



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

TRABAJO FINAL DE GRADO.

**Análisis del proceso inferencial clínico a
través del encuentro psicoanalítico.**

AUTORA: M. Leticia Martins Rivas C.I: 3.888.664-2

TUTORA: Prof. Agda. Lic. Liliana Guerrero

Montevideo, Uruguay

30 de octubre de 2014

ÍNDICE.

1- RESUMEN	3
2- CAPITULO I	4
2.1 Contextualización de un método	4
2.2 El momento de la intervención.....	6
2.3 Un tipo de intervención: Psicoanálisis	9
3- CAPITULO II	15
3.1 El proceso inferencial clínico y la escucha.....	15
3.2 El método Inferencial	20
3.3 Tipos de inferencias	21
3.4 Mecanismos de obtención de inferencias clínicas.....	24
4- CAPITULO III.....	27
4.1 La práctica.....	27
4.2 Caso clínico Valentina.....	28
4.3 Análisis de las inferencias, caso clínico Valentina	31
5. CONCLUSIONES.....	34
6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	37

1- RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo propiciar la integración de la teoría con la técnica psicoanalítica a través de la profundización de una temática fundamental para la metodología del psicoanálisis, como es el proceso inferencial clínico. En este trabajo se pretende desarrollar el concepto de inferencia clínica y articularlo con una primera entrevista y lo que en ella se construye. Se tomarán diferentes autores tales como Adela Leibovich de Duarte, S. Freud, H. Etchegoyen, Thoma, entre otros; posicionándonos siempre desde una revisión crítica. Esta temática supone un desafío en el ámbito clínico siendo su lugar esencial en y para la cura terapéutica, constituyendo un elemento teórico - práctico imprescindible de nuestro quehacer profesional.

El proceso inferencial clínico implica la selección, registro, transformación de datos y formulación de hipótesis que se plantea el psicoterapeuta en el encuentro con el paciente. Es una decodificación de lo que transmite el paciente, donde lo verbal y lo paraverbal juegan un papel importante. Se comprende la acción terapéutica como un todo en constante movimiento, como un proceso que se encuentra atravesado por diferentes intervenciones por parte del terapeuta cuyo objetivo se orienta hacia la salud del paciente. Estos diferentes tipos de intervenciones serán con las que contará el profesional para poder llevar adelante su trabajo de forma eficiente, por lo tanto las inferencias clínicas serán definidas y analizadas como parte del proceso.

Palabras claves: Psicoanálisis, intervención clínica, Proceso inferencial clínico, tipos de inferencias.

2- CAPITULO I

2.1 Contextualización de un método

Para dar comienzo a esta monografía, que abordará la importancia de las inferencias clínicas en el encuentro con el sujeto desde un punto de vista psicológico, se partirá de ciertas premisas teóricas sobre las que se apoyará este desarrollo. Es entonces fundamental demarcar desde que teoría nos posicionamos para comprender al sujeto; desde donde lo miramos, lo escuchamos y lo pensamos; pues ésta condicionará nuestro rango de acción, generando visibilidades e invisibilidades. En este caso, como posicionamiento en cuanto a la comprensión del sujeto, se utilizará el psicoanálisis, el que como teoría científica, desarrolla un método que plantea hipótesis del sujeto e intenta buscar ratificarlas o rectificarlas.

Freud define el psicoanálisis como:

(...) un método de investigación que consiste esencialmente en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos, producciones imaginarias (sueños, fantasías, delirios) de un individuo. Este método se basa principalmente en las asociaciones libres del sujeto, que garantiza la validez de la interpretación. La interpretación psicoanalítica puede extenderse también a producciones humanas para las que no se dispone de asociaciones libres. Un método psicoterápico basado en esta investigación y caracterizado por la interpretación controlada de la resistencia, de la transferencia y los deseos. En este sentido se utiliza la palabra psicoanálisis como sinónimo de cura psicoanalítica; (...) Un conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas en las que se sistematizan los datos aportados por el método psicoanalítico de investigación y de tratamiento. (Pontalis, 1996a, p. 316)

Como exigencia metodológica esta teoría se encuentra constituida por más de un actor, los que configuran una estructura asimétrica donde las reglas fundamentales son: la asociación libre, la atención flotante, la transferencia y la regla de abstinencia y la de neutralidad. Al estilo mayéutico se da comienzo a una técnica asociativa que permite el alumbramiento de representaciones. Esta es una ardua tarea que busca generar descubrimientos y cambios en el aparato psíquico del paciente, no se trata de un artificio técnico sino que de un vínculo con características únicas que favorecen modificaciones, buscando como plantea Freud que “el tratamiento no podrá proponerse otro fin que la curación del enfermo, el restablecimiento de su capacidad de trabajo y de goce.” (Freud, 1904/1992i, T7, p. 241)

Es en el análisis donde son posibles estas modificaciones que menciona Freud. Pero entonces ¿qué se entiende por análisis? Etimológicamente la palabra análisis proviene del griego; “análysis” que significa: “acción de desatar, desenredar. Un verdadero análisis es un desenredo, un desatar dificultades “... Hablaremos de análisis cuando hay algo entero que hay que desmenuzar, desatar, en sus componentes, para entender.” (Amy, 1995, p. 48) Este desatar, desenredar, son acciones del devenir analítico y que Freud expresó como *hacer consciente lo inconsciente, levantar la represión, llenar las lagunas*. Dicha tarea requiere de una narración por parte del paciente en el que debe ser capaz de historizarse, de escucharse, reelaborarse en un *feed-back* permanente, no importando lo fáctico sino el valor psíquico que ello produce.

“El camino analítico depara dificultades y oscuridades (...) pero no se las puede despejar mediante especulaciones, sino que es fuerza que subsistan hasta que hallen solución por vía de otras observaciones o de observaciones hechas en otro ámbito.” (Freud, 1914/1992f, T14 p. 18).

Por lo tanto el trabajo del terapeuta será el de permitir la historización del sujeto utilizando la teoría y la técnica como apoyatura en su trabajo.

2.2 El momento de la intervención

Para que se dé el desarrollo del proceso inferencial clínico debe de existir previamente un espacio en el cual se pueda configurar. Se toma entonces la intervención como territorio en donde suceden y pueden analizarse dichas inferencias. La noción de intervención puede comprenderse de dos formas: una de ellas de forma acotada, es decir como una acción específica, y la otra de forma general como el proceso completo de tratamiento.

La intervención constituye un desarrollo de una secuencia con una lógica propia del terapeuta, haciendo que el proceso se considere como un todo. (...) Son las formas en que el psicoterapeuta procede en su intercambio con el paciente, y constituye su contribución fundamental al tratamiento. Toda intervención persigue un objetivo o propósito, tanto si el mismo es explícito o no para los individuos en el proceso (paciente terapeuta). (Leibovich de Duarte, Santiago; Etchebarne, Waizmann, Roussos, 2009 p. 48)

Por lo tanto una intervención puede entenderse como la primera entrevista, también llamada entrevista preliminar o inicial, que es una de las primeras etapas técnicas de contacto con un otro. Esta es llevada a cabo por un profesional con la finalidad de obtener un diagnóstico o evaluación; es una situación en donde interactúan múltiples elementos tanto internos, en cuanto al encuentro, como externos de cada sujeto y propios de este "entre". Por lo tanto podemos plantear que no es lo mismo que la entrevista se dé dentro de una institución, como que se dé en el consultorio privado de un profesional. Los factores que se desplazan juegan papeles diferentes influyendo directamente sobre la relación de los participantes. Entonces, ¿cuándo comienza la entrevista? La entrevista comienza en el momento en que el entrevistado y el entrevistador realizan su primer contacto, si se trata de una entrevista en el consultorio personal del psicólogo ésta suele ser de forma telefónica pero también se puede realizar de forma personal o a través de algún medio digital. Es importante destacar que este primer encuentro va a generar datos para ambos sujetos; será un instante en donde se irán configurando las impresiones de cada uno y comenzarán a jugar su papel las fantasías, las identificaciones, los desplazamientos, y se vislumbrarán los primeros movimientos transferenciales.

Se propone comenzar con una técnica directiva que corresponde a la presentación mutua y a la aclaración del encuadre por parte del psicólogo. Luego se pasa a una técnica de entrevista libre para que el paciente pueda expresar por que concurre. Es importante

destacar que estas formas no deben de mantenerse estáticas pues deberá en los diferentes momentos de la entrevista alternarse entre una y otra. La gran característica en psicología es que la entrevista es un encuentro entre entrevistador y entrevistado, con el objetivo de conocer y comprender algunos aspectos de la persona que consulta y su conflicto. Entre ellos se inicia un vínculo producido por ambos y se ponen en juego sus heterogeneidades y singularidades. Su sentido específico es decidir si la persona que consulta debe o no realizar un tratamiento y cuál sería el más conveniente. Por lo tanto se busca evaluar los modos psíquicos de la personalidad del consultante, y no tanto si este se encuentra sano o enfermo, pues las concepciones de salud y enfermedad que se manejan son bastante dispares con respecto a otros ámbitos de la salud.

En la primera entrevista la teoría está obligada a jugar un papel flexible y adaptativo para adecuarse a la realidad de cada sujeto que consulta. En este primer encuentro debe de adquirirse una cantidad suficiente de información que permita sin grandes certezas pensar en qué le sucede a este sujeto particular, cuáles son los hechos narrados que hacen a su historia psíquica. Pero es imprescindible saber que la información siempre queda incompleta, el tiempo de la entrevista es muy breve como para brindar un amplio pantallazo del otro. Por lo tanto es necesario tener muy presente desde donde se entiende al sujeto, qué técnicas y metodologías utilizaremos para poder comprenderlo y de qué manera actuar en consecuencia frente al otro; pues estas nos habilitarán en la comprensión de la génesis de los cuadros de manera más específica.

Las entrevistas de tipo psicológico se diferencian de una anamnesis, porque esta primera se caracteriza por permitirle al entrevistado que hable libremente de sus procesos mentales, que pueda mostrarse tal cual es, qué piensa, qué siente, qué recuerda y qué cree imprescindible contar de sí mismo. La anamnesis suele ser un formulario de preguntas estricto y cerrado confeccionado por el profesional que busca que el otro a modo de un libro de historia, responda concretamente, por lo tanto sus objetivos son recolectar información y que el entrevistado cuente como dice que él funciona. Existe una gran diferencia entre ellas pues la psicología y particularmente el psicoanálisis entiende que el sujeto no es capaz de decir qué es lo que realmente le sucede, lo que no sabe, dado que no tiene acceso consciente a dicha información. De esta forma el profesional busca lo que no se sabe, lo que el sujeto no puede contar, siendo entonces la tarea del entrevistador salir a la búsqueda de ello. Para eso se requiere por parte del entrevistador romper con lo establecido y permitir un espacio de incertidumbre para que se produzca la construcción de la entrevista con cada entrevistado particular a través de un juego de tensiones. La construcción nos habla de una

función activa de un encuentro vívido e irrepetible, en nuestro caso, el discurso de un entrevistado, de un otro. Se entiende que esta construcción es un:

... historiar, por lo tanto, no es una posición pasiva de un sujeto abstracto, sino una función activa de una subjetividad encarnada en el espacio-tiempo. Es por eso que propongo que hablemos de función historizante, para destacar la actividad y dinamismo del proceso. (...) Entiendo esta función historizante como la capacidad humana de dar sentido al pasado, sumergiéndose en los meandros de la memoria, dialogando con los restos arqueológicos que nos legó un tiempo anterior, que no puede ser revisitado más que por inferencias, hilando indicios y tejiendo historias, desde un hoy ineludible para el historiador (...) La función historizante, no registra hechos puros (...) sino que produce narraciones sobre un pasado que no es totalmente independiente de nosotros, ya que se instala a través de nuestra memoria, nuestros sistemas simbólicos, nuestras preguntas. (Najmanovich, 2001) Recuperado de www.edupsi.com/epistemologia.)

Como se refiere anteriormente, la entrevista es un encuentro pero para que esta tenga el carácter profesional que necesita debe de cumplir con ciertos requisitos imprescindibles como el encuadre, este es el lugar en donde se juntan las variables de tiempo y espacio; los costos; el papel de cada uno de los participantes y los objetivos que se persiguen. Por lo tanto es un artificio que se crea para que el encuentro cumpla con ciertas características que lo hacen diferente a una charla de amigos. Estamos hablando de variables que se fijan arbitrariamente como constantes. A partir de que son asumidas estas variables se puede comenzar a configurar el campo haciéndose posible la tarea a efectuar;

(...) la entrevista entonces, tanto el consultante como el psicólogo están allí en presencia, cada uno de sus psiquismos, con su mundo interno, con sus fantasías, pero el otro se le impone, haciéndose presente la ajenidad. Es a partir de aquí donde ambos van a construir algo nuevo que generará modificaciones psíquicas en los dos. (Docentes del área de diagnóstico e intervención psicológico, 2008a, p. 37)

2.3 Un tipo de intervención: Psicoanálisis

Como anteriormente se planteó que la entrevista configura un campo, porque los dos integrantes de la pareja entrevistado y entrevistador interactúan mutuamente, los dos son miembros de una misma estructura, los dos se encuentran interrelacionados, dependen y se influyen de manera recíproca.

Realizando una búsqueda en la historia e intentando alcanzar un panorama más relacionado con una entrevista y un proceso terapéutico de tipo psicoanalítico, se intentó encontrar cuales fueron en los comienzos los lineamientos que planteó Freud en cuanto a lo que se consideraba en dicho momento una primera entrevista. Es importante destacar que se está hablando de un momento histórico avasallado por una corriente positivista-biologicista en donde el sujeto era comprendido principalmente como un cuerpo biológico, estas entrevistas buscaban entonces dolencias de tipo físicas, síntomas corporales tangibles. Estos tipos de entrevista correspondían a una cartilla compuesta por preguntas específicas que buscaban al estilo de una suma y resta generar diagnósticos psicopatológicos.

Sin despreciar bajo ninguna consideración los pensamientos freudianos, es importante mencionar como se consideraba el momento de la entrevista a principios del novecientos. En estos comienzos, Freud realizaba en las primeras entrevistas, anamnesis cortas y minuciosas, máxime su formación en medicina. Se dedicaba a realizar entrevistas diagnósticas preliminares pues ello le permitía diferenciar las enfermedades somáticas de la psicosis. Era su característica, que todos los pacientes que tomaba estaban indefectiblemente en análisis más allá de que considerara que sus enfermedades mentales eran graves. Tuvo casos que atendió dentro de los centros hospitalarios y otros en sus lugares de residencia; pero Freud utilizaba para poder seleccionar que sujetos se encontraban aptos para comenzar un análisis psicoanalítico, ciertos puntos clave que él creó, dado que debía determinar qué sujetos no eran aptos para atender, pues concluyó que ciertas características imposibilitaban un trabajo analítico fructuoso. Los sujetos no aptos eran aquellos enfermos que poseían un nivel cultural bajo y un nivel bajo de carácter, también planteaba que no era aplicable para aquellas personas que concurrían a la entrevista o al proceso terapéutico obligados por un tercero. Consideraba que el nivel educativo bajo era restrictivo, y planteaba que las personas próximas a los cincuenta años carecían de la plasticidad necesaria para poder cambiar sus formas de actuar y pensar; “Si se quiere actuar sobre seguro, es preciso limitar la elección a personas que posean un estado normal, pues en el procedimiento psicoanalítico nos apoyamos en él para apropiarnos de lo patológico.” (Freud, 1905/1992k T7, p. 253)

En los comienzos la entrevista psicoanalítica Freudiana apuntaba a la obtención de determinada información que hacía asequible o no la atención del sujeto, pues se creía que “La terapia psicoanalítica se creó sobre la base de enfermos aquejados de una duradera incapacidad para la existencia...” (Freud, 1905/1992I, p. 252)

Los parámetros de selección que utilizaba Freud iban por otros caminos que no son los actuales. Lentamente con el transcurso de los años se fueron buscando uniones entre la psiquiatría y el psicoanálisis creándose diferentes manuales que buscan describir elementos psicopatológicos unidos al análisis de las interacciones.

Gracias al progreso y a la multiplicidad de conocimientos ya no se toma en consideración para la aceptación de un sujeto a un proceso terapéutico los puntos antes mencionados por Freud, hoy solo pertenecen a la historia. Actualmente se aborda la entrevista desde un punto de vista centrado en la dinámica de los sucesos más que en la exploración y descripción psicopatológica. Como ejemplo tenemos el modelo de la clínica Tavistock el que produjo un cambio en cuanto a la concepción de la entrevista inicial. El psicoanálisis se fue incorporado en la entrevista como un método terapéutico y ya no tanto como un diagnóstico. La función terapéutica y diagnóstica lograron equipararse en importancia y funcionalidad. Balint en 1961 realiza un planteo correspondiente a este modelo, plantea que es necesario para que una entrevista pueda ser considerada exitosa los siguientes aspectos: que el entrevistador se encuentre preparado para una adecuada conversación, entendiendo esta como la capacidad del terapeuta de poder entablar un vínculo con el consultante, con el fin de lograr que las dos partes se comuniquen. Que el espacio, la atmosfera, debe de ser adecuada para que el consultante logre abrirse, permitiendo que el terapeuta pueda comprenderlo, y lograr el proceso empático; que el terapeuta a través de la primera entrevista tenga alguna idea de cómo continuar con el trabajo, si considera que este sujeto puede ser aceptado en un proceso o si puede considerar la derivación. Es importante e imprescindible comunicarle al consultante el tiempo de duración y la cantidad de entrevistas que se presume serán necesarias, pues como todos sabemos este suele ser un momento muy especial en donde las fantasías y ansiedades del consultante pueden jugar un papel desfavorable en cuanto al trabajo que se desea realizar, por lo tanto un planteo estructurado desde un comienzo permitirá que el consultante logre configurar y armar el tiempo y espacio a su medida. Este autor llamó a estos ítems técnicos como entrevista elástica, las que buscan que el terapeuta sea capaz de adaptarse a las necesidades y ritmos del consultante particular no generando estructuras ni estereotipias. Esto nos habla de que el terapeuta deberá ser capaz de escucharse a sí mismo en cuanto al sujeto que tiene delante, siendo este un vínculo único e irrepetible que

generará ciertos movimientos e impresiones que deben ser aprovechadas para un correcto diagnóstico. Con esto Balint hace referencia a la contratransferencia y como es experimentada.

Es indispensable reflejar que no es solo el terapeuta el que planteará la posibilidad de continuación, sino también el consultante, y así comprenderá que él también posee una función activa en dicho proceso. La entrevista psicoanalítica buscará por lo tanto, lo que le sucedió y sucede al consultante en su vida psíquica y como este fue configurando su futuro, o sea como los hechos psíquicos interiorizados fueron vividos y que consecuencias tienen en el aquí y ahora.

Rosenkottter plantea que:

Cuando un paciente consulta un psicoterapeuta debido a síntomas neuróticos u otras dificultades de la vida de origen psíquico, el primer contacto entre ambos no se desenvuelve, en lo fundamental, de otro modo que en otras consultas médicas; el paciente habla de sus problemas y el terapeuta intenta averiguar lo máximo posible acerca de la aparición y la prehistoria de estos, así como sobre la historia de vida del paciente en general, con el objetivo de hacerse una idea sobre la indicación y el pronóstico del tratamiento: la experiencia profesional y la habilidad para la comprensión influyen de manera nada despreciable en esta situación. El terapeuta tiene que darse el tiempo suficiente, para permitir al paciente un acceso espontáneo e independiente del diálogo: debe acompañar y completar cuidadosamente el relato del paciente con preguntas pertinentes, procurando tener una actitud neutral y reservada. Debe evitar interrogatorios dirigidos, juicios categóricos e instrucciones, que tienden a llevar al paciente, en general, a adoptar una actitud de expectación pasiva y mágica hacia el médico. (Thoma, 1989, p. 218)

Son conceptos imprescindibles también que permiten que una entrevista o proceso terapéutico pueda ser llamado de tipo psicoanalítico: la transferencia y la contratransferencia.

Extrayendo del Diccionario de psicoanálisis de Jean Laplanche y Jean Pontalis se entiende transferencia:

Designa, en psicoanálisis el proceso en virtud del cual, los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación

establecida con ellos y de un modo especial. (...) Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad. (...) Casi siempre lo que los psicoanalistas denominan transferencia, sin otro calificativo, es la transferencia en la cura. (...) La transferencia se reconoce clásicamente, como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose ésta por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia. (Pontalis, 1996b, p. 439)

En la primera entrevista ya se puede ver como interjuega la ansiedad. El entrevistado reproducirá en la imagen del entrevistador conflictos de su pasado pero cargados con una vigencia actual. Por lo tanto el entrevistado le adjudicará, proyectará, un rol al entrevistador que a éste no le pertenece. A través de estas proyecciones se puede obtener un material muy valioso pues nos permitirá comprender como el entrevistado se relaciona con el resto de los sujetos. Con esto nos estamos refiriendo al concepto de transferencia, que en un primer momento para Freud era una forma particular de desplazamiento del afecto de una representación a otra. Por lo tanto se favorece la resistencia, porque cuando se usa la representación del analista, se evita hacer la declaración del deseo a la persona a la que éste apunta, y se ubica en el presente el pasado, utilizando como contexto la repetición y la resistencia. Freud plantea que esta transferencia se debe a que el sujeto desplaza a la figura del psicólogo representaciones de imagos infantiles, por lo tanto el profesional se encuentra inserto en una serie de repeticiones; descubre que lo que se revive en la transferencia es la relación del sujeto con las figuras parentales, y especialmente la dualidad pulsional que caracteriza dicha relación.

Son reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos que despertarse y hacerse conscientes; pero lo característico de todo el género es la sustitución de una persona anterior por la persona del médico. Para decirlo de otro modo: toda una serie de vivencias psíquicas anteriores no es revivida como algo pasado, sino como vínculo actual con la persona del médico. (Freud, 1905/1992g, p. 101)

En algunos casos la transferencia suele ser similar a las experiencias antiguas, pero en otros tiene una construcción más rebuscada cuando es transformada por algún hecho real.

La transferencia es un fenómeno inevitable dentro del tratamiento. Es utilizada por el paciente de forma inconsciente para que el material patógeno permanezca inaccesible, pero

solo después que se la ha resuelto, éste se encuentra en condiciones de aceptarla como creación dentro del análisis. Es aquí donde aparece la transferencia como herramienta para la cura y al mismo tiempo como obstáculo. Es imprescindible aclarar que se trabaja en transferencia y no con la transferencia, como lo hacen otras técnicas psicológicas. Freud afirma que el tratamiento psicoanalítico no crea la transferencia sino que la descubre, la hace visible. Plantea que ésta existe fuera y dentro del análisis; la diferencia está en que en el tratamiento se la revela y se la hace consciente, descubriéndola constantemente para trabajar con ella. Plantea entonces que: “La transferencia, destinada a ser el mayor escollo para el psicoanálisis, se convierte en su auxiliar más poderoso cuando se logra colegirla y traducírsela al enfermo.” (Freud, 1905/1992m, p. 103)

El entrevistador registra este tipo de reacciones como hechos del encuentro, no responde a ella de forma lógica, sino que las reconoce como forma irracional e inconsciente transformándolas en su contratransferencia.

Según el diccionario de Laplanche y Pontalice la contratransferencia se entiende como: “Conjunto de reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y especialmente a la transferencia de este (...)” La influencia del enfermo sobre los sentimientos inconscientes del médico. (...) “...ningún analista va más allá de lo que le permiten sus propios complejos y resistencias internas.” (Pontalis, 1996c, p. 84)

Lo imprescindible a comprender de esto es que si el entrevistador logra registrarlo y puede adjudicárselo al efecto que el entrevistado realiza sobre él, podrá alcanzar un conocimiento más profundo del entrevistado. Por lo tanto la contratransferencia es un instrumento indispensable que requiere de mucha experiencia y equilibrio psíquico para su utilización.

Retomando al concepto de la transferencia se entiende que ésta es una relación de objeto particular de origen infantil, de naturaleza inconsciente y por lo tanto irracional, que conjuga el pasado con el presente lo que le otorga su forma de respuesta desajustada e inapropiada. Como fenómeno del sistema inconsciente, corresponde a la realidad psíquica y no a la realidad concreta. Esto significa que los deseos, sentimientos e impulsos que aparecen en la situación actual deben explicarse en referencia al pasado y no en términos reales de esa relación.

Freud comprueba que la transferencia se desenlaza en el momento en que alguno de los contenidos inconscientes se encuentra a punto de ser develados. De esta forma surge la transferencia como una forma de resistencia, que marca la cercanía del conflicto inconsciente.

El tratamiento psicoanalítico buscará seguir el camino de la libido en el proceso regresivo para hacerla nuevamente accesible a la conciencia, en donde se pondrá al servicio de la realidad. De esta forma el analista se convierte en el enemigo de las fuerzas de la regresión y de la represión que operan como resistencia.

Así, en la cura analítica la transferencia se nos aparece siempre, en un primer momento, sólo como el arma más poderosa de la resistencia, y tenemos derecho a concluir que la intensidad y tenacidad de aquella son un efecto y una expresión de ésta. El mecanismo de la transferencia se averigua, sin duda, reconduciéndolo al apronte de la libido que ha permanecido en posesión de imagos infantiles; pero el esclarecimiento de su papel en la cura, sólo si uno penetra en sus vínculos con la resistencia. (Freud, 1912/1975a, p. 102)

Por lo tanto a través de la repetición se produce la transferencia, el paciente no puede recordar todo lo reprimido: "Más bien se ve forzado a repetir lo reprimido como vivencia presente, en vez de recordarlo, (...) en calidad de fragmento del pasado". (Freud, 1920/1992h, p. 18)

3- CAPITULO II

3.1 El proceso inferencial clínico y la escucha

Cuando me propuse la tarea de traer a la luz lo que los hombres esconden, y no mediante la compulsión de la hipnosis, sino a partir de lo que ellos dicen y muestran, lo creí más difícil de lo que realmente es. El que tenga ojos para ver y oídos para oír se convencerá de que los mortales no pueden guardar ningún secreto. Aquel cuyos labios callan, se delatan con las puntas de los dedos; el secreto quiere salirse por todos los poros. Y por eso es muy posible dar cima a la tarea de hacer consciente lo anímico más culto. (Freud, 1905/1992n, p.68)

Cuando un sujeto llega a la consulta nuestra función como profesionales de la Psicología es entender que le sucede, por qué motivo consulta y por qué aquí y ahora. La herramienta que se utiliza es la escucha clínica, ésta tiene la función como plantea Freud de *traer a la luz lo que los hombres esconden*, no hablamos de un secreto consciente el cual expofesamente el paciente le oculta al profesional, sino de algo que ha sido despojado de la consciencia en donde ni el mismo poseedor de ello tiene acceso. Por lo tanto la función de hacer *consciente lo inconsciente* requerirá de una estrategia, una metodología en donde el discurso del paciente será el instrumento por excelencia para alcanzarlo. La función del Psicólogo es dar cohesión a estos *restos arqueológicos* los que serán procesados en el contexto de los conocimientos implícitos con los que cuenta el profesional. Estas narraciones llegarán a través del lenguaje y éste será el medio con el que se comunicarán analista y paciente. El lenguaje tanto verbal como el para-verbal es aquel que se expresa a través de fonemas o contracciones musculares, éste nos posibilita saber algo sobre ese otro sujeto. Según el diccionario de la Real Academia Española (2001) lenguaje es: “conjunto de sonidos articulados con que el hombre manifiesta lo que piensa o siente. // Manera de expresarse. // Conjunto de señales que dan a entender algo.”

El lenguaje es todo aquello que puede lograr una función significativa. Cuando hablamos de él también nos referimos a gestos, palabras, movimientos. Percibimos dicho lenguaje a través de todos los sentidos y lo organizamos. El lenguaje es el medio a través del que el otro nos dice algo, es el lugar donde lo latente se hace presente en la instancia terapéutica. A través de su escucha se comienzan a construir las inferencias clínicas.

La escucha clínica constará de obtener más información del discurso del paciente de la que nos brinda, escuchar lo no dicho también. Y siguiendo los pensamientos de Freud nos estamos refiriendo a que todo mensaje que se produzca dentro del encuadre terapéutico está compuesto por dos partes: una lo que el paciente nos transmite, aquello que nos narra, y por otro lado lo que se encuentra encubierto en lo narrado, se oculta al igual que en los sueños haciendo juego de las desfiguraciones. Para ello la atención flotante permitirá que el terapeuta escuche el discurso del paciente sin dar prioridad a ningún componente, intentando mantener una posición de neutralidad y abstinencia, no siendo captado por sus juicios morales sino que simplemente escuchará libremente que es lo que el otro tiene para contar, e interpretará y organizará con el fin de descubrir que es lo que el inconsciente oculta.

“Cuando el consultante narra su historia, el clínico entrevistador buscará analizar ese discurso narrativo que dista de lo real vivido, pero si tiene sentido desde lo real vivenciado en otros tiempos y espacios, hoy presentificados.” (Docentes del área de diagnóstico e intervención psicológica, 2008b, p. 23)

“... relatos, palabras, silencios que, aun desde una marcada vaguedad, requieren de nosotros una operación clínica cuidadosa y precisa, sustentada en una elaboración teórica específica.” (Lezica, 2000, p. 63)

La característica del discurso del entrevistado es que a simple vista narra un montón de hechos y sensaciones que aisladamente no logran tener un objetivo ni cohesión. Por lo tanto el trabajo del terapeuta es dar sentido a este dicho no dicho, pues se entiende que toda intervención psicológica busca un propósito para los integrantes de la pareja terapéutica.

Es indispensable comprender que estas narraciones se producen a nivel manifiesto por parte del paciente. Este discurso manifiesto será el motivo obvio por el que el sujeto concurre a la consulta. Por otro lado el trabajo del profesional será el de interpretar este discurso, buscar más allá de las palabras, leer entre líneas, buscar lo que resuena, lo discordante, interpretar lo explícito para lograr una mayor comprensión de la consulta. Esto generará un trabajo conjunto de ida y vuelta, siendo un mutuo en el escenario analítico. Provocar un espacio de incertidumbres, que permita crear nuevos sentidos y situaciones.

¿Pero qué significa leer entre líneas?

Adela Leibovich de Duarte plantea que esta escucha, este leer entre líneas, esta operación clínica específica, está constituida por el proceso inferencial clínico;

(...) los pasos que un clínico sigue en la elaboración de sus hipótesis y juicios clínicos, como el proceso cognitivo-afectivo por el cual un psicoanalista decodifica la producción de sus pacientes y elabora sus hipótesis clínicas... un juicio clínico es un proceso de transformación de datos que involucra vincular, reordenar, enunciar tal vez algo no dicho. (Leibovich de Duarte, 2000a, p. 100)

Para agregar y complementar en cuanto a las definiciones de Leibovich de Duarte se selecciona el concepto de Bion W. en cuanto a ha hecho seleccionado, este es:

...algo que surge por una intuición súbita que precipita una masa de fenómenos aparentemente no relacionados e incoherentes que adquieren entonces una coherencia y significado que no poseía previamente, es necesaria tolerancia a la incertidumbre a la duda y a la receptividad creativa. (...)...este proceso comienza con algún hecho dentro de una acumulación de hechos, llama la atención de manera tal que todos los otros se acomodan en una configuración debido a su relación con ese hecho seleccionado. (Bion, 1962, p. 84)

En una entrevista preliminar el psicólogo se propone percibir al paciente tal cual éste se presenta, observa cómo organiza el campo, cómo ordena el tiempo, el espacio y cómo se narra, en conclusión cómo funciona su inconsciente.

Siguiendo los pensamientos de Leibovich de Duarte;

Durante el transcurso de una sesión el psicoanalista escucha y observa, decodifica, selecciona, jerarquiza, ordena, compara, relaciona, y retiene lenguajes lingüísticos y paralingüísticos; asocia, busca recurrencias y discrepancias, integra anticipa y, atento a la posible polisemia del texto del paciente, se interna, más de una vez, en diversas cadenas asociativas. Los mensajes verbales y paraverbales de su paciente se complementan con sus propias impresiones y ocurrencias.” (Leibovich de Duarte, 2000b, p. 101)

El discurso del entrevistado no se puede separar nunca del entrevistador ya que es única la relación que allí se produce, haciendo que todo hecho o palabra tengan un por qué y un para quien. Es fundamental la circunstancia en la que se da esta situación particular ya que son dos sujetos en torno a una problemática que aqueja a uno de ellos. Es esencial el hecho interaccional del encuentro pues en este caos de ideas se habilitará y

posibilitará que surjan los emergentes de la situación, los que a futuro funcionarán como productores y constructores de algo nuevo en el encuentro.

(...) el medico habrá de colocarse en situación de utilizar, para la interpretación y el descubrimiento de lo inconsciente oculto, todo lo que el paciente le suministra, sin sustituir con su propia censura la selección a la que el enfermo ha renunciado. (...) Debe orientar hacia lo inconsciente emisor del sujeto su propio inconsciente, como órgano receptor, comportándose con respecto al analizado como el receptor del teléfono con respecto al emisor. (Freud, 1912/1991d, p. 115)

Como planteamos anteriormente en relación a las inferencias, éstas se comprenden: "...el proceso de búsqueda por el cual recorreremos posibilidades, referencias, evidencias, con algún propósito que puede ser claro o ambiguo, consciente o no." (Etchegoyen, 1991, sin dato).

Se habla de esa escucha clínica específica, entrenada a través de la teoría y la práctica, es que se puede oír lo que se considera pertinente, se obtienen un montón de indicios que necesitan ser clasificados, seleccionados y articulados. Por lo tanto se habla de un entrenamiento que permite una comprensión distinta de lo que le sucede al sujeto.

El proceso inferencial clínico involucra;

(...) la transformación de datos y la elaboración de hipótesis clínicas. El psicoanálisis en la situación clínica, intenta llegar, con la ayuda de sus recursos teórico – técnicos, a comprender y a atribuir o encontrar sentido a la conducta de esa otra persona que es su paciente. (Leibovich de Duarte, Duhalde, Huerin, Rutzstein, Torrecilla, 2001a, p. 200)

No es tan sencillo inferir, a partir de las comunicaciones que hace el paciente, las vivencias que ha olvidado, las mociones pulsionales que ha reprimido. Le dirá cualquier cosa que al comienzo tendrá para usted tan poco sentido como para él. (Freud, 1926/1992j, p. 205)

¿Entonces cómo se realiza la selección de datos básicos, cuales se consideran relevantes? Esta tarea se hace compleja pues en psicoanálisis no existe ninguna fórmula que permita recetar inferencias, por lo tanto se podría decir que el rango de variación en cuanto a su construcción es muy amplio, por lo que dependerá de las opiniones personales de cada profesional. En proyectos de investigación realizados por Leibovich de Duarte se comprueba que dependiendo del psicoanalista van a ser las inferencias clínicas que este obtenga, por lo tanto variará también el material que éste considere necesario de la entrevista y el tiempo que necesite para decodificarlo.

El modelo teórico- técnico que el clínico sustenta, funciona en su práctica como marco organizador, como sostén referencial preconsciousmente presente. Este saber da basamento a la formulación de hipótesis, que el clínico elabora sobre su paciente. (...) Las teorías psicoanalíticas proveen al psicoanalista de estructuras cognitivas con las que percibe, aprehende y organiza sus experiencias clínicas. (...) las teorías ayudan en la clasificación y ordenamiento de los datos clínicos. (Leibovich de Duarte, 2000c, p. 104)

3.2 El método Inferencial

¿Cuál es el concepto al que nos referimos cuando hablamos de inferencia?

Es importante diferenciar entre deducir, inducir e inferir pues desde la perspectiva práctica y teórica estos términos requieren distintas formas de razonamiento del material adquirido. Por lo tanto dejarlas en claro es importante para que no existan dudas en cuanto a su utilización.

Según del Diccionario de la Real Academia Española (2001) los siguientes términos se definen como:

Deducir: (Del lat. *deducere*). Tr. Sacar consecuencias de un principio, proposición o supuesto. (2001b)

Deductivo: (Del lat. *Deductivus*). Adj. Que obra o procede por deducción. (2001c)

Inducir: (Del lat. *Inducere*). tr. Instigar, persuadir, mover a alguien. //2. Ocasionar (// se causa). // 3. Fil. Extraer, a partir de determinadas observaciones o experiencias particulares, el principio general que en ella está implícito. (2001d)

Inductivo: (Del lat. *inductivus*). Adj. Que se hace por inducción. // 2. Perteneiente o relativo a la inducción. (2001e)

Inferir: (Del lat. *inferre*, llevar a). tr. Sacar una consecuencia o deducir algo de otra cosa. U. t.c. prnl. // 2. Llevar consigo ocasionar, conducir a un resultado. (2001f)

La inferencia es un proceso lógico racional con el que podemos determinar y completar la información implícita de un discurso, mediante inducciones o relaciones entre las palabras, ésta implica partir de algo general para luego llegar a algo particular, a diferencia de inducir que se parte de algo particular para obtener una conclusión general. Por otro lado, deducir significa extraer un conocimiento particular de uno general, pero la característica principal y que lo distingue de la inferencia es que este conocimiento siempre debe ser verdadero pues no le es permitido llegar a conclusiones falsas, la consecuencia es verdadera por fuerza, lo que garantiza la conservación de la verdad; por ello este razonamiento es utilizado en la lógica matemática. Una deducción no aporta nunca un conocimiento nuevo, porque la respuesta está implícita en los antecedentes, en cambio la inferencia si crea conocimientos nuevos y no requiere partir de verdades absolutas pues

como sabemos las ciencias humanas no se manejan con absolutos pues el sujeto no es matematizable. La información implícita debe obtenerse de realizar un proceso de razonamiento que permita suplir la información que no está explícita, así como establecer relaciones para lograr dar una coherencia al texto, en vías de comprenderlo. Una inferencia es una evaluación que realiza la mente entre proposiciones. Es un proceso de integración que comprende todas aquellas operaciones que hacen uso de información explícitamente reflejada en las oraciones que componen el discurso, desde la información fonológica y léxica hasta la sintáctica y semántica. Siendo el objetivo de este proceso integrar los diferentes tipos de información presentes en las oraciones en una única representación. Esta representación no es una copia de las oraciones iniciales, sino que ésta experimenta modificaciones tanto en la pérdida, supresión o reorganización de algunos de los elementos de que formaba parte en el origen. Resulta de una serie de procesos de integración que tienen por objeto seleccionar los componentes más relevantes. Aun cuando la información que se selecciona durante este proceso forme parte del enunciado original, la disposición en que se hallan integrados o relacionados rara vez es la misma que dicho enunciado. La inferencia que se realiza al comprender el lenguaje determinara muchas veces el modo en que se integrara la información.

Nuestras inferencias acerca de otros, se sustentan en un conjunto de expectativas y sistemas de códigos que sobre la naturaleza de las personas hemos incorporado a nuestra experiencia. (...) Todas las personas manejamos un esquema relativamente estable de expectativas y anticipaciones sobre la conducta de otras personas de nuestra misma comunidad. Este esquema nos permite comparar, juzgar nuestra semejanza con otros, encontrar constantes, establecer razones para atribuir intenciones, valores y motivos a la conducta propia y ajena, anticipar y predecir conductas futuras. (Leibovich de Duarte, 2000d, p. 105)

3.3 Tipos de inferencias

Las inferencias se clasifican según el tipo de razonamiento que se realiza. Desde una perspectiva lógica se dividen en dos. La inductiva es aquella que surge de la constatación de una misma ocurrencia en una serie de casos. Por lo tanto cuando observamos que muchos patrones se repiten se puede obtener una conclusión a partir de dicho proceso. Como ejemplo: observando que muchos elefantes tienen las orejas grandes, infiero que los elefantes tienen las orejas grandes, como una generalización. Por otro lado se encuentra la enumerativa, esta corresponde a la enumeración de todos los casos y la

inferencia se convierte en una verdad demostrada. Como ejemplo se cuentan cada una de las personas que se hallan en un salón, de allí se puede inferir que los individuos de dicho salón son la cantidad de personas que lo componen.

Tomando de un discurso ciertos objetos que en él se nominan y siguiendo estos modelos podemos plantear diferentes niveles de inferencia. El primer nivel correspondería a seleccionar de un discurso ciertas palabras que puedan asociarse. Como por ejemplo de un discurso donde se nombran sin alternancia alguna un gorrión, un águila, una paloma y un tero; el terapeuta puede inferir una correlación asociativa importante. El segundo nivel de inferencia es la conclusión de que todos y cada uno de los objetos nombrados anteriormente son pájaros. Esto es una generalización y al mismo tiempo una respuesta afirmativa. Un tercer nivel de inferencia será concluir que todos son plumíferos, y un cuarto nivel de inferencia que todos son vertebrados y ovíparos; y así se podría continuar sumando niveles si fuera necesario.

Por otro lado y siguiendo a Leibovich de Duarte podemos distinguir dentro de un discurso otros tipos de inferencias distintas a las ya enumeradas. Estas surgen a partir de los múltiples modos de percibir y decodificar un material clínico. La escucha determinará los diferentes tipos de abordajes posibles ya que la selección y organización del material generará diferentes campos de acción, por lo tanto;

No todos los terapeutas atienden selectivamente a los mismos factores ni configuran las mismas unidades de significado. Los indicadores perceptuales desempeñan un papel relevante en el proceso inferencial, en la atención a ciertos elementos que se configuran como indicios en la formulación clínica. (Leibovich de Duarte, 2000e, p. 109)

La autora explica que durante un encuentro clínico el psicólogo se formula diferentes lecturas del material del paciente como ya mencionamos anteriormente, las que se encuentran determinadas por su posicionamiento subjetivo en cuanto al material que percibe. Se está hablando de sus características personales, el conocimiento que éste posee sobre la temática, su experiencia, sus años de proceso terapéutico personal y el interjuego transferencia -contratransferencia. Todos ellos tendrán un lugar esencial en la producción de juicios clínicos de trabajo.

Según el listado expuesto por Leibovich de Duarte las categorías de inferencias apuntan a lo interpersonal, a lo intrapsíquico, a lo vincular, a la situación familiar, inferencias diagnósticas, inferencias pronósticas, criterios de analizabilidad, etiológicas, evolutivas y de situación analítica. Estas inferencias corresponden al tipo de hipótesis que se crea el psicólogo en relación al discurso del paciente, serán los lugares por donde transitará su escucha para un correcto abordaje del material proporcionado.

Del texto “Acerca del proceso inferencial clínico en psicoanálisis”. Leibovich de Duarte (2009) se extrae del anexo 1 las definiciones de cada tipo de hipótesis:

- Hipótesis vincular: Hipótesis que alude a lo intersubjetivo, al modo de relacionamiento del paciente con los otros incluidos sus pares y su familia.
- Hipótesis intrapsíquica: Alude al mundo interno del paciente: sus fantasías y objetos - internalizados. Incluye: conflictos, defensas, contenidos inconscientes, afectos, manejo de la angustia, posicionamiento subjetivo, aspectos yoicos y superyoicos.
- Hipótesis acerca de la situación familiar: Alude a la estructura, funcionamiento o clima del grupo familiar del paciente.
- Hipótesis etiológica: Hipótesis en la que se busca dar cuenta del origen, causa o motivo de la situación psíquica actual del paciente.
- Hipótesis diagnóstica: Hipótesis en la que se encuadran los síntomas o la problemática del paciente en una categoría diagnóstica
- Hipótesis pronóstica: Apreciaciones acerca del curso futuro del tratamiento, de la posible eficacia del tratamiento y de la situación del paciente de no iniciar un tratamiento. Incluye también las fantasías de curación del paciente.
- Criterio de analizabilidad: Hipótesis que alude a la posibilidad de iniciar un tratamiento psicoanalítico. Incluye consideraciones acerca de la existencia o no de una demanda de tratamiento.
- Hipótesis evolutiva: Alude en general a la etapa del ciclo vital que atraviesa actualmente el paciente. Explica situaciones presentes o pasadas en términos de su ubicación dentro del ciclo vital del paciente.
- Hipótesis situación analítica: Hipótesis que incluye la relación con el terapeuta, el lugar en que el paciente ubica al terapeuta. Incluye alusiones a la transferencia y/o contratransferencia. (p. 202)

La autora obtiene a partir de dicho razonamiento dos tipos de inferencias: simples y combinadas. Inferencia simple se refiere a cuando solo una de las categorías o sea de las

hipótesis, está involucrada en su formación, ejemplo: un individuo tiene problemas para admitir el fracaso. Entonces se inferiría una hipótesis de tipo intrapsíquica. Inferencia combinada se da cuando se encuentran relacionadas dos o más categorías; como por ejemplo: una persona tiene problema de vinculación con su madre porque está finalizando la adolescencia y el problema de la autonomía-independencia le es conflictivo. Entrarían en juego diferentes categorías, que requirieron de una conjugación y reordenamiento por parte del terapeuta para su desarrollo, estas podrían ser la hipótesis evolutiva y la hipótesis acerca de la situación familiar, pudiéndose pensar también en una hipótesis de tipo vincular.

Este proceso, aunque se hace de manera automática o está incorporado al quehacer clínico, en el aquí y ahora de la sesión, posee sin embargo una complejidad basada en una serie de procedimientos y variables que lo componen. Se considera proceso inferencial clínico al proceso afectivo cognitivo de transformación de datos y elaboración de hipótesis, en el que intervienen estructuras de significado conscientes e inconscientes y esquemas personales. Este proceso pone en evidencia el trabajo de: a) recolección de la información; b) selección de prioridades de los elementos considerados y c) una labor de “diafragmado” que realiza de manera activa la mente del sujeto.(...) La actividad inferencial propia de la vida cotidiana o de la producción científica en general es el elemento esencial del ámbito clínico. Este proceso se pone en juego tanto en la relación con un paciente como sobre el estudio de un material clínico (en el off line de la sesión). Leibovich De Duarte, Rubio Torricelli Zanutto, Santiago, Roussos, 2009) recuperado de <http://www.aacademica.com/000-020/173.pdf>

3.4 Mecanismos de obtención de inferencias clínicas

Para la obtención de las hipótesis anteriormente nombradas es necesario que el terapeuta cuente con ciertas herramientas que le permitan obtener información para direccionar el trabajo. Las diferentes intervenciones psicoterapéuticas se vehicularán a través de los diferentes modos de respuesta que brinde el paciente, por lo tanto la reacción del paciente le indicará como continuar. A modo de ejemplo: en un caso particular para intensificar los sentimientos en el paciente, el terapeuta podrá apelar a parafrasear o a usar preguntas abiertas.

Por lo tanto no existe una cartilla que indique que intervención va primero y cual va segunda, sino que dependerá del sujeto, del momento y de cómo se estén organizando los diferentes

momentos afectivos. Para ello es indispensable la sensibilidad del psicoterapeuta que deberá intervenir solo y cuando realmente en el proceso sea necesario.

Los autores Ocampo, Arzeno y Grassano (1987) señalan como puntos más importantes a tener en cuenta en una entrevista inicial los siguientes ítems:

- Tener en cuenta si la primera impresión que provoca el entrevistado se mantiene o no hasta que final de la entrevista: si esta se mantiene o se modifica, teniendo en cuenta su lenguaje verbal, gestual, corporal, y su vestimenta.
- Prestar atención a qué cuenta, cómo lo cuenta, y qué ritmo utiliza para las verbalizaciones, cuales le provocan mayor ansiedad o bloqueo. El modo del lenguaje nos brindará información muy rica, por lo tanto se debe estar atento a si el mismo es confuso, ambiguo, impreciso, equivoco, si se entiende lo que quiere transmitir y cómo se articularán el pasado, presente y futuro. Esto nos permitirá inferir cómo fue, cómo es y cómo será el paciente.
- Observar el grado de coherencia o discrepancia entre lo verbalizado y lo gestual, corporal y vestimenta.
- Captar aquello que el paciente transfiere a la persona del entrevistador y lo que esto suscita en él. Con esto se hace referencia a los aspectos transferenciales y contratransferenciales del vínculo, si éste busca seducir, confundir, evitar, depender, estos indicadores serán de utilidad para determinar el modelo vincular inconsciente del paciente.
- Distinguir entre motivo de consulta manifiesto y motivo de consulta latente en el discurso del paciente.

Además de los datos que sean posibles de obtener de los ítems antes mencionados el profesional también cuenta con herramientas de intervención las que le permitirán obtener otros datos. Estas son:

- Formulación de preguntas: este tipo de intervención se utiliza con el fin de recabar información que no ha sido brindada por el paciente de forma espontánea hasta el momento.
- Pedido de asociaciones: Se le solicita al paciente que se adscriba a la técnica de la asociación libre y no retenga ningún comentario más allá de que éste le parezca innecesario o desagradable.
- Intervención de manera disruptiva: esta intervención busca generar chistes, ironías, para de esta forma facilitar la comunicación.
- Formulación de un señalamiento: el psicólogo indica, observa, llama la atención en cuanto a un tema o investiga en cuanto a una temática específica.

- Pedido de aclaración: Se le solicita al paciente que aclare algún hecho o comentario que ha quedado inconcluso o confuso. Esto permite ordenar los datos más claramente y particularmente cuando se refiere a personas y fechas.
- Confrontación: Se le muestra al paciente dos aspectos contrapuestos para que se dé cuenta de la contradicción que existe en ellos.
- Retomar un tema: Se suele aplicar cuando no ha quedado claro algo específico.
- Formulación de una interpretación: Mecanismo que utiliza el psicólogo para transmitirle al paciente una idea de lo que está hablando. Según Freud la interpretación es el instrumento que hace consciente lo inconsciente. Es el camino que recorre el psicólogo yendo desde el contenido manifiesto al latente. “Interpretar significa hallar un sentido oculto” (Freud, 1915/1991c, p. 78)

4- CAPITULO III

4.1 La práctica

Se utilizará a modo de ejemplo y de ejercicio práctico del proceso inferencial clínico, una entrevista que ha sido extraída de la serie de televisión “*En terapia*” (dirigida por Maci y escrito por Margalit), corresponde al primer capítulo de la segunda temporada: “Valentina”. Se utiliza una extracción de dicho capítulo de aproximadamente diez minutos pues a modo ejemplo y práctica es más que suficiente. Es importante destacar que como es una parte de la entrevista, ésta va a arrojar cierta información que se sabe va a ser insuficiente en cuanto a una hipótesis dinámica y psicopatológica final, pero más allá de todas estas dificultades no se puede negar su utilidad académica.

A modo de repaso: “Las inferencias son la selección, registro y transformación de datos, en la elaboración de hipótesis acerca de lo que sucede en el espacio psicoanalítico, en formulación de intervenciones terapéuticas dirigidas al otro integrante de la pareja analítica.” (Leibovich de Duarte, 2000f, p. 97)

Durante la entrevista o el tratamiento, la vía regia al inconsciente serán los estados afectivos que el paciente irá desplegando a través de su discurso, en el material que comenta, en un sueño que relata, una relación que el paciente mantiene con un sujeto externo o la forma en que se relaciona con el terapeuta. Por lo tanto el encuentro entre terapeuta y consultante tendrá la característica de convertirse en el escenario del conflicto en donde se repetirá lo recordado para intentar reelaborarlo, tomando como anclaje el aquí y ahora.

4.2 Caso clínico Valentina

V: ... me pasó tu teléfono, un analista de una chica que va conmigo a la facultad. Me manda García.

P: Si, mmm

V: No sé si te dije esto cuando hablamos por teléfono... ¿Qué más necesitas saber?

P: Todo lo que me quieras contar

V: Bueno eh... Nací en Rosario,... viví ahí hasta que me vine a vivir a Buenos Aires. Estudio Arquitectura. Tengo un hermano, más grande me lleva dos años y medio, mis papas viven en Rosario y... no tengo novio por el momento. No sé qué más te puedo decir para que te de una pista,... algo que sea importante.

P: ¿Importante para qué?

V: Para hablar de las cosas que quiero hablar. Estuve viendo otro analista antes que vos, pero fui solo dos sesiones.

P: ¿Cuándo?

V: más o menos hace dos semanas, pero no valió la pena, no había química.

P: Ahaa, ¿Qué sería que no había química?

V: Que, que lo aburrí, que no me miraba, que estaba desconcentrado. Se movía todo el tiempo. Se apoyaba de un lado, se apoyaba del otro, se rascaba mucho la cara y eso es algo que me molestaba bastante. Como cuando estas en el cine mirando una película y alguien te mastica pochoclo al oído, no te deja concentrarte. En la primera sesión me cuenta una,... una historia aburridísima. En la segunda sesión él tipo me lo vuelve a contar, ya no sé si se acordó que en la primera sesión ya me lo había contado.

P: ¿Y qué te sugiere a vos que te lo haya contado dos veces?

V: Que le da lo mismo si estoy sentada yo o estés sentado vos delante de él. Al tipo simplemente le gustaba esa historia, que parece que se la cuenta a todos sus pacientes. ¿Eso no es ser un caradura? El tipo estaba enganchado en las preguntas que me tenía que hacer ese día. ¿Que como me llamaba? ¿Dónde vivía? ¿Que estudiaba? Le dije que tenía un hermano maniaco depresivo y parece que se le prendió la lamparita...cuanto clises. Me

dijo algo como que... los enfermos maniacos depresivos son personas con alto grado de dependencia. En primer lugar ¿Quiénes son esas personas con alto grado de dependencia? Porque Javier no es uno de esos, y en segundo lugar miráme, fijáte quién tenés al frente. Me parece que a esta altura de la vida puedo dar clases sobre trastornos bipolares y ¿qué son esos clisés?, personas de alto grado de necesidad.

P: ¿Le dijiste algo de todo esto?

V: ¿A un tipo que no me ve a menos de un metro, voy a decirle lo que pienso?

P: Pero seguramente... habrán hablado de eso, ¿le dijiste que no pensabas por ejemplo seguir yendo?

V: Si, le deje un mensaje.

P: ¿Y él, te contesto el mensaje?

V: Me llamo un par de veces pero como no me encontró; me dijo que... me dejo un mensaje y me dijo que se daba cuenta que yo no quería hablar y que esperaba que no cancelara mis encuentros con él.

P: ¿Cuántas veces te llamó?

V: 4 o 5 veces. ¿En que cambia eso?

P: ¿No contestaste los llamados?

V: ¿Para decirle qué?

P: ¿Y qué paso ahí que te,... lastimo tanto? No le dijiste lo que pensabas durante las sesiones, le avisaste que no ibas a ir más con un mensaje en el contestador. Te negaste a hablar con él personalmente por más que él te llamo 4 o 5 veces y no le contestaste.

V: Si, me humilló. Me hizo sentir como que no existiera. ¿Qué no alcanza con eso?

P: Alcanza sí.

V: Y bueno, ¿entonces para qué seguimos hablando de esto?

P: Bueno ahora sé qué cosas son importantes para vos. Que yo no repita las cosas dos veces, que no tenga clisés de analista y que sepa todo sobre los trastornos bipolares, sino vas a desaparecer e incluso si yo te llamo unas cuantas veces ni siquiera me vas a contestar.

V: Vine a contarte algo. Algo que... algo que me paso así de golpe. ¿Vos sos especialista en adolescentes, en chicos? ¿Qué nunca nadie te pregunto algo así?

P: Si, pero quiero saber qué es lo que me querés preguntar vos. ¿Por qué te interesa si yo me especializo en chicos o adolescentes?

V: ¿Nunca nadie te contó algo específico algo que, que pasó así de golpe?

P: ¿Cómo qué?

V: ¿Cómo... cómo una violación una separación?

P: Valentina podés hablar de lo que quieras en este espacio, lo que sea.

V: Quiero contártelo pero no puedo (sollozos) no me lo puedo sacar de adentro. Igual no es una violación. ¿Puedo escribirlo?

P: Si, claro escribílo.

Valentina toma la cartera que tiene junto a ella, saca un block de hojas blancas y escribe. Arranca la hoja y la dobla en dos partes. Le entrega el papel al psicoanalista colocándolo en la mesa que se encuentra entre ellos. El psicoanalista levanta la hoja, la lee y la vuelve a colocar sobre la mesa. Pasan unos segundos en silencio observándose.

P: ¿Cómo te sentís?

V: Cansada.

P: ¿Qué tipo de cáncer es?

V: Bueno, igual no quiero hablar de eso. Quería contártelo nada más. Tengo una entrega en dos semanas y la verdad es que siento que no puedo, tengo que hacer un montón de dibujos y una maqueta también, así que no voy a tener tiempo. Me voy a tener que matar trabajando estas dos semanas.

P: ¿Hace cuánto sabés que estas enferma?

V: Tres semanas.

Recuperado de, <http://www.youtube.com/watch?v=2E-FkclnoX8>

4.3 Análisis de las inferencias, caso clínico Valentina

Valentina es una joven que ronda los 20 años que nace en la ciudad de Rosario, Argentina. Concorre a Buenos Aires, la capital, se muda a vivir sola para realizar sus estudios en la Facultad de Arquitectura. Su familia se encuentra conformada por su padre, madre y hermano mayor. Este último según ella con diagnóstico de Trastorno Bipolar. No tiene pareja actualmente.

Valentina se encuentra atravesando un momento crítico de su vida por causa del cáncer que le ha sido diagnosticado hace un par de semanas, que pone en riesgo su vida, suponiendo un corte importante en su proceso vital, por una presencia de muerte a tan temprana edad.

Aparente motivo de consulta surge de la necesidad de contarle a alguien su repentina enfermedad de cáncer.

De acuerdo a esta entrevista se trabajarán las inferencias realizadas por el psicoanalista en el intervalo que se seleccionó.

El psicoanalista al principio y a través de su gestualidad y ausencia de palabras invita a Valentina a configurar el tiempo y lugar de la entrevista a su modo. De esta forma Valentina comienza a relatarse. “P: Todo lo que me quieras contar”.

Las intervenciones del psicoanalista buscan generar apertura en Valentina para que ésta logre desplegar su motivo de consulta. Utiliza la pregunta y la repregunta para intentar investigar y profundizar en las diferentes narraciones que ella realiza, con la intención de comprender por qué solicita ayuda en dicho momento. De esta forma obtiene información acerca de que Valentina ya ha concurrido a otro terapeuta anteriormente e intenta averiguar por qué lo abandono y cuáles fueron sus dificultades en el relacionamiento con éste.

A través de los señalamientos y preguntas que realiza el psicoanalista podemos pensar que éste comienza a plantearse diferentes ideas en cuanto a Valentina. El psicoanalista podría estar aventurando que a Valentina le es difícil contar sus temas

personales pues por las características de su entorno familiar no ha tenido la posibilidad de que en ese entorno se la contenga, suponiendo que el cuidado de su hermano mayor absorbió toda la atención. Por lo tanto comienza a pensar que es necesario algo específico en el vínculo para que Valentina obtenga la confianza necesaria para contar aquello que la angustia tanto. De este modo las inferencias que el psicoanalista estaría realizando podrían estar correspondidas con lo vincular, la situación familiar, con lo intrapsíquico y con la situación analítica.

La Hipótesis vincular se refiere a lo intersubjetivo, al modo de relacionamiento del paciente con los otros. En diferentes intervenciones del psicoanalista se puede observar como intenta descubrir por qué Valentina no le contestó los llamados al anterior psicoanalista y abandonó el tratamiento.

La hipótesis acerca de la situación familiar nos estaría planteando como es la estructura familiar de Valentina, como funcionan y como es el clima del grupo.

La hipótesis situación analítica es aquella que incluye la relación con el terapeuta, el lugar en que el paciente lo ubica, lo transferencial. “P: Ahaa ¿Qué sería que no había química?” “P: Bueno ahora sé qué cosas son importantes para vos. Que yo no repita las cosas dos veces, que no tenga clisés de analista y que sepa todo sobre los trastornos bipolares, sino vas a desaparecer e incluso si yo te llamo unas cuantas veces ni siquiera me vas a contestar.”

La hipótesis intrapsíquica buscará averiguar cómo es el mundo interno de Valentina, cuáles son sus fantasías, conflictos, defensas, contenidos inconscientes, afectos y manejo de la angustia. Se puede plantear que en las preguntas que realiza el psicoanalista estaría buscando estimar o desestimar esta hipótesis. “P: ¿Y qué paso ahí que te... lastimó tanto?” A través del pedido de Valentina de escribir lo que le quiere contar, el motivo por el cual concurre al psicoanalista, el psicoanalista inferiría que es algo que Valentina aún no puede poner en palabras y por ello le permite que lo escriba: “P: Sí, claro escribílo”

Se puede notar como el psicoanalista a través de lo relatado por Valentina y de las preguntas que éste le realiza, comienza a generar diferentes hipótesis en relación a cómo es su funcionamiento psíquico, que es lo que le puede estar sucediendo, para en los siguientes encuentros producir una metodología de trabajo de acuerdo a este sujeto que consulta y su pedido de ayuda.

5. CONCLUSIONES

En el comienzo de la monografía me propuse investigar desde diferentes autores qué se entendía por el concepto de proceso inferencial clínico y su lugar dentro de una intervención. Para ello seleccioné un modo teórico - técnico para explicar desde donde me posiciono para comprender la psiquis humana. Esta elección se encontró determinada por preferencia personal, por interés en cuanto a la concepción que ésta plantea del sujeto humano y por formación académica, eligiendo el psicoanálisis como abordaje. Es importante destacar que en otras corrientes psicológicas también es posible utilizar el proceso inferencial clínico en su teoría y práctica y que este no queda excluido únicamente a un modo psicológico.

Posteriormente me limité a definir el territorio en que pretendía trabajar las inferencias en la intervención psicológica, la primera entrevista.

Una vez realizada la contextualización el próximo paso consistió en concretar en qué tiempo y espacio se desarrolla el concepto de proceso inferencial clínico, cuál es su definición, en qué forma se piensa, cuáles son sus objetivos, cuales son los diferentes tipos. Pero para ello fue imprescindible comprender que no todo lo que se habla en una entrevista corresponde a una inferencia clínica pues como definimos anteriormente ésta es un modo de escucha, que le permitirá al psicólogo crear hipótesis y juicios, del material clínico. Es una forma, un modo de posicionamiento hacia el otro, en este caso un paciente. Es la organización, comparación, selección, discriminación, decodificación, del material clínico para obtener indicios de lo que le sucede a dicha persona. Con ello se busca comprender al sujeto y crear una estrategia que permita trabajar con él y para él. Por lo tanto son los pasos que dará un psicólogo para producir sus hipótesis y juicios clínicos determinado por un proceso cognitivo – afectivo que le posibilitará ser permeable a determinadas cosas.

Para el planteamiento teórico del proceso inferencial clínico tomé como faro los pensamientos y trabajos realizados por A. Leibovich de Duarte que fueron los primeros escritos que llegaron a mí poder y con los que pude estructurar la temática. Posteriormente procedí a realizar una búsqueda bibliográfica entre otros autores Freud, Etchegoyen y Thoma, para averiguar qué consideraban en relación a la temática planteada. Concluí que

sin ponerle un nombre específico a dicho proceso, todos ellos lo consideraban y aplicaban de forma muy similar permitiendo que hubiese una conexión teórica, no directa, pero si existente. De esta forma se tomaron pensamientos de cada uno de ellos para construir la aproximación a una definición del proceso inferencial clínico en el momento de la intervención y su utilidad en la técnica, porque de la multiplicidad e interacción de ideas y pensamientos, se construye nuevo conocimiento.

Por último, se utilizó a modo de ejemplo un caso clínico que intenta mostrar como las inferencias funcionan y cuál es su utilidad en el aquí y ahora: caso Valentina.

De lo expuesto se intentó demostrar como partiendo de una hipótesis, de un marco general común, se puede comenzar lenta y pausadamente a acortar el territorio, nunca partiendo de verdades absolutas sino que de supuestos determinados por elecciones personales.

Luego de haber transcurrido entonces este análisis, es posible aproximarse a algunas consideraciones a modo de conclusiones, que no pretenden ser definitivas si no que intentan aportar disciplinalmente otra mirada. En lo que respecta al tema principal que nos atañe podemos indicar entonces que el proceso inferencial clínico es un proceso complejo que se encuentra constituido por múltiples y diversos factores. Estos factores que hacen a la inferencia, como hemos visto, se encontrarán determinados por la teoría desde la cual trabajé, la subjetividad del psicólogo que lleve adelante la tarea, su capacidad de escucha, el relacionamiento vincular que se produzca entre analista-paciente, el encuadre y la capacidad e interés del consultante de narrarse y pensarse. Por lo tanto el proceso inferencial clínico es un pilar teórico - técnico indispensable en toda práctica, y su utilización permitirá un mejor abordaje del material clínico para un correcto tratamiento del sujeto que concurre a pedir ayuda. Es necesario entonces una formación sólida en cuanto a esta temática ya que en tanto futuros profesionales de la psicología es nuestro deber realizar los mayores esfuerzos como promotores de la salud.

No son muchos los referentes teóricos en cuanto a este desarrollo pues durante los años esta temática ha quedado relegada a la capacidad innata de cada psicólogo, como si esto ocurriese de forma natural. Por lo tanto resulta imprescindible plantear que esta capacidad no se adquiere osmóticamente, sino que precisa de una teoría que le dé

apoyatura y de sujetos comprometidos con transmitir su conocimiento a las siguientes generaciones a través de la ardua tarea de la docencia, la investigación y la práctica.

Es importante dejar en claro que la teoría no puede transformarse en una referencia totémica, ni refugio ante la incertidumbre ni ritualista ante el miedo al cambio, por lo tanto es exigencia imprescindible la flexibilidad, la tolerancia a la incertidumbre y la capacidad de pregunta constante para la construcción de conocimiento.

Esta monografía comenzó con una pregunta y se planteó en su comienzo ciertos supuestos. Pero a través de un reordenamiento de sus partes y supresión de otras se cree haber logrado abrir el abanico de este trabajo, el que se desarrolló en su propio devenir permitiendo que cada tema diera lugar al siguiente y así sucesivamente. Se permitió la duda, la falta de certezas, propia de la lógica reformulación.

Este trabajo tan solo representa una mirada, una experiencia, una hipótesis de alguien que un día se preguntó ¿Qué es el proceso inferencial clínico?

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Amy, A. (1995). Análisis y síntesis. Introducción a la epistemología para psicólogos. Uruguay: (pp. 48 – 49). Editorial: Multiplicidades.
- Bion W. (1962). Learning from Experience. London: Medical Books. Sin dato.
- Docentes del área de diagnóstico e intervención psicológica. (2008)a. El vínculo. En: Entrevista devenires en la clínica. (pp. 35-42). Montevideo: Psicolibros.
- Diccionario De La Lengua Española. Real Academia Española. (2001)b. Vigésima segunda edición. Buenos Aires. Editorial: Grupo editorial planeta. S.A.I.C. pp. 1365- 1364
- Diccionario De La Lengua Española. Real Academia Española. (2001)a. Vigésima segunda edición. Buenos Aires. Editorial: Grupo editorial planeta. S.A.I.C. pp. 1365- 1364
- Diccionario De La Lengua Española. Real Academia Española. (2001)b. Vigésima segunda edición. Buenos Aires. Editorial: Grupo editorial planeta. S.A.I.C. pp. 736
- Diccionario De La Lengua Española. Real Academia Española. (2001)c. Vigésima segunda edición. Buenos Aires. Editorial: Grupo editorial planeta. S.A.I.C. pp. 736
- Diccionario De La Lengua Española. Real Academia Española. (2001)d. Vigésima segunda edición. Buenos Aires. Editorial: Grupo editorial planeta. S.A.I.C. pp. 1269
- Diccionario De La Lengua Española. Real Academia Española. (2001)e. Vigésima segunda edición. Buenos Aires. Editorial: Grupo editorial planeta. S.A.I.C. pp. 1269
- Diccionario De La Lengua Española. Real Academia Española. (2001)f. Vigésima segunda edición. Buenos Aires. Editorial: Grupo editorial planeta. S.A.I.C. pp. 1272
- Ethegoyen., R. H. (1991). Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1975)a. Sobre la dinámica de la transferencia. En S, Freud. *Obras Completas*. (Vol.12, pp. 93-105). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1912).
- Freud, S. (1991)b. 6° Conferencia. Premisas y técnica de la interpretación. En S, Freud. *Obras Completas*. (Vol.15, pp. 91-102). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1916 [1915-16]).

- Freud, S. (1991)c. 5° Conferencia. Premisas y técnica de la interpretación. En S, Freud. *Obras Completas*. (Vol.15, pp. 75-90). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1916 [1915-16]).
- Freud, S. (1991)d. Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En S, Freud. *Obras Completas*. (Vol.12, pp. 107-119). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1912).
- Freud, S. (1991)e. Recordar, repetir y reelaborar. En S, Freud. *Obras Completas*. (Vol.12, pp. 145-157). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1914).
- Freud, S. (1992)f. Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico parte I. En S, Freud. *Obras Completas*. (Vol.14, pp. 1-23).). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1914
- Freud, S. (1992)g. IV Epílogo. En S, Freud. *Obras Completas*. (Vol.7, pp. 98-107). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1905 [1904]).
- Freud, S. (1992)h. Más allá del principio del placer. En S, Freud. *Obras Completas*. (Vol.18, pp. 1-62). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1920).
- Freud, S. (1992)i. El método psicoanalítico de Freud. En S, Freud. *Obras Completas*. (Vol.7, pp. 233-242). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1904 [1903]).
- Freud, S. (1992)j. Pueden los legos ejercer el análisis. En S, Freud. *Obras Completas*. (Vol.20, pp. 165-234). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1926).
- Freud, S. (1992)k. Sobre psicoterapia. En S, Freud. *Obras Completas*. (Vol.7, pp. 243-257). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1905 [1904]).
- Freud, S. (1992)l. Sobre psicoterapia. En S, Freud. *Obras Completas*. (Vol.7, pp. 243-257). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1905 [1904]).
- Freud, S. (1992)m. Sobre psicoterapia. En S, Freud. *Obras Completas*. (Vol.7, pp. 83-107). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1905 [1904]).
- Freud, S. (1992)n. Sobre psicoterapia. En S, Freud. *Obras Completas*. (Vol.7, pp. 68-83). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1905 [1904]).
- Freud, S. (1992)ñ. Sobre psicoterapia. En S, Freud. *Obras Completas*. (Vol.7, pp. 243-257). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1905 [1904]).
- Grassano de Píccolo, E. (1987) "Indicadores Psicopatológicos en Técnicas Proyectivas", Nueva Visión, Buenos Aires.

- Laplanche, Jean & Pontalis, Jean-Bertrand (1996)a. *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Paidós. pp. 316 – 318.
- Laplanche. (Et all 1996)b. *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Paidós. pp. 439 – 446.
- Laplanche, (Et all 1996)c. *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Paidós. pp. 84–85
- Leibovich de Duarte, A. (2000)a. Más allá de la información dada: cómo construimos nuestras hipótesis clínicas. *Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, N3, 97-114.
- Leibovich de Duarte, A. (2000)b. Más allá de la información dada: cómo construimos nuestras hipótesis clínicas. *Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, N3, 97-114.
- Leibovich de Duarte, A. (2000)c. Más allá de la información dada: cómo construimos nuestras hipótesis clínicas. *Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, N3, 97-114.
- Leibovich de Duarte, A. (2000)d. Más allá de la información dada: cómo construimos nuestras hipótesis clínicas. *Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, N3, 97-114.
- Leibovich de Duarte, A. (2000)e. Más allá de la información dada: cómo construimos nuestras hipótesis clínicas. *Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, N3, 97-114.
- Leibovich de Duarte, A. (2000)f. Más allá de la información dada: cómo construimos nuestras hipótesis clínicas. *Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, N3, 97-114.
- Leibovich de Duarte A., Constanza Duhalde, Vanina Huerin, Guillermina Rutzstein, Flavia Torrecilla. (Octubre - Noviembre de 2001)a. Acerca del proceso inferencial clínico en psicoanálisis. *Vertex. Revista Argentina de psicoanálisis*, pp. 194- 203.
- Leibovich de Duarte A., Et al. (2001)b. Acerca del proceso inferencial clínico en psicoanálisis. *Vertex Revista Argentina de psicoanálisis.*, pp. 194-203.
- Leibovich De Duarte, Adela S., Rubio, María Eugenia, Zanotto, Marcela, Juan, Santiago, Roussos, Andres, Huerin, Vanina y Torricelli, Flavia. (2009). Inferencias clínicas de psicólogos y médicos en formación en salud mental en el sector público de ciudad de Buenos Aires. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2009. Recuperado de <http://www.aacademica.com/000-020/173.pdf>.
- Leibovich de Duarte A. Juan, Santiago; Etchebarne, Ignacio; Waizmann, Vanina, Roussos, Andrés. (2009). El proceso inferencial clínico, el pronóstico y las inferencias del

psicoterapeuta. Facultad de Psicología, UBA. Anuario de investigación volumen XVI, (pp. 43-51).

Lezica L. Banyankar M. (2000). Lo Traumático II. Montevideo: Biblos. (pp. 63-73)

Maci A., Levi H. (2013) Valentina. (Temporada dos, episodio 4). TV Pública: Ariel Fernández, *En terapia*. Buenos Aires. Dori Media Contenidos. Recuperado de <http://www.youtube.com/watch?v=2E-FkclnoX8>

Najmanovich D. (2001). Seminario de Epistemología. Una mirada Post-Positivista. Recuperado de www.edupsi.com/epistemologia

Thoma, H. T. (1989). La primera entrevista y la presencia virtual de los terceros ausentes. Teoría y práctica del psicoanálisis. Barcelona: Herder S.A. (pp. 203-257).