

Investigaciones

Investigaciones:

Alberga los trabajos derivados de las investigaciones realizadas en educación superior.



La clínica en psicología: un recorrido por los aprendizajes de los estudiantes

Resumen

El objetivo de este trabajo es exponer las representaciones de los estudiantes acerca de cómo fue su proceso de enseñanza y aprendizaje durante una práctica preprofesional en clínica psicológica. Para ello se tomaron fragmentos de sus discursos obtenidos en entrevistas realizadas antes, durante y una vez finalizada su práctica. El seguimiento longitudinal de las formas de representar el aprendizaje permitirá ver si hubo cambios en el posicionamiento de los estudiantes a lo largo del tiempo.

El aspecto que más resalta en el análisis de los datos es la relación que existe entre el concepto de clínica manejado por esta comunidad y los aprendizajes que los estudiantes pudieron o no lograr.

Palabras claves:

clínica, aprendizaje, comunidad de práctica.

Luciana Aznárez

Pontificia Universidad
Católica de Chile, Chile

lucianaaznarez@gmail.com

Citación recomendada:

AZNÁREZ, Luciana (2015). «La clínica en psicología: un recorrido por los aprendizajes de los estudiantes». En: *InterCambios*, vol. 2, n.º 1, junio.

Introducción

Este artículo presenta algunos resultados de la investigación *Construcción discursiva de la identidad de profesionales clínicos en psicología*. Específicamente, se enfoca en la experiencia de aprendizaje de los estudiantes en una práctica preprofesional en clínica psicológica.

El caso de análisis es un dispositivo de enseñanza-atención que se brinda en una facultad de psicología donde se ofrece atención psicológica durante seis encuentros a cargo de un estudiante avanzado. Luego de estas consultas el paciente es derivado o no a otros servicios de salud. En lo que refiere a la práctica de enseñanza, además del estudiante entrevistador (E1), hay un docente (D) y otro estudiante (E2) que tiene el rol de observador.

Los datos se obtuvieron a partir de un estudio etnográfico durante un semestre: participación del investigador en el curso, grabaciones de consultas terapéuticas, supervisiones grupales, entrevistas a docente y estudiantes participantes en la práctica (un total aproximado de 35 horas de

grabación). Para este trabajo se tomarán exclusivamente las entrevistas a los estudiantes que llevaron a cabo la consulta (E1 y E2) y que fueron realizadas antes de la práctica, durante y una vez que esta estaba finalizada.

El objetivo de este trabajo es presentar la visión de los estudiantes acerca de cómo fue el proceso de enseñanza y aprendizaje en la clínica. Para ello se utilizan los conceptos de *comunidad de práctica* y se analiza el discurso de los estudiantes a partir de su *participación periférica legítima* como novatos que buscan llegar al lugar de expertos (Lave y Wagner, 1997). Asimismo, se toma la conceptualización de Schön (1987) de racionalidad práctica, en la cual el mundo profesional se comprende en términos de reflexión sobre la acción profesional.

Las concepciones de aprendizaje de los estudiantes se presentan en el siguiente orden: antes, durante y una vez finalizado el proceso de resolución de la consulta (PRC). Finalmente, se sintetizan los hallazgos y observaciones obtenidos a partir de los datos.

La clínica en psicología

Para investigar el concepto de clínica de esta comunidad, se recurrió a dos fuentes, por un lado, al discurso de la docente y, por otro, al material teórico de la asignatura.

La docente plantea que la clínica

Tiene que ver con el encuentro con un otro, en donde, bueno, poder escuchar y ver. Digo, escuchar en un amplio sentido, porque también implica ver, sentir y pensar junto al otro ¿qué es lo que está pasando? ¿No?, como cosa muy general, por decirlo de alguna manera, para que lo entienda alguien que no tenga que ver con lo disciplinar (primera entrevista docente).

El planteo de que la clínica implica «el siento, creo, pienso y sé» es tomado de Fernando Ulloa, quien señala que estos niveles corresponden a la clínica, mientras que la estrategia clínica refiere a cómo se lleva a cabo el método clínico.

A partir de la convergencia de ambos discursos, se puede afirmar que para esta comunidad de clínica hay cuatro tipos de verbos que definen lo clínico: escuchar, ver, sentir y pensar. En este sentido, lo clínico se caracteriza por la forma de percibir (audición y vista), el afecto (los sentimientos) y los aspectos cognitivos generados en el encuentro con el otro (el pensamiento).

Desde el punto de vista de la gramática sistémico-funcional (GSF), estos verbos denotan *procesos mentales* (Halliday, 1994), es decir que acontecen internamente en la mente del psicólogo y no conllevan una respuesta inmediata en el mundo circundante. A partir de este planteo teórico, se puede afirmar que la *agentividad*, es decir, el poder de la acción del sensor (protagonista de los procesos mentales), queda fuera de «lo clínico».

Lo curioso, si se tiene en cuenta que la materia prima del trabajo psicológico es la palabra, es que no se mencione el verbo *decir*. Al parecer, esta suerte de ausencia del «habla o del lenguaje» como herramienta de la clínica es propia tanto de los psicoterapeutas como de los psiquiatras, según Fortugno y Chenail (1995, citados en Morris y Chenail, 1995). Estos autores señalan que si uno pregunta a estos profesionales qué es lo que hacen en sus trabajos con los pacientes, ellos responderán con una variada y rica descripción teórica (psicológica, sociológica y de diagnósticos), además de declaraciones acerca de los modelos terapéuticos que guían su práctica. Sin embargo, dicen estos autores que: «talk about language will be absent»¹ (ibíd.: 159). Para afirmar su planteo, citan a Percy (1987, citado en ibíd.: 159):

It is a matter for astonishment, when one comes to think of it, how little use linguistics and other sciences of language are to psychiatrists. When one considers that the psychiatrist spends most for his (or her) time listening and talking to patients, one might suppose that there would be such a thing as a basic science of listening-and-talking, as indispensable to psychiatrist as anatomy to surgeons. Surgeons traffic in body structures. Psychiatrists traffic in words.

Si se parte de la base de que los psicólogos también realizan sus intercambios a través de las palabras, ¿qué es entonces la clínica para estos actores sociales y para nuestra comunidad de práctica objeto? ¿Acaso pensar, sentir, creer y saber no son formas de experimentar procesos que cognitivamente finalizan en la elaboración de una respuesta verbal frente a una narración del paciente? ¿Por qué «el decir» está ausente?

En este artículo intentaré demostrar cómo incide esta definición de

clínica en su enseñanza y aprendizaje y si esta ausencia del plano del decir tiene consecuencias para la formación de los futuros profesionales.

A continuación se presentan los primeros datos obtenidos sobre las representaciones de los estudiantes antes de desempeñarse en la entrevista clínica.

Formación y dispositivos: imaginarios previos

La exploración de las expectativas de los estudiantes tiene directa relación con lo que Schön (1987) denomina «el deber ser de la profesión» que influye en el «pensamiento práctico». Es decir que la manera en la que los estudiantes se visualizan en su papel de entrevistadores tiene conexión directa con lo que ellos considerarán aprendizaje, en una primera instancia.

El cuadro que se presenta a continuación sintetiza el discurso acerca del rol del entrevistador de cada uno de los tres estudiantes que llevaron a cabo un PRC.

El *deber ser* de la profesión se manifiesta claramente en las formas verbales elegidas por los estudiantes para realizar sus narraciones: formas impersonales del verbo *haber*: «hay que», y en infinitivo, «tratar de, manejar, ser, estar», que funcionan como construcciones modales en las que se inscribe el grado de obligación. Por ejemplo, las perífrasis verbales que indican deber: «que pueda escuchar» o el verbo *ser* en modo subjuntivo: «que sea más asertiva». Las modalizaciones son utilizadas para intensificar o dar a la proposición fuerza o necesidad. Asimismo, se encuentran formulaciones con el verbo *implicar* en las cuales el antecedente «poder escuchar» implica al consecuente «controlar/posponer la ansiedad».

La definición de clínica presentada mostró la preeminencia de las percepciones, afectos y aspectos cognitivos generados en el sensor durante el encuentro. Se vio que la clínica estaba

Rol de entrevistador	Antes
PRC 1	(1) «desde nuestro punto de vista desde nuestro lugar mejor dicho este trat desde mi lugar tratar de escuchar y poder contener a esa persona.» (2) «Persona que pueda escuchar que sea más asertiva que reflexione más sobre lo que piensa y que lo diga con palabras adecuadas.» (3) Manejar todas las variables: el impacto emocional. (22) Hacerlo bien, estar presente. «No podés darte el lujo de meter la pata.»
PRC 2	(4) La capacidad de escuchar implica poder «controlar/posponer» la ansiedad y las fantasías. (5) Hay que escuchar más allá del discurso, hacer hipótesis. (6) «escuchar también todo lo lenguaje corporal, todo eso».
PRC 3	(7) Ser consecuente con lo que me dice la paciente, <u>hacer preguntas pertinentes</u> y no estar pensando en dieciocho mil cosas a la vez, estar presente toda yo, poder estar presente.

Cuadro 1. Discurso del imaginario previo de los estudiantes.

relacionada con un modo de percibir al otro más que de actuar. Estas observaciones se ven reflejadas en los discursos de los estudiantes.

El modelo de clínica descrito establece como punto de partida la audición: «escuchar implica ver, pensar y sentir con el otro». Este aspecto de la teoría también está presente en las descripciones de los estudiantes: «ser consecuente con lo que me dice la paciente» (para lo que se necesita primeramente escuchar, aunque como proceso implica también al pensamiento) y «poder estar presente» (presente con todos los sentidos y el pensamiento). Estas descripciones, con diferentes grados de abstracción, son formas conceptualmente más elaboradas que la percepción sensorial.

La frase «poder estar presente» aparece en dos de los estudiantes repetida literalmente y muestra cómo se configura el imaginario del rol profesional. Este adquiere diversos sentidos: «no pensar en dieciocho mil cosas a la vez», «controlar la ansiedad y

las fantasías», «hacer hipótesis», «pensar», «escuchar más allá del discurso». El verbo *poder* marca la orientación hacia ese «estar presente» como un ideal; si bien no se trata del verbo *deber*, hay una certeza mayor que la de *necesitar estar presente*. Asimismo, «estar presente» está ligado al hecho de llevar los procesos mentales a la acción a través de la palabra: hacer preguntas pertinentes y ser asertiva (decir con las palabras adecuadas).

Esta primera aproximación de los estudiantes muestra aspectos de la clínica que se trabajan con énfasis en la supervisión: el momento de sentir y de pensar (Aznárez, 2012), pero también aparece mencionado el momento «del decir o actuar» en el rol profesional: «hacer preguntas pertinentes», «que lo diga con palabras adecuadas», etc.

Con relación a las expectativas de los estudiantes frente a su futuro desempeño, aparece el fenómeno descrito como «deber ser de la profesión». Sus manifestaciones discursi-

vas están presentes en las expresiones deónticas, la repetición del discurso de la clínica como un proceso de percepciones eminentemente auditivas (marcadas por el verbo *escuchar*) y, como aspecto diferente al discurso profesional, el *decir* aparece como algo propio de la técnica clínica.

A continuación, se presenta el discurso de los estudiantes durante la práctica clínica.

La práctica profesional: ejercicio del rol

Cuando los estudiantes han estado frente al paciente, se movilizan cuestiones referidas a los aprendizajes previos, se perciben «carencias de la formación» o se constata la utilidad de las técnicas proyectivas en el trabajo clínico. Sin embargo, el vértigo de la práctica también genera certezas que parecen inevitables para la formación: «a veces uno no sabe, estás en esto, en esto vas a aprender».

¹Hablar sobre el lenguaje estará ausente' (traducción propia).

Rol de entrevistador	Antes
PRC 3	(8) «implicó trabajar con la sorpresa.» Adaptarse. (9) Comprender la utilidad de los test, saber cuándo y qué aplicar. «Lo que uno va pensando lo muestra clarito.» «No sabía que el Rorschach puede ser contraproducente.» (10) Aprender a ver los problemas de la persona que consulta. «No podía ver lo enfermo en él, como que me costaba mucho», eso lo llevó a hablarlo con su psicóloga «de eso de ta, que soy estudiante, como que bajar todo a tierra», «que ta, que tampoco tengo que verlo enseguidita, que es lo que yo quería». «Choca que capaz que yo no me puedo dar cuenta en ese momento, que aunque yo lo veía como raro y como que algo no andaba bien y no coincidía con lo que me esperaba.»
PRC 2	(11) Cuestionamiento acerca de la forma de registrar. (12) «que a veces no sale todo bien y no sale todo como queremos que salga.»

Cuadro 2. Discurso de los estudiantes durante las consultas en su rol de entrevistador.

En el cuadro que antecede, se sintetiza lo que los estudiantes manifestaron como aprendizaje mientras estaban realizando la práctica clínica.

Una de las primeras apreciaciones que se realizan en el «durante» la práctica es que esta se vuelve el centro tanto de la formación como del aprendizaje. Si bien al inicio las representaciones estaban ligadas al «deber ser profesional», ahora están centradas en el impacto de la práctica.

Así, en el discurso de los estudiantes se puede ver que el aprendizaje está ligado a la incertidumbre y a la complejidad de trabajar con «la sorpresa», a la necesaria adaptación a esa realidad, «que a veces no sale todo bien y no sale todo como queremos que salga».

El tema de trabajar con la incertidumbre es propio de la comunidad de práctica clínica (Irby, 1995; Andreozzi, 1996; Erickson, 1999; Finkelstein y Gardey, 2006; Lucarelli, 2009). Incluso, se puede afirmar que este aspecto ya se podía advertir en el apartado anterior cuando en las entrevistas previas los estudiantes hablaban de «manejar todas las variables». Sin embargo, en este momento tiene una intensidad que desborda la palabra: «tratás de

adaptarte a ciertas líneas que considerás apropiadas pero es distinto».

Esta forma de pensar y trabajar con la incertidumbre es netamente diferente de lo que sucede en el campo de la medicina, por ejemplo. Allí el estudiante debe realizar un estudio semiológico del paciente para arribar a hipótesis diagnósticas y debe demostrarlas para legitimar su saber académico. Erickson (1999) habla de la cultura machista en medicina y de cómo hay que evitar caer en la incertidumbre, ya que eso no es bueno para la construcción de una imagen profesional positiva. En el caso de esta práctica, la incertidumbre no está marcada ni positiva ni negativamente, ella está integrada a la forma de trabajo de esta comunidad clínica.

En términos teóricos, se puede afirmar que la responsabilidad de los estudiantes pasa por asumirse desde una «participación periférica legítima» (Lave y Wegner, 1997) en la que, si bien «se juega mucho de uno ahí adentro», el dispositivo de trabajo, asistido por la docente y la supervisión, habilita a hablar de lo que no se sabe como una forma de aprender en esta profesión.

En el siguiente apartado, se presenta el discurso de los estudiantes

luego de finalizada la práctica. Este permitirá ver cómo ha sido el cambio del discurso de los aprendizajes de forma longitudinal y habilitará, en una última instancia, a plantear las reflexiones finales.

Significación de los aprendizajes: el momento después

Como se ha visto, en los momentos en los que transcurrió la práctica, esta se volvió el centro del discurso de los estudiantes. Otro aspecto importante es el contraste entre las representaciones iniciales del «deber ser profesional» y lo que realmente sucedió en la práctica. Por un lado están aquellas expectativas que se cumplieron y, por otro, las que no. Cabe resaltar que para el ejemplo 10 las consecuencias implicaron un cuestionamiento importante del rol.

La forma de significar los aprendizajes luego de la práctica muestra tres actitudes diferentes frente a la experiencia: el valor de la experiencia como experiencia, la importancia de la experiencia para entender la teoría y su influencia en la práctica. Otro as-

pecto que los estudiantes resaltan es la importancia de haber ensayado el rol y los diferentes posicionamientos como profesionales que emergieron a partir de ahí como entrevistadores novatos (Aznárez, inédito).

Debido a cuestiones de espacio y al objetivo de este artículo, en este apartado se analizará solamente un ejemplo que muestra otras características del aprendizaje, complementarias a las introducidas en el párrafo anterior.

(19)

E1: Capaz que faltó una respuesta o una instancia en donde vos pudieras ver qué fue lo que hiciste, si estuviste más acertado o menos acertado. Poder reflexionar más sobre eso, sobre, bueno, no sé, si fue apropiado decir determinada cosa o tal vez hubiera sido bueno decir tal otra. Que uno lo piensa pero es como todo, a veces en lo que vos tenés se escapan cosas que hubieran estado buenas, capaz que no sé. O conversarlo con todos los compañeros [...].

E2: No solo hablar del paciente sino hablar desde nuestro lugar.
E1: Desde el lugar de estudiante.

[...]

E2: En sí, salvo cosas muy extremas, no hubo bien o mal, pero por ahí uno puede revisar, a ver, el paciente estaba hablando de tal cosa y se le preguntó esto, ahora que lo pienso más seriamente, bueno: ¿qué hubiera preguntado? ¿Lo mismo u otra cosa?

E1: [...] Me parece que está bueno decir, mismo entre compañeros, decir esto hubiera estado bueno que dijeran o que hicieran o que preguntaran sobre este aspecto. Porque nos pareció que venía por esto, esto y esto.

E2: Como que el trabajo posterior queda solo en el material clínico, como si fuera la

hoja que vas a buscar a la fotocopiadora, en realidad, la otra parte de uno como entrevistador como que se pierde en el después.

E1: A lo anecdótico, me puso tal cara, me hizo sentir esto, más como anécdota, que más como material del trabajo. (Entrevista grupal PRC 1.)

Lo primero que se puede apreciar es la necesidad de los estudiantes de que se los evalúe (bien o mal) o se los reconozca como entrevistadores novatos que están aprendiendo, no solo por la docente sino «mismo entre compañeros, de decir esto hubiera estado bueno que dijeran o que hicieran o que preguntaran sobre este aspecto». Los estudiantes consideran que el espacio de la supervisión quedó en lo anecdótico y que habría sido mejor un espacio de «reflexión sobre la acción» (Schön, 1987). Si no existe evaluación o problematización del *decir* como herramienta de trabajo (cómo y qué se dijo), la supervisión queda en el mismo nivel que «la hoja que vas a buscar a la fotocopiadora».

Estos estudiantes reconocen que el «pensamiento en la acción» fue vivido como parte de un proceso, pero que este no debe quedarse en la acción sino que debe terminar en una reflexión, ya que ese es el camino para trascender la anécdota y construir el saber profesional. En el discurso de los estudiantes se puede ver que ellos necesitan un espacio de esas características para seguir aprendiendo. Este reconocimiento implica un posicionamiento diferente al del inicio y al de durante la práctica, ha habido un aprendizaje de que la reflexión sobre los procedimientos técnicos es tan importante como el hecho de conocer los procesos mismos, vivirlos y transcurrirlos.

Por lo tanto, se puede concluir que el «deber ser profesional» se puede cambiar, según la capacidad reflexiva de los estudiantes, que en este caso existe de forma manifiesta pero que no fue aprovechada.

Por último, está la reivindicación de los estudiantes de un espacio de trabajo sobre las técnicas del *decir* en la clínica. Este es un elemento tan valorado como la experiencia de la práctica.

En síntesis: el contenido de esta práctica de formación y atención ofrece al estudiante la posibilidad de tomar contacto directo con el trabajo que se realiza en esta comunidad de práctica. El contacto vivencial con el objeto real de trabajo habilita la construcción de conocimientos vinculados al saber-hacer (procedimientos), habilidades y destrezas; y también a las normas de calidad y de uso que están en consonancia con la buena actuación (Andreozzi, 1996).

Por otra parte, la función del docente-experto, que Schön (1987) denomina *acción profesional* (que se caracteriza por no poder ser explicitada verbalmente), actúa modélicamente para que los estudiantes tengan una referencia concreta sobre cómo se ejerce el rol profesional. Sin embargo, el dispositivo de enseñanza-aprendizaje carece de dos elementos fundamentales: 1) la reflexión sobre la acción, ausente en la supervisión, y 2) la falta de trabajo referido al «decir».

Reflexiones finales

Este trabajo mostró un recorrido de lo que los estudiantes consideraban aprendizaje antes, durante y luego de la práctica clínica. Asimismo, permitió ver la relación que existe entre el concepto de clínica manejado por esta comunidad y lo que los estudiantes notaron como falencias de la práctica: los aspectos del decir.

El concepto de clínica que se practica excluye la palabra como un contenido de enseñanza o como una herramienta a partir de la cual se desarrolla la consulta. Esta ausencia es propia tanto del discurso docente como del teórico seleccionado y, como se citó, es un aspecto común a profesionales en psicología y psiquiatría. Sin embargo, en los estudiantes aparece como un elemento del imaginario

previo y como un aspecto que no fue tratado durante la práctica. ¿Qué es lo que hace que los futuros profesionales perciban la importancia de los elementos discursivos como parte de su trabajo? Una hipótesis para explicar este fenómeno es que, como la clínica muchas veces es considerada un arte, para esta comunidad profesional haya técnicas que no se explican porque se irán desarrollando al igual que lo hará «el ojo clínico».

Sin embargo, es plenamente posible incluir las estrategias discursivas de los profesionales clínicos como un contenido explícito de la formación. Se puede mostrar a los estudiantes una sistematización de las formas discursivas de intervención profesional (Aznárez, 2012) de modo que los que recién empiezan tengan más herramientas para enfrentarse a la entrevista clínica. También sería importante que el docente en la super-

visión reflexionara acerca de cómo, por qué y en qué momento interviene el profesional, para hacer más explícito el dispositivo terapéutico y generar un espacio de reflexión sobre la acción.

Todo esto sería, sin lugar a dudas, un contenido curricular que ayudaría a visibilizar la importancia de la palabra en la clínica y a quitar el misticismo a la práctica clínica en psicología.

MORRIS y CHENAIL (1995). *Therapeutic Talk*. Nueva Jersey: LEA.

OBERHUBER, P. y KRZYZANOWSKI, M. (2008). Discourse Analysis and Ethnography. En WODAK, R. y KRZYZANOWSKI, M. (eds.), *Qualitative Discourse Analysis in the Social Sciences* (182-203). Nueva York: Palgrave MacMillan.

PERÄKYLÄ, A. (2004). Reliability and validity in research based on naturally occurring social interaction. En SILVERMAN, D. (ed.), *Qualitative research: Theory, method and practice* (283-304). Londres: Sage.

SCHÖN, D. (1987). *La formación de profesionales reflexivos*. Barcelona: Paidós.

SCOLLON, R. (2001). Análisis mediato de la acción. En WODAK, R. y MEYER, M. (comps.) (2003), *Métodos de análisis crítico del discurso*. Barcelona: Gedisa.

TAYLOR, S. y BODGAN, R. (1990). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.

WENGER, E. (2006). *Communities of practice. A brief introduction*. Disponible en <<http://www.ewenger.com/theory/>>. Acceso: 6 de julio de 2012.

Referencias bibliográficas

ACHUGAR, M. (2009). Constructing a Bilingual Professional Identity in a Graduate Classroom. *Journal of Language, Identity and Education*, 8, 65-87.

ANDREOZZI, M. (1996). El impacto formativo de la práctica. *Revista del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Educación*, Año V, 9, 20-31.

ATKINSON, P. (1999). Medical discourse, evidentiality and the construction of professional responsibility. En SARANDI, S. y ROBERTS, C. (eds.), *Talk, Work and Institutional Order* (75-107). Berlín-Nueva York: Mouton de Gruyter.

AZNÁREZ, L. (2012). *Construcción discursiva de la identidad de profesionales clínicos en psicología*. Tesis de maestría. No publicada.

BLEGER, J. (1964). *La entrevista psicológica*. Buenos Aires: UBA.

BROWN, S.; COLLINS, A. y DUGUID, P. (1989). Situated cognition and Culture of Learning. *Educational Research*, 18, 32-42.

BUCHLOTZ, M. y HALL, D. (2005). Identity and interaction: a sociocultural linguistic approach. *Discourse Studies*, 7(4-5), 585-614.

DE SOUZA, L. y VAZQUEZ, M. (1989). *La consulta psicológica, un acontecer clínico*. Montevideo: Roca Viva.

DELAMONT, S. (2004). Ethnography and participant observation. En SEALE, C.; GOBO, G. y SILVERMAN, D. (eds.), *Qualitative Research Practice* (217-229). Londres: Sage.

ERICKSON, F. (1999). Appropriation of voice and presentation of self as a fellow physician: Aspects of a discourse of apprenticeship in medicine. En SARANDI, S. y ROBERTS, C. (eds.), *Talk, Work, and Institutional Order* (109-143). Berlín-Nueva York: Mouton de Gruyter.

FINKELSTEIN, C. y GARDEY, M. (2006). Habilidades docentes en la enseñanza de la clínica. *V Congreso Nacional y II Internacional de Investigación Educativa*. Cipolleti (Argentina). Octubre, 2006.

GONZÁLEZ REGADAS, E. (1979). *Estudios psicodiagnósticos*. Montevideo: Imago.

HALLIDAY, M. A. K. (1994). *An introduction to functional grammar*. Londres: Edward Arnold.

IEDEMA, R. y SCHEERES, H. (2003). From doing work to talking work: renegotiating, knowing, doing and identity. *Applied Linguistics*, 24(3), 316-337.

IRBY, D. (1995). Teaching and learning in ambulatory care settings: A thematic revue of the literature. *Acad Med*. 70(10), 898-931 (Versión en español: traducción Mónica Gardel y Viviana Solberg, UBA).

LABOV, W. y FANSHIEL, D. (1977). *Therapeutic Discourse*. Orlando: Academic Press Inc.

LAVE, J. y WENGER, E. (1997). *Situated learning. Legitimate peripheral participation*. Nueva York: Cambridge University Press.

LUCARELLI, E. (2009). La enseñanza de prácticas profesionales en la universidad: estilos docentes diversos para aprendizajes complejos en las clínicas odontológicas. *Revista de Currículum y Formación del Profesorado* 13(1).

MENDIZÁBAL, N. (2006). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En VASILACHIS DE GIALDINO, I. (coord.), *Estrategias de investigación cualitativa* (65-105). Buenos Aires: Gedisa.