

Ana Luz Protesoni Vitancurt

*Desarrollo de las competencias para la
clínica psicológica, en la formación del
Licenciado en Psicología de la Udelar*



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

**UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGIA**

***TESIS DE MAESTRÍA PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE MAGISTER EN PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN***

**Desarrollo de las competencias para la clínica psicológica,
en la formación del Licenciado en Psicología en la Udelar**

Lic. Ana Luz Protesoni Vitancurt

Tutor de Tesis: Mag. Marta Elichalt

Tutor Académico: Mag. Gabriela Prieto

Montevideo, setiembre 2014

PÁGINA DE APROBACIÓN

El tribunal docente integrado por los abajo firmantes aprueba la Tesis de Investigación:

Título: *“Desarrollo de las competencias para la clínica psicológica, en la formación del Licenciado en Psicología de la UdelaR”*

Autora:

Ana Luz Protesoni Vitancurt.....

Tutor de Tesis:

Mag. Marta Elichalt.....

Tutor Académico:

Mag. Gabriela Prieto.....

Carrera: Maestría en Psicología y Educación

Puntaje.....

Tribunal:

Profesor.....

(Nombre y firma).

Profesor.....

(Nombre y firma)

Profesor.....

(Nombre y firma)

Fecha

Agradecimientos

Esta tesis se inició hace ya mucho tiempo y ha sido fruto de un camino bastante controvertido, por eso necesito agradecer a muchos compañeros de ruta.

Agradecer la fuerza, el empuje y la valoración que me hicieron llegar muchas compañeras y compañeros con los que día a día compartimos el trabajo de ser docentes.

Agradecer especialmente la disposición, el tiempo y el apoyo de los docentes que aceptaron ser entrevistados, tanto como aquellos que me recibieron como observadora en sus clases.

Y por sobre todo un inmenso agradecimiento a mis Tutoras, por el compromiso, la responsabilidad, y el trabajo minucioso que se tomaron al funcionar como andamios para esta obra.

A todos ellos, nuevamente mi más sincero y profundo agradecimiento

Tabla de Contenidos

Página de aprobación:	2
Agradecimientos:	3
Tabla de contenido:	4
Resumen:	8
Abstract	9
Introducción	10
a. Fundamentación y antecedentes:	10
b. Relevancia de la investigación:	15
c. Motivación para la elección del tema:	17
d. Breve formulación del problema:	18
e. Objetivos Generales y Específicos:	19
f. Estrategia y Metodología:	20
g. Orientación al lector de la organización del texto:	22
CAPÍTULO I	
1. Contexto en el que se desarrolla la investigación:	24
1.1 Situación de la Facultad de Psicología: Plan de Estudios y Estructura Académica:	24
1.2. Unidades Curriculares que se analizan en la investigación:	30
CAPÍTULO II	
2. Planteamiento del Problema:	33
2.1 Planteamiento del Problema:	33
2.2 Preguntas que busca responder la investigación:	38
CAPÍTULO III	
3. Marco teórico:	40
3.1 Sinopsis genealógica de la enseñanza de la clínica:	40
3.2 La enseñanza de la psicología en el Uruguay:	42

3.3 La enseñanza de la clínica: pilares conceptuales:	45
3.4 Competencias clínicas:	51
3.4.1 Desarrollo histórico de la noción de competencia:	51
3.4.2 Discusiones conceptuales en torno a las competencias:	53
3.4.3 Competencias del psicólogo:	56
3.4. 4 Competencias del psicólogo clínico: interjuego de saberes, procedimientos y actitud clínica:	58
3.5 Actitud clínica psicológica:	59
3.6 Dispositivos pedagógicos y recursos de enseñanza:	65
3.6.1 El dispositivo pedagógico:	65
3.6.2 Los dispositivos para la enseñanza de la clínica:	66
3.6.3 Los dispositivos de enseñanza: su vinculación con la actitud clínica:	71
CAPÍTULO IV	
4. Metodología:	73
4.1 Acerca de la Investigación Educativa :	73
4.2 Estrategia de Investigación: metodología cualitativa:	74
4.3 Diseño metodológico:	74
4.4 Fases de la investigación:	75
4.5 Técnicas e instrumentos de investigación:	80
4.5.1 Documentos escritos:	80
4.5.2 Entrevistas cualitativas:	80
4.5.3 Observación sistemática:	81
4.6 Instrumentos para el relevamiento de información y registro:	83
4.7 Selección de los sujetos de la investigación:	83
4.8 Validez y confiabilidad:	84
4.9 Consideraciones éticas:	85

CAPÍTULO V

5. Presentación de datos, análisis y discusión	87
5.1 Documentos escritos:	87
5.1.1 Dimensiones de análisis de los documentos escritos	87
5.1.2 Categorización de los contenidos de los documentos escritos:	88
5.1.3 Análisis de los documentos escritos:	95
5.2 Entrevistas a docentes:	98
5.2.1 Dimensiones de análisis de las entrevistas:	98
5.2.2 Categorización del contenido de las entrevistas:	99
5.2.3 Análisis de las entrevistas:	102
5.3 Observaciones de aula	116
5.3.1 Dimensiones de análisis de las observaciones:	116
5.3.2 Categorización del registro de las observaciones:	116
5.3.3 Análisis de las observaciones:	117
5.4 Análisis comparativo de las fuentes de investigación:	131
5.4.1 Dimensiones de análisis:	131
5.4.2 Cuadro de análisis:	132
5.4.3 Análisis comparativo y discusión	134

CONSIDERACIONES FINALES

6.1 Conclusiones	140
6.1.1 Competencias formativas para la clínica psicológica:	140
6.1.2 Concepciones sobre la actitud clínica psicológica:	143
6.1.3 Dispositivos de enseñanza y recursos empleados por los docentes para el desarrollo de las competencias clínicas y específicamente de la actitud clínica:	145
6.1.4 Relación existente entre las concepciones que presentan los docentes respecto a las competencias clínicas (específicamente a la actitud clínica) y las prácticas de enseñanza de las competencias para la clínica psicológica:	150
6.2 Recomendaciones	152
6.2.1 Formación de formadores:	153

6.2.2 Potenciar e innovar en recursos educativos:	153
6.2.3 Mejoras en la gestión de la enseñanza:	155
Referencias Bibliográficas	156
Apéndices	
1. Guía de Entrevista semiestructurada	167
2. Guía de Observación de aula	168
3. Consentimiento informado	170
4. Escenario en el que transcurre la enseñanza: ambiente físico y social.	171
5. Competencias del psicólogo clínico que se potencian en el aula: cognitivas, procedimentales, actitudinales	172
6. Dispositivos de enseñanza: recursos utilizados en el aula	179
7. Factores relacionales, emocionales: tipos de comunicación, clima del aula	182
Anexo	
Malla curricular del Plan de Estudios de la Licenciatura de Psicología	184

RESUMEN

Esta tesis trata sobre las competencias formativas que el nuevo Plan de Estudios de la Licenciatura en Psicología, promueve para la clínica psicológica, destacándose especialmente el lugar que ocupan en la enseñanza, los aspectos actitudinales.

Se elige una estrategia de investigación de tipo cualitativo que permite acceder a los significados que los docentes elaboran de sus prácticas educativas, en el escenario en que estas se producen.

Se toman las unidades curriculares obligatorias, vinculadas con la Psicología Clínica, en el entendido que más allá de la diversidad de trayectorias formativas, son estas las que aportan al perfil único de egreso.

Se utilizan como fuentes de investigación, los documentos escritos del Plan de Estudio, entrevistas semi estructuradas a docentes del Instituto de Psicología clínica de la Facultad de Psicología y observaciones de aula en las unidades curriculares a cargo del Instituto de Psicología Clínica.

Las diferentes fuentes de datos aportan elementos coincidentes en relación a los contenidos que componen las competencias del psicólogo clínico. Si bien en las entrevistas se le otorga preeminencia a la actitud clínica, en los documentos y en las observaciones, los aspectos cognitivos vinculados al *saber* y al *saber cómo*, son los destacados. Los aspectos vinculados a la actitud clínica psicológica, pasan a formar parte del currículum vivido. Este desbalance se relaciona directamente con los dispositivos y recursos utilizados en escenarios numerosos de enseñanza. Si bien el caso clínico aparece como el recurso privilegiado para el desarrollo de competencias clínicas, este no se logra utilizar en toda su potencia.

Se finaliza con algunas sugerencias vinculadas con la formación docente en contextos de numerosidad, propuestas de innovación y optimización de recursos de enseñanza.

PALABRAS CLAVES:

COMPETENCIAS / ACTITUD CLINICA PSICOLOGICA / RECURSOS DIDACTICOS

ABSTRACT

This thesis verses on the training skills promoted by the new Syllabus of the Degree in Psychology for Clinical Psychology, specially focusing in the role played by attitudinal aspects.

A research of qualitative approach is chosen, allowing access to the meanings elaborated by the teachers in their educational practice in the same scenario in which they occur.

The study focuses in the compulsory courses related to Clinical Psychology, in accordance to the fact that beyond the diversity of training itineraries, those are the ones that by being compulsory provide the most to the graduate profile.

Are chosen as research resources: written documents of the Syllabus, semi-structured interviews to teachers of the Institute of Clinical Psychology of the Faculty of Psychology, and classroom observations at the courses in charge of the Institute of Clinical Psychology.

Different data sources provide different matching items in relation to the contents that make up the competencies of the clinical psychologist.

Even though clinical attitude is given preeminence in interviews, documents and in the observations, cognitive aspects related to the *knowledge* and the *know-how* are the ones that stand out.

The aspects related to psychological clinical attitude take place on the experienced curriculum. This unbalance is directly related to the devices and resources used in massive teaching scenarios.

Although the clinical case appears as a privileged resource for development of clinical competencies, it is not seized in its full potential.

The study briefs with some suggestions related to teaching training in contexts of numerosness, innovative approaches and optimization of teaching resources.

KEYWORDS:

COMPETENCIES / PSYCHOLOGICAL CLINICAL ATTITUDE / LEARNING RESOURCES

INTRODUCCION

a) Fundamentación y antecedentes

La universidad en términos genéricos, como institución educativa, ha sido un ámbito de creación y transformación de conocimientos, misión que se ha ido complejizando en las últimas décadas.

Este fenómeno de complejización ha tenido lugar por un lado, dado el crecimiento exponencial del conocimiento científico, disciplinario y tecnológico. Por otro lado, la diversificación de las modalidades de producción del conocimiento han ido generando saberes cada vez más provisorios, caducando algunos o requiriendo transformaciones en otros.

El contexto de economía globalizada (Dias Sobrinho, 2013) y las consecuentes demandas sociales han obligado a interrogar la misión de la universidad y discutir su rol en la formación de profesionales, ciudadanos, académicos, investigadores, científicos, tecnólogos, dando lugar a sucesivas reformas educativas.

Estos avatares socio históricos han generado desafíos para la educación y en especial para la Universidad de la República (UdelaR). Una universidad de fuerte tradición latinoamericana que tiene como intensión, al decir de Edelstein (2013) mejorar la calidad de los procesos de producción, trasmisión y apropiación de los conocimientos, con un fuerte anclaje en los problemas sociales, cuya finalidad es la formación integral, social y ética de ciudadanos-profesionales por medio de los conocimientos.

Tal como plantea Collazo (2012, p. 38): “la Universidad de la República procesa en este momento una de las transformaciones más relevantes de las últimas décadas: la reforma conjunta y concertada de sus planes de estudio”. Los cambios curriculares pueden devenir en oportunidades para repensar los proyectos de formación universitaria, la reorganización estructural, así como la mejora en la enseñanza y en los planes de estudio. Entre los diversos modelos curriculares sostiene Collazo (2012) que la UdelaR desde los años 90 ha venido integrando políticamente tres criterios orientadores: la autonomía estudiantil, la

diversificación y la continuidad. En los aspectos organizativos estas definiciones se traducen en el pasaje de un modelo curricular tradicional (cerrado, tubular, de ruta única) a un modelo curricular abierto (flexible y articulado) que pretende generalizar la enseñanza superior en el país. A su vez se plantea fortalecer la integralidad de la formación profesional y académica en el grado generando un fuerte compromiso social. En los aspectos pedagógicos, didácticos estas transformaciones han incidido mutando el acento de la transmisión de información, a la promoción de procesos reflexivos y activos en la construcción de conocimientos.

Según Gatti y Ruiz (2005) aquellos modelos curriculares que tienen como objetivos primordiales la enseñanza de contenidos ya elaborados o la preparación para utilizar una técnica empiezan a ser inadecuados para el contexto social cambiante en el que vivimos. Esto ha llevado a generar otros modelos que focalizan el proceso de formación y de construcción del saber. Modelos centrados en el estudiante y en el ejercicio de un pensamiento crítico que le posibilite la resolución de problemas de forma innovadora y creativa.

Otra de las alternativas que ha comenzado a desarrollarse es la educación basada en competencias.

Tal como lo plantean Irigoyen, Faviola y Jiménez (2011) la utilidad de este enfoque centrado en el desarrollo de competencias, radica en el desarrollo potencial de capacidades para hacer frente a contextos disciplinares y profesionales cambiantes. Una educación basada en el desarrollo de competencias concibe el proceso de enseñanza y de aprendizaje como interacción didáctica. Considera como factores determinantes: el desempeño del estudiante y del docente, los objetos referentes, los criterios disciplinares y del ámbito disciplinar. Este enfoque de educación requiere de una adecuación de las prácticas docentes, así como de la polivalencia y la flexibilidad curricular.

Con respecto a los profesionales vinculados al área de la salud, Parra Chacón y Lago De Vergara (2003, p. 27) plantean que:

“requieren desarrollar destrezas en el reconocimiento de problemas, en la recolección de datos, en la organización de su pensamiento y habilidades en la toma de decisiones y en la relación con el paciente y su comunidad; pero sin embargo, las estrategias de enseñanza-aprendizaje no siempre se adecuan a estas habilidades y destrezas”.

Todas estas capacidades, serían prácticamente imposibles de alcanzar mediante métodos pasivos, como la mera asistencia a una clase en la que se pone el acento en la trasmisión de contenidos.

La Psicología, tanto en su esfera disciplinar, como profesional, no ha estado ajena a estas transformaciones, lo que ha llevado a reflexionar sobre la formación, la enseñanza y el aprendizaje.

En este contexto e implicada como docente universitaria, es que he venido sosteniendo preguntas relativas a la enseñanza de la Psicología: ¿cómo enseñar una ciencia, un estado del arte, un oficio como el del psicólogo y específicamente el del psicólogo clínico?

El campo de la enseñanza de la clínica ha sido relevante en nuestro país, ya que la enseñanza de la psicología estuvo ligada a la medicina, desde sus comienzos, siendo una de las funciones principales el diagnóstico (Irrazabal, 2010). Pero también sigue teniendo vigencia dado el papel que la clínica representa en el desempeño profesional, más aún en los últimos años, con la puesta en marcha del Sistema Nacional Integrado de Salud (2007) y el nuevo Programa de Salud Mental (2012).

La implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud, ha ido consolidando cambios en el modelo de atención y de gestión, siguiendo los principios rectores de universalidad, accesibilidad, equidad, calidad de la atención, promoción y prevención integral a través del trabajo en equipos interdisciplinarios. Por su parte, el Programa de Salud Mental aporta al proceso de institucionalización de la salud mental como componente de la salud. Este programa genera políticas que plantean como condición necesaria articular acciones del primer nivel de salud (prevención del sufrimiento, promoción de salud mental) con aquellas orientadas al diagnóstico y rehabilitación, disponiendo de una serie de intervenciones psicosociales y psicoterapéuticas. A su vez define poblaciones objetivos y o problemáticas prioritarias, así como dispositivos de intervención (individuales, pareja, familia, grupos) acotados en el tiempo.

Estos programas asistenciales, dan lugar a una nueva figura: la del psicólogo, como trabajador contratado por los servicios de salud para desarrollar prestaciones en el área clínica. Esta situación ha llevado a reflexionar y readecuar aspectos teórico técnicos disciplinarios, cuestionando saberes, procedimientos, actitudes profesionales. Vuelve a ser

necesario replantear la relación: mundo profesional y mundo académico, los niveles de correspondencia y o distanciamiento entre ellos.

Por otra parte y coincidentemente en el tiempo, a nivel académico, en la Facultad de Psicología de la UdelaR, se han generado transformaciones en el plano estructural y programático de la enseñanza, tanto en el grado como en el posgrado. En el año 2013 se inauguraron las Especializaciones, lo cual incide en la organización, distribución y selección de los contenidos y dispositivos del nuevo plan de estudios, de la principal institución formadora de Licenciados en Psicología del país. El disponer de ofertas de posgrado, Especializaciones (Evaluación y Diagnóstico Psicológico; Psicoterapias) y Maestrías (Psicología Clínica, Psicología y Educación, Psicología Social) permite repensar los contenidos del grado y desplazar hacia la formación permanente y los estudios de posgrado las profundizaciones en áreas específicas de la formación.

En muchos campos disciplinares, la tendencia profesionalizante de los currículos, significó la sustitución del arte por el conocimiento sistemático, científico. Al decir de Schön (2002) el arte es un componente esencial de la competencia profesional. Cuando se transmiten conocimientos rigurosos, disciplinares, fundamentados en la racionalidad técnica, se inicia a un colectivo en las tradiciones de una comunidad de prácticos y en el mundo de la práctica psicológica. Tiene cabida el aprendizaje de las convenciones de acción, del lenguaje, del sistema de valores, repertorios metodológicos, contenidos, limitaciones.

En ese sentido, Barbier (1999) plantea que la formación dirigida a adultos que se desempeñarán laboralmente, siempre está atravesada por la representación que se tenga de la profesión y del profesional al que se apunta. Por eso, este autor, considera que la formación opera como una transformación de capacidades y un progreso de estas.

La formación, es un proceso por el cual se adquiere una forma (Ferry, 1997). Se transforma así la subjetividad, la forma de actuar, de reflexionar, con la finalidad de crear las condiciones para ejercer la práctica profesional.

Sin embargo, las destrezas y actitudes, al decir de Venturelli (2003) no han sido consideradas como parte importante del proceso educacional. Por mucho tiempo en la educación, se ha puesto especial énfasis en la cantidad de información, siendo esta el componente más efímero del proceso educacional. La *praxis*, el *aprender haciendo* como lo

denomina Dewey (1998) parece adquirir desde esta perspectiva un lugar central para la formación del psicólogo y del psicólogo clínico.

El Proyecto Tuning para Europa y para América Latina (Beneitone, Esquetini, González, Maletá, Siufi, Wagencar, 2007) da cuenta de la importancia de trabajar sobre las competencias de los profesionales, en especial del psicólogo y del psicólogo clínico, a los efectos de mejorar la formación de los recursos humanos.

Sin embargo son escasas las investigaciones en nuestro país relativas a las competencias y más limitados aún los estudios en el campo de la psicología y de la psicología clínica.

En Argentina, Castro Solano (2004) realizó un estudio donde analiza el ajuste entre las competencias del *psicólogo* y sus perfiles desde el punto de vista de los usuarios del sistema. Abarca cuatro grandes áreas (salud, educación, justicia y trabajo) concluyendo que hay competencias genéricas transversales a todas las áreas de la psicología y competencias específicas.

En Colombia, Ruiz y Romero (2008) apuntaron a determinar las competencias laborales exigidas a los Psicólogos. Concluyeron que más allá de los conocimientos, habilidades y actitudes, lo relevante es el desarrollo de profesionales que ante todo sean excelentes seres humanos, con gran conocimiento y dominio de sí mismos, capaces de relacionarse con otros, de reconocer los comportamientos adecuados a los contextos, de reconocer las limitaciones y aprender de ellas, con disposición a mejorar y con gran percepción de las necesidades humanas.

Por su parte Yañez (2005) en Chile, trabajó en torno a las competencias profesionales del psicólogo, analizando la correlación existente entre lo que debe saber un profesional psicólogo y lo que sabe al egreso de su formación. Investigó las competencias profesionales necesarias para la práctica profesional y el empleo como psicólogo clínico. Concluye como relevantes los conocimientos y habilidades para la evaluación, el diagnóstico, la intervención e investigación en psicología, acompañada de actitudes de respeto, formación permanente y ética.

Barraca Mairal (2009) trabajó sobre las competencias del psicólogo clínico en la Universidad Camilo José Cela, Madrid. Concluyó que las competencias habitualmente entrenadas

durante la licenciatura, tales como las que pueden derivarse exclusivamente de la lectura de textos, resultan limitadas para un trabajo eficaz. Propone la implementación de una formación práctica o procedimental a través de talleres, materiales audio-visuales y supervisión de casos, para el desarrollo de estas competencias.

En nuestro país, no existen estudios específicos vinculados a las competencias del psicólogo ni del psicólogo clínico.

Vinculado con la enseñanza de la clínica psicológica, se encuentra el trabajo de tesis de maestría, de la Prof. Prieto (2011) sobre “Evaluación de los aprendizajes de la clínica: su coherencia con los dispositivos de enseñanza”. La autora indaga sobre algunos dispositivos que pueden dar cuenta de la enseñanza de los aspectos clínicos en el contexto de masividad (en el sentido de numerosidad) que predomina en la mayoría de los cursos. Concluye que la coherencia entre la evaluación y el dispositivo, depende de la modalidad de cursado y de la cantidad de estudiantes participantes. Fundamenta la importancia de plantear en los planes de trabajo qué es lo que se evalúa y cómo se evalúa, explicitando los aspectos clínicos a evaluar, las actitudes, las aptitudes.

b) Relevancia de la investigación

La relevancia de la investigación compromete diversos planos.

Por un lado, el investigar sobre la enseñanza superior, contribuye a profesionalizar la docencia universitaria, en términos generales. Esta investigación, centrada en el desarrollo de competencias formativas desde los dispositivos de enseñanza, tiene la intención de contribuir con la calidad de la formación universitaria, en el área de la psicología clínica, al instalar la reflexión en torno a las prácticas de enseñanza. La creación de la Comisión Sectorial de Enseñanza (1994) las Unidades de Apoyo a la Enseñanza de cada servicio, así como la puesta en marcha de las Maestrías en Educación Superior (CSE, Facultad de Humanidades) en Psicología y Educación (Facultad de Psicología) los cursos de formación docente que se ofertan anualmente, dan cuenta de la relevancia que viene tomando la enseñanza superior en la UdelaR. Esta tesis se enmarca en una de las maestrías referidas, e intenta contribuir en esta línea.

Además, esta investigación apunta a generar conocimientos sobre la enseñanza de la clínica psicológica. La literatura científica sobre la enseñanza en las ciencias de la salud es muy vasta en el área de la medicina o la odontología, no así en el área de la psicología. Si bien hay aspectos genéricos de la enseñanza de la clínica, transferibles a la psicología, también hay otros vinculados a la especificidad, relevantes a ser indagados.

En la enseñanza de cualquier clínica es necesario alternar entre los aspectos académicos y los profesionales. En la clínica psicológica, el campo disciplinar y el profesional, aportan la especificidad a la clínica. Enseñar psicología clínica implica desarrollar competencias que desde un posicionamiento crítico, como lo plantea Díaz Barriga (2006) entre otros, articule la práctica educativa con sus determinantes y situaciones contingentes. Diferenciar las competencias clínicas del psicólogo es lo que habilita a trabajar sobre ellas, potenciarlas y o cotejarlas con los requerimientos del mundo profesional.

La actitud clínica es un componente de las competencias. Esta es una noción difusa, sobre la que hay poca sistematización, de difícil aprehensión en tanto refiere al acto, al hacer, a la disposición, la postura, el movimiento. Se entrelaza en ese sentido con la noción de clínica: *kliné: inclinación*. La actitud hace a los modos en que la subjetividad se pone a jugar en las situaciones clínicas, en el encuentro con el o los otros, conjuntamente con los aprendizajes cognitivos y procedimentales, los cuerpos teóricos, el manejo de herramientas técnicas.

Rodríguez (2009) plantea que la actitud, es una predisposición para una acción con un objetivo determinado que tiene aspectos volitivos y otros que están por fuera de la voluntad, ligados al sustrato emocional. Estas múltiples dimensiones en juego de la actitud clínica psicológica, hacen relevante generar precisiones, a los efectos de esclarecer aquello que los docentes intentan enseñar, para así determinar los dispositivos y los recursos adecuados a tales fines.

Los conocimientos que se desprenden de la investigación aportan en primer término, al colectivo docente del Instituto de Psicología Clínica posibilitando ajustes en los contenidos y en los dispositivos de las unidades curriculares que están a su cargo.

Por otro lado, se espera aportar a la evaluación continua del plan de estudios que tiene el gran desafío de formar académicos y profesionales competentes, entre otras, en el área de

la psicología clínica.

c) Motivación para la elección del tema

La temática a investigar surge a partir de mi trayectoria como docente universitaria que desde los años 90 me incorporo al Instituto de Psicología de la Universidad de la República (IPUR) asimilado a Facultad, hoy la Facultad de Psicología de la UdelaR. Durante estos años he trabajado con un importante compromiso desde la puesta en marcha del plan IPUR 88, como en su transformación, siendo la función docente vinculada a la enseñanza aquella que he desarrollado con mayor intensidad, quizás por mi pertenencia a la peculiar figura académica de Taller vigente en el Plan 88. Este era, un espacio curricular que transversalizaba la malla; cuyos objetivos tenían que ver con ser una instancia de aprendizaje grupal que permitía integrar conocimientos, acción y afectos a través de una tarea tendiente al aprendizaje de trabajo en equipo desde el inicio de la formación. Se planteaba como objetivos de enseñanza la elaboración y aplicación de conocimientos teóricos, la articulación de los nuevos aprendizajes teórico-técnicos que se iban desarrollando en los distintos cursos, el conocimiento práctico de la problemática laboral del psicólogo y la inserción en una realidad aprendida desde una problemática vigente y de interés a la política universitaria e institucional. El Taller era una especie de usina, espacio de reflexión sobre ese ser psicólogo que se iba construyendo, un tiempo y espacio de análisis de la implicación. Este nivel de pertenencia, ha marcado fuertemente las interrogantes que acompañan esta tesis, vinculada a la actitud clínica psicológica.

Por otra parte la numerosidad de la matrícula estudiantil ha sido siempre un existente que ha funcionado como desafío para la innovación de dispositivos y recursos. Este contexto situacional universitario, me ha llevado a sostener la interrogante sobre cómo enseñar psicología en contextos numerosos. Cómo enseñar una disciplina un poco ciencia, un poco arte, cuya herramienta fundamental para el trabajo es el propio sujeto. Cómo construir una enseñanza que apunte a la singularidad y rompa con la masificación que la numerosidad fácilmente genera.

El Nuevo Plan de Estudios 2013 de la Licenciatura de Psicología, intenta adecuarse a los lineamientos de la reforma universitaria con respecto a la flexibilidad de la cursada, la

integralidad de las funciones universitarias, la superación del dualismo teoría-práctica, la integración entre la formación profesional y la académica. Por otra parte, plantea una estructura organizativa novedosa y dispositivos de enseñanza que atienden a la numerosidad. Transita en la tensión de pivotear entre la diversidad de itinerarios que ofrece y el perfil único de egreso, lo cual hace que reaparezcan interrogantes que me han acompañado en relación a la enseñanza y en especial a la enseñanza de la clínica psicológica en uno de sus aspectos más singularizados: el desarrollo de la “actitud clínica”.

d) Breve formulación del problema

La malla del Plan de Estudios de la Facultad de Psicología (PELP 13) está diagramada en función de módulos (psicología, metodología, practicas, articulación de saberes y referencial) compuestos por unidades curriculares obligatorias, optativas y o electivas. Si bien propone trayectorias formativas diversas, finaliza otorgando un único título. Esa diversidad de itinerarios, confluye en un único perfil que pauta las competencias del Licenciado en Psicología.

Las unidades curriculares obligatorias refieren a contenidos, tales como: teorías psicológicas, psicología del desarrollo, psicología social, psicología de la salud, psicología clínica, herramientas y técnicas de intervención, metodologías de investigación, etc. Estos contenidos de orden disciplinar, ocupan un lugar diferenciable y explícito, en la malla curricular. Los aspectos actitudinales quedan en un plano menos visible, supuestamente ligados a los espacios prácticos, al ejercicio de la docencia, al modo de pensar, hacer y ser de cada docente. En definitiva, indiscriminados de los procedimientos técnicos y de los aspectos conceptuales.

Desde esta perspectiva, se podría sostener que la enseñanza de la actitud clínica psicológica, transita por la vía del currículum oculto, más que del explícito, generando desde allí resultados menos pautados y diagramados desde la intencionalidad programática.

El currículum, tal como lo plantea Angulo (1994, p. 21) refiere al “conjunto organizado de intenciones educativas y de entrenamiento” y no “la suma total de los contenidos de la enseñanza”.

Esta concepción de currículum (como práctica social) introduce una convergencia de planos

diversos: el del documento escrito, el de las experiencias y vivencias transitadas por los diferentes actores en sus encuentros y desencuentros, tanto en las dimensiones explícitas como en las implícitas. Si bien a partir de mi experiencia de transitar por diversos espacios académicos, podría considerar que en el colectivo docente se valora como componente fundamental de la formación la actitud clínica psicológica, es esta una referencia poco precisa en el currículum explícito.

Potenciar el desarrollo de competencias para la clínica psicológica implica una concepción de la enseñanza centrada en el estudiante y del aprendizaje basado en problemas. Requiere del diseño de dispositivos de enseñanza que convoquen al estudiante a poner el cuerpo, en un sentido pleno (cuerpos nocionales, cuerpos técnicos, cuerpo subjetivo, cuerpo físico) y que integren estos componentes en las metodologías y en las evaluaciones de cursos.

En circunstancias de numerosidad de la matrícula estudiantil se torna difícil llevar a cabo esta concepción de enseñanza y de aprendizaje. Esta requiere de un trabajo que permita a cada estudiante ponerse en situación, para ensayar su modo operandis y trabajar sobre él.

Me propuse indagar sobre las competencias formativas que el nuevo plan de estudios de la Licenciatura en Psicología promueve para la clínica psicológica, visualizando específicamente el lugar que ocupa en la enseñanza, los aspectos actitudinales.

e) Objetivos

Objetivo general:

Estudiar el desarrollo de las competencias para la clínica psicológica desde las unidades curriculares obligatorias a cargo del Instituto de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología.

Objetivos específicos:

- Analizar la enseñanza de competencias instituidas en las guías de las Unidades Curriculares obligatorias del Instituto de Psicología Clínica.
- Indagar las concepciones de los docentes respecto a las competencias para la clínica

psicológica, en la formación del Licenciado en Psicología.

- Caracterizar la actitud clínica psicológica, como componente de las competencias para la clínica psicológica.
- Identificar los dispositivos de enseñanza y recursos metodológicos empleados por los docentes para el desarrollo de las competencias formativas para la clínica psicológica.
- Valorar las concepciones de los docentes, con respecto a las competencias para la clínica psicológica y su relación con la práctica en la enseñanza de las competencias clínicas, en las unidades curriculares obligatorias.

f) Estrategia y Metodología

La estrategia de investigación se encuadró en los lineamientos generales de las investigaciones cualitativas, según la clasificación que realiza Montero y León (2002).

Este tipo de estrategia permitió acceder a un objeto complejo, inacabado y polisémico (Pérez Gómez, 1996) como lo es el fenómeno educativo, con la finalidad de comprender los significados que los actores sociales elaboran de sus prácticas educativas, en el escenario en que estas se producen.

Se priorizó la visión de los actores, la producción e intercambio de significados, por sobre la generalización de los resultados, considerándose la intensión educativa de la investigación (Elliot, 1990).

El universo poblacional del estudio fueron los dispositivos (docentes y recursos de enseñanza) del Plan de Estudios de la Facultad de Psicología de la UdelaR, específicamente aquellos correspondientes a las unidades curriculares de carácter obligatorias que tienen como referente al Instituto de Psicología Clínica.

Se tomaron como fuentes de la investigación: documentos escritos, entrevistas a docentes calificados y observaciones sistemáticas de aula.

La entrevista es el instrumento privilegiado en la investigación cualitativa. Según Cohen y

Manion (1994, p. 271) es “una conversación entre dos personas, iniciada por una de ellas, el investigador, con el propósito de obtener información relevante para la investigación”.

Se llevaron a cabo entrevistas semi estructuradas (Callejo y Viedma, 2006) con guion de conducción a docentes de la Facultad de Psicología, referentes de las unidades curriculares seleccionadas. Se buscaron los puntos críticos, las teorías implícitas, los planteamientos latentes, los procesos contradictorios en las propias creencias y esquemas mentales, así como en las relaciones entre el pensamiento y los modos de sentir y el pensamiento y los modos de actuar.

A partir de las entrevistas se identificaron las concepciones que tienen los docentes sobre las competencias para la clínica y en especial sobre la dimensión actitudinal del psicólogo clínico. En las entrevistas se indagó sobre los recursos utilizados en los dispositivos de enseñanza que potencian las competencias para la clínica psicológica.

Se utilizó la técnica de observación sistemática (en base a las dimensiones de análisis) de carácter no participante (en tanto no se buscó interactuar con los participantes) para valorar la práctica docente, en las clases obligatorias de las unidades curriculares referidas anteriormente. A partir de las observaciones se buscó registrar en la situación áulica, los indicadores de competencias para la clínica psicológica, así como los aspectos actitudinales del psicólogo clínico que se potencian con los recursos de enseñanza implementados. Se observó y registró de la situación áulica: el espacio, los recursos materiales, humanos y didácticos, su distribución, el manejo del tiempo, el discurso docente, el tipo de intervenciones estudiantiles, la comunicación entre los actores involucrados, el clima de trabajo.

Las diferentes fuentes de información posibilitaron realizar una triangulación de datos (Denzin y Lincoln, 2005) que aportaron diversos aspectos del problema delimitado.

Se establecieron categorías de análisis a partir de la bibliografía consultada, los documentos del Plan de Estudios, las entrevistas realizadas y las observaciones de aula. La categorización según Bardin (1996, p. 90): “es una operación de clasificación de elementos

constitutivos de un conjunto por diferenciación, tras la agrupación, a partir de criterios previamente definidos”.

Los registros de las entrevistas y observaciones se analizaron a partir de las dimensiones construidas, codificando y categorizando la información obtenida. Se realizó un análisis de contenido cualitativo en un sentido amplio que tal como lo plantea Andréu Abela (2001) es una técnica de interpretación de textos, sean éstos escritos, grabados, pintados, filmados, etc.

g) Orientación al lector de la organización del texto

La tesis se organiza en seis capítulos diferenciados, referencias bibliográficas, apéndices y anexos.

En el primer capítulo se contextúa el ámbito donde se enmarca la investigación. Se describen las características actuales de la Facultad de Psicología de la UdelaR, su estructura académica y las particularidades del Instituto de Psicología Clínica. Se presenta el Plan de Estudios 2013, sus principios orientadores y la malla curricular, deteniéndose en las unidades curriculares que se tomaron como objeto de la investigación.

En el segundo capítulo se plantea en profundidad el problema a investigar partiendo de la diferenciación entre plan de estudio y currículum, perfil de egreso y tránsito formativo. Se ubica el problema de las competencias formativas para la clínica y el desarrollo de la actitud clínica psicológica, a través de los dispositivos de enseñanza.

En el tercer capítulo se desarrolla el marco teórico que sustenta la investigación. Se parte de una sinopsis genealógica de la enseñanza de la clínica y la psicología, para luego centrarse en las particularidades de la enseñanza de la clínica psicológica. Seguidamente se trabaja la noción de competencias para la clínica, ahondando en torno a la actitud clínica. Por último se aborda la noción de dispositivo de enseñanza y se plantean diversos recursos que favorecen el desarrollo de competencias para la clínica.

El cuarto capítulo está destinado a fundamentar la estrategia metodológica elegida para realizar la investigación. Se describe el diseño de investigación, las fases transitadas, los instrumentos escogidos para el trabajo de campo, la selección de los sujetos de la

investigación, así como el procedimiento para la elaboración de categorías de análisis. También se explicitan los criterios de validez y confiabilidad que se escogieron y las consideraciones éticas que se tuvieron en cuenta.

En el quinto capítulo se plantea para cada una de las fuentes de la investigación (documentos escritos, entrevistas y observaciones) las dimensiones de análisis. Se presentan cuadros con los datos recabados y se los analiza.

La tesis finaliza con el capítulo de conclusiones a las que se arribó, para cada una de las preguntas formuladas y con las recomendaciones, emergentes de la investigación.

Posteriormente se incluyen las referencias bibliográficas. En el apéndice se incluyen las guías de entrevistas y de observación de aula, así como cuadros de análisis elaborados a partir del trabajo de campo. En anexos se presenta la malla curricular del Plan de Estudios. Por el nivel de implicación en la trama institucional de quien es autor de la tesis, se consideró apropiado mantener reserva con respecto a la transcripción en la tesis de las entrevistas y los registros textuales de observaciones.

CAPITULO I

Como se planteaba en las *Orientaciones para el lector*, en este capítulo se tratará de enmarcar el contexto situacional donde se llevó a cabo la investigación, partiendo desde lo más general a lo particular. Se comienza contextualizando la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (de aquí en más Udelar) su estructura académica y las particularidades del Instituto de Psicología Clínica. Luego se presenta el Plan de Estudios 2013 (de aquí en más PELP 13) la malla curricular y los principios orientadores. Por último se detiene en las unidades curriculares que se tomaron como objeto de la investigación.

1.1 Facultad de Psicología: Estructura Académica y Plan de Estudios de la Licenciatura de Psicología (2013)

La Facultad de Psicología de la Udelar es emergente de un largo proceso de desarrollo de la Psicología en el País y en la Universidad de la República. Este proceso que da lugar a la actual Facultad de Psicología, tiene más de 50 años y se consolida con el pasaje de Instituto Universitario a Facultad, hace 20 años. La Psicología Universitaria, se ha caracterizado por un fuerte desarrollo a nivel profesional y un creciente despliegue disciplinar. El trabajo docente en nuestra Facultad se ha venido gestando en diversas áreas y con intensidades variables. Se ha destinado una especial atención a la enseñanza y se ha desplegado un importante trabajo de extensión. No ha tenido un desarrollo similar la producción de conocimientos genuinos. Esta área se ha comenzado a priorizar en los últimos años, a través de las propuestas de posgrado, la nueva organización académica en torno a institutos, la creación de centros de investigación y la puesta en marcha de un nuevo Plan de Estudios de Licenciatura que incluye específicamente unidades curriculares a tales efectos.

La Facultad de Psicología se encuentra en un proceso de transformaciones múltiples: organizativas, académicas, edilicias, de cultura institucional, etc.

En el año 2011 se crean los Institutos con la finalidad de “organizar las actividades docentes (de enseñanza, de formación de docentes, de investigación, de asistencia técnica y de ex-

tensión) de la Facultad de Psicología” (Universidad de la República, Uruguay, Facultad de Psicología, Consejo, 2010). Se pasa de una organización y distribución de recursos docentes centrados en la enseñanza (en Áreas Académicas, Cursos, Talleres y Servicios) a una organización docente centrada en Institutos: “unidades que reúnen y coordinan todos los servicios y actividades docentes de un grupo de disciplinas y subdisciplinas afines, incluyendo la enseñanza curricular”.

Los institutos tienen el cometido de organizar sus actividades entorno a Programas y Proyectos, siendo estas definidas como: “unidades constituidas por grupos de docentes que realizan tareas de investigación, enseñanza, extensión y asistencia técnica en un área especializada determinada” (Universidad de la República, Uruguay, Facultad de Psicología, Consejo, 2010). Se fundan cinco Institutos: Psicología Clínica, Psicología Social, Fundamentos de la Psicología, Psicología Educación y Desarrollo humano; Psicología de la Salud.

La Psicología Clínica es un ámbito de acción de los Psicólogos, con una amplia trayectoria en el Uruguay, desde los comienzos de la Psicología Universitaria. La particular historia de la psicología clínica en el Uruguay, le ha dado a la clínica un perfil particular, caracterizado por tener una perspectiva socio histórica.

El Instituto de Psicología Clínica aborda el campo de problemáticas sobre las formas de subjetivación que adquiere el sufrimiento humano en diferentes ámbitos y dimensiones (individual, grupal, familiar, institucional) tomando en cuenta la singularidad en la situación implicada; apunta a investigar, diagnosticar, orientar, tratar y o derivar utilizando como herramienta el método clínico.

De acuerdo al documento fundacional del Instituto de Psicología Clínica, este se plantea como objetivo general la formación y enseñanza de la Psicología Clínica, la investigación y producción de conocimientos novedosos en Psicología Clínica y la extensión y articulación con los servicios de la facultad, en la atención de usuarios en general. Este Instituto cuenta con ocho programas (Estudio sobre la Psicosis, Psicoanálisis en la Universidad, Modalidades y Efectos de las intervenciones en servicios de salud, Psicoterapias de los conjuntos subjetivos, Problemáticas clínicas de la Infancia y Adolescencia, Clínica Psicoanalítica y fronteras disciplinarias, Modalidades de intervención en el campo de la salud, Técnicas de evaluación psicológica) y nuclea ochenta y seis docentes.

Otra de las transformaciones de la Facultad de Psicología refiere al diseño e implementación

(en el 2013) de un nuevo Plan de Estudios de Licenciatura, cuyo debate se inicia en 1998. Los ejes de cuestionamientos del Plan 88 se referían al perfil y al enfoque profesionalistas, la rigidez curricular, la ausencia de la formación en metodologías de investigación, la limitación de la extensión universitaria a los servicios y pasantías por este ofertados, la poca posibilidad de formación en la diversidad de enfoques y perspectivas de intervención de la psicología.

Este nuevo Plan pretende habilitar tránsitos flexibles, apuntar al desarrollo de las capacidades autonómicas del estudiante. Es un Plan que busca establecer espacios y actividades que articulen e integren las funciones universitarias de extensión, investigación y enseñanza. Se plantea propender a la superación del dualismo teoría-práctica y posibilitar una integración entre la formación profesional y la académica.

Tiene como objetivos generales (Universidad de la República Uruguay, Facultad de Psicología, 2012, p. 4):

“Brindar una formación integral en Psicología que articule la extensión, la enseñanza y la investigación, incorporando una perspectiva interdisciplinaria”; y “Proporcionar una formación que habilite la producción y uso de conocimientos en distintos ámbitos y problemáticas a los efectos de contribuir al bienestar integral de los sujetos y sus comunidades y al desarrollo de la psicología como disciplina”

Establece como perfil del Licenciado (1)

1

“El/la Licenciado/a en Psicología se formará para contribuir al desarrollo de nuestra sociedad, acorde a lo establecido en la Ley Orgánica de la Universidad de la República. Desde una perspectiva crítica, reconocerá la necesidad de la deconstrucción de los problemas de interés general con los actores sociales implicados, reconociendo la característica política del saber universitario y el lugar de poder que le es asignado desde el campo social. Se apuntará a la producción de conocimientos originales vinculados a la Psicología, desarrollando un trabajo en diálogo con otros saberes, contribuyendo a generar una actitud interdisciplinaria para abordar las diferentes problemáticas.

El/la Licenciado/a habrá transitado, desde el comienzo de la formación, por experiencias de aprendizajes que le permitan integrar críticamente enseñanza, extensión e investigación, en el marco del Modelo Latinoamericano de Universidad.

Su formación será socialmente pertinente y acompañará los desafíos de la realidad nacional. Podrá articular y potenciar la producción de conocimientos teórico-prácticos que en el campo de la Psicología se han desarrollado en América Latina.

El/la Licenciado/a en Psicología tendrá por objetivos el desempeño de prácticas profesionales y/o académicas en Psicología, orientados por fundamentos éticos que contemplen la defensa de los derechos humanos, reconociendo los niveles de implicación que lo atraviesan como sujeto y los códigos deontológicos que están asociados a los campos de intervención del psicólogo.

“el desempeño de prácticas profesionales y/o académicas en Psicología, orientadas por fundamentos éticos que contemplen la defensa de los derechos humanos, reconociendo los niveles de implicación que lo atraviesan como sujeto y los códigos deontológicos que están asociados a los campos de intervención del psicólogo. Capaz de implementar diversas estrategias en Salud desde la prevención, promoción, asistencia y rehabilitación en los diversos modos en que lo psicológico se expresa. Que aporte a la comprensión y elucidación de los procesos psicológicos que afectan la constitución del sujeto singular y colectivo. Capaz de contribuir con el diseño, la implementación y el monitoreo de políticas públicas; de forma tal que sea promotor del bienestar integral de los sujetos y sus comunidades desde el punto de vista psicológico” (p.5)

Para el logro de estos objetivos y perfil de egreso, se diagrama una estructura organizada en tres ciclos de formación: inicial, integral y graduación.

El ciclo de formación inicial introduce al estudiante a la vida universitaria y a la formación en Psicología universitaria, incorporando la perspectiva histórica e institucional de sus procesos de consolidación y desarrollo. Brinda herramientas para el desarrollo del trabajo intelectual. Fomenta la capacidad crítico reflexivo para el recorrido autónomo del itinerario de formación. Genera espacios de nivelación que toman en cuenta la diversidad de los tránsitos de formación media. Todas las unidades curriculares propuestas son de carácter obligatorias.

El ciclo de formación integral tiene como objetivo una “formación amplia y profunda en el campo de la Psicología articulando con perspectivas inter y transdisciplinarias” (Universidad de la República Uruguay, Facultad de Psicología, 2012). Cuenta con unidades curriculares obligatorias y optativas.

El ciclo de Graduación se plantea como objetivos: “Profundizar en un desarrollo académico y en prácticas que se correspondan con el interés que el estudiante define como eje para su formación y futura labor académico-profesional. Generar espacios y dispositivos que habiliten la problematización ético y política de las prácticas psicológicas en relación al egreso” (Universidad de la República Uruguay, Facultad de Psicología, 2012). Las unidades curricu-

El/la Licenciado/a en Psicología podrá implementar diversas estrategias en Salud desde la prevención, promoción, asistencia y rehabilitación en los diversos modos en que lo psicológico se expresa.

El/la Licenciado/a en Psicología aportará a la comprensión y elucidación de los procesos psicológicos que afectan la constitución del sujeto singular y colectivo. Contribuirá con el diseño, la implementación y el monitoreo de políticas públicas. De esta forma, promoverá el bienestar integral de los sujetos y sus comunidades desde el punto de vista psicológico”.

lares de este ciclo son todas optativas, propiciando la máxima autonomía del estudiante en la elección de trayectorias académicas.

La malla curricular está compuesta de cinco módulos que transversalizan los ciclos. Los módulos son: 1. Psicología; 2. Metodológico; 3. Articulación de saberes 4. Prácticas y proyectos 5. Referencial ⁽²⁾. Cada uno de estos módulos contiene unidades curriculares (obligatorias, optativas y electivas) que tienen como objetivo, el desarrollo de contenidos a desplegarse en diversos cursos. Las unidades curriculares obligatorias se concentran en los dos primeros ciclos (inicial y formación integral, no así en el de egreso donde se juegan los tránsitos opcionales). El Plan prevé el cursado obligatorio de un número mínimo de créditos por módulo, con la finalidad de garantizar un único perfil de egreso al tiempo que una formación amplia y diversa.

El Módulo Psicología en el Ciclo Inicial ofrece un panorama general de la formación en Psicología Universitaria; en el Ciclo de Formación Integral y en el Ciclo de Graduación, organiza los cursos en torno a campos temáticos y contenidos vinculados a subdisciplinas de la Psicología. En este módulo se encuentran las unidades curriculares obligatorias de Psicología Clínica y Psicopatología clínica, a cargo del Instituto de Psicología Clínica.

El Módulo Metodológico consta de cursos que comprenden aspectos vinculados a las estrategias de intervención del psicólogo y la producción de conocimientos. En el ciclo inicial se plantea un curso obligatorio denominado “Métodos y Herramientas orientadas a la extensión”, coordinado por todos los institutos. En el ciclo de formación integral se plantean dos cursos obligatorios en los que interviene el Instituto de Psicología Clínica: Ética y Deontolo-

²Los objetivos de los módulos están enunciados de la siguiente forma en el plan de estudios:

1) **Módulo de Psicología:** Tiene como objetivo el despliegue de contenidos disciplinares producidos y en producción por parte de la Psicología.

2) **Módulo Metodológico:** Es el agrupamiento de asignaturas dirigidas a formar en los aspectos metodológicos, éticos y epistemológicos de la producción de conocimientos en el marco de la disciplina psicológica y su interacción con otras disciplinas.

3) **Módulo de Articulación de Saberes:** Tiene como objetivo la enseñanza del trabajo en equipos multi e interdisciplinarios, así como brindar herramientas para una comprensión más abarcativa de los problemas pertinentes a la Psicología y el enriquecimiento de los dispositivos de intervención, integrando saberes al campo disciplinar de la Psicología.

4) **Módulo de Prácticas, Desarrollo y/o Implementación de Proyectos:** Su objetivo es desarrollar habilidades para el ejercicio académico y profesional mediante la interacción con otros actores sociales, integrando las funciones de extensión, investigación y enseñanza. La práctica pre-profesional y el proyecto integral se llevarán a cabo en el Ciclo de Formación Integral o en el Ciclo de Graduación.

5) **Módulo Referencial:** Tienen como objetivo generar espacios de orientación, producción y problematización colectiva de los distintos itinerarios de formación elegidos por los estudiantes.

gía y el curso denominado Herramientas y técnicas de evaluación, diagnóstico e intervención.

El Módulo de Prácticas y Ejecución de Proyectos incluye las principales actividades en el medio que ha de desarrollar el estudiante en la cursada de grado. En el Ciclo Inicial se propone una aproximación a experiencias integrales, llevadas a cabo por actores universitarios. El objetivo es la sensibilización, por parte del estudiante, de las implicaciones del trabajo en el medio, con otros actores sociales. Fomenta la formación en abordajes territoriales y la aproximación a problemas concretos que aborda la Psicología. El Instituto de Psicología Clínica participa, junto con los otros cuatro institutos del llamado “Espacio Práctico” que tiene carácter obligatorio para los estudiantes. En el Ciclo de Formación Integral y el Ciclo de Graduación el estudiante comienza a realizar prácticas pre-profesional, por las que opta y que están asociadas activamente a un proyecto docente que puede ser de extensión, integral y/o de actividades en el medio. Para el ciclo de formación integral se propone un curso de carácter obligatorio sobre “Diseño de Proyectos” en el que interviene el Instituto de Psicología Clínica, junto con los otros.

El Módulo Articulación de Saberes apunta a la formación en trabajo interdisciplinario y al diálogo con saberes colectivos no universitarios: trabajo con organizaciones y movimientos sociales, así como experiencias derivadas de la educación no formal.

El Módulo Referencial tiene como objetivo generar espacios de orientación, producción y problematización colectiva, de los distintos itinerarios de formación, elegidos por los estudiantes. Trabaja el ser universitario, generando espacios de referencialidad. Aporta a la construcción y problematización del itinerario del estudiante y del egreso, desde su implicación ético-política.

El Plan de Estudios establece modalidades de cursada, pauta criterios de asistencia, aprobación, cantidad de estudiantes, así como dispositivos pedagógicos. Para los Módulos de Psicología, Articulación de Saberes y Metodológico se propone una modalidad de formación teórica, con dos opciones de cursada: Libre y Reglamentada. La opción Reglamentada puede tener diferentes formatos: plenarios (de 90 a 140 estudiantes) para cursos teóricos en general y específicamente para aquellos que trabajan contenidos mínimos; y seminarios (40 estudiantes) para cursos en los que se profundiza en una temática, problema, autor o producción específica de los que existe un conocimiento previo de todos los participantes. Para

el Módulo de Prácticas y Ejecución de Proyectos, se prevén los siguientes formatos: espacios prácticos (30 estudiantes); pasantías pre profesionales (hasta 15 estudiantes) y proyectos (hasta 15 estudiantes). Para el módulo referencial se pauta el trabajo en dos tipos de formato: Grupos de referencia a cargo de docentes y Espacios de referencia con tutorías de estudiantes avanzados.

1.2 Unidades Curriculares que se analizan en la investigación

Al Instituto de Psicología Clínica le corresponde específicamente la formación en lo que se denomina el campo de la clínica psicológica. Esta formación supone la adquisición de conocimientos (teorías psicológicas) manejo de procedimientos e instrumentos propios de la clínica, así como también el desarrollo de una dimensión del *ser* que refiere a las actitudes, las aptitudes y los valores que comprometen los procesos subjetivos de los estudiantes.

En función del campo de problemas definido en la investigación y de los objetivos delimitados, se tomaron las guías de las Unidades Curriculares de carácter obligatorias, en las que el Instituto de Psicología Clínica es referente o co participa (junto con otros institutos) los dispositivos de enseñanza pautados, para el desarrollo de estas y los docentes que trabajan en ellas.

La malla curricular correspondiente al Plan de Estudios de la Licenciatura en Psicología 2013 se presenta graficamente en el anexo 1.

El Instituto de Psicología Clínica tiene a su cargo dos unidades curriculares que se encuentran en el Módulo Psicología en el ciclo de formación integral: Psicopatología Clínica (4to semestre) y Psicología Clínica (5to semestre).

Psicopatología Clínica plantea en la guía de curso 2013 como objetivos formativos: 1. Abordar la dimensión psicopatológica del sujeto en relación con su singularidad y su entorno contextual. 2. Discutir críticamente los dispositivos de abordaje de la enfermedad mental a partir de la consideración de la singularidad, la subjetividad y los diferentes grados de autonomía de los sujetos. 3. Acercar al estudiante a clasificaciones nosográficas y los

cuadros psicopatológicos con una visión crítica de las mismas. El formato con el que se trabaja en el curso reglamentado es en instancias plenarias, siendo un curso obligatorio.

Psicología Clínica es una unidad que se divide en dos cursos: *Conceptualizaciones teóricas y técnicas de las intervenciones clínicas* y *Fundamentos psicoanalíticos de la clínica*.

Conceptualizaciones teóricas y técnicas de las intervenciones clínicas, propone como objetivos formativos: 1. Acercar al alumno al conocimiento de los enunciados, las teorías, los paradigmas y las prácticas de la psicología clínica. 2. Capacitar al alumno para comprender cómo la psicología clínica aborda las condiciones que generan malestar o sufrimiento en los distintos contextos y dimensiones de la vida. 3. Adquirir conocimientos sobre los modos de intervención en psicología clínica. 4. Propender a la formación del psicólogo integrando los aportes de la clínica psicoanalítica.

Fundamentos psicoanalíticos de la clínica, propone como objetivos formativos: 1. Conocer los enunciados, las teorías, los paradigmas y las prácticas de la psicología clínica. 2. Comprender cómo la psicología clínica aborda las condiciones que generan malestar o sufrimiento en los distintos contextos y dimensiones de la vida. 3. Adquirir conocimientos sobre los modos de intervención en psicología clínica. 4. Aportar a la formación del psicólogo integrando los aportes de la clínica psicoanalítica.

Ambos cursos tienen formato plenario para la modalidad reglamentada.

Las unidades Curriculares en las que co participa el Instituto de Psicología Clínica desarrollando algunos de los contenidos son las siguientes:

En el Módulo Metodológico en el ciclo inicial, en la unidad: *Métodos y Herramientas orientadas a la Extensión* (2do semestre). Esta unidad tiene como objetivos formativos: 1. Introducir al estudiante en los lineamientos generales para el abordaje de las realidades y el trabajo en Extensión Universitaria. 2. Sensibilizar respecto a los fundamentos políticos, académicos y pedagógicos de la Extensión Universitaria. 3. Presentar las herramientas y técnicas básicas para el trabajo en Extensión Universitaria. Se plantea un formato plenario.

En el ciclo de formación integral, el Instituto de Psicología Clínica participa en la Unidad de *Ética y Deontología* (3er. Semestre) cuyos objetivos formativos son: 1. Promover en el estudiante el conocimiento de las bases filosóficas de las principales teorías éticas. 2. Brindar un acercamiento a las teorías éticas y a los problemas clásicos de la Bioética. 3.

Brindar herramientas básicas para el análisis ético de la investigación con seres humanos y con animales.4. Promover el conocimiento de los principales aspectos éticos involucrados en la intervención psicológica. En el 4to semestre (ciclo de formación integral) el instituto de Psicología Clínica participa en la unidad curricular Herramientas y Técnicas de Evaluación, Diagnóstico e Intervención psicológica que se propone como objetivos formativos: 1. Trasmitir conocimientos sobre los fundamentos epistemológicos, teóricos y metodológicos de las principales modalidades de intervención psicológica. 2. Introducir a las herramientas de evaluación y diagnóstico psicológico, en los niveles individual, familiar, grupal, organizacional y comunitario. 3. Favorecer la incorporación de las principales metodologías y técnicas para la intervención psicológica con individuos, grupos, organizaciones y comunidades.

En el Módulo Prácticas y Proyectos, en el ciclo inicial el Instituto de Psicología Clínica participa del Espacio Práctico, cuyos objetivos formativos son: 1. Realizar una primera aproximación a una práctica psicológica en algún escenario en los que están insertos los psicólogos en nuestro país. 2. Brindar elementos al estudiante para un análisis crítico de la práctica realizada que, entre otras cosas, colabore en el diseño de su itinerario de formación. En el ciclo de formación integral, participa en la Unidad Curricular titulada Diseño de Proyectos (4to semestre). Esta se plantea como objetivos formativos: 1. Mostrar las diversas metodologías de trabajo por proyecto y señalando su pertinencia de acuerdo al contexto y la finalidad de la iniciativa. 2. Favorecer la comprensión del proceso lógico de elaboración de proyectos y las bases ideológicas y técnicas de las distintas metodologías. 3. Propiciar la apropiación de la herramienta por parte del estudiantado y facilitar herramientas para la construcción de su rol profesional en equipos inter y transdisciplinarios. Como las anteriores esta unidad es obligatoria y tiene un formato de plenario.

Quedó así planteado el escenario donde se inscribe la investigación sobre las competencias formativas en la clínica psicológica.

CAPITULO II

En este capítulo se desarrolla el problema a investigar y las preguntas de investigación que orientaron toda la tesis. Se parte de diferenciar plan de estudio de currículum, al tiempo que perfil de egreso de tránsito formativo. Se ubica el problema de las competencias formativas para la clínica y del desarrollo de la actitud clínica psicológica, a través de los dispositivos de enseñanza para poblaciones numerosas.

2.1 Planteamiento del problema a investigar

El nuevo Plan de Estudios de la Licenciatura de Psicología plantea un perfil de egreso que implica el desarrollo de determinadas destrezas y facultades que tal como lo enuncia el Documento de Comisión de Carrera (Facultades y destrezas en el Licenciado en Psicología, 2012, p. 1) tienen que ver con:

“la capacidad crítica y reflexiva; la capacidad de de-construcción de los problemas de interés general con actores sociales; el manejo ético y político; la producción de conocimiento original vinculado a la disciplina; la capacidad de escucha y diálogo con otros saberes; la actitud interdisciplinaria; la integración de funciones universitarias; la capacidad para identificar desafíos coyunturales, socialmente pertinentes; la capacidad para articular y potenciar los desarrollos teórico-prácticos latinoamericanos en psicología; el desempeño profesional y desempeño académico; la integración de la perspectiva de Derechos Humanos; la capacidad para generar e implementar estrategias en salud de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación; la capacidad para comprender y elucidar procesos singulares y colectivos, así como para diseñar, implementar y monitorear Políticas Públicas; la capacidad para promover bienestar integral de los sujetos y sus comunidades”.

Estas destrezas y facultades se corresponden con las diferentes capacidades que sustentan las competencias profesionales, a las que alude la pirámide propuesta por Miller (1990): al “saber” y al “saber cómo” (conocimientos disciplinares, producción de conocimientos origina-

les disciplinarios, articular y potenciar los desarrollos teórico – prácticos latinoamericanos en psicología); al “saber hacer” (generar e implementar estrategias en salud, monitorear políticas públicas, promover bienestar, etc.) y otras se vinculan con el desarrollo de actitudes (crítica, reflexiva, interdisciplinaria, ética, escucha y diálogo, etc.). El logro de estos recursos, el desarrollo de estas capacidades se vinculan con los dispositivos de enseñanza, aunque no solamente. Estos recursos de orden cognitivo, de orden afectivo, de orden social y de orden contextual, deben ser seleccionados, coordinados oportunamente y potenciados en las prácticas de enseñanza.

Al decir de Venturelli (2003) las destrezas y actitudes no se las considerada (en general) como parte importante del proceso educacional, sino que se enfatiza, la cantidad de información, siendo esta el componente más efímero de dicho proceso.

La malla del Plan de Estudios de la Licenciatura de Psicología aparece diagramada, en función de módulos (psicología, metodología, prácticas, articulación de saberes y referencial) dentro de los cuales se plantean unidades curriculares que ponen énfasis en los aspectos informativos: teorías, técnicas, herramientas.

Si bien las nociones de Plan de Estudios y currículum son frecuentemente utilizadas como sinónimos, éstas remiten a diferentes planos, se inscriben en lógicas académicas y en paradigmas teóricos diversos. El Plan de Estudios es un aspecto del currículum. Homologar currículum con Plan de Estudio es hacerse eco de una concepción tradicional de la educación centrada en la disciplina, donde se le da prioridad a la formulación de los contenidos.

Tal como lo plantea Guerra Montoya (2007) la estructura curricular es en cierta forma la columna vertebral de los procesos formativos. De ella depende la orientación hacia la organización de los conocimientos y prácticas seleccionadas que implica la formación. Desde el punto de vista de los propósitos de la formación y de las competencias a adquirir y o a desarrollar, la estructura curricular se entiende como las relaciones entre: los propósitos a alcanzar, la selección, organización y distribución de los contenidos disciplinares y las dinámicas y experiencias formativas identificadas, a partir de las cuales se desarrollan los planes de estudio. Es decir que la estructura curricular establece los límites y controles, las posibilidades y opciones, del proceso formativo de los estudiantes. El currículum como estructura, como red de relaciones de los componentes, no se reduce a un componente, a los conteni-

dos seleccionados, organizados y distribuidos en el tiempo de formación de un ser humano y tampoco los contenidos son disciplinares.

El currículo desborda la noción de objeto discreto para ubicarse como un “campo complejo, múltiple y pluri determinado”.

Según De Alba (1998, p. 38) el currículo es:

“la síntesis de elementos culturales (conocimientos, valores, costumbres, creencias, hábitos) que forman una propuesta político – educativa, pensada e impulsada por diversos grupos y sectores sociales, cuyos intereses son diversos y contradictorios aunque algunos tiendan a ser dominantes y hegemónicos y otros tienden a oponerse y resistirse a tal dominación y hegemonía”.

Convergen el documento escrito, las experiencias y vivencias transitadas por los diferentes actores en sus encuentros y desencuentros, tanto como dimensiones explícitas e implícitas. En este sentido incluye una lógica práctica que muchas veces no obedece a un orden racional ni está en la órbita de la conciencia, sino que presenta órdenes que se dan por estar en un juego y operan por esa inclusión.

También se puede decir que es corporalidad en acción donde se articula teoría y práctica a través de un proyecto político – pedagógico que si bien responde a un momento de emergencia histórico social. El currículum es al mismo tiempo campo de devenires y acontecimientos siempre imprevistos.

La complejidad del campo curricular lleva a diferenciar planos. Un plano está dado por el currículo prescrito que tiene objetivos y contenidos definidos. Este se traduce en un perfil y está basado en decisiones político – ideológicas. Otro plano está dado por el currículo diseñado, aquel en el que intervienen docentes y expertos en pedagogía. Estos planos conforman el currículo organizado en sus aspectos manifiestos y explícitos, involucrando los niveles de la organización educativa.

Se podría decir que en el plano del currículum prescripto (Gimeno Sacristán, 1991) de la Licenciatura en Psicología se hace poca referencia a los aspectos actitudinales del psicólogo y más específicamente del psicólogo clínico. Otro plano se juega en el nivel de realización que se gesta con los actores en el día a día: el “currículo en acción”. Este es el que habitual-

mente conocen (reconocen) y evalúan los aprendientes (Gimeno Sacristán, 1991) a través de las prácticas docentes.

Los currículums se realizan fuera de las aulas, operan como textos propositivos, pero la forma de desarrollarse, corre por cuenta del proceso que tiene lugar en el aula. Los especialistas en planes de estudio (Díaz Barriga, 2009) son conscientes que los contenidos que se establecen en un plan de estudios, no necesariamente se llevan a cabo, al pie de la letra. Por lo cual han emergido perspectivas que piensan el currículo como proceso, como lo vivido.

Según Gimeno Sacristán (1991) el docente en el proceso de enseñar los contenidos pautados, construye cuando diseña la clase, a través de la selección de recursos de enseñanza, las actividades y tareas que propone, el currículum en acción. Es en el proceso de enseñar, de acuerdo a los recursos utilizados, al posicionamiento docente que se va rellenando el currículum de significados.

Además en el aula ocurren procesos no intencionados que corresponden al currículum oculto (Jackson, 1992). Este plano curricular rescata la perspectiva de la experiencia, de la interacción, la articulación de aprendizajes no explícitos en un plan de estudio. Tienen la particularidad de que, si bien no son intencionados se muestran altamente eficaces en la formación. Estos contenidos actúan en el plano de lo “no dicho”, conteniendo aspectos ideológicos e inconscientes, tales como los regímenes de poder – saber que se juegan, más allá de los contenidos explícitos, en los modos en que éstos se desarrollan.

En esta línea de pensamiento se puede considerar que algunos de los aspectos vinculados a la actitud psicológica y específicamente, a la actitud clínica, podrían transmitirse de forma no explícita quedando indiferenciados de los contenidos conceptuales y de las herramientas teórico- técnicas. Estos pasarían a formar parte del currículum vivido, del currículum puesto en acción, del currículum oculto.

La actitud clínica refiere en términos genéricos, a reacciones internas que se expresan en forma de conducta y orientan la acción hacia un determinado objeto, teniendo a su vez dimensiones cognitivas, emotivas y conductuales (Fischbein, 1982). Las actitudes tienen un aspecto voluntario, pero también tienen una enorme porción por fuera de la voluntad, ligada al sustrato emocional del sujeto. La noción de actitud clínica psicológica se presenta poli-

sémica, difusa, poco aprehensible. Sin embargo, el desarrollo de esta, conforma una parte fundamental de las competencias del psicólogo clínico.

Se torna interesante analizar las competencias clínicas y entre ellas las actitudes que se potencian desde los dispositivos de enseñanza, pautados en el plan de estudio (unidades curriculares obligatorias en formato plenario) donde se trabajan contenidos mínimos. En el campo pedagógico el dispositivo se liga a los actos de la enseñanza y el aprendizaje, incluyendo los recursos metodológicos que los docentes despliegan en su tarea.

El aprendizaje de la clínica no se logra solamente, en base a memorización y lecturas. Este requiere de la toma de decisiones, lo cual provoca mayor carga afectiva que otros aprendizajes, por los niveles de implicación que se generan en el encuentro, donde la subjetividad es el principal instrumento de trabajo.

La actitud clínica remite a las competencias vinculadas al ser y requiere de dispositivos apropiados para su desarrollo. Hay una esfera de conocimientos que son pasibles de ser traspuestos, tales como los contenidos teóricos, las herramientas técnicas; pero hay otras dimensiones que se juegan en la formación del ser psicólogo, aquellas que específicamente se vinculan con la actitud clínica psicológica.

Los contextos de numerosidad atentan contra la enseñanza singularizada y el trabajo con la diversidad, en tanto son escenarios fértiles para promover vínculos masificados. La segunda reforma universitaria, compleja y necesaria, avanza con el cometido de favorecer y ampliar el acceso a la educación, considerando como un problema la permanencia en la institución y o la desafiliación. Los lineamientos planteados por el CDC en el año 2007 (Hacia la Reforma Universitaria, N° 1, p. 2) definen el desarrollo de una: “*Enseñanza activa que multiplique el acceso efectivo a la formación terciaria*”. La Udelar hoy se constituye casi en una excepción en América, considerando su propuesta político-pedagógica asentada en la democratización de la educación. Reúne todas las condiciones para ser categorizada como macroinstitución (Barszcs, Collazo, Álvarez, De Bellis, Cilintano; 2005). En tanto se caracteriza por una masificación a nivel institucional (dado por el aumento sostenido de la matrícula estudiantil) al

tiempo que una masificación curricular (por la desproporción de la relación cuantitativa estudiante-docente). Estas políticas interpelan a buscar formas innovadoras de enseñanza que promuevan no el acceso, sino la permanencia en la universidad. Sin lugar a dudas es este, uno de los desafíos que enfrentamos en la Facultad de Psicología: el gradual aumento de la matrícula (1.400 estudiantes ingresan en el 2013 y 9.000 están cursando la licenciatura). Este incremento de la matrícula estudiantil, no se corresponde con un aumento proporcional del colectivo docente (280 docentes en 2013) ni del espacio edilicio. El reto es trabajar con la numerosidad, disolviendo la masificación, generando estrategias de enseñanza para la psicología clínica que promuevan aprendizajes singularizantes, con recursos docentes limitados.

La numerosidad alude a una característica cuantitativa, vinculada con los «grandes números». Si bien muchas veces se toman como sinónimos, vale la distinción en tanto el número, no necesariamente define, un tipo particular de cualidad vincular. Si bien la numerosidad es terreno fértil para la masificación, pueden generarse condiciones de masa trabajando con números reducidos. Esta cualidad del vínculo se caracteriza por el anonimato, la serialidad, la ausencia de compromiso, la falta de personalización en el encuentro, características que atentan directamente contra la posibilidad de compromiso en el aprendizaje (Carbajal y Maceiras, 2003).

Camilloni (2002) considera que el alto número de estudiantes no afecta necesariamente la calidad de la enseñanza. Desde su perspectiva, el desafío se centra en lograr calidad, en los aprendizajes en grupos numerosos.

2.2 Preguntas que busca responder la investigación

La investigación analiza la formación y el desarrollo de competencias integrales (el saber ser, el saber conocer, el saber hacer) para la psicología clínica, dentro del plan de estudios de la Licenciatura de la Facultad de Psicología de la UdelaR. Pone especial énfasis en dife-

renciar, dentro de las competencias clínicas, aquellas vinculadas con los aspectos actitudinales presentes en la clínica psicológica.

Las interrogantes que busca responder la investigación son las siguientes:

- ¿Cuáles son las competencias para la clínica psicológica que se establecen desde los documentos que integran el Plan de Estudios?
- ¿Qué concepciones manejan los docentes en referencia a las competencias para la clínica psicológica?
- ¿Cuáles son los componentes de las competencias para la clínica y en especial a que refiere la actitud clínica psicológica?
- ¿Los dispositivos de enseñanza numerosos y los recursos empleados por los docentes, contribuyen a desarrollar competencias formativas para la clínica psicológica y dentro de ellas la actitud clínica?
- ¿Qué relación existe entre las concepciones que presentan los docentes respecto a las competencias para la clínica psicológica y las prácticas de enseñanza de psicología clínica ?

Sobre este modo de formular el problema y las preguntas de investigación es que versa esta tesis.

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se realiza un recorrido por las conceptualizaciones centrales que atañen al problema delimitado. Se parte de una breve sinopsis genealógica sobre la enseñanza de la clínica y de la psicología clínica, con el fin de comprender el tema central de la investigación. Se realiza una diferenciación entre el campo disciplinar (la clínica psicológica) y la enseñanza de la clínica, delimitando sus particularidades. Seguidamente se profundiza en las competencias para la clínica psicológica y se realiza un rastreo en torno a la noción de actitud clínica. Por último se trabaja la noción de dispositivo de enseñanza, planteándose los diversos recursos que se utilizan para desarrollar competencias en la clínica psicológica.

3.1 Sinopsis genealógica de la enseñanza de la clínica

La enseñanza de la clínica, según Lifshitz (2004) aparece fuertemente vinculada a la medicina. Dentro de las disciplinas que hoy ubicamos en el área de la salud, la medicina ha sido pionera y ha llevado la vanguardia en el desarrollo del método clínico.

En “El nacimiento de la clínica”, Foucault (1999) remonta los orígenes de la clínica a la medicina Hipocrática, vinculada con la semiología y la anamnesis médica, lo cual implicaba saber interpretar los síntomas y la enfermedad. Allí enuncia Foucault (1999, p. 86) que: “la medicina griega del siglo V, no era otra cosa que la decodificación de la clínica universal e inmediata; en la medida en que se organiza un cuerpo sistemático a los efectos de facilitar y compendiar su estudio”.

Se introduce una dimensión nueva en la experiencia médica que tiene que ver con un saber ciego, sin mirada. Esta experiencia da lugar a una medicina invadida por la metafísica y la filosofía que perdura hasta finales del siglo XVIII cuando se revaloriza la clínica y aparece la medicina moderna.

Fue en el Hospital de Leyden que Francois de la Boe (citado por Foucault, 1999) abrió la primera escuela clínica y con ella la primera publicación de sus observaciones, dando inicio a un movimiento que se expandió por toda Europa.

Fue en los hospitales militares donde se inició la enseñanza de la clínica. Se comenzó a organizar la clínica, como cuerpo complejo y coherente que reunía una forma de experiencia, un método de análisis y un tipo de enseñanza. Esta clínica hizo visible el cuerpo de la nosología, se centró en la enfermedad (no en el enfermo) en el caso y concluye cuando se tiene el nombre de la enfermedad. Foucault hace referencia a la enseñanza y plantea (1999, p. 94) que: “el profesor indica a sus alumnos el orden en el cual deben ser observados los objetos para verse mejor y grabarse mejor en la memoria, les abrevia su trabajo, les hace aprovechar su experiencia”.

Fue en los últimos años del siglo XX, cuando tuvo lugar una reestructuración de la clínica. Se colocó nuevamente, como practica esencial de la medicina, la observación de los síntomas del enfermo sobre su lecho, la interrogación y el examen por parte del profesor, el diagnóstico de los síntomas. Esta reforma se caracterizó por ser correlativa a una enseñanza teórica ampliada. Se pasó de la sala del hospital, al anfiteatro. Allí se discutían las causas de las enfermedades, se aunó el saber empírico y el enciclopedista, el dominio hospitalario y el pedagógico, la mirada y el lenguaje se juntaron en el cuadro clínico.

Otro gran mojón en la historia de la medicina, es el momento en que la experiencia clínica se vuelve mirada anátomo clínica. Aquí el signo se separa del síntoma y se obliga a interrogar al cuerpo en su espesor orgánico, comienza a poder localizarse las lesiones, apareciendo la medicina de los órganos.

A partir de la Cumbre Mundial de Educación Médica, celebrada en Edimburgo en 1993 (2000) se viene desarrollando un movimiento internacional para la búsqueda de un cambio articulado entre la educación médica, la práctica médica y la organización de los sistemas de salud. Desde Edimburgo, se plantea la necesidad de integrar e interrelacionar los procesos asistenciales, educacionales e investigativos que se desarrollan en los servicios de salud. Se proponen estrategias de aprendizaje, basadas en la competencia y en correspondencia con las necesidades locales. Estas tienen el fin de desarrollar capacidades de análi-

sis, síntesis y evaluación, las cuales son necesarias para la solución de los problemas clínicos.

El desarrollo de la medicina ha sido fundante en la constitución de todas las ciencias del hombre a nivel ontológico.

En la actualidad, como señala Finkelstein y Gardey (2006) y Fernández Sacasas (2012) el cambio de paradigmas en medicina, el pasaje de modelos positivistas (tecnologistas – biologicistas) a modelos integrales (bio psico sociales) que toman en consideración las diversas dimensiones en el desarrollo de los procesos de salud enfermedad, han generado transformaciones en la relación entre la medicina y la enseñanza de la clínica. Más que centrarse en la enfermedad se ha pasado a considerar al sujeto enfermo en su medio, vale decir en las condiciones concretas de existencia. Los clínicos empezaron a observar que cada uno de los enfermos, incluso los que presentaban la misma afección, tenían una expresión clínica diferente.

Fernández Sacasas (2012) como tantos otros, señala que la educación médica no puede seguir sosteniéndose en el principio de la transmisión del conocimiento, por métodos pasivos como la clase magistral. Sino que requiere de una enseñanza centrada en el aprendizaje y por lo tanto de la utilización de métodos en los que el estudiante participe activamente. De la enseñanza centrada en el profesor se pasa a la enseñanza centrada en el estudiante.

3.2 La enseñanza de la psicología en el Uruguay

La enseñanza universitaria de la psicología entrelaza su historia con la propia historia de la universidad y la conformación del Estado Nación moderno. Tomando los planteos de Castro (1994) la formación psicológica en el país se origina en la triple vertiente de la pedagogía, la clínica médica y la filosofía.

El surgimiento de la “Escuela nueva” (Dewey, 1998) conlleva la inclusión masiva de los niños al sistema educativo, generando el auge de la pedagogía, a principios del siglo XX. Tiene como efecto plantear problemáticas a la disciplina psicológica, la que se ve motivada a dar respuestas.

Carrasco (2005) señala una primera etapa en la historia disciplinar, en la que la psicología aparece en los planes del Sistema Nacional de Educación (1875-1876). Una segunda etapa, marcada por la creación del Laboratorio de Psicopedagogía en el año 1933, previa a los años 50, cuando ingresa en la órbita universitaria. Este primer período de surgimiento de la Psicología en Uruguay, se extiende desde fines de 1800 hasta mediados de 1900. Tiene la característica de ser una Psicología experimental, psicométrica y posteriormente funcionalista.

La psicología se introduce en la órbita de la universidad a mediados del 900, de la mano de la medicina. Cambiaggio (1977) señala como antecedente, en 1933, por parte de la Facultad de Medicina, la contratación del Prof. Radecki (polaco, radicado en el país) para desarrollar algunos cursos. Radecki impulsa el desarrollo de la Psicología, convirtiéndola en una ciencia biológica, con categoría de ciencia natural autónoma.

En 1945 el Dr. Julio Marcos propone la conformación de un equipo, en la Clínica Médico Psicológica del Hospital de niños Pedro Visca (dependiente del Ministerio de Salud Pública, pero en el ámbito de la cátedra de Pediatría de la Facultad de Medicina) para abordar ciertas enfermedades infantiles desde la psicología que no tenían una etiología física.

En el año 1948 se crea el Laboratorio de Psicología, de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, siendo el diagnóstico el área central de su ocupación. En los años 50 se realiza el 1er Congreso Latinoamericano de Psicología del Uruguay, año en el que también se inaugura el curso de Psicología aplicada, a la Infancia en la Sección de Auxiliares del Médico de la Facultad de Medicina. A partir de 1965 los cursos comienzan a funcionar en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, en la Escuela de Colaboradores del Médico que en 1978 se pasa a llamar Escuela de Tecnología Médica.

La vertiente filosófica de la psicología se instala primero en los programas de estudio de Filosofía de secundaria y luego en el 56 comienza a desarrollarse a nivel universitario, en el marco de la Licenciatura de Psicología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Universidad de la República. De esa forma se gesta un perfil de psicólogo investigador y no solo vinculado a la profesional liberal.

Siguiendo los avatares políticos del país, en el año 73 con el golpe de Estado se interviene la Universidad, se cierra el curso de la Licenciatura de Psicología en Humanidades y Cien-

cias definitivamente y durante dos años el curso de la Escuela de Tecnología Médica. La Universidad cambia su rumbo. Se crea en 1978 la Escuela Universitaria de Psicología que modifica sustancialmente la concepción y los objetivos de la formación en psicología, tal como plantea Irrazabal (2010) centrándose en la reproducción y aplicación tecnológica del instrumental psicodiagnóstico, como definición del rol profesional, de acuerdo a la concepción de la medicalización.

Con la recuperación de la democracia se inicia la recuperación de la universidad, sus principios latinoamericanos vinculados con la autonomía, al pensamiento crítico y el compromiso social. En el área de la psicología se inicia un proceso de recuperación de un centro de formación único que integre la investigación, extensión y enseñanza. Se funda el Instituto de Psicología asimilado a Facultad (1987) con un Plan de estudios que unifica el plan de la Escuela Universitaria y el de Psicología Infantil y sigue vigente hasta el 2012. Este Plan pretendía desarrollar la producción de conocimientos, en directa relación con las necesidades sociales. Tenía la particularidad de pivotar entre dos modelos curriculares: el modelo Bogotá y el Xochimilco. Se planteaba como desafío, la articulación entre los diferentes Cursos, Talleres y Servicios. Tenía como objetivo asegurar la integración de los conocimientos, provenientes de distintos campos de saber psicológico. Esta articulación, se pretendía lograr mediante la selección de núcleos de problemas que debían ser trabajados, como temática central en los talleres del ciclo correspondiente.

El 15 de marzo de 1994 el Consejo Directivo Central de la Universidad de la República aprueba, por unanimidad, la creación de la Facultad de Psicología que sigue trabajando con la misma organización académica y Plan de Estudios hasta el 2013.

De acuerdo a la evaluación realizada del Plan 88 (por un grupo de trabajo designado a tales fines) se concluyó que este plan generaba un perfil profesionalista del psicólogo que abarcaba las competencias para el diagnóstico, orientación, asesoramiento, realización de tratamientos psicológicos y rehabilitación. Un perfil amplio, genérico y pluralista que no explicitaba con claridad las herramientas conceptuales, actitudinales y procedimentales que debían adquirir los estudiantes al finalizar cada ciclo formativo.

3.3 La Enseñanza de la clínica: pilares conceptuales.

La clínica psicológica, como se planteaba en el apartado anterior, ha estado estrechamente vinculada con la clínica médica, la práctica profesional y la enseñanza del psicodiagnóstico.

Enseñar es un trabajo complejo, tal como lo plantea Chevallard (1997) supone la transformación de un objeto de saber a enseñar (en este caso el campo de la clínica psicológica) en un objeto de enseñanza. Las particularidades de la enseñanza de la clínica, están dadas, por un lado por las cualidades del objeto de saber -la(s) clínica(s) psicológica(s)-. Estas se entrelazan con las múltiples dimensiones que lo transforman en objeto de enseñanza, relativas al plan de estudios, al currículum, a los dispositivos de enseñanza implementados, así como los atributos de los docentes universitarios, actores de su realización.

- De las cualidades del objeto de saber

La clínica psicológica, es un campo de conocimiento e intervención, sobre las formas de subjetivación que adquiere el sufrimiento, en diferentes ámbitos y dimensiones (individual, grupal, familiar, institucional) tomando en cuenta la singularidad en la situación implicada. Apunta a investigar, diagnosticar, orientar, tratar y o derivar utilizando como herramienta el método clínico.

La enseñanza de la clínica, supone diferenciar dentro de ese campo disciplinar, los conocimientos, habilidades y actitudes a ser transmitidos, así como enseñar a cerca de los modos de producción de saberes.

Desde una postura epistemológica, Ardoino (1993) sostiene que la clínica implica conocer y escuchar al otro, ponerse en su lugar y escucharse a sí mismo desde las resonancias con el otro-Otro, sosteniendo las incoherencias, las contradicciones y la opacidad.

Enseñar clínica requiere desarrollar en los estudiantes el “ojo clínico”, lo que se podría definir como la habilidad para identificar o rastrear un problema clínico, comprenderlo en términos tanto afectivos como cognitivos, mediante la reflexión, el análisis. En ese sentido, la clínica se vincula estrechamente con la enseñanza del método clínico. Dicho método está conformado por una serie de procedimientos a seguir de modo ordenado y sistemático que se aplica a los efectos de llegar al conocimiento, al diagnóstico de la situación y al diseño de

una intervención. Estos procedimientos implican ciertas habilidades que tienen que ver con la observación, la indagación, el análisis, la formulación de hipótesis, el diseño de estrategias, la toma de decisiones, la comunicación. El enfoque clínico remite a una mirada, a un pensamiento, a una ética de la acción y a un espacio de formación (Cifali, 2005).

Ese espacio de formación en sus orígenes ha sido del tipo artesanal (Laredo Sanchez, Lifshitz, 2001) el maestro experto mostraba el arte al discípulo, quien tenía que adquirirlo por ensayo y error. Se pasó a una etapa llamada aforísmica, en la que se disponía de un cierto cuerpo de conocimientos, no sistematizados que operaban como consejos o recomendaciones. Posteriormente vino una etapa de sistematización de la clínica y se creó la propedéutica, con sus reglas y secuencias, apareciendo la historia clínica.

- **Entrecruzamiento de lo disciplinar y lo profesional**

Tal como se planteaba en la introducción, la enseñanza dirigida a adultos que ocuparán un lugar laboral, siempre está atravesada por la representación que se tenga de la profesión y del profesional que deberá ser, (Barbier, 1999). La formación entonces consiste en una transformación de capacidades para el ejercicio profesional.

Esa proximidad con el ejercicio profesional hace que la enseñanza de la clínica (Lucarelli, 1994) sea un tipo de enseñanza que requiere de la articulación teoría y práctica. Éstos son dos momentos simultáneos en la construcción del conocimiento, entramados en una relación dialéctica, lo que posibilita que la práctica sea generadora de teoría y la teoría de práctica.

Al ser un campo de confluencia e interpelación “teoría – práctica”, enseñar clínica requiere de estrategias que tomen en consideración estos postulados. Dewey (1998) sostiene que los aprendices, aprenden haciendo y aprenden escuchando, para lo cual propone al docente generar para la enseñanza de la clínica experiencias auténticas que generen interés en los estudiantes. Sostiene que al enfrentar a los estudiantes con un problema auténtico, logra estimular el pensamiento, la observación, la búsqueda de información, la toma de decisiones de soluciones sugeridas con responsabilidad. El problema se vuelve el motor para desarro-

llar habilidades, conocimientos integrados, en tanto pone a jugar lo vivencial, la crítica reflexiva, el arsenal técnico así como la responsabilidad en las intervenciones.

- **La singularidad de la clínica**

Otra particularidad de la enseñanza de la clínica está dada por el hecho de que el “caso clínico” es único e irrepetible (Jonnaert, 2001). Esta cualidad exige poner en práctica, en cada situación, estrategias que promuevan competencias en los estudiantes, en un contexto caracterizado por la variabilidad, la impredecibilidad, la inmediatez en la toma de decisiones y la falta de continuidad.

En sintonía con estos planteos, Schön (1992) resalta las características singulares, conflictivas e inciertas de la clínica, proponiendo la denominación de “zonas indeterminadas de la práctica” que él vincula directamente con la toma de decisiones. La formación en clínica requiere de la adquisición de competencias que posibiliten actuar en esas “zonas indeterminadas de la práctica”. Para este autor, resulta relevante que los docentes diferencien el conocimiento que se obtiene a través de la acción, del que se obtiene a través de la reflexión en la acción. El primero, es revelado a través de la ejecución espontánea y resulta imposible de explicitar verbalmente. La reflexión en la acción, permite realizar modificaciones en el accionar que se llevan a cabo a partir de la toma de conciencia sobre el propio desempeño de lo que se está realizando. A este tipo de experiencias Schön (1992) le ha llamado “*practicum reflexivo*”.

Otros autores (Hernández Aristu, 1995; Jonnaert, 1995) destacan para la enseñanza de la clínica: potenciar capacidades personales del sujeto, competencias y habilidades de carácter social referidas a la convivencia y al trabajo con otros. El desarrollo de estas capacidades, competencias y habilidades se generan a través de una práctica y también de la posibilidad de reflexionar sobre ella.

Esta cualidad inmanente de la clínica ha sido trabajada por Schmidt, Norman y Boschuisen. (1990) quienes ponen el acento en la necesidad de propiciar en el estudiante, un pensamiento autónomo que le permita resolver problemas que emergen in situ y son siempre novedosos y singulares.

- La teoría y la práctica en los diseños curriculares

Los diseños curriculares tradicionales (Gardey y Galli, 1999) ubican los espacios de la práctica clínica en los tramos finales de la formación. Estos diseños sostienen una concepción dicotómica entre teoría y práctica, una sobre valoración de la teoría por sobre la práctica y una relación de aplicación lineal y unidireccional. Consideran que la teoría adquirida en los primeros tramos se aplica en los últimos momentos de la formación.

La revisión que se viene dando en los currículums (Lucarelli, 1994) ha llevado a propuestas integrales desde los inicios de la formación. De modo que en cada espacio de enseñanza se juega la posibilidad de desarrollar formas de operar, de elaborar conocimientos y actitudes relativas a las prácticas profesionales.

Para los teóricos de la cognición situada (Díaz Barriga y Rojas, 2009) aprender y hacer son acciones inseparables. Aprender supone integrar prácticas sociales, por lo que en el proceso de enseñar, la situación, el contexto adquiere relevancia especial. Parten de la premisa de que el conocimiento es situado, es parte y producto de la actividad, del contexto y la cultura en que se desarrolla y utiliza. Por lo tanto cuestionan los dispositivos de enseñanza que focalizan aprendizajes declarativos, abstractos, descontextuados. Abogan por la enseñanza centrada en prácticas educativas auténticas que involucren el aprendizaje experiencial y situado.

- La puesta en juego de las estructuras de aprendizaje del docente

Pero también en el acto de enseñar, el docente moviliza sus propias estructuras de aprendizajes inconscientes, motivaciones y represiones (Gasalla, 2001). Si bien en el Plan de Estudios se pautan los contenidos a enseñar, eso no quiere decir que éstos se transmitan de igual manera por todos los docentes. En tanto los docentes reelaboran los contenidos según sus ideas, intereses, historia personal, creencias, e interpretación del mundo. Los docentes manejan ciertos conocimientos teóricos, los cuales no son equivalentes a los conocimientos profesionales. Los conocimientos profesionales (Bromme, 1988, p. 19) son: “los conocimientos que los enseñantes usan en su práctica cotidiana”.

En ese sentido, el docente, sostiene Feldman (2010, p. 79) maneja: “conocimientos de orden prácticos que serían aquellos que dan significado y orientan la práctica en relación a la experiencia o valoraciones personales”. Afirma que la práctica educativa “se constituye en nuestros relatos como efecto del punto de vista que utilizamos” (Feldman, 2010, p.100).

Las diferentes formas y representaciones sobre cómo percibimos el mundo están condicionadas por los antecedentes de cada uno y las expectativas que traemos (Kincheloe, 2001). Estas representaciones se conocen también como teorías implícitas. Los conocimientos profesionales (que incluyen los conocimientos cotidianos y las suposiciones tácitas o teorías implícitas) pueden ser la base del accionar del docente, sin que este sea consciente de ello.

En esta línea también Litwin (2008, p. 66) sostiene que “las actuaciones de los docentes se hallan condicionadas por su pensamiento que no es el simple reflejo de la realidad, independiente de él, sino su construcción a lo largo de la historia”. Los docentes universitarios desarrollan diversas configuraciones didácticas para favorecer el aprendizaje. Litwin (2008, p. 97) define las configuraciones didácticas como: “la manera particular que despliega el docente para favorecer los procesos de construcción del conocimiento”. Dentro de ellas se incluye la manera en que los docentes tratan los contenidos disciplinarios, los supuestos que manejan sobre la forma en que los estudiantes aprenden, las relaciones que establecen entre teorías y práctica, el tipo de negociación de significado a que da lugar, la metacognición y la relación que generan con el campo profesional vinculado a la disciplina en cuestión.

Para Perreneud (2004) los elementos a tener en cuenta para la enseñanza de la clínica, son: la transposición didáctica fundada en el análisis de las prácticas y de sus transformaciones; un referencial de competencias que identifique los saberes y capacidades requeridos; un plan de formación organizado en torno a competencias; un aprendizaje basado en problemas; un procedimiento clínico; la articulación entre teoría y práctica; una organización modular y diferenciada; una evaluación formativa fundada en el análisis del trabajo; tiempos y dispositivos de integración y de movilización de lo adquirido; una asociación negociada con los profesionales; una selección de los saberes, favorable a su movilización en el trabajo.

Por lo tanto se podría decir que hay un “saber a enseñar” que maneja el docente y forma parte de la selección del saber sabio (Chevallard, 1997) pero también existe un saber tal

como es enseñado. Estos saberes se relacionan mediante el concepto de la transposición didáctica que refiere al paso del saber sabio al saber enseñado. El saber sabio sufre deformaciones y modificaciones que lo hacen apto para ser enseñado. El saber enseñado es distinto del saber que fue designado como aquel que debe ser enseñado. En la trasposición didáctica de la práctica profesional, se parte de la identificación y descripción de las prácticas profesionales, luego se pasa a la identificación de las competencias y los recursos requeridos, para así delimitar los objetivos y contenidos a enseñar. Estas definiciones no siempre se encuentran claramente explicitadas, pasando a formar parte de las representaciones que maneja el docente y o ideas prefiguradas con las que opera en su accionar cotidiano. De ahí que Chevallard (1997) plantee que en la transposición didáctica, del saber sabio al saber enseñado, inciden los conceptos personales de los docentes, sus constructos o ideas previas.

Se diría entonces que no basta con un manejo adecuado del objeto de saber ni una excelencia en el manejo pedagógico, como plantea Andreucci (2012) es necesario contar con profesores autónomos, críticos, reflexivos e indagativos, con competencias comunicativas, tanto en el lenguaje oral como escrito, con capacidades para tomar decisiones y actuar bajo la incertidumbre, tolerando el fracaso y la frustración.

En resumen para enseñar clínica se requiere de una formación clínica, un desarrollo del “ojo pedagógico” a través del cual el docente sea capaz de pensar de manera crítica y reflexiva, desde una perspectiva problematizadora, pueda exponer situaciones, proponer soluciones y trabaje singularizando la experiencia pedagógica.

3.4 Competencias clínicas

3.4.1 Desarrollo histórico de la noción de competencia

Varios de los autores referidos en el apartado anterior acuerdan que la enseñanza de la clínica supone el desarrollo de competencias.

El término competencia se utiliza en diversos y varios sentidos, tanto como idoneidad de un profesional, rivalidad en el deporte, como la atribución legítima de un juez u otra autoridad para el conocimiento o resolución de un problema. Por otra parte, vale constatar que en nuestra lengua se habla de competencia como un sustantivo, pero también como un adjetivo referido al ser competente.

La noción de competencia en el área de la educación (Pinilla, 2007) aparece utilizada en los años 50, por Noam Chomsky, para hacer referencia al acervo cognoscitivo que el hablante tiene de una lengua. En los años 70, con los aportes de la sociolingüística queda ligada la noción de competencia a la capacidad de realización situada y afectada por el contexto, en el que se desenvuelve el sujeto y donde se desarrolla la comunicación. En la década de los 80 Canale (citado por Pinilla, 2007) realiza una revisión del concepto de competencia comunicativa diferenciando cuatro componentes: el gramatical, el sociolingüístico, el discursivo y el estratégico. Estos aportes de la lingüística y la sociolingüística, se incorporan a la teoría de Piaget, del desarrollo cognitivo y a la psicología cognitiva, desde donde se formula la noción de competencia cognitiva.

Posteriormente Bloom (citado por Pinilla, 2007) aporta para el área de la educación, una taxonomía que sustenta la formación integral por competencias, proponiendo tres objetivos: el desarrollo cognoscitivo, afectivo y psicomotor, de un ser que piensa, siente y actúa. La teoría de las inteligencias múltiples de Gardner (1995) plasma la importancia de la capacidad de una persona para resolver problemas reales y producir conocimientos. No se considera que esta capacidad esté predeterminada ni que sean innata. De esa forma, el concepto de competencias queda ligado a la noción de desarrollo.

Mc Clelland (citado por Pinilla, 2007) en la Universidad de Harvard, en los años 70, plantea la teoría de las competencias, a partir de constatar que las calificaciones académicas, los conocimientos y certificaciones, no eran factores válidos para predecir el desempeño eficaz en el trabajo. Encuentra que las habilidades, las capacidades, los conocimientos, los patrones de comportamientos y las actitudes de los estudiantes eran factores más seguros para predecir el desempeño óptimo en el trabajo.

Desde los primeros enunciados hasta la actualidad se ha generado un profuso desarrollo del término en la literatura vinculada a la educación, haciendo de este un concepto demasiado polisémico.

La complejidad para lograr una definición única de la noción de competencia, radica en que conlleva una concepción del modo de producir y transmitir conocimientos, de la relación educación – sociedad, de la misión y los valores del sistema educativo, de las prácticas de enseñanza, de la evaluación de los docentes, de las actividades y desempeños de los estudiantes.

Un desafío para quienes trabajan en la formación de recursos humanos y en el desarrollo de profesionales es trabajar sobre las competencias, sin el fantasma del eficientismo de la globalización (Boadilla, 2007) que tiende a ligar la educación formal y profesional, con el sector productivo. Se ha tendido a vincular la noción de competencias con un carácter utilitario y eficientista, asociado a las perspectivas conductistas de enseñanza programada y a la subordinación de la educación al sector productivo. Estas ligazones han generado resistencias a trabajar con la noción de competencias en la educación, por percibir el riesgo de ligar la educación con el mundo laboral sin considerar el desarrollo personal y la formación integral como sujeto afectivo, social, político y cultural. Desde un posicionamiento crítico, la formación en competencias permite la articulación de la práctica educativa con sus determinantes y situaciones contingentes. Son las personas con sus prácticas, sus problemas y expectativas, quienes sugieren si efectivamente los profesionales que conducen los procesos de salud y enfermedad, poseen las competencias que permiten valorar la diversidad de desempeños esperados. Es a partir de los contextos que se construyen y plantean los problemas, por lo tanto no se puede seguir creyendo en un sentido unívoco del saber. La formación uni-

versitaria (Orozco, 2000) debe concebirse como la capacidad de pensar la realidad social a partir de los intereses locales y en estrecha relación con la sociedad.

3.4.2 Discusiones conceptuales en torno a las competencias

La OPS - OMS (Irigoien y Vargas; 2002) considera que las competencias constituyen el conjunto de habilidades, capacidades, conocimientos, patrones de comportamiento y clases de actitudes que determinan un desempeño profesional. El Manual de Cinterfor (Vargas, Casanova, Montauro; 2001) retoma esta perspectiva y sostiene que la noción de competencia refiere a una combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes que se ponen en acción para un desempeño adecuado, en un contexto dado.

Si bien hay innumerables modos de definir las competencias, existe un cierto acuerdo en que una competencia es una puesta en práctica, ya sea por una persona o un grupo de personas de saberes: saber cómo, saber hacer, saber ser, saber devenir en una situación dada. Por lo cual implica una movilización eficaz, de una serie de recursos pertinentes, para la resolución de una situación. Estos recursos que deben ser seleccionados y coordinados oportunamente, pueden ser de orden *cognitivo* (conocimientos) de orden *afectivo*, de orden *social* y de orden actitudinal. Entonces, se diría que las competencias incluyen conocimientos, procedimientos y actitudes combinados, coordinados e integrados, para el ejercicio profesional. El dominio de estos saberes genera la capacidad para actuar con eficacia en situaciones profesionales. Desde esta óptica, no sería diferenciable la competencia de la capacidad, erigiéndose el proceso de capacitación clave para el logro de las competencias.

Sin embargo ser capaz y ser competente tienen distintas implicaciones. Ferrández (1997) parte del conjunto que forman las capacidades para llegar a la competencia, mediante el proceso de aprendizaje. A su vez plantea que las competencias logradas aumentan el poder de las capacidades, con lo que el proceso se torna en una espiral centrífuga y ascendente.

Por otra parte, las competencias solo son definibles en la acción: no son reducibles ni al saber ni al saber-hacer. Poseer unas capacidades no significa ser competente. Las competencias no residen en los recursos (capacidades) sino en la movilización de los recursos. Es en

ese sentido que la competencia supone el poner en juego el repertorio de recursos, por lo cual refiere a un proceso más que a un estado. El saber hacer no es un saber imitar o aplicar rutinariamente los recursos –esto estaría más cercano a la capacidad– el saber al que se alude es un saber-actuar. La competencia pues, exige encadenar saberes y no solo aplicarlos, en un contexto particular donde se pone en juego.

El concepto de competencia es indisociable de la noción de desarrollo. Las competencias al no ser innatas ni están predeterminadas, pueden ser adquiridas a lo largo de toda la vida activa y con diversos recursos, volviéndose un desafío para la educación.

Trabajar sobre las competencias en los procesos educativos formales se sustenta en una concepción que propone: acercar las instituciones educativas con la vida cotidiana, el trabajo en la comunidad y ligar el conocimiento cotidiano con el científico y el académico. Esta fusión plantea, al decir de Pinilla (2007) un desafío para la formación integral.

Más que ante un concepto estamos ante una red conceptual amplia que refiere a una formación integral. A ese respecto dice Cullen (1996, p. 21) que las competencias son:

“complejas capacidades integradas en diferentes grados; que la educación debe formar en los individuos para que puedan desempeñarse como sujetos responsables en diferentes situaciones y contextos de la vida social y personal, sabiendo ver, hacer, actuar y disfrutar convenientemente, evaluando alternativas, eligiendo estrategias adecuadas y haciéndose cargo de las decisiones tomadas”.

Según Vargas (2005) consultor del Centro Iberoamericano de investigación y Documentación, las competencias se pueden clasificar en:

1. Básicas: aquellas que aportan los conocimientos básicos para la vida que se adquieren en la educación primaria y media, tales como lectura, escritura, expresión oral, matemáticas, etc.
2. Genéricas: refiere a aquellos conocimientos generales para realizar comportamientos laborales y habilidades que requieren el empleo de tecnología. Estas competencias permiten identificar elementos compartidos, comunes a cualquier titulación. En esta línea el Proyecto Tuning (Beneitone, Esquetini, Gonzalez, Maletá, Siufi, Wagencar; 2007) ha diferenciado para la enseñanza universitaria, veintisiete competencias genéricas para América Latina siendo las cinco más importantes (definidas por académicos, estudiantes y empleadores) la capaci-

dad para aplicar conocimientos, la capacidad para aprender y actualizarse, la capacidad para identificar y resolver problemas, el compromiso ético y el compromiso con la calidad.

3. Específicas: vinculadas con los conocimientos especializados para el desarrollo de las tareas concretas de una profesión o disciplina, aplicadas a un contexto de situación.

4. Laborales: alude a la capacidad para aplicar los conocimientos en la resolución de problemas relacionados con las situaciones laborales, la destreza en el manejo de tecnologías para trabajar con información, así como la capacidad de relacionarse con otros, trabajar en equipo y cualidades personales tales como la responsabilidad, adaptabilidad, creatividad, honestidad.

Miller (1990) ha diseñado una pirámide a los efectos de representar los diferentes niveles de capacitación que sustentan las competencias profesionales. Coloca en la base la esfera de los conocimientos: el *saber*, luego las capacidades para utilizar el conocimiento: el *saber cómo* y en el vértice coloca la actuación procedimental, vale decir el *saber hacer*.

Estos desarrollos fueron tomados por otros autores que ampliaron el espectro, a los efectos de valorar el nivel de las competencias para potenciarlas con los recursos pedagógicos, apropiados. En ese sentido Bogoya, Vinent, Restrepo, Torrado, Jurado, Pérez y Acevedo (2000) plantea la siguiente diferenciación de niveles:

1. Aprender a saber (nivel cero): se vincula con el aprendizaje memorístico, la persona maneja datos aislados, sin conexión.

2. Aprender a conocer (1er. nivel): a través de la abstracción, la simbolización y la conceptualización, se logra un aprendizaje significativo, generándose apropiación de los conocimientos.

3. Aprender a hacer (2do. nivel): el conocimiento al haber sido interiorizado se lo puede comunicar, utilizar, hacer uso y comprender los objetos o elementos del sistema que lo conforman.

4. Aprender a comprender (3er. nivel): refiere a la capacidad de analizar, sintetizar, inferir y asociar con el fin de particularizar los conceptos generales de un tema.

5. Aprender a ser (4to. nivel): es un aprendizaje que se transita durante toda la vida y en contextos formales y no formales. En este nivel se asientan los otros aprendizajes, ya que

se vincula con los valores. En los centros educativos, este nivel está presente a través del currículum, tanto explícito como oculto, en los ejemplos que otorgan los docentes en sus prácticas.

En síntesis las competencias no se reducen al desempeño laboral ni a la adquisición de conocimientos para saber hacer, sino que hacen referencia a una formación integral del ciudadano, por medio de aprendizajes significativos en diferentes áreas (cognoscitiva, psicomotriz, afectiva). Las competencias implican un desarrollo procesual y por niveles, en los diferentes tipos, debiendo responder a las necesidades de la sociedad y no del sector productivo.

Coll, Pozo, Sarabia y Valls (1992) al trabajar sobre los contenidos curriculares, discriminan tres áreas: contenidos declarativos, teóricos (hechos, datos, conceptos, principios) conocimientos procedimentales (vinculados al saber hacer, procedimientos, estrategias, técnicas, destrezas, métodos) conocimientos actitudinales (actitudes, valores, ética personal y profesional).

Tal como lo plantean Bednar y Levie (1993) por un lado y Sarabia (1992) por otro, las actitudes y valores, se conforman de aspectos cognitivos, procedimentales y afectivos.

3.4.3 Competencias del psicólogo

El Proyecto Tuning para América Latina (Beneitone, Esquetini, Gonzalez, Maletá, Siufi, Wagencar; 2007) reunió diecinueve países y ciento noventa universidades, para trabajar sobre la estructura de la educación superior a los efectos de debatir, acordar y avanzar en las titulaciones comparables y comprensibles. Este proyecto adopta la metodología del proyecto Tuning Europa (2004) que se gesta a partir de los desafíos planteados en la Declaración de Bolonia. El proyecto Tuning América Latina se centró en la búsqueda de puntos comunes de referencia en relación a las competencias, el enfoque de enseñanza, aprendizaje y evaluación de las competencias, los créditos y la calidad de los programas.

Se trabajó en primer término sobre las competencias genéricas de la educación superior y luego sobre las específicas de las diferentes áreas disciplinarias. En el 2012 se terminó de

acordar el documento sobre psicología, destacando las siguientes competencias genéricas y o transversales a los diversos campos:

1. Capacidad de comprender las demandas psicológicas.
2. Capacidad de comprender y abordar al ser humano desde su contexto social, histórico y ecológico.
3. Capacidad para realizar investigación científica en el área de la psicología.
4. Capacidad para reflexionar de manera crítica sobre problemas Psicológicos.
5. Capacidad para asumir posiciones epistemológicas referenciales de las acciones profesionales.
6. Capacidad para entender la relación dialéctica entre el saber científico y el saber cotidiano.
7. Capacidad para realizar diagnósticos y evaluaciones psicológicas.
8. Capacidad para respetar la diversidad.
9. Capacidad para asumir la responsabilidad de los efectos de la práctica psicológica.
10. Capacidad para mediar y/o negociar en distintos ámbitos de intervención psicológica.
11. Capacidad para comprender y explicar los procesos psicológicos desde una perspectiva bio-psico-social.
12. Capacidad para asesorar y orientar psicológicamente.
13. Capacidad para la promoción del bienestar psicológico en personas, grupos y comunidades.
14. Capacidad para intervenir en contextos diversos procurando el bienestar psicológico.
15. Capacidad para trabajar de manera interdisciplinaria.
16. Capacidad de comprender las transiciones del ser humano a través del ciclo vital.

17. Capacidad para integrar saberes de otras disciplinas.
18. Capacidad para desarrollar nuevas aplicaciones de la Psicología.
19. Capacidad para afrontar los dilemas personales provocados por la práctica profesional.

3.4.4 Competencias del psicólogo clínico: interjuego de saberes, procedimientos y actitud clínica

Algunos estudios sobre competencias clínicas (Roe, 2003) siguen el modelo del input, vale decir que se centran en las competencias que los currículums promueven y en la relación que establecen con el perfil de egreso. Otros estudios toman el modelo del output y se centran en las competencias clínicas que definen los egresados y empleadores en función del desempeño profesional y requerimientos sociales. Otros se dedican a comparar y definir la correspondencia entre las competencias promovidas en la formación y las necesarias para el desempeño profesional.

En términos genéricos las competencias clínicas refieren a la capacidad de actuar eficazmente sobre las formas de subjetivación que adquiere el sufrimiento humano (en diferentes ámbitos y dimensiones tomando en cuenta la singularidad en la situación implicada). Se integran diversos tipos de conocimientos y ponen en juego varios esquemas de acción (Perronoud, 2004) tales como la observación, la comprensión y la evaluación de las situaciones clínicas.

Estos diversos tipos de conocimientos sirven de base para establecer relaciones, generar diagnósticos, tomar decisiones en la consulta y delinear estrategias de intervención.

Se discriminan, según Castro Solano (2004) competencias genéricas transversales a todas las áreas de la psicología y competencias específicas de la clínica.

Las competencias específicas del psicólogo clínico, según diversos estudios realizados (Yañez, 2005; Ruiz y Romero, 2008; Cabezas, Restrepo, Uribe, López, 2009; Barraca Maioral, 2009; Suárez, 2011) remiten a una serie de atributos que funcionan de modo integrado y

combinados. Incluyen conocimientos y habilidades para el diagnóstico, intervención, evaluación e investigación; acompañados por actitudes de respeto, formación continua, capacidad de escucha, no manipulación ni actitud pre juiciosa valorativamente, actitud de empatía, capacidad de diferenciar lo propio de lo ajeno, de comunicación, postura ética, manejo deontológico, tolerancia a la frustración, asertividad, cooperación, creatividad.

En lo que tiene que ver con el diagnóstico, integran conocimientos teóricos, habilidades para detectar las necesidades del paciente, diferenciar cuadros clínicos, manejar herramientas tales como entrevista, técnicas, escalas, cuestionarios, manuales de diagnóstico.

En el campo de la intervención, refieren a conocimientos para diseñar estrategias de intervención, habilidades para realizar psicoterapias, aplicar técnicas y modelos teóricos.

En el área de la evaluación consideran conocimientos de métodos y aplicación de herramientas.

En la investigación destacan la búsqueda de información así como la capacidad de dirigir y coordinar investigaciones.

Los conocimientos, habilidades y actitudes son los ingredientes a partir de los cuales se construyen las competencias, a lo largo de la educación del estudiante de psicología.

3.5 Actitud clínica psicológica

El desarrollo de las actitudes clínicas está generalmente subestimado en los sistemas educativos (Roe, 2003) al menos a nivel explícito en los planes de estudio y programas de cursos. Aquellos aspectos actitudinales que tienen un lugar más visible en la formación se vinculan con las cuestiones éticas y los códigos deontológicos. Sin embargo son destacables puesto que las actitudes son un rasgo sobresaliente. Estas diferencian a los psicólogos de otros profesionales y o agentes sociales que atienden el dolor y el sufrimiento humano.

Las actitudes se relacionan con un comportamiento ante un evento, una predisposición para el acto. Son también las que orientan la acción hacia un determinado objeto. Se componen

de un aspecto voluntario y otro por fuera de la voluntad, ligado al sustrato emocional del sujeto.

Como se planteaba en el apartado anterior, cada uno de los recursos que componen las competencias clínicas (conocimientos, habilidades y actitudes) no funcionan de modo aislados. Estos adquieren sentido en el interjuego, formando un entramado que enlaza unos con otros. Los recursos vinculados a las actitudes clínicas están teñidos de los marcos referenciales y conceptuales, como de las herramientas técnicas, los instrumentos de la práctica profesional y de la propia subjetividad de quien ejerce el rol profesional, con sus aspectos conscientes e inconscientes. Por su parte, los recursos procedimentales, sustentan teorías de las técnicas, prescriben acciones, actitudes, modos de operar, etc.

La actitud psicológica y específicamente la actitud clínica, en parte va a estar diagramada por las teorías psicológicas que definen concepciones sobre el sufrimiento humano, su etiopatogenia y los modos de intervenir. Justamente estos aspectos que hacen a los modos de actuar, según los modos de concebir las problemáticas subjetivas, son los que aparecen explicitados en los contenidos curriculares.

Dada la hegemonía que ha tenido el psicoanálisis en nuestro país, tanto en la práctica profesional como a nivel académico, corresponde retomar algunos de los referentes claves para la formación en la clínica. Cabe destacar los aportes de autores tales como José Bleger, Fernando Ulloa, Donald Winnicott, André Green que paso a considerar:

Bleger (1981) psicoanalista, referente de la psicología rioplatense, plantea que el campo de la clínica está determinado por el vínculo que se establece entre el psicólogo clínico y el consultante, siendo el encuadre de trabajo (conformado por la actitud técnica, el rol profesional, los objetivos) el marco que posibilita un proceso clínico. La actitud clínica, está teñida de los parámetros del método clínico. A semejanza de lo que ocurre en un laboratorio, para Bleger, el psicólogo clínico debe: observar, registrar, construir hipótesis, verificar y o rectificarlas en el proceso de la entrevista. En ese encuentro singular que implica la situación clínica, la comunicación es parte fundamental, tanto el nivel verbal como paraverbal (gestos, actitudes, timbre de voz, tonalidad afectiva de la voz, etc.) ya que incide en los contenidos que se despliegan. En este laboratorio clínico, la objetividad se logra en la medida que se subjetiviza, vale decir que se incorpora al trabajo la subjetividad del observador: sus reso-

nancias afectivas; analizando la transferencia (actualización de sentimientos, actitudes inconscientes que el entrevistado deposita en el vínculo terapéutico) y contra transferencia (sentimientos y actitudes que despierta en el psicólogo el consultante) que se pone en escena. El clínico es él mismo la herramienta de trabajo, el reservorio de proyecciones, de ansiedades, conflictos, angustias, fantasías, etc. En la situación clínica, incierta e irrepetible, la ansiedad de quien asume el rol de profesional -dice Bleger- es uno de los factores más difíciles de manejar. Por un lado es el motor de la investigación y la capacidad de tolerarla (por parte del profesional) es nodal para no cerrar el campo con racionalismos, consejos, formalismos. También el respeto por los tiempos de procesamiento del paciente, implica un buen manejo de la propia ansiedad por parte del clínico. La complejidad del objeto de trabajo (el campo de la subjetividad) exige que quien oficie de instrumento de trabajo con la subjetividad del otro, conozca su propia subjetividad (sus conflictos, frustraciones, angustias, debilidades y fortalezas) a los efectos de operar con una adecuada disociación instrumental. Por un lado, ser capaz de identificarse proyectivamente con el sufrimiento de quien consulta, por otro permanecer por fuera de esta identificación, observando y analizando. Cuando Bleger trabaja sobre la entrevista psicológica, describe una serie de parámetros que define como rol técnico y que refieren a la actitud profesional. Está compuesta de aspectos tales como: no incluir por parte del profesional relatos de su vida personal; no involucrarse en relaciones comerciales o de amistad ni pretender beneficio de la intervención que no sean sus honorarios profesionales y o interés académico; no utilizar la consulta como gratificación narcisística; no responder con actuaciones frente a los afectos contratransferenciales (rechazo, envidia, rivalidad); no intentar dominar ni someter al paciente; apuntar a comprender a que se debe, como funciona y que efectos acarrea su funcionamiento psíquico; realizar preguntas directas y adecuadas al grado de tolerancia del entrevistado; demostrar interés, pero no efusión afectiva; asegurar respeto, confidencialidad, secreto profesional, reserva; interpretar sobre los emergentes de la situación y según el *timing*, valorando la ansiedad del paciente.

Ulloa (1964) otro referente psicoanalista, rioplatense, contemporáneo y seguidor de los desarrollos de Bleger, considera que la finalidad en el aprendizaje clínico consiste en la integración de tres componentes: actitud clínica, estructura de demora, veracidad pertinente. El trabajo clínico en psicología, desde su perspectiva, significa adquirir la capacidad de inter-

pretar y modificar una situación, de la cual el clínico forma parte fundamental, en tanto la clínica plantea la particularidad de que conocemos las cosas en función de nuestro accionar sobre ellas. La actitud clínica se relaciona con esa dimensión de la implicación, con el mirar y el ser mirado, con el poner dentro de sí lo del otro, el ser capaz de articular lo propio y lo ajeno, reconociendo en el paciente lo semejante acerca de experiencias clínicas anteriores. En ese “meter el cuerpo” que implica la actitud clínica, se juegan dos procesos: la metabolización instrumental de los afectos y la internalización del encuadre. Esto se conjuga con una estructura de demora que posibilita situarse en el “hecho nuevo”, dejando de lado los prejuicios y pre conceptos existentes, dejándose impactar por el otro. Implica tomarse tiempo para la reflexión, interrogarse sobre porqué “siento lo que siento”, romper con la significación inmediata de los hechos, interrogándose acerca del porqué y para qué de ellos, sin dejarse sobredeterminar inmediatamente por ellos. La veracidad pertinente, refiere a la capacidad para organizar y conducir un encuadre clínico, donde el problema gira en torno a cuándo, qué, cuánto y como del conocimiento que se va adquiriendo acerca de una determinada situación puede emplearse de modo pertinente. Queda así establecido un proceso con una secuencia: mirar, pensar y operar o intervenir. Ese proceso requiere un adiestramiento que comienza, según Ulloa por identificar y validar instrumentalmente, el estilo personal del futuro clínico, empezando por transformar ese estilo personal en experiencia.

Winnicott (1997) ha puesto el acento en la actitud profesional, considerándola foco de tensión. Sostiene que en la situación clínica, el terapeuta debe permanecer vulnerable, permeable, con su organización defensiva flexible, al tiempo que conservando su papel profesional. Esta actitud profesional según Winnicott, se adquiere con entrenamiento y psicoterapia personal.

Green, psicoanalista francés, trabaja la noción de pensamiento clínico e investigación clínica. Sostiene (Green, 2000) que en la situación clínica, el trabajo psíquico del profesional, consiste en articular la escucha, la atención flotante, la contratransferencia y la imaginación analítica. Este trabajo puede ser llevado adelante con un encuadre, el que ocupa una función constituyente del encuentro y del proceso analítico. El encuadre instituye el espacio clínico, hace posible el encuentro y la separación (la discriminación) entre el espacio psíquico del paciente y el del profesional. El clínico por su parte trabaja desde su encuadre interno

que es el garante del método clínico. Este se compone de los aprendizajes, las teorías, las herramientas, las experiencias clínicas, las historias vividas, el propio análisis. El método clínico, tiene las siguientes etapas: una escucha particular que apunta a comprender el sentido manifiesto del discurso del paciente, para poder luego incluir la dimensión imaginaria, con la cual el clínico construye lo implícito del discurso. Luego se trata de desligar la secuencia lineal de la cadena discursiva del paciente, evocando otros fragmentos del proceso clínico, apelando a la memoria preconsciente. Posteriormente se realiza una re ligazón, seleccionando y re combinando los elementos vertidos en la situación clínica. En este proceso se combina la lógica deductiva con la lógica inductiva. Tiene como finalidad la formulación de interpretaciones con carácter conjetural, en las que se utiliza el modo condicional o interrogativo, para permitir que el paciente tenga un margen de juego para que pueda tomar o rechazar el sentido vertido por el clínico.

Para Bleichmar (2010) también psicoanalista, un elemento central de la situación clínica lo es la relación interpersonal paciente: clínico. Sostiene que el foco de observación son las transferencias cruzadas que paciente y terapeuta hacen cada uno sobre el otro, reactivando viejos patrones pero, también, creando algo que es producto nuevo de esa relación. El terapeuta se posiciona así como si fuera un tercero que observa la interacción entre él mismo y el paciente. Por lo tanto se requiere una educación de la mirada clínica y un entrenamiento del 'yo observador'.

A este respecto, cabe recordar el concepto de 'disociación operativa' de Sterba (1966). Este autor es quien introduce el imperativo que toda formación analítica tiene el objetivo de desarrollar y fomentar en el estudiante principiante, una doble capacidad que está compuesta por un lado de la comprensión empática y por otro, de la autoobservación y el pensamiento.

Estos desarrollos teóricos que ponen el acento en la subjetividad del clínico y el encuentro con el paciente, coinciden con las investigaciones en psicoterapias psico dinámicas (De la Parra, Valdés, Isla, 2001) que concluyen sobre la importancia de los procesos interpersonales y su relación con los resultados exitosos de las psicoterapias. Los pacientes atribuyen el éxito del tratamiento a las cualidades personales de los terapeutas.

La búsqueda realizada sobre las competencias del psicólogo clínico, desde otros marcos teóricos (Castro Solano, 2004; Yañez, 2005; Ruiz, 2008; Rodríguez, 2009) en términos generales plantean que la actitud clínica psicológica implica:

- Postura ética y manejo deontológico. Renuncia a la manipulación del otro o a juzgarlo valorativamente. Respeto y cuidado por los demás (aquellos con quienes se trabaja) y también por uno mismo.
- Empatía, capacidad de contener al otro, generar un buen relacionamiento, ser receptivo, establecer un buen rapport.
- Escucha activa, analítica, reflexiva.
- Renuncia a ubicarse en el centro de la situación.
- Haber trabajado los propios prejuicios, tener autocrítica.
- Diferenciar lo propio de lo ajeno, permite la distancia óptima para trabajar en el encuentro.
- Coherencia interna entre el pensar, el sentir y el hacer.
- Comprensión. Ubicarse frente a otros y aún ante nosotros mismos desde el intento genuino por comprender algo de una situación compleja, reconociendo las limitaciones.
- Comunicación clara, fluida y adecuada a las características de los consultantes.
- Interés por la investigación, por la actualización de conocimientos, postura crítica.
- Tolerancia con los demás, manejo adecuado de la ansiedad y de la frustración.

La actitud clínica parecería componerse del interjuego, del trabajo de incorporación, internalización y metabolización de elementos teórico, técnicos sobre el estilo personal, la historia vital del clínico.

3.6 Dispositivos pedagógicos y recursos de enseñanza

3.6.1 El dispositivo pedagógico

La palabra “dispositivo” proviene de “*disponere*”. Dice el diccionario Espasa de la Real Academia Española que es “el mecanismo o artificio dispuesto para producir una acción prevista”.

Deleuze (1990) trabaja la noción de dispositivo aludiendo a la metáfora de ovillo o madeja para transmitir la imagen de un conjunto multilineal, compuesto por líneas de diferentes naturalezas. Estas forman procesos en desequilibrio que toman diferentes direcciones. Dice también que un dispositivo es un artefacto que genera *curvas de visibilidad* y *curvas de enunciación*. Son espacios para hacer ver y hacer hablar. Máquinas ópticas que operan sobre los procesos formativos donde se pueden hacer visibles las resonancias y los efectos de las prácticas educativas: las docentes, las administrativas, las burocráticas, las gremiales, las políticas, etc

En el sentido foucaultiano (Foucault, 2002) los dispositivos pedagógicos generan *procesos de subjetivación*, modos de ser, modos de hacer psicológicos o incluso más, podría hasta decirse que fabrican al interior de los mismos subjetividad. Un dispositivo tiene también líneas de estratificación o sedimentación y líneas de actualización o creatividad, lo que permite que el proceso de cada formando sea único.

Según Fernández (1987) el término dispositivo queda asociado a un arreglo organizativo de espacio, tiempo, relaciones y propósitos. En el campo pedagógico el dispositivo se liga a los actos de la enseñanza y el aprendizaje, incluyendo los recursos metodológicos que los docentes despliegan en su tarea.

Los dispositivos pedagógicos (Souto, Barbier, Mastache, Mazza, et al. 1999) producen sentidos, algunos están explicitados en los planes de trabajo, en las metodologías empleadas y otros quedan implícitos a partir de ellos. El dispositivo plantea la idea de un orden que establece, estabiliza, regula y en este sentido instituye cierta forma de disponer los elementos. También incluye la idea de una combinatoria de condiciones puestas en juego, para alcan-

zar determinadas finalidades y resultados contemplando siempre la existencia de lo imprevisible. Contiene la idea de aquello que queda disponible como virtualidad, como acto de creación, como condición de producción de lo inédito. El diseño y puesta en marcha de los dispositivos pedagógicos, plantea cuestiones referidas al ejercicio de poder de unos sobre los otros. Un poder que bajo la forma de influencia y control aparece entrelazado a los juegos de saber que la propia situación de formación instituye. Los dispositivos pedagógicos tienen la finalidad de movilizar cambios y transformaciones en los sujetos en el plano cognitivo, emocional, valorativo. Cambios que responden a aquello que el dispositivo busca, pero que no se reducen a ello, sino que por el contrario contemplan la aparición de efectos no previstos, resultados inesperados, producciones subjetivas que van más allá de lo pensado y anticipado por el formador y los sujetos en formación. Se constituyen en un espacio potencial de desarrollo personal inscripto en la historia biográfica de cada sujeto, en las adscripciones de identidad que va forjando durante el proceso de formación y en el proyecto a futuro que cada estudiante va elaborando.

3.6.2 Los dispositivos para la enseñanza de la clínica

Los dispositivos empleados para la enseñanza de la clínica, van desde las clases expositivas numerosas, hasta el trabajo práctico personalizado.

- Las clases expositivas:

Las clases expositivas según Eggen y Kauchak (1999) privilegian el desarrollo de contenidos, son económicas y relativamente fáciles de implementar. Es un dispositivo fuertemente estratificado, coloca el saber y el saber hacer en la autoridad académica del docente. El docente resume en su discurso la voz de los autores y los textos. De estos dispositivos se cuestiona, por un lado el promover el aprendizaje pasivo, ya que tiende a colocar al estudiante frente a la tarea de escuchar y absorber información y no necesariamente los convoca a interrelacionar ideas, a producir conocimientos. Las exposiciones usualmente son monólogos donde el docente habla y los alumnos escuchan. El docente difícilmente logra en la

situación de aula expositiva, evaluar la comprensión de los alumnos o el progreso del aprendizaje. Este tipo de dispositivos se plantea como objetivo lograr que el estudiante comprenda a través de la escucha y la toma de apuntes. En este ámbito, no hay tiempo para reflexionar in situ ni construir contra argumentaciones. Estos dispositivos presuponen que el docente posee los conocimientos adecuados y transfiere contenidos procesados, elaborados que los estudiantes aceptan como válidos.

Perspectivas más recientes plantean que el aprendizaje de la clínica no obedece a las estrategias usadas en otro tipo de aprendizajes. El aprendizaje de la clínica, no se logra solamente en base a memorización y lecturas, en tanto presenta una mayor carga afectiva. Las clases magistrales (Weigel, 2002) promueven la memorización a corto plazo, pero no así la transferencia de conocimiento y pensamiento del tercer orden. Por otra parte memorizar o repetir información no implica que se entendió o que pueda ser utilizada dicha información en otros contextos. Angelo (1990) sostiene, a partir de sus investigaciones que de una clase magistral, los estudiantes recuerdan el 20% de lo que escuchan

En la enseñanza de la clínica y en la educación en general, Venturelli (2003) constata el uso cada vez más reducido de la clase magistral y el comienzo de un desarrollo relacionado con los aspectos de la enseñanza personalizada.

Algunos autores como Bahktine (citado por Ibañez, 2014) sostienen que en la clase expositiva se genera a nivel latente una dimensión dialógica, en tanto el docente realiza, a nivel imaginario, un diálogo polifónico. Este diálogo tiene lugar en la medida en que el docente construye su discurso adaptado a las necesidades y al nivel de los alumnos o cuando -explícita o implícitamente- en su exposición dialoga, acordando o discrepando con ellos.

- El práctico clínico

Otro dispositivo de enseñanza de la clínica, es el formato de la “práctica clínica” (Jonnaert, 1995). Está conformado por un docente, un pequeño grupo de alumnos y un paciente. Se crea un escenario complejo sujeto a variadas presiones: el tiempo, la variabilidad, la impredecibilidad, la inmediatez para la toma de decisiones y la falta de continuidad.

En estos dispositivos de enseñanza, denominados prácticos (Lucarelli, Finkelstein, Donato, Calvo, Del Regno, Feldman; 2010) el lugar docente transita desde el “modelaje” al “andamiaje”, en función de la autonomía creciente que se le va otorgando al estudiante y del lugar que ocupa la supervisión o tutoría. El “modelado” es una forma básica de enseñanza de habilidades técnicas, comunicacionales y actitudinales, en las que el docente se constituye en modelo de acción y competencias para sus alumnos. El docente, colocado en el lugar de la experticia, transmite una habilidad adquirida a través de la práctica, a un estudiante que se inicia. Este dispositivo tiende a ir generando, cada vez mayores niveles de autonomía en el estudiante, a medida que transcurre la práctica. El docente se va corriendo del lugar de modelo y deja lugar al estudiante supervisando el trabajo práctico. Tiene como base el aprendizaje por observación, en tanto los alumnos son considerados como aprendices que saben observar y pueden imitar un modelo (Brunner, 1997).

La figura del docente pasa a funcionar como un *andamiaje*, en el que su intervención se realiza en función de la demanda explícita del alumno. El andamiaje, es para Brunner (1997) una metáfora que alude a los pasos que se dan para ampliar los grados de autonomía. Estos dispositivos de enseñanza integran desde el principio al estudiante a la realización de la tarea clínica. Le proporcionan un nivel de ayuda ajustado a las dificultades que encuentra y a los progresos que realiza. Ofrecen una ayuda temporal que se retira progresivamente, a medida que integra los aprendizajes y asume la responsabilidad.

También Venturelli (2003) en sus desarrollos sobre el “Aprendizaje Basado en Problemas”, señala que a efectos de enseñar clínica, donde se requieren destrezas además de memorización, se hace necesaria la presencia de un tutor para orientar y facilitar el aprendizaje, ayudando en el posicionamiento crítico, la formulación y resolución de problemas

Se crea una influencia educativa en la zona de desarrollo próximo (Vygotsky, 1978) tomando como punto de partida lo que el alumno aporta a la situación y respetando la dinámica de construcción o reconstrucción del conocimiento que exige el verdadero aprendizaje

Consecuentemente, con estos planteos, Schön (1992) ve en el prácticum reflexivo un lugar privilegiado para que el estudiante pueda tomar decisiones, en contextos reales, pero a la vez protegidos. Estos aspectos se tornan relevantes, considerando que en las prácticas juega la incertidumbre, la singularidad y el conflicto de valores para resolver los problemas que se le presentan. El prácticum reflexivo es el espacio de formación apropiado para reflexionar en la acción y sobre la acción. En este dispositivo, hay dos aspectos que funcionan como soportes: el rol de tutor del docente (como guía, sostén que ayuda a hacer y reflexionar) y el grupo de pares que colabora en esa reflexión.

Las experiencias de formación, a través de dispositivos que involucran la práctica, representan la oportunidad de desarrollar una serie diversificada de aprendizajes, ligados al "saber hacer", "saber ser" y "saber estar". Pero la simple inclusión del estudiante en estos dispositivos que generan el encuentro con el mundo del trabajo profesional, no garantiza en forma lineal y directa, el logro de los propósitos que se atribuye a este tipo de propuesta.

La experiencia de formación en prácticas clínicas, coloca a estudiantes y docentes frente a tensiones dadas por la alternancia entre el ámbito de la academia y el ámbito del trabajo profesional (Andreozzi; 1996). Se pone al descubierto el encuentro/desencuentro entre dos lógicas de acción de diferente tipo: la lógica de la formación y la lógica del trabajo. Las situaciones de formación en la práctica clínica, dependen formalmente de la unidad académica, con su normativa específica, su asignación de recursos, su encuadre pedagógico y su soporte organizativo. El andamiaje material, humano y organizativo, posibilita su puesta en marcha, correspondiendo a la institución laboral que opera como asiento de la práctica. Las prácticas clínicas introducen al estudiante en el conjunto de usos y costumbres propias de la cultura de trabajo de cada contexto real de actuación. La práctica pre profesional, expone al estudiante a desarrollar la actitud profesional, induciéndolo a la formación de hábitos de trabajo y a la internalización de normas, con alto poder de penetración en el proceso subjetivo de construcción de identidad profesional.

Camilloni (2010) también plantea que es a partir de la conexión con la práctica donde se ponen a prueba en situaciones auténticas, las habilidades y los conocimientos teóricos que se poseen. El “aprendizaje-servicio” es una estrategia de enseñanza, en la que los estudiantes aplican sus habilidades y conocimientos académicos y profesionales específicos, para satisfacer necesidades reales en respuesta a requerimientos explícitos de la comunidad.

En síntesis, el objeto de la práctica transcurre por las adquisiciones de un “saber hacer” propio del acto profesional (Barbier, 2000). Por otro aporta acciones de apoyo y acompañamiento del estudiante que garantizan el sentido formativo de la experiencia. La práctica promueve la posibilidad de alcanzar cierto distanciamiento de la realidad, para analizarla, re-presentarla y volver sobre ella en el intento de desarrollar herramientas que permitan una mayor inteligibilidad (Barbier, 1999). Brindan un espacio de formación relativamente protegido de los riesgos comprometidos en la acción profesional, teniendo en cuenta las tareas y responsabilidades de creciente nivel de complejidad. Las tutorías o supervisiones, otorgan seguridad y contención, para enfrentar las sensaciones y afectos que la experiencia de práctica suele despertar en los estudiantes.

Se podría decir que hay una importante concordancia entre diversos autores, sobre la relevancia dada para la enseñanza de la clínica a los dispositivos de práctica clínica (Hernández Aristu, 1997) práctica tutorada (Andreozzi; 1996) practicum reflexivo (Schön, 1992) aprendizaje servicio (Camilloni, 2010). En contextos educativos numerosos la implementación de estos dispositivos, se torna un desafío, pero tal como lo plantea Camilloni, (2010) es posible una enseñanza de calidad en contextos numerosos.

- Dispositivos intermedios, recursos mediadores

Entre la clase expositiva y la práctica se ubican una serie de dispositivos que ponen en forma variable el acento en el desarrollo de competencias vinculadas con el saber, el hacer y el ser.

El dispositivo de pequeños grupos con un docente (tutor, guía, problematizador) ofrece una amplia gama de posibilidades para implementar recursos que aproximen al estudiante a la práctica sin exponerlos a la práctica en sí. Tal es el caso de los llamados grupos de discusión, ateneos clínicos, seminarios teórico prácticos, etc .

El trabajo sobre situaciones clínicas (casos clínicos) se sustenta en el aprendizaje basado en problemas y en la idea de Vygostky (1978) de la existencia de una "zona de desarrollo próximo", resultante entre lo que el estudiante aprende por sí y lo que aprende acompañado de un tutor o de compañeros. Estos recursos potencian el desarrollo del "saber" y del "ser" fundamentalmente, poniendo menos el acento en el "hacer".

Los recursos que utilizan filmaciones, documentales, videos de sesiones, cámaras gessell etc. permiten al estudiante un primer acercamiento a las situaciones clínicas y al manejo de técnicas que posteriormente deberá realizar en una situación real. Estos son recursos que ponen a jugar integralmente los saberes, los haceres y el ser en tanto apelan a la identificación con la situación presentada.

El uso de simuladores (rol playing, técnicas psicodramáticas) para la enseñanza de técnicas (entrevistas, tests, etc.) promueven básicamente el desarrollo de las habilidades clínicas (hacer) aunque también operativizan los saberes en juego y ponen de relieve el "ser".

Los Talleres vivenciales son realizados a modo de actividades lúdicas como representaciones a escala de situaciones. Estos recursos de trabajo grupal potencian la afectividad, el trabajo sobre la ansiedad, los temores, los imaginarios que despierta la clínica y la confianza y el respeto en los equipos de trabajo. Generan habilidades para entender conflictos, negociar y/o mediar. El acento está puesto en el desarrollo de competencias ligadas al ser y al saber, más que a hacer.

3.6.3 Los dispositivos de enseñanza: su vinculación con la actitud clínica

Los contenidos actitudinales guardan una estrecha relación con la esfera de la subjetividad y lo valorativo. Para Jackson (1992) este tipo de contenidos se internalizan en el trayecto formativo, sin existir demasiada explicitación ni control sobre ellos.

En las investigaciones realizadas por el equipo de Lucarelli, Finkelstein, Donato, Calvo, Del Regno, Feldman (2010) se demuestra la internalización de pautas y modalidades de conductas que se realizan de forma sistemática. Estas aparecen como producto de aprendiza-

jes propios del currículum oculto y como tales, no son intención declarada de los docentes ni de los estudiantes.

En general este tipo de aprendizajes que tienen un núcleo afectivo y actitudinal, forman parte de los efectos no previstos, de los resultados inesperados, de las producciones subjetivas que generan los dispositivos y que van más allá de lo pensado y anticipado por el formador y los sujetos en formación.

En este sentido se generan contenidos actitudinales que al decir de Lasarki (citado por Lucarelli et al. 2009) emergen de forma subrepticia, no manifiesta y actúan de modo omnipresente, en cualquier lugar y tiempo. Son contenidos omnímodos que revisten multiplicidad de formas, a través de las prácticas que se realizan, de los comportamientos que se observan, de las normas que se cumplen, de los discursos que se utilizan, de las contradicciones que se viven, de los textos que se leen, de las creencias que se asumen. Tienen la cualidad de presentarse de modo reiterativo, adquiriendo carácter casi mecánico de práctica rutinaria. Son invaluable es decir que no se repara en los efectos que producen, así como no se evalúa el aprendizaje que provocan ni se valoran las repercusiones que tienen.

Una parte de la formación se efectúa espontáneamente, se abre paso a través del currículum invisible de los pasillos, las salas, los comedores, el patio, las escaleras, las oficinas de la facultad.

CAPÍTULO IV

4. Metodología

En este apartado se fundamenta la estrategia metodológica elegida, dentro del abanico de opciones en investigación educativa, para la realización de esta investigación.

Se formula el diseño de investigación, sus fases. Se fundamentan los instrumentos escogidos para recabar información, se pautan los criterios para la selección de los sujetos de la investigación, así como se plantea la estrategia para elaborar las categorías de análisis.

4.1 Acerca de la Investigación Educativa

Al decir de Brunner (1984) el campo de la investigación educativa en Latinoamérica, es bastante polisémico, lo cual de alguna forma, respeta los procesos socio, político, culturales y las especificidades nacionales. Se ha contribuido en las últimas décadas, a la construcción de ciertos problemas, aceptados como significativos para la investigación y por los investigadores, generándose un acumulado en investigación educativa.

Latapi (1981) plantea que este acumulado refiere al conjunto de acciones sistemáticas y deliberadas que llevan al diseño y a la producción de nuevas teorías, modelos, sistemas y evaluaciones, entre otros.

En el campo de la investigación en ciencias sociales y por lo tanto en la educación, las metodologías de investigación: cualitativas o cuantitativas, aluden a diferentes miradas respecto de los fenómenos que pretenden estudiar. Gran parte de la disputa (en términos epistémicos) entre las opciones cuali o cuanti, se relacionan con la diferenciación entre los conceptos de comprensión y explicación.

4.2 Estrategia de Investigación: metodología cualitativa

En función de la definición del objeto de estudio de esta investigación (la enseñanza como práctica social) y dada la naturaleza del fenómeno a indagar (la visión de los propios sujetos implicados) se eligió una metodología cualitativa que aportó a la comprensión del fenómeno, más que a la aprehensión de este, por mediciones cuantitativas.

Las investigaciones cualitativas (Aravena, Kimelman, Micheli, Torrealba, Zúñiga, 2006) buscan llegar a la naturaleza y esencia del fenómeno. Apuntan a la comprensión, a la búsqueda de las significaciones, los sentidos, las relaciones y a la interpretación de esos sentidos. En este tipo de diseño, el investigador crea parcialmente el objeto a estudiar, busca explorar la naturaleza del fenómeno o el sistema de relaciones que lo conforman, desde la particular visión de los sujetos que están siendo estudiados.

Según Mella (1998, p. 8):

“la investigación cualitativa asume el punto de vista del sujeto, tratando de ver a través de los ojos de la gente lo que uno está estudiando. Tal perspectiva, envuelve claramente una propensión a usar la empatía con quienes están siendo estudiados, pero también implica una capacidad de penetrar los contextos de significado con los cuales ellos operan”.

En esta investigación se puso el énfasis en la interpretación, vale decir: en la comprensión del fenómeno social – educativo- como un todo y en el significado que tiene para sus participantes (Dankhe, 1989). En ese sentido se buscó aproximarse a las concepciones de los docentes en torno a las competencias clínicas y a las significaciones que éstos le otorgan a la actitud clínica psicológica, visualizando cuáles son sus componentes. Tuvo el propósito de describir las situaciones áulicas y comprender los procesos de enseñanza de la clínica psicológica.

4.3 Diseño metodológico

El término diseño se refiere al plan o estrategia concebida, para responder a las preguntas de investigación (Christensen, 1980). Por lo tanto, definir el diseño de investigación empleado supone dar cuenta de los instrumentos seleccionados para la recolección de datos y para la realización del análisis.

Diseñar se asemeja más a la elaboración de una estrategia que a la aplicación de un molde (Valles, 1997) en tanto supone tomar decisiones en relación a los instrumentos adoptados, a lo largo de todo el proceso de investigación y sobre todas las fases que conlleva dicho proceso.

El diseño elegido para esta investigación se enmarca en los lineamientos generales de las investigaciones cualitativas, descriptivas y de casos (Montero y León, 2002). Este diseño permite comprender los significados de las prácticas educativas, en torno a las competencias clínica que los actores docentes elaboran, en el escenario en que estas se producen.

4.4 Fases de la investigación

En este proceso de investigación se llevaron a cabo las siguientes fases:

1) Fase exploratoria: revisión de la literatura existente y del estado del arte sobre la temática. Se exploró el contexto de situación de la enseñanza universitaria pública en nuestro país. Se abordó específicamente la enseñanza de la psicología clínica. Se revisaron las conceptualizaciones sobre las competencias para la clínica psicológica y sobre la actitud clínica. Se realizó una búsqueda sobre los dispositivos de enseñanza y los recursos pedagógicos.

2) Segunda fase: revisión y selección de documentos vinculados con el Plan de Estudios 2013 de la Licenciatura de Psicología de la Udelar, tales como: orientadores pedagógicos, resoluciones de Comisión Carrera, resoluciones del Consejo de Facultad vinculadas con la implementación del Plan, guías de las unidades curriculares a cargo el Instituto de Psicología Clínica. Los documentos escritos, constituyeron una interesante fuente de información, para esta investigación de tipo cualitativo. La información contenida en ellos, arrojó luz respecto a insumos recogidos a través de técnicas como la entrevista o la observación, facilitando su comprensión y posterior interpretación. La revisión de estos documentos permitió ordenar el universo de sentidos e intenciones explicitadas en el Plan de Estudios, con respecto a la enseñanza de la psicología clínica. También, permitieron identificar aquellos sentidos vinculados con el desarrollo de las competencias clínicas

psicológicas y específicamente las actitudinales. Posibilitaron realizar un mapeo de los dispositivos de enseñanza, vinculados con la psicología clínica. Los documentos aportaron el plano de los instituidos, los existentes, las intenciones formuladas como orientadoras en las prácticas educativas.

3) Tercera fase: trabajo de campo

3.1) Entrevistas cualitativas, semi estructuradas. La entrevista cualitativa (Mella, 2003) es un acto de interacción personal entre dos sujetos (entrevistador y entrevistado) en el cual se efectúa un intercambio de comunicación cruzada. El entrevistador busca transmitir a su interlocutor interés, confianza, familiaridad, motivación y garantía de identificación, para que el entrevistado devuelva, a cambio, información personal en forma de descripción, interpretación y/o información evaluativa.

Se escogió esta técnica de investigación, en el entendido, como dice Galindo (1998) que en las prácticas conversacionales los entrevistados construyen su identidad y le dan sentido a la sociedad, según el contexto en el que viven.

En la entrevista cualitativa se tornó fundamental la connotación del habla, las señales acerca de las emociones o los sentimientos, expresados a través de la gestualidad, de la entonación de la voz. El *cómo se dice* es tan importante, como *lo que se dice*. La entrevista no solo proporcionó textualidades de relatos, sino también información acerca del contexto y la situación a la que se refieren dichos relatos.

En la entrevista semiestructurada, al decir de Flick (2004) los diferentes tipos de preguntas, representan enfoques distintos para hacer explícito el conocimiento implícito y pueden señalar el camino hacia la solución de un problema más amplio de la investigación cualitativa. Una meta de las entrevistas semiestructuradas es revelar el conocimiento existente, de manera que se pueda expresar en forma de respuestas y por tanto, hacerse accesible a la interpretación. La pregunta es un estímulo que permite al entrevistado, responder en sus propios términos y de acuerdo a su contexto. Provee información indirecta, filtrada, a partir de las miradas de los entrevistados que son los sujetos de la investigación.

Las entrevistas, como todos y cada uno de los instrumentos de investigación tienen aspectos favorables y también debilidades. En este caso, los inconvenientes que puede presentar este instrumento, tienen que ver con que el entrevistado puede sentirse, por la asimetría de

roles, en situación de ser evaluado y por lo tanto que no conteste lo que realmente piensa sino lo que le parece acorde o ajustado a la pregunta. En estas ocasiones, el entrevistador repregunta o busca información adicional para enmendar las omisiones o distorsiones que visualiza en el correr de la entrevista.

3.2) Observación: La práctica educativa es compleja ya que requiere de una actuación diversificada y flexible por parte del docente, basada en un análisis continuo y contextualizado de los avances y de las dificultades que plantean in situ los estudiantes, exigiendo la toma de decisiones permanentemente.

Al decir de Barboza (2007) en el aula el profesor, a partir de su conocimiento más o menos explícito sobre la educación, los procesos y situaciones de enseñanza y aprendizaje, interpreta y atribuye sentido a las características de los estudiantes y a la situación concreta de enseñanza y aprendizaje en que se encuentra. Planifica y desarrolla su actuación a partir de esa interpretación, en el marco de una situación dinámica e interpersonal, en constante cambio.

Cuando se investiga mediante la observación directa, el investigador observa los hechos tal como ocurren, en escenarios o situaciones naturales, en el sentido de que no han sido sometidos a ninguna clase de manipulación por parte del investigador. A través de la observación, el investigador obtiene la experiencia de primera mano de los informantes, pudiéndola registrar a medida que ocurre. La observación posibilita indagar, develar, recoger información acerca de las prácticas de enseñanza puestas en acción en el aula. Se registran palabras, acciones, deseos, intereses y sentires de los observados.

Se definió utilizar la observación como técnica complementaria a las otras (documentos escritos y entrevista cualitativa) por el hecho de que posibilita hacer foco en el sistema aula: constituido por el conjunto organizado de actividades, roles y relaciones de diversos tipos, en que se implican profesor y estudiantes en el marco físico del salón de clases.

Con este instrumento se buscó acceder al currículum en acción, en tanto se considera que es en el encuentro del aula, en la práctica, donde se actúan las teorías implícitas del docente. A su vez, se partió de la premisa que en el aula, el docente tiene como intención formar psicólogos clínicos, por lo tanto apunta a desarrollar competencias propias de la subdisciplina.

Se eligió específicamente la técnica de observación sistemática. En ella, el investigador se limita a la observación sin participar en los acontecimientos, con el fin de reconstruir la realidad en toda su complejidad, sus relaciones internas y su singularidad cultural. Esta técnica permitió extraer información relativa al triángulo didáctico: profesor-estudiantes-saberes/conocimientos.

4. Fase de análisis (documentos, entrevistas, observaciones)

El análisis de datos cualitativos, conllevó un continuo preguntarse y una búsqueda de respuestas. Dice Bogdan y Taylor (1987, p. 33) que: “un buen estudio cualitativo combina una comprensión en profundidad del escenario particular estudiado con intelecciones teóricas generales que trascienden ese tipo particular de escenario”.

Se trató de un trabajo que hizo visible lo obvio y tuvo la cualidad de reconocer lo significativo, a partir de lo insignificante, así como de poner juntos, datos aparentemente no relacionados o de hacer caber unas categorías dentro de otras y de atribuir consecuencias a antecedentes.

Se eligió la técnica de análisis de contenido (Berelson, 1952) para estudiar y analizar los discursos, las narrativas, los registros, de una manera sistemática.

Para el análisis se procedió a codificar los registros. La codificación es el proceso a través del cual las características relevantes del contenido de un mensaje, son transformadas a unidades que permiten su descripción y análisis preciso.

Las unidades de análisis, constituyen segmentos del contenido de los mensajes que son caracterizados para ubicarlos dentro de las categorías. Las categorías son los niveles donde serán caracterizadas las unidades de análisis.

La categorización es la operación mediante la cual se clasifican conceptualmente las unidades referidas a un mismo tema. Cada categoría contiene un significado o tipo de significados y puede estar referida a una gran diversidad de registros: situaciones, contextos, actividades, eventos, métodos, procesos, estrategias. Cuando se codifica con criterios temáticos, la categorización es una tarea simultánea a la codificación. Los códigos representan las categorías y consisten en palabras que el investigador asigna a las unidades de datos, a objeto de indicar a qué categoría pertenecen. Al establecer categorías se ubican grupos de datos bajo una misma unidad temática o concepto teórico. De esta forma, al categorizar el investi-

gador está ya realizando una síntesis de su estudio, puesto que reduce un amplio volumen de información, a un conjunto de conceptos que la representan.

Como plantea Holsti (1968) las categorías son las casillas en las cuales son clasificadas las unidades de análisis.

Las entrevistas cualitativas y los registros de observaciones aportaron un conjunto de relatos y discursos que se analizaron para llegar a interpretaciones y conclusiones. Durante el análisis a través de la codificación y la categorización se redujo el amplio volumen de información diferenciando unidades, escenarios y los elementos de significado que sustentan.

De acuerdo a lo planteado por Mella (2003) se realizaron los siguientes pasos para el análisis de la información recogida en las entrevistas y observaciones:

- i) Concentración de significados. En esta fase los significados aportados por los entrevistados y lo descripto a partir de la observación de la situación áulica, se formuló de manera concisa, buscando la idea central.
- ii) Categorización de significados. Los textos concentrados fueron sometidos a un proceso de codificación en categorías. Estas categorías o códigos se basaron en los referentes conceptuales indagados previamente.
- iii) Interpretación de significados. Partiendo de la categorización se realizó una re contextualización a través del análisis inductivo, retomándose los documentos para incluirlos en el análisis.

5) Fase de escritura de tesis

Realizado el análisis de la información recabada se elaboraron las conclusiones y sugerencias que se redactaron siguiendo el formato académico correspondiente a las tesis de maestría.

4.5 Técnicas e instrumentos de investigación

4.5.1 Documentos escritos: Se seleccionaron las guías de unidades curriculares obligatorias, relacionadas con el Instituto de Psicología Clínica. Estas unidades curriculares forman parte del ciclo inicial y del ciclo de formación y por ellas deben transitar todos los estudiantes de la licenciatura.

Los documentos seleccionados fueron los siguientes:

- Psicología Clínica: módulo psicología, 5to. semestre.
 - curso: Fundamentos Psicoanalíticos para la Clínica.
 - curso: Conceptualizaciones teórico técnicas de las intervenciones clínicas.
- Psicopatología Clínica: módulo psicología, 4to. semestre.
- Herramientas de evaluación, diagnóstico e intervenciones clínicas: módulo metodológico, 4to. semestre.
- Metodologías orientadas a la extensión universitaria: módulo metodológico, 2do. semestre.
- Ética y Deontología: módulo metodológico, 2do. semestre.
- Diseño de proyectos: módulo prácticas y proyectos, 4to. semestre.

4.5.2 Entrevista cualitativa, semi estructurada: Se eligió para la recolección de datos la entrevista cualitativa, semi estructurada. Se realizaron las entrevistas a docentes del Instituto de Psicología Clínica que tenían a cargo prácticas de enseñanza en las unidades curriculares obligatorias del instituto. Las entrevistas tuvieron la finalidad de indagar las ideas que manejaban los docentes, sobre las competencias del psicólogo clínico y específicamente aquellas vinculadas a la actitud clínica.

Se optó por la realización de entrevistas personales y en forma oral. Se consideró que la oralidad permite captar del entrevistado sus modos de pensar, sentir, operar y construir su discurso, con mayor espontaneidad en sus valoraciones, en comparación con la entrevista escrita. La entrevista cara a cara permitió observar el nivel de comprensión de las preguntas, el grado de cooperación del entrevistado y rescatar la singularidad de sentidos que se produce en el encuentro. Se apuntó en las entrevistas a develar del discurso, los puntos críticos, las teorías implícitas, los planteamientos latentes, los procesos contradictorios en las

propias creencias y esquemas mentales, así como las relaciones entre el pensamiento y los modos de sentir y el pensamiento y los modos de actuar.

Las entrevistas se guionaron con el objetivo de identificar las concepciones que tienen los docentes sobre las competencias del psicólogo clínico, en especial aquellas vinculadas con la actitud clínica. Se buscó buscar información sobre los dispositivos de enseñanza y los recursos que utilizan los docentes para potenciar dichas competencias. Se pautaron algunas preguntas orientadoras tales como:

- ¿Cuál es el perfil esperado por el docente de un psicólogo clínico?
- ¿Que debe saber un psicólogo clínico?
- ¿Que debe saber hacer?
- ¿A que hace referencia la actitud clínica?
- ¿Qué recursos utiliza para enseñar psicología clínica?
- ¿Evalúa lo que debe saber, saber hacer y la actitud clínica?
- ¿Qué evalúa, cuales son aquellos aspectos de prioriza?
- ¿Cómo lo evalúa, con qué instrumentos?

Estas preguntas oficiaron de protocolo para la realización de las entrevistas.

Las entrevistas tuvieron una duración de aproximadamente una hora.

Se realizaron un total de 9 entrevistas a docentes con diferentes trayectorias académicas, antigüedad, en la docencia y grado académico.

Cada una de las entrevistas se llevó a cabo una vez explicado y firmado el consentimiento informado.

4.5.3 Observación sistemática: La observación estuvo guiada por la mirada del investigador que en este caso y de acuerdo a las coordenadas que componen el triángulo didáctico, tomó el sesgo de registrar: la intensión educativa, el ajuste entre las actividades y o tareas propuestas por el docente, con las intenciones planteadas; los contenidos sobre los que hace foco el docente; los recursos utilizados para introducir contenidos; los factores relacionales, motivacionales y afectivos en juego.

En las observaciones se intentó discernir cuáles son las competencias del psicólogo clínico que se potencian en el aula, específicamente las actitudinales, con qué recursos se

desarrollaron esas competencias y cómo se utilizaban esos recursos.

Las observaciones se realizaron según las siguientes pautas que oficiaron de protocolo:

- Recoger la secuencia de eventos y o actividades que se fueron sucediendo.
- Identificar los cambios en la forma de organización de los participantes.
- Registrar los recursos utilizados para la enseñanza: discursivo (narrativo, explicativo, informativo); material escrito (caso clínico, viñeta, texto); material audio visual; recursos de acción; trabajo con ideas previas de los estudiantes, problemas y o preguntas que ellos formulan.
- Consignar el modo de utilización de esos recursos para trabajos individuales o grupales, la claridad de las consignas, el momento de presentación de éstos.
- Visualizar la finalidad del uso de los recursos (comprender, vivenciar, aplicar conocimientos).
- Registrar el foco temático sobre el que se trabajó y sus dimensiones vinculadas a las competencias clínicas (conocimientos, procedimientos, actitudes).
- Registrar el tipo de relacionamiento: profesor – estudiantes y estudiantes entre sí; las características de las intervenciones del docente (apertura, cierre, enlace, uso de códigos, involucramiento afectivo) y la de los estudiantes, así como el modo comunicacional y el clima afectivo.

Previo al inicio de la observación se trabajó con el docente el consentimiento informado.

Las observaciones duraron una hora y media cada una, correspondiendo al tiempo de clase.

El investigador fue presentado al inicio de las observaciones, en todas las oportunidades. Se llevaron a cabo 7 observaciones de aula, en los cursos vinculados con el Instituto de Psicología Clínica.

4.6 Instrumentos para el relevamiento de información y registro

Se realizó un registro escrito de cada una de las entrevistas y de las observaciones, discriminando como plantean Bogdan y Biklen (1992) los aspectos descriptivos (retratos de los informantes, reconstrucción de diálogos, descripción física del lugar, evidencias de fenómenos particulares y actividades) de las notas reflexivas (registro de pensamientos personales, sentimientos, problemas, ideas, intuiciones, impresiones y prejuicios).

Registrar (Bogdan y Taylor, 1987) implicó también rescatar aquello que acompaña al diálogo: gestos, comunicaciones no verbales, tono de voz, etc.,. Estos aspectos ayudaron a interpretar el significado de lo enunciado y de las interacciones.

Las entrevistas fueron grabadas con archivo de audio, complementando de esta forma las notas del cuaderno de campo.

Las observaciones fueron registradas en el cuaderno de campo del investigador.

4.7 Selección de los sujetos de la investigación

En función del problema delimitado y de los objetivos planteados en la investigación se tomaron como fuente documental, las guías de las unidades curriculares obligatorias del Instituto de Psicología Clínica.

Se seleccionaron para las entrevistas a docentes de Facultad de Psicología pertenecientes al Instituto de Psicología Clínica.

Para las observaciones de aula se seleccionaron específicamente, docentes a cargo de las unidades curriculares obligatorias del Instituto de Psicología Clínica:

- Unidad Curricular: Psicología Clínica, (curso de Fundamentos psicoanalíticos para la clínica y curso de Conceptualizaciones teórico técnicas de las intervenciones clínicas); del módulo psicología, 5to semestre.
- Unidad Curricular: Psicopatología Clínica; del módulo psicología, 4to semestre.
- Unidad Curricular: Herramientas de evaluación, diagnóstico e intervenciones clínicas; del módulo metodológico, 4to semestre.

- Unidad Curricular: Metodologías orientadas a la extensión universitaria; del módulo metodológico, 2do semestre.
- Unidad Curricular: Diseño de proyectos; del módulo prácticas y proyectos, 4to semestre.

Las observaciones se realizaron en los espacios áulicos de las unidades curriculares antes detalladas. Se logró realizar observaciones en todas las unidades curriculares obligatorias donde participan docentes del Instituto de Psicología Clínica. En algunos casos se observaron distintos plenarios del mismo curso. No se tomó como unidad para la observación el curso de Ética y Deontología (3er. Semestre, modulo metodológico) por estar a cargo de la investigadora.

Se buscó que los informantes de las entrevistas y los docentes a cargo de las aulas que se observaron, fueran distintos a los efectos de enriquecer el trabajo de campo.

Los docentes realizan actividades de enseñanza en unidades obligatorias y en unidades optativas, electivas, ubicadas en todos los módulos y ciclos formativos del Plan de Estudios. Los cursos optativos, electivos se realizan en dispositivos tales como: seminarios y prácticas. Estos espacios áulicos no fueron tenidos en cuenta para esta investigación intencionalmente. Se buscó estudiar los dispositivos obligatorios considerando que desde esos espacios se aporta específicamente al perfil único de egreso del Licenciado en Psicología.

4.8 Validez y confiabilidad

Se tomó como criterio para definir la cantidad de entrevistas y de observaciones, lo que Glaser y Strauss (1967) llaman saturación teórica, refiriéndose a ese punto de la investigación de campo en el que empiezan a repetirse los datos y no se logra captar ningún elemento nuevo e importante.

El haber utilizado diversos instrumentos para recabar información se decidió por dos razones, por un lado se consideró la naturaleza compleja del fenómeno a estudiar que requiere de la triangulación de la información recogiendo datos que provienen de fuentes diferentes y complementarias. Por otro lado se consideró que la triangulación (Bogdan y Taylor, 1987)

deviene un modo de protegerse de las tendencias del investigador, así como también es un modo de confrontar y someter a control recíproco, relatos de diferentes informantes.

La triangulación entre datos (Denzin y Lincoln, 2005) es un procedimiento que permitió cruzar y comparar información, obtenida a partir de diferentes instrumentos de indagación. Para llevar a cabo esta tarea, fue necesario seleccionar la información, a través de un procedimiento de diferenciación entre datos relevantes, de aquellos que no lo son.

Este procedimiento se realizó según dos criterios (Cisternas, 2011) el de pertinencia y el de relevancia. El criterio de pertinencia refiere a la relación directa con la temática a investigar. El de relevancia, se construye a partir de la aparición repetida de los datos. La triangulación, hace posible la contrastación, en tanto somete la información obtenida a un control recíproco. De esa manera se establece un cuerpo coherente de datos y se incrementa la confianza en los hallazgos de la indagación. Con este procedimiento se contribuye a otorgar confiabilidad y validez.

La validez de la investigación tal como lo expresa Maxwell (1996) está determinada por la coherencia interna e interacción entre las diferentes etapas de consecución. A través de esta, se logra que todos los elementos y partes constituyentes del estudio, se relacionen sin contradicciones, para formar un todo coherente.

Se buscó en todas las etapas de la investigación desarrollar un trabajo integrado y coherente en el cual se cuidó la concordancia y las conexiones recíprocas entre los objetivos enunciados, el marco conceptual, los instrumentos utilizados para la recolección, el procesamiento de información y las conclusiones a las que se arribó.

4.9 Consideraciones éticas

Previo a la realización del trabajo de campo (entrevistas y observaciones) se planteó a los sujetos de la investigación el consentimiento informado (ver apéndice 3). En él se explicitaron los objetivos de la investigación y el carácter de anonimato de la identidad de los informantes. Se solicitó a cada uno de los informantes autorización para usar el material de las entrevistas y observaciones de aula en la tesis. También se explicitó la intención de utilizar el material para realizar publicaciones, con la finalidad de difundir acerca de las competencias clínicas que la Facultad de Psicología promueve en sus licenciados. Este consentimiento in-

formado fue presentado una vez que se elaboró el proyecto de tesis y fue avalado por el comité de ética, de la Facultad de Psicología.

El material registrado en entrevistas y observaciones no será presentado en formato de texto, a los efectos de preservar el anonimato de los docentes que participaron en el trabajo de campo.

Una vez planteada la metodología utilizada, en el capítulo siguiente se presentan los datos recabados a partir del trabajo de campo y se realiza el análisis, apelando a los instrumentos referidos anteriormente.

CAPITULO V

PRESENTACIÓN DE DATOS, ANALISIS Y DISCUSION

Tal como se planteó en el capítulo sobre Metodología los datos surgieron de tres fuentes seleccionadas: documentos escritos, entrevistas semi estructuradas y observaciones de aula.

A continuación se va a presentar para cada una de las fuentes referidas, las dimensiones de análisis construidas, en función de los objetivos, la formulación del problema y el marco referencial.

Acto seguido se presenta el trabajo de categorización de los insumos recogidos, en función de las dimensiones planteadas, para cada una de las fuentes recabadas. Luego se presenta el análisis de los datos, en función de cada uno de los instrumentos de indagación. Y por último se comparan y discuten los insumos obtenidos de las distintas fuentes.

5.1 Documentos escritos

5.1.1 Dimensiones de análisis de los documentos escritos

Las fuentes documentales que se tomaron para la investigación fueron las guías de las unidades curriculares obligatorias (en su modalidad reglamentada) a cargo del Instituto de Psicología Clínica:

MODULO PSICOLOGIA:

- Psicopatología Clínica.
- Psicología Clínica:
 - Fundamentos psicoanalíticos para la clínica.
 - Conceptualizaciones teórico-técnicas de las intervenciones clínicas.

MODULO PRACTICAS Y PROYECTOS:

- Diseño de Proyectos.

MODULO METODOLOGICO:

- Ética y Deontología.
- Herramientas de evaluación, diagnóstico e intervenciones psicológicas.
- Métodos y herramientas orientadas a la extensión universitaria.

En función de las preguntas formuladas, los objetivos de la investigación y el marco teórico seleccionado se trabajó en torno al análisis de las competencias clínicas que, desde los documentos, se proponen desarrollar las unidades curriculares seleccionadas.

Para tales efectos se tomó la definición del Manual de Cinterfor (Vargas, Casanova, Montauro, 2001) sobre la noción de competencia que refiere a una combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes puestas en acción para el desempeño adecuado en un contexto dado. Las competencias, por lo tanto implican la movilización de los recursos (capacidades) aludiendo más a un proceso que a un estado.

Para valorar el desarrollo de las competencias se tomó en consideración las capacidades que se potencian, los objetivos formativos, las metodologías y los sistemas de evaluación. Se delimitaron las siguientes dimensiones de análisis:

- Objetivos Formativos
- Capacidades
- Metodología
- Evaluación

5.1.2 Categorización de los contenidos de los documentos escritos

Tal como se planteó al inicio de éste capítulo a continuación se realiza la categorización de los contenidos de las guías de cursos, en función de las dimensiones seleccionadas y se presentan a modo de cuadro.

Psicopatología Clínica

Ubicación en el PELP 13	Objetivos formativos	Capacidades	Número de estudiantes. Horas aula	Metodología	Evaluación.
<p>Modulo Psicología</p> <p>Cuarto semestre</p> <p>Ciclo de Formación integral</p>	<p>Discutir críticamente los dispositivos de abordaje de la enfermedad mental a partir de la consideración de la subjetividad, la singularidad y los diferentes grados de autonomía de los sujetos.</p> <p>Establecer críticamente las condiciones actuales que producen medicalización y patologización de la población.</p> <p>Reconocer el funcionamiento psíquico del sujeto con presencia de un cuadro clínico psicopatológico considerando las complejidades del diagnóstico.</p> <p>Conocer las clasificaciones nosográficas psicopatológicas con una visión crítica de las mismas.</p>	<p>Reconocer los diferentes diagnósticos psicopatológicos</p> <p>Abordar la dimensión psicopatológica en relación con su singularidad y su entorno contextual.</p> <p>Desarrollar la dimensión singular y subjetiva presente en los diferentes cuadros clínicos psicopatológicos.</p> <p>Apoderarse de una visión crítica de las clasificaciones psicopatológicas introduciendo las consideraciones vinculadas a la patologización y la medicalización.</p>	<p>Plenario de 200 estudiantes</p> <p>1 h 30 semanal</p> <p>semestral</p>	<p>Exposición y discusión de los contenidos a través de material clínico escrito, videos con actores y discusión de textos</p>	<p>Asistencia 80%</p> <p>Una prueba parcial</p> <p>Examen</p>

Psicología Clínica:
1. Conceptualizaciones Teórico Técnicas de las intervenciones psicológicas. 2. Fundamentos psicoanalíticos de las intervenciones clínicas

Ubicación en el PELP 13	Objetivos formativos	Capacidades	Número de estudiantes Horas aula	Metodología	Evaluación.
Módulo Psicología Quinto semestre Ciclo de Formación integral	<p>Conocer las teorías, paradigmas y prácticas de la Psicología Clínica</p> <p>Comprender como la Psicología Clínica aborda las condiciones que generan malestar o sufrimiento.</p> <p>Adquirir conocimientos sobre los modos de intervención en Psicología Clínica.</p> <p>Integrar los aportes de la clínica psicoanalítica</p>	<p>Comprender el hecho clínico.</p> <p>Comprender las condiciones que producen sufrimiento.</p> <p>Identificar los aportes del psicoanálisis a la comprensión de la subjetividad implicada en el acto clínico.</p> <p>Saber utilizar criterios clínicos para resolver consultas.</p> <p>Discernir las herramientas técnicas más adecuadas para realizar una intervención</p>	<p>Plenario de 150 estudiantes</p> <p>3 hs. semanales</p> <p>semestral</p>		<p>Una evaluación parcial</p> <p>Asistencia 80%</p> <p>Examen</p>

DISEÑO DE PROYECTOS

Ubicación en el PELP 13	Objetivos formativos	Capacidades	Número de estudiantes. Horas aula	Metodología.	Evaluación.
Módulo Prácticas y Proyectos Cuarto semestre Ciclo de Formación integral	Mostrar diversas metodologías de trabajo por proyectos. Comprender el proceso lógico de elaboración, las bases epistemológicas y técnicas de las distintas metodologías. Propiciar la apropiación de la herramienta para su rol profesional en equipos de salud. Comprender la especificidad en la elaboración de proyectos en Psicología Clínica	Caracterizar tipos de proyectos y distintas metodologías. Utilizar distintos indicadores cualitativos y cuantitativos. Seleccionar los modelos de proyectos más pertinentes para la acción social en distintas circunstancias. Elaborar un proyecto de investigación, intervención, extensión o enseñanza.	Plenario de 200 estudiantes 1 h.30 semanal semestral	Exposiciones teóricas Repositorio virtual. Técnicas participativas para generar un aprendizaje a partir del ejercicio práctico. Espacio de supervisión virtual y presencial.	Asistencia 80% Completar guías de lecturas. Realización de un proyecto en grupos de 5 estudiantes.

MÉTODOS Y HERRAMIENTAS ORIENTADAS A LA EXTENSIÓN

Ubicación en el PELP 13	Objetivos formativos	Capacidades	Número de estudiantes. Horas aula	Metodología	Evaluación
<p>Módulo Metodológico</p> <p>Segundo Semestre</p> <p>Ciclo de Formación Inicial</p>	<p>Introducción a los lineamientos generales para el trabajo en extensión.</p> <p>Sensibilizar respecto a los fundamentos políticos, académicos y pedagógicos de la extensión universitaria.</p> <p>Presentar las herramientas y técnicas básicas para el trabajo en Extensión</p>	<p>Conocer los lineamientos generales de la extensión.</p> <p>Identificar las contribuciones de la extensión a la formación integral de psicología.</p> <p>Comprender la conceptualización de extensión y las principales herramientas para el trabajo.</p>	<p>Plenario de 140 estudiantes</p> <p>1 h 30 semanal</p>	<p>Teóricos</p> <p>Tareas subgrupales</p> <p>Apoyo en plataforma eva</p>	<p>Prueba on line de contestar preguntas sobre los contenidos trabajados</p>

ETICA Y DEONTOLOGIA

Ubicación en el PELP 13	Objetivos formativos	Capacidades	Número de estudiantes Horas aula	Metodología.	Evaluación.
<p>Módulo Metodológico</p> <p>Tercer Semestre</p> <p>Ciclo de formación integral</p>	<p>Conocer las bases filosóficas de las teorías éticas.</p> <p>Conocer las teorías éticas y los problemas bioéticos.</p> <p>Brindar herramientas para el análisis ético de la investigación.</p> <p>Conocer los aspectos éticos involucrados en la intervención psicológica.</p>	<p>Conocer las perspectivas de la reflexión ética en occidente.</p> <p>Reflexionar sobre la dimensión ética de la investigación.</p> <p>Analizar los componentes éticos de la intervención psicológica.</p> <p>Conocer los marcos normativos en materia de investigación y ejercicio profesional.</p>	<p>Plenario de 140 estudiantes</p> <p>3 hs. semanales.</p>	<p>Clases teóricas</p> <p>Repositorio de materiales bibliográficos en plataforma virtual</p>	<p>Asistencia 80 %</p> <p>Un parcial múltiple opción</p> <p>Examen múltiple opción.</p>

**HERRAMIENTAS, TECNICAS DE EVALUACIÓN, DIAGNOSTICO E INTERVENCIÓN
PSICOLÓGICA**

Ubicación en el PELP 13	Objetivos formativos	Capacidades	Número de estudiantes. Horas aula	Metodología.	Evaluación.
<p>Módulo Metodológico</p> <p>Cuarto semestre</p> <p>Ciclo de formación integral</p>	<p>Trasmitir conocimientos sobre los fundamentos epistemológicos, teóricos y metodológicos de las modalidades de intervención psicológicas.</p> <p>Introducir a las herramientas de evaluación y diagnóstico a nivel individual, familiar, grupal, organizacional y comunitario.</p> <p>Favorecer la incorporación de las principales metodologías y técnicas para la intervención con individuos, grupos, organizaciones y comunidades.</p>	<p>Conocimientos sobre los distintos elementos que componen una intervención psicológica: colectiva, individual, comunitaria, organizacional y clínico.</p> <p>Conocimientos sobre las herramientas y técnicas básicas utilizadas en los procesos de evaluación y diagnóstico e intervención colectivos e individual comunitaria, organizacional y clínico.</p>	<p>Plenario de 140 estudiantes</p> <p>3 hs. semanales</p>	<p>Teórica</p> <p>Trabajos grupales tipo taller para trabajar temáticas grupales, clínicas y o educativas</p>	<p>Asistencia 80%</p> <p>1er parcial: bitácora de lo trabajado con articulación teórica bibliográfica.</p> <p>2do parcial: Comprender el uso de la entrevista como instrumento de la psicología.</p> <p>Examen</p>

5.1.3 Análisis de los documentos escritos

Tomando la categorización realizada de los documentos escritos se realiza el siguiente análisis:

- **Objetivos Formativos**

En términos generales se reitera como objetivo formativo el “conocer” y el “comprender” u otros derivados de estos, como: “reconocer”, “integrar” o “apropiarse”.

En las unidades del módulo Psicología “conocer” está referido a teorías sobre el funcionamiento psíquico, el padecimiento y a los modos de intervenir. Se enuncia como objetivo el “posicionamiento crítico” frente a los conocimientos.

En las unidades del módulo Metodológico igualmente aparece como objetivo formativo el “conocer” vinculado a campos conceptuales, fundamentos epistémicos y metodológicos. Se agrega el “brindar herramientas”, “introducir técnicas”, “favorecer la incorporación de metodología”.

En la unidad curricular perteneciente al módulo Prácticas y Proyectos, además del “conocer” y “comprender”, se utiliza el verbo “apropiarse de herramientas”.

- **Capacidades**

En las guías de curso aparecen formuladas las “capacidades adquiridas al finalizar el curso” que se vinculan con los aprendizajes esperados. Tal como plantea Ferrández (1997) se parte del conjunto que forman las capacidades para llegar a la competencia, mediante el proceso de aprendizaje y desde las competencias logradas, se aumenta el poder de las capacidades. Por lo cual entre capacidades y competencias, se genera un proceso de espiral centrífuga y ascendente.

Estas capacidades, tomando la pirámide diseñada por Miller (1900) y enriquecida por otros autores (Coll, Pozo, Sarabia y Valls, 1992; Bogoya, et al., 2000; Díaz Barriga, 2006) abarcan la esfera del “saber” (datos, hechos, conceptos, principios); del “saber cómo” (la capacidad para utilizar el conocimiento); del “saber hacer” (las capacidades vinculadas a los procedimientos, las estrategias y técnicas); y del “saber actuar” (las actitudes y valores).

En las guías de las unidades curriculares del módulo Psicología (psicopatología clínica y psicología clínica) aparecen las siguientes capacidades vinculadas a:

- 1) el “saber”: “manejo de conocimientos sobre la clínica: el diagnóstico psicopatológico, el psicoanálisis, el acto clínico”;
- 2) el “saber cómo”: “usar criterio clínico”, “discernir sobre las técnicas para una intervención”.
- 3) en una de las guías (psicopatología clínica) aparece un elemento vinculado a la actitud: “tener postura crítica” con respecto a las teorías.

En las unidades correspondientes al módulo Metodológico, aparecen según orden de predominio las capacidades vinculadas a:

- 1) el “saber” sobre componentes de las intervenciones clínicas, las herramientas de extensión, el marco normativo;
- 2) el “saber cómo”: analizar, reflexionar a partir de esos conocimientos.

En la unidad del módulo Prácticas y Proyectos, según orden de predominio aparecen capacidades vinculadas a:

- 1) el “saber hacer”: utilizar indicadores, elaborar proyectos;
- 2) el “saber”: conocer los distintos tipos de proyectos;
- 3) el “saber cómo”: seleccionar los proyectos ajustados para el tipo de intervención.

- Metodología

Las unidades curriculares obligatorias comparten el mismo dispositivo, el que está pre establecido en el documento titulado: Orientaciones Generales del Plan de Estudios. Para los módulos Psicología, Metodológico y Articulación de saberes, en su opción reglamentada, se plantean dos formatos: plenarios o seminarios. Los plenarios están recomendados para cursos teóricos, generales, introductorios o panorámicos y tienen como fin la enseñanza de contenidos mínimos, según el documento referido. El plenario es un dispositivo que agrupa de 140 a 250 estudiantes, con frecuencia semanal, durante hora y media o tres horas, dependiendo del número de créditos que aporte la unidad curricular. Al seminario se lo destina a la profundización en un tema, autor o producción específica, de la que ya hay un conocimiento previo. Este, agrupa no más de 40 estudiantes. En el 2013, la unidad curricular Espacio Práctico y Articulación de Saberes III, correspondientes al 2do y 3er.

Semestres, respectivamente, adoptaron el formato seminario, por lo cual no fueron consideradas para la investigación. Diseño de proyectos, perteneciente al módulo Prácticas y Proyectos, para el que se recomienda formatos de prácticas pre profesionales y proyectos de 5 a 15 estudiantes, durante el 2013 adoptó el formato de plenarios.

Se ha generado un proceso de homogenización de los dispositivos pedagógicos para las unidades curriculares obligatorias, lo cual diagrama las metodologías a ser utilizadas.

El dispositivo de plenario prioriza la enseñanza de contenidos mínimos en formatos numerosos, por lo tanto pre define un predominio de la metodología expositiva que hace foco en los saberes vinculados al manejo de contenidos, conceptos, teorías.

Tal como se explicitó en capítulos anteriores, Eggen y Kauchak (1999) plantean que las clases expositivas privilegian el desarrollo de contenidos. Tienen la cualidad de ser dispositivos fuertemente estratificados que colocan el saber y el saber hacer en la autoridad académica del docente. Generan las condiciones para que el docente resuma en su discurso la voz de los autores y los textos. Promueven un aprendizaje pasivo. Pero, depende del uso que se realice de este dispositivo, de los recursos que se adopten, las posibilidades dialógicas a las que puede estar abierto.

En los documentos escritos de las unidades curriculares seleccionadas aparecieron metodológicamente, algunos recursos que tienden a incluir enseñanzas en la órbita de saberes implicados, vinculados con el saber cómo, el saber hacer y el saber ser. Estas variaciones, están estrechamente vinculadas a los módulos de pertenencia de las unidades curriculares y a los objetivos formativos de estas.

En el módulo Psicología (en Psicopatología Clínica) además de la metodología expositiva, se plantea la utilización de recursos que tienen como fin involucrar a los estudiantes en la reflexión y discusión, a través de materiales clínicos (videos, textos) promoviendo así no el saber, sino el saber cómo.

En el módulo Metodológico (Herramientas psicológicas de evaluación, diagnóstico e intervenciones) se agrega al espacio teórico, expositivo, el trabajo subgrupal (“tipo taller”) de elaboración colectiva, en torno a materiales aportados por los docentes. De manera tal que se estimula también el “saber cómo”.

En el módulo de Prácticas y Proyectos (Diseño de proyectos) además del espacio teórico expositivo y de recurrir al trabajo de grupos de discusión, se agregan las “técnicas

participativas entorno a ejercicios prácticos” y la supervisión de esas tareas. Se apunta al “saber hacer”.

- **Evaluación**

Tal como corresponde a las unidades curriculares obligatorias en su opción reglamentada, la asistencia es controlada, requiriendo una concurrencia al 80 % de las clases dictadas. Este formato también tiene pre establecido una prueba parcial. En las guías de curso, en general no se explicita demasiado en relación a qué se evalúa y a través de qué instrumentos.

En la mayoría de los casos se apunta a evaluar contenidos, solicitando fichas bibliográficas o planteando sistemas de evaluación de múltiple opción.

En las unidades curriculares de los módulos Metodológicos y de Prácticas y Proyectos se plantea la elaboración de producciones escritas, tales como bitácoras y o ensayos sobre escritura de proyectos de investigación, de forma grupal, promoviendo la producción colectiva.

5.2 Entrevistas a docentes

5.2.1 Dimensiones de análisis de las entrevistas

Para la realización de las entrevistas se construyó una guía orientadora (ver apéndice 1) que establecía las categorías a indagar, en función de los objetivos de la investigación, las preguntas formuladas y el marco teórico.

Se indagaron tres ejes:

- 1- Concepciones que manejan los docentes, en relación a las competencias clínicas y especialmente a la actitud clínica psicológica.
- 2- Metodologías y recursos que emplean los docentes, para el desarrollo de las competencias clínicas en los estudiantes.
- 3- Evaluación por parte de los docentes, de las competencias para la clínica y de la actitud clínica de los estudiantes.

Las dimensiones que se tomaron para el análisis fueron las siguientes:

- Concepciones sobre las competencias de la clínica psicológica en sus tres dimensiones:

Cognitiva – Procedimental – Actitudinal.

- Recursos que utiliza el docente en la enseñanza de la clínica psicológica.
- Dimensiones que evalúa el docente en la enseñanza de la clínica psicológica.
- Dificultades que visualiza el docente en la enseñanza de la clínica psicológica.

5.2.2 Categorización de los datos de las entrevistas

El registro obtenido de las entrevistas se codificó y categorizó en función de las dimensiones planteadas en el párrafo anterior y se presenta a modo de cuadros.

A. Concepciones de los docentes sobre las competencias de la clínica psicológica

ACTITUDINAL	COGNITIVA	PROCEDIMENTAL
<p>Actitud de escucha : estar atento a lo nuevo, a lo emergente, a la latencia, a las dimensiones inconscientes, abierto a la captación de diferentes sentidos, escuchar desde adentro</p> <p>Actitud empática: Conectarse con la situación Dejarse tocar</p>	<p>Concepción de sujeto, de sujeto psíquico.</p> <p>Concepción de subjetividad y producción de subjetividad.</p> <p>Fundamentos teóricos y técnicos en Psicoanálisis.</p> <p>Manejo consistente de teorías psicológicas Concepto de inconsciente.</p> <p>Concepción de sufrimiento.</p> <p>Manejo del hecho clínico como hecho social</p>	<p>La escucha clínica: Atender el discurso (inconsistencias, contradicciones, lo no dicho) Escuchar con teorías.</p> <p>La mirada clínica: Mirada ingenua capacidad de Observación</p> <p>Método clínico: - Encuadre - Construcción de problemas - Atención flotante</p>

<p>Poner el cuerpo Dejar que el otro resuene dentro de uno Dejarse conmover</p> <p>Actitud sostenedora y contenedora.</p> <p>Adecuada regulación de las propias emociones: paciencia, tolerancia manejo de la frustración manejo de la propia ansiedad aceptar las carencias tolerar el no saber</p> <p>Actitud auto reflexiva: de formación permanente; de reconocimiento de la necesidad de supervisión; de conocimiento personal; de conocimiento de las limitaciones y posibilidades</p> <p>Actitud deseante: demostración de Interés por el paciente pasión involucramiento del proceso</p> <p>Actitud flexible, plástica: abierta a lo diverso alerta capacidad para sorprenderse</p>	<p>Noción de consulta</p> <p>Conocimiento sobre estrategias clínicas</p> <p>Teorías de personalidad</p> <p>Cuadros psicopatológicos.</p> <p>Noción de Encuadre y Encuadre interno</p> <p>Manejo de nociones tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demanda - Pedido - Encargo - Análisis de la implicación <p>Conocimientos en psicofarmacología.</p> <p>Pensamiento clínico.</p> <p>Conocimientos en Deontología y DDHH</p> <p>Conocimientos jurídicos</p>	<p>Manejo del <i>timing</i>: Tiempo de espera Tiempo de acogida Estructura de demora</p> <p>Disociación instrumental: Diferenciar lo propio de lo ajeno Distancia optima</p> <p>Herramientas para la construcción de un vínculo que contenga y sostenga al otro</p> <p>Diseño de estrategias</p> <p>Análisis personal Análisis de la implicación.</p> <p>Técnicas psicológicas de: Entrevista (saber preguntar, recabar información)</p> <p>Intervención (saber comunicar que y como; trabajar con las potencialidades)</p> <p>Orientación.</p> <p>Abrir interrogantes en el sujeto. Comunicar, hablar, usar gestos, refranes, saberes populares</p> <p>Problematizar: Tener vigilancia epistémica Construir problemas Elucidar críticamente.</p> <p>Pensamiento colectivo: Inclusión de diversidad de miradas, Articulación de saberes.</p>
---	---	--

<p>Actitud cuestionadora: crítica ante el conocimiento no prejuiciosa no dogmática (anteponer teorías)</p> <p>Actitud ética: Secreto profesional Confidencialidad</p> <p>Actitud colaborativa: Trabajo en equipo Trabajar con el otro Capacidad de incluir al otro en el trabajo</p> <p>Valores: Honestidad Actitud de respeto Responsabilidad Compromiso</p>		
---	--	--

B- Recursos que utiliza el docente en la enseñanza de la clínica psicológica

- Textos y autores fundantes.
- Viñetas, casos clínicos, situaciones prácticas, escenas de películas, documentales, videos
- Exposición dialógica.
- Actitud asertiva del docente.

C - Dimensiones que evalúa el docente en la enseñanza de la clínica psicológica

- Dimensión Conceptual: Desarrollo por parte del estudiante de la comprensión lectora.

- Dimensión Reflexiva: capacidad de análisis, articulación y crítica por parte del estudiante de los conceptos trabajados.
- Saber hacer: ejercicio del pensamiento clínico, puesta en juego, por parte del estudiante del pensamiento clínico (mirada, escucha, delimitación del problema, construcción de una estrategia de intervención).
- Posicionamiento subjetivo del estudiante.

D- Dificultades que visualiza el docente en la enseñanza de la clínica psicológica

- Numerosidad.
- Contenidos predominantemente teóricos.
- Articulación teoría práctica.

5. 2. 3 Análisis de las entrevistas

Tomando en consideración el trabajo de categorización de los contenidos de las entrevistas, a partir de las dimensiones planteadas, se presenta el siguiente análisis de datos:

A- Concepciones sobre las competencias clínicas en sus tres dimensiones: cognitiva, procedimental, actitudinal.

Se registró en las entrevistas realizadas una diversidad de enunciados referidos a las competencias clínicas con carácter de complementariedad, no habiéndose encontrado contenidos contradictorios u opuestos que se excluyeran.

Las competencias que se destacan en las entrevistas entrelazan aspectos cognitivos, procedimentales y actitudinales. Así por ejemplo contenidos tales como: escucha clínica, mirada clínica, atención flotante, empatía, distancia óptima, estructura de demora, pensamiento clínico, encuadre, etc., condensan fundamentos teóricos, herramientas técnicas y aspectos actitudinales.

En las entrevistas esto aparece formulado de la siguiente manera:

“la actitud clínica, se trasmite desde el modelo de pensamiento y el abordaje clínico”. (E.1)

“se escucha con teorías, se escucha dejándose tomar por la experiencia del otro”. (E. 2)

“la actitud tiene que ver si con los contenidos teóricos, aunque también se transversaliza por la historia personal y el conocimiento propio”. (E. 4)

“la actitud clínica tiene que ver con la articulación de la teoría con la experiencia clínica...es como se conjugan las experiencias de otros, con los problemas clínicos que desde mi experiencia me toca abordar”. (E.7)

“la escucha es un concepto que incluye un contenido, una herramienta y una actitud” (E.3)

Realizando un ejercicio de diferenciación de las competencias de acuerdo al predominio de aspectos cognitivos, procedimentales y actitudinales, se obtiene la siguiente agrupación:

Aspectos cognitivos:

- Manejo teórico sobre: concepción de sujeto, de sujeto psíquico, de subjetividad, de sufrimiento psíquico, teorías psicológicas, teorías de personalidad. En varias entrevistas se explicita el conocimiento sobre fundamentos teóricos y técnicos de psicoanálisis y la noción de inconsciente.

“concepción de sujeto, de subjetividad, de sujeto psíquico, concepción de inconsciente, de sufrimiento” (E.1)

“manejo de teoría psicoanalítica, noción de inconsciente” (E. 2)

“tener un bagaje teórico que permita comprender la situación de consulta, de sufrimiento” (E. 3)

“teorías de personalidad, estructuras gnoseológicas”. (E. 4)

“manejar algún referente teórico sobre la subjetividad, no tener teorías puede ser un caos”. (E. 5)

“responder desde algún marco conceptual, teórico, técnico a la situación de consulta”. (E.6)

“Tener un marco teórico metodológico y técnico, sobre la subjetividad...muchacha lectura, ir a las fuentes, disciplinarse para luego des - disciplinarse”. (E.8)

“manejar teoría psicoanalítica, la noción de inconsciente, transferencia....”. (E.9)

- Manejo conceptual del hecho clínico o situación clínica y nociones tales como: consulta, demanda, pedido, encargo, encuadre, análisis de la implicación.

“diferenciar encargo, pedido, demanda en la situación de consulta” (E. 1, 3, 6)

“manejo conceptual del hecho clínico como hecho social” (E. 2)

“teorizaciones sobre el acto clínico” (E.4)

“manejo de la noción de encuadre y encuadre interno” (E. 1,3, 6)

“manejo conceptual de la noción de consulta, intervención clínica, encuadre” (E.3)

“manejar el análisis de la implicación” (E.3, 7, 9)

- Conocimientos de psicopatología.

“conocimientos sobre cuadros psicopatológicos” (E. 1, 4, 6)

- Conocimientos de psicofarmacología.

“conocimientos sobre psicofarmacología” (E. 1, 3, 4)

- Conocimientos de ética, deontología, DDHH, aspecto jurídicos:

“fuerte formación en ética y derechos humanos, los aspectos

normativos, sociales y jurídicos” (E.1)

Aspectos procedimentales:

- La escucha como herramienta:

“escuchar con teorías”. (E. 1)

“una escucha dinámica que atienda el discurso, las inconsistencias, las contradicciones, lo no dicho”. (E.3, 4, 5)

“escuchar captando que hay detrás de las palabras que emite el consultante, develando porque viene”. (E.3, 6, 7, 8, 9)

- Mirada clínica:

“tener ojo clínico”; “desarrollar una mirada ingenua”; “saber observar” (E. 2, 3, 9)

- La utilización del método clínico:

“se trabaja el método clínico, los elementos que componen el encuadre, la atención flotante, la escucha, la construcción de problemas”. (E. 1, 2, 7).

- El manejo del *timing*:

“manejar la noción de Ulloa, de estructura de demora, poder tomarse tiempo para pensar”. (E.3, 5, 7)

“utilizar el tiempo de espera, darse tiempo uno y dar tiempo al paciente” (E. 1)

“tienen que aprender el timing de la entrevista, el que decir y cómo decir”. (E.5)

“manejar el tiempo de acogida”. (E.6, 8)

- La utilización de la disociación instrumental:

“diferenciar lo propio de lo ajeno”. (E.1, 3, 5)

“establecer una “distancia óptima”. (E.2, 4, 5)

“manejar la disociación instrumental” (E.6, 7, 9)

“el profesional es un sujeto escindido en la intervención” (E.9)

- El manejo de herramientas para la construcción de un vínculo que contenga y sostenga al otro:

“el vínculo es fundamental para los resultados” (E. 5)

“enfaticar los aspectos del vínculo, jugarse ellos en la situación clínica” (E.6)

“aprender cómo ir acompañando al paciente” (E.6)

“tienen que sostener un proceso” (E.7)

- El diseño de estrategias de intervención:

“saber diseñar una estrategia de intervención” (E.1, 3, 6)

- El análisis personal, supervisión y el análisis de la implicación:

“la supervisión y el análisis personal son herramientas fundamentales para el clínico” (E.6, 7, 9)

“trabajar con supervisión y covisión, multiplica las miradas” (E.1)

“la importancia de la supervisión y del desarrollo de un análisis personal en el cual uno se halla cuestionado” (E.2)

“saber con qué uno puede trabajar y con que no, como forma de cuidarse y de cuidar al otro” (E.4)

“haber trabajado os propios prejuicios para que no sean obstáculos” (E 3).

“el análisis de la implicación es fundamental”. (E. 6, 8)

”Implicación con la propia historia, con el lugar desde donde se trabaja, con el tránsito formativo”. (E. 9)

- Técnicas psicológicas de:

- Entrevista:

“saber preguntar”, “saber recabar información”. (E. 1, 3)

- Intervención:

“saber comunicar qué y cómo”. (E. 1)

“trabajar con las potencialidades” (E. 1, 5)

“saber abrir interrogantes en el sujeto” (E. 4, 6, 7)

*“saber comunicar, hablar, usar gestos, refranes, saberes populares”.
(E.7, 8)*

○ Orientación:

“realizar orientaciones”, “saber hacer una buena derivación” (E.1, 5,7)

● Problematizar:

“tener vigilancia epistémica”; “construir problemas”; “elucidación crítica”; “cuestionarse las herramientas teóricas y técnicas”; “tener capacidad de interrogación” (E.1, 2, 3, 4, 9)

● Pensamiento colectivo:

“inclusión de diversidad de miradas”; “articulación de saberes”; “el trabajar con el paciente”, “trabajar con otras disciplinas y saberes”. (E. 1, 3, 4, 5)

Aspectos actitudinales:

● Escucha clínica:

“estar atento a lo nuevo”; “a lo emergente”; “a la latencia”; “a las dimensiones inconscientes”; “captar diferentes sentidos”; “escuchar desde adentro”; “abrirse a la captación de lo diverso”, “la escucha es más que oír, es permitir que resuene dentro de uno, dejar que lo que pasa allí lo conmueva a uno” ; “escuchar es ver que me pasa con lo que dice el otro” (E.1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9)

● Actitud empática:

*“conectarse con la situación”; “acercarse a la situación clínica”;
“dejarse tocar”; “poner el cuerpo;” “dejar que el otro resuene dentro
de uno”; “dejarse tomar por la experiencia del otro “dejarse
conmover”, “ponerse en el lugar del otro” (E. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9)*

- Adecuada regulación de las propias emociones:
*“Tener paciencia”; “tolerar la frustración”; “calmar la propia
ansiedad”; “reconocer y aceptar las carencias”; “tolerar el no
saber”; saber esperar”. (E.1, 3, 4, 5, 6, 7)*

- Actitud auto reflexiva:
*“reconocimiento de la necesidad de supervisión”; “conocimiento
de las limitaciones y de las posibilidades”; “aceptar las
carencias y buscar formación”; “autoformarse”. (E.2, 3, 4, 5)*

- Actitud deseante:
*“mostrar interés por el paciente”; “poner pasión en el trabajo”;
“invertir el proceso”; “sostener el proceso sin frustración”, “mostrar
inquietud” (E. 1, 2, 3, 6, 9)*

- Actitud sostenedora, contenedora.
- Actitud flexible, plástica:
*“estar abierto a lo diverso”; “estar abierto a la sorpresa”; “estar alerta”,
“dejarse sorprender”; “tener plasticidad”; “ser tolerante” (E. 1, 2, 4, 7,
8, 9)*

- Actitud reflexiva:
*“actitud cuestionadora”; “actitud analítica del propio lugar que
uno ocupa en la consulta “actitud crítica ante el conocimiento”;
“el no anteponer prejuicios”; “no anteponer las teorías”; “no ser
dogmático”. (E. 2, 3, 4, 5, 6, 7)*

- Actitud Ética:

*“guardar confidencialidad”; “tener en cuenta el secreto profesional”;
“manejar el consentimiento informado”. (E. 1, 3, 6)*

- Actitud colaborativa:

*“trabajar en equipo”; “trabajar con el otro”; “tener la capacidad
de incluir al otro en el trabajo”. (E. 2, 5, 8)*

- Valores tales como: la honestidad; el respeto; el compromiso; la responsabilidad:

“ser honesto, poder decirse: yo con esto no puedo”. (E.4)

En la totalidad de las entrevistas realizadas, al indagar sobre las competencias los docentes hacen referencia a:

- La escucha clínica.
- El manejo de teorías sobre la subjetividad.
- El posicionamiento ético.
- La capacidad de interrogación o reflexividad.
- La implicación, el compromiso o involucramiento en el vínculo.

También aparecieron en el discurso de las entrevistas aspectos más genéricos vinculados con valores, tales como: honestidad, respeto, compromiso, responsabilidad y aspectos éticos como la confidencialidad y el secreto profesional; que quedan ligados básicamente con los aspectos actitudinales.

“actitud de respeto y honestidad”. (E. 1)

“responsabilidad ética” (E. 2)

“confidencialidad, honestidad, el asumir que no puedo con esto; (E. 3)

“el respeto por lo que plantea el paciente” (E. 4)

B. Recursos que utiliza el docente en la enseñanza de la clínica psicológica

En las entrevistas al indagar sobre los recursos docentes para la enseñanza de la clínica psicológica, todos los docentes respondieron haciendo referencia a contextos de enseñanza personalizados (espacios prácticos) requiriéndose encauzar la indagación sobre aquellos recursos que utilizan en las unidades curriculares obligatorias con formato plenario. Queda así en evidencia una rápida conexión en los docentes entre enseñar clínica y la práctica clínica singularizada.

En ningún caso se aludió a la clase expositiva como un recurso privilegiado, pudiéndose considerar que este resulta un recurso naturalizado y no valorado.

Aparece de modo muy reiterativo, la necesidad de tomar los textos, los autores fundantes, desde una perspectiva crítica y actualizada en virtud de las problemáticas emergentes en el contexto actual.

“la clínica es el lugar donde se interroga la teoría” (E.1)

“hay que ayudarlos a que puedan elegir un pensamiento teórico sobre la clínica y esa no es toda la realidad, es un instrumento recortado por circunstancias epocales” (E.3)

“hay que vincular los temas con conflictivas contemporáneas para captar la atención, los historiales de Freud no les resultan atractivos”.
(E.4)

“Hay que ir a las fuentes, para interrogarlas, pero primero hay que manejar mucha teoría”. (E.7)

Estos recursos potencian el “saber” y “saber cómo”, focalizan el desarrollo de aspectos conceptuales.

En estos contextos de enseñanza con un alto número de estudiantes, los docentes hacen referencia al uso de viñetas clínicas, casos clínicos, fragmentos de situaciones clínicas, ya sean presentadas en forma de relato (oral o escrito) o en formatos de video. El caso clínico es un recurso que hace posible la enseñanza en base a problemas, potencia el “saber”, el “saber cómo” y también el “ser”, de acuerdo al uso que el docente le otorgue.

En las entrevistas se plantea que este recurso es utilizado en dos sentidos:

- para ejemplificar el desarrollo conceptual (apuntando a la esfera del “saber”):

“el curso es muy teórico, se trabajan viñetas puntuales para ejemplificar conceptos”. (E. 1)

“se trabaja con historiales clínicos de Freud”. (E. 2)

“los casos clínicos ayudan a entender la teoría”. (E. 3)

- para involucrar a los estudiantes y generar ejercicios de análisis y o utilización de herramientas clínicas. En este sentido se potencia el “ser” y el “saber hacer”:

“el uso de escenas de películas puede tener una intención ilustrativa para que el estudiante construya distintos problemas y dar a que aparezcan diferentes miradas”. (E. 4)

“con la viñeta clínica se puede trabajar la escucha, la mirada, una posible estrategia clínica”. (E. 5)

“les das un material y que en subgrupos subrayen lo que les parece significativo, después vemos entre todos que subrayaron, como se acercaron al material”. (E. 7)

Algunos entrevistados hicieron referencia a lo que Bahktine (citado por Ibañez, 2014) llama exposición dialógica, como recurso para la enseñanza de la clínica. El docente construye su discurso adaptándolo (a nivel imaginario) a las necesidades y al nivel de los alumnos. También el docente en su exposición dialoga -explícita o implícitamente- acordando o discrepando con los estudiantes.

En varias entrevistas los docentes relacionaron el acto de enseñanza, con el acto clínico. Apareció la concepción acerca de que la relación que establece el docente con el saber y con los estudiantes da cuenta de un posicionamiento similar al que se juega en el acto clínico. De ese modo se equipara la actitud clínica con el acto de enseñanza. En varias de las entrevistas, los docentes daban cuenta de una dimensión explícita jugada en el aula y otra implícita, pero que genera efectos al igual que la primera.

“hay que mostrar el deseo de saber, no el saber en sí, se

*trasmite una actitud deseante, el docente es vehículo de esa
trasmisión”.(E.3)*

*“el docente en la clase trasmite su posicionamiento frente al
material, su modo de pensar e intervenir en la clínica”. (E.4)*

*“el docente cuando plantea el encuadre en la clase y trabaja
sobre él, está transmitiendo también el sentido del encuadre en
la clínica”.(E 2)*

*“la capacidad de interrogación se enseña viendo al docente
interrogarse” (E. 4)*

*“en el acto docente se trasmite la relación del docente con el saber y
se recrea el pensamiento clínico” (E. 5)*

*“en el acto docentes se trasmite lo que es un encuadre en el
aula y el consultorio”. (E. 7)*

En dos entrevistas se plantea como recurso la actitud asertiva del docente para habilitar al estudiante en el aprendizaje:

“es importante darles confianza a los estudiantes”. (E.1)

“es necesario también fortalecer los logros y no los errores”. (E. 5)

C- Dimensiones que evalúa el docente en la enseñanza de la clínica psicológica

La evaluación resultó ser la dimensión a la que menos hicieron referencia los docentes en todas las entrevistas. En general se la vive como despegada del proceso de enseñanza, considerándola un problema dada la numerosidad de las matriculas estudiantiles de los cursos. Las evaluaciones se realizan en instancias pautadas previamente (parcial y examen) y atienden la numerosidad.

En todas las entrevistas se registró un consenso referido a que la evaluación en las unidades curriculares obligatorias debe hacer foco en los aspectos conceptuales, relativos al “saber” que se visualizan a través de la comprensión lectora. Por ejemplo aparece de modo

reiterado este enunciado:

“en los cursos evaluamos lectura y comprensión lectora”(E.1, 5, 6,7,8)

De todos modos se espera que esa lectura tenga un carácter reflexivo y no una mera repetición del texto. Por lo que se busca que exista una integración y apropiación de los conceptos. Esa reflexividad se vincula con la capacidad de análisis, articulación y crítica por parte del estudiante de los conceptos trabajados (el “saber cómo”). Se dice:

“me ha pasado que veo el desarrollo de las preguntas y me digo: no hay acá capacidad reflexiva!” (E.2)

“cuando uno lee un trabajo, trata de ver dónde está el sujeto pensante”. (E.6)

En muchos casos la evaluación se planteó atendiendo dos objetivos: el manejo de textos (dimensión conceptual, reflexiva) y utilización de las herramientas conceptuales. Los docentes esperan que el estudiante ejercite el pensamiento clínico: ponga en juego, la mirada, la escucha, delimite el problema de consulta, diferencie la demanda, el pedido, etc., construya una estrategia de intervención. Así por ejemplo señalan los entrevistados:

“buscamos que lean y después que analicen una viñeta para ver cómo se posicionan ante la situación clínica, cómo ensayan un pensamiento clínico”. (E. 2)

“ponemos unas preguntas y después una viñeta para ver como ejercen la mirada, la escucha clínica- que análisis pueden realizar y que estrategias se proponen seguir”. (E.3, 4, 6)

La evaluación de la actitud clínica apareció como una dimensión poco pensada como objetivo a evaluar. En algunas entrevistas el docente dice considerar la actitud clínica, como inferencia del trabajo que el estudiante realiza de la lectura y el análisis del caso clínico. A través de la narrativa que construye el estudiante sobre el caso, el docente presta atención

al posicionamiento que realiza el estudiante frente al caso clínico, a su manera de escuchar y pensar la situación. Se plantea en las entrevistas:

“uno valora si el estudiante hace una mera repetición o se juega como sujeto pensante, si se compromete en lo que escribe, si escribe en primera persona o con el impersonal se”. (E. 2)

“uno ve si desarrollan conceptos, pero además se ve cómo se aproxima a la viñeta, como la desarrolla”. (E. 6)

“uno ve cómo se posicionan frente al material clínico, si se alejan rápidamente del paciente, si pueden conectar con él”. (E. 7)

“cómo leer la subjetividad del estudiante?, si escribe de yo, por ejemplo, uno sabe cuándo el estudiante está jugado”. (E. 7)

D- Dificultades que visualiza el docente en la enseñanza de la clínica psicológica.

En todas las entrevistas realizadas los docentes destacaron la necesidad de enseñar clínica en situaciones prácticas. Se encontró concordancia con los planteos de varios autores, sobre la relevancia que adquiere en la enseñanza de la clínica, los dispositivos de práctica clínica (Hernández Arístu, 1997) práctica tutorada (Andreozzi, 1996) practicum reflexivo (Schön, 1992) aprendizaje servicio (Camilloni, 2010); etc.

Pero también plantean que para llegar a la práctica los estudiantes requieren preparación teórica:

“Yo veía a los estudiantes en 2do y en 4to y en 4to veía que integraban poco lo que se enseñaba en 2do, con la práctica tenías otra vez que prepararlos teóricamente antes de salir al campo”. (E.3)

La numerosidad de los plenarios aparece como un obstáculo para los docentes que privilegian en la enseñanza de la clínica el trabajo personalizado, singularizado con el estudiante.

La numerosidad genera un relacionamiento docente : estudiantes despersonalizado, donde predomina el anonimato y la falta de retroalimentación en la comunicación.

“En los plenarios están más preocupados por la lista que por entender algo” (E.1)

“en los plenarios es difícil hasta que sostengan la atención” (E. 3)

“en los plenarios es difícil enseñar algo de la actitud clínica, en los seminarios optativos si” (E.7)

“en los seminarios optativos si se puede ver cuál es la apropiación singularizada que hace cada estudiante de la teoría y de la técnica” (E.8)

“la enseñanza de la clínica requiere de dispositivos de cuidado, es algo muy íntimo que requiere niveles de exposición muy grandes,...no tiene que ver con hacer bien o mal, con aplicar una fórmula, sino como piensa, como procesa e interpreta el estudiante...la clínica es algo íntimo y personalizado, no funciona en instancias de masas, requiere espacios reducidos y con otros tiempos”. (E.9)

Tal como plantea Camilloni (2010) en contextos educativos numerosos, la implementación de dispositivos prácticos y la inclusión de la práctica en la enseñanza, se torna un desafío. Para esta autora es posible una enseñanza de calidad en contextos numerosos, pero no es esa la percepción que tienen los docentes entrevistados. Los docentes perciben que en esos dispositivos de enseñanza se privilegian contenidos teóricos y a través de los casos clínicos pueden empezar a aproximar la clínica.

La numerosidad es visualizada como uno de los factores que genera mayores obstáculos en la enseñanza de la clínica. Esta impide el encuentro singularizado con los estudiantes, dificulta la articulación teoría – práctica, así como la implementación de recursos de acción que preparan para el trabajo de campo, poniendo al estudiante en una situación virtual, donde aprende a hacer, en un como sí.

“en situaciones prácticas, el roll playing prepara para el trabajo de campo, uno ve al estudiante como interviene, como piensa

la situación, en un contexto virtual” (E.6)

Algunos docentes reconocen la ausencia a nivel explícito en los programas de contenidos vinculados con la actitud psicológica o actitud clínica.

“no hay nada explícito en los programas sobre el desarrollo de la actitud psicológica o actitud clínica, como sí lo había en Taller” (E. 2)

5.3 Observaciones de aula

5.3.1 Dimensiones de análisis de las observaciones

Se realizaron observaciones de aula en todas las unidades curriculares obligatorias en las que participan docentes del Instituto de Psicología Clínica.

Previo a las observaciones se elaboró una guía metodológica (ver apéndice 2) que pautó la mirada y el registro de la situación áulica. La guía fue diseñada a partir de los objetivos de investigación, las preguntas formuladas y el marco teórico elegido.

Las observaciones tuvieron como fin aproximarse a la práctica educativa en el aula, tomando las coordenadas que componen el triángulo didáctico (profesor / alumno / saberes – conocimientos) tales como:

- La intensión educativa.
- Los ajustes entre las actividades o tareas propuestas por el profesor y las intenciones planteadas.
- Los contenidos que se enseñan.
- Los recursos utilizados para introducir los contenidos.
- Los factores relacionales, motivacionales y afectivos.

Las dimensiones seleccionadas para la observación, fueron las siguientes:

- A- Escenario en el que transcurre la enseñanza: ambiente físico y social.

- B- Competencias del psicólogo clínico que se potencian en el aula, (cognitivas, procedimentales, actitudinales).
- C- Dispositivo de enseñanza: recursos utilizados en el aula.

5.3.2 Categorización del registro de las observaciones

El registro obtenido de las observaciones de aula se categorizó en función de las dimensiones planteadas y se presenta a modo de cuadros explicativos en los siguientes apéndices:

- Escenario en el que transcurre la enseñanza: ambiente físico y social (n° 4)
- Competencias del psicólogo clínico que se potencian en el aula: cognitivas, procedimentales, actitudinales (n° 5)
- Dispositivos de enseñanza: recursos utilizados en el aula (n° 6)
- Factores relacionales, emocionales (n° 7):
 - Tipos de comunicación
 - Clima del aula

5.3.3 Análisis de las observaciones

A partir del trabajo de categorización de los registros de aula, se realiza el siguiente análisis:

A - Escenario en el que transcurre la enseñanza: ambiente físico y social.

El espacio físico (ver apéndice 4) donde tiene lugar la enseñanza de la clínica, con el formato de unidades curriculares obligatorias, corresponde a salones amplios, en los que pueden alojarse más de 200 personas. La disposición del mobiliario (sillas y mesa) adopta la forma de embudo: las sillas en filas paralelas, hace que las miradas de los estudiantes converjan en un centro, en el que se ubican uno o a lo sumo dos docentes. Ese modo de estar distribuidos los cuerpos en el espacio, promueve un tipo radial de comunicación con el docente, obstaculizando la comunicación entre los estudiantes. Por otra parte, el tener a disposición un micrófono con cable y a cargo del profesor, diagrama la clase, en tanto es el único que puede hacerse oír por todos. Los estudiantes no se escuchan cuando hablan de

los laterales del salón ni de las filas de adelante, por problemas de acústica de los salones.

B. Competencias del psicólogo clínico que se potencian en el aula: cognitivas, procedimentales, actitudinales.

Las observaciones se realizaron sin previo conocimiento de las temáticas específicas que los docentes iban a desarrollar en el aula. Se observaron clases a cargo de docentes que no fueron entrevistados.

En todas las situaciones observadas (ver apéndice 5) se registró en la transmisión del docente, un predominio de contenidos cognitivos, vinculados a la esfera del “saber”, por sobre los procedimientos (“saber hacer”) y las actitudes clínicas.

Se observaron algunas diferencias en cuanto a las áreas de predominio de los contenidos, en función de la pertenencia de la unidad curricular al módulo Psicología o a los módulos Metodológico y Prácticas y Proyectos.

En las unidades del módulo Psicología, las clases se centraron en el desarrollo de conceptos y nociones, vinculadas a:

- la concepción de sujeto, de sujeto psíquico, subjetividad.

“hoy vamos a introducirnos a la bibliografía de tres ensayos, vamos a empezar el módulo sexualidad infantil...ya vieron interpretación de los sueños, la noción de represión, fantasías, ahora veremos cómo se re significan procesos subjetivos.”
(O.2)

- conocimientos de psicopatología: semiología:

“vamos a introducirnos al tema de las psicosis crónicas” (O. 4)
“vamos a ver la presentación clínica de un esquizofrénico” (O. 5)

- fundamentos conceptuales de las Intervenciones clínicas:

“vamos a retomar lo que veíamos la clase anterior, la psicoterapia en relación a un campo...la noción de dispositivo”. (O.1)

Los contenidos vinculados con la adquisición de procedimientos, herramientas y actitudes

clínicas, se transmitieron de modo descriptivo, poniendo el énfasis en los aspectos teóricos de la técnica.

En ninguna de las observaciones de las clases del módulo Psicología ni las herramientas clínicas ni las actitudes clínicas fueron planteadas como objetivo de enseñanza, a nivel explícito.

Con respecto a las herramientas clínicas se mencionó:

- la escucha:

“el tercer estatuto de la psicoterapia es la techné, refiere a los modos prácticos en los que se produce la escucha, una escucha en la que entran las corrientes”... “en la escucha clínica hay algo de lo artesanal, del arte, del arts latino y la techné griega” (O.1)

“en toda la clínica, nuestro oído va a tener que afinarse para ver las marcas del basamento pulsional inconsciente”. (O.2)

- la mirada, la observación de la conducta:

“en la clínica, se produce una mirada ética, en el sentido de lógicas de composición, de campo de relaciones” (O.1)

“Que vieron en el video?, como se presentaba el paciente?” (O. 6)

- el análisis del discurso:

“ven como hay un episodio de fiebre,...luego siente que pierde la razón,...empieza a tener sensaciones que le confirman que no está loco....ven como luego toma de la realidad cotidiana una señal...” (O.4 análisis a partir de la lectura de un caso clínico)

- el preguntar en las entrevistas para entender:

“si yo digo: a vos lo que te pasa Gabriela es..., con mi interpretación estoy cerrando, si en cambio digo: a ver lo que te pasa... abro sentidos e incluyo al otro en la construcción” (O.1)

“hay que preguntar sin miedos, sin tomar posición, tratando de

entender” (O.4)

- el análisis de la contra transferencia:

“en la entrevista es importante ver que sienten ustedes, si el discurso del paciente les genera angustia...la contra transferencia es una herramienta para diferenciar..” (O.4)

Dentro de las actitudes, en las unidades del módulo Psicología, se puntualizaron:

- actitud de sostén y acompañamiento en el vínculo:

“acompañar en el encuentro, sostener al otro, como planteaba Winnicott”. (O.1)

- la neutralidad:

“actitud de abstención de decir lo que el otro necesita o tomar partido por alguna situación” (O.1)

- el adecuado manejo de la ansiedad:

“la actitud clínica tiene que ver con manejar el furor a interpretar” (O.1)

- la posición ética, política y estética del clínico:

“quien se erige como profesional, adopta una actitud ética – política atribuida por ese otro poder que posee....Kesselman propone que hay un goce estético en la clínica dado por ese placer de crear con el otro un artefacto que produzca”. (O.1)

- la escucha: atenta y abierta a las producciones de sentido, escucha de las propias resonancias afectivas.

- la actitud cuestionadora:

“espero que salgan de esta clase con una visión crítica,... mi idea es darles una visión amplia para que lean con cierta

crítica...la idea es abrir a la crítica y a la complejidad”. (O.2)

- la actitud auto reflexiva y de conocimiento personal:

“primero hay que ser humildes, aceptar los límites, no podemos curar la psicosis...podemos ayudar a mejorar la calidad de vida....frente a la convicción paranoide, no se puede” (O. 5)

- La actitud interdisciplinaria:

“nosotros tendemos a pensar que todo es psicológico y los psiquiatras que todo es orgánico...tenemos que tener una actitud interdisciplinaria.....“el psicoanálisis puede ayudar, por cierto, junto con el tratamiento psiquiátrico, la medicación es muy importante”. (O.5)

En las unidades del módulo Metodológico el foco se centró en contenidos conceptuales vinculados con:

- situación clínica: intervención, consulta, entrevista, estrategia, diagnóstico situacional, encuadre, motivo de consulta:

“se acuerdan de la clase pasada que hicimos un recorrido por las nociones de intervención en la clínica psicológica?, recuerdan que nos preguntamos quien o quienes consultan que significa sujeto de la consulta, hablamos de intervención en diferentes ámbitos”....“hoy vamos a ver la noción de entrevista, el encuadre”. (O.3)

- Descripciones de intervenciones, diseño de estrategias:

“hoy vamos a contarles algunas experiencias de trabajo clínico de lo que era el SAP –Servicio de Atención Psicológica- en dos zonas: Capurro y el Cerro...la idea es sortear las dicotomía: comunitaria – clínica” (O.6)

En las unidades curriculares de este módulo se observó una mayor relevancia dada a los

contenidos vinculados con las herramientas clínicas, los procedimientos (el saber hacer) y la actitud clínica. Sin embargo el foco de la exposición estuvo siempre puesto en el sustento teórico - conceptual de las herramientas, vale decir en el “saber cómo”. Se describieron las cualidades y el sentido de los procedimientos y de las actitudes, pero la finalidad de las clases no estuvo vinculada a la enseñanza de destrezas o habilidades en el manejo de los procedimientos o de las actitudes clínicas.

De las herramientas de la clínica se destacaron:

- La entrevista clínica:
“siempre partimos de la entrevista como herramienta, luego podemos usar otras...los tests, por ejemplo”; *“la entrevista clínica es un instrumento de investigación, ya lo plantea Bleger en 1979”; “Ulloa plantea la entrevista operativa” (O.3)*

- La escucha y la palabra:
“en la entrevista tenemos que escuchar cual es la interpretación que le da el consultante a lo que le pasa” (O.3)

“desde diferentes marcos teóricos uno se posiciona para escuchar” (O.3)
“los psicólogos trabajamos por medio de la escucha y la palabra” (O.6)

- La observación participante:
“el psicólogo en la entrevista toma un rol de observador participante, quiere decir que no es neutro, se construye un campo en el que está implicado y la objetividad se alcanza incluyendo al observador” (O.3)

- La construcción de un vínculo a través de la alianza terapéutica y la disociación instrumental:
“en toda intervención clínica se necesita construir una alianza

terapéutica, según Fiorini, es necesario distinguir las áreas adaptativas y las áreas más conflictivas” (O.3)

“otro elemento importante que permite generar un vínculo en la clínica, es la disociación instrumental” (O.3)

- Los instrumentos de intervención: tests, encuestas, mapeo, historias de vida, talleres, metodología de investigación acción participativa:

“cuando se funda el proyecto, lo primero que se hace es un mapeo de la zona para abordar los diferentes problemas, un muestreo de las escuelas...luego hicimos entrevistas on las instituciones educativas, encuestas a padres, atención psicológica a algunos niños, talleres” (O.6)

“se trataba de una investigación acción participativa, uno va conociendo, actuando e implicando a la población” (O.6)

- El diseño de estrategias de intervención:

“el diseño de estrategias se construye a partir de los objetivos, del punto de urgencia, del diagnóstico situacional, se eligen los recursos, se establece el foco” (O.3)

“se diseña la estrategia a partir de las diferentes formas de escuchar...uno puede decir tiene una fobia e iniciar una consulta o puede escuchar que ese problema se reitera en otros y pensar que algo ocurre en la escuela, en la salida e ir a ver, hablar con las maestras, armar otra estrategia” (O.6)

“se escucha, se ve lo que pasa, se van identificando problemas y se diseña una estrategia, en este caso implicó talleres de egreso escolar, talleres de narrativa con padres, historias de vida” (O.6)

Con respecto a las actitudes en las observaciones de aula de estas unidades curriculares se destacó:

- La actitud de escucha:
“hay un saber de cada barrio, de cada cultura, diferente al saber profesional que hay que disponerse a escuchar y dialogar, uno no es superior al otro.” (O.6)
- El manejo de la ansiedad del entrevistador:
“un monto de ansiedad es necesaria en el psicólogo, es el motor, si es excesiva, no respeta el tiempo del paciente y dice o hace cosas a destiempo” (O.3)
- La actitud atenta, flexible, abierta a lo novedoso:
“uno tiene que estar atento a lo novedoso, dejar venir el azar” (O.3)
“hay que tener una mirada atenta, un pensamiento flexible para buscar los caminos que mejor nos van a resultar” (O6)
“una cosa importante es no cerrar las cabezas” (O.6)
- La actitud integradora:
“cuando uno va a terreno tiene que aproximar códigos, de la población, de las otras disciplinas” (O.6)
- El posicionamiento ético:
“no se puede presionar más allá de lo que el otro acepta y eso es un posicionamiento ético”. (O.6)
“hay que respetar la intimidad, cerrar la puerta del consultorio, por ej.” (O.6)
- La actitud reflexiva, de autoconocimiento y aceptación de los límites.
“el psicólogo tiene que conocer sus propios aspectos para no interferir y también como forma de cuidarse” (O.3)
“no tenemos que ser omnipotentes y creer que podemos” (O.6)

En la unidad curricular del módulo Prácticas y Proyectos (Diseño de proyectos) el foco

temático estuvo centrado en las etapas del diseño de proyectos de investigación e intervención (extensión) clínica.

Al igual que lo observado en las unidades del módulo Metodológico, la exposición aquí tiene como fin la descripción y explicación de las etapas de un procedimiento vinculado a la investigación en clínica, por lo cual refieren al “saber cómo”.

*“vamos a ver cada uno de los componentes de la investigación,
las etapas para el diseño de un proyecto de investigación” (O.7)*

Los procedimientos, el “saber hacer”, estuvieron referidos a los pasos que implica el diseñar un proyecto: formulación de preguntas, objetivos, marco teórico, etc.; más que a la realización de este (el “hacer”).

*“ustedes van a diseñar un proyecto, no a ejecutarlo, van a
trabajar hasta la formulación de los objetivos, tienen que poder
hacer la pregunta de investigación, plantear los objetivos y
hacer la fundamentación”. (O.7)*

*“¿cómo hacemos para recoger los datos?, si vamos a investigar
sobre psicoterapia psicoanalítica, tengo que elegir un
instrumento acorde,...y siempre es mejor elegir un instrumento
validado” (O.7)*

Los aspectos actitudinales que se resaltaron en la clase, estaban referidos a:

- Actitud ética:

*“la pregunta de investigación tiene que ser concisa, precisa,
viable y además tiene que estar éticamente justificada, más
porque involucra seres humanos” (O.7)*

En todas las unidades curriculares, los contenidos fueron presentados de modo contextualizado. Se historizó sus condiciones de emergencia y por lo tanto se los planteó como saberes relativos y no absolutos. Se observó que se presentaron como saberes flexibles, no cerrados, sujetos a revisiones y problematizaciones. Por lo cual se va transmitiendo la idea de un saber no acabado, instrumental y una relación con el saber caracterizada por una postura crítica. Incluso en la unidad curricular de Psicopatología Clínica, donde se transmitió

semiología, se plantearon dos perspectivas (Henry Ey y DSM IV) realizando un contrapunto entre ambas.

C - Dispositivo de enseñanza: Recursos utilizados en el aula

El recurso utilizado por excelencia en las aulas (ver apéndice 6) fue el discursivo. Se observaron clases expositivas dirigidas a un público numeroso. Esa numerosidad era tratada como si los 140 o 250 fueran un uno compacto, salvo en algunas ocasiones. Excepcionalmente se buscó singularizar a los estudiantes, generando un diálogo que tenía como fin retroalimentar el discurso del docente o trabajar en base a producciones de los estudiantes. A tales fines en una clase se planteó la presentación subgrupal de avances en el trabajo.

Los discursos tenían la cualidad de ser:

- Informativos: definen y jerarquizan conceptos, relacionándolos con otros trabajados anteriormente:

“Freud es un poco ambiguo, por un lado diferencia la condición humana de la animal haciendo una diferenciación entre la pulsión antepuesta al instinto, dice que la pulsión nos hace pertenecer a la especie”. (O.2)

- Explicativos: los conceptos se explican utilizando ejemplos y apelando a otros saberes:

“lo bueno y lo malo se juega en el campo del encuentro, veamos (se dirige a la proyección del cuadro “la extracción de la piedra de la locura”): la mirada del Bosco en 1480 tiene una intencionalidad ética” (O.1)

- Narrativos: contextuados en una trama discursiva, en la que surge el caso clínico, la metáfora, el mito:

“yo tenía un paciente de 17 años que se había descompensado y hizo una crisis, estaba medicado por supuesto, venía y me mostraba y me decía: “¿ves?, esto es así”; yo no quería discutir,

no se puede discutir con la convicción delirante” (O.4)

El discurso del docente se apoyó en textos escritos de dos tipos:

- Los autores: para definir y jerarquizar los conceptos.
- Los casos clínicos, las obras literarias: con el fin de ejemplificar, explicar, aplicar.

Siempre que se utilizaron casos clínicos o textos literarios del tipo biográfico se buscó, además de comprender las nociones y conceptos trabajados, articular teoría y práctica desde una actitud problematizadora.

Los recursos audio visuales, como los videos con entrevistas a pacientes y las proyecciones de obras pictóricas fueron complementarias al recurso discursivo del docente. Ambos recursos se utilizaron con la particularidad de implicar al estudiante desde los aspectos vivenciales. En el video que muestra una entrevista con un paciente, el estudiante queda ubicado en la escena clínica como observador. Este recurso le permitió al docente ejemplificar los contenidos desarrollados, articular teoría práctica, mostrar un instrumento: la entrevista semiológica y a su vez trabajar con los aspectos transferenciales de los estudiantes, las resonancias afectivas que les generó la situación y desde allí articular vivencias y conocimientos.

“¿que vieron acá? (referido a un video); ¿qué le pasa a este paciente, futuros colegas“. (O.5)

El otro recurso visual utilizado fueron obras pictóricas y también se observó que el docente buscó implicar a los estudiantes desde las vivencias, evocando la subjetividad de los estudiantes, para integrarla a los contenidos conceptuales desarrollados.

“les traje un par de cuadros para pensar estos temas del campo de la psicoterapia, ¿qué les provoca, qué ven?“ (O.1)

El caso clínico (cualquiera sea su formato: relato oral, escrito o visual) apareció como un recurso muy potente para la enseñanza de la clínica. Dependiendo de la intensidad con la que se lo utilizó, aportó a la comprensión, la articulación teoría práctica, la aplicación de nociones y conceptos y al trabajo con los aspectos vivenciales del estudiante y por lo tanto

actitudinales.

“quizás muchos de ustedes recordarán el caso del crimen del pueblo Goñi (relato)...la estructuración del delirio tiene tres fases...” (O.4)

Otro de los recursos que se observó con frecuencia en el aula, fue la indagación sobre los saberes previos. Este recurso se utilizó con diversas finalidades:

- incluir al estudiantado, captar su atención e interés:

“¿conocen estos cuadros?”. O.1

- generar interlocución, a los efectos que el docente ajuste su modo de presentación de la temática:

“para empezar, veamos, recuerdan que vimos la clase pasada ¿si un recorrido sobre las nociones de intervención clínica y que recuerdan?” (O.3)

“conocen el Cerro?; el APEX donde funciona el proyecto ?, quienes viven en el barrio?, escucharon hablar del frigorífico Artigas?”. (O.6)

En la unidad curricular del módulo Prácticas y Proyectos se utilizaron como recursos la presentación de avances de trabajos subgrupales de los estudiantes. La finalidad del recurso tenía que ver con visualizar el nivel de comprensión y de aplicación logrado acerca de las pautas a seguir en el proceso de elaboración de un proyecto de investigación.

*“a ver, ¿quiénes ya hicieron entrevistas ?¿se animan a comentarla?”
(O.7)*

En ningún caso se utilizaron recursos de acción.

En todos los casos se explicitó claramente los objetivos de la clase, el sentido del desarrollo de los conceptos, las nociones trabajadas y su conexión con las temáticas generales del curso.

“hoy vamos a retomar lo que veíamos la clase anterior sobre la

psicoterapia en relación a la noción de campo” (O.1)

“hoy vamos a introducirnos a la bibliografía de tres ensayos” (O.2)

“vamos a continuar con las nociones de intervención en clínica” (O.3)

“vamos a abordar la psicosis desde dos puntos de vista...” (O.4)

“vamos a ver la presentación clínica de la esquizofrenia” (O.5)

*“vamos a intentar sortear la dicotomía comunitaria – clínica,
presentando dos proyectos de extensión” (O. 6)*

“vamos a ver cada uno de los componentes de la investigación” (O.7)

Los docentes tuvieron en consideración durante la clase la secuencia de apertura, desarrollo y cierre.

En una sola situación (en la que se apeló a evocar las vivencias e impresiones que promovían las obras pictóricas) se planteó con posterioridad la finalidad del recurso utilizado, con el fin de no contaminar los efectos del recurso elegido.

D - Factores relacionales, emocionales: tipos de comunicación, clima del aula

D.1 Tipos de comunicación

El tipo de comunicación predominante en el aula (ver apéndice 7 - D1) ha sido la característica de la clase expositiva: el profesor realiza una disertación y la direccionalidad de la comunicación se da de docente a estudiantes.

En algunos momentos los estudiantes intervenían con la finalidad de esclarecer el discurso que recibían. En estas ocasiones se desarrollaba un breve diálogo entre estudiantes y docentes, en el que el docente aprobaba o desaprobaba, trabajaba la idea que venía planteando de otro modo, daba ejemplos, etc.

“Estudiante: en las nuevas patologías, no me queda claro...”. (O.2)

“Estudiante: ¿está ligado a la noción de impasse de la Gestalt?”.

(O.3)

“Estudiante: ¿y cuál es el rol del psicólogo?” (O. 5)

No se observaron diálogos entre los estudiantes vinculados con la temática de la clase. En una de las observaciones se registró en un momento la comunicación entre los estudiantes, a propuesta del docente para que presentaran los avances del trabajo subgrupal que tenían en curso.

“Estudiante n1: nosotros hicimos entrevistas, pero no sabemos si están bien queríamos ver los problemas clínicos de la infancia y adolescencia...”

Estudiante n2: la compañera plantea un proyecto de extensión...

Docente: si muy bien, hay proyectos que son de investigación y otros de extensión”. (O.7)

Se observó que los docentes iban preguntando, a medida que planteaban nociones nuevas, sobre la comprensión de los estudiantes, la claridad de la exposición, no obteniendo demasiadas respuestas.

“¿me explico?” (O.2)

“¿van entendiendo?” (O.4)

En ocasiones el docente plantea preguntas vinculadas a los saberes previos de los estudiantes, a los efectos de problematizar alguna idea que está trabajando.

“veamos este ejemplo de formulación del título de la investigación (muestra el power point) que les parece?” (O.7)

Aun así el nivel de intervención de los estudiantes fue bajo. Se observó también que los docentes tienden a no ponerse como referentes o ejemplos, describiendo situaciones personales del trabajo profesional, salvo en algunas pocas situaciones. Cuando esto ocurre parecería ser bien recepcionado por los estudiantes en quienes despierta interés, generando intervenciones.

D. 2 Clima en el aula

El clima que se observó en las diferentes aulas fue en general muy poco participativo (ver

apéndice 7- D2) incluso cuando los docentes insistían en formular preguntas, debates y problematizar. en una observación vinculada con el módulo Metodológico el clima resultó con mayor dinamismo, lo que más allá de la actitud docente de estimular a la participación y del interés que la temática despertaba por sí misma (“intervención clínica”) parecería tener que ver con los conocimientos previos que demostraban algunos estudiantes, en tanto las intervenciones iban en la línea de aportar comentarios y reflexiones.

Si bien el clima observado en las diferentes aulas no se lo podría catalogar de rivalidad o competencia, tampoco se podría decir que ha sido colaborador o cooperativo, sino más bien neutro en relación a las temáticas y disperso. En general se registró un rumor persistente durante todas las clases y una recurrente preocupación por la lista.

5.4 Análisis comparativo de las fuentes de investigación

5.4.1 Dimensiones de análisis

Las diferentes fuentes seleccionadas aportaron a los objetivos de la investigación desde un sesgo particular. Esto hizo posible correlacionar las dimensiones de análisis delimitadas para cada una de ellas. Este procedimiento de triangulación permitió la contrastación, al someter la información obtenida a un control recíproco.

Se correlacionaron las siguientes dimensiones:

- Competencias formativas del psicólogo clínico.
- Actitud clínica psicológica.
- Dispositivos y recursos metodológicos empleados por los docentes en la enseñanza de la clínica psicológica.
- Dificultades detectadas en la enseñanza de la clínica psicológica

5.4.2 Cuadro de análisis

Dimensiones	Fuentes documentales	Entrevistas	Observaciones
<p>Competencias formativas del psicólogo clínico</p>	<p>Cognitivas: “conocer, comprender” Procedimentales: “brindar herramientas”, “introducir técnicas”.</p> <p>-saber: manejo de conocimientos sobre la clínica y el psicoanálisis (Psicología Clínica: conceptualizaciones teórico técnicas de las intervenciones clínicas y fundamentos psicoanalíticos de la clínica); el diagnóstico psicopatológico (Psicopatología clínica) el acto clínico (Herramientas teórico técnicas de la evaluación el diagnóstico y las intervenciones psicológicas).</p> <p>- saber cómo: usar criterio clínico, discernir sobre las técnicas para una intervención.</p> <p>-saber hacer: indicadores y proyectos (Diseño de proyectos, Métodos y Herramientas orientadas a la extensión, Ética y Deontología)</p>	<p>Entrelazan aspectos cognitivos, procedimentales y actitudinales.</p> <p>- Saberes: concepción de sujeto, de sujeto psíquico, de subjetividad, de sufrimiento psíquico, teorías psicológicas, teorías de personalidad; fundamentos teóricos y técnicos de psicoanálisis; noción de inconsciente.</p> <p>Manejo conceptual del hecho clínico o situación clínica y nociones tales como: consulta, demanda, pedido, encargo, encuadre, análisis de la implicación</p> <p>Conocimiento de psicopatología, Psicofarmacología.</p> <p>Conocimientos de ética y deontología.</p> <p>- Procedimientos: la escucha como herramienta; la mirada clínica; el método clínico, la disociación instrumental; herramientas para construir un vínculo; diseño de estrategias de intervención; técnicas psicológicas (entrevista, intervención, orientación); problematización, pensamiento colectivo; análisis personal, supervisión, análisis de la implicación.</p>	<p>Aspectos cognitivos, procedimentales y actitudinales</p> <p>-saberes: concepción de sujeto, de sujeto psíquico, subjetividad; conocimientos de psicopatología: semiología; fundamentos conceptuales de las Intervenciones clínicas</p> <p>-saber cómo: diseño de estrategias de intervención.</p> <p>-saber hacer: entrevista clínica, escucha, observación participante, construcción de un vínculo; indagar, análisis del discurso; estrategias de intervención; proyectos de investigación (formulación de preguntas, objetivos, marco teórico).</p>

Actitud clínica psicológica	Actitud: postura crítica con respecto a las teorías.	Actitud de escucha; actitud empática; actitud autoreflexiva; actitud deseante; actitud sostenedora; contenedora; flexible, plástica; actitud ética; actitud colaborativa; honesto, respetuosa, comprometida, responsable, adecuada regulación de emociones, conocimiento de los propios límites.	Actitud de escucha; actitud atenta, flexible, abierto, neutro, integradora; posicionamiento ético; actitud reflexiva, interdisciplinaria; actitud de autoconocimiento, aceptación de los límites, manejo de la ansiedad.
Dispositivos Y Recursos metodológicos	Plenarios: metodología expositiva; se prioriza el saber y el saber cómo; Contenidos temáticos, bibliografía. - Recursos que implican al estudiante en el saber cómo (diseños) y el saber hacer (proyectos de investigación).	Recursos que apuntan al saber, saber cómo. -textos, autores fundantes desde una actitud crítica y actualizada; -saberes previos de los estudiantes. Recursos que apuntan al saber, saber cómo, saber hacer y ser: - caso clínico. Se evalúa el saber y saber cómo. -recursos asertivos. Correlacionan el acto de enseñanza, con el acto clínico.	Plenarios con exposiciones dialógicas: -informativas -explicativas -narrativas Recursos: -autores, textos; -Casos clínicos -saberes previos de los estudiantes.
Dificultades en la enseñanza de la clínica psicológica		-Numerosidad: relación docente estudiante despersonalizada. -Ausencia de prácticas -Desarticulación teoría práctica	Poca participación de estudiantes Dispersión Rumor

5.4.3 Análisis comparativo y discusión

A) De las competencias formativas del psicólogo clínico

Los contenidos que surgieron en cada una de las tres fuentes, guardan importantes niveles de correspondencia, coherencia entre sí y se encuentran en sintonía con el marco referencial elegido.

Dentro de los aspectos que componen las competencias formativas del psicólogo clínico, tienen un fuerte predominio los aspectos cognitivos, vinculados con los saberes (el saber y saber cómo) en relación a los procedimientos (saber hacer) y las actitudes clínicas (ser).

En los documentos escritos se registra un predominio neto de la preeminencia otorgada a los contenidos cognitivos (saberes, saber cómo) por sobre los componentes procedimentales o las herramientas clínicas (saber hacer) y sobre todo con respecto a las actitudes clínicas (saber ser). Estos últimos aspectos no aparecen explicitados en las guías.

En las entrevistas y en las observaciones, aparece un mayor desarrollo de los tres componentes que integran las competencias clínicas.

Las concepciones que manejan los docentes con respecto de las competencias del psicólogo clínico, parecen corresponder con lo que enseñan sobre psicología clínica.

Con respecto a los aspectos cognitivos las tres fuentes coinciden en que el psicólogo clínico debe manejar conocimientos sobre: concepción de sujeto (de sujeto psíquico, de subjetividad); de sufrimiento psíquico, teorías psicológicas, teorías de personalidad; fundamentos teóricos y técnicos de psicoanálisis; noción de inconsciente; conocimientos de psicopatología (semiología); psicofarmacología; fundamentos conceptuales de las intervenciones clínicas (manejo conceptual del hecho clínico o situación clínica y nociones tales como: consulta, demanda, pedido, encargo, encuadre, análisis de la implicación).

También se encontraron coincidencias con respecto a las herramientas teórico técnicas que debe manejar un psicólogo clínico.

Estas aparecen desglosadas en las entrevistas y las observaciones del siguiente modo: Método clínico (entrevista clínica, escucha clínica, observación participante); construcción de un vínculo terapéutico; instrumentos de intervención (técnicas); diseños de estrategias de intervención; diseño de un proyecto (formulación de preguntas, objetivos, marco teórico).

En las observaciones se registró que los aspectos procedimentales se enseñaron en su dimensión teórica técnica, más que instrumental propiamente dicha, de ahí que se acercan más a un “saber cómo” que a un “saber hacer”, vinculado con la puesta en práctica de los instrumentos clínicos.

El análisis personal, la supervisión y el análisis de la implicación que aparecen en las entrevistas como parte de las herramientas del psicólogo clínico, en tanto hacen posible, entre otras el análisis de la transferencia y contra transferencia, no se encuentran explicitados en los documentos escritos ni aparecen enunciados en las prácticas de aula.

Las competencias formativas para la clínica psicológica recogidas en las distintas fuentes analizadas, son concordantes entre sí y coinciden con diversos estudios realizados en América Latina (Yañez, 2005; Ruiz y Romero, 2008; Cabezas, Restrepo, Uribe, Lopez, 2009; Barraca Mairal, 2009; Suárez, 2011). En estos estudios se plantea que las competencias del psicólogo clínico remiten a una serie de atributos que funcionan de modo integrado y combinado que incluyen conocimientos y habilidades para el diagnóstico, la intervención, la evaluación e investigación; acompañados por actitudes de respeto, de formación continua, de escucha, de empatía, de diferenciar lo propio de lo ajeno, de comunicación, de no manipulación ni prejuicio, postura ética, manejo deontológico, tolerancia a la frustración, actitud asertiva, de cooperación y creatividad.

B) Análisis comparativo de la actitud clínica psicológica

La actitud clínica psicológica no es un componente de las competencias del psicólogo clínico que se encuentre explicitado en las guías de cursos, salvo la actitud crítica con respecto a las teorías. En ese sentido se confirma lo planteado por Roe (2003) con respecto a que el componente que remite a las actitudes queda subestimado en los sistemas educativos, al menos a nivel explícito en los planes de estudio y programas de cursos. Se puede concluir que en el plano del currículum prescripto (Gimeno Sacristán, 1991) de la Licenciatura en Psicología se hace poca referencia a los aspectos actitudinales del psicólogo clínico.

En las entrevistas y en las observaciones los contenidos que revisten la actitud clínica son coincidentes.

Esta refiere a: actitud de escucha, empática, autorreflexiva, deseante, sostenedora, contenedora, flexible, plástica; actitud ética, colaborativa, interdisciplinaria; actitud honesta, respetuosa, comprometida, de autoconocimiento de los límites, manejo de la ansiedad y regulación adecuada de las emociones.

A través de estos atributos que componen la actitud clínica psicológica, se dejan entrever la incidencia de autores de tradición psicoanalítica, entre otros: José Bleger, Fernando Ulloa, Hugo Bleichmar, Sterba, etc..

Aparecen con insistencia algunos parámetros del método clínico que trabaja Bleger (1981) y que sesgan la actitud clínica psicológica, tales como la observación y la escucha en la situación clínica, de donde parte la posibilidad de generar hipótesis de trabajo y luego interpretaciones. A su vez, este autor es un referente para la inclusión en el trabajo clínico de la subjetividad del psicólogo, sus resonancias afectivas, el análisis de la transferencia y contratransferencia y el manejo de la ansiedad de quien asume el rol de profesional. Este manejo adecuado de la ansiedad, es el que permite, por un lado la demostración de interés hacia el otro, así como el generar un vínculo que respete los tiempos de procesamiento del paciente (el *timing*). También se toma de este Bleger el asegurar la confidencialidad, el secreto profesional y la reserva en el acto clínico.

Son también recurrentes nociones trabajadas por Fernando Ulloa, tales como la dimensión de la implicación en la actitud clínica: el poner dentro de sí lo del otro, la capacidad de articular lo propio y lo ajeno, reconociendo en el paciente lo semejante acerca de

experiencias clínicas anteriores; la metabolización instrumental de los afectos y la internalización del encuadre. También está presente la noción de “estructura de demora” que posibilita situarse ante la situación clínica (el “hecho clínico”) dejando de lado los prejuicios y pre conceptos existente, pero dejándose impactar por el otro.

Otras nociones presentes son: el tomarse tiempo para la reflexión e interrogarse sobre la subjetividad de quien se coloca en el rol de profesional; el romper con la significación inmediata de los hechos, interrogándose acerca del porqué y para qué de estos, sin dejarse sobredeterminar inmediatamente por ellos.

La relación interpersonal, es un aspecto que ha aportado Bleichmar (2010) y Sterba (1966) que se vincula con la noción de “disociación instrumental”. Esta conjuga la comprensión empática, la auto observación y el pensamiento.

Más allá de la presencia de estos referentes teóricos que han dado sustento al desarrollo de la psicología clínica en nuestro país y que sesgan el componente de la actitud clínica psicológica, esta parece ser coincidente con otros estudios que se realizaron en América Latina (Castro Solano, 2004; Yañez, 2005; Ruiz y Romero, 2008).

C) Dispositivos y recursos metodológicos

En las tres fuentes, aparecen coincidencias con respecto al plenario como dispositivo de enseñanza que promueve las clases expositivas.

Este formato potencia el desarrollo de competencias clínicas vinculadas con el saber y el saber cómo, siendo las evaluaciones propuestas acordes con los dispositivos y objetivos formativos.

La enseñanza de procedimientos clínicos se desarrolla en sus aspectos más conceptuales que en los instrumentales.

Las actitudes clínicas aparecen enunciadas dentro de la órbita del “deber ser”, en función de los marcos teóricos y técnicos de la psicología clínica.

Por lo tanto, se puede decir que para el formato de cursos obligatorios donde se apunta a transmitir contenidos mínimos vinculados con la psicología clínica, tal como plantea Venturelli (2003) las destrezas y actitudes no se consideran parte importante del proceso educacional. Pero no se puede afirmar, como si lo plantea este autor, que se ha puesto mayor énfasis en

la cantidad de información, sino básicamente en el saber y el saber cómo, es decir en un saber reflexivo, analítico y crítico.

Los recursos que se visualizan en las tres fuentes son los textos que remiten a los autores fundantes.

En las entrevistas se desvaloriza el dispositivo de plenario para la enseñanza de la clínica, en especial para la enseñanza de las herramientas y actitudes clínicas, las que se consideran que solamente pueden ser enseñadas en espacios prácticos singularizados.

Los docentes, consideran que la enseñanza de la clínica requiere de dispositivos de práctica singularizada (pasantías) al estilo de las prácticas clínicas de Hernández Aristu (1997) o la práctica tutorada de Andreozzi (1996) el practicum reflexivo de Schön (1992) o el aprendizaje de servicio de Camilloni (2010). Los docentes conciben que la clínica psicológica se aprehende haciendo, ante situaciones de experiencias auténticas (Dewey, 1998). Los docentes muestran consenso con respecto a que el desarrollo de las capacidades personales del sujeto, de las competencias y habilidades de carácter social referidas a la clínica (Jonnaert; 1995) se promueven a través de la práctica, dada la variabilidad, la imprevisibilidad e inmediatez que genera la toma de decisiones y por la posibilidad de reflexionar que otorga la supervisión o tutoría.

El caso clínico es un recurso que se utiliza para la enseñanza de la clínica psicológica y aparece en las entrevistas y observaciones de aula con el fin de potenciar las competencias clínicas.

El trabajar con situaciones clínicas, da sustento al aprendizaje basado en problemas y también posibilita la instalación de una "zona de desarrollo próximo" (Vygostky; 1978) al acercar al estudiante a la realidad de la clínica psicológica, previo a encontrarse él mismo ante la situación clínica.

En las entrevistas aparece la situación de enseñanza homologada a la situación clínica. Los docentes consideran que para enseñar clínica, se requiere también de una formación clínica que permita desarrollar el "ojo pedagógico" (Ardoino, 1993; Schön, 2002; Cifali; 2005). Vale decir, una mirada compuesta por la focalización de la atención (en la recopilación de aspectos verbales y no verbales de la interacción docente – estudiante) y por la

diversificación de la atención (que permite considerar diferentes fuentes de información al mismo tiempo).

D) Dificultades en la enseñanza de la clínica psicológica

Las dificultades vinculadas con la enseñanza de la clínica psicológica aparecen en las entrevistas y en las observaciones realizadas. Por un lado, se vinculan con la numerosidad de la matrícula estudiantil que genera vínculos de anonimato, despersonalización, dispersión en el aula, incomunicación y desconocimiento. Por otro, tienen que ver con las dificultades de articulación teoría práctica, a partir de los dispositivos de trabajo numerosos.

La problemática de estos dispositivos, tal como plantea Prieto en su tesis (2012) y agregaría también la de los recursos empleados por los docentes en estos escenarios numerosos de enseñanza de la clínica, radica en que no logran romper con la masificación que genera la numerosidad. No se ha podido acompañar de modo singularizado el proceso de enseñanza, ya sea a través de la discusión de los casos presentados, la supervisión del trabajo realizado por el estudiante o la implementación de recursos de acción del tipo de roll playing o psicodramáticas con ejercicios de corrección de escenas, etc. El reto de trabajar con la numerosidad disolviendo la masificación, tal como lo plantea Camilloni (2010) y el generar estrategias de enseñanza de la clínica psicológica que promuevan aprendizajes singularizantes, en contextos numerosos y con recursos limitados, no se visualiza como próximo a resolverse.

En las observaciones se registran dificultades vinculadas con la baja participación estudiantil, quienes no responden a las oportunidades de discriminación que plantea el docente.

El caso clínico pierde parte de la potencia que tiene como recurso. Se lo usa básicamente para reforzar conceptos, procedimientos (en la órbita del saber y saber cómo) pero no se apunta a través de él, a involucrar a los estudiantes en el aprendizaje de procedimientos y actitudes.

CAPITULO VI

Este último capítulo tiene dos apartados, uno de conclusiones y otro de recomendaciones.

Las conclusiones se presentan siguiendo el orden de las preguntas formuladas y los objetivos de la investigación. Se arriba a conclusiones en torno a las competencias formativas para la clínica psicológica, las conceptualizaciones docentes sobre la actitud clínica psicológica, los dispositivos y recursos empleados para potenciar dichas competencias y sobre la relación entre los dispositivos y las concepciones.

Por último se plantean recomendaciones. Estas emergen de las conclusiones, tomando en consideración el contexto de la investigación y la relevancia formulada en la introducción.

6.1 CONCLUSIONES

En función de las preguntas de investigación formuladas, los objetivos planteados y el análisis de datos realizados, se llega a las siguientes conclusiones:

6.1.1 Competencias formativas para la clínica psicológica

La noción de competencia, de acuerdo a los desarrollos teóricos trabajados en la investigación, refiere a una combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes que se ponen en acción para el desempeño adecuado en un contexto dado.

Tanto en los documentos escritos, como en el discurso espontáneo de los docentes entrevistados, se constata que la noción de competencias no es una referencia para el colectivo de los docentes con los que se ha trabajado, en tanto esta no aparece así formulada. Sin embargo, se puede afirmar que en la Licenciatura en Psicología se desarrollan competencias formativas para el desempeño disciplinar.

En las guías de las unidades curriculares los componentes que integran la noción de competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) aparecen formulados, a través de los “objetivos formativos”, las “capacidades adquiridas al finalizar el curso”, las “metodologías”

de enseñanza y las “pautas de evaluación” que en ellas se explicitan.

En estos documentos se constata que los docentes priorizan el desarrollo de competencias vinculadas al manejo de conocimientos, de un modo reflexivo. Esto quiere decir que se enfatizan las competencias clínicas, vinculadas a la esfera del saber y del saber cómo. El “conocer” y el “comprender” o derivados de éstos, como el “reconocer”, “integrar” o “apropiarse”, son los objetivos prioritarios y las capacidades esperadas al finalizar los cursos. El “brindar herramientas”, “introducir técnicas”, “favorecer la incorporación de metodología”, cuando aparecen en las unidades de los módulos metodológicos o prácticos, se vinculan con la esfera de los saberes y de los saberes reflexivos, más que con aspectos propiamente instrumentales, u operativos relativos a la implementación de una herramienta. De esta forma, cuando se alude a la realización de proyectos (como objetivo de un curso o modo de evaluación) este saber compromete la elaboración de los proyectos y no la ejecución.

Por otra parte estos “saberes” que definen las competencias del psicólogo clínico, hacen referencia al acto clínico, el psicoanálisis, el diagnóstico psicopatológico y a los componentes de las intervenciones clínicas.

En relación al “saber cómo”, este remite al uso de “criterio clínico”, al conocer para ser capaz de discernir sobre las técnicas para una intervención.

Con respecto a las actitudes clínicas psicológicas, específicamente en las guías de curso, lo único que aparece enunciado es la actitud crítica y reflexiva con respecto a los conocimientos.

En suma, en las guías de cursos de las unidades curriculares obligatorias, el posicionamiento crítico y reflexivo aparece como lo más relevante de la actitud clínica psicológica.

En las entrevistas realizadas a los docentes se constató que la noción de competencias para la clínica psicológica, tampoco es habitual en el discurso, pero está presente a través de nociones tales como: “perfil” o “desempeño profesional del psicólogo clínico”, al que aluden los docentes entrevistados.

Para ellos, las competencias formativas del psicólogo clínico tienen que ver con el manejo de teorías sobre la subjetividad y el sufrimiento humano, el diseño e implementación de

estrategias de intervenciones clínicas, desde una actitud de escucha atenta, comprometida, reflexiva y un posicionamiento ético y crítico.

Se concluye que las competencias formativas en la clínica psicológica están integradas por:

1) “saberes” tales como: teorías psicológicas, concepciones sobre subjetividad, sufrimiento humano, fundamentos de la clínica, psicoanálisis, psicopatología, psicofarmacología, manejo conceptual del hecho clínico (la situación clínica) marcos normativos y deontológicos.

2) “saber cómo”: vinculado con la capacidad de analizar y reflexionar a partir de los conocimientos para diseñar estrategias de intervención: el análisis de la consulta (de la demanda, el pedido, el encargo, la construcción de problemas); la noción de encuadre; el análisis de la implicación.

3) “saber hacer”: referido a la implementación del método clínico (observar, escuchar, indagar); construir un vínculo; saber comunicar; saber utilizar técnicas de entrevistas, de evaluación, de intervención.

4) “saber ser”: referido a la postura crítica, cuestionadora, integradora; la mirada y la escucha atenta, abierta, flexible; la actitud empática, contenedora; el posicionamiento ético, no prejuicioso ni enjuiciador, sino neutro; el ser tolerante y respetuoso; el tener una actitud de conocimiento personal de las limitaciones, de formación permanente, con capacidad para manejar la frustración y regular la propia ansiedad.

Con respecto a la enseñanza de las competencias para la clínica en el aula se registra en las observaciones sobre el trabajo docente, un predominio de contenidos cognitivos, vinculados a la esfera del “saber” a cerca de la clínica psicológica, por sobre los procedimientos (“saber hacer”) y las actitudes clínicas. Incluso en el módulo metodológico y en el práctico se priorizan los aspectos conceptuales y epistémicos de las herramientas. Si bien se abordan las cualidades y el sentido de los procedimientos y de las actitudes clínicas psicológica, la finalidad de las clases en ningún caso se vincula con la enseñanza de destrezas o habilidades en el manejo de los procedimientos o de las actitudes clínicas.

En las observaciones se registra que la competencia en psicología clínica refiere a

- 1) “saberes” vinculados con: una concepción de sujeto, de sujeto psíquico, de subjetividad; conocimientos de psicopatología (semiología); fundamentos conceptuales de las Intervenciones clínicas.
- 2) “saber cómo”: referido a la utilización de las teorías para la realización de un análisis del discurso del consultante; el manejo de la transferencia y la contra transferencia; el diseño de una estrategia de intervención.
- 3) “saber hacer”: vinculado a la escucha clínica como herramienta, la mirada, la observación participante; el llevar adelante una entrevista, conocer los tests; construir un vínculo de trabajo; el diseñar proyectos de investigación y o extensión.
- 4) “Saber ser”: vinculado con la actitud crítica, cuestionadora, autorreflexiva y de conocimiento personal y manejo de la ansiedad; la actitud de sostén, neutralidad, escucha atenta; la actitud ética y la postura interdisciplinaria.

Un aspecto a destacar es la baja presencia del uso del concepto de “diagnóstico”, dentro de las competencias del psicólogo clínico en las distintas fuentes utilizadas, tanto los documentos escritos, como las entrevistas o en las observaciones de aula. Este aparece vinculado a la psicopatología exclusivamente. Esta baja presencia del uso del concepto de “diagnóstico” se contrapone con el peso histórico que este ha tenido en el desarrollo de la clínica psicológica y del imaginario social, con el que se ha identificado al rol del clínico, como psicodiagnosticador. En ese sentido se percibe un corrimiento de la función de evaluación y diagnóstico, a la de intervención clínica. Noción esta, la de intervención que incluye el diagnóstico y evaluación, pero también la desborda y desdibuja. Estas transformaciones acompañan la expansión en el campo clínico que el psicólogo, como profesional empieza a ganar y se concreta con la puesta en marcha del Plan Nacional de Salud Mental, a través del sistema de prestaciones clínicas que ha llevado a la inclusión del psicólogo en las organizaciones sanitarias desde nuevos roles.

6.1.2 Concepciones sobre la actitud clínica psicológica

Con respecto específicamente a los aspectos actitudinales del psicólogo clínico, las

concepciones que se visualizan en las fuentes de investigación (entrevistas y observaciones) resultan ser concordantes y complementarias.

Las actitudes son uno de los recursos que componen las competencias clínicas, junto con los conocimientos y las habilidades.

Desde las entrevistas se constata que los docentes consideran que cada uno de estos componentes no opera de modo aislado, sino que adquiere sentido en el interjuego, formando un entramado que enlaza unos con otros componentes.

Aquellos aspectos vinculados a las actitudes clínicas están teñidos de los marcos referenciales y conceptuales del psicólogo clínico, como de las herramientas técnicas, los instrumentos de la práctica profesional y de la propia subjetividad de quien ejerce el rol profesional, con sus aspectos conscientes e inconscientes. Enunciados tales como: “escucha clínica, mirada clínica, atención flotante, empatía, distancia óptima, estructura de demora, pensamiento clínico, encuadre”, etc. que aparecen en las entrevistas, entrelazan fundamentos teóricos, herramientas técnicas y aspectos actitudinales.

Existen algunos aspectos que los docentes consideran herramientas sustanciales, para el desempeño de la clínica psicológica, tales como el análisis personal, la supervisión y análisis de la implicación. Estos aspectos aportan al reconocimiento de los propios límites, la regulación de las emociones, el manejo de la ansiedad que genera el encuentro, la disociación instrumental necesaria en el trabajo con el sufrimiento del otro, la construcción de un vínculo adecuado. También son los que posibilitan el manejo de la transferencia y contratransferencia que se juega en la situación clínica. Este tipo de herramientas que refieren al “ser”, a pesar de ser muy valoradas, no quedan incluidas dentro de los tránsitos curriculares formales, por lo que no se visualizan ni en los documentos escritos ni en las observaciones de aula.

De acuerdo al análisis realizado sobre los datos de las entrevistas y de las observaciones, la actitud clínica queda compuesta por los siguientes atributos:

1) La escucha abierta: referida a la capacidad para captar diferentes sentidos de las problemáticas planteadas, el estar atento a lo nuevo, a lo emergente, a la latencia, a las dimensiones inconscientes; a las producciones de sentido múltiples, escuchar con teorías; escuchar desde adentro, desde las propias resonancias afectivas.

- 2) El posicionamiento ético, vinculado con la confidencialidad, el secreto profesional, el consentimiento informado, la abstención del deseo propio, el no presionar o invadir con posturas propias.
- 3) La actitud crítica, cuestionadora, vinculada con: la capacidad de ser flexible, de estar abierto a lo diverso; de estar alerta; de dejarse sorprender, de no anteponer teorías y de interrogar las teorías.
- 4) La actitud empática, vinculada con la capacidad para conectarse con la situación; el poner el cuerpo y dejarse tocar; el dejar que el otro resuene dentro de uno; el dejarse conmover por el otro; el comprometerse, al tiempo que diferenciar lo propio de lo ajeno, construyendo una distancia óptima.
- 5) La actitud auto reflexiva que aporta la capacidad para: conocer las limitaciones y posibilidades personales, manejar la omnipotencia, buscar formación permanente, análisis personal y supervisión; tolerar la frustración, tener paciencia y un adecuado manejo de la propia ansiedad.
- 6) La actitud deseante, aquella que posibilita construir un vínculo, sostener al otro en la situación clínica a través de la demostración de interés por el paciente y el invertir el proceso.
- 7) La actitud interdisciplinaria, aquella que posibilita el trabajo colectivo, colaborativo ya sea con el o los sujetos de la consulta como con otros agentes sociales.
- 8) Los valores, tales como la honestidad, el respeto, el compromiso, la responsabilidad.

6.1.3 Dispositivos de enseñanza y recursos empleados por los docentes para el desarrollo de las competencias clínicas y específicamente de la actitud clínica

El dispositivo de enseñanza planteado en los documentos, para los cursos obligatorios es la figura del plenario, cuyo fin es la trasmisión de contenidos mínimos, en formatos numerosos. El plenario (reúne entre 140 y 200 estudiantes en un mismo espacio y tiempo) está destinado para cursos teóricos, generales, introductorios o panorámicos. Este formato instala el predominio de la metodología expositiva que jerarquiza los saberes vinculados al

manejo de contenidos, conceptos o teorías.

En las guías de unidades curriculares seleccionadas aparece sucintamente explicitados los recursos a ser utilizados por los docentes a lo largo del curso. En algunas ocasiones se incluyen recursos que tienden a colocar al estudiante en un lugar protagónico, comprometiéndolo con lectura y análisis (análisis de casos o bitácoras) apuntando a estimular la utilización de las herramientas teóricas para situaciones prácticas. Estos recursos aproximan la práctica al estudiante, sin exponerlos a la práctica en sí, generan un posicionamiento reflexivo y crítico con respecto al saber, reforzando de las competencias clínicas psicológicas la esfera del saber y del saber cómo.

Las evaluaciones son el apartado menos trabajado en las guías de curso. Si bien no se explicita claramente a que apuntan ni cuáles son las competencias que se tienen en cuenta en la evaluación, por las modalidades planteadas se infiere que son básicamente de manejo de contenidos y reflexividad sobre éstos. En algunos casos aparece la indicación de trabajos subgrupales (bitácoras) que implican la elaboración colectiva en torno a materiales aportados por los docentes. Estos recursos estimulan el “saber cómo”, la reflexión, la integración de nociones y conceptos, el posicionamiento crítico ante los materiales.

En las entrevistas realizadas a los docentes se registra que el reflexionar sobre los dispositivos y los recursos propuestos, para mejorar la enseñanza de la clínica psicológica, resulta ser una preocupación permanente para los docentes. Este nivel de reflexión, no se refleja en los documentos escritos (guías de cursos) en los que se enuncia muy escasamente sobre la metodología a emplear y en general se ciñen a las pautas establecidas como orientadoras del plan de estudios. Esta discordancia, no hace más que dejar en evidencia que es este, un problema aún no resuelto.

La numerosidad de los plenarios aparece como un obstáculo para los docentes que privilegian para la enseñanza de la clínica el trabajo personalizado, singularizado con el estudiante.

El colectivo docente considera que la numerosidad genera un relacionamiento docente: estudiante, despersonalizado; donde predomina el anonimato y la falta de retroalimentación en la comunicación.

El plenario como dispositivo produce clases expositivas, las cuales están naturalizadas y devaluadas por los docentes para la enseñanza de la clínica psicológica. Los docentes, consideran que la enseñanza de la clínica requiere de dispositivos de práctica singularizada (pasantías).

Por otra parte a partir de las entrevistas se evidenció que los docentes entrelazan el acto de enseñanza, con el acto clínico. Consideran que la relación que establecen con el saber y con los estudiantes, requiere de un posicionamiento similar al que se juega en el acto clínico. Se podría decir que conciben un enfoque clínico en la formación que implica una postura epistemológica, tendiente a construir y recuperar la interacción en el aula desde el conocer y escuchar al otro, ponerse en su lugar, al tiempo que escucharse a sí mismo desde las resonancias con el otro - Otro.

Este enfoque clínico aporta al docente la capacidad de pensar de manera crítica y reflexiva, desde una perspectiva problematizadora, a los efectos de que pueda exponer situaciones, proponer soluciones y trabajar singularizando la experiencia pedagógica.

Los recursos privilegiados por los docentes en las entrevistas, para la enseñanza de la clínica psicológica son: la práctica y la supervisión, los textos y el caso clínico.

El tomar los textos de autores fundantes, desde una perspectiva crítica y actualizada en virtud de las problemáticas emergentes, potencian el “saber” y “saber cómo”, en tanto focalizan el desarrollo de aspectos conceptuales.

A través del caso clínico los docentes apuntan a una enseñanza problematizadora que potencia las competencias para la clínica psicológica. El colectivo docente lo visualiza como un recurso que le permite ejemplificar los desarrollos conceptuales, así como involucrar a los estudiantes y generar ejercicios de análisis y de utilización de herramientas clínicas.

La práctica clínica, junto con la supervisión, covisión o tutoría, se los considera como el recurso privilegiado de la enseñanza de la clínica, pero esta tiene lugar exclusivamente en escenarios educativos personalizados (pasantías).

Los docentes acuerdan que en las evaluaciones de las unidades curriculares obligatorias se hace hincapié en los aspectos conceptuales, relativos al “saber” (visualizados a través de la comprensión lectora) y al “saber cómo” (vinculado al carácter reflexivo de la lectura con integración y apropiación de los conceptos). Los docentes buscan que el estudiante ejercite el pensamiento clínico: ponga en juego, la mirada, la escucha, delimite el problema de consulta, diferencie la demanda, el pedido, etc., construya una estrategia de intervención.

En las observaciones de clases, el recurso utilizado por excelencia en el aula es el discursivo: narrativo, informativo y descriptivo. Los docentes definen, jerarquizan conceptos, los relacionan con otros trabajados anteriormente; explican utilizando ejemplos y recurriendo a otros saberes; se manejan de modo contextualizados, apelando al caso clínico, la metáfora, el mito, etc. a los efectos de propiciar la comprensión de las nociones trabajadas.

Con este tipo de dispositivo de enseñanza y recursos, el saber queda colocado en la autoridad académica del docente. Se privilegia la trasmisión de saberes que remiten a las fuentes, los autores, de un modo crítico. Pero el uso que realizan los docentes del plenario y los recursos que acoplan, abren a posibilidades dialógicas. Tanto los textos, como los autores fundantes, son tomados de modo situado, contextualizado, historizado, desde una perspectiva crítica y actualizada en virtud de las problemáticas emergentes. Desde ahí es que se potencia dentro de las competencias clínicas, además del “saber”, el “saber cómo”. El docente construye su discurso reelaborando los contenidos según sus ideas, intereses, historia personal, creencias, su interpretación del mundo. A su vez, ese discurso lo adapta a las necesidades y al nivel de los estudiantes. Dialoga explícita o implícitamente con ellos, acordando o discrepando. Trasmite una actitud crítica, reflexiva e implicada. Apela a recursos que tienen como fin involucrar a los estudiantes en la reflexión y discusión, promoviendo la articulación teoría práctica.

Uno de los recursos empleados es la indagación sobre los saberes previos que manejan los estudiantes al llegar al curso. Además de tener la intención de romper con el monólogo de la clase expositiva, pretende al incluir al estudiantado, captar su atención e interés, generar interlocución y compromiso por parte de los estudiantes y permitir el ajuste de su modo de presentación de la temática.

Recursos tales como las obras pictóricas, los textos literarios o las películas, son utilizados por el docente, para que el estudiante se acerque a las situaciones clínicas, desde la cotidianeidad. Estos recursos buscan movilizar afectivamente al estudiante, promoviendo la identificación con la situación presentada, aunque estos aspectos no se retoman singularizadamente. En general se observa que los docentes dan lugar a las resonancias que las temáticas genera en el estudiantado, pero no se retoman los efectos producidos en ellos, para trabajar sobre los mismos, por lo cual el recurso pierde su potencia.

El recurso privilegiado por los docentes en estos contextos formativos es el caso clínico (cualquiera sea su formato: relato oral, escrito o visual).

El caso clínico es un recurso que potencia competencias clínicas que tienen que ver tanto con el “saber”, con el “saber cómo” y también con el “saber ser”. Se lo utiliza para ejemplificar el desarrollo conceptual, aportando a la comprensión, la articulación teoría práctica, la aplicación de nociones y conceptos. El caso clínico permite generar ejercicios de análisis (el “saber cómo” y también a través de él se involucra a los estudiantes movilizando los aspectos vivenciales que el encuentro clínico genera.

El desarrollo de los aspectos actitudinales, se aborda más desde el nivel de la enunciación genérica (como aquello que se debe ser, en una situación hipotética) que desde la singularidad jugada en la acción, en la práctica en sí. De esa forma las actitudes quedan ligadas a parámetros normativos.

A partir de las observaciones se puede concluir que a pesar de la intencionalidad del docente de poner a jugar estrategias singularizantes en la situación del plenario, se registra muy poca participación por parte de los estudiantes que prefieren permanecer en el anonimato de la masa, evitando la exposición.

Se concluye que el caso clínico es el recurso por excelencia utilizado en escenarios numerosos. Si bien este recurso no pone en juego en el estudiante la toma de decisiones (lo cual es central para el aprendizaje de la clínica) de todas formas permite el desarrollo de capacidades tales como: el análisis del caso, la articulación teoría – práctica, el posicionamiento crítico, la formulación y resolución de problemas.

El plenario y los recursos empleados por los docentes para la enseñanza de la clínica psicológica, generan una particular jerarquización de los aspectos conceptuales, relativos al “saber”. También apuntan al manejo de conceptos de modo reflexivo (al “saber cómo”) en tanto el estudiante debe dar cuenta de su capacidad de análisis, articulación y crítica. Pero en menor medida potencian el saber hacer y las actitudes clínicas.

6.1.4. Relación existente entre las concepciones que presentan los docentes respecto a las competencias clínicas y específicamente a la actitud clínica y las prácticas de enseñanza de las competencias para la clínica psicológica

Las diferentes fuentes de datos aportan elementos coincidentes en relación a los contenidos que componen las competencias del psicólogo clínico.

Con respecto a los aspectos actitudinales específicamente, las concepciones que se visualizaron en las fuentes de investigación resultan ser concordantes y complementarias tanto en los diferentes discursos obtenidos a partir de las entrevistas (donde esto se indagó explícitamente) como en los registros obtenidos de las observaciones de aula.

Se registra cierta diferencia en la acentuación que se le otorga a uno u otro componente de las competencias de acuerdo a la fuente analizada.

En las entrevistas realizadas a los docentes, los aspectos vinculados con la actitud clínica (“el saber ser”) toman una relevancia mayor que la recabada en los documentos escritos y en las observaciones de aula.

En las guías de curso, la preeminencia la adquieren los contenidos vinculados con los aspectos cognitivos (“el saber” y “el saber cómo”). Siendo la actitud crítica sobre el conocimiento la única destacada.

En las observaciones de aula, también se encuentra mayor prevalencia de los aspectos cognitivos (el “saber” y “saber cómo”) luego de los aspectos procedimentales (“el saber hacer”) y los actitudinales (el “saber ser”) vinculado a prescripciones, normativas y reglas.

Esta diferenciación seguramente se relaciona con la intencionalidad que se jugó al recabar

datos a través de las entrevistas, donde se buscó explícitamente dar cuenta de los aspectos actitudinales.

Los aspectos actitudinales no aparecen de modo explícito en los documentos escritos ni son fácilmente observables en las prácticas de enseñanza que tuvieron lugar en el aula, en tanto no se los plantea como objeto de enseñanza a nivel explícito. Aquellos componentes que aparecen de forma más visibles en la formación son los que se vinculan con las cuestiones éticas y los códigos deontológicos.

Las unidades curriculares obligatorias de Psicología Clínica apuntan en sus objetivos formativos básicamente a “comprender, conocer, apropiarse e integrar” saberes. Las capacidades que promueven se vinculan con el manejo de conocimientos sobre el funcionamiento psíquico, el padecimiento y las estrategias de intervención.

En las observaciones de aula también se registró un predominio de contenidos cognitivos, vinculados a la esfera del “saber”, por sobre los procedimientos (“saber hacer”) y las actitudes.

Ni las herramientas clínicas ni las actitudes clínicas se formulan como objeto de enseñanza, a nivel explícito.

La jerarquización en las exposiciones del aula está colocada en el sustento teórico - conceptual de las herramientas (en el “saber cómo” y no en el “saber hacer”), vale decir en la enseñanza de destrezas o habilidades para realizar procedimientos o en las actitudes clínicas.

En este sentido es que se concluye que gran parte de los aspectos vinculados a la actitud clínica psicológica, en las unidades obligatorias de psicología clínica, se transmiten de forma no explícita quedando indiferenciados de los contenidos conceptuales y de las herramientas teórico- técnicas. Estos aspectos actitudinales pasan a formar parte del currículum vivido, del currículum puesto en acción, de ese currículum que se juega en el nivel de realización que se gesta con los actores, en el día a día (Gimeno Sacristán, 1991) a través de las prácticas docentes. Estos currículums que se realizan fuera de las aulas operan como textos propositivos y la forma de desarrollarse, corre por cuenta del proceso que tiene lugar fuera del aula.

La actitud clínica es considerada por los docentes (en las entrevistas) como parte integrante de las competencias clínicas.

Se reconoce como componente de la actitud clínica, un núcleo cognitivo, otro procedimental y otro afectivo. Si bien a nivel del curriculum explícito el desarrollo de la actitud clínica no aparece enunciada como un objetivo formativo, en las unidades curriculares obligatorias los aspectos que se enseñan de esta, se vinculan básicamente con el núcleo cognitivo y no tanto con el núcleo procedimental o el afectivo. Esto se relaciona con los dispositivos de enseñanza pre establecidos (plenarios numerosos, evaluaciones conceptuales) y con los recursos que emplean los docentes en estos contextos, para la enseñanza de la clínica.

Se potencia el “deber ser y el deber hacer” del clínico, desde la fundamentación conceptual de la actitud y de los procedimientos, no así se potencia el núcleo procedimental (el hacer) ni el afectivo (la singularidad del ser).

Para el formato de cursos obligatorios donde se apunta a transmitir contenidos mínimos vinculados con la psicología clínica, tal como plantea Venturelli (2003) las destrezas y actitudes no se consideran parte importante del proceso educacional. Pero no se puede afirmar, como si lo plantea este autor, que se ha puesto mayor énfasis en la cantidad de información, sino básicamente en el saber y el saber cómo, es decir en un saber reflexivo, analítico y crítico.

Estos aspectos actitudinales, fundamentalmente en sus núcleos procedimentales y afectivos que refieren al hacer, a la disposición, la postura, el movimiento y que se entrelazan con la noción originaria de clínica (“*kliné*”: inclinación) seguramente se vuelven más intensos en las instancias de enseñanza optativas vinculadas con las prácticas clínicas

6.2 Recomendaciones

A continuación se plantean tres tipos de recomendaciones que surgen a partir del análisis realizado y de las conclusiones planteadas en esta tesis. Además estas orientaciones guardan correspondencia con la *Introducción* donde se explicitó la relevancia de la temática

elegida en tres áreas: profesionalización de la enseñanza superior, enseñanza de la clínica psicológica y evaluación del currículum de la Licenciatura en Psicología.

6.2.1 Formación de formadores

En primer término, se considera relevante promover acciones que den lugar en el colectivo docente a un proceso de progresiva profesionalización de la enseñanza universitaria. Esto supone orientar la formación docente en torno a escenarios educativos multitudinarios, a los efectos de contemplar el marco situacional educativo universitario, caracterizado por el aumento sostenido de la matrícula estudiantil y por la desproporción de la relación cuantitativa estudiante-docente. Por lo tanto, se hace necesario poner el acento en una formación docente que habilite a trabajar con la numerosidad disolviendo la masificación (Camilloni, 2010). Vale decir, desarrollar una formación docente que permita, a pesar de la numerosidad, generar estrategias de enseñanza de la clínica psicológica que promuevan aprendizajes singularizantes. Lo cual implica repensar las tres dimensiones de la enseñanza: qué se enseña, cómo se enseña y cómo se evalúa.

Se hace necesaria la formación en recursos educativos que acentúen la intensidad en el encuentro de estudiantes y docentes, mediatizados por el planteamiento de problemáticas clínicas.

Por otra parte se requiere formación docente para la instrumentación de modalidades de evaluación que tengan en consideración la numerosidad de las matrículas estudiantiles, los objetivos formativos planteados y el desarrollo de competencias para la clínica psicológica.

6.2.2 Potenciar e innovar en recursos educativos

A partir de la investigación se ha demostrado que el caso clínico es el recurso privilegiado para la formación del clínico. Este potencia el desarrollo de capacidades tales como el análisis, la articulación teoría-práctica, el posicionamiento crítico, la formulación y resolución de problemas. Pero también se ha observado que es un recurso subutilizado en el desarrollo

de capacidades vinculadas con el saber hacer y con el desarrollo de actitudes clínicas psicológicas.

Se ha registrado que el caso clínico permite la movilización afectiva del estudiante, ya que promueve la identificación con la situación clínica, poniéndolo en un escenario del como sí. Por lo cual se sugiere explotar este recurso en toda su potencia. Esto significa utilizarlo para posibilitar el desarrollo de capacidades nodales para la clínica, tales como la toma de decisiones y las actitudes clínicas, desde la singularidad en acción y no solo desde el deber ser.

Considerando la poca participación de los estudiantes en los plenarios, más allá de la intencionalidad del docente de poner en juego estrategias singularizantes, se sugiere buscar estrategias educativas innovadoras que promuevan el compromiso de los estudiantes en el aula. La utilización de entornos de enseñanza y aprendizaje mediados tecnológicamente podría ser una estrategia complementaria que dé lugar al desarrollo de capacidades vinculadas al hacer (la toma de decisiones) y a las actitudes clínicas. Entornos tales como los de simulación de casos (Lion, 2006) abren un puente entramando lo académico y la práctica profesional. Estos recursos permiten incluir situaciones prácticas virtuales y conjugar el trabajo singularizado con el colectivo. La simulación de casos dilemáticos fuerza al docente a realizar un metaanálisis de su práctica. El docente no solo tiene que pensar el caso escogido y los dilemas que este plantea, sino que se ve forzado a tres operaciones complejas. Por un lado tiene que repensar el caso en relación con el contenido enseñando. En segundo término, tiene que pensar el caso en relación con la enseñanza de esos contenidos. En tercer término, tiene que pensarlo con respecto a la práctica profesional. Por otra parte, el recurso de simulación coloca al estudiante frente a un problema ante el que tiene que armar un árbol de toma de decisiones, de forma tal que se le exige analizar el problema, construir estrategias de abordaje y hacerse cargo de las acciones que realiza. El uso de esta herramienta como complementaria, siempre que sea tutorada y retomada en el proceso de enseñanza, abre el aula a otros escenarios y tiempos. A su vez, permite niveles de participación de los estudiantes, haciéndolos partícipes de modo activo en el proceso formativo, singularizando el aprendizaje.

6.2.3 Mejoras en la gestión de la enseñanza

En función de las conclusiones de esta tesis, otro de los aspectos que optimizaría el desarrollo de competencias en la enseñanza sería lograr mayor nivel de explicitación en las guías de cursos. Debería explicitar claramente las competencias formativas a las que apunta el curso, así como pautar claramente la metodología, los recursos a utilizar y la evaluación planificada. Sería pertinente delimitar las capacidades a las que apuntan las evaluaciones, esclarecer qué se evalúa y cómo se evalúa. Por otra parte, se requiere incorporar modalidades de evaluación que valoren competencias para la clínica psicológica. Es decir que, se debería además de explicitar los saberes vinculados a contenidos temáticos (el saber y saber cómo) dar lugar a la valoración del saber hacer y las actitudes clínicas psicológicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Administración de los Servicios de Salud del Estado (2012). *Programa de Salud Mental*. Recuperado de www.asse.com.uy/uc_5231_1.html
- Andreozzi, M. (1996). El impacto formativo de la práctica. Avances de investigación sobre el papel de las prácticas de formación en el proceso de socialización profesional. *Revista del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Educación*, 5 (9) 10-16.
- Andréu Abela, J. (2001). *Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada*. Recuperado de <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>
- Andreucci, P. (2012). El enfoque clínico en la formación continua de profesores: la teorización “del ojo pedagógico” como destreza compleja. *Profesorado. Revista: Currículum y formación de profesorado*, 16 (1) 257-275. Recuperado de <http://www.ugr.es/local/recfpro/rev161COL3.pdf>
- Angelo, T. (1990). *Learning in the classroom (phase I). A report from the Lawrence Hall of Science*. Berkeley: University of California.
- Angulo, J. F. (1994). ¿A qué llamamos currículum? En J. F. Angulo y N. Blanco (Coords.) *Teoría y desarrollo del currículum*. Capítulo 1, 17-29. Málaga: Aljibe.
- Aravena, M., Kimelman, E., Micheli, B., Torrealba, R. y Zúñiga, J. (2006). *Investigación educativa I*. Recuperado de www.cimm.ucr.ac.cr/.../Aravena-et-al-Investigación-educativa-I-2006
- Ardoino, J. (1993). El análisis multirreferencial. *Revista de la Educación Superior*, 87, 7 –16.
- Barbier, J. C. (2000). *L'analyse de la singularité de l'action. Seminaire du Centre de Recherche sur la Formation du CNAM*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Barbier, J. M. (1999). *Prácticas de formación, evaluación y análisis. Formación de formadores*. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Barboza, L. (2007). *Planificación estratégica: Bases conceptuales y metodológicas para una*

resignificación de la Planificación Educativa en el Uruguay. Papeles de trabajo de la FHCE- UdelaR. Recuperado de www.lidia.fhuce.edu.uy/Publicaciones/Software%20Educativo.pdf

Bardin, L. (1996). *Análisis de contenido*. Madrid: Akal.

Barraca Mairal, J. (2009). Habilidades clínicas en la terapia conductual de tercera generación. *Revista Clínica y Salud*, 20 (2), 109-117.

Barszcs, S., Collazo, M., Álvarez, R., De Bellis, S. y Cilintano, S. (2005). *Incremento de la matrícula y masificación en la UdelaR*. Montevideo: UdelaR, CSE.

Bednar, A. y Levie, W. H. (1993). Attitude-change principles. En M. Fleming y W. H. Levie (Eds).

Instructional message design (2a ed., 283-304). Englewood Cliffs, N. J.: ETP

Beneitone, P., Esquetini, C., González, J., Maletá, M., Siufi, G., Wagencar, R. (2007). *Reflexiones y perspectivas de la Educación superior en América Latina. Informe final Proyecto Tuning 2004 – 2007*. Bilbao: Universidad Deusto. Recuperado de <http://tuning.unideusto.org/tuningal>

Berelson, B. (1952). *Content analysis in communication research*. Glencoe: The Free press.

Bleger, J. (1981). *Temas de Psicología. Entrevista y grupos*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Bleichmar, H. (2010). Una reformulación del duelo patológico: múltiples tipos y enfoques terapéuticos. *Revista Aperturas Psicoanalíticas*, 35. Recuperado de www.aperturas.org/articulos.php?id=0000647&a=Una-reformulacion-del-duelo-patologico-multiples-tipos-y-enfoques-terapeuticos

Boadilla, L. (2007). Nociones sobre el concepto de competencias. En P. Beneitone, C. Esquetini, J. Gonzalez, M. Marty, G. Siufi y R. Wagenaar (Comps.). *Informe final proyecto Tuning A. Latina 2004 /2007* (30). Recuperado de <http://tuning.unideusto.org/tuningalwww.rug.nl/let/tuningal>

- Bogdan, R. y Biklen, S. K. (1992). *Investigación cualitativa para la educación: Una introducción a la Teoría y a los Métodos*. Boston: Allyn y Bacon.
- Bogdan, R. y Taylor, S. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.
- Bogoya, D., Vinent, M., Restrepo, G., Torrado, M., Jurado, F., Pérez, M.,... Acevedo, M. (2000). *Competencias y proyecto pedagógico*. Santafé de Bogotá: Unibiblos.
- Bromme, R. (1988). Conocimientos profesionales de los profesores. *Enseñanza de las Ciencias*, 6 (1), 19-29.
- Brunner, J. (1984). *Algunas Consideraciones sobre la Investigación Educativa en América Latina*. Santiago de Chile: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Brunner, J. (1997). *La educación: puerta de la cultura*. Madrid: Visor.
- Cabezas, A., Restrepo, M., Uribe, A. y López, C. (2009). Competencias académicas y profesionales del psicólogo. *Diversitas. Perspectivas en psicología*, 5(2), 241 -254. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=67916260004>
- Callejo, J., y Viedma, A. (2006). *Proyectos y estrategias de investigación: la perspectiva de la intervención*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Cambiaggio, D. (1977). Vida y obra de Waclaw Radecki (1887-1953). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 9(2), 343 – 346.
- Camilloni, A. (2002). *Seminario La enseñanza y el aprendizaje en contextos de masividad*. (Organizado por el Proyecto Formación didáctica de los docentes universitarios del Área Salud, inédito). Montevideo.
- Camilloni, A. (2010, noviembre). *Calidad académica e integración social*. Trabajo presentado en IV Congreso Nacional de Extensión universitaria, UNCU. Recuperado de http://www.uncu.edu.ar/extension/upload/Alicia_Camilloni.pdf
- Carbajal, S. y Maceiras, J. (2003). Con-viniendo una ética en nuestras prácticas: Buscando el encuentro». En *VI Jornadas de Psicología Universitaria* (pp. 36-39). Montevideo: Psicolibros.

- Carrasco, J. C. (2005). *Relato reflexivo y crítico de una historia de la psicología del Uruguay*. Recuperado de http://www.latinoamericano.edu.uy/attachments/360_2005%20Relato%20reflexivo%20y%20cr%C3%ADtico%20de%20la%20historia%20de%20la%20psicolog%C3%ADa%20del%20Uruguay.pdf
- Castro, S. (1994). *Psicología Social en el Proyecto Universitario*. Montevideo: Multiplicidades.
- Castro Solano, A. (2004). Las competencias profesionales del psicólogo y las necesidades de perfiles profesionales en los diferentes ámbitos laborales. *Revista Interdisciplinaria*, 21(2), 117-152.
- Cifali, M. (2005). El enfoque clínico, formación y escritura. En L. Paquay, M. Altet, E. Charlier y P. Perrenoud (Coords.), *La formación profesional del maestro. Estrategias y competencias* (pp.170 – 196). México: Fondo de Cultura Económica.
- Cisternas, T. (2011). *Investigación sobre formación docente en Chile. Una aproximación a partir de la construcción de sus objetos de estudio* (Tesis doctoral inédita). Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Educación, Santiago.
- Cohen, L. y Manion, L. (1994). *Métodos de investigación educativa*. Madrid: La Muralla.
- Coll, C., Pozo, J. I., Sarabia, B. y Valls, E. (1992). *Los contenidos de la reforma. Enseñanza y aprendizaje de conceptos, procedimientos y actitudes*. Buenos Aires: Santillana.
- Collazo, M. (2012). El cambio curricular, una oportunidad para repensar(nos). *InterCambios*, 1, 37 - 43. Recuperado de <http://intercambios.cse.edu.uy>.
- Cullen, C. (1996). *El debate epistemológico de fin de siglo y su incidencia en la determinación de las competencias científico técnicas en los diferentes niveles de la educación formal*. Parte II. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Cumbre Mundial de Educación Médica. Declaración Edimburgo 1993 (2000). *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 14 (3), 270-283.
- Chevallard, Y. (1997). *La Transposición didáctica. Del saber sabio al saber enseñado*. Buenos Aires: Aique.

- Christensen, L. B. (1980). *Experimental methodology* (2a. ed). Boston: Allyn and Bacon.
- Danhke, G. L. (1989). Investigación y comunicación. En C. Fernández y G. L. Danhke (Comps.), *La comunicación humana: ciencia social* (385—454). México: McGraw Hill.
- De Alba, A. (1998). *Currículum, crisis, mito y perspectiva*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- De la Parra, G., Valdés, C. e Isla, R. (2001). Enseñanzas de la aplicación de un manual de psicoterapia dinámica para entrenar terapeutas inexpertos en un consultorio externo: resultados finales. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 39 (2), 121-131
- Deleuze, G. (1990). Qué es un dispositivo? En E. Balbier, G. Deleuze, H. L. Dreyfus, M. Frank, A. Glucksmann, G. Lebrun, F. Wahl, *Michel Foucault filósofo* (pp.155-163). Barcelona: Gedisa.
- Denzin, N. y Lincoln, Y. (2005). *Manual de investigación cualitativa*. Buenos Aires: Gedisa.
- Dewey, J. (1998). *Democracia y educación: una introducción a la filosofía de la educación*. Madrid: Morata.
- Dias Sobrinho, J. (2013). Universidad, conocimiento y construcción de un mundo nuevo. *Intercambios*, 1, 13-18.
- Díaz Barriga, A. (2006). El enfoque de competencias en la educación. ¿Una alternativa o un disfraz de cambio? *Perfiles Educativos*, (111), 7-36.
- Díaz Barriga, A. (2009). Currículum. Tensiones conceptuales y práctica. *Referencias*, 6 (27). Recuperado de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Argentina/lpp/20100324015129/3.pdf>
- Díaz Barriga, F. y Rojas G. (2009). *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo*. México: Mc Graw Hill.
- Edelstein, G. (2013). ¿Qué docente hoy en y para las universidades? *Intercambios*, 1, 29 – 35.
- Eggen, P. y Kauchak, D. (1999). *Estrategias docentes*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Elliot, J. (1990). *Investigación acción en educación*. Madrid: Morata

- Feldman, D. (2010). Relaciones entre conocimiento y acción. En D. Feldman, *Enseñanza y escuela* (pp. 77-100). Buenos Aires: Paidós.
- Fernández, A. M. (1987). Re-pensar los grupos. En *Temas grupales por autores argentinos* (pp.103-120). Buenos Aires: Cinco.
- Ferrández, F. (1997). El desarrollo y la gestión de competencias profesionales: una mirada desde la formación. *Revista Iberoamericana de Educación*, (44), 101-131.
- Fernández Sacasas, J. A. (2012). Consideraciones sobre el aporte a la educación médica cubana del Profesor Fidel Ilizástigui Dupuy. *Edumecentro*, 4 (1), 104-10. Recuperado de <http://www.edumecentro.sld.cu/pag/Vol4%281%29/revisacasas.html>
- Ferry, G. (1997). *Pedagogía de la formación*. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Finkelstein, C. y Gardey, M. (2006, octubre). *Habilidades docentes en la enseñanza de la clínica*. Trabajo presentado en V Congreso Nacional y II Internacional de Investigación Educativa. Cipolletti. Recuperado desde <http://rapes.unsl.edu.ar/Congresos realizados/Congresos/IV.htm>.
- Fischbein, E. (2002). Intuition and proof. *For the learning of mathematics*, 3 (2) 8-24, Noviembre, 2002.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Madrid: Morata, Fundación Paideia Galiza.
- Foucault, M. (1992). Los intelectuales y el poder. En *Microfísica del poder*. Madrid: Ediciones de la Piqueta.
- Foucault, M. (1999). *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI.
- Galindo, J. (Comp.) (1998). *Técnicas de Investigación en Sociedad Cultura y Comunicación*. México: Addison Wesley-Parson.
- Gardey, M. y Galli, A. (1999). Formación docente de profesionales de la salud. Tensión entre teoría y práctica: una cuestión recurrente. *Revista Fundación Facultad de Medicina*

de la UBA, 8 (31), 6-9.

- Gardner, H. (1995). *Inteligencias múltiples: la teoría en la práctica*. Barcelona: Paidós.
- Gasalla, F. (2001). *Psicología y cultura del sujeto que aprende*. Buenos Aires: Aique.
- Gatti, E. y Ruiz, M. (2005). Escuchar todas las voces, integrar nuevas miradas. Aportes para la discusión en la Asamblea del Claustro. Facultad de Psicología. UdelaR. *Revista Conversación*, 15. (Publicación parcial)
- Gimeno Sacristán, J. (1991). *El currículum. Una reflexión sobre la práctica*. Madrid: Morata.
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.
- Green, A. (2000). *El pensamiento clínico*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Guerra Montoya, J. W. (2007). *Proceso de diseño curricular*. En *Proyecto formación para la gestión del personal directivo de los 120 municipios no certificados del Departamento de Antioquia*. Medellín: Funlam.
- Hernández Aristu, J. (1997). La dualidad entre la acción y la estructura. La organización didáctica del prácticum. En P. Apodaca y C. Lobato (Comps.), *Calidad en la Universidad: orientación y evaluación* (163). Madrid: Laertes.
- Holsti, O. R. (1968). Content Analysis. En G. Lindzey y E. Aronson (Eds.), *The Handbook of Social Psychology* (2a ed., Vol 2, 596-692). New Delhi: Amerind.
- Ibáñez, M. S. (2014). La pedagogía dialógica de Mijaíl Bajtín. *El Hilo de la Fábula*, 1(10), 99-109.
- Irby, D. (1995). Teaching and learning in ambulatory care settings: A thematic revue of the literature. *Academia Medical*, 70 (10), 898-931.
- Irigoin, M. Y. y Vargas, F. (2002). *Competencia laboral: manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud*. Montevideo: Cinterfor / OPS.
- Irigoyen, J. J., Fabiola, K. y Jiménez, M. (2011). Competencias y Educación Superior. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 16 (48), 243-266.

- Irrazabal, E. (2010). *Orígenes de la Psicología en el Uruguay*. Universidad de la República. Facultad de Psicología. Recuperado <http://www.psico.edu.uy/institucional/historia#01>
- Jackson, Ph. (1992). *La vida en las aulas*. Madrid. Morata.
- Jonnaert, Ph. (2001, diciembre). *Competencias y socioconstructivismo. Nuevas referencias para los programas de estudios*. Trabajo presentado en Segunda conferencia anual de Inspectores de la enseñanza media, Bobo Dioulasso, Burkina Faso. Recuperado de www.riic.unam.mx/.../Competencias%20y%20socioconstructivismo%20Jonnaert.
- Kincheloe, J. (2001). *Hacia una revisión crítica del pensamiento docente*. Barcelona: Octaedro.
- Laredo Sanchez, F. y Lifshitz, A. (2001). *Introducción al estudio de la medicina clínica. Un nuevo enfoque*. México: Prado.
- Latapi, P. (1981). Diagnóstico de la investigación educativa en México. *Perfiles Educativos*, 14, 33-50.
- Lifshitz, A. (2004). La enseñanza de la competencia clínica. *Revista Gaceta Médica de México*. 140 (3), 312. Recuperado [http:// www.edigraphic.com](http://www.edigraphic.com).
- Lion, C. (2006). *Imaginar con tecnologías*. Buenos Aires: Stella.
- Litwin, E. (2008). *El oficio de enseñar*. Buenos Aires: Paidós.
- Lucarelli, E. (1994). *Teoría y práctica como innovación en docencia, investigación y actualización pedagógica*. (Cuaderno de Investigación N° 10). Buenos Aires: UBA.
- Lucarelli, E., Finkelstein, C., Donato, M., Calvo, G., Del Regno, P., Gardey, M.,... Solberg, V. (2009). La enseñanza de prácticas profesionales en la Universidad: estilos docentes diversos para aprendizajes complejos en las clínicas odontológicas. *Currículum y formación del profesorado*, 13 (1). Recuperado de <http://www.ugr.es/local/recfpro/rev131COL1.pdf>
- Lucarelli, E., Finkelstein, C., Donato, M., Calvo, G., Del Regno, P.,... Feldman, D. (2010). Relaciones entre conocimiento y acción. En D. Feldman, *Enseñanza y escuela* (pp. 77-100). Buenos Aires: Paidós.

- Maxwell, J. A. (1996). *Qualitative research design: An interactive approach*. (2a. ed.). Thousand Oaks: SAGE.
- Mella, O. (2003). *Metodología Cualitativa en Ciencias Sociales y Educación. Orientaciones Teórico-Metodológicas y Técnicas de Investigación*. Santiago: Primus
- Miller G. E. (1990). The assessment of clinical skills / competence / performance. *Academia Medical*, 65, 63 – 67.
- Montero, I. y León, O. G. (2002). Descripción y clasificación de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 503-508.
- Orozco, B. (2000). De lo profesional a la formación de competencias. En M. Valle (Coord.) *Formación en competencias y certificación profesional. Colección Pensamiento Universitario*. Tercera Época. 91: 105-139. México: Centro de Estudios Sobre la Universidad (UNAM).
- Parra Chacón, E. y Lago De Vergara, D. (2003). Didáctica para el desarrollo del pensamiento crítico en estudiantes Universitarios. *Educ Med Super.*, 17 (2), 0-0. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421412003000200009&lng=es&nrm=iso>.
- Pérez Gómez, A. (1996). Comprender y transformar la enseñanza. En J. Gimeno Sacristán y A. I. Pérez Gómez, *La evaluación en la enseñanza* (pp. 115-136). Madrid: Morata.
- Perrenoud, P. (2004). *Diez nuevas competencias para enseñar*. Barcelona: Grao.
- Pinilla, A. (2007). Las competencias en la educación superior. En P. Beneitone, C. Esquetini, J. Gonzalez, M. Marty, G. Siufi,... R. Wagenaar (Comps.). *Informe final proyecto Tuning A. Latina 2004 /2007*. Recuperado de unesco.org/ve/dmdocuments/.../TUNING_AL_Victor_Latorre_texto.pdf
- Prieto, G. (2011). Evaluación de los aprendizajes de la clínica: su coherencia con los dispositivos de enseñanza. (Tesis de maestría inédita). Universidad de la República, Facultad de Psicología, Montevideo.
- Rodríguez, M. E. (2009, setiembre 7). De: Aptitud y actitud psicológica [mensaje de blog]. Recuperado de <http://docentes-derecho.blogspot.com>.
- Roe, R. (2003). ¿Qué hace competente a un psicólogo? *Papeles del Psicólogo*, 24, 86.

- Ruiz, J. y Romero, S. (2008). La formación en psicología y las nuevas exigencias del mundo laboral. Competencias laborales exigidas a los psicólogos. *Psicología Desde el Caribe. Universidad del Norte*, 21, 136-157.
- Sarabia, B. (1992). El aprendizaje y la enseñanza de *actitudes*. En C. Coll, J. I. Pozo, B. Sarabia y E. Valls (Comps.). *Los contenidos de la Reforma. Enseñanza y aprendizaje de conceptos, procedimientos y actitudes* (133-198). Madrid: Clara.
- Schmidt, H., Norman, G. y Boschuizen, H. (1990). A cognitive perspective on medical expertise: theory and implications. *Acad. Med.*, 65 (10), 611- 621.
- Schön, D. A. (2002). *La formación de profesionales reflexivos*. Barcelona: Paidós.
- Souto, M., Barbier, J. M., Mastache, A., Mazza, D., Monetti, E., Tenaglia, G.,... Goggi, N. (1999). *Grupos y dispositivos de formación*. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Suárez, A. (2011). Valoración de las Competencias de Psicología: Estudio exploratorio en muestras de Estudiantes y Profesionales Activos. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 20 (1), 73-102.
- Sterba, R. (1966). *Teoría psicoanalítica de la libido*. Buenos Aires: Hormé.
- Ulloa, F. (1964). *Método Clínico en Psicología*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Buenos Aires.
- Universidad de la República (Uruguay) (2007). *Resoluciones del Consejo Directivo Central de la Universidad de la República*. Montevideo: Universidad de la República. (Hacia la Reforma Universitaria N° 1).
- Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología (2010). *Creación del Instituto de Psicología Clínica. Resolución nº 52 del 17 de noviembre de 2010*. Recuperado de <http://www.expe.edu.uy/expe/resoluci.nsf/509fe4c8449ecd7c03256fd600684f87/2d078cbc4936b4c883257c9f006154d5?OpenDocument>
- Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología (2012). Plan de Estudios 2013. Recuperado de <http://plan2013.psico.edu.uy/>

Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología (2013). *Documento de Comisión Carrera: Orientaciones Generales del Plan de Estudio* (inédito).

<http://www.expe.edu.uy/expe/resoluci.nsf/509fe4c8449ecd7c03256fd600684f87/2d078cbc4936b4c883257c9f006154d5?OpenDocument>

Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.

Vargas, F. (2005). *La formación profesional basada en el enfoque por competencias*. Ponencia presentada en la I Conferencia Internacional sobre Formación Profesional, Perú. Recuperado de <http://www.cinterfor.com.uy>.

Vargas, F., Casanova, F. y Montanaro, L. (2001). *El enfoque de competencia laboral: manual de formación*. Montevideo: OIT/Cinterfor, OIT. ACTRAV, AECI. Recuperado de http://www.oitcinterfor.org/sites/default/files/file_publicacion/man_cl.pdf

Venturelli, J. (2003). *Educación Médica. Nuevos enfoques, metas y métodos*. OPS- OMS (Serie PALTEX Salud y Sociedad 2000, N°8) Washington DC: Edit. Paltex.

Vygotsky, L. (1978). *Mind in society. The development of higher psychological processes*. Cambridge: Harvard University Press.

Weigel, V. (2002). *Deep learning for a Digital Age*. San Francisco: Jossey-Bass.

Winnicott, D. (1997). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.

Yañez, J. (2005). Competencias profesionales del psicólogo clínico, un análisis preliminar. *Revista Terapia Psicológica*, 23 (2), 85 – 93.

APÉNDICES:

1. Guía de Entrevista semi estructurada:

Se tomó como orientador en las entrevistas, las interrogantes que busca responder la investigación:

- ¿Qué concepciones manejan los docentes en referencia a las competencias para la clínica psicológica y en especial sobre la actitud clínica psicológica?; ¿son estas concepciones convergentes?
- ¿Los dispositivos de enseñanza numerosos y los recursos empleados por los docentes, contribuyen a desarrollar competencias formativas para la clínica psicológica y dentro de ellas la actitud clínica?
- ¿Qué relación existe entre las concepciones que presentan los docentes respecto a las competencias para la clínica psicológica y las prácticas de enseñanza de psicología clínica?

En función de estas interrogantes, a modo de guía, se formularon las siguientes preguntas que orientaron las entrevistas:

- Cuál es el perfil esperado por el docente en un psicólogo clínico?
- Que debe saber un psicólogo Clínico?
- Que debe saber hacer?
- A que hace referencia la actitud clínica?

- Que recursos utiliza para enseñar psicología clínica?
- Evalúa lo que deber saber, saber hacer y la actitud clínica?
- Qué evalúa?
- Cómo lo evalúa?

2. Guía de observación de aula

A través de la observación de aula se apunta a observar la práctica educativa, tomando las siguientes coordenadas que componen el triángulo didáctico: profesor/ alumno/ saberes-conocimientos

–la intención educativa.

–el ajuste entre las actividades y o tareas propuestas por el profesor con las intenciones planteadas.

–los contenidos sobre los que se hace foco.

–los recursos para introducir contenidos.

–factores relacionales, motivacionales y afectivos

Premisa: en el aula el profesor tiene como intención formar psicólogos clínicos, por lo tanto su clase apuntará a desarrollar competencias propias del psicólogo Clínico.

Interrogantes orientadoras para la observación:

- Cuáles son las competencias del psicólogo clínico que se potencian en el aula?
- Con que recursos se desarrollan esas competencias?
- Como se utilizan los recursos para enseñar las competencias en psicología clínica.

Utilizando un registro descriptivo narrativo se intentará aprehender el flujo de la actividad conjunta de los participantes según se va produciendo, sin emplear categorías cerradas y establecidas a priori.

PAUTAS

–Se recogerá la **secuencia de eventos** y o actividades que se van sucediendo.

–Se identificarán los **cambios en la forma de organización de los participantes.**

–Se registrarán los **recursos de trabajo**

–Discursivo: narrativo / explicativo / informativo.

- Material escrito: caso clínico, viñeta,
- Material audio visual
- Recursos de acción
- Ideas previas de estudiantes, problemas, preguntas que ellos formulan
 - Se tendrá en cuenta el modo de **utilización de esos recursos**:
 - para trabajos individuales, grupales
 - la claridad de las consignas
 - el momento de presentación de los recursos
 - finalidad del uso de los recursos: comprender, vivenciar, aplicar conocimientos
 - Se registrará el **foco temático** sobre el que se trabaja y sus dimensiones vinculadas a las competencias clínicas:
 - conocimientos, conceptos (cosificados, flexibles, cerrados/ contextuados, historizados, relacionados con conceptos ya vistos / actualizados / pertinentes / definidos, mencionados, explicados)
 - habilidades, procedimientos, herramientas
 - actitudinales
- Registro del tipo de relacionamiento entre profesor – alumnos y entre alumnos entre sí.
 - tipo de intervenciones del profesor: apertura, cierre, enlace, uso de códigos, involucramiento afectivo
 - tipo de intervenciones de los alumnos.
 - participativo, circulación de la palabra, unidireccional, bidireccional, todos con todos
- Registro del clima afectivo del aula:
 - cooperación, competencia

3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr./Sra.....de.....años de edad. C.I. n°.....

Que la maestrandame ha explicado el interés de utilizar la información obtenida de las entrevistas y de las observaciones como insumo en el proyecto de tesis de maestría titulado: **“Desarrollo de las competencias para la clínica psicológica desde los dispositivos de enseñanza”**

Este Proyecto se lleva a cabo en el marco de la Maestría Psicología y Educación de la Facultad de Psicología, de la Universidad de la República.

Se utilizarán los contenidos discursivos de las entrevistas y el registro de las observaciones de aula quedando los datos identificatorios de los entrevistados en total reserva.

El objetivo del proyecto es “conocer el desarrollo de las competencias actitudinales del psicólogo clínico que se potencian desde los dispositivos pedagógicos de las unidades curriculares de carácter obligatorio a cargo del Instituto de Psicología Clínica, de los módulos de psicología y metodológico, correspondientes al ciclo integral de formación, de la malla curricular de la Facultad de Psicología de la UdelaR”.

Se espera a través de la investigación dar relevancia a las actitudes como parte importante del proceso educacional, contribuyendo así mismo a adecuar los dispositivos y recursos metodológicos utilizados en las prácticas de enseñanza.

Los resultados obtenidos de la investigación pueden ser utilizados para publicaciones con la intención de difundir acerca de las competencias que la Facultad de Psicología promueve en sus formandos, específicamente en aquellas referidas a los aspectos actitudinales de la psicología clínica.

CONSIENTO que se utilicen los materiales de la(s) entrevista(s) y los registros de las observaciones para la investigación.

En.....(Lugar y fecha)

Maestranda

Entrevistado

Apéndice 4: Observaciones**Escenario en el que transcurre la enseñanza: ambiente físico y social.**

OBSERVACION	LUGAR	DISPOSICION DE MOBILIARIO	N° DE ALUMNOS / N° PROFESORES	RECURSOS
1	Salón de actos	Escenario al frente con escritorio al centro; platea con asientos individuales en filas paralelas.	140 alumnos un profesor	micrófono
2	Salón de clase	Escritorio al frente y centro; filas de asientos individuales	140 alumnos un profesor	Micrófono, pizarra, proyector y pc
3	Salón de actos	Escenario al frente con escritorio y platea con asientos individuales en filas	140 alumnos un profesor	Micrófono, proyector y pc
4	Salón de clase	Mesa al frente y centro; filas de asientos individuales paralelos.	200 alumnos un profesor	Micrófono, pizarra, proyector y pc, libros
5	Salón de clase	Mesa al frente y centro, filas de asientos individuales paralelos.	200 alumnos un profesor	Micrófono, pizarra, proyector y pc, libros
6	Salón de clase	Mesa al frente y centro, filas de asientos individuales paralelos.	200 alumnos dos profesores	Micrófono, pizarra, proyector y pc.
7	Salón de clase	Mesa al frente y centro, filas de asientos individuales paralelos.	140 alumnos un profesor	Micrófono, pizarra, proyector y pc.

Apéndice 5:

**Competencias del psicólogo clínico que se potencian en el aula: cognitivas,
procedimentales, actitudinales.**

OBSERVACION 1 (Módulo Psicología)

COGNITIVAS	PROCEDIMENTALES	ACTITUDINALES
<p>Conceptos</p> <p>Contextualización Relacionamiento</p> <p>Flexibilidad / cierre</p> <p>Noción de campo, psicoterapia, dispositivo, ética psicológica, actitud clínica psicológica</p> <p>Contextuados históricamente,</p> <p>Relacionados con otras clases. Articula diversos autores</p> <p>Contenidos relativizados, flexibles.</p>	<p>La <i>tecné</i>:</p> <p>los modos prácticos en que se produce la escucha; una escucha con teorías.</p>	<p>Actitud de acompañamiento: “acompañar en el encuentro”</p> <p>Actitud neutra: “abstenerse del furor a interpretar”</p> <p>Actitud artesanal: “ se crear con el otro, en el encuentro”</p> <p>Posicionamiento ético, político, estético.</p>

OBSERVACION 2 (Módulo Psicología)

COGNITIVAS	PROCEDIMENTALES	ACTITUDINALES
<p>Conceptos</p> <p>Contextualización</p> <p>Relacionamiento</p> <p>Flexibilidad / cierre</p> <p>Sexualidad infantil, pulsión, deseo, complejo de Edipo, Identificaciones.</p> <p>Contextuados históricamente,</p> <p>Relacionados con otras clases.</p> <p>Articula diversos autores</p> <p>Contenidos relativizados, flexibles.</p>	<p>La escucha:</p> <p>“instrumento para develar el basamento pulsional del inconsciente”</p>	<p>Actitud de escucha:</p> <p>“atenta, abierta a producción de sentidos”</p>

OBSERVACION 3 (Módulo Metodológico)

COGNITIVAS	PROCEDIMENTALES	ACTITUDINALES
<p>Conceptos</p> <p>Contextualización Relacionamiento</p> <p>Flexibilidad / cierre</p> <p>Intervención, Consulta, Entrevista, Diagnóstico situacional: puntos de urgencia, foco. Encuadre, Motivo de Consulta Estrategia</p> <p>Contextuados históricamente</p> <p>Relacionados con otras clases.</p> <p>Articulados entre diversos autores</p> <p>Relacionados con otros cursos y situaciones vitales</p> <p>Contenidos relativizados, flexibles.</p>	<p>La entrevista clínica</p> <p>La escucha: “el por qué y para qué”; “el escuchar con otros”; “el escuchar desde marcos teóricos”.</p> <p>La observación participante.</p> <p>La alianza terapéutica:</p> <p>“tiempo de espera”</p> <p>La disociación instrumental</p> <p>Los Tests</p>	<p>Posicionamiento comprometido.</p> <p>Actitud auto reflexiva: “conocimiento de la propia subjetividad”.</p> <p>Manejo adecuado de la ansiedad:</p>

OBSERVACION 4 (Módulo Psicología)

COGNITIVAS	PROCEDIMENTALES	ACTITUDINALES
<p>Conceptos</p> <p>Contextualización Relacionamiento</p> <p>Flexibilidad / cierre</p> <p>Psicosis con y sin evolución deficitaria: estados crónicos.</p> <p>Paranoia, desde dos enfoques: DSM4 y H. Ey</p> <p>Compara dos autores.</p> <p>Relaciona contenidos con textos literarios, películas, casos clínicos, chistes, crónicas, etc</p> <p>Contenidos relativizados, flexibles.</p>	<p>Análisis del discurso:</p> <p>Pensamiento clasificador</p> <p>Análisis de la transferencia y contra transferencia</p>	<p>Actitud cuestionadora</p> <p>Actitud de escucha atenta</p> <p>Actitud auto reflexiva y de conocimiento: aceptación de límites a la omnipotencia.</p>

OBSERVACION 5 (Módulo Psicología)

COGNITIVAS	PROCEDIMENTALES	ACTITUDINALES
<p>Conceptos</p> <p>Contextualización Relacionamiento</p> <p>Flexibilidad / cierre</p> <p>Esquizofrenia, enfoque: DSM IV y Henry Ey..</p> <p>Compara dos autores.</p> <p>Relaciona contenidos con textos literarios, películas, casos clínicos, chistes, crónicas, etc.</p> <p>Contenidos relativizados, flexibles.</p>	<p>Entrevista semiológica</p> <p>Observación de la conducta.</p> <p>Interrogar para entender.</p> <p>Análisis del discurso.</p> <p>Transferencia y contra transferencia: “utilizar las resonancias afectivas”</p>	<p>Actitud de humildad: “reconocer las limitaciones”</p> <p>Actitud neutra: “no tomar partido”</p> <p>Actitud interdisciplinaria</p>

OBSERVACIÓN 6 (Módulo Metodológico)

COGNITIVAS	PROCEDIMENTALES	ACTITUDINALES
<p>Conceptos</p> <p>Contextualización</p> <p>Relacionamiento</p> <p>Flexibilidad / cierre</p> <p>Concepciones sobre la extensión/investigación/docencia en APEX y Capurro;</p> <p>Problematiza la dicotomía: clínica – comunitaria</p> <p>Relacionados con otras clases, autores, experiencias.</p> <p>Contenidos relativizados, flexibles.</p>	<p>La escucha clínica y la palabra</p> <p>La mirada</p> <p>El diseño de estrategias acorde a las situaciones: “recorte del foco”</p> <p>Investigación acción participativa</p> <p>Técnicas: Entrevistas Mapeo: muestreo</p> <p>Encuestas Talleres Historias de vida</p>	<p>Actitud abierta y flexible: “en la escucha” “en mirada” “en las cabezas”</p> <p>Actitud ética: “preservar intimidad” “no presionar más allá de lo que el otro acepta”</p> <p>Actitud de auto reflexión y conocimiento de la propia subjetividad: “reconocimiento de límites”; “no ser omnipotentes”.</p> <p>Actitud colaborativa: “trabajar con el otro”</p> <p>Actitud interdisciplinaria</p>

OBSERVACIÓN 7 (Módulo prácticas y proyectos)

COGNITIVAS	PROCEDIMENTALES	ACTITUDINALES
<p>Conceptos</p> <p>Contextualización Relacionamiento</p> <p>Flexibilidad / cierre</p> <p>Etapas del diseño de proyectos de investigación: - título - pregunta - objetivos</p> <p>Relacionados con otras clases, y con las experiencias que van realizando vinculadas a la tarea de elaboración de un proyecto.</p> <p>Contenidos relativizados, flexibles.</p>	<p>Pasos de la investigación: guía de las etapas para la formulación de un proyecto.</p>	<p>Actitud ética</p> <p>Actitud crítica</p>

Apéndice 6:

Dispositivos de enseñanza: recursos utilizados en el aula

Obs. N°	RECURSOS					UTILIZACION			FINALIDAD	
	Discursivo Narrativo Explicativo Informativo	Material escrito	Material audio visual	Ideas previas problemas	De acción	Claridad	Individual Grupal Masivo	Manejo del tiempo	Comprender problematizar Articular	Aplicar
1	Informa: textos, lecturas Narra: mitos, literario Explica: metáfora		Obras pictóricas	Saberes previos	no	No explicita intención educativa	Masiva		Comprender y problematiza	
2	Narra Informa (textos) Explica	Casos clínicos			no	Explicita finalidad	Masiva	Apertura Desarrollo Cierre	Articular: Teoría Practica	
3	Informa (textos) Explica	Definiciones en power point		Saberes previos de clases anteriores u otros cursos	no	Muy claramente explicadas las nociones y la finalidad	Masivo	Apertura Desarrollo Cierre	Comprender	
4	Informa Narra Explica	Textos académicos y literarios película casos clínicos		Experiencias cinematográficas y literarias	no	Aclara finalidad y conecta con clases previas y posteriores	Masivo	Apertura Desarrollo Cierre	Comprender	Aplicar a situaciones reales, casos de crónica, cine.
5	Narra Explica	Casos clínicos, literarioscuentos, chistes	Video documental		no	Explicita intensión educativa	Masivo	Apertura Desarrollo Cierre	Comprender diferenciar	Aplicar

	Informa									
6	Narra Explica Informa	Experiencia de intervención e investigación	Definiciones en el power point			Claridad expositiva, conecta con temas previos	Masivo	Apertura Desarrollo Cierre	Informar Comprender	Aprender procedimientos.
7	Describe Explica Narra Informa	Ejemplos de proyectos de investigación	Usa power point para precisar conceptos, formular problemas	Formula problemas a analizar en clase. Pide que traigan sus avances	no	Clara en consignas y exposición, vincula con temas previos y tarea de pasaje	Busca involucrar a la masa, no lo logra, trabaja con el subgrupo de las 4 filas 1eras.	Apertura Desarrollo Cierre	Comprender problematiza	Aprender procedimientos

CONTENIDOS					HABILIDADES	ACTITUDINALES
Conceptos	Historizados contextuados	flexibles	cerrados	relacionado	Procedimientos / herramientas	actitudes
Noción de campo, psterapia, dispositivo, ética, actitud psic	Historizados contextuados	flexibles		relacionados		Sostén abstención artesanal
Sexualidad infantil, pulsión, deseo, C. de Edipo identificaciones	Historizados contextuados	flexibles		relacionados		
Intervención, consulta Diagnóstico puntos de urgencia, encuadre, M.C. - Estrategia Entrevista	Contextuados historizados	Flexibles		relacionados con otros cursos y con situaciones vitales	Escucha clínica Observación participante Alianza terapéutica Disociación instrumental Tests	Posicionamiento comprometido No neutralidad Inclusión de la subjetividad Tiempo de espera (manejo de ansiedad)
Psicosis, con y sin evolución deficitaria, paranoia			cerrados	Relacionado con diversos autores	Análisis de la contra transferencia, análisis del discurso	Reflexiva, cuestionadora Escucha atenta No contradecir al paranoico en su discurso delirante
Esquizofrenia				Diferenciado de otras patologías	Observación de la conducta, análisis del discurso, preguntar para entender	“humildad” Utilizar las resonancias afectivas “no interpretar”
Proyecto de extensión/investigación/docencia en APEX y Capurro Dicotomía clínica comunitaria	Historizado contextuado	Flexibles		Relacionados	Escucha amplia Mirada - Palabra flexibilidad estratégica Recorte problemático Mapa: muestreo Investigación acción participativa Entrevistas - Encuestas Talleres- Historias de vida	Preservar intimidad Apertura de cabeza Reconocimiento de límites Posicionamiento ético: no presionar más allá de lo que el otro acepta. No ser omnipotentes
Etapas del diseño de proyectos de investigación, formulación del título, de la pregunta de investigación	Contextuados			relacionados	Pasos de la investigación, guía de etapas	Ética Crítica, cuestionadora

Apéndice 7:

D- Factores relacionales, emocionales: tipos de comunicación, clima del aula

D.1 Tipos de comunicación

Observ.	INTERVENCIONES DEL DOCENTE				INTERVENCIONES DE LOS ESTUDIANTES		DIRECCIONALIDAD DE LA COMUNICACIÓN		
Número	Apertura aprueba	Cierre desaprueba	Enlace reflexión	Se involucra como referente	Pedido de aclaración de contenidos	Reflexiones problematizan conectan	Uni - direccional Docente – Estudiante	Bi direccional Docente - Estudiante Estudiante - Docente	Estudiante- Estudiante
1	X		X		X		X	X	
2	X		X		X		X		
3	X	X	X		X	X	X	X	
4	X	X	X	X	X	X	X	X	
5									
6	X	X	X	X	X	X	X	X	Subgrupos
7	X		X	X	X	X	X	X	

D. 2 Clima del aula

OBSERVACION Número	COOPERACION / COLABORACION	COMPETENCIA / AJENIDAD	DINAMICO / PARTICIPATIVO	APATICO / PARTICIPATIVO
1	No	Neutro	No	Poco participativo
2	No	Neutro	No	Poco participativo
3	Si	Neutro	Si	Muy participativo
4	Si	Neutro	Si	Participativo
5	Si	Neutro	No	Poco participativo
6	No	Neutro	No	Poco participativo
7	No	Ajenidad	No	Participa un grupo de las primeras filas

ANEXO 1

MALLA CURRICULAR PLAN DE ESTUDIOS DE LA LICENCIATURA DE PSICOLOGIA 2013

	Ciclo Inicial				Ciclo de Formación Integral								Ciclo de Graduación		Creditos por módulo		
	semestre 1		semestre 2		semestre 3		semestre 4		semestre 5	semestre 6		semestre 7	semestre 8				
Psicología	Teorías Psicológicas	10	Psicología del desarrollo	10	Psicología Social	10	Psicopatología Clínica	5	Neuropsicología	5	Optativas		Optativas	5	Optativas	5	
	Historia de la Psicología	10	Procesos cognitivos	10	Psicología, Sujeto y Aprendizaje	5	Psicología y Salud	10	Psicología Clínica	10					Trabajo Final	40	
Metodológico	Herramientas para el trabajo intelectual	5	Metodología General de la investigación	5	Métodos y Técnicas cuantitativa ó cualitativa	5	Métodos y Técnicas cuantitativa ó cualitativa	5	Opt/Elect.	5	Opt/Elect.	5	Opt/Elect.	5			
	Epistemología	5	Métodos y herramientas orientadas a la extensión	2	Ética y deontología	3	Herramientas, técnicas de evaluación diagnóstico e intervenciones psicológicas	10									
IDIOMA (5 Creditos) (optativa Metodológico)																5	
Prácticas y Proyectos	-----		Espacio práctico			5	Diseño de proyectos	5	Practica / proyecto								40
Articulación de Saberes	Articulación de saberes I (condiciones sociales de producción del sujeto)	5	Articulación de saberes II (ddhh y género)	5	Articulación de saberes III (interdisciplina)	5	Articulación de saberes IV (Saber, Estado y Políticas Públicas)	5	Electivas	5	Electivas	5	Electivas	5	Electivas	5	
Referencial	Iniciación a lo universitario	5	Formación Integral	5	Construcción de itinerario	5									Tutoría	5	
cooperación institucional (5 Créditos)																5	
TOTAL Semestre		40		37		38		40		25		20		15			

