



Enseñanza de la clínica psicológica: Concepciones docentes

Teaching of the psychological clinic. Teachers conceptions

Ana Luz Protesoni

Magíster en Psicología y Educación, Licenciada en Psicología.
Profesora agregada en el Instituto de Psicología Clínica y Directora del Instituto de Psicología Clínica. Facultad de Psicología, Universidad de la República.

protesoni@psico.edu.uy

Gabriela Prieto

Magíster en Psicología y Educación. Licenciada en Psicología.
Profesora agregada en el Instituto de Psicología Clínica y Directora académica de la Maestría en Psicología y Educación. Facultad de Psicología, Universidad de la República.

gprietol@psico.edu.uy

Citación recomendada

PROTESONI, Ana;
PRIETO, Gabriela (2016).
«Enseñanza de la clínica psicológica: Concepciones docentes». En:
InterCambios, Vol. 3, nº2.

Resumen

El artículo presenta una investigación diseñada a efectos de relevar las concepciones que despliegan los docentes acerca de las competencias necesarias para el ejercicio de la clínica en psicología.

Para la investigación se utilizó una metodología de tipo cualitativo.

Se accedió a una muestra intencional de docentes del Instituto de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, a quienes se les realizaron entrevistas semiestructuradas. Estas entrevistas se hicieron con la intención de recabar sus concepciones acerca de las competencias vinculadas a la enseñanza y el aprendizaje de la clínica.

Se establecieron para el análisis de las entrevistas dimensiones relacionadas con las competencias vinculadas al aprendizaje y a la enseñanza de la clínica. Estas se organizaron en tres categorías: cognitivas, procedimentales y actitudinales.

El análisis demuestra que los docentes jerarquizan la necesidad de generar competencias que atiendan al desarrollo de cualificaciones personales y habilidades prácticas en los estudiantes. Consideraron, además, que al enseñar clínica debían valorarse los contenidos junto con la capacidad de reflexividad. Los docentes señalaron que los dispositivos de enseñanza atravesados por la numerosidad de estudiantes no habilitan al desarrollo de habilidades clínicas y no permiten valorar en la evaluación de los aprendizajes las competencias y las habilidades vinculadas a la clínica.

Palabras claves:

docentes, concepciones, enseñanza, clínica.

Abstract

The article presents a study designed to relieve the effects of deploying teachers conceptions about necessary for the exercise of clinical psychology competencies.

For this research, a qualitative methodology was used.

A purposive sample of teachers of the Institute of Clinical Psychology, Faculty of the University of the Republic was selected. Semi structured interviews were done. These interviews were done with the intention to seek the views of the teachers on the competencies related to teaching and learning in the clinic.

To perform the analysis of the interviews, dimensions related to competencies about learning and teaching clinic were created. These dimensions were organized into three categories: cognitive, procedural and attitudinal.

The analysis shows that teachers attach importance to the need to build competencies that

address the development of personal skills and practical skills in students They also considered that teaching should be valued clinical content and together with the ability of reflexivity.

Teachers noted that teaching devices traversed by the numerosity of students do not enable the development of clinical skills and do not assess the learning assessment of competencies and skills related to the clinic.

Keywords:

teachers, conceptions, teaching, clinic.

La enseñanza de la clínica

La enseñanza de la clínica se puede definir como la enseñanza de habilidades fundamentales para la interacción con diferentes tipos de pacientes/consultantes (en psicología, en odontología, en medicina y otras disciplinas). Se entiende que para abordar las situaciones clínicas se presenta la necesidad de formar a los estudiantes en recolección de datos, análisis de información, aproximaciones diagnósticas y la toma de decisiones sobre algún tipo de terapéutica.

Autores como Laredo-Sánchez y Lifshitz (2001) coinciden en que la enseñanza de la clínica ha tenido desde sus orígenes una condición artesanal, dada en la figura del maestro experto que muestra el arte al discípulo, quien intenta copiar en base a ensayo y error. Un rastreo histórico-genealógico muestra que la enseñanza de la clínica se vincula en sus inicios con la medicina hipocrática. Aparece relacionada con la enseñanza de la semiología y la anamnesis médica. Se trataba entonces de interpretar los síntomas y la enfermedad (Foucault, 1999).

La enseñanza de la clínica, desprendida ya de su vinculación con la religión, reaparece en las universidades y con más empuje durante la revolución industrial. En ese entorno, las leyes de la medicina pasan de ser un mero arte personal a ser una convicción con leyes objetivas.

Surge en ese momento el llamado *método clínico* como aplicación del método científico al estudio de la salud y de la enfermedad.

A medida que se desarrollaron las técnicas diagnósticas y terapéuticas, la enseñanza de la clínica se fue imponiendo como tema de discusión y de desarrollo.

A partir de la Cumbre Mundial de Educación Médica, celebrada en Edimburgo en 1993, se comienza a gestar un movimiento internacional para lograr un cambio articulado entre la educación médica, la práctica médica y la organización de la salud. Este movimiento se genera con la intención de apuntar a la formación de un profesional adecuado a las necesidades económico-sociales de los respectivos países. Un profesional capaz de enfrentar los avances científicos y tecnológicos, sobre la base de la cooperación y la interrelación, tanto en los ámbitos nacionales y regionales como a nivel mundial.

En la actualidad, se comienza a plantear una falsa dicotomía con respecto a la relación entre el uso de la tecnología y las habilidades clínicas. Se discute entonces si a mayor desarrollo de la tecnología existe menor posibilidad de desarrollo de las habilidades clínicas.

La clínica en la enseñanza y el aprendizaje de la psicología

Como señala Espinosa (1996), la práctica clínica y la docencia en salud tienen un carácter social. Los estudiantes deben manejar un nivel teórico-metodológico que les permita identificar, analizar y resolver, con eficacia y eficiencia, los problemas de la práctica social.

En la enseñanza de la clínica, y específicamente en psicología, se plantea la discusión de cuál sería la forma de enseñanza más exitosa y con mejores resultados.

Para Barbier (1999), el mundo de la formación funciona como una transformación y un progreso de las capacidades. Señala este autor que el profesional formado va a utilizar luego,

en una situación real, lo que aprendió en su formación. Por otra parte, entiende que la acción 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.

Por su parte, Ferry (1997) ha definido la formación como algo que se relaciona con la forma de formarse, o sea, de adquirir una forma. Esta sería una forma para actuar, para reflexionar y para ir mejorando esa forma. Señala que cuando se habla de formación se habla de formación profesional y de estar en condiciones de ejercer la práctica profesional.

Otra particularidad de la enseñanza de la clínica está dada por el hecho de que el «caso clínico» es único e irrepetible (Irby, 1995). 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, y propone la denominación de *zonas indeterminadas de la práctica*, que él vincula directamente con la toma de decisiones. La formación en clínica requiere la adquisición de competencias que posibiliten actuar en esas zonas indeterminadas de la práctica.

Esta cualidad de inmanencia de la clínica ha sido trabajada por Schmidt, Norman y Boschuizen (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*, siempre novedosos y singulares.

Como señala Lifshitz (2004), el

aprendizaje de la clínica implica adquisiciones vinculadas a las ciencias básicas, la nosología y la propedéutica, pero incluye además e inevitablemente la experiencia clínica.

La enseñanza de la clínica 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 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 currículos (Lucarelli, 1994) ha llevado a propuestas integrales desde los inicios de la formación. Apuntan a que en cada espacio de enseñanza se juegue la posibilidad de desarrollar formas de operar y de elaborar conocimientos y actitudes relativas a las prácticas profesionales.

Considerando las revisiones de diferentes autores, se puede concluir, como señala Lifshitz (2004), que los programas más exitosos a efectos de la enseñanza de la clínica suelen compartir determinadas características. Son sustentados en el *aprender haciendo* e incentivan la motivación por la responsabilidad. A su vez, incluyen los parámetros de asesoría y supervisión como eje de la enseñanza. Para este autor, estos elementos deberían estar en función de lograr la articulación entre teoría y práctica, con la intención de que la teoría se supedite a la práctica y no a la inversa. La teoría y la práctica deben ser elementos inseparables de la investigación. La práctica incrementa el conocimiento de la disciplina y a su vez es en sí misma una estrategia educativa eficaz, que fomenta en el estudiante la crítica, la observación y el escepticismo.

Con relación a estos modelos de enseñanza de la clínica, se propone que el propio estudiante sea quien iden-

tifique las modulaciones a que aspira para su futuro como profesional.

Como señala Fernández Sacasas (2000), la educación superior, en relación con las carreras vinculadas a la salud, ha sufrido cambios muy profundos en cuanto a la metodología utilizada a efectos de su aprendizaje y su enseñanza. Para este autor, las prácticas de enseñanza vinculadas a la clínica aparecen cada vez más centradas en el sujeto que aprende, lo cual se relaciona con las motivaciones para el aprendizaje y las formas de aprendizaje presentes en los estudiantes.

Díaz Barriga (2006) sostiene que en los últimos años las mallas curriculares de las carreras de la educación superior se aproximan a la enseñanza por competencias, a pesar del cuestionamiento que este tipo de enseñanza ha generado en algunas universidades latinoamericanas.

En este sentido, enmarcándose como un autor crítico del aprendizaje por competencias, Díaz Barriga afirma que es necesario cuestionarse si este tipo de aprendizaje es realmente una innovación, o solo se presenta con una apariencia de cambio. Para este autor, es necesario definir las conceptualmente y luego aplicarlas en el campo curricular.

De todas formas, y pese a los cuestionamientos en la enseñanza de la clínica y especialmente en el campo de salud, el aprendizaje por competencias se ha ido desarrollando, si bien muchas veces las instituciones de enseñanza superior no explicitan en forma directa tal acción (Díaz Barriga, 2006). Señala Cullen (1996: 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.

En la enseñanza de la clínica, tanto como en la educación en general, se

observa el uso cada vez más reducido de la clase magistral y una mayor consideración de la enseñanza personalizada (Venturelli, 2003). Este autor señala en sus desarrollos sobre el aprendizaje basado en problemas que, a efectos de enseñar clínica, se requieren otras destrezas además de memorización, y se hace necesaria la presencia permanente de alguien que oriente el aprendizaje. También señala la necesidad de un tutor para orientar y facilitar este aprendizaje.

Si bien estas propuestas tienden a una enseñanza cada vez más personalizada y a la utilización de tutores de diferentes tipos (docentes, pares, etcétera), la numerosidad de estudiantes en algunas carreras de la Universidad de la República, como Psicología, obliga a desarrollar dispositivos para atender a un gran número de estudiantes y coloca la enseñanza de la clínica como una problemática a trabajar.

Los saberes en juego: el saber disciplinar, el profesional y el saber enseñar

Considerando la fundamentación precedente, se podría decir que para la enseñanza de la clínica no bastan un manejo adecuado del objeto de saber ni una excelencia en el manejo pedagógico, sino que además es necesario (Andreucci, 2012) contar con profesores autónomos, críticos, reflexivos e indagativos, con competencias comunicativas tanto en el lenguaje oral como en el escrito, con capacidad para tomar decisiones y actuar bajo la incertidumbre, tolerando el fracaso y la frustración.

Feldman (2010) plantea que el docente maneja «conocimientos de orden práctico, que serían aquellos que dan significado y orientan la práctica en relación a la experiencia o valoraciones personales» (p. 79). Sostiene que la práctica educativa «se constituye en nuestros relatos como efecto del punto de vista que utilizamos» (p. 100).

Los conocimientos profesionales (que incluyen los conocimientos cotidianos y las suposiciones tácitas o teo-

rías implícitas) pueden ser la base del accionar del docente, sin que este sea consciente de ello.

Se podría decir que para enseñar clínica se requieren 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 trabajar singularizando la experiencia pedagógica.

Por lo tanto se juega 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 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 transposición 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 claramente explicitadas, pasan a formar parte de las representaciones que maneja el docente o de las 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.

Estos niveles de complejidad de la enseñanza de la clínica llevan a indagar los diversos planos que se entrecruzan y componen la práctica de enseñanza. Entre ellos, una de las dimensiones a investigar han sido las concepciones que manejan los docentes en referencia a las competencias para la clínica en la psicología. En el acto de enseñar el docente moviliza sus propias estructuras de aprendizajes inconscientes, motivaciones y represiones

(Gasalla, 2001). Se considera que esas concepciones (sistemas cognitivos que incluyen valores y normativas y generan orientaciones actitudinales) inciden en la formación de los estudiantes, ya los docentes las promueven en su enseñanza.

Estrategia metodológica

Para aproximarse a las concepciones presentes en los docentes acerca de las competencias que promueven en la enseñanza de la clínica, se utilizó una metodología de tipo cualitativo. Taylor y Bogdan (1986) definen la investigación cualitativa como «aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable» (p. 20). Se buscó describir hechos y acontecimientos que acontecen en el escenario de la práctica de enseñanza (Hernández, Fernández y Baptista, 2003), tomando como unidad de análisis las palabras y perspectivas de los informantes.

Como señala Covarrubias (2011), las concepciones y las representaciones en el ámbito educativo son significativas, dado que develan fenómenos que no se aprecian a simple vista, pero que son influyentes en los procesos de enseñanza y de aprendizaje.

El universo de análisis estuvo integrado por los docentes del Instituto de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

Se realizó un muestreo intencional de docentes para ser entrevistados. A su vez, se estableció un número reducido de unidades de análisis.

Para la realización de las entrevistas, se consideraron los docentes representativos que podían aportar a la investigación por su trayectoria en tareas de enseñanza de la clínica y de responsabilidad en tareas de gestión de la enseñanza vinculada a la clínica.

Se seleccionaron diez docentes, incluyendo aquellos que tenían a cargo prácticas de enseñanza en las unidades curriculares obligatorias vinculadas con la clínica psicológica.

En el marco de las herramientas pro-

pias de las investigaciones cualitativas, se optó por la entrevista semiestructurada. Tal como plantea Lluch (2002), mediante este tipo de entrevista se puede acceder fácilmente a información que está vinculada a prácticas cotidianas de los sujetos entrevistados. A su vez, Taylor y Bogdan (1986) señalan que la entrevista semiestructurada permite una serie de preguntas preestablecidas, con un guion prefigurado. Se propuso este tipo de entrevista porque se disponía de tópicos sobre los cuales se tenía interés en obtener información concreta, y a su vez por ser un recurso que brinda al entrevistado la posibilidad de introducir matices y reflexiones.

A partir de las entrevistas, se identificaron las concepciones que tienen los docentes acerca de las competencias para la clínica y en especial de la dimensión actitudinal que se requiere en la profesión de psicólogo para el ejercicio de la clínica. Se indagó también sobre los recursos utilizados en los dispositivos de enseñanza que potencian las competencias para el ejercicio de la clínica.

Se atendió especialmente al discurso, registrándose a su vez gestos y comunicaciones no verbales, tono de voz, entre otros aspectos que ayudaron a interpretar el significado de lo enunciado y de las interacciones (Bogdan y Taylor, 1987).

Las dimensiones que se tomaron para el análisis de las concepciones de los docentes sobre las competencias formativas para la clínica dentro de la psicología se organizaron en tres categorías: competencias cognitivas, procedimentales y actitudinales.

El registro obtenido de las entrevistas se codificó y categorizó en función de las dimensiones planteadas. Se identificaron tópicos relevantes en relación con las concepciones presentes en los docentes y se realizó una codificación abierta (Strauss y Corbin, 1990, en Valles 1990, citados por Osses, Sánchez Tapia e Ibáñez, 2006). Posteriormente, se procedió a un análisis interpretacional mediante el cual se exploraron las conexiones entre las unidades.

Análisis

Se registraron en las entrevistas realizadas una diversidad de enunciados referidos a las competencias que son necesarias para el ejercicio de la clínica en psicología. Estos enunciados presentaron el carácter de complementariedad; no se encontraron entre las afirmaciones contenidos contradictorios ni excluyentes.

Las competencias que destacan los docentes en las entrevistas entrelazan aspectos cognitivos, procedimentales y actitudinales. Por ejemplo, enfatizan contenidos tales como la escucha clínica, la mirada clínica, la atención flo-tante, la empatía, el uso de la distancia óptima, la presencia de una estructura de demora, la puesta en práctica del pensamiento clínico.

Se condensan en las concepciones presentadas fundamentos teóricos, herramientas técnicas y aspectos actitudinales.

Cada uno de los componentes que integran las competencias (saber, hacer, ser) no opera de modo aislado, sino que adquiere sentido en la articulación con los otros.

Los aspectos vinculados a las actitudes clínicas están teñidos tanto de los marcos referenciales y conceptuales del psicólogo clínico como de las herramientas técnicas, los instrumentos de la práctica profesional y la propia subjetividad de quien ejerce el rol profesional, con sus aspectos conscientes e inconscientes.

Existen algunos aspectos que los docentes consideran herramientas sustanciales para el desempeño de la clínica en la psicología, tales como el análisis personal, la supervisión y el análisis de la implicación.

Estos aspectos aportan al reconocimiento del sujeto de sus propios límites, la regulación de sus emociones, el manejo de la ansiedad que genera el encuentro, la disociación instrumental necesaria en el trabajo con el sufrimiento del otro y la construcción de un vínculo adecuado.

Pese a considerar que este tipo de herramientas que refieren al *ser* son muy valiosas, los docentes no las perciben

como incluidas dentro de los tránsitos curriculares formales.

Las competencias para la clínica psicológica que los docentes destacan en la totalidad de las entrevistas realizadas refieren a.

- la capacidad para establecer una escucha activa
- el manejo y el conocimiento de teorías sobre la subjetividad
- el poder posicionarse éticamente
- la capacidad de interrogación o reflexividad
- la posibilidad de implicarse y el compromiso o involucramiento en el vínculo con el otro.

Se encontraron, además, en el discurso de los docentes, 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 a los aspectos actitudinales.

La evaluación fue la dimensión a la que menos hicieron referencia los docentes en todas las entrevistas. En general, los docentes perciben la evaluación despegada del proceso de enseñanza, la consideran un problema dada la numerosidad de las matrículas estudiantiles de los cursos obligatorios.

En todas las entrevistas se registró consenso en cuanto a que la evaluación en las unidades curriculares obligatorias debe hacer foco en los aspectos conceptuales relativos al *saber* que se visualizan mediante la comprensión lectora. Por ejemplo, aparece de modo reiterado este enunciado:

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

Aun así, se espera que esa lectura tenga un carácter reflexivo y no sea 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 del estudiante de los conceptos trabajados (el *saber cómo*). Se dice entonces:

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 la 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, etcétera, construya una estrategia de intervención. 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 cómo ejercen la mirada, la escucha clínica, qué análisis pueden realizar y qué estrategias se proponen seguir. (E. 3, E. 4, E. 6)

La evaluación de la actitud clínica apareció como una dimensión poco pensada. 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 este realiza 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, cómo 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)

La numerosidad de las unidades curriculares obligatorias establecidas en el plan de estudios de la Facultad de Psicología (Udelar) aparece como un obstáculo para los docentes que privilegian en la enseñanza de la clínica el trabajo personalizado, singularizado con el estudiante. En todas las entrevistas realizadas, los docentes destacaron la necesidad de enseñar clínica en situaciones prácticas.

Estas apreciaciones concuerdan con los planteos de varios autores sobre la relevancia que adquieren en la enseñanza de la clínica los dispositivos de práctica clínica (Hernández Aristu, 1997), práctica tutorada (Andreozzi, 1996), prácticum reflexivo (Schön, 1992), aprendizaje en servicio (Camilloni, 2010), etcétera.

Los docentes plantean, además, que para llegar a la práctica los estudiantes requieren preparación teórica:

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

Los docentes hacen hincapié en que la numerosidad genera un relacionamiento entre docentes y estudiantes de tipo despersonalizado, en el que predominan 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 sí (E. 7)

en los seminarios optativos sí 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 cómo piensa, cómo procesa e interpreta el estudiante... la clínica es algo ínti-

mo 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 tornan un desafío. Sin embargo, 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 que es a través de los casos clínicos que pueden aproximarse a la clínica. La numerosidad es visualizada como uno de los factores que generan 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 en la que aprende a hacer en un *como si*.

en situaciones prácticas, el *roll playing* prepara para el trabajo de campo, uno ve al estudiante cómo interviene, cómo 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 la 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)

Conclusiones

A partir de las preguntas formuladas, el trabajo de campo y los desarrollos de los diferentes autores, se concluye que la enseñanza de la clínica moviliza competencias singulares y diferentes de las que se esperan en otro tipo de enseñanza.

La clínica psicológica requiere del desarrollo de cualificaciones personales y competencias que se conforman

mediante la práctica y la reflexión sobre la acción, siendo estos elementos indispensables para la enseñanza de la clínica. Si bien los docentes plantean acuerdo con respecto al desarrollo de competencias vinculadas a contenidos, procedimientos y actitudes específicas para la clínica, en los hechos consideran que predomina el desarrollo de saberes y saber cómo. En las evaluaciones se valoran básicamente contenidos y capacidad de reflexividad. Pero se señala que no se toman en consideración los procedimientos ni actitudes clínicas, dados los dispositivos y la numerosidad de estudiantes en las unidades curriculares obligatorias.

En este sentido, la enseñanza de la clínica se relacionaría con la posibilidad de desarrollar en el otro (estudiante) estrategias, razonamientos y destrezas que necesitan un pensamiento autónomo que facilite la resolución de problemas clínicos y viabilice la capacidad de anticipar y resolver situaciones inesperadas. 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. En este sentido se valora el saber profesional tanto como el saber disciplinar y el saber enseñar. (Barbier, 1999).

Los docentes que enseñan clínica a nivel superior están regidos por diferentes instituciones: la que corresponde a su rol docente y la que corresponde a su rol profesional (asociaciones profesionales).

Precisamente, la esencia de quien enseña clínica pasa por tener un importante bagaje profesional clínico y por poseer atributos para la enseñanza de la clínica, lo cual, además de requerir aptitudes específicas como las que mencionábamos en la discusión teórica, requiere formación en didáctica y en pedagogía. Este punto no es considerado relevante por los docentes, quienes señalan que ser un buen profesional y un buen clínico los avala para el ejercicio de la docencia en enseñanza superior.

Esta concepción responde, como señalan McLean y otros (2001), a los

modelos derivados del profesionalismo que se han desarrollado del 2000 en adelante.

A partir de estos aportes, sería necesario trabajar la articulación de las competencias clínicas y los modelos

derivados del profesionalismo con el quehacer docente concreto y la formación didáctica específica para este tipo de enseñanza. Esto implicaría, por un lado, rediseñar los dispositivos de enseñanza, de forma tal que

permitieran incluir las dimensiones procedimentales y actitudinales propias de las competencias clínicas, aun en la numerosidad estudiantil, y por otro lado, trabajar en la formación del docente.

Referencias bibliográficas

- 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.
- 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>.
- BARBIER, J. M. (1999). *Prácticas de formación, evaluación y análisis. Formación de formadores*. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Bogdan, R. y Taylor, S. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.
- CAMILLONI, A. (2010). 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.
- CHEVALLARD, Y. (1997). *La transposición didáctica. Del saber sabio al saber enseñado*. Buenos Aires: Aique.
- COVARRUBIAS PAPAHIU, P. (2011). Representaciones sobre la enseñanza. Una indagación en estudiantes universitarios. *Sinéctica*, n.º 36, 53-70. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=2297777&pid=S0185-2698201300020000600009&lng=es.
- 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.
- DÍAZ BARRIGA, Á. (2006). El enfoque de competencias en educación. ¿Una alternativa o un disfraz de cambio? *Revista Perfiles Educativos*. Tercera época. Año I, Vol. XXIII. México DF: Universidad Nacional Autónoma de México. 7-36. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=13211102>.
- ESPINOSA, A. (1996). La unicidad en la diversidad en clínica. Factores en cuestión. Simposio *La clínica a las puertas del siglo XXI*. Bol. Ateneo Julio César García 4:93-103.
- FELDMAN, D. (2010). *Enseñanza y escuela*. Buenos Aires: Aique.
- 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.
- FOUCAULT, M. (1999). *Arqueología del saber*. México: Siglo XXI.
- FREIDSON, E. (1985). The theory of professions: State of the art. En R. DINWALL y P. LEWIS (eds.). *The sociology of the professions: Lawyers, doctors and others*. London: MacMillan Press.
- GARDEY, M. y GALLI, A. (1999). Formación docente de profesionales de la salud. Tensión entre teoría y práctica: una cuestión recurrente. *Rev. Fundación Facultad de Medicina de la UBA*. Vol 8, n.º 31, 6-9.
- GASALLA, F. (2001). *Psicología y cultura del sujeto que aprende*. Buenos Aires: Aique.
- GUERRERO SERÓN, A. (2007). El análisis sociológico del profesorado: categoría social y agente educativo. *Educación y Futuro*, 17, 43-70.
- HERNÁNDEZ ARISTU, J. (1997). La dualidad entre la acción y la estructura. La organización didáctica del prácticum. En APODACA, P. y LOBATO, C. (ed.).
- HERNÁNDEZ, FERNÁNDEZ y BATISTA (2003). *Metodología de la investigación*. Mexico: McGraw-Hill.
- IRBY, D. (1995). Teaching and learning in ambulatory care settings: A thematic revue of the literature. *Academia Medical*. 70 (10), 898-931.
- LAREDO-SÁNCHEZ. F y LIFSHITZ, A. (2001). *Introducción al estudio de la medicina clínica. Un nuevo enfoque*. México: Prado.
- LIFSHITZ, A. (2004). LA ENSEÑANZA DE LA COMPETENCIA CLÍNICA. *REVISTA GACETA MÉDICA DE México*. 140 (3), 312. Recuperado <http://www.edigraphic.com>.

- LUCARELLI, E. (1994). *Teoría y práctica como innovación en docencia, investigación y actualización pedagógica*. Cuaderno de Investigación n.º 10. Buenos Aires: UBA.
- LUCARELLI, E.; FINKELSTEIN, C.; DONATO, M.; CALVO, G.; DEL REGNO, P. y FELDMAN, D. (2010). Relaciones entre conocimiento y acción. En D. Feldman, *Enseñanza y escuela*. Buenos Aires: Paidós, 77-100.
- MAC LEAN, M. (2001). Qualities attributed to an ideal educator by medical students: should faculty take cognizance? *Med Teach*, 23: 367-370.
- OPS/OMS-FEPAFEM (1993). *Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica*. Edimburgo.
- OSSES BUSTINGORRY, S.; SÁNCHEZ TAPIA, I. e IBÁÑEZ MANSILLA, F. M. (2006). Investigación cualitativa en educación: hacia la generación de teoría a través del proceso analítico. *Estudios Pedagógicos* (Valdivia), 32 (1), 119-133. Recuperado de <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052006000100007&lng=es&tlng=es>. 10.4067/S0718-07052006000100007.
- SCHMIDT, H. G.; NORMAN, G. R. y BOSHUIZEN, H. P. (1990). A cognitive perspective on medical expertise: theory and implications. *Academic Medicine*, 65, 611-621.
- SCHÖN, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos*. Barcelona: Paidós.
- TAYLOR, S. y BODGAN, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.
- VENTURELLI, J. (2003). *Educación médica: Nuevos enfoques, metas y métodos*. Serie PALTEX Salud y Sociedad 2000 n.º 8 OPS-OMS. 205-207.
-

