizaje es significativo cuando los contenidos: Son relacionados de modo no arbitrario y sustancial (no al pie de la letra) con lo que el alumno ya sabe. Por relación sustancial y no arbitraria se debe entender que las ideas se relacionan con algún aspecto existente específicamente relevante de la estructura cognoscitiva del alumno, como una imagen, un símbolo ya significativo, un concepto o una proposición. (p.18)

Por lo que entendemos que, una persona aprende de verdad cuando la información nueva se conecta con conocimientos, experiencias o ideas previas. En un contexto hospitalario, podríamos pensar que el paciente no está recibiendo información o consejos, sino que, relaciona lo que vive durante la hospitalización con experiencias previas, emociones y conocimientos propios, a partir de ellos resignifica su enfermedad, rehabilitación o proceso hospitalario.

Por otra parte, Freire (2005) hace una crítica hacia la educación, quien la nombra “educación bancaria”. En esta propuesta Freire menciona que los estudiantes funcionan como depósitos que reciben información de sus educadores y el aprendizaje se ve sesgado por el acto de enseñanza dirigido hacia la memoria, donde no existe la creatividad, ni el saber, ni la transformación. Por lo tanto, presupone un distanciamiento entre el educador y el educado, pues no existe un diálogo real, una conciencia crítica y un aprendizaje mutuo, de manera que, no se cuestiona la forma en la que se comprende al mundo y si no existe crítica incentivada por ese cuestionamiento, no existe transformación. ¿Cómo funciona la lógica de Freire dentro de una institución hospitalaria?

Cuando Freire menciona “en vez de comunicarse, el educador hace comunicados y depósitos que los educandos, meras incidencias, reciben pacientemente, memorizan y repiten” (Freire, 2005, p. 78). Se trata de la base de la educación bancaria, donde el hospital

objetiviza al paciente otorgándole indicaciones sin diálogo, sin conversación y sin comunicación de cómo ser un “buen paciente”. Y quizá cuando se refiere al “educador es quien sabe; los educandos, quienes no saben, el educador es quien piensa, el sujeto del proceso; los educandos son los objetos pensados” (Freire, 2005, p. 80) podría interpretarse como el saber médico que se impone y el paciente que se queda sin voz. En el contexto hospitalario, la experiencia del paciente puede verse interferida por un discurso biomédico que define, nombra o incluso invisibiliza lo vivido, limitando la posibilidad de elaboración subjetiva. En este sentido, la ausencia de diálogo reproduce una lógica similar a la educación bancaria descrita por Freire. No obstante, cuando se abren espacios de problematización (a través de relaciones dialógicas que pueden ser propiciadas por distintos profesionales) se posibilita que el sujeto no sólo reciba información, sino que construya sentido sobre su experiencia, favoreciendo así su carácter significativo. “La educación debe comenzar por la superación de la contradicción educador-educando. Debe fundarse en la conciliación de sus polos, de tal manera que ambos se hagan, simultáneamente, educadores y educandos”. (Freire, 2005, p.79)

La alternativa de Freire viene desmenuzada por problematizar este tipo de educación bancaria, el diálogo⁷ y la transformación permiten que el paciente quizá no se viva aislado por su enfermedad, por un número de expediente, por un diagnóstico, cómo el que tiene que ser cuidado, sino que, vive su proceso en relación con su historia, su cuerpo y su contexto. De este modo, podríamos interpretar que el hospital funge como el educador (no precisamente como institución fija, sino como una posición dentro de una relación), quien se encarga de dictaminar cómo se vive la experiencia del paciente, el psicólogo cumple esa función de problematizar la educación, dónde al abrir espacios de problematización, propicien el diálogo, la elaboración de la experiencia y la construcción de sentido con los educados (pacientes).

Bajo esta lógica, en el contexto hospitalario, el saber institucional tiende a situarse en una posición educadora que transmite contenidos de manera vertical, colocando al paciente en un lugar de recepción. No obstante, la incorporación de prácticas dialógicas (posibilitadas en este caso por los psicólogos) permite tensionar esta lógica, abriendo espacios de problematización donde el sujeto puede elaborar su experiencia. En este proceso, el aprendizaje no se reduce a la adquisición de información médica, sino que se configura

⁷ El diálogo auténtico –reconocimiento del otro y reconocimiento en sí del otro– es decisión y compromiso de colaborar en la construcción del mundo común [...] de este modo, el educador ya no es sólo el que educa sino aquel que, en tanto educa, es educado a través del diálogo con el educando, quien, al ser educado, también educa. (Freire 2005, p. 26 y p. 92)

como una construcción de sentido sobre la propia vivencia, posibilitando una relación más consciente y significativa con su condición.

Dentro del marco conceptual del proyecto, la distinción entre educación formal, no formal e informal resulta fundamental para comprender la variedad de procesos formativos que atraviesan a las personas en el hospital. Casillas (2023) establece una distinción fundamental entre educación formal, no formal e informal, que es importante para comprender procesos formativos más allá de la escuela. La educación formal se define como un sistema “altamente institucionalizado, jerárquico y cronológicamente graduado, regulado por el Estado y orientado a la certificación académica” (Coombs y Ahmed, citados en Casillas, 2023, p. 24)

En contraste, la educación no formal surge en los años sesenta dentro de la UNESCO como respuesta a las limitaciones de la escuela. El texto la describe como “actividades educativas organizadas y sistemáticas que ocurren fuera del sistema oficial, pero con objetivos claros y métodos propios” (Coombs y Ahmed, citados en Casillas, 2023, p. 24). Entonces, de acuerdo con Casillas puede ser flexible, diversa y se extiende en espacios comunitarios, culturales, sociales o de salud, comparte con la educación formal la planificación, pero no otorga títulos. Por otro lado, la educación informal corresponde “al aprendizaje espontáneo y no estructurado que ocurre en la vida cotidiana (familia, trabajo, comunidad, medios) y constituye la mayor parte del aprendizaje humano” (Coombs y Ahmed, citados en Casillas, 2023, p. 24).

Puesto que el eje de nuestra investigación está centrado en el programa “*Atención de pacientes y/o familiares que requieren atención psicológica en hospitalización por interconsulta*” del Instituto Nacional de Rehabilitación, consideramos pertinente detenernos en la explicación de este concepto y su relevancia para nuestra investigación, ya que la interconsulta constituye el mecanismo mediante el cual distintos servicios hospitalarios dentro de la institución solicitan la participación del psicólogo para valorar y acompañar a los pacientes y familiares que se encuentren en procesos de hospitalización. Entender dicho concepto, además de permitirnos comprender la forma en que se articula el trabajo interdisciplinario dentro del hospital, posibilita ubicar el papel específico que desempeña la atención psicológica en estos contextos, ya que la intervención del psicólogo no ocurre de manera aislada, sino a solicitud de otros profesionales de la salud que identifican la necesidad de apoyo emocional, contención o acompañamiento en el paciente o en sus familiares.

Capítulo III: Tras las huellas de la experiencia: una propuesta metodológica

Diseño metodológico

La investigación está estructurada con un enfoque de método cualitativo, de acuerdo con Salgado (2007), los métodos cualitativos parten de la subjetividad⁸, en la cual se encuentra la construcción del mundo social, permeado por significaciones y símbolos que configuran la forma en la que se constituyen los vínculos entre las instituciones y los sujetos. Por lo que la investigación cualitativa abre espacios que convocan un abordaje multidisciplinario, otorgando la flexibilidad sobre la cual movilizar las necesidades de los sujetos durante el proceso de investigación.

Las consideraciones de intervención se vinculan al abordaje desde el diseño fenomenológico, el cual Salgado retoma desde la fundamentación de Creswell (1998), en la que expone a la fenomenología como una herramienta que se enfoca en las experiencias subjetivas de los participantes. Es así como este diseño se concentra en la descripción y comprensión de los fenómenos investigados desde el punto de vista de los participantes, basándose sobre el análisis del discurso y temas específicos, evocando un entramado sobre la búsqueda de los posibles significados que conlleva la hospitalización. Al mismo tiempo, es de suma importancia que el investigador contextualice las experiencias en cuanto a la estructura que enmarca la temporalidad histórico-cultural, el espacio, la corporalidad (los sujetos involucrados) y el contexto relacional (aquellos vínculos que se generaron a partir de la experiencia).

De acuerdo con Carballada (2023), la intervención puede entenderse como un dispositivo que se entromete en un espacio en el que existe una demanda, tanto de los investigadores como de las instituciones en donde se actúa. A partir del dispositivo⁹, es posible elucidar un “problema social”; según Salazar (2003), la construcción de un dispositivo de investigación-intervención consiste en la acción desde la cual articular un conjunto de estrategias que evoquen la reflexión, la exploración y, finalmente, un encuentro en el que se

⁸ “El estudio de la subjetividad implica, tanto el análisis de diversas instituciones sociales, políticas y jurídicas, como el análisis de la historia individual y colectiva de los sujetos, así como de las normas, de los lenguajes, de las miradas, de los referentes simbólicos, de los mitos. La subjetividad es un campo de significaciones, un conjunto de concepciones del mundo y de la vida, donde se entrelazan diversos niveles de comprensión y aprehensión de una cosmovisión.” (Gil, 2007)

⁹ Disponer: colocar las cosas en orden, decidir, ordenar, preparar, prevenir. Según Vilar (2019), el concepto de dispositivo de Foucault no implica únicamente las condiciones técnicas para el proceso de investigación, sino que produce redes complejas entre la práctica y su quehacer, entre los objetivos y la historia. Asimismo, Peña (2008) enmarca el dispositivo y la intervención como un espacio que vislumbra los procesos de subjetivación, la construcción de sentido y la significación, por lo que los dispositivos no pretenden crear un contenido universal y estático, más bien articular la incidencia desde la historia, los vínculos, la intervención, los objetivos y las expectativas.

dé apertura a espacios de diálogo con la intención de una participación activa y reconocida de los sujetos que conforman los procesos de investigación.

La intervención es un procedimiento que actúa y hace actuar, que produce expectativas y consecuencias. Así, la intervención implica una inscripción en ese “otro” sobre el cual se interviene, quien a su vez genera una “marca” en la institución donde se desencadenan una serie de dispositivos e instrumentos. (Carballeda, p. 107)

Técnicas e instrumentos de recolección de información

Para el proceso metodológico se empleó la entrevista semiestructurada, con un total de 12 entrevistas a los psicólogos quienes son las personas encargadas del proyecto:

Psicóloga/o	Área de hospitalización en el INRLGII
Mtra. Leticia Hernández	Coordinadora y creadora del programa de Psicología Hospitalaria
Mtra. Areta Ortega	Otorrinolaringología y cirugía plástica reconstructiva
Lic. Paola Jiménez	Cirugía de columna
Mtro. Ulises González	Especialista en toxicomanías en el servicio de ortopedia-tumores óseos y lesiones de mano
Mtra. Brenda Castro	Especialista en suicidio, servicio de geriatría
Mtra. Frida Loranca	Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados (CENIAQ)
Dra. Verónica Cuéllar	Pediatría
Mtra. Grecia Castillo	Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados (CENIAQ)
Mtra. Massiel Arenas	Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados (CENIAQ)
Mtra. Rocío Martínez	Geriatría y traumatología
Mtro. Marcos Sepulveda	Traumatología y urgencias
Mtra. Nanhiely Rodríguez	Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados (CENIAQ)

Figura 1. Psicólogos entrevistados

las cuales fueron realizadas durante febrero y marzo de 2026; esta técnica permitió combinar elementos que brindaron un esquema sobre el cual guiarla, otorgando flexibilidad en la cual el entrevistador pueda profundizar sobre las narrativas, experiencias y discursos de los entrevistados, reconociendo en ello el aprendizaje significativo en cuanto al acompañamiento que evoca el programa de atención en psicología hospitalaria del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra (INRLGII). “La entrevista, para ser efectiva, requiere de la colaboración entre las partes (...) la disposición del entrevistador a escuchar y guiar al otro en su regreso simbólico al pasado, y la voluntad del entrevistado de

recordar y compartir lo vivido “. (Garay G. y Aceves J., 2017, p. 9). De este modo manejaremos el proceso de entrevista no como algo lineal, sino como aquel espacio que recrea un andamiaje en el que la curiosidad permite descubrir en el discurso de la otredad aquellas experiencias que se encarnan en los sujetos, estableciendo así una relación teórico-metodológica sobre las narrativas de los participantes.

Después de nuestra intervención en el instituto y tras la primera entrevista, se dio la posibilidad de implementar la técnica de la observación participante, la cual requiere de una introducción que facilite la elaboración del conocimiento sociológico o antropológico, a través del ejercicio entre la participación y la observación. Como lo expone Guber (2011), la atención de la mirada es fundamental, puesto que motiva el enfoque ante una experiencia significativa, inaugurando espacios que manifiestan la constitución de subjetividades, en un entramado guiado por la emoción y el afecto que se encarna sobre el cuerpo durante la práctica. En este punto consideramos de suma relevancia incorporar el diario de campo como un instrumento en el cual registrar, analizar y sobre todo reflexionar aquellas cosas que nos pasaban durante la práctica de la entrevista así como de la observación; esto fue revelador para el proceso de investigación, puesto que posibilitó la viabilidad de poder, desde la charla informal, reconocer de qué forma inciden los psicólogos desde las prácticas hospitalarias, asimismo al ingresar a los diversos servicios tuvimos la oportunidad de acompañar a los pacientes, cuidadores y/o familiares en un espacio de intervención-acción dentro del hospital, en la que las conversaciones informales nos dieron aproximaciones de lo que significa y conlleva intervenir desde la psicología en contextos de hospitalización.

Del mismo modo y como lo enuncia Lidia Fernández (1998), partiendo del marco conceptual que teníamos previo a la intervención del campo, y por ende las categorías iniciales, es que encontramos en estos dispositivos de intervención una tarea analítica que se complementa directamente con el contacto con la realidad. En las que, así como Baz (1998), estructuramos una construcción metodológica en la cual, partiendo del discurso y la memoria¹⁰, generamos vías de análisis que se encuadren y articulen conforme a las narrativas que experimentan y resignifican los sujetos en el ámbito hospitalario; estableciendo así una configuración que demanda una mayor creatividad y diálogo entre la dimensión teórica y el registro empírico que elaboramos a continuación.

¹⁰ Robert Epstein (2022) cuestiona el concepto de memoria, no como un lugar que almacena recuerdos, sino como un proceso de activa reconstrucción. Este acto de memoria implica reconstruir desde el presente aquello que los sujetos recuerdan, de tal forma que se reinterprete, se modifique y sobre todo se reconstruya la experiencia, en el marco de la investigación como una posibilidad de resignificación de la experiencia desde el aprendizaje significativo.

Estas categorías emergen no sólo del discurso de las personas entrevistadas, construido a partir de un proceso de escucha, sino también de la propia experiencia de intervención, la cual posibilita reflexionar el espacio hospitalario como un escenario productor de subjetividades. En este sentido, las categorías se configuran como dispositivos analíticos que buscan articular un diálogo entre los referentes teóricos, las construcciones discursivas y las observaciones generadas en el trabajo de campo.

Capítulo IV: “Reconstruyendo la institución: Una propuesta de psicología hospitalaria”

Para este proyecto, los postulados resultan especialmente relevantes, ya que la relación entre psicólogo hospitalario, los pacientes, cuidadores y familiares (si bien ocurre en un entorno clínico y regulado) puede analizarse como un proceso de educación que transita por una triangulación en las distintas áreas que convocan los procesos de educación antes mencionados, en tanto involucra la educación no formal en el acompañamiento, la construcción de sentido, las estrategias de afrontamiento y la reorganización subjetiva. Al mismo tiempo, muchas dimensiones del vínculo se inscriben en la educación informal, pues se basan en experiencias emocionales, biográficas y relacionales propias de la vida cotidiana del paciente y su familia. El evocar una reflexión de estos postulados, permite colocar el acompañamiento desde la psicología como una práctica pedagógica no escolar, donde sobresalen aprendizajes que no dependen de alguna calificación, sino de la transformación subjetiva e implicación que conlleva la disposición de los sujetos.

"El hospital es un gigantesco edificio cruzado de corredores,
donde nunca es de noche ni cambia la temperatura,
el día se ha detenido en las lámparas
y el verano en las estufas.
Las rutinas se repiten con majadera precisión..."
(Allende, 1994).

La atención psicológica en ámbitos hospitalarios conlleva una intervención inter y transdisciplinaria, en ella convergen la asistencia a los pacientes, la enseñanza e investigación que permite la actualización de abordajes teóricos y metodológicos. Pero, ¿qué significa la psicología hospitalaria? Para comprender qué papel conlleva el psicólogo en estas instituciones es importante reconocer el contexto de incertidumbre en el que se encuentran los sujetos o pacientes dentro de estas instituciones, puesto que los coloca

desde el enunciarse en un estado de enfermedad lo cual implica un malestar físico, psíquico y emocional.

A partir de estudios realizados en el Hospital Juárez de México en 2017 así como en el IMSS de Torreón, Coahuila, en 2007, se devela la prevalencia de ansiedad y depresión¹¹ en pacientes y familiares hospitalizados, en la cual existe un fuerte vínculo entre las estancias hospitalarias prolongadas y la evolución de los pacientes ante el tratamiento de las enfermedades crónicas.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las Enfermedades Crónicas (EC) son una de las principales causas de muerte y discapacidad en México y en el mundo¹². Este grupo de enfermedades se caracteriza por ser de larga duración y presentarse en combinación de factores genéticos, fisiológicos y ambientales. Este tipo de enfermedades conlleva a que los pacientes mantengan constante cercanía con el ámbito hospitalario, por lo cual el estudio de 2017 hace manifiesto de qué manera tanto la ansiedad, así como la depresión generan una serie de respuestas emocionales sobre la toma de decisiones en los pacientes y familiares ante la constante exposición sobre la hospitalización.

Ante esta premisa, Esquivel, et. al (2007) y Anguiano, et. al. (2017), desde el empleo de encuestas sobre la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)¹³ a pacientes y familiares de personas hospitalizadas, evidencian a través de los estudios que, a nivel

¹¹ De acuerdo con la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud la ansiedad es un estado emocional que presenta cambios somáticos (mareos, molestias digestivas, taquicardia, sudoración, palpitaciones o temblores) y psíquicos (cognoscitivos, conductuales y afectivos como nerviosismo, deseo de huir, sensación de muerte inminente, inquietud, miedos irracionales, temor a perder la razón y el control), la ansiedad puede distorsionar la percepción de la realidad, del entorno así como de la misma persona, afectando de este modo la funcionalidad del individuo. (Secretaría de salud, 2015). La depresión de igual forma interfiere con la vida cotidiana, con la capacidad de trabajar, dormir, comer e inclusive llevar a cabo un tratamiento médico. La depresión es causada por una combinación de factores genéticos, ambientales, biológicos y psicológicos, se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que regularmente disfrutaba, los sujetos suelen presentar síntomas como la pérdida de energía, necesidad de dormir más o menos de lo normal, cambios en el apetito, ansiedad, sentimiento de culpabilidad, desesperanza inutilidad y pensamientos de autolesión o suicidio. (Organización Panamericana de la Salud, s/f).

¹² Las enfermedades cardiovasculares suponen la mayoría de las muertes por ENT (al menos 19 millones de muertes en 2021), seguidas del cáncer (10 millones), las enfermedades respiratorias crónicas (4 millones) y la diabetes (más de 2 millones, incluidos los fallecimientos por nefropatía diabética). Estos cuatro grupos de enfermedades representan el 80% de todas las muertes prematuras por ENT. (OMS, 2025)

¹³ El "HADS"(Hospital Anxiety and Depression Scale, por sus siglas en inglés) es un instrumento utilizado para evaluar síntomas de ansiedad y depresión en el ámbito hospitalario. Principalmente se aplica a pacientes con diversas enfermedades crónicas, con el objetivo de evaluar el malestar emocional, el cual mantiene nexos directos con síntomas cognitivos, conductuales y somáticos como la ansiedad y depresión por ejemplo el insomnio, la fatiga, pérdida y/o aumento de peso y/o apetito. (Noguera, 2013)

general, independientemente del diagnóstico y el tiempo del padecimiento, hay una clara correlación entre la hospitalización y la respuesta emocional. La Escala de Ansiedad y Depresión (HADS) realizada a más de 200 personas en ambos estudios comprobó que el 53% de los pacientes y familiares presentaban síntomas de ansiedad y el 47% cuadros de depresión.

Por lo anterior, es de suma importancia reconocer que la detección de estados de ánimo depresivos y ansiosos representa un vehículo en el que Barra (2003) establece que la influencia de las experiencias emocionales como aquellas que intervienen al mismo tiempo a nivel fisiológico desencadena estados emocionales negativos, los cuales pueden influir en la prolongación de las infecciones, el retraso de la cicatrización, así como la vulnerabilidad a diversas enfermedades.

Ambos artículos visibilizan cómo un diagnóstico oportuno constituye los primeros pasos para emprender programas de intervención hospitalaria, que beneficien y resignifiquen los procesos de rehabilitación y enfermedad del paciente, del cuidador o familiar, demostrando la importancia que recae sobre la elaboración de programas de intervención en diversas escalas.

Para Matilde Neder, quien desarrolló los primeros trabajos de psicología hospitalaria en Brasil y que en 1959 postula la relevancia que conlleva el acompañamiento psicológico, se destaca la importancia de la colaboración del equipo de salud de manera transdisciplinaria, en la que se reconoce a los aspectos psicosociales como parte fundamental de la experiencia y las respuestas ante la enfermedad y la hospitalización (Zas, 2011). De esta forma la intervención del psicólogo hospitalario permite coadyuvar en primera instancia al reconocimiento y manejo de los problemas emocionales que podrían repercutir en la recuperación y adherencia al tratamiento médico en los padecimientos crónicos. Por lo cual la realización de programas de atención psicológica en hospitalización cimienta una aproximación que promueve el transformar la formas en las que se vinculan las interacciones tanto del personal así como de los pacientes, constituyendo niveles básicos de intervención, que benefician tanto la experiencia, la estancia, así como el acompañamiento con relación a las necesidades que demanda la población.

Desde estas perspectivas el quehacer de la psicología se puede decir que se fundamenta en una comprensión profunda de la experiencia vivida tanto del paciente como del propio profesional. Como lo enfatiza Bleger (1963), “el psicólogo trabaja siempre con el sujeto en situación, nunca con un individuo aislado; su quehacer implica comprender a la persona como un ser inserto en un contexto social, histórico y afectivo”. El quehacer de la psicología surge de la comprensión del mundo vivido del otro, reconociendo que cada experiencia es

única y requiere una aproximación abierta, sensible y atenta al fenómeno tal como se presenta. De este modo, la intervención psicológica implica acercarse al mundo vivido del otro, a su dolor, a sus significados, a su forma particular de habitar la vida, el cuerpo, la salud, y la enfermedad. Rogers (1951), desde una aproximación humanista, afirma que “el núcleo de toda intervención psicológica radica en una relación auténtica, empática y congruente, donde el terapeuta facilita el crecimiento personal del paciente”. Aquí, el quehacer de la psicología funge como presencia que permite resignificar al paciente

-“Comprensión del contexto hospitalario”

Para la formulación de nuestra primera categoría de análisis, consideramos pertinente profundizar en la **comprensión del contexto hospitalario**. Para ello, retomaremos la propuesta de Cornelius Castoriadis, quien permite observar dichos espacios como instituciones atravesadas por significaciones sociales e imaginarias que no se limitan únicamente a su cualidad funcional. Como nos señala en su obra: “no cuestionamos la visión funcionalista de que las instituciones cumplen unas funciones vitales, pero sí la cuestionamos en la medida en que pretende que las sociedades se reduzcan a esto” (p.113). Esta idea nos invita a desplazar la mirada del hospital, visto como estructura funcional, y entenderlo en su lugar como un espacio donde se configuran sentidos, normas y formas de relacionarse.

Desde esta perspectiva, la relación entre psicólogo y paciente no se establece al margen de dichas configuraciones, sino que se encuentra inscrita en ellas. Por lo tanto, “las instituciones no se reducen a lo simbólico, pero no pueden existir más que en lo simbólico y constituyen cada una su red simbólica” (p.114), lo que permite comprender que los intercambios dentro del hospital están atravesados por significaciones que delimitan lo que puede ser dicho, escuchado y reconocido. Así, tanto el lugar del psicólogo como el del paciente se encuentran previamente configurados por un entramado que organiza sus posiciones y posibilidades de acción.

En este marco, habría que considerar que las instituciones “consisten en ligar a símbolos [...] unos significados y en hacerlos valer como tales” (p. 114), lo que permite dar cuenta de cómo el lenguaje clínico, las categorías diagnósticas y las nociones de salud y enfermedad adquieren un carácter válido dentro del hospital. De este modo, la experiencia de psicólogos, enfermeras, pacientes, cuidadores y familiares no sólo se expresa, sino que también es traducida y reconfigurada a partir de estos sistemas de significación. De este

modo, el hospital se configura como una trama en la que se entrelazan saberes, normas y expectativas en torno a los modos de comprender y vivir la enfermedad.

No obstante, esta perspectiva no se traduce a una concepción estática de la institución. Por el contrario, “hay lo social instituido, pero éste supone siempre lo social instituyente” (p. 110), lo que introduce la posibilidad de pensar que las formas de relación, significación y experiencia que se configuran en el hospital, no se encuentran completamente determinadas, sino que pueden ser desplazadas y transformadas en el propio ejercicio de la práctica.

De este modo, la noción de institución en Castoriadis adquiere relevancia en tanto permite comprender que el hospital posibilita marcos de sentido que organizan y delimitan las formas en que se interpreta, se nombra y se vive la enfermedad. Desde esta perspectiva, el hospital puede ser analizado como una institución que no solo estructura prácticas, sino que también organiza significaciones que orientan la experiencia de los sujetos. En este marco, la relación entre psicólogo y paciente se inscribe dentro de estas redes simbólicas, aunque no se agota en ellas, en la medida en que también abre la posibilidad de que dichas configuraciones sean puestas en juego y, eventualmente, resignificadas. Así, se vuelve posible explorar cómo los sujetos que se inscriben dentro de la institución no solo la habitan, sino que participan en la producción y transformación de los sentidos que la sostienen.

El acceso a servicios de salud hospitalarios de calidad en nuestro país se encuentra cada vez más comprometido. Las deficiencias burocráticas, administrativas y estructurales que se han acumulado con el pasar de los años han generado múltiples barreras que dificultan el acceso oportuno y digno a la atención médica. En consecuencia, los usuarios viven bajo una constante incertidumbre que trasciende la propia angustia de su enfermedad y evidencia las profundas limitaciones del sistema de salud. Cada visita al hospital implica enfrentarse a un escenario incierto en el que la atención, lejos de estar garantizada, aparece como una posibilidad condicionada por la disponibilidad de recursos, personal e infraestructura. El acceso a la salud se convierte entonces en una experiencia marcada por el desgaste, la espera, y el temor constante ante la posibilidad de regresar a casa sin respuesta ante sus necesidades de salud.

Frente a esta realidad, pareciera resultarle más sencillo a la población acostumbrarse al malestar que les aqueja, que enfrentarse a un sistema que con frecuencia les niega o dificulta la atención. La resignación ante estas condiciones termina por normalizar la precariedad de los servicios de salud, obligando a las personas a renunciar a la posibilidad de recibir una atención adecuada, como si de un privilegio se tratase y no de un derecho

básico fundamental. Pareciera que, además de su enfermedad, los usuarios deben enfrentarse a condiciones que los hacen aún más vulnerables, como lo es enfrentarse a tratos insensibles y poco empáticos ante su condición:

“Nadie quiere estar en el hospital, nadie quiere llegar al hospital. Menos en el hospital público [...] el maltrato de quizá del personal, esté todo muy frío, todo muy insensible y es así como que todo el mundo lo que más quiere es que esto termine rápido para regresar a su casa, ¿no?” (Entrevista a Verónica)

Por lo tanto, ante la realidad de la población mexicana en el contexto hospitalario, nos surgen las siguientes interrogantes: ¿qué sucede con la salud mental de aquellos pacientes que se enfrentan a esta realidad?, ¿existe un departamento de psicología hospitalaria que atienda sus necesidades? ¿o se ven de igual manera descuidadas?

“Por ejemplo en otros hospitales honestamente en algunos dudo que haya, ¿no? Eh, este tipo de atenciones y las que sí están o sí hay, pues son atenciones como muy “PRECARIAS”, ¿no? Como de okay, si su cita es en 6 meses, pero en 6 meses cómo, ¿no? Y el seguimiento es en 3 meses o en 4 meses y duran 20 minutos. Entonces, ¿qué vas a hacer en 20 minutos, ¿no?. (Entrevista a Frida)

Tal pareciera, como nos comenta nuestra entrevistada, que la realidad de la psicología hospitalaria no dista de la que enfrentan otros departamentos de atención considerados como “prioritarios” dentro del ámbito hospitalario. No obstante, su situación parece estar aún más comprometida, pues si no está ausente en gran parte de los hospitales de México, su atención se limita a ser precaria y deficiente. Ante esta situación, surge la siguiente inquietud: ¿por qué está aún más invisibilizado el departamento de psicología hospitalaria dentro de las instituciones de salud de nuestro país?

“Dentro del mundo médico, la parte de psicología, digo, si nos vemos como país, México sigue siendo todavía un país donde la salud mental no se le da la importancia debida, ¿no? [...] Pero desafortunadamente la realidad dentro del mundo médico es que no es visto todavía con esa importancia.” (Entrevista a Rocío)

Las palabras de la entrevistada parecen exhibir una realidad que trasciende los problemas burocráticos y administrativos que atraviesan las instituciones de salud. Estas dificultades se convierten entonces en la punta del iceberg para dar lugar a una problemática más profunda: el lugar marginal que históricamente ha ocupado la psicología dentro de nuestra sociedad, los sesgos, los prejuicios y la escasa relevancia que se le ha otorgado a la atención de la salud mental, particularmente, en contextos hospitalarios.

Si bien esta situación ha contribuido a relegar la presencia de la psicología hospitalaria dentro de las instituciones de salud, también ha propiciado la aparición de actos disruptivos dispuestos a transformar esta realidad. Estas iniciativas pueden entenderse como expresiones de aquello que Castoriadis denomina la distancia entre lo instituido y lo instituyente, es decir, el espacio desde el cual emergen nuevas posibilidades de acción capaces de cuestionar el orden establecido. En sus palabras, “Habr  siempre distancia entre la sociedad instituyente y lo que est , en cada momento, instituido, y esta distancia no es un negativo o un déficit, es una de las expresiones de la creatividad de la historia” (Castoriadis, 2007, p. 105). Desde este lugar, surgen actos de resistencia que cuestionan los estigmas y prejuicios históricamente asociados a la psicología y a la salud mental, al tiempo que buscan visibilizar la relevancia de la intervención psicológica dentro del ámbito hospitalario. Ante esto, resulta pertinente preguntarse:  podr  considerarse el programa de atención psicológica del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) un intento de autonomía al reconocimiento de la psicología hospitalaria como un componente fundamental de la atención integral de los pacientes? Para responder a esta interrogante, resulta necesario cuestionar, en primer lugar,  qu  motivó a los responsables del proyecto a impulsar esta iniciativa?

“La consulta que había de psicología era llegar a un consultorio, dar terapia y nada más, pero en hospitalización nadie daba, se daba cuenta de que eran personas que est n en una crisis,  no? Ellos y su familia y que no había nadie que les pudiera dar una contención, que no había nadie que pudiera regalarles una palabra de aliento o que pudiesen expresar sus miedos [...] Y que no había alguien atrás de ellos. Creo que esa es la necesidad” (Entrevista a Leticia)

Según el relato de la coordinadora del programa, los psicólogos adscritos al hospital parecieron identificar una importante carencia en la atención brindada a los pacientes durante su proceso de hospitalización. Si bien existían espacios de consulta psicológica, estos no estaban destinados a la experiencia hospitalaria ni al impacto emocional que conlleva procesos de enfermedad y rehabilitación. Las palabras de la entrevistada sugieren que la necesidad que dio origen al proyecto no surgió únicamente de la ausencia de servicios psicológicos, sino del reconocimiento de que pacientes y familiares atravesaban situaciones de crisis -que hemos abordado anteriormente como punto de inflexión tanto de la estancia así como del progreso y adherencia al tratamiento- sin contar con espacios para su atención. Observaron que, detrás de la atención médica orientada al tratamiento del padecimiento físico, existían personas enfrentándose a cambios drásticos en sus condiciones de vida, al dolor, y a la incertidumbre inherente a su enfermedad.

“Hubo papás que, por ejemplo, o familiares que me decían, “Mi familiar ha estado ingresado por equis número de veces.” Y yo no, yo siempre me sentí no sólo ignorado, maltratado. Nadie nos hacía caso si nos daban crisis, si se enfermaban, si tenían depresión, ansiedad, etcétera. No existíamos para el hospital.” (Entrevista a Rocío)

El fragmento de entrevista parece recalcar la ausencia de la atención psicológica brindada antes de la implementación del proyecto. A través del relato, se hace evidente que las necesidades emocionales de pacientes y cuidadores permanecían desatendidas dentro del hospital, provocando así una sensación de abandono por parte de una institución que debería velar por su bienestar. En este sentido, el proyecto parece surgir del reconocimiento de esta ausencia institucional, de la falta de espacios destinados a escuchar, acompañar y sostener emocionalmente a quienes atraviesan procesos de hospitalización.

“Y ahí (hospitalización de geriatría) empecé a ver que había mucha necesidad y se me ocurrió escribir un proyecto de psicología hospitalaria, ¿no? [...] se lo mandé al doctor y le dije, “Oiga, tengo una propuesta de este trabajo, creo que hace mucha falta.” Y lo leyó, tardó 15 días y un día me habló, estábamos en pandemia y me dijo, “Está aceptado tu proyecto, se va a hacer psicología hospitalaria.” (Entrevista a Leticia)

La experiencia del equipo de psicólogos los llevó a identificar una serie de carencias que hasta entonces permanecían desatendidas, llevándolos incluso a cuestionarse la manera en la que la propia psicología era ejercida dentro del hospital. Este proceso refleja aquello que Castoriadis señala cuando afirma que “La institución de la sociedad hace posible la creación de individuos que no ven en ella algo intocable, sino que logran cuestionarla, ya sea en palabras, ya sea en actos, ya sea por ambas cosas simultáneamente” (Castoriadis, 2002, p. 118). Así, la visibilización de esta problemática se tradujo en la elaboración de una propuesta formal orientada a generar un cambio dentro de la institución. Este pequeño acto de resistencia los llevó a la consolidación de un proyecto que tendría la intención de atender dichas necesidades y, al mismo tiempo, evidenciar la relevancia de la psicología en contextos hospitalarios.

“Y me parece vital que pueda haber este acompañamiento [...] sabemos que es muy difícil estar en un hospital, a lo mejor no hemos estado en uno, pero hemos sido “cuidadores” en algún momento, [...] creo que sí hace falta mucho como estas palabras, ¿no? A lo mejor de aliento de que alguien nos pueda escuchar, sentirnos vistos y no solo como un “número de expediente”. (Entrevista a Frida)

Nuevamente, resulta fundamental denotar la importancia de sentirse acompañado ante un proceso de hospitalización. Es precisamente en estos momentos de vulnerabilidad cuando la necesidad de escucha, contención y apoyo emocional adquiere una especial relevancia,

pues permite a los pacientes afrontar de mejor manera las adversidades inherentes a procesos de rehabilitación y enfermedad. Además, es en este devenir donde emerge la necesidad de sentirse reconocido dentro de una dinámica hospitalaria que tiende a desvanecer la experiencia y el sentir particular de aquellos bajo su cuidado. En este sentido, la psicología hospitalaria pareciera no limitarse únicamente al acompañamiento emocional, sino que también busca recuperar la dimensión humana que con frecuencia queda relegada dentro de la atención hospitalaria. Como señala nuestra entrevistada:

“Vamos a trabajar con ellos (refiriéndose al servicio médico) para incluso suavizar la información que ellos, como médicos muy técnicos, los pacientes a veces no lo entienden [...] Entonces muchas veces se pierde de vista esa-en los médicos, pues esa parte humana, ¿no?”. (Entrevista a Grecia)

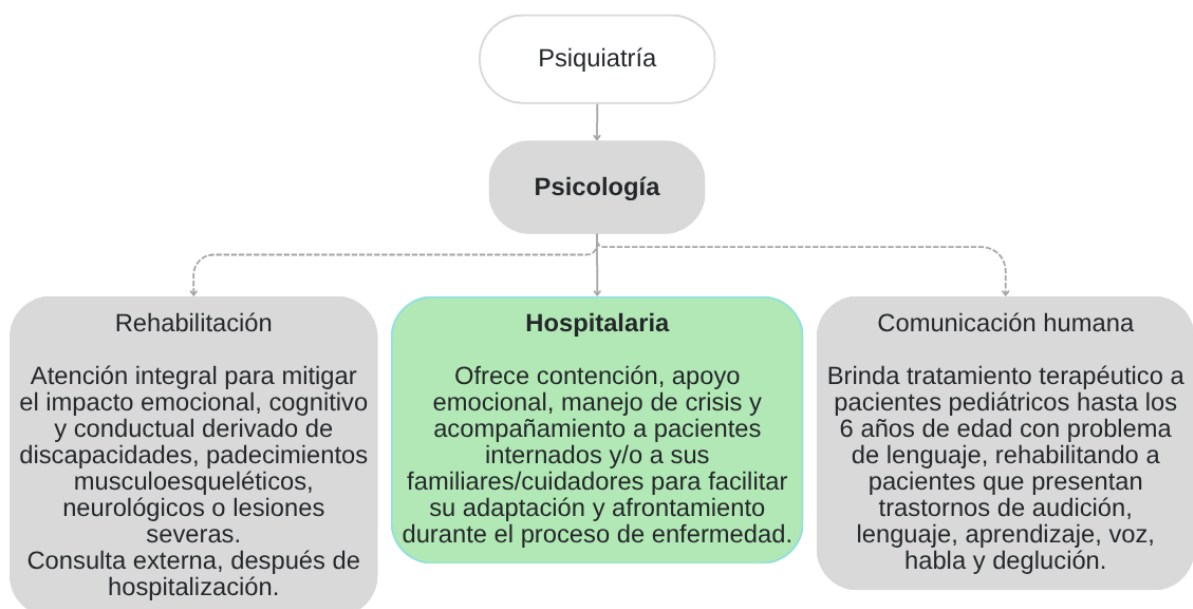


Figura 2. Organigrama de las divisiones de atención psicológica en el INRLGII.

La psicología hospitalaria se presenta entonces como un puente entre la dimensión médica y la dimensión humana de la enfermedad, ayudando a entrelazar y dotar de sentido la experiencia física y emocional de aquellos que viven y acompañan procesos de rehabilitación y enfermedad. Explicar dichos procesos desde una mirada sensible y adaptando el lenguaje a las necesidades emocionales de los pacientes, pareciera ayudar a resignificar y asimilar de mejor manera la experiencia hospitalaria y, por lo tanto, facilitar su recuperación.

“Justamente al momento de que se concientiza al personal médico, sobre todo, de que la atención emocional al paciente le favorece a la recuperación en general, no únicamente la parte física, sino más bien es la reintegración del paciente a su ámbito familiar, laboral, escolar, etcétera.” (Entrevista a Nanhiely)

De igual manera, el fragmento de entrevista destaca la importancia de la psicología hospitalaria en los procesos de reintegración del paciente a sus actividades habituales. Pareciera que el acompañamiento psicológico brinda herramientas que permiten elaborar la experiencia de rehabilitación y enfermedad para afrontar los desafíos que implica el regreso a su cotidianidad. Más allá de incidir en la recuperación física, la intervención psicológica posibilita que los pacientes resignifiquen los cambios derivados de su condición, promoviendo una adaptación más favorable a su nueva realidad y una reincorporación más integral a las distintas esferas de su entorno.

Se ha hablado de la relevancia de la psicología hospitalaria en la atención de pacientes y cuidadores que atraviesan procesos de hospitalización. Sin embargo, y como señala nuestro entrevistado, el alcance de la psicología hospitalaria no se limita exclusivamente a este sector:

“Es lo que te decía, somos humanos y nos pega por todos lados. La clínica (clínica de burnout) eh que está en vías de desarrollarse, porque no la están implementando. Este eh pero la gente la necesita, la ocupa. A veces no es tanto los problemas laborales. A veces es más bien son consecuencias de los problemas personales.” (Entrevista a Ulises)

Lejos de observar al personal de salud como figuras estoicas, el fragmento nos invita a reflexionar una realidad pocas veces percibida: ninguna persona está exenta de la implicación inherente a la experiencia humana. El personal de salud, incluyendo los propios psicólogos, resienten los efectos de estar en contacto con el sufrimiento y dolor ajeno, provocando a su paso un desgaste emocional que muchas veces es minimizado. Por lo tanto, resulta fundamental la implementación de espacios destinados a validar su experiencia, espacios que ayuden a aligerar las dificultades relacionadas con el ejercicio de su profesión y lo que implica acompañar a otros. Después de todo, ¿cómo se puede cuidar de otros si no se empieza por uno mismo?

“Se estaba haciendo un programa también de salud mental para proporcionarse lo a enfermería, ¿no? Y que eso también ayude a una mejora en la calidad que dan con el paciente. Ha habido momentos que son casos muy duros, muy crueles, y, pues, no dejamos de ser seres humanos, ¿no? Y, pues, muchas veces luego enfermería, al tener este contacto y enterarse, hay ocasiones que se desbordan. Y, pues, entonces también se hace esta intervención con ellas, ¿no?”. (Entrevista a Ulises)

Este fragmento parece indicar que el ejercicio de la psicología hospitalaria no es exclusivo de los psicólogos inmersos en estos contextos. Es el propio personal de salud quien, además, es responsable de reconocer la dimensión emocional que acompaña un proceso de hospitalización. En este sentido, la labor psicológica parece trascender los límites de una disciplina específica para convertirse en una forma de atención que puede permear las prácticas cotidianas de quienes mantienen contacto directo con los pacientes. La escucha, la contención y el reconocimiento del sufrimiento del otro emergen entonces como elementos fundamentales para la construcción de una atención integral que favorezca el bienestar emocional, recordando que quienes acompañan estos procesos no permanecen ajenos a ellos. Pero, ¿cómo promover el bienestar psicológico dentro de una institución orientada a intervenir sobre el padecimiento físico? Más aún, ¿debe entenderse el malestar emocional como una condición que necesita ser curada o como una experiencia que requiere ser acompañada y elaborada por quien la atraviesa?

“Nos abre esta, esta perspectiva de que estar en un hospital es curar, ¿no? Y entonces el querer curar algo que está dañado, pues como psicólogos nos quedamos con esa idea, ¿no? Y realmente cuando tú vas trabajando con los pacientes pues te vas dando cuenta que no los estás curando desde la psicología, ¿no? Puedes acompañarlos, que es lo que hacemos acá. [...] Entonces, creo que pues, ahí tenemos pues también otra línea para investigar qué es lo que realmente hace el psicólogo en el ámbito hospitalario, que realmente justo no cura, si no acompaña.” (Entrevista a Grecia)

Las palabras de la entrevistada parecen cuestionar los estigmas que han acompañado a la atención psicológica desde su surgimiento. Su reflexión nos invita a abandonar la idea de que las personas que experimentan malestar emocional son individuos "dañados" que necesitan ser reparados. Por el contrario, su discurso sugiere que el sufrimiento psicológico constituye una experiencia naturalmente humana, especialmente en contextos atravesados por la experiencia hospitalaria. Desde esta postura, el malestar emocional no puede comprenderse desde la misma lógica con la que operan los padecimientos físicos:

“Si bien no es que lo vayamos a “quitar” (dolor), pero sí nuestro objetivo es eh: que logre manejarlo de una manera más adecuada y funcional mientras esté en hospitalización. Que claro, pueden tener estas respuestas emocionales que son totalmente esperadas.” (Entrevista a Frida)

Más que buscar una cura inmediata ante el sufrimiento, la labor psicológica parece inclinarse más hacia el acompañamiento de quienes atraviesan estas experiencias. De esta manera, la escucha, la comprensión y la validación emocional resultan más pertinentes para su proceso, puesto que el acompañarlos es, en sí, terapéutico. Después de todo, la

condición humana implica enfrentarse a experiencias dolorosas capaces de producir malestar emocional. Este malestar no constituye, necesariamente, algo patológico que deba ser eliminado, por el contrario, se trata de una respuesta natural ante circunstancias que desafían nuestros recursos personales y nos confrontan con situaciones difíciles de asimilar. Desde esta perspectiva, el objetivo de la atención psicológica no radica en erradicar el sufrimiento, sino en ofrecer alternativas que permitan comprenderlo, elaborarlo y afrontarlo de una manera más adaptativa. Aunque el dolor no puede desaparecer por completo, sí puede volverse más manejable cuando la persona cuenta con espacios de escucha que le permitan transitarlo:

“O sea, no hacernos como que no está pasando nada, sino hay que, hay que estar ahí, hay que, hay que acompañar, que ellos sepan que los vamos a acompañar. Aunque esté comprometida a tu vida, aquí voy a estar. Pase lo que pase.” (Entrevista a Verónica)

La atención psicológica implica, entonces, acompañar incondicionalmente a la persona en su dolor y en la singularidad de su experiencia. Más que perseguir la cura del sufrimiento, su labor parece consistir en caminar junto a quien atraviesa momentos de vulnerabilidad, con la intención de hacer el recorrido más habitable.



Figura 3. Organigrama de atención en el servicio de Psicología hospitalaria.

Después de haber recalcado la importancia del acompañamiento como base de la psicología hospitalaria, surge una nueva interrogante: ¿Qué lugar ocupan entonces los protocolos y técnicas de intervención que institucionalmente han sido establecidos para la atención de los pacientes? ¿Es el acompañamiento, por sí solo, suficiente? A lo largo de las entrevistas, observamos una amplia diversidad de enfoques de intervención entre los psicólogos adscritos al programa, técnicas que parten de distintas corrientes teóricas tan disímiles como el psicoanálisis y la terapia cognitivo-conductual. Ante esta diversidad, resulta pertinente preguntarse cuál es el papel que desempeñan estos enfoques y técnicas dentro de la atención psicológica, más aún, ¿qué peso tienen realmente en el proceso terapéutico?:

“Nos vamos dando cuenta que no es que precisamente tengas que seguir un enfoque, sino es que le está siendo útil al paciente, ¿no? [...] lo que nosotros hacemos es un acompañamiento, ¿no? [...] Y no es que yo me la pase mezclando enfoques, sino es empezar a entender a la persona desde su experiencia.” (Entrevista a Grecia)

Se evidencia aquí la libertad con la que los psicólogos pueden ejercer su profesión. Tanto la institución como los propios profesionales parecen otorgar mayor relevancia al bienestar de los pacientes que al seguimiento rígido de protocolos o enfoques específicos. Así, la práctica psicológica se configura entonces como un acto disruptivo que cuestiona y trasciende las normas preestablecidas al resultar insuficientes para responder ante las necesidades particulares de los pacientes. El cuestionamiento de las exigencias institucionales así como las propias formas de intervención puede entenderse a través de lo que señala Castoriadis: “A partir de esta ruptura con la clausura absoluta que prevalecía hasta entonces, aparece una sociedad que contiene los gérmenes de la autonomía [...] Y esto va a la par de la creación de individuos capaces también de cierta autonomía, es decir, capaces a la vez de cuestionar la ley social, pero también de cuestionarse a sí mismos, de cuestionar sus propias normas. Este cuestionamiento se hace en una lucha con y contra el viejo orden, el orden heterónomo” (Castoriadis, 2006, p. 94). La adhesión estricta a un modelo teórico pierde entonces centralidad, cediendo su lugar a la capacidad de construir intervenciones que respondan de manera significativa a las necesidades emocionales de quienes reciben atención:

“Yo no estoy diciendo que esta parte de lo cognitivo-conductual no sirva, funciona, por supuesto es importante, pero también es girar y darnos cuenta que cada paciente es único, en su experiencia es singular, ¿no? Entonces no podemos ponerle una playera talla M a todos los pacientes, ¿no? NO Puedes ni a todos los familiares, ¿no?”. (Entrevista a Grecia)

Si bien se reconoce el valor terapéutico de los distintos enfoques y técnicas de intervención, estos parecen quedarse en segundo plano para atender algo más importante: la experiencia singular e irrepetible de cada paciente. Desde esta perspectiva, apartarse de las normas preestablecidas para poder flexibilizar las técnicas propuestas por el propio enfoque terapéutico no se presenta como una renuncia al quehacer psicológico, sino como una forma de priorizar al sujeto por encima de las categorías diagnósticas. Se trata de reconocer a las personas en su complejidad y singularidad, en lugar de reducirlas a diagnósticos y tratamientos preestablecidos.

“A las personas no les interesa cuál sea tu, tu, tu perspectiva, ¿no? O cuál sea tu escuela, sino que solamente quieres saber si tienes algo que les funcione o no.” (Entrevista a Ulises)

“A veces es tan simple como ser otra persona entendiendo a alguien en un proceso, en un problema. No tengo técnica para esto, no tengo un, un protocolo, no, o sea, a veces solamente acompañar. A veces solamente escuchar. A veces solamente estar ahí.” (Entrevista a Ulises)

Al parecer, resulta más significativo estar presente para la persona que limitar la intervención a la aplicación de técnicas terapéuticas. Una vez más, las entrevistas muestran que el acompañamiento adquiere un valor primordial frente a la aplicación rígida de protocolos y estrategias de intervención. Más allá de las técnicas, existe una necesidad particularmente humana de sentirse visto, escuchado, validado y comprendido; de saber que no se está solo y que alguien acompaña el sufrimiento que se experimenta. Para los pacientes que atraviesan procesos de enfermedad y rehabilitación, esta presencia pareciera llegar a ser incluso más significativa que cualquier técnica predilecta.

Sin embargo, hablar de acompañamiento también implica preguntarse por la manera en que este se construye en la práctica. ¿Qué significa realmente acompañar a otra persona en su sufrimiento? ¿Cuál es el lugar que ocupa el profesional dentro de esta relación? Más que una intervención técnica, el acompañamiento parece exigir una determinada forma de situarse frente al otro, una postura que cuestiona las relaciones jerárquicas tradicionalmente establecidas:

“Entonces eh ellos se dan cuenta, ellas también se dan cuenta, ¿no? De que no está llegando como el típico este profesional, ¿no? De este de tu postura de sabiduría y conocimiento este superior, ¿no? Que me voy a bajar de mi nube un momento para ver eh para verte de ser, ¿no? O sea, somos personas, ¿no?” (Entrevista a Ulises)

Acompañar al otro implica, entonces, construir una relación basada en la horizontalidad, donde la posición de superioridad ante el otro queda anulada. Supone reconocer y validar la experiencia particular de cada persona, aportando desde el encuentro y el reconocimiento mutuo, más que desde una lógica jerárquica sustentada en el saber hegemónico. Desde este lugar, el psicólogo no se posiciona como una figura omnisciente que posee todas las respuestas, sino como alguien que se acerca al paciente desde una condición compartida de humanidad. Se transforma en un encuentro entre personas, en el que el conocimiento profesional no desaparece, pero deja de ser utilizado para establecer una relación de poder y se pone al servicio de la comprensión y el acompañamiento del otro.

Si bien las entrevistas sugieren que la atención psicológica se construye desde la horizontalidad, surge la pregunta de si esta misma lógica se reproduce al interior de la institución. Por lo tanto, nos cuestionamos: ¿Cómo se posiciona la psicología frente a otras disciplinas de la salud? ¿Es su labor igualmente reconocida y valorada?:

"Y muchas veces, aunque tú quieras meter la mano es difícil, es difícil. Cuando un médico dice, ¿no? Hace poquito tuvimos a una familia con una niña que los papás pues en un tema ahí raro nos dijeron, "No queremos psicología y no queremos psicología." Y el jefe de división dijo, "No entran." (Entrevista a Leticia)

La dinámica hospitalaria parece estar atravesada por relaciones jerárquicas y de poder en las que no todas las profesiones ocupan la misma posición. En este entramado institucional, los saberes hegemónicos, como el médico, suelen adquirir mayor legitimidad y capacidad de agencia que otras disciplinas, entre ellas la psicología. En este contexto, la práctica de la psicología hospitalaria no depende únicamente de la valoración del psicólogo ni de las necesidades identificadas en los pacientes, sino del criterio de otros actores institucionales. Estas dinámicas pueden comprenderse a partir de lo planteado por Castoriadis, quien advierte que las instituciones, lejos de ser neutrales, reproducen relaciones de poder específicas: "La alienación aparece, pues, como instituida, en todo caso como pesadamente condicionada por las instituciones [...] En primer lugar, las instituciones pueden ser, y son efectivamente, alienantes en su contenido específico. Lo son en la medida en que expresan y sancionan una estructura de clase, más generalmente una división antagónica de la sociedad, y, a la vez, el poder de una categoría social determinada sobre el conjunto" (Castoriadis, 2007, p. 101). Así, el ejercicio de la psicología hospitalaria parece verse restringido por estructuras jerárquicas que escapan a su control, condicionando tanto su participación como el alcance de sus intervenciones.

Sin embargo, esta situación no parece ser una regla dentro del instituto. Aunque las entrevistas evidencian la existencia de jerarquías institucionales que pueden limitar la intervención psicológica, también emerge un proceso de reconocimiento progresivo por parte del personal de salud hacia la labor de la psicología hospitalaria:

“Ha sido ir picando piedra y abriéndonos camino también con el equipo médico. Eh, que el equipo médico vaya dándose cuenta que nuestra intervención pues está cambiando la intervención que ellos hacen, ¿no? [...] Pues que sin esto, sin este apoyo, sus pacientes son diferentes y los resultados son diferentes, ¿no? Entonces, pues ya van reconociendo la importancia de nuestro estar ahí, ya empieza a haber este intercambios, ¿no? (Entrevista a Veronica)

Tal parece que la psicología hospitalaria ha empezado a generar eco dentro del instituto, permitiéndonos observar dentro del mismo indicios de transformación. Su presencia comienza a ganar visibilidad y legitimidad entre otros profesionales de la salud, consolidándose gradualmente como un componente valioso en la atención de los usuarios. Este proceso parece reflejar aquello que Castoriadis describe como la relación entre lo instituido y lo instituyente, donde las prácticas emergentes no permanecen al margen de la institución, sino que aspiran a encontrar un lugar dentro de ella y transformarla desde su interior: “Hay lo social instituido, pero éste supone siempre lo social instituyente [...]. Pero este trabajo apunta inmediatamente a un resultado, que es darse de nuevo una institución para existir en ella de manera visible” (Castoriadis, 2007, p. 103). Este reconocimiento sugiere un desplazamiento progresivo de los estigmas y prejuicios que acompañan a la atención psicológica, abriendo espacio para considerar su aporte en procesos de hospitalización:

“Al principio sí fue muy difícil [...] poder enlazarnos algo con los médicos, porque los médicos muchos no creen en la psicología, es triste decirlo, pero es cierto. Y muchos, enfermeras, pues con tanto trabajo, ni tiempo ni nada, ¿no? Y ahora al saber que están, pues te llaman [...] Afortunadamente ahorita ya los médicos nos buscan mucho, ven la diferencia de los pacientes.” (Entrevista a Leticia)

Poco a poco, el personal médico parece reconocer que, más que ser la intervención psicológica un recurso accesorio dentro de la institución, es un recurso capaz de incidir de manera significativa en la experiencia y evolución de los pacientes. Desafortunadamente, este reconocimiento no ha sido otorgado de forma inmediata ni espontánea. Por el contrario, se ha construido paulatinamente gracias a los resultados de su intervención y el diálogo interdisciplinario. Y es, precisamente, la colaboración entre las distintas áreas del hospital fundamental para la atención integral de los pacientes. Reconocer el valor y las

aportaciones de cada disciplina permitiría trascender las jerarquías de poder para favorecer un trabajo conjunto orientado hacia un objetivo común: el bienestar de quienes reciben la atención

“Apoyarnos entre todos para el beneficio del paciente. Así, aquí lo primero que tenemos todos es el beneficio del paciente. Podremos tener o no una convivencia cercana con el personal, pero estando allá arriba somos un equipo y trabajamos en equipo para beneficio del paciente.” (Entrevista a Nanhely)

“Tenemos que trabajar de manera multidisciplinaria, es decir, a la mano de servicio médico, trabajo social, enfermería vamos de la mano, porque son las que nos van diciendo, “Oye, el paciente fulanito se está en estas condiciones y salimos corriendo.” En algunos casos los servicios que todavía no se alcanzan a cubrir esperamos las interconsultas.” (Entrevista a Rocío)

Es aquí donde las diferencias disciplinares parecen perder relevancia para dar lugar a un objetivo compartido. A pesar de las jerarquías institucionales, emerge el reconocimiento de que ninguna disciplina puede responder por sí sola a la complejidad de los procesos de rehabilitación y enfermedad. Cada especialidad aporta un ángulo distinto que permite visualizar las múltiples dimensiones de la experiencia hospitalaria. Reconocer el saber del otro, así como su valor personal y profesional, favorece la construcción de alianzas que permiten brindar una mejor atención.

Con todo esto, parece vislumbrarse un futuro prometedor para el lugar que ocupa la psicología hospitalaria. Si bien continúan existiendo estigmas y prejuicios en torno a ella, parece crecer con mayor ímpetu el reconocimiento de su importancia:

“Recobró mucha importancia ahora con la pandemia, ¿no? La salud mental ah: por lo menos ya es vista, ¿no? Y me atrevo a decir que ya está siendo reconocida con el valor que merece. [...] me atrevo a decir que ya comienza a verse esa lucecita al final del camino (.) y yo creo que mucho: de que sea visible (.) ante la sociedad eh: (.) con el valor que merece, pues tiene que ver con el ejercicio profesional de cada uno de nosotros, ¿no? De que seamos realmente profesionales, que seamos éticos en nuestra práctica profesional y que: pues también seamos empáticos, ¿no? Que no perdamos la objetividad y no perdamos, reitero, la calidad humana” (Entrevista a Massiel)

Promover la importancia de la salud mental es una responsabilidad compartida. Sin embargo, el ejercicio ético, profesional y humano de la psicología contribuye de manera significativa a cuestionar y transformar los estigmas que rodean la salud mental en nuestra sociedad. Es a través de estas prácticas que se sientan las bases para una mayor

comprensión de su labor, abriendo camino para que la psicología sea reconocida y apreciada por el valor que realmente tiene.

Quizá una de las evidencias más claras de este valor proviene de los propios pacientes, quienes destacan el impacto que la atención psicológica ha tenido en sus procesos de enfermedad y rehabilitación. Las entrevistas sugieren que, para muchas personas, este espacio trasciende la intervención clínica y se convierte en un refugio frente a las dificultades que atraviesan:

“Porque aquí pues se sienten en su lugar seguro, ¿sabes? [...] Entonces, eh:, pues sí me lo han dicho, ¿no? Así directamente, es que este es mi lugar seguro. Este, irónicamente, ¿no? O sea, pero se sienten bien aquí. “Allá afuera es lo difícil”. (Entrevista a Frida)

“Entonces, todo eso eh e incluso los pacientes lo comentan, ¿no? Como en ningún hospital O bueno, no en los que ellos han estado, hemos recibido este tipo de atención psicológica, ¿no? Que nos pueda ayudar justo a poder sobrevivir esta parte de o poder afrontar más bien esta parte de estar hospitalizado.” (Entrevista a Areta)

Tal parece que los pacientes han encontrado en la psicología hospitalaria un espacio de apoyo frente a las dificultades que acompañan los procesos de rehabilitación y enfermedad, hallando en ella un “lugar seguro” en el cual refugiarse ante la compleja experiencia de hospitalización. Allí, pueden encontrar la seguridad necesaria para hacer frente a los retos que trae consigo su nueva realidad mientras se sienten acompañados en el proceso.

Sin embargo, parece ser que la experiencia no ha sido homogénea para todos. Durante conversaciones informales sostenidas con pacientes y cuidadores, la mayoría expresó una valoración positiva de la atención psicológica recibida, sin embargo, una cuidadora compartió una experiencia significativamente distinta a la de los demás participantes:

Al hablar sobre la hospitalización de su hijo, comentó que el proceso había sido difícil y que, en algunos momentos, percibió una falta de información sobre su estado de salud y los procedimientos médicos que se realizarían. Señaló que, en su caso, la comunicación con el personal del hospital había sido limitada. Asimismo, mencionó que la atención psicológica no había representado un apoyo significativo para ella, pues no sintió que existiera un espacio de conversación cercano con la psicóloga del área,

Este testimonio contrasta con las experiencias compartidas por los pacientes y cuidadores entrevistados, quienes describieron la atención psicológica como un recurso valioso durante sus procesos de hospitalización. No obstante, resulta complejo identificar con precisión los factores que dieron lugar a esta diferencia. La experiencia de acompañamiento se

encuentra atravesada por múltiples factores, entre ellas las necesidades particulares de cada persona, las circunstancias que enfrenta, la calidad de la comunicación establecida con el personal y las propias condiciones institucionales bajo las cuales se brinda la atención.

Debido al estado emocional de la cuidadora, no se consideró éticamente pertinente profundizar en estos aspectos, en respeto a su situación y al momento especialmente complejo que se encontraba atravesando. Sin embargo, resulta inevitable cuestionarse: ¿Qué factores explican que la experiencia de la cuidadora difiera de manera tan significativa de la relatada por otros pacientes y familiares? ¿De qué depende que la presencia y el acompañamiento brindados por el personal médico y psicológico sea percibido como significativo por algunas personas y no por otras? ¿Qué elementos pudieron influir en que la cuidadora no lograra establecer un vínculo cercano con la psicóloga encargada de su atención?

Cualquier intento por atribuir su experiencia a una causa específica permanecería en el terreno de la especulación, abriendo interrogantes que podrían ser abordadas en futuras investigaciones. Sin embargo, es posible plantear una hipótesis vinculada a una problemática estructural que no afecta únicamente al Instituto Nacional de Rehabilitación, sino al sistema hospitalario mexicano en su conjunto: las limitantes presupuestales. Condición, que por sí misma podría repercutir directamente en la disponibilidad de tiempo, personal y recursos necesarios para ofrecer una atención de calidad:

“El gran problema que tenemos ahorita pues es un tema presupuestal. Por ejemplo, voy a hablar de mí, yo tuve que salir por un tema presupuestal porque en la plaza que yo ocupaba pues ya no se podía tener. [...] todavía no hay suficientes psicólogos para todas las áreas. Y en lugar de sumar más psicólogos, pues ahorita el tema presupuestal más bien va un poquito hacia atrás. Está en riesgo ahorita plazas.” (Entrevista a Rocío)

La explicación del por qué únicamente diez psicólogos se encuentran adscritos al programa parece reflejarse en este fragmento. La limitada disponibilidad presupuestaria obliga a que muchos profesionales abandonen sus puestos por motivos que trascienden sus intereses y preferencias personales. Aunque la psicología hospitalaria parece haber ganado mayor reconocimiento y relevancia dentro de la institución, este avance no parece verse correspondido en los recursos destinados a su fortalecimiento. Esta situación pone de manifiesto que aún existen importantes desafíos en materia de inversión y reconocimiento de la salud mental, evidenciando la necesidad de seguir sensibilizando a la sociedad y a las instituciones sobre la importancia de estos servicios dentro de la atención integral de la salud. Ante esta situación, ¿cómo es que se ven afectados los pacientes?:

“Se va haciendo la entrevista. Y ya, de ahí se detectan las necesidades. Y otra vez, ¿no?, vamos vamos viendo quién es prioritario. Es porque no nos da tiempo para verlos a todos tan seguido, ¿no?”. (Entrevista a Areta)

“Y en, en, en los pacientes, pues el reto de, de darles atención a tanta gente, ¿no? creo que eso es un reto, tener más gente y atender a más población, pero siendo los que somos ahorita es imposible.” (Entrevista a Leticia)

La escasez de personal derivada de las limitaciones presupuestarias obliga a que los pacientes sean clasificados como “prioritarios” para poder recibir atención psicológica. En consecuencia, el personal se ve en la necesidad de establecer criterios que les permitan identificar aquellos casos cuyas necesidades emocionales requieren una intervención más inmediata, dejando de lado a los que, de igual manera, requieren atención. Esta situación implica el reto de distribuir recursos insuficientes frente a una demanda creciente, obligando al personal a adaptar constantemente su práctica a las condiciones institucionales existentes. Más que una decisión que responda a las preferencias de los psicólogos, se trata de una medida impuesta por las limitaciones estructurales con las que deben trabajar día a día:

“La situación es que si tú ves que ahorita va a haber un mundial de fútbol, parece que todos los recursos van para allá. Y yo lo veo en la calle [...] si nos dieran ese dinero tenemos algo, ¿no? [...] pero no solamente para este servicio, creo que para todos los hospitales, todos los institutos, igual va a ser algo este año va a ser algo muy complejo, muy complejo. Creo que ese es nuestro mayor, piedra en el camino” (Entrevista a Leticia)

Como se relata, esta situación no es exclusiva del instituto, sino que se replica por igual en los diferentes hospitales del país. Parece que, dentro de la distribución de recursos públicos, la atención a la salud ocupa la última posición en la lista de prioridades y, más aún, la salud mental. Bajo este contexto, las limitaciones presupuestarias dificultan la consolidación de iniciativas orientadas a transformar las prácticas institucionales y a mejorar la atención brindada a los pacientes. Más que una falta de interés por parte de quienes integran la institución, las dificultades para fortalecer el servicio responden a limitaciones estructurales que exceden su capacidad de acción. Así, los esfuerzos por ampliar y mejorar la atención psicológica se enfrentan constantemente a la insuficiencia de recursos humanos y económicos necesarios para sostener dichos cambios:

“O sea, tenemos muchos planes, pero también tenemos limitantes de presupuesto, ¿no? Y y quizás nos podemos organizar en los presupuestos y hacerlo de una manera, pero eso es una gran meta, ¿no? [...] el que este servicio crezca.” (Entrevista a Leticia)

La atención psicológica dentro del instituto dista de ser perfecta. Como ocurre en muchas instituciones públicas, existen limitaciones vinculadas a la burocracia institucional, la alta demanda de pacientes y la limitada disponibilidad de recursos. Estas condiciones pueden propiciar que, en determinadas ocasiones, la atención no alcance el nivel de cercanía o continuidad que tanto los pacientes como los profesionales desearían. Sin embargo, reducir la experiencia de la atención psicológica a estas limitaciones implicaría desconocer los movimientos de transformación que tienen lugar al interior de la propia institución.

La existencia misma de un departamento de psicología, así como la consolidación de un proyecto orientado a la atención de la salud mental, simbolizan un acto de resistencia que desafía el régimen predilecto al introducir prácticas y discursos que cuestionan la centralidad del modelo biomédico. En este sentido, la atención psicológica puede comprenderse como una forma de resistencia frente a un sistema que históricamente ha privilegiado ciertos saberes sobre otros. Desde la mirada de Castoriadis, este cuestionamiento representa una ruptura con la aceptación incuestionada de lo instituido, abriendo espacios que posibiliten nuevas formas de organización y práctica. En sus palabras: “Lo que era hasta entonces reabsorción inmediata de la colectividad en sus instituciones, sumisión simple de los hombres a sus creaciones imaginarias, [...] se convierte ahora en totalidad desgarrada y conflictiva, autocuestionamiento de la sociedad [...] el distanciamiento y la crítica (en los hechos y en los actos) de lo instituido, es la primera emergencia de la autonomía, la primera grieta de lo imaginario (instituido)” (Castoriadis, 2007, p.145). La presencia de la psicología dentro del hospital, por sí misma, cuestiona la hegemonía de una visión exclusivamente médica del padecimiento, generando fisuras desde las cuales es posible pensar otras formas de atención.

Desde esta perspectiva, el proyecto de atención psicológica a pacientes hospitalizados desarrollado en el Instituto Nacional de Rehabilitación no sólo responde a una demanda desatendida, sino que constituye un esfuerzo por redefinir aquello que es reconocido como objeto de atención dentro del ámbito hospitalario. En este sentido, el proyecto encarna aquello que Castoriadis considera indispensable para toda transformación social: “Una transformación radical de la sociedad, que exige antes que nada que se comprenda lo que se quiere transformar y que se identifique lo que, en la sociedad, contesta realmente esta sociedad y está en lucha contra su forma presente” (Castoriadis, 2007, p. 13). Así, el proyecto de atención psicológica impulsado por el equipo de psicología puede entenderse como una expresión de los esfuerzos que cuestionan el orden instituido desde el interior de la propia institución. Esta iniciativa demuestra que incluso en contextos atravesados por

restricciones institucionales es posible generar transformaciones que desafíen lógicas hegemónicas capaces de transformar el orden establecido.

“La psicología tiene que crecer. Ya estuvo muchos años muy quieta. Tiene que crecer.”

(Entrevista a Leticia)

Capítulo V: “Hospitalización, experiencia y resignificación: una mirada desde el acompañamiento psicológico”

“Ahora este instituto va a ser su red de apoyo”

(Entrevista a Brenda)

Dentro de nuestra segunda categoría, hablaremos sobre *la **experiencia de hospitalización***, la cual no puede reducirse a las condiciones objetivas que configuran el entorno hospitalario, sino que requiere ser comprendida a partir de las formas en que dicho entorno irrumpe en la vida del sujeto y la afecta. Desde esta perspectiva, la hospitalización se constituye como un acontecimiento que desestabiliza la cotidianidad, resignifica las formas de ser y estar en el mundo y confronta al sujeto con una serie de transformaciones que atraviesan tanto la dimensión emocional como la corporal. Nombrar la experiencia resulta fundamental en la medida en que posibilita su elaboración y construcción de sentido. Aquello que no es nombrado permanece en un plano difuso, difícil de comprender e integrar en la historia del sujeto. Esto porque es un trabajo que implica comprender que es un proceso que tiene la intención de ser ‘significativa’, ‘elaborativa’, ‘catalizadora’, de sentido. Es una forma de resignificar lo vivido.

Hablar de la experiencia de hospitalización implica reconocer que este proceso no se reduce únicamente a la atención médica o a la rehabilitación física, sino que también involucra dimensiones emocionales, subjetivas y simbólicas que atraviesan a todos los sujetos implicados. En este escenario, el psicólogo no solo interviene desde un saber profesional, sino que también se ve confrontado con el sufrimiento, la incertidumbre, el duelo y las historias de vida de pacientes y familiares, experiencias que pueden dejar huellas significativas en su práctica, en su sensibilidad y en su manera de comprender el acompañamiento. Del mismo modo, el paciente y sus acompañantes viven la enfermedad como una ruptura en la vida cotidiana, marcada por dudas, preocupaciones, miedo, ansiedad y procesos de duelo ante los cambios corporales, la pérdida de autonomía o la transformación de la imagen de sí mismos. Frente a estas vivencias, las creencias religiosas

y espirituales pueden funcionar como recursos de sostén y resignificación, permitiendo otorgar sentido al dolor, a la rehabilitación y a la permanencia en el Instituto. Por ello, abordar estas dimensiones permite comprender la hospitalización como una experiencia compleja, donde se entrelazan el cuerpo, la identidad, los afectos, el desgaste emocional, el acompañamiento psicológico y las distintas formas en que cada persona intenta elaborar y nombrar aquello que vive.

Vivencia profesional del psicólogo en el acompañamiento hospitalario

El acompañamiento psicológico en hospitalización no solo implica aplicar conocimientos técnicos, sino también nos lleva a entrar en contacto con historias de dolor, incertidumbre, miedo y esperanza. En este sentido, resulta importante preguntarse: ¿qué vive el psicólogo en este acompañamiento? ¿De qué manera estas experiencias lo afectan personal y profesionalmente? ¿Qué aprendizajes, retos o desgastes emocionales surgen a partir de su práctica?

Este acompañamiento en un ámbito hospitalario constituye una práctica que va más allá de la intervención clínica, pues implica acercarse a la experiencia singular de pacientes y cuidadores primarios que están atravesando procesos de rehabilitación, incertidumbre y dolor. En este espacio, la labor del psicólogo se vuelve fundamental al ofrecer contención y escucha, permitiendo que las personas puedan expresar lo que viven y sienten frente a una situación que muchas veces transforma su vida cotidiana. Comprender la experiencia del otro es una pieza clave en todo este acompañamiento, ya que cada sujeto vive la enfermedad desde su propia historia, sus miedos, sus recursos y sus formas de afrontar el sufrimiento.

Asimismo, este acompañamiento supone un involucramiento sensible con pacientes y familiares, quienes pueden encontrarse en estados de vulnerabilidad, angustia o agotamiento emocional. Sin embargo, esta cercanía con el sufrimiento también impacta al profesional, ya que el contacto constante con la pérdida, el dolor y la incertidumbre genera desgaste emocional. Por ello, la experiencia hospitalaria permite reconocer que el trabajo del psicólogo implica una responsabilidad humana y ética, en la que acompañar no solo significa intervenir, sino también sostener la presencia frente al sufrimiento del otro, sin dejar de considerar el impacto emocional que esto produce en quien acompaña.

“Entender el cómo es que esto sí y esto no. Ahí te abre unas posibilidades desde la experiencia del otro, no desde lo que yo creo que tiene que ser. Y acompañar este tipo de experiencias, pues te va abriendo como estas posibilidades como psicólogo... el paciente, o

incluso el familiar, puede venir también colapsado... Entonces el desgaste emocional para estas personas". (Entrevista a Grecia)

Un acompañamiento en hospitalización exige partir de la experiencia del otro y no de la suposición del profesional sobre lo que debería ocurrir. La psicóloga reconoce que tanto el paciente como el familiar pueden llegar en un estado de colapso emocional, por lo que la intervención requiere escucha, apertura y sensibilidad ante la singularidad de cada caso. Esto puede relacionarse con Larrosa (2009) que entiende la experiencia como "eso que me pasa", un acontecimiento que irrumpe desde la alteridad afecta al sujeto y da lugar a procesos de subjetivación y transformación. Así, la experiencia no es generalizable, sino profundamente singular, en tanto implica la manera en que cada sujeto es interpelado por lo vivido. Asimismo, desde Baz (1999), podemos pensar que la experiencia se configura a partir de múltiples temporalidades y de la interacción entre lo material y lo simbólico, situándose en una tensión entre lo singular y lo colectivo. Cada sujeto vive su proceso desde su historia propia, sin dejar de lado que existen condiciones comunes de dolor, incertidumbre y desgaste.

En un contexto de hospitalización, el acompañamiento implica sostener emocionalmente a personas que atraviesan momentos de enfermedad, incertidumbre, dolor, pérdidas y cambios profundos en su vida. No obstante, este trabajo no solo impacta a los pacientes y a sus familiares (cuidadores primarios), sino también al propio psicólogo, quien se encuentra expuesto de manera constante a experiencias emocionalmente intensas. Escuchar historias de sufrimiento, acompañar duelos, presenciar despedidas o contener a personas en crisis puede generar un desgaste emocional palpable, pues el profesional no permanece ajeno a aquello que se vive dentro del instituto. Aunque su labor requiere mantener una postura ética y profesional, también es un ser humano que siente, se conmueve y puede verse afectado por los procesos dolorosos que acompaña.

Esta exposición continua al dolor puede modificar la forma en que el psicólogo percibe sus propios problemas, ya que el contacto frecuente con la enfermedad, la muerte y la pérdida puede llevarlo a relativizar sus dificultades personales o a mirar la vida desde una mayor conciencia de fragilidad. Dentro del hospital, situaciones que en otros espacios podrían resultar extraordinarias comienzan a formar parte de la cotidianidad, generando una cierta normalización del dolor y de las pérdidas. No obstante, normalizar no significa dejar de sentir, sino aprender a convivir con estas experiencias sin perder la sensibilidad. Por ello, resulta importante reconocer que el psicólogo también atraviesa una experiencia emocional mientras acompaña a otros, y que su labor implica no solo intervenir desde el conocimiento, sino también sostenerse a sí mismo frente al impacto humano que produce el sufrimiento hospitalario.

“Hubo un momento en donde yo me caché con un nudo en la garganta... me sostenía viendo a una mujer despedirse de su esposo. Y así yo lo acompañé... mi experiencia fue con un nudo en la garganta”. (Entrevista a Grecia)

“Al inicio yo me di cuenta que estando aquí esto se vuelve así. Por eso decía que es bien delicado, porque incluso te puedes volver super sensible, ¿no? Incluso puedes minimizar tus propios problemas”. (Entrevista a Grecia)

“Porque es tanto lo que ves, tantas situaciones tan cercanas, no solo la muerte, sino un montón de pérdidas que pues no es que te desensibilices, pero pues se va normalizando de alguna forma”. (Entrevista a Grecia)

Un punto muy importante que nos gustaría destacar es que el psicólogo no permanece ajeno al sufrimiento que acompaña. La expresión “un nudo en la garganta” evidencia una afectación emocional directa, donde el psicólogo también se conmueve frente a una escena de pérdida y despedida. Así como Larrosa (2009) describe: “el acontecimiento me afecta, me altera, me transforma y me constituye subjetivamente” (p. 14). Pues, no se trata únicamente de observar un acontecimiento, sino de ser trastocado por él.

En un ambiente donde la exposición al sufrimiento es constante nos damos cuenta que se puede modificar la sensibilidad del psicólogo. Las entrevistas reconocen que el contacto con situaciones de dolor o pérdida puede llevar al profesional a mirar sus propios problemas desde otro lugar, permitiendo comprender la experiencia hospitalaria como una vivencia que no se limita al espacio laboral, sino que atraviesa la subjetividad de quien acompaña. Conforme a los postulados de Ferreiro (2007), la experiencia implica un proceso de afectación y transformación del sujeto, en el que la reconstrucción de la memoria permite resignificar lo vivido y otorgarle nuevos sentidos. De este modo, las experiencias del psicólogo en el ámbito hospitalario pueden constituirse como aprendizajes significativos que dejan huella en su trayectoria personal y profesional.

Aquí, entonces, se evidencia una tensión central del trabajo hospitalario, la cercanía constante con la muerte, el dolor y las pérdidas puede producir una cierta normalización del sufrimiento. Las entrevistas aclaran que no se trata de desensibilización, sino de una forma de adaptación ante una cotidianidad hospitalaria marcada por experiencias, esto puede relacionarse con Heidegger (2003), quien señala que experiencias como la angustia quiebran la familiaridad de la vida cotidiana y confrontan al sujeto con una comprensión distinta de sí mismo y de su modo de estar en el mundo. En este caso, el hospital se vuelve un espacio donde lo extraordinario, la pérdida, la muerte o el dolor, se incorpora a la vida diaria del profesional.

La psicología hospitalaria se convierte en una experiencia de aprendizaje significativo. Se reconoce que este trabajo ha implicado crecimiento personal y laboral, pero también estrés y responsabilidad. Esto se relaciona con la idea de que la experiencia significativa transforma al sujeto, ya que no sólo produce conocimiento, sino también una modificación en la manera de comprenderse a sí mismo y a los otros. Como Ferreiro (2007) analizó: "tanto el sujeto investigado como el investigador, al ser afectados por la situación que viven, transforman su propio relieve del mundo" (p. 204). Por ello, la psicología hospitalaria no aparece únicamente como una práctica técnica, sino como una experiencia ética y humana que exige compromiso frente al sufrimiento del paciente y su familia.

"¿Esta parte de psicología hospitalaria qué significa para mí? Significa mucho. Un crecimiento personal, un crecimiento laboral... también han sido momentos estresores... si lo podríamos definir con una sola palabra, responsabilidad". (Entrevista a Brenda)

"Es un lugar que requieres de cierto perfil en muchos sentidos, un perfil personal y profesional como muy particular para poder dar atención y seguimiento no solamente a los pacientes, sino también a las familias". (Entrevista a Massiel)

"Mientras uno no pierda la parte humana y mientras uno no pierda el objetivo... yo hablaría de ser objetivos y de no perder la empatía, la parte humana, nada más". (Entrevista a Massiel)

El acompañamiento psicológico en hospitalización requiere un perfil particular, tanto profesional como personal. La atención no se dirige únicamente al paciente, sino también a su familia, lo que amplía la complejidad del acompañamiento. Boss (2001), plantea que las familias también atraviesan procesos de pérdida y duelo ambiguo cuando el ser querido está presente físicamente, pero su condición, autonomía o identidad previa se han transformado. Por ello, el psicólogo hospitalario debe atender no solo el padecimiento, sino también el impacto emocional y relacional que la enfermedad produce en el entorno familiar. El psicólogo no debe eliminar su sensibilidad, sino aprender a sostenerla dentro de una práctica profesional responsable. Por lo tanto, esto significa que aquel o aquella que desee atender psicológicamente sólo necesita ceder su posición, saberse como un profesional que será descolocado, será afectado, se verá envuelto en un trabajo de resignificación.

Experiencia emocional del paciente y sus cuidadores primarios

La hospitalización y los procesos de rehabilitación suelen generar una serie de emociones intensas tanto en los pacientes como en quienes los acompañan (cuidadores primarios). No se trata únicamente de enfrentar una enfermedad, sino de vivir cambios, dudas,

preocupaciones y momentos de vulnerabilidad. Desde aquí surgen preguntas como: ¿qué sienten los pacientes y sus acompañantes durante este proceso?, ¿cómo enfrentan la incertidumbre, el miedo o el dolor?, ¿qué papel tiene el acompañamiento psicológico en la manera en que atraviesan esta experiencia?

Dentro de esta hospitalización, el acompañamiento psicológico se enfrenta a escenarios y momentos de crisis, en donde el paciente o sus familiares pueden encontrarse emocionalmente desbordados ante lo que está ocurriendo: la incertidumbre de lo que está por pasar. En algunos casos, el estado en el que se encuentran puede limitar la capacidad de la persona para expresar lo que siente, comprender lo que ocurre o participar de manera activa en un proceso. Por ello, la intervención psicológica no siempre puede realizarse de forma directa o profunda desde el primer encuentro, sino que debe ajustarse a las condiciones emocionales, físicas y contextuales en las que se encuentra cada persona. Es por esto que el acompañamiento requiere sensibilidad para identificar cuándo contener, cuándo escuchar y cuándo esperar, comprendiendo que cada paciente y cada familiar vive la experiencia hospitalaria de distinta manera.

*“El familiar o el paciente viene en crisis, en shock. Y muchas veces no se puede trabajar de lleno con el paciente, porque estando en shock está bloqueado... no es que no se pueda acompañar al familiar o al paciente. Depende de la situación en la cual llegue el paciente”.
(entrevista de Grecia)*

Por tanto, tenemos que permitirnos comprender que la hospitalización suele iniciar desde una situación compleja donde se vivencian momentos de crisis, shock o bloqueos emocionales. El paciente y el familiar no siempre pueden elaborar de inmediato lo que está ocurriendo, porque la experiencia irrumpe de manera abrupta y desorganiza su cotidianidad. Desde Husserl (2013), la experiencia se organiza a partir de la intencionalidad de la conciencia, es decir, de la forma en que el sujeto se orienta hacia aquello que vive. Sin embargo, cuando el sujeto se encuentra en crisis, esa posibilidad de otorgar sentido puede quedar temporalmente suspendida. Por ello, la intervención psicológica debe iniciar muchas veces desde la contención antes que desde la elaboración.

El acompañamiento psicológico no se limita al paciente, sino que también se extiende a los familiares quienes se convierten en sus cuidadores primarios que sostienen de manera cercana el proceso que se está viviendo. Las entrevistas nos permiten escuchar que el cuidador ocupa un lugar fundamental dentro de la atención, ya que su estado emocional, sus recursos personales, económicos y cognitivos influyen directamente en la forma en que comprende, enfrenta y acompaña el padecimiento del paciente. Así que el trabajo del psicólogo implica realizar un primer acercamiento que permita conocer cómo el familiar está

viviendo la situación, qué capacidades tiene para afrontarla y qué necesidades emergen durante el proceso de hospitalización.

El cuidador también forma parte de la experiencia hospitalaria. La psicóloga no solo evalúa el estado del paciente, sino también la manera en que el cuidador percibe la situación y los recursos con los que cuenta para afrontarla. Esto permite comprender que la enfermedad no se vive de manera aislada, sino dentro de una red familiar, económica y emocional. Kleinman (1988) lo ejemplifica: “la enfermedad no debe entenderse únicamente como un proceso biológico, sino como una experiencia vivida que transforma el significado de la vida cotidiana del sujeto y su entorno” (p. 3).

“Con el cuidador comienzo también a hacer rastreo... identificar cómo está, cómo está percibiendo esta situación, con qué recursos cuentan, económicos, emocionales, cognitivos, para poder entender el padecimiento que tiene el paciente”. (entrevista de Grecia)

“Hay familiares que se me desbordan ahí porque ya están totalmente colapsados porque son los únicos cuidadores... empiezo a hacer contención con el familiar”. (entrevista de Brenda)

Esto pone en evidencia que muchos cuidadores llegan al hospital atravesados por el cansancio, la incertidumbre y el desgaste emocional, especialmente cuando son los únicos responsables del cuidado. En estos casos, la atención psicológica adquiere una función de contención, escucha y acompañamiento, pues permite atender el desbordamiento emocional del familiar y ofrecer un espacio donde pueda expresar lo que vive. De esta manera consideramos que el cuidado del paciente no puede comprenderse de forma aislada, debido a que también exige reconocer y atender a quienes lo acompañan, sostienen y enfrentan junto a él las exigencias emocionales de lo que se está atravesando. Por ende, se evidencia la sobrecarga emocional del cuidador primario. El familiar no solo acompaña al paciente, sino que muchas veces sostiene casi por completo el proceso de cuidado, lo que puede producir cansancio, angustia y desbordamiento emocional. Retomando la crítica de Boss (2001), el duelo ambiguo aparece cuando la pérdida no es clara o definitiva, como ocurre cuando una persona sigue presente físicamente, pero su condición o forma de vida ha cambiado profundamente. En este sentido, el cuidador también atraviesa una pérdida: la de su vida cotidiana anterior y la del vínculo tal como lo conocía. Y viceversa, el paciente también reconfigura el sentido de su cotidianidad y el vínculo con lo que le rodea: su familia, su cuerpo y su vivir.

Asimismo, la hospitalización supone un proceso que no solo transforma la vida del paciente, sino también la de quienes lo acompañan durante su estancia. Cuando el ingreso se prolonga, las dinámicas familiares se modifican y el cuidado se vuelve una tarea constante que exige presencia, organización y fortaleza emocional. En este contexto, los familiares no

permanecen como figuras externas al proceso, además, son quienes se integran activamente al proceso de recuperación, enfrentando cansancio, responsabilidad y la necesidad de adaptarse a las condiciones del hospital.

Las entrevistas hacen manifiesto la importancia de los espacios grupales dentro del acompañamiento hospitalario. Los talleres permiten que los familiares reconozcan que no están solos y que otras personas atraviesan experiencias similares. Desde la cual vinculamos el escrito de Baz (1999), donde plantea que la experiencia se configura entre lo singular y lo colectivo, ya que cada sujeto vive de manera particular lo que le ocurre, pero al mismo tiempo comparte marcos sociales y afectivos con otros (p. 4). De esta manera, el grupo puede convertirse en un espacio de reconocimiento, sostén y elaboración compartida: en un espacio de resignificación. La experiencia de hospitalización también se vive desde quienes sostienen al paciente día con día. Los espacios de orientación, escucha y encuentro con otros cuidadores favorecen que los familiares no se sientan solos en su proceso, al mismo tiempo que les brindan herramientas para comprender y afrontar las exigencias emocionales, físicas y sociales que surgen durante la enfermedad y la recuperación. La hospitalización no siempre es breve, por el contrario, puede convertirse en una experiencia prolongada que transforma la vida cotidiana del paciente y su familia. Una estancia de semanas o meses implica una interrupción de proyectos escolares, laborales, familiares y personales. Esto lo leemos acompañadas de Heidegger (2003): “la experiencia de la angustia rompe la red de significados cotidianos y hace que el mundo pierda su familiaridad habitual, revelando al sujeto nuevas posibilidades de comprensión de sí mismo y de su existencia” (p. 207). En este caso, el hospital modifica la relación del paciente con su tiempo, su cuerpo, sus vínculos y su futuro.

“Hay talleres que se han hecho para los familiares, justo para que puedan percibir que hay otras personas que también están en la misma situación”. (Entrevista de Brenda)

“La estancia hospitalaria puede ir de 2 semanas a meses... hay pacientes que han permanecido hasta 8 meses hospitalizados... son muchos factores los que intervienen para la evolución del paciente”. (Entrevista de Massiel)

“Trabajamos mucho con los cuidadores porque obviamente para el servicio necesita que alguien los esté cuidando 24/7”. (Entrevista de Paola)

Por lo tanto, es importante reconocer que estos procesos no se reducen únicamente al daño físico o rehabilitación, sino que también implican una dimensión emocional profunda. En esta perspectiva, los pacientes atraviesan situaciones que ponen a prueba su percepción, su resistencia y su capacidad para reconstruirse frente a aquello que parecía imposible de sobrellevar. Igualmente, las entrevistas nos dejan ver esta posibilidad de pensar al paciente

no sólo como alguien que recibe atención, sino como un sujeto que, desde su propia vivencia, también enseña. Sus recursos, formas de adaptación y maneras de enfrentar el proceso y el dolor muestran cómo esta experiencia puede convertirse en un espacio de aprendizaje para el psicólogo, quien acompaña procesos donde la fortaleza emocional, la vulnerabilidad y la resignificación adquieren un lugar central.

“Aprendes a través de su experiencia de esos recursos que emplean los pacientes para afrontar situaciones que en su momento pensaron jamás poder sobrevivir a ello, no solamente al tema de las quemaduras, sino al tema de la parte emocional”. (Entrevista de Massiel)

Así, los pacientes desarrollan recursos ante experiencias que inicialmente parecen imposibles de vivir. La entrevistada reconoce que el sufrimiento no se limita al dolor físico, sino que incluye una dimensión emocional profunda. Esto lo leemos con Kleinman (1988), quien reconoce la enfermedad como un “proceso biológico (afectando) como experiencia vivida, donde el padecimiento transforma la manera en que el sujeto comprende su vida” (p. 3). Además, el fragmento muestra que el psicólogo también aprende de los pacientes, pues sus formas de afrontamiento se convierten en una experiencia significativa para el profesional. Lo que determina que ese proceso, al resignificar la narrativa de ambos, terminaría por ser un proceso de aprendizaje.

Creencias religiosas y resignificación de la enfermedad

Ante la enfermedad, muchas personas recurren a sus creencias religiosas o espirituales para encontrar consuelo, fortaleza o sentido. La fe puede convertirse en una forma de sostenerse emocionalmente y de poder darle una interpretación y sentido a lo que están viviendo. Por ello, es necesario preguntarse: ¿cómo influyen las creencias religiosas en la manera de enfrentar la enfermedad?, ¿de qué forma ayudan a resignificar el dolor o la pérdida?, ¿la fe funciona como un recurso de esperanza durante la hospitalización y la rehabilitación?

La religión puede funcionar como una herramienta de sostén dentro de la hospitalización. Para algunos pacientes, la fe representa una fuente de fuerza emocional que les permite sostenerse ante el dolor, la incertidumbre o la pérdida. Desde Lévi-Strauss (1987), sabemos que “los sistemas simbólicos permiten organizar experiencias difíciles de comprender y ofrecen un lenguaje para expresar estados que de otro modo podrían permanecer informados” (p. 221), o sea, es gracias al soporte que las creencias brindan que los pacientes o sus familiares, incluso los profesionales, atraviesan estos procesos

acompañados de un sentido de esperanza. Por ello, la religión no debe analizarse únicamente como creencia, sino como un recurso simbólico que ayuda no sólo al paciente, también a su familia a encontrar sentido y fortaleza en medio del sufrimiento.

“Una de las herramientas de afrontamiento que más se utiliza, que puede ser una de las más fuertes en hospitalización, es la religión. Hay pacientes que a uno le sorprende la fortaleza que le da la religión... a él, eso le funciona increíble y es sorprendente cómo esa herramienta los levanta”. (Entrevista a Paola)

Es en medio de la enfermedad o la rehabilitación que los pacientes buscan apoyo, es un proceso en el que buscan dónde sostenerse. Los hijos, los padres o cualquier vínculo familiar aparecen como fuentes de sentido y soporte que ayudan al sujeto a atravesar el sufrimiento. De acuerdo con Lévi-Strauss (1977) los sistemas simbólicos permiten volver comprensible aquello que inicialmente se presenta en términos afectivos y dolorosos (p. 210). En este sentido, los vínculos familiares funcionan como recursos simbólicos que organizan la experiencia y permiten que el paciente encuentre algo que lo impulse a continuar y lo acompañe durante el trayecto.

“Ver cómo ellos a pesar de la condición física en la cual se encuentran, todavía tienen un sentido. Sus hijos, sus papás... ellos van encontrando dentro de la dificultad algo que los mueve”. (Entrevista a Grecia)

“Ellos van resignificando lo que vivieron dentro del hospital. Ellos van dándole un sentido... al verse físicamente, al ver su imagen corporal que cambió totalmente, que ya no son quién eran”. (Entrevista a Grecia)

La hospitalización implica un proceso de resignificación del cuerpo y de la identidad. El paciente se enfrenta a una imagen corporal modificada y a la sensación de ya no ser quien era antes. Es Merleau-Ponty (1945) quien establece que: “el cuerpo no es un objeto externo al sujeto, sino el medio primario a través del cual se habita el mundo” (p. 94). Por tanto, cuando el cuerpo cambia, también se transforma la forma en que la persona se reconoce y se relaciona con los demás, desembocando en cómo se vive en el mundo. La resignificación permite integrar esa nueva corporalidad a la historia personal del paciente.

“Llegan a haber muchas ideas por parte de los pacientes... es muy poco probable porque ya son generaciones que vienen instauradas con un sistema de creencias muy fuertes, y el sistema de creencias pueden ser religiosos y pueden ser familiares”. (Entrevista a Brenda)

“A lo mejor no vas a cambiar su entorno ni su vida ni su experiencia, pero sí vas a contribuir a resignificar esos eventos que finalmente, al menos en este servicio, por default, son traumáticos”. (Entrevista a Massiel)

Las creencias religiosas y familiares influyen en la manera en que los pacientes interpretan su enfermedad. Entonces, estas creencias no aparecen como elementos superficiales, sino como marcos simbólicos que organizan la comprensión del sufrimiento, la recuperación y la esperanza: “La eficacia de ciertas prácticas simbólicas depende de la creencia que las sostiene, así como de la confianza del sujeto y del reconocimiento colectivo que valida dichas interpretaciones” (Lévi-Strauss, 1977, p. 196). Esto significa que las creencias familiares y religiosas pueden funcionar como recursos de sostén dentro del proceso hospitalario.

Es así que planteamos que una de las funciones centrales de la intervención psicológica hospitalaria es contribuir a la resignificación de experiencias. En las entrevistas reconocemos que no siempre es posible cambiar las condiciones externas del paciente, pero sí se puede acompañar la construcción de un nuevo sentido sobre lo vivido. Esto se relaciona con la noción de la eficacia simbólica de Lévi-Strauss (1977), plantea que “la cura consiste en volver pensable una situación dada inicialmente en términos afectivos y hacer aceptables para el espíritu los dolores que el cuerpo no logra tolerar” (p. 178). Desde esta perspectiva, el acompañamiento psicológico ofrece un lenguaje para elaborar aquello que aparece como traumático y puede abarcar ese espacio de ‘lo que no se nombra’ o ‘lo que se calla’. Así, esta elaboración abre la posibilidad de reconocer esos sentidos no nombrados y darle lugar a la resignificación.

“Esta herramienta a mí al menos me ha dado una gran lección... que alguien llegue y te enseñe la fortaleza que es... sí son grandes lecciones”. (Entrevista a Paola)

Esto nos deja ver como esta de la mano la experiencia del paciente con el aprendizaje significativo del psicólogo. A partir del relato es que reconocemos que la fortaleza religiosa de algunos pacientes también deja una enseñanza en quien acompaña. Esto puede relacionarse con aquello que Ferreiro (2007) plantea que la experiencia se vincula con la memoria y la transformación, en tanto lo vivido se integra a la historia del sujeto y modifica su forma de comprender el mundo. En este sentido, la experiencia del paciente no solamente cumple una función de acompañamiento para él, sino que también transforma la mirada profesional y humana de la psicóloga.

Corporalidad, identidad y duelo en la enfermedad y rehabilitación

La enfermedad y la rehabilitación no solo afectan el cuerpo físico, también modifican la manera en que la persona se percibe a sí misma y se relaciona con su vida cotidiana. Los cambios corporales, la pérdida de capacidades o la dependencia pueden generar procesos

de duelo y una transformación de la identidad. A partir de esto, llegan ciertas dudas: ¿cómo cambia la relación del paciente con su cuerpo durante la enfermedad?, ¿qué significa reconocerse después de una pérdida física o funcional?, ¿cómo se vive el duelo por aquello que el cuerpo era y ya no puede hacer?

Abordar el cómo se vive dentro de una Institución de Rehabilitación requiere desplazar la noción de duelo de la categoría de "tristeza" hacia la de afecto, es decir, eso que habita, mueve, empuja, provoca. Todo nos afecta, más por lo que significa habilitar de nueva cuenta un cuerpo que se vive enfermo ya no sólo desde el diagnóstico; simbólicamente lo está, y todavía más: en lo real. El ingreso a una institución como resulta ser el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) no representa únicamente un suceso clínico, sino que lo podemos pensar como un quiebre importante en la vida de una persona, se interrumpe la continuidad "normal" de la vida de quienes ingresan. Y no solo en los pacientes, también en sus cuidadores primarios. Para el paciente y su familia, la hospitalización da apertura a un proceso de duelo que no siempre se ve vinculado con la muerte física, sino con una pérdida; pérdida de la "normalidad" y la funcionalidad corporal. Estos procesos que se viven en el instituto no solo afectan la dimensión corporal, sino también la seguridad emocional y la manera de volver al mundo exterior. Las pesadillas y el miedo a salir evidencian que la experiencia traumática continúa más allá del evento físico. Desde Heidegger (2003) entendemos que una experiencia significativa irrumpe en la cotidianidad y obliga al sujeto a reinterpretar su modo de estar en el mundo. Asimismo, sabemos que la enfermedad transforma el significado de la vida del sujeto, pues no se reduce a un proceso biológico, sino que implica una experiencia vivida (Kleinman, 1988, p. 3). Por ello, el acompañamiento psicológico debe ayudar a reconocer el dolor sin minimizarlo, pero también a ubicar posibilidades de reconstrucción.

"Empiezan a ver pesadillas, empiezan a tener miedo a salir... todo el fenómeno que sucede después... no tratando de minimizarlo, sino de ver que sí hay posibilidades". (Entrevista a Grecia)

"Se durmieron hoy tranquilamente y al otro día ya no se pudieron levantar de la cama... no entienden qué pasó... con estos pacientes es muy complicado porque su vida cambia de un día a otro". (Entrevista a Paola)

El cambio repentino produce desconcierto, angustia y dificultad para comprender lo ocurrido. La vida cotidiana se interrumpe sin preparación previa, obligando al paciente a enfrentarse a una nueva condición corporal y existencial. "El duelo puede comprenderse como un proceso que surge frente a pérdidas significativas y que obliga al sujeto a atravesar distintas formas de reacción emocional ante lo que ya no puede ser igual"

(Kübler-Ross, 1969, p. 10). En este sentido, el paciente no sólo se ve cara a cara con su padecer, además, vive la pérdida repentina de su vida anterior.

Es así que imaginar cómo se vive en un hospital, en rehabilitación, con la idea de “no puedo porque me pasó esto” o “estoy en proceso de recuperación”, lleva a preguntarnos qué se pierde en ese “me pasó esto” o “me recupero de”. Es una pérdida, una en el cuerpo. En los procesos dolorosos o traumáticos, la pérdida ocupa un lugar central, ya que el sujeto atraviesa un “funeral simbólico” de su yo sano. Elisabeth Kübler-Ross (1975) permite comprender este proceso en términos de duelo, donde “no se llora a un otro, sino a una versión de sí mismo que ya no es posible” (p. 10). Entonces, este duelo es doble: por un lado, se experimenta el dolor físico o traumático; por otro, la agonía psíquica de despedirse de la normalidad previa.

Por otra parte, la enfermedad o el accidente producen una ruptura en el proyecto de vida. La pérdida de funcionalidad no afecta únicamente al cuerpo, igual a la identidad y la forma en que el sujeto imaginaba su futuro. La frase “ya no soy quién era” muestra un duelo por el yo anterior. Desde Freud (2006) concebimos que “el duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (p. 241), por lo que el duelo puede entenderse como un trabajo psíquico frente a una pérdida, en este caso, la pérdida de una funcionalidad o de una imagen previa del cuerpo. De igual manera, planteamos lo que Worden (2013) describe sobre el duelo, éste implica aceptar la realidad de la pérdida y adaptarse a un mundo transformado por ella.. Entonces, el paciente no sólo debe rehabilitar su cuerpo, también debe elaborar psíquicamente la pérdida de su vida anterior.

“¿Cómo ahora le doy sentido a mi existencia después de tener este incidente en donde tengo el duelo por pérdida de funcionalidad? Ya no soy quién era... mi proyecto de irme mañana a trabajar se acabó”. (Entrevista a Grecia)

“Ellos mismos vayan solicitando estas formas de cómo se van a ir acoplando... hoy aquí ya puedo comer, aunque sea con utensilios que me están adaptando los de rehabilitación, así que allá afuera lo voy a poder hacer”. (Entrevista a Grecia)

“Hay unos pacientes que nosotros tenemos que trabajar con el duelo: ‘es que a mí me encantaba el fútbol, ¿cómo no voy a volver a jugar fútbol jamás?’... pero si llevas una buena rehabilitación vas a poder ser independiente... que ellos entiendan que va a ser todo un proceso”. (Entrevista a Paola)

Nuestra intención es analizar si el duelo en rehabilitación también se relaciona con la pérdida de actividades significativas. Esto porque “dejar de jugar fútbol” no representa

únicamente abandonar una actividad recreativa, igualmente significa perder una parte de la identidad, del disfrute corporal y de la vida social del paciente. Desde la perspectiva de Allouch (2011) detallamos que “el duelo implica perder a alguien o algo, pero también perder un ‘trozo de sí’, es decir, una parte de la propia identidad vinculada con aquello perdido (p. 401). En este caso, la rehabilitación debe acompañar no solo la recuperación física, de igual forma compromete la elaboración emocional de aquello que ya no podrá vivirse de la misma manera. Es por ello que pensamos la rehabilitación como un proceso de adaptación y reconstrucción de autonomía. El uso de utensilios adaptados no representa únicamente una ayuda física, también la posibilidad de volver a participar en la vida cotidiana desde nuevas condiciones. “El cuerpo es el medio primario de estar en el mundo, por lo que cualquier modificación corporal implica también una reconfiguración de la relación con el entorno” (Merleau-Ponty, 1945, p. 94). Asimismo, Leder (1990) señala que “el cuerpo sano suele desaparecer de la conciencia, pero en la enfermedad o el dolor se vuelve presente e incluso invasivo” (p. 69). En este caso, la rehabilitación permite que el paciente vuelva a construir una relación posible con su cuerpo. Una que posibilite el trabajo de resignificación del mismo.

Por ejemplo, las quemaduras no solo afectan la piel o la funcionalidad, además impacta la manera en que el paciente se reconoce a sí mismo: “el cuerpo no es un objeto separado del sujeto, sino la condición misma de la experiencia (Merleau-Ponty, 1945, p. 94). Por tanto, cuando cambia el cuerpo, se transforma también la forma de habitar el mundo. Asimismo, Leder (1990) sostiene que “en la enfermedad el cuerpo deja de ser silencioso y se vuelve una presencia constante para la conciencia” (p. 69). Así, aceptar una nueva imagen corporal implica un proceso complejo de duelo, reconocimiento y resignificación que, al final de cuentas, requiere y merece una elaboración y reelaboración, o sea, es un trabajo constante y retroactivo.

“Lograr entender su padecimiento, lograr aceptarse, lograr reconocerse en una nueva condición porque finalmente las quemaduras alteran toda la condición del paciente... es el reconocimiento de esta nueva imagen corporal”. (Entrevista a Massiel)

“Son pacientes que se han aislado, que han dejado de hacer cosas que les gustaban... ya le perdieron el gusto a las cosas que hacían... vienen también algunos con el factor estresante de la economía”. (Entrevista a Paola)

“Poder empezar a trabajar el duelo con estos pacientes pues es la mejor manera... para que ellos vayan aceptando la situación en la que se encuentran, que es como la parte más difícil”. (Entrevista a Paola)

La enfermedad afecta múltiples dimensiones de la vida del paciente. El aislamiento, la pérdida de interés por actividades significativas y las preocupaciones económicas muestran que el padecimiento no puede reducirse a lo médico: “la enfermedad como experiencia vivida modifica el significado de la vida cotidiana y afecta tanto la dimensión emocional como social del sujeto” (Kleinman, 1988, p. 3). De igual modo, Leader (2001) plantea que “el duelo y la melancolía permiten pensar cómo las personas lidian, o fracasan en lidiar, con las pérdidas que forman parte de la vida humana (p. 11). En consecuencia, la rehabilitación debe considerar no sólo el cuerpo, también los vínculos, los deseos y las condiciones materiales del paciente, pues, forman parte de su narrativa, de su historia de vida.

Las entrevistas señalan que trabajar el duelo es fundamental para que el paciente pueda aceptar su nueva condición. Esta aceptación no debe entenderse como resignación pasiva, sino como un proceso de elaboración que permite reconocer la pérdida y construir nuevas posibilidades de vida: “el duelo implica tareas, entre ellas aceptar la realidad de la pérdida y adaptarse a un mundo transformado por ella” (Worden, 2013). Además, “el duelo requiere de otros que ayuden al sujeto a simbolizar la pérdida y a encontrar una forma de seguir viviendo” (Leader, 2011, p. 183). Es aquí que el acompañamiento psicológico puede funcionar como un espacio para nombrar, elaborar y resignificar la experiencia de enfermedad.

Por otro lado, la familia experimenta lo que mencionamos anteriormente desde la perspectiva de Boss (2001) un “duelo ambiguo”: El ser querido está presente físicamente, pero la persona que “era” antes del evento traumático ha desaparecido o se ha transformado profundamente. En los pasillos del hospital, el familiar encarna un dolor vicario, donde el cansancio físico de la labor del cuidado se mezcla con el duelo por su propia vida cotidiana suspendida. La institución al centrarse en la reparación biológica del cuerpo, a menudo invisibiliza este sufrimiento, forzando a los actores a una “negación institucionalizada” para poder cumplir con las metas de rehabilitación (Foucault, 2009). Así, el marco conceptual para analizar este fenómeno debe permitirnos leer que el hospital no solo es “un espacio de cura”, también representa un lugar donde el dolor se disputa entre la necesidad de sanar y la dificultad de aceptar una nueva y frágil realidad. Por eso estas propuestas de intervención son importantes, por la oportunidad que le otorgan al sentir del sujeto, precisamente en su discurso, la posibilidad de elaborar el duelo desde el acompañamiento, la contención, la escucha y el reconocimiento.

Capítulo VI: La construcción del vínculo: un encuentro entre la intervención y el aprendizaje significativo

A partir del análisis de las entrevistas realizadas a las psicólogas y los psicólogos que participan en el programa de Psicología Hospitalaria del Instituto Nacional de Rehabilitación, es que la tercera categoría aparece como una línea fundamental para comprender el acompañamiento psicológico dentro del contexto hospitalario. Desde la cual proponemos estudiar el vínculo cómo un lugar en el que convergen el contacto entre los sujetos y la posibilidad del aprendizaje y la transformación personal, entendiendo los lazos humanos no sólo como formas de trabajo o función, sino como un verdadero encuentro afectivo, con carga simbólica y formativa, lo que nos hace cuestionar ¿qué implica el vínculo? y ¿cómo esto transforma la experiencia?.

Comenzando con el análisis, uno de los descubrimientos que más llamó nuestra atención es que la discusión no gira en torno a si el vínculo existe o no. Ninguno de los psicólogos cuestiona su presencia. Por el contrario, todos reconocen que durante la hospitalización se construyen relaciones significativas entre pacientes, familiares, profesionales de la salud y psicólogos.

Lo que realmente llega a variar entre los entrevistados es la manera en que entienden ese vínculo, cómo lo construyen y qué lugar ocupa dentro de su práctica profesional. Esto lleva a pensar que el acompañamiento psicológico no puede comprenderse únicamente desde técnicas o procedimientos clínicos, sino también desde las relaciones que se generan a lo largo del proceso de hospitalización.

Al escuchar los relatos de los participantes, resulta difícil pensar el vínculo únicamente como una herramienta profesional. Aunque puede ayudar en ciertos procesos terapéuticos, las entrevistas muestran que su importancia va más allá de lo que puede aportar clínicamente. El vínculo está relacionado directamente con la experiencia misma de acompañar, puesto que forma parte de la manera en que pacientes, cuidadores y psicólogos viven lo que ocurre durante la hospitalización.

Esta forma de comprender el vínculo puede relacionarse con los planteamientos de Baz (1999), quien señala que las personas no se constituyen de manera aislada, sino dentro de relaciones e instituciones. Desde esta perspectiva, el vínculo puede entenderse como uno de esos espacios donde las personas construyen sentidos sobre lo que viven y, al mismo tiempo, transforman la manera en que se comprenden a sí mismas y a los demás. La experiencia hospitalaria no involucra solamente al paciente; se encuentra atravesada por

múltiples relaciones que participan en la forma en que cada persona interpreta lo que está viviendo.

Varias de las experiencias compartidas por los entrevistados apuntan precisamente en esa dirección.

“Más que un vínculo, yo considero que somos relación. Somos relación y obviamente yo no soy, por ejemplo, voy a poner un ejemplo aquí con ustedes. Yo no sería eh a la persona la a la persona que entrevista, si yo no dependiera de ustedes. Hoy no existiría esta entrevista si no dependiera de ustedes. Y ustedes no tuvieron una entrevista si no dependieran de mí. A eso me refiero de que somos relación más que un vínculo, ¿no?” (Entrevista a Grecia)

Cuando Grecia afirma que: *“Más que un vínculo, yo considero que somos relación”* propone una forma distinta de pensar el encuentro con el otro. Su reflexión no se limita a la relación entre psicólogo y paciente, sino que plantea que las personas se construyen constantemente en relación con quienes las rodean. Desde esta mirada, el vínculo entre psicólogo y paciente aparece como una de las expresiones más claras de esa forma de relación. Sin embargo, resulta interesante que ninguno de los participantes lo describa como una técnica clínica por sí sola. Más bien, las entrevistas muestran que la confianza y la escucha son condiciones necesarias para que el encuentro pueda producirse.

“Eh, hay cosas que dicen, “No, yo puedo llegar hasta aquí o nunca le cuento nada de mi vida al paciente porque hasta ellos te dicen, “¿Y usted está casada?” No, pues sí, sí estoy casada. Ah, es que yo estuve casada porque fíjese que y me y me golpeaban y no sé qué. Y yo, “No, señora, no se deje que es inevitable que ellas te puedas poner una barrera tan grande donde ni siquiera le permitas al paciente preguntarte algo personal, ¿no? Yo creo que, yo creo que ellos se sienten, al menos en hospitalización, más identificados contigo, más seguros, más tranquilos si haces ese vínculo con ellos. Y además, si logras ese vínculo, Abigail, puedes conseguir más. Puedes conseguir mucho más que, que poner una barrera. No, sí, claro que sí. Yo sí que igual yo soy la que estoy mal, pero no, yo sí creo.” (Entrevista a Leticia)

Esto puede observarse en las palabras de Leticia cuando menciona que: *“Yo sí creo que si logras ese vínculo puedes conseguir mucho más que poner una barrera”*. Su planteamiento cuestiona aquellas posturas profesionales que priorizan la distancia entre psicólogo y paciente. Para ella, el vínculo no representa un riesgo para el trabajo clínico, sino más bien como una posibilidad de construir confianza y acompañamiento.

“Este, no sé, me deja ver que se sienten en “confianza”, que se sienten cómodos. Eso para mí es muy importante hacerlos sentir cómodos eh porque pues sabemos que si no te sientes

cómodo en una sesión con un psicólogo difícilmente va a avanzar, ¿no? Entonces, mi idea es que siempre se puedan sentir cómodos, acompañados, escuchados y pues celebrar con ellos los "logros", ¿no? A veces me dejan muy impactados que digo, WOW." O sea, no se me hubiera ocurrido, ¿no? y reconocer toda esta parte. Eh, también quiero agregar que la familia o la red de apoyo, no siempre es la familia, pero es muy importante también desde la hospitalización." (Entrevista a Frida)

La misma idea aparece en otros relatos. Específicamente con Frida que comenta que busca que los pacientes se sientan: "Cómodos, acompañados, escuchados"

"Entonces estuvimos platicando, trabajando, le dejaba tareas, terminamos nuestra intervención porque ya se iba a dar de alta y me dijo que si podía seguir viéndola yo porque nunca había conectado con otro psicólogo, que había ido como con diez psicólogos, pero que se sentía cómoda conmigo" (Entrevista a Areta)

Mientras que Areta menciona sobre un caso de una paciente que le pidió continuar el proceso únicamente con ella.

Estas experiencias permiten pensar que el vínculo se relaciona con la posibilidad de sentirse reconocido por otra persona. No se trata solamente de recibir atención psicológica, sino de tener una relación donde el paciente pueda sentirse visto como alguien más que un diagnóstico o un expediente clínico.

En un contexto hospitalario, donde gran parte de la atención suele centrarse en procedimientos médicos, diagnósticos y protocolos institucionales, esta forma de entender el vínculo adquiere bastante relevancia. La mayoría de los psicólogos describen sus experiencias en donde lo técnico predomina. En ese contexto, el vínculo parece convertirse en una forma para recuperar aspectos de la experiencia humana que muchas veces quedan fuera por el lenguaje técnico.

"Me parece vital que pueda haber este acompañamiento, sobre todo para (.) eh:: que la atención sea integral y que los pacientes también puedan eh reforzar pues toda esa parte, ¿no? "La parte emocional". Eh, sabemos que es muy difícil estar en un hospital, a lo mejor no hemos estado en uno, pues hemos sido "cuidadores" en algún momento, entonces eh pues no sé, creo que sí hace falta mucho como estas palabras, ¿no? A lo mejor de aliento de que alguien nos pueda escuchar, sentirnos vistos y no solo como un número de expediente" (Entrevista a Frida)

Cuando Frida habla de la importancia de sentirse visto puede aparecer una crítica implícita a las formas de atención que pueden dejar en segundo plano las vivencias de las personas.

El miedo, la incertidumbre, el sufrimiento y las pérdidas son escuchados y reconocidos en un espacio a través del encuentro con otro.

Las entrevistas también muestran que el vínculo no surge de manera inmediata. Ninguno de los participantes lo describe como una conexión automática que aparece desde el primer encuentro. Por el contrario, parece construirse poco a poco a través del tiempo compartido y de continuar con el acompañamiento.

“Justamente, digo, no es lo mismo yo que estuve en comunicación humana, pues ahí vemos únicamente pacientes ambulatorios, pacientes igual que nada más vemos una sola vez y no los volvemos a ver. Y aquí es conocer al paciente, conocer a su familia, incluso a veces pues verlos desde que llegan hasta que o se van de alta, que se van a casa o que lamentablemente fallece el paciente, ¿no?. Entonces, el vínculo es totalmente distinto. El vínculo terapéutico, repito, en comunicación humana es te veo una sola vez y no te vuelvo a ver, pero aquí es totalmente distinto” (Entrevista a Nanhiely)

Nanhiely señala que el trabajo hospitalario implica: *“Conocer al paciente, conocer a su familia”* Destacando la importancia de acercarse a las experiencias específicas de quienes atraviesan la hospitalización.

“Entonces, a mí me pasó algo muy curioso cuando yo trabajaba con un adolescente de 12 años y lo vi 4 meses seguidos, excepto fines de semana y festivos. Este y yo luego me cachaba que iba a comer a algún lugar y ponían el partido de fútbol y qué crees, lo recordaba. ¿No? Decía “Claro, ese partido le gusta a este chico” (Entrevista a Grecia)

“A veces pareciera imposible no hacerlo cuando tienes un paciente de cinco meses que lo estás viendo constantemente” (Entrevista a Paola)

El factor del tiempo también aparece en otros relatos. Grecia menciona a un paciente al que acompañó durante varios meses cuando dice que lo vio por 4 meses seguidos. Por su parte, Paola también reconoce el peso del tiempo al mencionar el tiempo que ve algunos pacientes. Estas experiencias sugieren que la confianza se construye paulatinamente, a través de encuentros repetidos que ocurren en momentos particularmente significativos para pacientes y familiares.

Otro aspecto que aparece con frecuencia en las entrevistas es que el vínculo no se limita a la relación entre psicólogo y paciente. También puede observarse entre psicólogos y familiares, entre los propios familiares, entre pacientes e incluso entre distintos profesionales de la salud. Esto genera una idea sobre cómo la experiencia hospitalaria

puede ser una red de relaciones donde cada vínculo influye, de alguna manera, en la forma en que las personas afrontan lo que están viviendo.

“Se trabaja con ambos eh desde cuando el paciente o la condición del paciente no permite este trabajo directo con él, se trabaja con el familiar. El familiar lo vive de una manera totalmente distinta, ¿no? Hay duelo también en el familiar, hay cansancio y lo que queremos justo en esos casos es poder trabajar y monitorear para evitar un colapso, ¿no? Emocional y físico, evitar el desgaste” (Entrevista a Frida)

“Bueno, pues con el paciente es el vínculo terapéutico y con con los demás, pues eso es justamente establecer el vínculo entre compañeros. ¿no? Entre apoyarlos entre todos para el beneficio del paciente. Así, aquí lo primero que tenemos todos es el beneficio del paciente. Podremos tener o no una convivencia cercana con el personal, pero estando allá arriba es somos un equipo y trabajamos en equipo para beneficio del paciente.” (Entrevista a Nanhiely)

“Pues sí ha habido veces que sí le digo como a una compañera, ¿no? Oye, tú tienes más experiencia con este tipo de pacientes o incluso podrías tener más herramientas, ¿no? O te llevas mejor con esta población. Entonces, ayúdame, ¿no? Y ya va mi compañera y lo ve. Y así, así yo, ¿no? Por ejemplo, otra me dice a mí, “Oye, tengo un paciente que tal y que no, nada más no puedo con él, nos peleamos.” Puedes ir a verlo y ah sí. Y así, entonces, pues es un trabajo en realidad en equipo y cada uno tiene que saber, ¿no? Que, qué habilidades tenemos, pero que también qué áreas de plan o no podemos manejar y si aprender a pedirle ayuda al al compañero.” (Entrevista a Areta)

“O sea, nosotros pasamos y estamos y hacemos una intervención, un rato. Eh, yo personalmente pues al rato regreso, me doy vuelta, a ver cómo está, “cómo vas?” Este, pero ellos, ellas son quienes están ahí todo el tiempo y entonces esa referencia pues a mí me significa oro” (Entrevista a Ulises)

Frida hace referencia a esta situación cuando afirma que: “El familiar lo vive de una manera totalmente distinta. Hay duelo también en el familiar, hay cansancio”. Su comentario permite reconocer que la enfermedad no afecta únicamente a quien recibe el diagnóstico. También en quienes acompañan el proceso y enfrentan preocupaciones, incertidumbres, cansancio y distintas formas de pérdida. Algo similar ocurre en el trabajo interdisciplinario. Nanhiely menciona que son un equipo, al igual que Areta. Mientras que Ulises destaca el papel del personal de enfermería

Estos relatos muestran que el cuidado hospitalario se construye colectivamente y que el acompañamiento no depende únicamente de una profesión específica. Al revisar estas experiencias aparece una idea bastante interesante: en muchos casos, la intervención parece producirse dentro de la propia relación.

“Porque vaya, ah yo aprendí que a lo mejor a los pacientes, a los familiares no se les toca. ¿No? Pero la señora se acerca a abrazarme. ¿Qué le digo? Claro. O sea, a lo mejor es eso, nada más ese va a ser mi intervención con la señora. [...] ¿No? ¿Cómo me acerco estando estando presente para ella? Y si para ella en ese momento que la bordé para ella mi presencia solamente fue el abrazo, pues yo ya hice intervención. O sea, suena complejo de entender, pero es justo ese ese cómo lo acompaño. O sea, si ella requiere su espacio y me dice, “¿Sabes qué? Psicóloga, no quiero hablar.” Pues se respeta y no lo hablamos”.(Entrevista a Grecia)

La experiencia relatada por Grecia resulta significativa en este sentido. Al recordar el acompañamiento brindado a una mujer que acababa de perder a su esposo, señala: *“Si para ella en ese momento solamente fue el abrazo, pues yo ya hice intervención”.*

Esta reflexión nos invita a pensar que la intervención psicológica no siempre ocurre mediante técnicas complejas. En ciertos momentos, la presencia o la escucha, pueden adquirir un profundo significado para quien atraviesa una situación difícil.

“Eh a veces pensamos y también te lo dicen, no, es que tienes que intervenir. Algo le tienes que dar al paciente. Pero en la práctica yo me he dado cuenta que no es cierto. O sea, no necesariamente le tú le tienes que dar algo. A veces, a veces es tan simple como ser otra persona entendiendo a alguien en un pro en, en un proceso, en un problema. No tengo técnica para esto, no tengo un, un protocolo, no, o sea, a veces solamente acompañar. A veces solamente escuchar. A veces solamente estar ahí”. (Entrevista a Ulises)

Como se enunció en capítulos anteriores, esta idea también aparece en las palabras de Ulises cuando afirma que, en ocasiones, el trabajo consiste simplemente en: *“Acompañar”, “escuchar” o “estar ahí”.*

También, Verónica destaca la escucha como una de las herramientas más importantes de su práctica cuando dice

“Yo no vengo a imponer algo y a decirte qué tienes que decir. Yo vengo a escucharte Y a partir de entonces vamos, vamos tomando decisiones que puedo yo hacer.” (Entrevista a Verónica)

Estas experiencias dialogan con los planteamientos de Rogers (1951), quien consideraba que la capacidad de ayudar a otra persona no depende exclusivamente del conocimiento técnico, sino también de la calidad de la relación que se construye. A lo largo de las entrevistas aparecen de forma constante elementos como la empatía, la aceptación y la autenticidad en el encuentro con el otro.

Visto de esta manera, el vínculo no ocupa un lugar secundario dentro de la intervención psicológica. Más bien, parece constituir el espacio desde el cual el acompañamiento adquiere sentido. La posibilidad de sentirse escuchado y reconocido permite que las personas encuentren un lugar para elaborar aquello que la enfermedad, la hospitalización o la rehabilitación han movido en sus vidas.

Sin embargo, las entrevistas también muestran que los efectos del vínculo no recaen únicamente sobre quienes reciben acompañamiento psicológico. Diversos participantes señalan que el encuentro con los pacientes también deja huellas en quienes acompañan.

“Pero no me puedo desvincular porque no hay cómo. Entonces, eh justamente ahí es donde como profesionales, como psicólogos esta cuestión del hospitalario, pues tenemos que tener esta, cuidado con todas estas cosas, porque te digo, te pueden tirar y entonces ya no ya no es una persona con un trauma, sino ya somos dos traumados.” (Entrevista a Ulises)

“Entonces, cada persona, cada historia, yo desde antes de que estudiara psicología iba en la calle y decía, “Es que cada persona es una historia y sabrá Dios cómo la viven, ¿no?” Pues aquí en hospitalización, o sea, hay veces que quieres llorar junto con ellos porque la verdad son historias fuertes” (Entrevista a Leticia)

Ulises reconoce que existen experiencias de las que resulta imposible desvincularse completamente, mientras que Leticia relata la emoción que le pueden provocar ciertas historias.

Lo anterior permite ver que la transformación no ocurre solamente en los pacientes. Los psicólogos también se ven afectados por aquello que viven. Las historias de los pacientes terminan formando parte de su propia experiencia y generan reflexiones, emociones y aprendizajes que acompañan su práctica profesional. Esta cuestión dialoga con lo planteado por Larrosa (2009), quien entiende la experiencia como aquello que nos afecta y nos transforma. Gracias a esto, el vínculo puede pensarse como uno de esos espacios donde algo sucede tanto para quien recibe acompañamiento como para quien acompaña.

“Bueno, el ambiente se siente diferente desde que llega uno al piso jeje. Sí, antes se sentía hasta como frío, como rígido. Ahorita ya es un poco más relajado. Los niños se van felices. O sea, ya pues más prueba que eso que se pudo hacer un cambio con ellos. Los papás agradecen, los papás regresan a saludar. Pues algo se hizo. Algo en término de vínculo, algo algo cambió ahí, ¿no? Que ellos puedan hablar y puedan decir cosas que no le han dicho a nadie. a ti? Yo creo que eso habla de que se logra un vínculo.” (Entrevista a Verónica)

“Este es un espacio donde se les puede acompañar y se les puede escuchar, que es una experiencia diferente. Yo creo que si cambiamos un poco este aquí el vínculo. Allá pueden cambiar las cosas. Los niños se empoderan y entonces ya pueden decir, “Bueno, yo tengo esto, yo nací con esto, este yo me enfermé de esto y me tuvieron que quitar este mi pie con más libertad.” Eh, yo creo que eso. O sea, insisto, ya no me interesa tanto como el aprendizaje de conocimientos, sino un aprendizaje experiencial y de vínculo, de contacto humano. Es que eso puede transformar vidas.” (Entrevista a Verónica)

Cuando Verónica relata que uno de sus pacientes le dijo que había cosas que: “No le he dicho a nadie más que a ti” y posteriormente afirma que “eso (el acompañamiento) puede transformar vidas.” Aparece bastante obvia esa parte transformadora del encuentro. No se trata necesariamente de cambios radicales o inmediatos. Más bien, se refiere a la posibilidad de encontrar nuevas maneras de entender lo que se vive en ese momento, expresar emociones que permanecían en silencio o sentirse acompañado en momentos difíciles.

Sin embargo, esta misma capacidad del vínculo para generar cercanía también introduce una de las tensiones más importantes identificadas en las entrevistas. Si el encuentro implica confianza, afectación mutua y cercanía emocional, ¿cómo acompañar sin perder de vista los límites necesarios para el cuidado? Esta preocupación aparece de distintas maneras en los relatos de los participantes. Todos reconocen la importancia de construir relaciones cercanas.

“Tú les agarras también cariño, ¿no?. O sea, no puedes decir que no, que pero pues sí es complicado porque aquí entra la parte de psicología externa. Entonces, pues yo le tuve que decir a esta chica, “No, porque hay servicio de psicología externa, entonces te voy a derivar para allá, ¿no? Para que te puedan dar seguimiento.” Y ella pues me dice, “No, pero es que no, no va a servir, no me puedes ver aunque te pague afuera.” Y empieza ahí a entrar como el código de ética de aquí del hospital, ¿no? Y de todos los trabajos en realidad, pues no puedes llevarte a los pacientes de aquí, ¿no? Para la consulta privada. Entonces, sí, si se da mucho eso, te llegas a formar vínculos, ¿no? [...] Pero igual como lo del la parte emocional del equilibrio que me decían, o sea, hay que aprender a lidiar con eso, con esa parte de afecto o cariño que les puedas tener.” (Entrevista a Areta)

Areta lo expresa de forma contundente cuando menciona el cariño que puede sentir hacia los pacientes y cómo mediar ese vínculo en el apartado profesional, además de lo que ya se mencionó sobre la paciente que pidió continuar el proceso con ella porque no había conectado con ningún psicólogo anteriormente. Estas experiencias muestran que la cercanía emocional forma parte del encuentro y difícilmente puede eliminarse. Al mismo tiempo, los entrevistados también hablan de la necesidad de establecer límites.

“O sea, es el paciente, porque no es mi paciente, es el paciente, ¿no? Entonces, desde ahí pues uno va a separando que no es mío. O sea, te asignaron un caso, claro, trabaja el caso. Pero no es mi paciente, mi chiquito, mi niño, ¿no? Que entonces empiezas a hacer una mezcla ahí de cosas que luego de pronto se salen de las manos del personal de salud.”
(Entrevista a Grecia)

Con esto, Grecia introduce una reflexión muy importante: acompañar no significa asumir como propia la experiencia del otro ni ocupar su lugar. Lo interesante es que esta tensión no se presenta como una decisión fácil entre cercanía o distancia. Ninguno de los participantes propone eliminar la implicación emocional, pero tampoco defienden una ausencia total de límites. Más bien, la búsqueda parece irse hacia un equilibrio que permita acompañar sin invadir y comprender sin apropiarse.

Esta misma preocupación puede observarse en las reflexiones de Leticia, quien cuestiona las barreras excesivamente rígidas entre psicólogo y paciente. Su experiencia sugiere que una distancia absoluta puede dificultar la construcción de relaciones significativas. Sin embargo, las entrevistas tampoco muestran una defensa de la implicación total. Lo que aparece constantemente es la búsqueda de una forma de acompañar que reconozca tanto la humanidad del otro como la necesidad de preservar ciertos límites.

En este sentido, el vínculo puede entenderse no solamente como una experiencia afectiva, sino también como una práctica ética. La pregunta que atraviesa la mayoría de las entrevistas no parece ser cuánto debe involucrarse el psicólogo, sino cómo construir una relación que permita reconocer la humanidad del otro sin perder de vista las condiciones necesarias para el autocuidado.

A lo largo de las entrevistas, la relevancia del vínculo resulta evidente. Sin embargo, lo que más llamó nuestra atención no fue únicamente su presencia dentro del acompañamiento psicológico, sino aquello que puede llegar a producir. Para pacientes, familiares y psicólogos, el vínculo parece convertirse en un espacio donde es posible sentirse escuchado y reconocido, pero también donde surgen aprendizajes, transformaciones y nuevas maneras de comprender la experiencia propia y la de los demás.

Las entrevistas muestran que el acompañamiento psicológico ocurre precisamente en ese punto donde es posible acercarse al otro sin perder los límites que hacen posible el cuidado. Es en esa tensión constante entre cercanía y distancia, entre implicación y responsabilidad, donde el vínculo adquiere gran parte de su riqueza para comprender la práctica de la psicología hospitalaria. Así, el vínculo no aparece como una técnica ni como un recurso

complementario por sí sólo, sino como una de las condiciones fundamentales que hacen posible el acompañamiento psicológico dentro del contexto hospitalario.

Capítulo VII: Del acompañamiento a la formación: el hospital como espacio de educación no formal

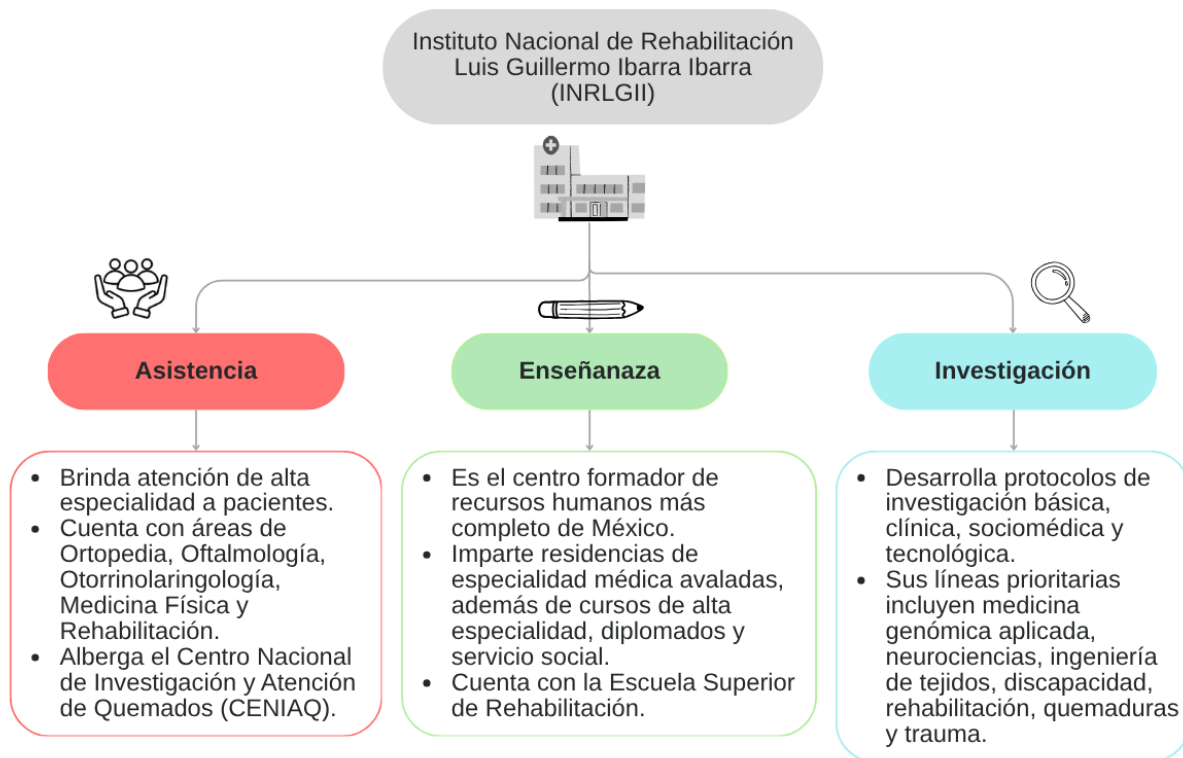


Figura 4. Andamiaje integral del funcionamiento del instituto.

“Enseñar no es transferir conocimiento, sino crear las posibilidades para su propia producción o construcción.”

(Freire, 1996)

Finalmente, esta categoría se configura como una consecuencia de las experiencias que emergen en el contexto hospitalario, de los vínculos que los psicólogos construyen y nombran con los pacientes, familiares, cuidadores y equipos multidisciplinarios. Esta ruptura de la cotidianidad en cuánto aparece la enfermedad, hospitalización y rehabilitación; son las que interpelan al sujeto, movilizan sus significados previos y abren la posibilidad de construir nuevas formas de comprensión, de ser y estar en el mundo. Así, la experiencia deja de ser únicamente “*eso que sucede*” para convertirse en un espacio de reflexión, resignificación y aprendizaje significativo como vehículo de transformación.

Es por eso que, los relatos recuperados muestran cómo a partir de dicha ruptura, surgen aprendizajes vinculados no sólo al conocimiento de la enfermedad o del proceso de atención, sino también al reconocimiento del *otro* que enseña. De este modo, la experiencia y el aprendizaje aparecen bastante articulados, configurándose como procesos que posibilitan nuevas maneras de habitar, comprender, dar sentido a la realidad vivida, con el aquí y el ahora.

Por ende, esta categoría aborda el aprendizaje significativo como consecuencia de la experiencia hospitalaria de los psicólogos y sin mantenerse ajeno a través de su discurso, nos comparten cómo los pacientes y familiares posibilitan su constante aprendizaje en cuanto a su práctica profesional y paralelo a ello, generan espacios formativos para quienes acompañan en su día a día. A partir de las narrativas recopiladas en las entrevistas y de algunos relatos provenientes de nuestra memoria y diario de campo, se observa que el aprendizaje no se produce de manera aislada, sino que surge como un proceso recíproco del acompañamiento, la escucha y el encuentro de la experiencia con el otro.

En este sentido, la categoría busca comprender cómo el aprendizaje significativo resignifica su experiencia, construye nuevos sentidos y formas de ser frente a la enfermedad, la hospitalización y los procesos de recuperación. Asimismo, las narrativas permiten identificar diversas formas de esa construcción de sentido, por lo que el análisis se organiza en las dimensiones: a) aprendizaje formal, b) no formal y c) informal, reconociendo que estas modalidades se entretajan constantemente en la experiencia cotidiana del contexto hospitalario.

Entonces, integrar la mirada de Rogers nos permite ampliar la comprensión del proceso formativo formal, no formal e informal que ocurre en el acompañamiento psicológico hospitalario. Lo que el paciente aprende no es únicamente de orden intelectual; se trata de un aprendizaje que “se asimila en el plano del ser” (Rogers, citado en Penna, 2000, p.3), que se aplica a la vida cotidiana y que se evalúa desde dentro, porque su sentido es personal y subjetivo, y al mismo tiempo, el psicólogo también aprende en este proceso, desarrolla su sensibilidad y su práctica clínica desde la reflexividad.

En el caso de los psicólogos, el aprendizaje significativo aparece vinculado con la experiencia de acompañar a los sujetos atravesados por procesos de enfermedad, hospitalización y rehabilitación. Como señala Bleger (1963), el trabajo psicológico implica comprender al sujeto en situación, reconociendo que toda experiencia se encuentra inscrita en contextos históricos, sociales y afectivos específicos. Desde esta perspectiva, la

intervención psicológica no supone únicamente la aplicación de conocimientos técnicos, sino un encuentro constante de la experiencia y reconocimiento del otro.

Asimismo, Rogers (1951) plantea que la relación terapéutica se sostiene en la autenticidad, la empatía y la congruencia, condiciones que permiten al paciente explorar y resignificar su experiencia. Sin embargo, este proceso no transforma únicamente a quien recibe el acompañamiento, pues, las narrativas de los psicólogos entrevistados muestran que este reconocimiento del otro que sufre, que está enfermo y en proceso de recuperación, también moviliza procesos de reflexión sobre su propia práctica, sus formas de comprender al otro y su posición dentro del ámbito hospitalario. Razón por la que el aprendizaje significativo de los psicólogos se configura como una consecuencia de la experiencia construida en el encuentro con pacientes y familiares, posibilitando nuevas comprensiones sobre el ejercicio profesional y sobre sí mismos.

Por un lado, el aprendizaje formal y profesional aparece vinculado a la formación académica, por otro lado, el aprendizaje no formal, que surge de las demandas específicas entre paciente-psicólogo y por último, el aprendizaje informal, que surge en la práctica cotidiana del encuentro entre psicólogos, enfermeros, pacientes, enfermeros y médicos.

Es decir, todo el equipo que conforma la psicología hospitalaria, previo a su ingreso, tuvo una educación formal que cobra sentido dentro de su labor en la institución. Coombs y Ahmed (citados en Casillas, 2023, p. 52) mencionan que “la educación formal se imparte mediante instituciones altamente estructuradas con métodos, modelos y formas ya establecidas de instrucción y evaluación”. Entendemos que, las trayectorias académicas de los psicólogos entrevistados, conformadas por licenciaturas, maestrías, diplomados y especialidades, constituyen una base formativa fundamental para el ejercicio de la psicología hospitalaria.

En su discurso observamos que, una vez concluida su formación académica inicial, los psicólogos continúan construyendo conocimiento mediante espacios organizados de capacitación, intercambio y actualización profesional. Estos procesos se aproximan a lo que Casillas (2023) denomina educación no formal, pues se desarrollan fuera de los sistemas convencionales de certificación, aunque mantienen objetivos formativos claramente definidos.

“Entonces, todas las experiencias que nosotros hemos vivido tanto con pacientes, con familiares y con el personal han sido muy enriquecedoras y a partir de ahí de todo ese aprendizaje es que van surgiendo todos los talleres tanto de ellos, como nosotros nuestros proyectos de investigación, como la retroalimentación. Por ejemplo, hoy va a haber una

sesión académica que se hace mensualmente en el área de psicología hospitalaria. Nosotros compartimos lo aprendido en nuestras áreas de trabajo. Entonces, yo aprendo de mi compañera de tumores, de la de infantil, de la columna, etcétera, etcétera. cómo se maneja, cómo se aborda el paciente, qué tipo de estrategias utiliza". (Entrevista a Rocío)

"Tengo una licenciatura en psicología y una maestría en psicología clínica. También cuento con diplomados y estoy en constante preparación, justamente creo que la - el día a día y todo lo que vemos y escuchamos y trabajamos en con esa población en específico, pues te te orilla a estar en constante preparación, conocimiento". (Entrevista a Frida)

"Doy clases aquí en el instituto a estudiantes de licenciatura y a residentes. Les enseño lo que ya adquirí a través de estos 21 años de experiencia que tengo aquí. Es enseñarles lo que lo que hacemos, lo que sé, lo que he trabajado con los pacientes, eh es preparar los temas y, y, y insisto, yo doy clases, entonces es estar preparando y capacitándome yo para poder transmitir también estos conocimientos. Yo busco artículos que yo ya leí que pueden ser herramientas para que ellos puedan aprender". (Entrevista a Nanhiely)

"Hemos tenido cursos porque ni los médicos creo que tomaron una clase de cómo dar malas noticias, eso nos toca, no nos toca a nosotros". (Entrevista a Leticia)

"Son varios los factores que se consideran que necesitamos ver este pues mucho, ¿no? La parte de la imagen corporal, la ansiedad, pues todos los procesos dolorosos por los que pasan. Entonces eh justo estamos eh estamos haciendo unos talleres, no es por parte de psicología hospitalaria". (Entrevista a Aretha)

"Nos retroalimentamos mucho porque: se los juro que hay historias que uno no se las puede creer. Ah, de todo. Llegan tan cosas tan diversas porque es un mundo de personas. O sea, de ver la diversidad es increíble. Entonces, siempre tenemos de dónde aprender. Tratamos de sí hacer como eh nosotros tenemos como servicio un día al mes académico y tratamos como de retroalimentarnos, desde casos, desde modos de intervención, desde corrientes, artículos, porque si yo tal vez no sepa cómo atender o si me llega un caso complicado, muy probablemente a una compañera le haya llegado algo similar. Entonces o tratamos de ver la mejor manera en donde pueda ser abordado, ¿no? (Entrevista a Paola)

Ahmen (en Casillas 2023, p. 56) menciona que:

"La educación no formal, es decir, las actividades de aprendizaje, organizadas y sistemáticas, que se realizan fuera del sistema formal, no es ni un sistema alternativo de educación, ni un expediente para alcanzar la rápida educación de la población, sino que constituye una segunda oportunidad de aprendizaje para quienes no tuvieron educación escolar; hace posible que la población pobre, rural o urbana, adquiera, dentro de programas de "desarrollo integrado", conocimientos, actitudes y habilidades útiles, y suministra una amplia variedad de actividades de aprendizaje directamente asociadas con el trabajo".

Por lo que, los psicólogos no están aprendiendo porque exista algún plan de estudio riguroso establecido, sino que, aprenden porque las necesidades hospitalarias les exige resolver problemas a los que se enfrentan que surgen desde su práctica cotidiana. Razón del por qué existen cursos, talleres, investigaciones que ellos mismos construyen y proponen por efecto de la demanda.

La experiencia de Rocío resulta ilustrativa al señalar que los aprendizajes obtenidos en el trabajo con pacientes, familiares y personal de salud se transforman posteriormente en talleres, proyectos de investigación y espacios de discusión colectiva, dónde, las sesiones académicas mensuales permiten compartir estrategias de intervención y aprender de las experiencias desarrolladas en otras áreas del hospital. Esto evidencia que la formación profesional no concluye con los estudios universitarios, sino que se mantiene en constante construcción a través de espacios institucionales orientados al aprendizaje multidisciplinario y la producción de conocimientos.

Por otro lado, mucho del enriquecimiento en cuanto a la formación psicológica deriva de la práctica cotidiana dentro del hospital, dónde el aprendizaje surge desde la experiencia hospitalaria en el intercambio, la interacción y el reconocimiento del otro. Casillas (2023) menciona que “la educación informal es una educación que se realiza con la influencia de los otros y que no es la que se desarrolla a través de lo establecido en los planes y programas de estudio de la escuela”. (p. 54)

Así, el hospital no solo es un espacio de atención, sino un espacio educativo informal. Porque los psicólogos aprenden de los mismos psicólogos, de los pacientes, de los enfermeros, de los médicos y las mismas situaciones a las que se enfrentan día a día. Y ese aprendizaje no aparece en un programa de estudios, se construye en la convivencia y en la experiencia.

“Con la necesidad uno aprende (...) entonces ya es ir y decirle, “Oye, ayúdame o dame este No me lo vas a hacer tú quizá, pero dame bibliografía y voy a leer de esto y no voy a ser experta en todo, pero por lo menos sí voy a tener una idea (...) Pero escuchándolo tú dices como, “Ah, o sea, quizás no es mi corriente, pero mira, esto que está diciendo está muy interesante y me puede servir para ir con este paciente en específico.” (Entrevista con Aretha)

“Pues yo creo que de todo tipo, yo creo que tipo académico que son lo que puedes aprender en un aula, a mí me gusta gusta los aprendizajes que me dan los compañeros eh a nivel personal, ¿no? Cómo cómo dirigirte, como como ir por la vida. Y no solo de los psicólogos, sino de los médicos”. (Entrevista a Leticia)

"Para mí lo mejor aprendizaje es lo que me dejan los compañeros al ver lo que saben, pero los pacientes también (...) El aprendizaje hasta de los pacientes (...) Son enseñanzas que te vas a llevar como profesional, pero además como persona". (Entrevista a Rocío)

"Uy, ¿cómo es esto y cómo lo ven ustedes desde acá?" Entonces, claro, yo pienso eh y estoy convencida de que todo el tiempo estamos aprendiendo, ¿no? De todas las personas, también de los familiares, ¿no? De los familiares de otras áreas, este, pero insisto, pues uno se queda con lo que le es útil, es funcional y lo que empata contigo". (Entrevista a Frida)

Más allá de los espacios académicos y de capacitación institucional, las entrevistas muestran que gran parte del aprendizaje de los psicólogos se construye en la experiencia cotidiana dónde, el hospital funge como un espacio constante de formación donde el conocimiento surge de las necesidades concretas de los pacientes, de la interacción con otros profesionales y de los desafíos que impone la práctica clínica. En este sentido, el aprendizaje no aparece como un proceso individual ni previamente planificado, sino como una construcción colectiva que emerge del intercambio constante de saberes y experiencias.

"Eh, que el equipo médico vaya dándose cuenta que nuestra intervención pues está cambiando la intervención que ellos hacen, ¿no? La intervención corporal. Pues que sin esto, sin este apoyo, sus pacientes son diferentes y los resultados son diferentes, diferentes, ¿no? Entonces, pues ya van reconociendo la importancia de nuestro estar ahí, ya empieza a haber este intercambios, ¿no? Que eso es lo importante. Yo creo que eso es lo importante, que podamos eh intercambiar experiencias, saberes, este no es que sepas tú más que yo, sino pues de lo que yo sé te lo comparto y, ¿no? Y entonces tú, médico, me ayudas a entender cómo está la situación, ¿no? Yo no soy médico ni me voy a poner a este diagnosticar, pero sí como entender pues qué tan complicado puede ser un proceso, ¿no?" (Entrevista a Verónica)

"Recuerdo mucho un cirujano plástico que me preguntó algo de la quemadura. Y entonces dije, "Pues no, pues yo no sé." O sea, yo no soy médico. Y me marcó eso porque me dijo, "Es que no me importa que no seas médico, estás dentro del área de quemados, por lo tanto debes de saber de quemaduras." Y entonces dije, "Caray, creo que sí es cierto." No, entonces sí, efectivamente no soy médico, pero debo de tener los conocimientos mínimos de por lo menos que es una quemadura y qué grados de quemaduras hay, ¿no? Entonces, pues es aprendizaje de todo". (Entrevista a Nanhiely)

"Si no hay una visión más integral, familiares, este, ver los diferentes aspectos que podemos encontrar en hospitalización, por ejemplo, drogadicción, agitación, sobremedicación y tenemos que trabajar de manera multidisciplinaria, es decir, a la mano de servicio médico,

trabajo social, enfermería vamos de la mano, porque son las que nos van diciendo, "Oye, el paciente fulanito se está en estas condiciones y salimos corriendo." En algunos casos los servicios que todavía no se alcanzan a cubrir esperamos las interconsultas". (Entrevista a Rocío)

"Las enfermeras nos han dicho que que para ellas había muchas cosas que ya resolvían en cuanto al estado anímico tanto del familiar como del paciente y ahora para ellas escucharnos, bueno, nosotros hemos aprendido muchísimo de ellas en el sentido de cuáles son los límites donde puedes intervenir y no puedes intervenir. Otra, ellas saben que están más familiarizadas con las reacciones de los pacientes en hospitalización. Que no es lo mismo él un texto que a alguien que lo ha vivido durante muchos años y entonces en esa retroalimentación nosotros también hemos aprendido dónde podemos de qué manera abordar al paciente, ¿no? Porque volvemos a la misma, no es lo mismo abordar un paciente con ansiedad en un consultorio que abordarlo por dolor o por porque les da mucha ansiedad de este los que nunca han estado en terapia o porque tiene un deterioro cognitivo, tiene un delirium, ¿qué hacer con un paciente con delirium? Que yo nunca lo voy a vivir en un consultorio". (Entrevista a Rocío)

Los participantes describen que aprender implica preguntar, observar, compartir estrategias, reconocer los propios límites y acercarse a otros profesionales para comprender factores que trascienden en su disciplina. Así, el conocimiento psicológico se enriquece mediante el diálogo con médicos, enfermeras, trabajadores sociales, familiares y pacientes, configurando una forma de aprendizaje que se produce fuera de los espacios formales de enseñanza. Coombs y Ahmed, (citados en Casillas, 2023, p. 54) mencionan que "no son las instituciones tradicionales [refiriéndose a la escuela] las que imparten la educación informal, sino instituciones sociales como la familia, el matrimonio, los grupos de amigos, grupos de trabajo, etc.

De esta manera, el aprendizaje significativo de los psicólogos hospitalarios no sólo consiste en adquirir nuevos conocimientos, sino en transformar continuamente su práctica profesional a partir de la experiencia compartida por medio del aprendizaje informal. El hospital no solo se convierte así en un escenario donde aprender y acompañar son procesos inseparables, también se sitúa como un espacio de reconocimiento de saberes, cultura, ideas, pensamiento etc., del otro.

"Cuando había algún caso en el piso, le dicen en ortopedia pediátrica, nosotros íbamos a ver al paciente, pero era algo diferente. Ya que estás allá dentro la ves de otra manera. Pero yo ya aprendí mucho de todos los padecimientos que hay. Malformaciones, amputaciones, cáncer, problemas genéticos. Ahí lo aprendí". (Entrevista a Verónica)

“Lo que hacen en comunicación, lo que hacen en en rehabilitación, lo que hacemos nosotros, pues si son abiertos, nos podemos llenar de muchas estrategias, ¿no? Que usen y desde diferentes enfoques, porque aquí cada uno de mis compañeros tiene un enfoque distinto. Entonces, al principio uno llega casado con sus técnicas y el niño, pero pues sí aprendes mucho de eso, ¿no? (...) También evidentemente de los casos clínicos que exponen los médicos y eso, pues es muy enriquecedor, porque tú vas entendiendo ya en la totalidad a tu paciente, ¿no? Se siente así, pero tiene una historia de enfermedad así, ¿no? Y tiene que pasar por esta cirugía, entonces pues vas aprendiendo de todo.” (Entrevista con Aretha)

“En esos diez días, si yo identifico que hay alguna situación que por lo regular se identifica máximo en el segundo día, es cuando se manda a hablar a la psiquiatría. Se le da el abordaje, de acuerdo al medicamento o al trastorno que se haya confirmado, se va dando el enfoque. Mi enfoque es un poco más humanista. Sin embargo, acá en la parte hospitalaria y por los tiempos se utiliza más el cognitivo conductual, ¿no? Entonces, soy muy ecléctica, ¿no? Entonces, puedo ir acoplando ciertas situaciones ahí. De esa situación se empieza a trabajar, se empieza a identificar las herramientas de afrontamiento que tiene, se fortalecen para potencializarlas”. (Entrevista a Brenda)

“Y con enfermería también tienen como algún tipo de compartimiento de técnicas que ustedes como les proporcionen o viceversa, donde aprendan un poquito justo de las herramientas que nos mencionan”. (Entrevista a Brenda)

“Y creo que todos aprendemos de todos en todos momentos. Somos espejos, ¿no? Entonces, por supuesto, en el ámbito médico, pues se va aprendiendo, porque pues es un discurso, es un lenguaje que pues no nos enseñan en psicología, porque son términos médicos. Entonces, para poder ayudar, pues tienes que ir y a ver, ¿qué es esto, no? O ¿por qué le dijo esto? Entonces, tienes que ampliar un poquito más tu visión también para poder traducir lo que le dicen los médicos al paciente. En la parte multidisciplinaria, creo que esta situación donde psicología se está haciendo presente en el ámbito hospitalario, pues también ya es esta situación donde ya voltean a ver la salud mental, ¿no?”. (Entrevista a Brenda)

“Sí. Lo que surge aquí, ¿no? Pues es que las mismas necesidades del día te lo van marcando, ¿no? A lo mejor cuando yo ingresé aquí yo iba como con una idea, ¿no? De, bueno, nada más paciente y sin tema, ¿no? Pero ya cuando empiezas a ver la necesidad que hay con un solo paciente, dices, ok, vamos poco a poco, ¿no? Y ya posteriormente, pues el poder percibir todo el escenario, ¿no? De ahora ese, multiplícalo por 24 camas, por 8 pisos. ¡Ah! ¡Qué esperanza! Sí, entonces, pues todo eso te va llevando a nuevas áreas de investigación, nuevas inquietudes”. (Entrevista a Brenda)

“Tengo esta situación (...) me acerco a la maestra Areta, me acerco a la maestra Brenda, me acerco a, a, a todas mis compañeras y ellas también a mí, ¿no? Es donde hacemos ahí

equipo de oye, mira, tengo esto y le pongo esto y, y generamos un conocimiento". (Entrevista a Ulises)

Estas narrativas, nos llevan a reflexionar que la convivencia constante con profesionales de distintas áreas favorece el intercambio de conocimientos, la comprensión del paciente y la construcción colectiva de estrategias de intervención poniendo al trabajo interdisciplinario en una posición enriquecedora de saberes.

Observamos que, la incorporación de la mirada psicológica favorece para que los profesionales de la salud no sólo contemplen órganos, huesos, músculos o funciones fisiológicas, sino que permite por medio de su labor conocer también las historias, emociones, relaciones y los significados que atraviesan a cada paciente. De manera paralela, los psicólogos mejoran su comprensión de la experiencia de enfermedad al relacionar conocimientos médicos acorde a las condiciones físicas, los tratamientos y los procesos de rehabilitación. Así, el intercambio de saberes entre disciplinas, posibilita una comprensión más compleja del cuerpo y de la experiencia hospitalaria, donde lo biológico, lo emocional y lo social se encuentran profundamente entrelazados, porque cuando hablan del paciente, no solo lo enuncian desde la psicología, también desde el saber médico.

"Entonces así de usar el juego de diferentes formas, técnicas, porque a veces pues tienen un brazo fracturado y el otro tiene la venoclisis, entonces pues cómo, ¿no? ¿Cómo mueves un muñequito? Entonces, uno se las tiene que ingeniar. Eh, nos colaboramos. Yo he tratado justo de ayudarles a que entiendan la condición del niño desde otro lugar. Aprendo mucho de ellas, también aprendo muchísimo de ellas (enfermeras). Y entonces ahora ya ellas, bueno pero fijate que yo vi esto con este paciente, ah muchas gracias pues voy. Entonces ha sido muy enriquecedor". (Entrevista a Verónica)

Dentro de la observación participante, tuvimos oportunidad de pasar al piso pediátrico de ortopedia, en el cual pudimos conocer a algunos de los pacientes y familiares con los que pudimos conversar. Ahí observamos que la psicóloga Verónica tiene juguetes y muñecos que adaptó para favorecer la comprensión de la enfermedad o proceso quirúrgico al que el niño o niña se sometería como mencionó con anterioridad en la entrevista. Los juguetes tenían vendas, camastros, muletas que les permitía verse reflejados en el muñeco y por medio del juego y juguetes "médicos" juegan con el propósito de enseñar y preparar al niño durante su proceso de enfermedad o previo a su cirugía.

Ramos (2019) menciona que:

“Dentro del juego de roles existen algunos como el juego mediado por objetos (muñecos, títeres, carritos, plastilina, etc.), es un tipo de juego de roles en donde el niño necesita al objeto para representar al personaje (lo materializa en el muñeco u objeto), los personajes se manifiestan mediante las verbalizaciones y conductas que el niño quiere asignar. Es un juego claramente dialógico, en donde entre más pequeño es el niño preescolar (3 a 4 años), más necesita al muñeco para representar al personaje, y entre más grande es el niño (5 o 6 años) tienden a aparecer personajes que son representados sólo por la palabra del niño (por ejemplo, si el niño juega con un superhéroe en el filo de una mesa, puede hacer hablar al personaje diciendo: “¡ahí está el monstruo! ¡te va a comer!”), el niño y el muñeco, inclinado por el niño, al mismo tiempo voltean hacia abajo de la mesa como si un monstruo imaginario estuviera ahí). Este juego es una variante del juego de roles. En estos juegos los niños pueden ser el narrador que hace hablar a los personajes, o un personaje de la historia lúdica que inventa. En el primer caso, el niño no representa un rol, el niño es quien asigna los roles”. (p.106)

Es muy interesante lo que menciona Ramos, pues en nuestra observación, pudimos ver como esta posición de roles de ser “el médico” y el “muñeco enfermo, lastimado o en recuperación”, la psicóloga hacía preguntas como “¿Qué me hará hoy doctor?”, “¿Por qué tengo que usar muletas?”, “¿Para qué sirve ese aparato (estetoscopio)?” o viceversa, ella tomando el rol del médico les explica “Tienes muletas porque te ayudarán a sostenerte porque tu solo no podrás por ahora”, “Te estoy poniendo este vendaje para poder cuidar de tu herida, ¿sabes cómo se tiene que cuidar?”, por decir unos de los miles de ejemplos que observamos.

Consideramos que el aprendizaje no formal también se presentó en terapias de lenguaje tanto para S (un niño que estaba en el piso de pediatría) como para su mamá, donde ambos han aprendido técnicas de movilidad y ejercicios del habla para el desarrollo de S, quien no podía mover sus brazos y pierna derecha inicialmente. Nos comentaba M (mamá de S) que en el hospital, en rehabilitación ella aprendía dichas técnicas para poder apoyar a S a tener un mejor estilo de vida, también veía videos y a otras madres para poder replicar los movimientos, actualmente S puede mover su mano y caminar, además de comunicarse con palabras, gestos y señalamientos breves para reconocer sus necesidades.

Desde esta perspectiva, el juego se configura como una experiencia de aprendizaje no formal en la que los niños construyen significados sobre su enfermedad y sobre los cambios que atraviesan sus cuerpos. A través de la representación simbólica, la experiencia hospitalaria se convierte en una realidad que puede ser explorada, narrada y resignificada por el propio niño. Por otro lado, la dicha experiencia no sólo rehabilita cuerpos, también

produce aprendizajes que son apropiados por pacientes y familiares para afrontar la vida cotidiana fuera del hospital.

Y es bien interesante y muy lindo como la psicóloga adaptó los juguetes para que los niños pudieran nombrar por medio del juego lo que sucedería con ellos. Y así, el aprendizaje ocurre porque la experiencia hospitalaria se vuelve comprensible a través del juego y el juego a su vez, funciona como un medio de representación simbólica de experiencias, roles y significados.

En esa misma área, conocimos a D, es un niño con idea suicida (comentado por la psicóloga Verónica) quien tuvo una cirugía de en una vértebra, regresó por infección post-operatoria, Verónica nos comenta que le ha dado seguimiento de un acompañamiento psicológico a D, quien hace mención que le ha dicho en terapia que estaría mejor muerto para ya no sentir dolor, para ya no causar conflicto a su familia por el peso que conlleva el cuidado y el gasto. Cuando tuvimos oportunidad de platicar con él, iniciamos una conversación casual, fuimos profundizando acerca de cómo eran sus cuidados, para conocer si era consciente de ello y lo era, preguntamos cómo se sentía, él dijo que bien pero su expresión se mostraba triste, “¿has tenido oportunidad de platicar con la psicóloga Vero?”-preguntamos-. “Sí, es mi psicóloga”-contestó-. “¿Cómo te hace sentir platicar con ella?”-Preguntamos nuevamente.- “Bien, me siento tranquilo”-contestó mientras su cara se notaba más tranquila como él lo enunciaba

Hablamos de su familia y estaba feliz de poder salir con tiempo para festejar a su hermana, dejando en claro que eran importantes en su vida, sin embargo cuando hablamos de su cirugía se notó más cortante y no devolvía la mirada, por lo que solo decidimos llevar la conversación hacia reconocer nuevamente los cuidados (quien era muy consciente de su enfermedad y explicaba cómo tenía que cuidarse, que podía o no comer y qué sabía que tenía que regresar en caso de “sentirse mal”. Le dimos las gracias por platicar con nosotros y nos retiramos.

El encuentro con D, permitió reconocer que el acompañamiento psicológico trasciende la comprensión de la enfermedad y se constituye como un espacio seguro de escucha y contención para las infancias. Su respuesta al expresar que conversar con su psicóloga le hacía sentir tranquilo da cuenta de la importancia del vínculo en la experiencia hospitalaria. En este sentido, el aprendizaje significativo no se limita a la adquisición de conocimientos sobre el padecimiento, sino que involucra procesos de resignificación mediante los cuales el paciente aprende a comprender su cuerpo, su enfermedad y las transformaciones que atraviesa durante la hospitalización, construyendo nuevos sentidos frente a su experiencia.

“En el Gea González hay un área de cuidados paliativos, en la cual pues yo empecé a hacer prácticas para acercarme a todo lo que era hospitalario. ¿No? Me daba cuenta que hace más o menos 12 años, pues apenas estaba como abriéndose este campo hacia lo paliativo. Entonces me llamó mucho la atención, pues todo el proceso que-y todo el equipo médico que trabaja con un solo paciente. [...] Y de ahí me empecé a interesar y empecé a investigar sobre eh la psicología hospitalaria, también tengo un diplomado en psicología hospitalaria eh por la Ibero, entonces eh pues me ha permitido tener un panorama más amplio”. (Entrevista a Grecia)

Este discurso resulta llamativo porque, el interés de Grecia por formarse nuevamente desde el aprendizaje formal, surge posterior a la experiencia hospitalaria, dónde las necesidades la invitan a la búsqueda de conocimiento dentro del rango académico formal para enriquecer su ejercicio hospitalario.

En este caso, la decisión de especializarse no responde únicamente a una trayectoria académica previamente planificada, sino a inquietudes que emergen del encuentro con pacientes, equipos de salud y problemáticas específicas del contexto hospitalario. Esto nos lleva a reflexionar que las distintas formas de aprendizaje no operan de manera aislada, sino que se articulan constantemente. La experiencia vivida motiva la búsqueda de nuevos conocimientos, mientras que la formación adquirida posibilita nuevas formas de comprender e intervenir en la realidad singular de los pacientes. Así, el aprendizaje significativo se configura como un proceso dinámico en el que la experiencia y la formación se retroalimentan mutuamente.

A continuación, la propuesta de los psicólogos por inclinarse a una mirada más humanista, nos deja pensando cómo es que esta cobra sentido en un espacio hospitalario. Las narrativas sugieren que el aprendizaje humano y emocional de los psicólogos no se limita a comprender conceptos relacionados con la salud mental y su singular formación académica, más bien, implica el desarrollo de habilidades de escucha, empatía y aceptación que les permiten acercarse a la experiencia distinta de cada paciente. En este sentido, la experiencia hospitalaria se convierte en un espacio de formación humana donde los profesionales aprenden a reconocer y acoger el sufrimiento, las emociones y las historias de vida de quienes acompañan.

“Lo primero que uno tiene que aprender es que uno tiene que ir con la mayor paz y tranquilidad posible, con el firme objetivo de escuchar, de escuchar (...) No podemos meterlos a todos en un mismo o una misma cajita, sino estar dispuestos a escuchar,

escuchar sus costumbres, su cultura. Hay, hay quienes hasta necesitan traductor, ¿no? Porque hablan su dialecto". (Entrevista a Verónica)

"A veces pensamos que tienes que intervenir. Algo le tienes que dar al paciente. Pero en la práctica yo me he dado cuenta que no es cierto. (...) A veces, a veces es tan simple como ser otra persona entendiendo a alguien en un proceso, en un problema. No tengo técnica para esto, no tengo un protocolo, no, o sea, a veces solamente acompañar. A veces solamente escuchar. A veces solamente estar ahí." (Entrevista a Ulises)

"Mi objetivo también es crear un ambiente eh que sea más humano, pero también que sea una oportunidad de aprendizaje tanto para el niño como para su familia. Por algo llegaron aquí a la experiencia hospitalaria. La experiencia hospitalaria implica estar mucho tiempo en una cama. Entonces, tenemos tiempo para pensar en otras cosas que allá afuera no tenemos, ¿verdad? Entonces, es una oportunidad. Para aprender algo acá, algo de lo que te está pasando, para darle un sentido diferente a eso que te está pasando. Pensar cómo eras antes, cómo eres ahorita y qué quieres salir de aquí, cómo quieres verte saliendo de aquí. Entonces, eso es parte de mi también de mí, de mi intención, que esto, o sea, que no sea una mala etapa así como de pues una etapa negra en mi vida. Y los niños se van felices. Porque creían que estar aquí era muy feo. Y se van contentos, saben que se llevan algo de aquí, también su familia. Entonces eso es ir transformando la experiencia hospitalaria. Porque además, yo creo que los que trabajamos con niños tenemos una gran responsabilidad. Son personitas que se están formando. Cualquier cosa que diga o que haga va a marcar su vida y entonces la intención es que pues las marcas sean marcas que le permitan una vida diferente". (Entrevista a Verónica)

"Yo creo que es un aprendizaje humano. O sea, a mí más que me interese que ellos aprendan conocimientos Pues no, o sea, más allá de que entiendan su padecimiento, la complejidad de su lo que implica su padecimiento, ¿qué les toca a ellos hacer? ¿Cuál es su participación en todo este proceso? Este más que eso, que este es un espacio donde se les puede acompañar y se les puede escuchar, que es una experiencia diferente. Yo creo que si cambiamos un poco este aquí el vínculo. Allá pueden cambiar las cosas". (Entrevista a Verónica)

"Pues creo que todo el tiempo estamos aprendiendo. (...) por eso te decía que cada paciente cada rincón del hospital, pues te va enseñando cómo acompañar al otro. ¿No? Y que y también los otros, digo, no sé ellos cómo lo viven, ¿no? Pero yo no sé qué tanta contención, hablándolo como más cognitivo, que no sé qué tanta contención le di a esa mujer cuando ella solita se acerca a mí y me me tira un abrazo, ¿no?" (Entrevista a Grecia)

"Personalmente... eh ese poder poner en práctica y seguir aprendiendo de esa práctica. Porque yo no lo sé todo. Yo no por mucho tiempo de experiencia que tenga todos los días aprendo algo diferente. Y no solamente en la cuestión profesional, sino también en la

*cuestión humana, en la cuestión de, de, de persona a persona. Y eso es enriquecedor”
.(Entrevista a Ulises)*

*“Porque dime quién no ha vivido un duelo. ¿No? Una pérdida. (.) Y esta pregunta te digo que
está bien padre porque pues nos va nos va formando día a día”. (Entrevista a Grecia)*

*“Y bueno, que ya se detengan tantito a escuchar, observar, todo eso se está. Creo que se
está construyendo un ambiente diferente, se, yo ya lo siento como diferente el ambiente,
¿no? También hay una hay una ludoteca ahí en el piso. Entonces, cuando nos es posible,
pues ahí Llevamos a los niños para prepararlos para su cirugía. Cuando no se puede en su
camita, la mayor parte es en su camita. Porque tenemos pues varias varias circunstancias,
¿no? Eh, muchos de ellos no se pueden mover. No es tan fácil que se bajen de su cama y
vayan, aunque estén en el mismo piso. Otro, pues estamos invadidas de virus”. (Entrevista a
Verónica)*

*“Consideramos mucho en las necesidades de los pacientes de las personas cuando están
hospitalizadas (...) parte fundamental y yo también lo veo y lo creo así porque sabemos que
la salud mental en cualquier ámbito es súper importante, pero específicamente aquí, ¿no?
Por todo lo que vive el paciente”. (Entrevista a Frida)*

Penna (2002) menciona que:

*“En la psicología humanista, el término aceptación significa recepción cálida y libre de los
elementos de la experiencia del otro, acoger a la persona como realmente es en ese preciso
momento de su vida, lo cual implica la aceptación de los sentimientos que nos inspira esa
persona (sean positivos o negativos); un interés real por el otro, como ser único, diferente,
con sus propias experiencias, sentimientos, pensamientos, deseos y necesidades; acoger al
otro por el simple hecho de ser él mismo y no para satisfacer necesidades personales;
valorar a la persona con todas sus características, limitaciones, realidades y cambios. En
resumen, aceptar quiere decir apreciar, valorar, acoger, recibir, considerar al individuo sin
condiciones, sin evaluaciones, sin prejuicios. Al hablar de aceptación, vale aclarar que no
implica aceptar las conductas agresivas, irrespetuosas o deshonestas del alumno. Implica
aceptarlo como persona, con interés y por él, pero mostrándole con claridad el daño que se
hace a sí mismo o a los demás y la responsabilidad que tiene de modificar esos
comportamientos”. (s/p)*

Por lo que es valioso mencionar que los psicólogos están atravesados por el reconocimiento
de la experiencia emocional del otro, que el aprendizaje humano no solo consiste en
aprender sobre las emociones, que quizá trasciende más allá y se trata de desarrollar
capacidades como la escucha, la comprensión, el acompañamiento y la aceptación. Porque
en el discurso, los psicólogos nos dan a entender que no están intentando que el paciente
deje de sentir miedo inmediatamente, no intentan eliminar el duelo o borrar el sufrimiento,

más bien su labor se transforma en el acompañamiento desde la posición en la que el paciente se encuentra. Acompañar al paciente supone entonces acercarse a su realidad sin imponer interpretaciones previas, reconociendo sus historias, emociones y formas de afrontar la enfermedad.

Por otro lado, el acompañamiento trasciende a la transmisión de conocimiento, a través de él, pacientes y familiares adquieren herramientas para comprender la enfermedad, regular las emociones provocadas por la hospitalización, fortalecer el afrontamiento y participar de manera más activa en su proceso de recuperación. Razón por la que consideran que la psicoeducación se configura como un recurso que favorece la construcción de sentido frente a la experiencia hospitalaria y contribuye al aprendizaje significativo de quienes atraviesan estos procesos.

“Se le brinda esta "psicoeducación" sobre qué es la psicología y la psiquiatría, porque algunos pueden tener como o no tener esta información, ¿no? Desconocer qué es eso y por qué es”. (Entrevista a Frida)

“Pero generalmente el primer primer contacto es cuando visitamos al familiar, al al enfermo. Porque ahí está el generalmente el el familiar y Y ya depende. Hay algo que también me brinque. Si yo atiendo al al al enfermo, al paciente y realmente no se ve ningún dato ver verbal o no verbal en el cuidador, lo que hacemos es una psicoeducación. ¿Qué es una psicoeducación? Hablarle de la importancia de de la de la estancia hospitalaria. ¿Cuáles son los riesgos? ¿Cuáles son los cuidados? ¿De qué manera pueden este ellos hacer la contención emocional? (...) Entonces, esa psicoeducación nos ayuda a que de alguna manera se regule la estancia hospitalaria, porque la sobre todo la larga les causa mucha depresión y ansiedad”. (Entrevista a Verónica)

“Entonces, lo más que se puedan nutrir de herramientas en ellos, en su espacio hospitalario, pues, es muchísima ganancia. Lo que podamos mover ahí, ¿no? Para que puedan también establecer límites a sus familiares, para que puedan verbalizar lo que no les gusta, ¿no? Y con los familiares, pues, sí, hacer mucha psicoeducación en esto que les mencionaba, de estos tintes de violencia que se normalizan. Y también, pues, prevenir síndromes del colapso con ellos, ¿no? Porque, pues, hay una gama de familias, están las que son muy comprometidas y son pronósticos muy buenos que nos vamos así como mantequilla y hay otros que, uff, traba y traba y traba y traba. Entonces, es la parte compleja de estar viendo, pues, todo el escenario en el que se encuentra el paciente”. (Entrevista a Brenda)

De acuerdo con Godoy et al. (2020) definen que la psicoeducación es como una aproximación terapéutica, en la cual se proporciona al paciente y sus familiares información específica acerca de su enfermedad, tratamiento y pronóstico, basados en evidencia científica actual y relevante para el abordaje de la patología. En este sentido, la experiencia

hospitalaria se convierte en un espacio de formación humana donde los profesionales aprenden a reconocer y acoger el sufrimiento, las emociones y las historias de vida de quienes acompañan.

Así mismo, los discursos de los entrevistados invitan a reflexionar, desde una perspectiva freiriana, que el aprendizaje dentro del contexto hospitalario no surge exclusivamente de un saber especializado que se transmite de manera vertical. Por el contrario, emerge a través del diálogo, la escucha y el encuentro con la experiencia del otro. En este proceso, los pacientes dejan de ocupar el lugar de receptores pasivos de atención para convertirse en sujetos portadores de saberes, experiencias y estrategias de afrontamiento que también interpelan y transforman a los profesionales que los acompañan.

¿Y no el aprendizaje es significativo cuándo se produce desde la reciprocidad y el diálogo?

Desde una perspectiva crítica, Freire (2005) problematiza las lógicas verticales de producción del conocimiento y propone el diálogo como una práctica que posibilita la construcción conjunta de sentido, bajo esta mirada, el aprendizaje significativo no se limita a al vacío de información sobre recipientes, sino que se configura como un proceso de transformación mutua que emerge del encuentro entre sujetos. El discurso de los psicólogos muestran que la experiencia hospitalaria constituye un espacio de aprendizaje recíproco, donde el sufrimiento, la resiliencia y las formas en que los pacientes resignifican su propia realidad se convierten también en fuentes de conocimiento para quienes acompañan sus procesos.

“Para mí los niños son mis mayores maestros, son gentes sabias, son sabios”. (Entrevista a Verónica)

“Como te comentaba, sí, es un aprendizaje recíproco y con esta experiencia que te compartía de esta paciente, pues comentaba, ¿no? Yo sin mis hijas pensaba que nunca podría sobrevivir y desafortunadamente en esta situación que vivieron perdió a sus hijas, ¿no? Por la misma condición que ella, ella quedó muy afectada en cuanto a su imagen corporal porque la extensión eh, vaya fue muy extensa, no-no recuerdo el porcentaje, pero eh la afectación fue importante, evidentemente la-la rehabilitación, la recuperación, la reincorporación, pues llevó algunos años, ¿no? Y bueno, pues sus hijas no están presentes, sin embargo, aprendes a través de su experiencia de esos recursos que emplean los pacientes para afrontar situaciones que en su momento pensaron jamás eh poder sobrevivir a ello, ¿no? No solamente al tema de las quemaduras, sino al tema de la parte emocional, ¿no?”. (Entrevista a Massiel)

“De forma muy muy personal, "HIJOLE", mis pacientes me han me han enseñado mucho mucho (...) No, o sea, son son personas muy valientes, son personas que realmente se merecen todo mi respeto, mi reconocimiento porque "híjole, ¿no?" Sobreponerte a un evento así con todos los cambios que eso implica a nivel físico, a nivel emocional, con secuelas. Es complicado, entonces eh yo aprendo siempre de ellos eh incluso estaba haciendo un un cuadernito de frases que me han dicho los pacientes, ¿no? Que de pronto yo en cualquier situación pues sí, como lo recuerdo y lo aplico y digo, "Sí, ¿no?" O sea, que es mejor ejemplo que que que ellos. Con relación a mis compañeros totalmente, yo siempre estoy aprendiendo de ellos. Eh, todo lo que platicamos, como yo los veo, este para mí es aprendizaje, ¿no? Aprendizaje, este tomo lo que me me es útil, tomo lo que me - lo que conecta conmigo y la forma de trabajo también y comparto mucho con mi compañera Massiel en muchas cosas en cuanto a la atención y la nombro porque ella fue - yo llegué ella ya estaba por acá ya ya tenía como esta experiencia ella y:: verla trabajar y y no acompañarla como en las intervenciones y demás para mí fue muy ay pues muy muy muy padre, ¿no? O sea eh, conocí mucho de ella en el ámbito profesional y empató mucho con lo que "yo soy", ¿no? Con mi personalidad, con mi forma de tratar, con mi sentido, ¿no? De trabajar aquí con esta población. Entonces, aprendí mucho mucho mucho”. (Entrevista a Frida)

El aprendizaje significativo puede entenderse como un proceso que surge de las experiencias capaces de transformar la manera en que los sujetos comprenden su realidad. Si bien Ausubel et al. (1983) lo vincula con la construcción de significados a partir de conocimientos previos, los relatos permiten observar que estos significados también se producen en el encuentro con las experiencias de otros. Así, la escucha hacia los pacientes movilizan nuevas comprensiones en los propios psicólogos, ampliando sus formas de acompañar, comprender y habitar su práctica profesional. Los relatos permiten observar que el aprendizaje significativo no se termina en la experiencia de los profesionales, sino que constituye un proceso compartido que atraviesa a todos los actores involucrados en la experiencia humana.

Más que aprender a convivir con una enfermedad, las narrativas muestran que los pacientes atraviesan un proceso de resignificación de sí mismos. La experiencia hospitalaria los acompaña en el camino para la adaptación de cambios corporales, emocionales y relacionales que los llevan a construir nuevas maneras de habitar su cuerpo y proyectarse en el mundo. Desde esta perspectiva, la psicología hospitalaria se configura como un espacio de acompañamiento que favorece la construcción de nuevas posibilidades de vida.

Por otro lado, pensamos que los pacientes no permanecen como receptores pasivos de su condición de salud. A través del acompañamiento psicológico, muchos comienzan a reflexionar sobre las transformaciones corporales y emocionales derivadas de la

enfermedad, construyendo nuevas formas de comprenderse. En este sentido, la experiencia hospitalaria puede entenderse como un proceso de problematización de la propia realidad que, siguiendo a Freire (2005), favorece la toma de conciencia y la apropiación de la situación vivida como una realidad susceptible de ser resignificada y transformada.

“Ayudarlos también a que ellos aprendan a a preguntarle sus dudas a los médicos. Y los niños también, ¿eh? A los niños también hay que empoderarlos y que ellos pregunten y que ellos este pues se hagan cargo de ese cuerpo enfermo, roto, este amputado, tumorado, eh con dificultades motoras. Que en la medida de lo posible ellos se hagan cargo de ese que es su cuerpo, que habite en su cuerpo, que aprendan a habitar su cuerpo y de los papás, pues mucho es la aceptación, mucho trabajar este el duelo. En consulta externa trabajaba yo con ellos mucho el duelo por el niño que no fue no fue el que ellos esperaban, ¿no? Entonces pues ese narcisismo roto, ese se trabajaba. Y acá pues se en la medida de las posibilidades, ¿no? Pero también escucharlos”. (Entrevista a Verónica)

“Entonces hay que estar indagando todo ese tipo de situaciones porque para el padecimiento actual va a ser importante. Porque de ahí nos va a marcar la línea de qué tan favorable va a ser el pronóstico de su rehabilitación, ¿no? Porque, bueno, la operación que les realizan es la primera faceta. Pasamos a la segunda faceta que es la más compleja. Muchos ya llegan con estas ideas de que, bueno, ya me operaron, reposo un rato y ya estoy bien. Pero no, son rehabilitaciones de aproximadamente un año, ¿no? En las que tienen que ir aprendiendo nuevamente la movilidad de su cuerpo, el que puedan tener esta aceptación de que, pues, un fragmento de su cuerpo ya no está, ya es una prótesis, ¿no? Y, pues, por ende ya no va a ser la misma sensibilidad, ya no van a ser los mismos movimientos, ¿no? Las mismas actividades se van a modificar y también ahí es cuando generan otro impacto psicológico en ellos, que es esta, llamémosle así como dismorfia, ¿no?”. (Entrevista a Brenda)

Debido a la posición que toma el psicólogo, consideramos este uno de los momentos más significativos en la investigación pues pareciera que se vuelve una pieza fundamental que funge como un eje transformador de la experiencia del sujeto en torno al cuerpo. Desde la mirada social, el cuerpo deja de entenderse como un simple organismo y pasa a comprenderse como una construcción social, cultural y simbólica.

Le Breton (2002) menciona que:

“Las representaciones del cuerpo son una función de las representaciones de la persona. Al enunciar lo que hace el hombre, sus límites, sus relaciones con la naturaleza o con los otros, se dice algo de su carne. Las representaciones de la persona y las del cuerpo, corolario de aquellas, están siempre insertas en las visiones del mundo de las diferentes comunidades humanas. El cuerpo parece ser algo evidente pero, finalmente, no hay nada menos difícil de penetrar que él. El juego en la escena colectiva como en las teorías que explican

funcionamiento o en las relaciones que mantiene con el hombre al que encarna. Su caracterización, lejos de ser unánime en las sociedades humanas, es asombrosamente desafortunada y plantea muchos problemas epistemológicos. El cuerpo es una falsa evidencia: no es un dato evidente, sino el efecto de una elaboración social y cultural". (pps. 27 y 28)

La forma en que una sociedad comprende el cuerpo se encuentra estrechamente vinculada con la manera en que entiende a las personas, la normalidad, la enfermedad, la autonomía o la discapacidad. Desde esta perspectiva, el cuerpo trasciende su dimensión biológica para convertirse en un espacio donde convergen significados, experiencias e identidades. Esta reflexión permite pensar que, dentro del trabajo multidisciplinario que caracteriza al ámbito hospitalario en el INR, el cuerpo deja de concebirse como un conjunto de áreas separadas y se comprende desde una visión más integral del ser humano.

"Paralelo a ello, se trabaja con el sistema familiar, con los cuidadores primarios. Entonces, fortalecemos estas dos áreas, llega la fecha quirúrgica, ¿no? Muchos ahí detonan, se ponen como muy ansiosos. Ahí se hacen algunas técnicas de relajación, imaginarias, respiraciones diafragmáticas, se hace una reestructuración cognitiva, se generan proyectos de vida a corto plazo, se traen como el aquí y el ahora". (Entrevista a Brenda)

"Los niños solo pueden comunicar lo que sienten a través del dibujo. Eh, y otros empiezan a ser papiroflexia, por ejemplo. Mire, esto lo hace para usted. Hay alguna comunicación muy importante. Está haciendo un vínculo con el personal hospitalario. Y ahí hay mucho que decir. Ese simple acto creo que habla de mucho (...) lo importante que es que ellos a partir de una creación propia, pues ahí están comunicándose ellos". (Entrevista a Verónica)

"De ayudarlos con esta parte de la funcionalidad del día a día, de cómo comer solos, cómo escribir solos. ¿Sí me explicó? Entonces, la verdad es que es algo muy muy grande, muy enriquecedor en todos los sentidos". (Entrevista a Frida)

"Entonces ellos van aprendiendo a vivirse desde la parte hospitalaria y entonces tener estas charlas o estos acompañamientos con ellos, pues ellos mismos van resignificando cómo es que ahora va a ser allá afuera. A mí me gustaría agregar rapidísimo un caso de una persona que un masculino que perdió el brazo izquierdo, ¿no? Y él decía, "Por eso que a mí me gusta cortar el cabello, a mí me gusta dibujar, sé hablar inglés super bien, yo creo que voy a hacer TikTok, ¿no? Y de eso me voy a hacer viral y entonces él ya empezaba a fantasear con una posibilidad de que ahí fuera él va, no sé si lo haga o no, ¿verdad? Pero él ya va preparándose dentro del hospital cómo va a empezar a funcionar su vida ahí afuera". (Entrevista a Grecia)

“Como las personas que te digo que llegan porque su manita la pusieron en un mal lugar y terminan con una lesión importante o con amputación de dedos o de la mano completa y que se puedan ir de aquí de una forma este pues más afrontativa, ¿no? Sin ese temor que cuando cuando llegan de ¿Cómo voy a enfrentar mi vida ahora? Eh, creo que ese es el mayor cambio que veo”. (Entrevista a Ulises)

“Quienes ya tuvieron antes atención dicen, “Pues es que me siento cuidado.” Quienes no la han tenido dicen, “Es que antes no era así, por supuesto, es que estamos desarrollando esa parte, ¿no?” Eh, y entonces aprenden esta parte de que pues no nada más es la cuestión este física, ¿no? O sea, esa esa esa idea de mente y cuerpo toma un nuevo significado, ¿no? Al estar visualizados dentro la atención”. (Entrevista a Ulises)

Le Breton (2002) también menciona que:

"El cuerpo" desaparece total y permanentemente en la trama de la simbología social que le proporciona su definición y que erige el conjunto de las etiquetas de rigor en las diferentes situaciones de la vida personal y colectiva. El cuerpo no existe en el estado natural, siempre está inserto en la trama del sentido, inclusive en sus manifestaciones aparentes de rebelión, cuando se establece provisoriamente una ruptura en la transparencia de la relación física con el mundo del actor (dolor, enfermedad, comportamiento no habitual, etc.). Los especialistas del sentido escamoteado (médicos, curadores, psicólogos, chamanes, etc.) intervienen para nombrar el misterio, para explicar su génesis, para reinsertar el trastorno y su víctima, el hombre, en el seno de la comunidad. Indican cuál es el camino a seguir para que sea más fácil evitar el problema. Si la primera opción fracasa, puede haber otras; nuestras sociedades muestran muy bien esto y, entonces, aparece la demanda de nuevos especialistas. Siempre queda el imaginario colectivo para reapropiarse lo que provisoriamente escapa del control social". (p.33)

Consideramos importante retomar el cuerpo desde la mirada social, ya que, por medio de Le Breton podemos interpretar que la enfermedad rompe la relación habitual que tenemos con nuestro cuerpo y con el mundo, como lo enuncian los entrevistados *“Ir aprendiendo nuevamente la movilidad”, “comer solos”, “escribir solos”, “ya no tener la misma sensibilidad”* y la más linda de todas que permite esta generalidad y entendimiento de la enfermedad: *“aprender a habitar su cuerpo”*. Y al hablar sobre los especialistas, los médicos, los psicólogos, los rehabilitadores y los enfermeros juegan un papel fundamental en este *“poder aprender habitar el cuerpo”*, dónde no solo se trata de una curación, sino que da esta impresión de que es un acompañamiento que permite al paciente resignificar la forma en la que se posiciona hoy.

En este sentido, el aprendizaje significativo se configura como un proceso relacional que emerge de la experiencia compartida y de la construcción colectiva de sentido. Como señala Rocío, *“Psicología vino a cambiar la manera que afrontan los pacientes, el evento que están viviendo, igual los familiares, igual las enfermeras”*, evidenciando que la experiencia hospitalaria no transforma únicamente a quien recibe la atención, sino también a quienes participan en ella.

A partir de los discursos de los participantes y de los hallazgos de la investigación, es posible ampliar la comprensión del aprendizaje significativo en el contexto de la psicología hospitalaria. Mientras que en la formulación clásica de Ausubel, se enfatiza principalmente en la estructura cognitiva y la organización de conocimientos del sujeto, las experiencias narradas por los psicólogos permiten identificar otras dimensiones implicadas en los procesos de aprendizaje, dónde el discurso no hablan sobre adquirir información nueva; sino que el aprendizaje significativo también crea un tejido de emociones, vínculos, experiencia, reflexión, construcción de sentido y transformación subjetiva.

Entonces el significado ya no surge principalmente de la relación entre conocimiento nuevo y conocimiento previo, ahora el significado parece surgir también de la experiencia vivida, el vínculo y de la reflexión sobre los sujetos. La investigación muestra que, en la psicología hospitalaria, el aprendizaje significativo no se limita a la incorporación de nuevos conocimientos profesionales, sino que se construye a través de experiencias de acompañamiento que favorecen procesos de reflexión, resignificación, diálogo y transformación personal. Así, la psicología hospitalaria se constituye como un espacio donde el aprendizaje, la reflexión y la resignificación se convierten en posibilidades para reconstruir la relación con uno mismo, con los otros y con el mundo.

Psicología hospitalaria, un encuentro entre experiencia y aprendizaje: Reflexiones finales

Como último apartado llegamos a las reflexiones finales, no concebimos este espacio como una conclusión puesto que durante la construcción y proceso de investigación aunque hemos elucidado una aproximación de el encuentro entre la experiencia y el aprendizaje que emerge en la intervención psicológica en ámbitos hospitalarios, consideramos que el trabajo y lo que representa un nuevo proyecto implica en él incógnitas, retos y actualizaciones, y por lo tanto nuevas líneas de investigación, un proceso que contrario a finalizar, más bien posibilita nuevas formas de situarse y habitar las instituciones

hospitalarias, desde las cuales vislumbrar la implicación, la escucha, la observación y sobre todo lo que sitúa estar con el otro.

Desde la construcción de las categorías encontramos un marco en el cual develar de qué manera la intervención psicológica en el área de hospitalización evoca experiencias que sustentan el aprendizaje significativo desde su práctica, como primera parte al cuestionar lo que implica como institución performativa, en la que las dinámicas, las demandas y las necesidades cimientan un entramado por reconocer en la enfermedad o rehabilitación un área que es indispensable abordar desde la trans e interdisciplinariedad, como enuncian todas las entrevistas, se hace referencia a un trabajo en colaboración con todos los servicios de hospitalización, manifestando un enlace maravilloso puesto que propone una visión fresca de intervención y acompañamiento.

“Significa mucho. Un crecimiento personal, un crecimiento laboral. El que ya otras especialidades puedan voltear a ver la importancia de la salud mental es una gran responsabilidad también, ¿no? (...) Es algo que considero que apenas están poniendo las primeras piedras, para poder construir y poder generar realmente el renombre de una psicología hospitalaria y de una salud mental. Creo que si lo podríamos definir con una sola palabra, sería responsabilidad, porque son muchas situaciones y muchos factores que se ponen en juego, y, pues, la importancia de, cada vez seguirte capacitando más. (...) Cada vez ir como más en esta noción ya de todas las vertientes que hay en la psicología para poder intervenir. ¿No? Y que, pues, ya con estas corrientes que sí se siguen sosteniendo, ¿no? Pero que ya no son suficientes, ¿no? Sino que ya es más. Abarcar más términos, abarcar más temas, ¿no? Entonces, sí, por eso lo traduzco en responsabilidad”. (Entrevista a Brenda)

Resulta sumamente interesante aquello que enuncia Brenda, puesto que al hablar de la institución y como se abordó en el análisis, se evidencia como el lugar del psicólogo se transforma y reconfigura desde las mismas prácticas que le instituyen, no sólo por sus protocolos o técnicas que implican a los sujetos quienes lo aplican, sino que además los mismos sean lo bastante despiertos y flexibles para adaptarlas, y desde esta postura resignificar la tarea y lo que conlleva acompañar a los sujetos. En este encuentro la experiencia demanda una movilización en cuanto a la educación, como bien señala Brenda estas prácticas permiten visualizar aquellas necesidades y por lo tanto el porqué de una capacitación constante, tanto de corrientes formales en la que la misma institución aplica áreas de enseñanza-aprendizaje e investigación, así como de espacios informales que atraviesa la experiencia del personal de salud y en la que la escucha a los cuidadores, a los

pacientes, a las enfermeras y a todas las aristas que se vinculan en la tarea adaptar las formas de intervención.

Además es en este proceso en el que las redes tanto del hospital así como las de los sujetos permitirán encontrar en la psicología un espacio de encuentro, de diálogo y escucha sobre la atención en contextos hospitalarios, es decir, ¿Por qué resulta importante este proyecto? ¿de qué manera incide en los procesos de subjetivación?

Para nosotros ha resultado en un andamiaje de cuestionamientos, de descubrimientos y sobre todo de reconocimiento al otro, desde la psicología social como multirreferencial, comprometernos a pensar en la relaciones humanas como una consecuencia de lo singular y de los vínculos colectivos, manifestando una estrecha relación con la intervención que encuadra el abordaje de problemas psicosociales situados en ámbitos hospitalarios, y por lo tanto desde la investigación cualitativa abrir espacios que convoquen al abordaje multidisciplinario, en la que las experiencias signifiquen procesos de aprendizajes y al mismo tiempo evoquen nuevas formas de producción de sentido sobre la atención a pacientes hospitalizados.

“Pues significa mucho aprendizaje, tanto en el aspecto académico como en lo personal. La parte de lidiar con las emociones propias y de los demás, pues ha sido algo que he aprendido mucho aquí. Eh, significa algo muy nuevo para mí, ¿no? Cambia mi perspectiva que yo manejaba con mi especialidad, y pues tener esa apertura y esa adaptabilidad, ¿no? Para hacer cosas nuevas y aceptar que aunque seamos psicólogos, pues cada uno tiene una trayectoria diferente y por eso eso no nada más nos tenemos que quedar con lo que sabemos, sino seguir aprendiendo de los demás y de pues también la teoría de los pacientes, ¿no?”. (Entrevista a Aretha)

Continuando con el eje consideramos importante destacar que durante el proceso de investigación e inclusive ahora que redactamos estas líneas ha sido fascinante coincidir en un área-inclusive el quizás del porqué realizar nuestra investigación sobre este proyecto-en la que la escucha al paciente, a la enfermedad ha permitido transformar los espacios, apropiarse de ellos y por lo tanto constituir nuevas prácticas en la intervención psicológica. Como lo enuncia Aretha la labor psicológica no es ajena al otro, es apertura, es adaptabilidad, es un área para hacer cosas nuevas, en la que las trayectorias nos permiten coincidir en un marco entre la experiencia del psicólogo pero al mismo del paciente, donde aquellos procesos dolorosos encuentren un lugar para elaborarlos, y que la intervención resignifique aquellos afectos que se encarnan en el cuerpo al vivirse en estado de enfermedad o rehabilitación.

“Significa o significó un reto, (...) Al ver todo el proyecto como tal y toda la estructura que tenía detrás, me encantó porque dije hay muchas cosas que hacer, que igual y ya estaban como contempladas, pero no tenían una estructura como tal. Entonces, al momento que nos plantean todo esto y toda la carga de trabajo, todos los retos que representa hacer algo ya más estructurado, más fijo, más en forma. Eh, fue impresionante y hemos crecido muchísimo como psicólogos, como personas, como seres humanos. Fue, es grandioso”. (Entrevista a Nanhiely).

Al instaurar un servicio de atención psicológica para pacientes hospitalizados, desde nuestra perspectiva cimienta una posición política, ésta como una forma de enunciación y emancipación que responde una demanda, la cual logra derribar la interconsulta y posibilita que los procesos de atención se agilicen, se manifiesten como parte integral de la intervención y acompañamiento de la salud. Es fascinante puesto que el significante de enfermedad conlleva una carga simbólica, este juego sobre como se enuncia es doblemente referencial ya que en el sujeto el ser enfermo representa una falta y al mismo tiempo una carga, en la que al ingresar al hospital se pierde la autonomía, la privacidad, la salud. La psicología y como lo enuncia Nanhiely permite reestructurar la carga y transformar la atención no como un proceso de rutina sino como un encuentro con el otro, como personas-como seres humanos.

“Un gran aprendizaje, la posibilidad de poner en marcha toda mi experiencia y todo mi conocimiento de muchos años, que he construido, ponerlo de otra forma al servicio de los niños, porque aquí es un trabajo diferente, aquí no me gusta esto de aplicar pruebas porque además ni siquiera están en las condiciones de ser valorados. El poder darle lugar al niño como un ser capaz de tener sus propias ideas, un ser independiente, un ser que está ahí. Que vive, que piensa, que siente, que tiene ideas, que tiene deseos. El niño hay que impulsarlo a que él vaya surgiendo desde lo que es él. Entonces yo creo que hay mucho que construir, ¿no? Psicología hospitalaria pues es, yo veo así la vida no me va a alcanzar para ver lo que esto puede crecer, ¿no? La psicología hospitalaria en general, ¿no?”. (Entrevista a Verónica)

Por otro lado, resulta fundamental el recuperar con mayor énfasis los aportes de la pedagogía hospitalaria que identificamos anteriormente en el estado del arte. A lo largo de la investigación fue posible observar que los procesos de acompañamiento psicológico no sólo implican la atención de necesidades emocionales, sino también la construcción de aprendizajes, resignificaciones y formas de experimentar y habitar la enfermedad, la rehabilitación y los cambios consecuentes que generan en la vida cotidiana de los pacientes

y sus cuidadores o sus familias. Así, la pedagogía hospitalaria ofrece un importante soporte para comprender al hospital como un espacio donde también ocurren procesos educativos y transformación colectiva.

Como enuncia Verónica es el encuentro con el otro lo que posibilita transformar la intervención y el acompañamiento, la pedagogía hospitalaria emerge como una dimensión formativa, y es curioso puesto que fue en el servicio de pediatría en el que pudimos ser testigos de la práctica cuidadosa que conlleva las explicaciones sobre el diagnóstico, los procesos de cirugía y de hospitalización, en los que la intervención a través del juego o la representación del cuerpo desde los juguetes, permiten constituir significados que finalmente sostienen las maneras en las que vinculamos la experiencia y cómo se resignifica lo que conlleva estar enfermo.

“Es necesario y es fundamental. O sea, es importantísima para incentivar adherencia al tratamiento, para dar soporte emocional, para dar atención psicológica para poder brindar y dotar de herramientas a los pacientes o a los cuidadores y no solamente eso, sino para ayudarles a identificar, ¿no? Ser un facilitador para que ellos puedan identificar justamente estas fortalezas que muchas veces no miran hacia dentro. Y que los contextos hospitalarios pues les permiten enfrentarse incluso confrontarse a ellos mismos porque pues pasan mucho tiempo eh con ellos, con su persona, ¿no? Y esto hablo cuando ya tienen cierto estado de conciencia, cuando ya pasó como el riesgo vital, que siempre está latente al menos en estas áreas, pero que llegan a encontrarse, con ellos mismos y de momento pues también no saben qué hacer, (...) y entonces nosotros como ese facilitador, pues poder acompañarlos en ese proceso”. (Entrevista a Massiel)

Retomando el eje de lo que sustenta como praxis pedagógica la intervención psicológica en espacios hospitalarios, el relato de Massiel destaca una dimensión en la que los sujetos-pacientes pueden aprehender y resignificar lo que pudo ocasionar la escisión sobre el cuerpo sano, el acompañamiento psicológico posibilita espacios de escucha, de reconocimiento y elaboración de aquello que nos hace ruido, de aquello que nos duele, no solamente del malestar físico sino de aquello que causa malestar psíquico. Por lo que y cómo ella menciona acompañar se vuelve fundamental, ya que las categorías y explicaciones que se den sobre el diagnóstico estructuran en los sujetos una forma de comprenderse y posicionarse a lo que implica estar enfermo y la respuesta que se tiene sobre el tratamiento, nuevamente estos relatos coinciden y se encuentran con la importancia que conlleva la intervención inter y transdisciplinaria, puesto que no basta solo

con tratar la enfermedad, sino que desde está propuesta comprender al sujeto de forma integral.

“Para mí significa mucho porque día a día aprendes algo. Siempre justo en esa parte del aprendizaje, ¿no? Vas aprendiendo eh no sé, voy a salir como viejita, pero incluso vas valorando tu propia existencia”. (Grecia)

“Un movimiento que sí marcó un antes y un después (...) Entonces, creo que ha sido algo, una experiencia muy enriquecedora y donde te decía, pues conocí también lo que es que alguien te diga, ¿cómo estás? ¿Cómo te sientes? O vimos que tuviste un caso difícil, ¿necesitas ayuda? O sea, sabes todo eso es algo muy padre porque te motiva mucho, esto te sigue manteniendo en esta empatía”. (Entrevista a Frida)

El encuentro que enmarca la experiencia y el aprendizaje se sustenta desde el vínculo, como se ha analizado en el capítulo anterior es en él dónde se posibilita un espacio de reconocimiento y acompañamiento al otro, tanto Grecia así como Frida destacan lo que significa habitar espacios que encarnan procesos dolorosos, sin dejar de lado lo que implica como psicólogo esta carga afectiva, y en la cual es en el mismo ser afectado lo que conlleva a crear dinámicas de trabajo e intervenciones que promuevan relaciones horizontales con el grupo que emprende el proyecto. La experiencia funge como una propuesta tanto de acompañamiento al paciente así como para los profesionales, en la que desde el aprendizaje no formal transformar dinámicas que constituyen lo que es la psicología y cómo incide en la hospitalización.

“Ha significado todo. La culminación, más allá de que yo no pueda regresar al hospital, para mí fue la mejor manera de poner la cereza en el pastel de mi vida profesional. Porque aquí encontré todo lo que yo hacía fuera y que me costaba dinero, tiempo y además trayectorias, (...) para mí ha sido lo más rico de mi vida profesional y lo que más me ha aportado en la experiencia”. (Entrevista a Rocío)

El discurso de Rocío nos hace cuestionar y reflexionar sobre las posibilidades de implementar propuestas inspiradas en la pedagogía hospitalaria dentro de instituciones públicas de salud. Aunque este enfoque plantea estrategias orientadas al bienestar integral de pacientes y familiares, su aplicación enfrenta desafíos importantes relacionados con la disponibilidad de recursos humanos, materiales y presupuesto que anteriormente Leticia ya enunciaba. Por ello, futuras investigaciones podrían explorar de qué manera los principios de pedagogía hospitalaria pueden adaptarse a contextos institucionales con recursos limitados, identificando estrategias viables que permitan fortalecer el acompañamiento

interdisciplinario, la educación para la salud y la continuidad de procesos de aprendizaje dentro del entorno hospitalario.

“Para mí siempre ha sido la psicología una pasión (...) He tenido la fortuna de trabajar con diferente población y toda la población es linda, o sea, todos tienen algo que te deja, algo que te enseña. Pero en específico, el acompañamiento psicológico ha sido muy gratificante. El poder ver tu trabajo y que sea reconocido por los pacientes, digámoslo así, o sea, el que tú puedas darte cuenta de que gracias a una intervención el paciente se siente más tranquilo, se siente más seguro, se pudo desahogar, pudo hacer esta reestructuración de hasta de plan de vida, tomar decisiones y que pudiste ser parte de ese proceso, es algo muy gratificante. Yo creo que si algo me ha dejado el acompañamiento en psicología hospitalaria es eso”.
(Entrevista a Paola)

Durante el proceso de investigación nos hemos cuestionado ¿qué es la psicología? ¿en qué espacios incide? ¿y qué tipos de psicología existen?, como lo menciona Paola la intervención es diferente, pero todo te enseña algo, la intervención en psicología hospitalaria transforma la visión y la manera en que la misma se constituye, como forma pedagógica invita desde la práctica a reestructurar los protocolos, constituir nuevos vínculos y sobre todo escuchar a los otros. Este proyecto y la dinámica educativa que en la misma se devela consideramos que emprende una propuesta en la que el aprendizaje se expone como un entramado de experiencias, en que las líneas entre educación formal, no formal e informal se encuentran y permiten desarrollar una implicación para el desarrollo y profesionalización de los psicólogos.

“Significan el poder concretar algo trascendente (...) es algo maravilloso y tenemos la oportunidad este afortunadísima de poder desarrollar algo trascendental. Y eso pues creo que no tiene precio (...) Y no solamente el desarrollarlo, sino el poder como es esta ocasión, ¿no? Poder transmitirlo a alguien más, a ustedes esa información para que esto, eh pudiera parecer algo menor, ¿no? Pero realmente esto, es que eh ustedes se lleven una idea, ¿no? Y de ser posible en el futuro la continúen, la repliquen, no lo sé, o la hagan crecer todavía más”. (Entrevista a Ulises)

Así como lo enuncia Ulises es maravilloso, pues la psicología hospitalaria posibilita desde la experiencia nuevas formas en las cuales resignificar los procesos de enfermedad, desde la intervención producir vínculos que desarrollen líneas de atención, acompañamiento, investigación, aprendizaje y sobre todo de reconocimiento a los sujetos, derribando

aquellas dinámicas que despersonalizan a los pacientes. Es en estas prácticas en las cuales se permite integrar el acompañamiento transdisciplinario como parte fundamental del equipo y la labor que se desempeña en estancias hospitalarias, transformando no solo el sesgo sobre lo que hace la psicología sino con ella lo que conlleva habitar espacios de trauma, dolor y sufrimiento.

Consideramos que este proyecto mantiene y como lo enunciamos en un principio extensas líneas de investigación, pero sobre todo una posibilidad y área de oportunidad enorme, en la que la pedagogía implique diversas instituciones, abordajes y sobre todo una mirada crítica en cuanto a lo que significa la intervención y el acompañamiento psicológico, son claros los retos presupuestales e inclusive la carga laboral y emocional que conlleva los procesos de hospitalización y/o enfermedad, sin embargo consideramos que esta propuesta cimienta y abre espacios para procesos de enseñanza-aprendizaje que nutren desde un aspecto humano la intervención, la escucha y el acompañamiento al otro.

Bibliografía:

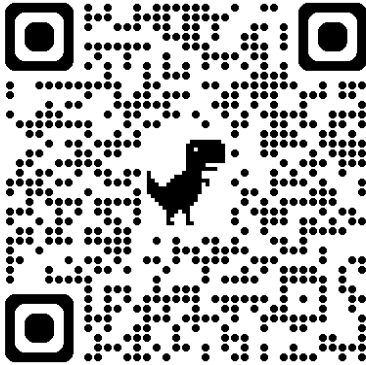
- Allende, I. (1994) Paula. Plaza & Janés.
- Allouch, J. (2011). *Erótica del duelo en tiempos de la muerte seca*. Ediciones Literales.
- Anguiano, S., Mora, M., Reynoso, L., et. al. (2017). *Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados*. Revista científica Eureka. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/905744/eureka-14-1-9.pdf>
- Ausubel, D., Novak, D., & Hanesian, H. (1983). *Psicología educativa: Un punto de vista cognoscitivo* (2.ª ed.). Trillas.
- Ausubel, P. (1968). *Psicología educativa. Un punto de vista cognoscitivo*. Editorial Trillas México.
- Baz, M. (1998). *La dimensión de lo colectivo: reflexiones en torno a la noción de subjetividad en la psicología social*. En I. Jáidar, L. Vargas,
- Baz, M. (1998). La tarea analítica en la construcción metodológica, en encrucijadas metodológicas en ciencias sociales. México: UAM-Xochimilco.
- Baz, M. (1999) Tiempo y temporalidades: los confines de la experiencia. En Anuario de investigación 1998, Vol II: Psicología. UAM-Xochimilco.
- Baz, M. (2006). *La formación como experiencia colectiva: Memoria y proyecto*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Beauchamp, T. y Childress, J. (2013). Principios de ética biomédica *Bioética y Debate*, 17(64).http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/facultad_agronomia/Produccion_Animal/Produccion_Animal/Bioetica.pdf
- Beltrán, J. (s. f). ENCICLOPEDIA de BIODERECHO Y BIOÉTICA. Cátedra de Derecho y Genoma Humano.
- Bleger, J. (1963). *Psicología de la conducta*. Paidós.
- Boss, P. (2001). *La pérdida ambigua: Cómo aprender a vivir con un duelo no terminado*. Gedisa.
- *Breve: un estudio de caso. Clínica Contemporánea: revista de diagnóstico psicológico, psicoterapia y salud*. <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/art/20240729094100132001>
- Carballada, J. (2023). Capítulo IV. La intervención. En *La intervención en lo social. Exclusión e intervención en los nuevos escenarios sociales*, pp. 103-124. Editorial Margen.
- Casillas, I. (2023). *Educación no formal y pedagogía* (Primera ed.). Heuresis. https://ru.atheneadigital.filos.unam.mx/jspui/bitstream/FFYL_UNAM/9581/1/Educacion%20no%20formal-FINAL%20%282%29.pdf
- Castoriadis, C. (2002). *Figuras de lo pensable: Las encrucijadas del laberinto VI*. Fondo de Cultura Económica.
- Castoriadis, C. (2006). *Las significaciones imaginarias*. En *Una sociedad a la deriva: Entrevistas y debates*. Katz Editores.
- Castoriadis, C. (2007). *Las instituciones imaginarias de la sociedad*. Tusquets. En https://revolucioncantonal.net.wordpress.com/wp-content/uploads/2019/01/kupdf.com_la-institucion-acuten-imaginaria-de-la-sociedad-cornelius-castoriadis.pdf
- Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. (2024). *Interconsulta de Psicología Clínica en una Unidad de Hospitalización*
- Condes, 31(2), 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>
- Coombs, P. y Ahmed, M. (1975). *La lucha contra la pobreza rural. El aporte de la educación no formal*. Madrid: Tecnos.

- Enfermedades no transmisibles. (2019). Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Epstein, R. (2022). *Tu cerebro no es un ordenador*. Ideaswaldorf.com. <https://ideaswaldorf.com/wp-content/uploads/2025/10/Tu-cerebro-no-es-un-ordenador.pdf>
- Esquivel, C., Molina, E., Cano, F., et. al. (2007). Ansiedad y depresión en familiares de pacientes hospitalizados. *Medicina Interna de México*, 23. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2007/mim076i.pdf>
- Fernández, L. (1998) Construyendo el problema de investigación, en Encrucijadas metodológicas en ciencias sociales, México: UAM-Xochimilco.
- Ferreiro. (2007). *Investigación educativa: ¿Intervención o experiencia? TRAMAS. Subjetividad y procesos sociales*.
- Foucault, M. (2009). *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica* (2.ª ed.). Siglo XXI Editores. (Obra original publicada en 1963).
- Freire, P. (2005). *Pedagogía del oprimido* (2.ª ed.). Siglo XXI Editores.
- Freud, S. (2006). *Duelo y melancolía* (J. L. Etcheverry, Trad.). En *Obras completas* (Vol. 14, pp. 235–255). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1917)
- Fuentetaja, A. & Villaverde, O. (2019). Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Clínica Contemporánea*, 10(1). <https://doi.org/10.5093/cc2019a2>
- Garay, G y Aceves, J. (2017). Entrevistar ¿Para qué? Múltiples escuchas desde diversos cuadrantes: Introducción.
- Gil, V. (2007). *Aproximaciones teóricas para el estudio de la subjetividad*. Anuario de investigación 2007. UAM-X. <https://publicaciones.xoc.uam.mx/Recurso.php>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las*
- Guber, R. (2011) “La observación participante”, en: *La etnografía: método, campo y reflexividad*, Buenos Aires: Siglo XXI, pp. 51-68.
- Guevara, R., (2016). El estado del arte en la investigación: ¿análisis de los conocimientos acumulados o indagación por nuevos sentidos?. *Revista Folios*.
- Heidegger, M. (2000). *Conferencias y artículos* (H. Cortés & A. Leyte, Trans.). Editorial Serbal.
- Heidegger, M. (2003). *Ser y tiempo* (J. E. Rivera, Trad.). Fondo de Cultura Económica.
- Hernández, R., & Martínez, M. (2015). *Fundamentos del ejercicio profesional del psicólogo*. Manual Moderno.
- Hinojosa, A. (2010). Entre tánatos y eros, la conformación del sujeto y la subjetividad en México. En *Pensar el futuro de México Colección conmemorativa de las revoluciones centenarias. Vol VIII: Problemas psicosociales de México: elementos para la reconstrucción de la esperanza en el siglo XXI*. UAM-Xochimilco.
- Husserl, E. (1990). *La idea de la fenomenología* (J. San Martín, Trad.). Editorial Trotta.
- Husserl, E. (2013). *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. Libro primero* (J. Gaos, Trad.). Fondo de Cultura Económica.
- INR.GOB.MX. (2022). “Atención de pacientes y/o familiares que requieren atención psicológica en hospitalización por interconsulta” <https://www.inr.gob.mx/iso/Descargas/iso/doc/PR-DRI-17.pdf>
- Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra. (2024). *Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra*. <https://www.inr.gob.mx/>

- Interconsulta y psiquiatría de enlace: Estudio descriptivo de las interconsultas a Psicología clínica. (2011). *Revista Iberoamericana de Psicología*, N° 115 (Departament de Psiquiatria. Hospital General Universitari Vall d'Hebron).
- Kleinman, A. (1988). *Las narrativas de la enfermedad: sufrimiento, curación y la condición humana*. Basic Books.
- Kübler-Ross, E. (1975). *Sobre la muerte y los moribundos*. Grijalbo.
- L. Fernández, J. Perrés & M. Baz (Coords.), *Tras las huellas de la subjetividad* (pp. 137-151). UAM-Xochimilco.
- Larrosa, J. (2006). Sobre la experiencia. *ALOMA. Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 19, 87–112.
- Larrosa, J. (2009). *Experiencia y alteridad en educación*. Homo Sapiens Ediciones.
- Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Nueva Visión.
- Lévi-Strauss, C. (1977). *Antropología estructural*. Siglo XXI Editores.
- Lévi-Strauss, C. (1987). *Antropología estructural*. (1.ª ed.). Paidós. en https://monoskop.org/images/6/67/Levi-Strauss_Claude_Antropologia_estructural_1978.pdf
- Martín, M. (2002). *La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici*. Universidad de Guadalajara.
- Merleau-Ponty, M. (2003). *Lo visible y lo invisible* (J. P. Faye, Trad.). Paidós.
- Merleau-Ponty, M. (2005). *Fenomenología de la percepción* (J. Cabanes, Trad.). Ediciones Península.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria: Desarrollo, conceptos y procesos*. Paidós.
- Moreno, M. e Interrial, M. (2012). *Percepción del paciente acerca de su bienestar durante la hospitalización*. *Index de Enfermería*, 21(4), 185-189. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300002
- Noguera, M., Pérez, B., Barrientos, V., et. al. (2013). *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH*. *Psicología Iberoamericana*. <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133930525004.pdf>
- Obando Herrera, M. P. (2025). *Experiencia con la atención psicológica hospitalaria de usuarios del Valle de Aburrá a partir del año 2020* (Trabajo de grado, Universidad de Antioquia). Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Psicología. <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/entities/publication/d6ea07bc-5db4-4794-b6ae-b7cf70841f30>
- Organización Panamericana de la Salud. (s/f). *Depresión*. Paho.org. <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
- Penna, M. M. (2000). *El aprendizaje significativo*. Consultoría Educacional.
- Riveros, L., & Alvarado, L. (2019). *Psicología de la salud en contextos hospitalarios: Acompañamiento y subjetividad del paciente*. Universidad del Valle.
- Rogers, C. (1951). "Terapia centrada en el cliente". Editorial de la autónoma de Lisboa.
- Salgado, A., (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit. Revista Peruana de Psicología*, 13.
- Secretaría de Salud. (2015). *¿Qué es la ansiedad?* gob.mx. <https://www.gob.mx/salud/articulos/que-es-la-ansiedad>
- Universitat de Barcelona. (2015, abril 2). *¿Qué es la pedagogía hospitalaria?* Pedagogía hospitalaria. <https://pedagogiahospitalaria.org/que-es-pedagogia-hospitalaria/>
- Worden, J. W. (2013). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia* (4.ª ed.). Paidós.

- Zas, B. (2011). *Experiencias en Psicología Hospitalaria*. Recuperado de <https://www.monografias.com/trabajos107/experiencias-psicologia-hospitalaria/experiencias-psicologia-hospitalaria.shtml>

Anexos



https://drive.google.com/drive/folders/1qCc8_qRFeXiJrbNNIqbQ13eZloQMqMkX?usp=sharing