

APLICACIÓN DEL MODELO DE SITUACIÓN CLÍNICA A LA CONSULTA PSICOLÓGICA

THE "CLINICAL SITUATION" MODEL AS APPLIED TO PSYCHOLOGICAL CONSULTATION

Pedro A. Menéndez¹; Cecilia Bodón² y Paula Mayorga³

RESUMEN

El presente proyecto se propone investigar la aplicación del modelo de situación clínica en la labor de consulta clínica psicológica.

Por "situación clínica" entendemos la articulación de la diversidad de fenómenos que aparecen en la consulta. Supone semiología múltiple, epistemología convergente y actitud técnica dispuesta a la planificación y la interdisciplina.

Corresponde al psicólogo clínico brindar una respuesta acorde a la consulta en términos comprensibles para el entrevistado.

Se propone trabajar sobre lo volcado por los psicólogos clínicos (admisores y terapeutas) en las entrevistas y en los informes correspondientes. Es éste un trabajo sobre las consecuencias que la comprensión en términos de "situación clínica" depara para quienes la aplican en la práctica por ellos reconocida en las admisiones y en el curso del proceso terapéutico.

Es propósito de esta investigación trasladar los resultados a la actividad docente; situación clínica y consulta psicológica constituyen conceptos fundamentales de la técnica psicoterapéutica y de la actitud del profesional en su labor clínica.

Palabras clave:

Situación clínica - Consulta psicológica - Entrevista de admisión.

ABSTRACT

The present project delves into the applicability of the "Clinical Situation" model in the psychological consultation context.

By "Clinical Situation" we mean articulation of the myriad phenomena appearing during consultation. It supposes a multiple semiology, converging epistemology and a technical attitude oriented towards planning and interdisciplinary work.

The clinical psychologist must give a response that is in agreement with consultation, in terms that are understandable by the interviewed.

We propose to work on direct transcriptions and reports of interviews by the clinical psychologists themselves, both on admissions and therapy.

This means, this will be a report on the consequences that the understanding in terms of a "clinical situation" brings to those practicing it in admissions and during the therapeutic process.

This research intends to translate its results into current Psychology teaching. "Clinical situation" and "psychological consultation" constitute fundamental concepts for psychotherapy technique, as well as for the professional's attitude to clinical work.

Key words:

Clinical situation - Consultation - Admission

¹Médico. Especialista en Psiquiatría. Profesor Regular Titular, a cargo de la 1ª Cátedra de "Clínica Psicológica, Psicoterapias, Emergencias e Interconsultas". Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Docente Investigador Categoría III. Secretaría de Ciencia y Técnica. UBA.

²Lic. en Psicología. Docente de la Cátedra de "Clínica Psicológica, Psicoterapias, Emergencias e Interconsultas". Facultad de Psicología. UBA.

³Lic. en Psicología. Docente de la Cátedra de "Clínica Psicológica, Psicoterapias, Emergencias e Interconsultas". Facultad de Psicología. UBA.

INTRODUCCIÓN

Es de observación habitual en la formación del alumnado de grado y de postgrado el capacitarse casi exclusivamente en el estudio y en el diagnóstico psicopatológico y no en el abordaje psicoterapéutico, así como en cifrar toda la eficacia asistencial únicamente en la interpretación. Pareciera que la riqueza del hallazgo freudiano ha llevado a prescindir de la etapa evolutiva y demás condiciones actuales del que consulta así como a confundir intelección con terapéutica. Asimismo, suelen desconocerse las contribuciones que, en el seno de las teorías psicoanalíticas, se han desarrollado para dar cuenta de la clínica y de las intervenciones de sostén y empatía en el proceso asistencial. Por otra parte, es hoy incontrovertible que los modelos en ciencias humanas requieren la complementariedad de diversas referencias teóricas y aún así éstas no agotan los interrogantes de la clínica. La acepción de "modelo", es la establecida en el Diccionario de la Real Academia Española, a saber: "Esquema teórico, de un sistema o de una realidad compleja, que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento".

Producto de una larga experiencia de asistencia hospitalaria y en obras sociales, el concepto de "situación clínica" da cuenta de tal heterogeneidad teórica y técnica aplicada al abordaje del consultante. Por "situación clínica" entendemos la articulación de la diversidad de fenómenos que aparecen en la consulta. Ello supone una semiología múltiple que releve datos de diversos ámbitos, una epistemología convergente con un campo de diversos objetos teóricos y una actitud técnica dispuesta a la planificación y a la interdisciplina. Al mencionar el "concepto" de situación clínica, aludimos al concebir la consulta psicológica de manera compleja, a pensar en términos de situación, a la no unilateralidad de la comprensión y del abordaje.

La noción de "consulta" implica el pedido de asesoramiento a alguien habilitado para tal fin. En nuestro caso corresponde al psicólogo clínico en oportunidad de la consulta psicológica una respuesta acorde a esa solicitud. El presente trabajo se propone volcar los desarrollos de nuestra investigación, sobre la aplicación del modelo de situación clínica al desempeño en la labor de consulta clínica psicológica.

Es propósito de esta investigación trasladar los resultados a la actividad docente, tanto de grado como de postgrado, ya que situación clínica y consulta psicológica constituyen conceptos fundamentales en el aprendizaje de la técnica psicoterapéutica y en la actitud del profesional en su labor clínica.

La tan controvertida validación de las hipótesis en ciencias aplicadas en general y en especial en ciencias humanas en atención a la fuente de datos y al influjo del operador, alude reiteradamente a las distorsiones ocultas no reconocidas en la investigación. En atención a ello, se propone trabajar sobre lo volcado por los psicólogos clíni-

cos (admisores y terapeutas) en las entrevistas y en los informes correspondientes. Es decir que es éste un trabajo sobre las consecuencias que la comprensión en términos de "situación clínica" depara para quienes la aplican en la práctica por ellos reconocida en las admisiones y en el curso del proceso terapéutico.

ESTADO DEL ARTE

Si bien no es materia de este artículo, se considera ineludible para su cabal comprensión una breve referencia a los antecedentes y orientaciones de la investigación propuesta. Éstos pueden ordenarse en torno a los siguientes asuntos:

- a) Referidos a la entrevista psicológica
- b) Referidos al concepto de situación clínica
- c) Referidos a la noción de consulta, desde el punto de vista clínico-deontológico
- d) Referidos a la investigación en ciencias humanas y especialmente en Psicología

a) Se trata de entrevistas de admisión para la derivación, abiertas, en un marco de comprensión empática, intentando la intelección del motivo de consulta. El objetivo es establecer las condiciones más apropiadas para la asistencia psicológica.

Recordemos que, para Freud, "La primera meta del tratamiento sigue siendo allegarlo a éste y a la persona del médico", (de Freud, "La iniciación del tratamiento", pág. 140).

Asimismo, consideramos con Bleger que "La entrevista es un instrumento fundamental del método clínico y es -por lo tanto- una técnica de investigación científica de la psicología", (de Bleger, "La entrevista psicológica", pág. 9).

Ahora bien, tratándose de entrevistas de admisión y derivación, caben las observaciones sobre el cuidado y el tacto que deben presidir las intervenciones del entrevistador. Al respecto, según Fiorini "...pensamos que el manejo que haga el terapeuta de esa primera entrevista puede tener una influencia decisiva en la continuidad o abandono del tratamiento y, de ser mantenido, en la eficacia que alcance el proceso terapéutico", (de Fiorini, cap. 4 "La primera entrevista en psicoterapia breve", pág. 63). Y agrega que "...importa destacar el hecho de que esta entrevista está destinada a cumplir no sólo funciones diagnósticas y de fijación de un contrato, sino que en psicoterapias breves jugará siempre además un rol terapéutico", (ibídem, pág. 64).

Otro tanto expresa Piera Aulagnier, ante los recaudos sobre la relación: "En mi lectura de las sesiones de Philippe he insistido en la necesidad de preservar una relación de intercambio. Como creo haberlo mostrado con mi "exposición", es imposible en el curso de las reuniones separar los efectos de sentido de su carga afectiva, que decide tanto sobre su formulación como

sobre la suerte que les reservará su destinatario”, (de Piera Aulagnier, cap. 3 “Las entrevistas preliminares y los movimientos de apertura”, parte A “Las entrevistas preliminares”, pág. 168).

En este marco hospitalario en la consulta, de acuerdo a Winnicott: “Se brinda un encuadre humano, al cual el paciente lleva, y en el cual despliega, sus tensiones y su estrés inmediatos”, (de Winnicott, “El valor de la consulta terapéutica (1965)”, págs. 44 y 50).

Esta perspectiva de un anfitrión que admite y acepta en los términos que se presenta su circunstancial huésped, se logra mediante la empatía. Esta disposición del entrevistador, siguiendo a Kohut, consiste en lo siguiente: “La empatía es la actividad que define el campo del psicoanálisis...La definimos como una “introspección vicaria”, o, en términos más simples, como el intento de una persona de vivenciar la vida interior de otra, pero manteniéndolo simultáneamente la postura de observador objetivo”, (de Kohut, cap. 9 “Papel de la empatía en la cura psicoanalítica”, pág. 254). Es esta actitud comprensiva, de momentánea aceptación sin crítica de la lógica del consultante la que permite el despliegue transferencial y su exploración.

Otro tanto sostiene Klauber: “El problema definitivo del conocimiento para el psicoanalista, por consiguiente, es el mismo que para el historiador: consiste en el requisito especial para cada uno de ellos de tener que recrear la vida psíquica de su objeto de estudio dentro de su propia mente. La historia y el psicoanálisis dependen de un proceso de identificación. Esto contrasta con el trabajo del científico naturalista, para el que la identificación con la naturaleza y sus leyes es imposible dado que ellas no se prestan a un conocimiento introspectivo”, (de Klauber, “Sobre el uso dual del método histórico y científico en el psicoanálisis”, pág. 238 y 239).

b) El concepto de “situación clínica” supone la concurrencia de distintos niveles diagnósticos. Se fundamenta en que los modelos en ciencias humanas requieren de un campo de objetos teóricos. Esto se basa en la postulación de que una única perspectiva es por fuerza limitada, reduccionista y lleva al sectarismo.

“La fragmentación del objeto de conocimiento en dominios particulares, producto de la fragmentación del vínculo, va seguida de un segundo momento integrador (epistemología convergente), cumpliéndose así dos procesos de signo contrario, que adquieren complementariedad a través de la experiencia emocional correctora”, (de Pichon-Rivière, “Una nueva problemática para la Psiquiatría”, pág. 436).

Siguiendo a su maestro, Bleger sostiene que: “Las propiedades de los objetos sólo pueden ser definidas en función de un relativismo: el de las condiciones en las que existen en un momento dado... Para estudiar un fenómeno debemos, entonces, hacerlo en función de sus relaciones, en un momento dado... Los seres huma-

nos estudiados en psicología, sea en forma individual o grupal, deben serlo siempre en función y en relación estrecha con el contexto real de todos los factores concretos que configuran la situación”, (de Bleger, “Situación y campo”, págs. 43, 44 y 45).

Quien ha categorizado la situación clínica desde el punto de vista teórico es Fiorini: “...el concepto de situación designa un objeto articulador. Su función de articulación se realiza por efectos de montaje, dados por yuxtaposiciones entre series cuyas resonancias ligan entre sí a diferentes tipos de objetos: discursos, cuerpos, instituciones, grupos, fantasmas unindividuales... La situación ubica al paciente, nos ubica a nosotros, en la zona de entrecruzamiento de vastas indagaciones interdisciplinarias”, (de Fiorini, “Exploración de la situación como una modalidad de abordaje en psicoterapias”, pág. 163).

c) Se trata de la admisión de un consultante, no de la observación de un caso. Ello implica para el psicólogo clínico corresponder en su desempeño de acuerdo al rol legal y socialmente conferido, esto es: debe brindar el asesoramiento que esté a su alcance, en términos comprensibles para el entrevistado.

Por otra parte, y esta razón relaciona el proyecto de investigación con la docencia de grado, la capacitación universitaria en ciencias aplicadas requiere incluir criterios éticos acerca del ejercicio profesional.

“La ley que se instaura en nuestro quehacer, más allá de las aptitudes de cada uno, más allá de las pretensiones y de la identidad vocacional de cada uno, es el lugar que ocupamos socialmente en cuanto a nuestro desempeño. Esto es, se entiende por consulta el pedido de asesoramiento técnico en determinado ámbito de una disciplina, a alguien que se lo considera idóneo en ese ámbito, a quien la sociedad le ha conferido un título o una nominación habilitante para tal caso. En ese sentido, en todo pedido de consulta hay una pregunta implícita o explícita, y requiere una respuesta por parte de aquél que es consultado”, (de Menéndez, “Psicoterapias planificadas: criterios que orientan nuestra labor”, pág. 71 y 72).

d) Habida cuenta de la gravitación del criterio asistencial de los operadores en el proceso terapéutico (Ávila Espada, A. y Mitjavila, M.), cualquier registro de datos es cuestionable por tendencioso, desde una presunción de asepsia e imparcialidad de juicio, que no se sostiene en la actualidad ni en la observación ni en la instrumentación de cualquier ciencia aplicada.

Es por ello que el criterio de relevamiento de datos se ha considerado desde la perspectiva fenomenológica radical planteada por Husserl, esto es: asentar el fenómeno tal como es experimentado por el sujeto de la experiencia. El partido tomado en esta investigación ha consistido en valerse de los datos registrados por los

propios psicólogos clínicos.

Al respecto, citamos la referencia de dicho autor a la "epojé", la suspensión del juicio, formulada en el artículo "Fenomenología" de la Enciclopedia Británica: "...en la ejecución de la reflexión fenomenológica, debe inhibir toda simultánea ejecución de las posiciones objetivas puestas en acción en la conciencia irreflexiva, e impedir con ello que penetre en sus juicios el mundo que para él "existe" directamente" (cap. I, pág. 42).

OBJETIVOS

Los objetivos específicos del proyecto son:

1. Relevar las intervenciones clínico-asistenciales que el admisor refiere haber realizado en la consulta;
2. Reconocer los fundamentos teórico-técnicos de dicho desempeño en la entrevista;
3. Verificar la vigencia de las indicaciones efectuadas en oportunidad de la derivación, según el terapeuta, a los 3 y 6 meses de la consulta;
4. Considerar el lugar de la admisión así concebida en el proceso asistencial; y
5. Definir el rol del psicólogo clínico que conceptualiza en términos de "situación clínica" la consulta psicológica.

METODOLOGÍA

Es ésta una investigación exploratoria y descriptiva, basada en una muestra naturalística, en consultantes cuya derivación no implicara internación para su asistencia.

Se trata del examen pormenorizado de los registros correspondientes a las entrevistas de admisión de 30 (treinta) consultas psicológicas realizadas por dos admisores, denominados A y B, a razón de 15 entrevistas cada uno, en el Centro Asistencial del Centro de Estudios en Psicoterapias, del que se dispuso para la realización del presente proyecto.

El material clínico proviene del relevamiento escrito directo en oportunidad de las consultas y del informe de los terapeutas tratantes a los 3 y 6 meses.

Los psicólogos clínicos admisores así como los terapeutas son egresados de una escuela de formación de postgrado en psicoterapias de orientación psicoanalítica que tiene entre sus contenidos docentes los conceptos de "Situación clínica" y "Consulta psicológica", y se desempeñan en la labor de admisión desde hace 9 años. Dichos profesionales desconocían el destino de sus registros para esta investigación, cuya propuesta fue ulterior.

El tipo de entrevista es abierta, con especial atención al motivo de consulta para la orientación del entrevistado, ya que en ningún caso el admisor llevó a cabo el proceso terapéutico.

Se exploran sucesivamente en cada entrevista las intervenciones y las propuestas consignadas por el entrevistador (su rol en la consulta) y su vinculación con el mo-

delo de referencia (situación clínica). Asimismo, se caracteriza el rol del psicólogo clínico que responde a la consulta a partir del modelo de "situación clínica" y se considera la vigencia de su criterio a los 3 (tres) y 6 (seis) meses del proceso asistencial.

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

Está constituido por el Dr. Pedro A. Menéndez (director del proyecto), la Lic. Cecilia Bodón y la Lic. Paula Mayorga (auxiliares de investigación), profesor regular titular a cargo y auxiliares docentes respectivamente de la cátedra Clínica psicológica, psicoterapias, emergencias e interconsultas I de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

PROCEDIMIENTO POR OBJETIVO Y DEFINICIONES OPERACIONALES

- 1) En relación al primer objetivo, se consideraron "intervenciones clínicas asistenciales" todas las formulaciones asentadas por los admisores en oportunidad de la entrevista. Se han clasificado en:
 - a) Indagatorias: tienden a averiguar sobre los síntomas y el estado mental del consultante. Son preguntas, aclaraciones, recapitulaciones.
 - b) Empáticas: aluden a la representación que el admisor va haciéndose de la subjetividad del consultante. Son referencias a cómo lo percibe, cómo cree que se siente y a la lógica subjetiva del entrevistado
 - c) Indicativas: provienen de las teorías y de las indicaciones terapéuticas convenientes a juicio del admisor. Son prescripciones, sugerencias, intervenciones interpretativas.
- 2) Se consideró en cada entrevista si las intervenciones consignadas para la comprensión del entrevistado se efectuaron en términos intrasubjetivos, interpersonales o institucionales. Se examinaron sus referentes teóricos de acuerdo a si tienen como soporte el psicoanálisis, la psicología evolutiva, la clínica psiquiátrica, la dinámica interpersonal familiar, el nivel laboral, el prospectivo u otros. Si bien los diversos referentes teóricos no son equiparables en cuanto a su status epistemológico, en la labor de admisión el psicólogo clínico puede, de acuerdo a la consulta y a su criterio, adjudicar mayor relevancia a aspectos actuales (síntomas, edad, condiciones laborales) y no así a las determinaciones inconcientes. Este trabajo no alude a una discusión sobre jerarquías teóricas sino sobre la práctica de los psicólogos clínicos.
- 3) Se cotejaron los informes solicitados a los terapeutas a los 3 y 6 meses con las propuestas formuladas en oportunidad de la admisión. Se estableció si se mantuvieron o no, o si se han agregado elementos no considerados inicialmente.
- 4) Se elaboraron conclusiones de acuerdo a dichas

determinaciones.

- 5) Se caracterizaron las funciones desempeñadas por los admisores a partir de las intervenciones efectuadas.

Se llevó a cabo la tarea de relevamiento, acopio y organización del material de 30 (treinta) entrevistas de admisión efectuadas en los consultorios del Centro Asistencial del Centro de Estudios en Psicoterapias, institución de asistencia psicoterapéutica ambulatoria de la ciudad de Buenos Aires. Asimismo se agregaron los informes solicitados a los terapeutas correspondientes a los 3 y 6 meses de tratamiento. Las entrevistas y los informes corresponden al período que va entre enero del 2000 y agosto del 2003.

Los datos de las admisiones se obtuvieron a partir del registro escrito efectuado en el curso de las mismas, no habiéndose realizado posteriormente reconstrucción ni agregado alguno. Como se anticipara, los admisores desconocían el destino de tal labor al momento de realizarla, ya que forma parte de su actividad habitual. La solicitud de los informes a los terapeutas no incluyó comentario alguno acerca del destino de los mismos, ni consignas que orientasen su redacción.

Como parte de su labor habitual, los admisores efectuaron el registro de la entrevista en el momento de su ejecución. Posteriormente, a requerimiento de la propuesta de investigación, procedieron al acopio del material, seleccionando aquellos pacientes que no fueron derivados a instituciones de internación y cuyo tratamiento seguía en curso a los 6 meses. Asimismo, el equipo de investigación, del cual los admisores forman parte, solicitó un informe a los terapeutas, sin especificar consigna alguna, a los 3 y 6 meses de asistencia, acerca de la evolución del proceso terapéutico. Luego se abocó al examen de las entrevistas y de los informes, de acuerdo a los procedimientos por objetivo establecidos.

Tras los cómputos correspondientes, los investigadores discutieron las conclusiones obtenidas en atención a la relación entre la admisión y el proceso asistencial en la muestra explorada.

Por último, caracterizaron, fundamentándolo en dicha experiencia, el rol desempeñado por el admisor en relación al desarrollo ulterior de la consulta. Complementaron estas tareas con la lectura de la bibliografía y su discusión, referida a la entrevista psicológica, la consulta psicológica y los conceptos de situación clínica e interdisciplina.

RESULTADOS

Estrategia de análisis

La mayor parte de la investigación en psicoterapia asume que el terapeuta desarrolla acciones determinadas por la teoría y la técnica que ha incorporado a su formación y experiencia. Las técnicas son actualizadas en cada

situación particular de acuerdo a la singularidad de ese terapeuta en concurso con los denominados factores comunes relativos al estilo propio del terapeuta (Frank, 1961; Avila Espada y Mitjavila, 2003).

En este sentido, consideramos que el modelo de "situación clínica" provee de un criterio de focalización, diagnóstico en múltiples niveles, articulando la llegada del paciente al tratamiento y el posterior desarrollo del mismo, a cargo de un profesional dispuesto a ayudar y transmitir indicaciones de manera comprensible y en un marco de comprensión empática.

De esta forma, el criterio de análisis de las intervenciones realizadas en las admisiones estudiadas fue categorizarlas según a) las hipótesis del entrevistador; b) el ámbito de aplicación (u objeto) de las intervenciones; c) reconocer el fundamento teórico-técnico del desempeño durante las intervenciones en tanto la exploración del concepto de "situación clínica" y la identificación del marco teórico del cual surgen dichas intervenciones y; d) la vigencia de las intervenciones a los 3 y 6 meses de tratamiento.

A partir de dichos resultados se propone caracterizar el lugar de la admisión en el proceso asistencial y el rol de admisor de acuerdo al modelo de "situación clínica".

A) Descripción de las intervenciones clínicas asistenciales (ver Tabla 1)

En cuanto al tipo de intervenciones, el 81,7% de las efectuadas por los admisores son indagatorias. Las intervenciones empáticas constituyeron el 7,3 % del total y las indicativas el 11%, éstas últimas han prevalecido en las postrimerías de las entrevistas. En ocho entrevistas no hubo consignadas intervenciones empáticas y en tres no se registraron intervenciones indicativas.

El establecimiento de dos grupos apunta a comprobar diferencias entre los entrevistadores.

Se observan variaciones entre los admisores, correspondiendo en las intervenciones indagatorias a un rango entre 74% y 86%, en las empáticas 12% y 4,6% y en las indicativas 14% y 9,4%. En relación al número total de intervenciones consignadas, A computó 243 y B 420. Estableciéndose una media de 16 intervenciones para A y 28 para B, por entrevista.

Se comprueba una prevalencia absoluta de intervenciones indagatorias, si bien con oscilaciones (en un rango de 3 a 53) con un promedio de casi 20 por entrevista. Esto revela una actitud activa por parte de los entrevistadores. Las variaciones entre los entrevistadores se observan en mayor medida en las intervenciones empáticas, lo cual indicaría que dichas intervenciones obedecen más que las otras a su estilo y disposición personal. En referencia al número de intervenciones, la amplia variación entre los admisores, (el número de intervenciones registradas por A es un 57% de B), puede obedecer a estilos personales y/o a diferencias en el regis-

tro. Aún el cómputo inferior, el de A, revela un desempeño activo en la admisión (una media de 10 intervenciones por entrevista) y en B asciende a 28 intervenciones registradas de promedio.

Se destaca la variedad de intervenciones volcadas, así como la distribución prevalente de las indicativas hacia el final de las entrevistas.

En conclusión: dentro de un desempeño activo y variado, se verifican variaciones en relación al estilo personal de los admisores.

B) Criterio clasificatorio de la caracterización de las intervenciones clínicas asistenciales en relación al ámbito de aplicación de las hipótesis del entrevistador

Las intervenciones clínicas descritas en este apartado se refieren sólo al ámbito de observación de los fenómenos de la consulta que indaga el entrevistador.

Con el fin de observar la distribución de las intervenciones del entrevistador en relación a los objetos clínicos de estudio posibles, las hemos clasificado en intrasubjetivas (aluden a indagaciones, comprensiones e hipótesis acerca del acontecer intrapsíquico del entrevistado), intersubjetivas (acerca de las conductas en relación a terceros) e institucionales (acerca de su inserción en grupos y organizaciones sociales). El criterio clasificatorio se propone describir la orientación del entrevistador en su búsqueda. Por ejemplo, en el caso de las intervenciones institucionales, se alude a aquéllas que inquieren sobre fenómenos que se manifiestan en las conductas del entrevistado en relación con grupos u organizaciones sociales.

Es una labor descriptiva, no se hacen inferencias acerca de las hipótesis de los entrevistadores. Son computadas aquellas intervenciones que se refieren al conocimiento de esos ámbitos del entrevistado por parte del admisor, esto es: se explora la indagatoria semiológica en la admisión, las diversas fuentes de datos en las que inquiera el entrevistador.

En este apartado se consideran las intervenciones en relación al ámbito de aplicación de las hipótesis del entrevistador en su orientación en vías de clarificar los conflictos. Las hipótesis pueden ser diversas y no están forzosamente vinculadas a la indagatoria en tal o cual ámbito. (ver *Tabla 2*)

En cuanto al ámbito de aplicación de las intervenciones en relación a objetos de estudio posibles, el 40,4% de las efectuadas por los admisores son intrasubjetivas, las intersubjetivas 41,5% y las institucionales el 18,1%. En una entrevista no hubo consignadas intervenciones intersubjetivas y en tres no se registraron intervenciones institucionales.

No se observan variaciones significativas entre A y B (59 y 57 intrasubjetivas; 55 y 64 intersubjetivas; 23 y 29

institucionales). En ambos el rango de cada una de ellas por entrevista es amplio (de 1 a 8 para las intrasubjetivas; de 0 a 8 para las intersubjetivas; de 0 a 7 para las institucionales).

En relación al número total de intervenciones consignadas caracterizadas por su ámbito de aplicación, A computó 137 y B 150. Estableciéndose una media de 9,1 para A y 10 para B de intervenciones que se refirieran a indagaciones, comprensiones o hipótesis en relación a objetos de estudio posibles por entrevista.

Se observa una paridad entre las intervenciones intrasubjetivas y las intersubjetivas (40,4 y 41,5%). Asimismo hay una diversidad de intervenciones en las diferentes entrevistas, independientemente del entrevistador, con un rango tal que hacer presumir que obedecen a las manifestaciones clínicas del entrevistado.

Cabe destacar que, entre las intersubjetivas y las institucionales suman el 59,6%, es decir que los admisores han tenido como referencia mayoritaria para la indagación y operatoria otros objetos teóricos no vinculados con la dinámica intrínseca del aparato o del sujeto psíquico.

No se revelan diferencias de estilo o disposición personales entre los entrevistadores en relación a la caracterización del ámbito de referencia de las intervenciones.

C) Reconocer los fundamentos teórico-técnicos de dicho desempeño en la entrevista

C.1) Acerca del concepto de "situación clínica" y de su exploración en las entrevistas

Las características del motivo de consulta y del proceso de las entrevistas son referentes que contribuyen a estimar los criterios prevalentes en el abordaje del paciente en consulta por parte del psicólogo clínico en términos de atención del motivo de consulta, de la urgencia, de exploración extensa o interdisciplinaria.

A tal efecto se consideró la prevalencia del motivo de consulta a lo largo de la entrevista y si estuvo considerado en las indicaciones finales. Asimismo se exploró y describió el proceso de la entrevista: si estuvo focalizado en el motivo de consulta o si dio lugar a una exploración más extensa. Se computaron los referentes teóricos correspondientes a diversas series diagnósticas incluidos en la entrevista, tanto en las intervenciones indagatorias cuanto en las indicaciones finales. Se incluyen los datos extraídos de los informes de los terapeutas en relación a la vigencia de las indicaciones apuntadas en la admisión a los 3 y 6 meses del proceso terapéutico en curso. Estos hallazgos se hayan ilustrados en la siguiente tabla de 6 columnas, cuyo examen pormenorizado se efectúa a continuación: (ver *Tabla 3*)

Sobre la prevalencia del motivo de consulta en la entrevista (columnas 1,2 y 3):

Se observa que en el 90% de las entrevistas de admisión el motivo de consulta prevaleció a lo largo de la entrevista. En A fue en el 100% de las admisiones y en B en el 80%. No hubo motivo de consulta manifiesto en una entrevista (3,33%).

Sobre la presencia del motivo de consulta en las indicaciones finales:

En el 80% de las admisiones el motivo de consulta fue incluido en las indicaciones finales del admisor. En el 20% restante o no hubo indicaciones finales (13,33% de la muestra, todas correspondientes a A) o no fue incluido (6,66%, todas correspondientes a B).

Sobre el proceso de la entrevista de admisión:

En 17 entrevistas (56,66%) la admisión estuvo focalizada en el motivo de consulta, en el resto (43,33%) el admisor efectuó una exploración más extensa.

Al respecto, en A la exploración más extensa constituyó el 13,33% (5 de sus 15 entrevistas), mientras que en B ascendió a 53,33% (8 entrevistas de 15).

De lo obtenido se infiere que el motivo de consulta es prevalente desde un marco teórico situacional para ambos admisores, tanto durante el curso de la entrevista cuanto en las indicaciones finales. "A" lo incluyó toda vez que efectuó indicaciones finales. "B" efectuó en todos los casos indicaciones finales y en una entrevista no lo incluyó.

Acerca de la exclusividad y el alcance que el admisor le da a la consulta formulada por el entrevistado, las variaciones obtenidas (13,33% y 53,33%) posiblemente obedecen a estilos personales de los entrevistadores.

C.2) Descripción de las intervenciones según referentes teóricos

Tratándose de un concepto articulador, "situación clínica" supone la concurrencia de diversos objetos teóricos y de una orientación técnica del manejo de la entrevista en relación a la singularidad de la consulta. En atención a lo primero, se han computado las orientaciones de la exploración y de las hipótesis efectuadas en las entrevistas según provengan de la Clínica psiquiátrica, el Psicoanálisis, la Psicología evolutiva, la dinámica familiar, la serie laboral, la prospectiva u otras. Por ejemplo, uno de los niveles diagnósticos de la situación clínica es el nivel laboral, esto es las características que para ese consultante, según el entrevistador, asumen los asuntos vinculados al trabajo. El cómo aprecie el admisor que impactan los conflictos laborales puede dar lugar a diversas caracterizaciones, pero su posible inclusión y consideración dará una imagen del criterio del entrevistador en oportunidad de la consulta psicológica.

Sobre los referentes teóricos en general (columna 4 de

la "Tabla sobre cómputos generales"):

Se observa un rango que va de 5 referentes teóricos (en 4 entrevistas) a 1 (en una entrevista), con un agrupamiento prevalente de 4 (en 9 entrevistas), 3 (en 8) y 2 (en 8). Esto indica que en el 70% (21 entrevistas) ha habido por lo menos 3 referentes teóricos en las indagaciones e indicaciones finales. No se observan diferencias significativas entre los admisores en cuanto al número total de referentes teóricos empelados.

Sobre los referentes teóricos desglosados ("Tabla de niveles diagnósticos de las intervenciones): (ver Tabla 4)

Los niveles diagnósticos referidos por los admisores comprenden, de manera no excluyente, el clínico (76,6%), el psicodinámico (76,6%), el familiar (56,6%), el laboral (46,6%), el evolutivo (30%), el prospectivo (16,6%), el de pareja (10%), el vincular (6,6%) y el corporal (3,3%).

A incluyó en el 93,3% de las entrevistas el nivel psicodinámico, B en el 66,6%.

A incluyó en el 20% el nivel evolutivo, B en el 40%.

A incluyó en el 33,% el nivel prospectivo, B nunca.

B incluyó el nivel corporal (13,3%) y vincular (13,3%), A nunca.

En los demás niveles diagnósticos no se registraron variaciones significativas.

Ambos entrevistadores se remitieron a al menos 3 niveles diagnósticos en el 70% de las admisiones, habiendo variaciones en cuanto a la prevalencia de los niveles establecidos.

No se ha verificado relación entre el proceso de la entrevista en relación al motivo de consulta (extensa o focalizada) y el número y las características de los niveles diagnósticos considerados.

El nivel laboral (46,6% de las entrevistas) puede estar en relación con la situación general en curso en oportunidad de las entrevistas (entre enero del 2000 y agosto del 2003).

D) Verificar la vigencia de las indicaciones efectuadas en oportunidad de la derivación, según el terapeuta a los 3 y 6 meses de la consulta

El procedimiento asistencial contempla la realización de una entrevista de admisión, al cabo de la cual el consultante es derivado al profesional tratante. Se solicitó a los terapeutas un breve informe acerca del proceso terapéutico llevado a cabo a los 3 y a los 6 meses de iniciada la consulta, sin haber establecido consigna alguna para su redacción. Se comprobó si se mantenían los criterios formulados inicialmente en las admisiones en relación al abordaje del motivo de consulta y a los diversos niveles diagnósticos establecidos originariamente.

Examen cuantitativo de la carga de los cómputos del

examen de la vigencia de las indicaciones (columnas 5 y 6 de la "Tabla sobre cálculos generales"):

De las 26 entrevistas en que se efectuaron indicaciones, éstas se mantenían en el 84,6% de los casos a los 3 meses y en el 76,9% a los 6. El 90% siguió a los 6 meses de los 3, en el 10% restante se habían alcanzado los objetivos iniciales. En un caso (3,8%) se retomó recién a los 6 meses lo indicado inicialmente. No se hallaron variaciones significativas en la vigencia de las indicaciones en relación a los admisores.

Se observa una alta proporción de procesos terapéuticos orientados a los 3 meses según las pautas iniciales indicadas por los admisores. Se comprueba una alta proporción de continuidad de dichos criterios a los 6 meses. Estos resultados no muestran diferencias entre los admisores. Los niveles diagnósticos empleados por los admisores fueron contemplados en todos los casos por los terapeutas en oportunidad de efectuar la interconsulta correspondiente.

IMPLICANCIAS TEÓRICO-TÉCNICAS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

El lugar de la admisión así concebida en el proceso asistencial

La exploración de la conceptualización de la situación de consulta en términos de "situación clínica" en oportunidad de la admisión individual de pacientes ambulatorios muestra, según esta experiencia, diversos hallazgos en relación a la operativa con el motivo de consulta, al proceso de la entrevista, al procedimiento diagnóstico, a las indicaciones finales en relación al motivo de consulta y a la vigencia de las mismas a los 3 y 6 meses de iniciado el proceso terapéutico.

A partir de lo obtenido, pueden inferirse resultados en torno al procedimiento clínico-técnico de los admisores y a su influjo en el ulterior proceso asistencial. *En cuanto a la conducción de la entrevista de admisión, la alta prevalencia del motivo de consulta a lo largo de la misma, así como su inclusión en las consideraciones finales pueden vincularse con el enfoque actual y existencial que subyace al concepto de "situación clínica".*

La no exclusividad de un único referente teórico para el admisor queda evidenciada aún en un somero examen de la tabla correspondiente, cuyos detalles ya hemos referido.

La importancia de las indicaciones del admisor en el proceso asistencial y su gravitación como prescripción de al menos las etapas iniciales del proceso terapéutico se verifican en el alto porcentaje de su vigencia a lo largo del mismo.

El rol del psicólogo clínico que conceptualiza en términos de "situación clínica" la consulta psicológica

El rol del admisor, según lo observado, consiste no sólo en la orientación al consultante al comienzo del proceso asistencial, sino en una labor de asesoramiento al terapeuta, en la medida que sus indicaciones prevalecen en la terapia.

Se ha observado que en su tarea confluyen labores de interdisciplina y disposición a la interconsulta, en la medida que contempla diversidad de opciones clínico-técnicas, de acuerdo a la descripción de la variedad de sus referentes teóricos y del tipo de sus intervenciones.

Se constituye entonces como puerta de entrada y agente sanitario privilegiado del sistema asistencial al que pertenece.

DISCUSIÓN

Esta investigación indaga la conceptualización de un encuadre de trabajo en la asistencia psicoterapéutica originado a partir de los desarrollos en Salud Mental de los que nuestro país fuera pionero en la década del 60, con la creación de Servicios de Psicopatología en hospitales generales y la inclusión de la atención psicológica en las cartillas de Obras Sociales. Sus resultados apuntan a evaluar y categorizar la tarea del psicólogo clínico fundado en el diagnóstico múltiple y la interdisciplina en la consulta psicológica.

La intención de explorar y caracterizar el modelo de "situación clínica" se sustenta en la pregunta sobre cómo sus postulados teóricos y técnicos toman forma y se actualizan en oportunidad de cada consulta en particular.

Es ya sabido que los lineamientos teóricos y técnicos de cada terapeuta de acuerdo a su formación y experiencia, son tamizados por su estilo personal. De todas maneras, nos propusimos en esta investigación hacer un aporte en función de explorar los componentes singulares emanados de una forma específica de abordar el momento de admisión en psicoterapia.

Nuestro método de clasificación permitió, por un lado describir regularidades técnicas atribuibles a los lineamientos específicos del modelo en estudio y, por otra parte, identificar algunos aspectos que, de manera hipotética, consideramos propios del estilo personal de los entrevistadores (por ejemplo la diferencia en cuanto a la pregnancia de las intervenciones empáticas en ambos casos).

El propósito es que las conclusiones emanadas de este trabajo contribuyan a la formación y capacitación de grado y de posgrado, así como a que el marco referencial considerado sea aplicable a labores de Extensión Universitaria que desde la Facultad de Psicología se realizan a la comunidad: servicios asistenciales, gabinetes psicopedagógicos y de orientación vocacional.

En base a lo elaborado se plantean desarrollos futuros en la línea de trabajo iniciada. Por una parte, profundizar y sustentar la exploración y la descripción efectuadas con otras muestras que enriquezcan las fuentes de datos y asienten en una base mayor de observables las hipótesis de trabajo. Por otro lado, correlacionar el estado clínico del entrevistado con las características del desempeño del admisor. Por último, correlacionar los efectos que el criterio asistencial en términos de "situación clínica" propicia en la actitud del terapeuta para la planificación, así como las consecuencias que esta comprensión múltiple depara a la alianza terapéutica.

TABLA 1: CÓMPUTO DEL TIPO DE INTERVENCIONES

ENTREVISTA	INTERVENCIONES INDAGATORIAS	INTERVENCIONES EMPÁTICAS	INTERVENCIONES INDICATIVAS
A 1	10	2	6
A 2	16	1	3
A 3	10	3	4
A 4	25	4	1
A 5	19	1	3
A 6	16	1	0
A 7	12	1	0
A 8	6	2	1
A 9	3	2	4
A 10	7	2	0
A 11	14	4	6
A 12	3	2	1
A 13	7	2	1
A 14	10	1	3
A 15	22	1	1
B 1	23	2	2
B 2	14	6	5
B 3	27	2	4
B 4	30	0	3
B 5	11	4	2
B 6	17	1	2
B 7	41	2	3
B 8	33	0	2
B 9	12	2	4
B 10	15	0	1
B 11	22	0	3
B 12	53	0	1
B 13	21	0	3
B 14	30	0	3
B 15	13	0	1

TABLA 2: CÓMPUTO DE LA CARACTERIZACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

ENTREVISTA	INTERVENCIONES INTRASUBJETIVAS	INTERVENCIONES INTERSUBJETIVAS	INTERVENCIONES INSTITUCIONALES
A 1	1	2	7
A 2	6	7	1
A 3	7	1	2
A 4	4	8	2
A 5	2	6	-
A 6	4	4	1
A 7	5	1	1
A 8	4	2	1
A 9	5	3	1
A 10	6	-	-
A 11	3	4	1
A 12	2	2	1
A 13	2	5	1
A 14	2	6	3
A 15	6	4	1
B 1	5	6	4
B 2	6	5	3
B 3	4	4	1
B 4	4	6	2
B 5	2	3	1
B 6	3	2	1
B 7	5	4	-
B 8	7	7	3
B 9	5	3	2
B 10	1	4	3
B 11	4	2	3
B 12	5	5	1
B 13	2	5	2
B 14	2	4	2
B 15	2	4	1

**TABLA 3:
SOBRE CÓMPUTOS GENERALES**

N°	M de CONS PREVA- LENCIA	M de CONS INDIC FINALES	PROCESO EN LA ENTREVISTA	REFERENCIAS TEÓRICAS	VIGENCIA INDICACIONES	
					a los 3 meses	a los 6 meses
A 1	SI	SI	EXPL EXTENSA	5	SI	SI
A 2	SI	NO HAY	FOCAL M de C	2	-	-
A 3	SI	SI	EXPL EXTENSA	3	NO	-
A 4	SI	NO HAY	EXPL EXTENSA	4	-	-
A 5	SI	NO HAY	FOCAL M de C	4	-	-
A 6	SI	SI	FOCAL M de C	3	SI	SI
A 7	SI	SI	FOCAL M de C	3	SI	SI
A 8	SI	SI	FOCAL M de C	4	SI	SI
A 9	SI	SI	FOCAL M de C	4	SI	SI
A 10	SI	SI	FOCAL M de C	2	SI	SI
A 11	SI	SI	FOCAL M de C	2	SI	SI
A 12	SI	SI	EXPL EXTENSA	3	SI	SI
A 13	SI	SI	FOCAL M de C	5	SI	SI
A 14	SI	SI	FOCAL M de C	2	SI	SI
A 15	SI	NO HAY	EXPL EXTENSA	5	-	-
B 1	SI	SI	FOCAL M de C	3	SI	NO
B 2	SI	SI	FOCAL M de C	2	SI	NO
B 3	SI	SI	FOCAL M de C	4	NO	-
B 4	SI	SI	FOCAL M de C	3	SI	SI
B 5	SI	SI	EXPL EXTENSA	3	SI	SI
B 6	NO	NO	EXPL EXTENSA	4	NO	-
B 7	SI	SI	EXPL EXTENSA	2	NO	SI
B 8	NO HAY	NO	EXPL EXTENSA	2	SI	NO
B 9	SI	SI	EXPL EXTENSA	5	SI	SI
B 10	SI	SI	EXPL EXTENSA	4	SI	SI
B 11	SI	SI	EXPL EXTENSA	3	SI	SI
B 12	SI	SI	FOCAL M de C	1	SI	SI
B 13	SI	SI	FOCAL M de C	2	SI	SI
B 14	NO	SI	EXPL EXTENSA	4	SI	SI
B 15	SI	SI	FOCAL M de C	4	SI	SI

TABLA 4: NIVELES DIAGNÓSTICOS DE LAS INTERVENCIONES

ENTREVISTA	NIVEL CLÍNICO	NIVEL PSICODINÁMICO	NIVEL EVOLUTIVO	NIVEL FAMILIAR	NIVEL LABORAL	NIVEL PROSPECTIVO	OTROS
A 1	I	I		I	I	I	
A 2	I				I		
A 3	I	I				I	
A 4	I	I	I	I			
A 5		I	I	I	I		
A 6	I	I		I			
A 7	I	I	I				
A 8	I	I		I	I		
A 9	I	I		I	I		
A 10	I	I					
A 11		I		I			
A 12	I	I					de pareja
A 13	I	I		I	I	I	
A 14		I		I		I	
A 15	I	I		I	I	I	
B 1	I	I			I		
B 2		I		I			
B 3	I		I	I	I		
B 4	I			I			vincular
B 5	I	I					de pareja
B 6		I	I		I		corporal
B 7	I		I				
B 8	I						vincular
B 9	I	I	I	I	I		
B 10		I	I		I		de pareja
B 11	I	I	I				
B 12	I						
B 13		I		I			
B 14	I	I		I	I		
B 15	I	I		I	I		

BIBLIOGRAFÍA

- Ávila Espada, A.; Mitjavila, M.; "El método del plan de acción latente del terapeuta (TLAP): un nuevo método para predecir la contribución cualitativa del terapeuta al resultado del tratamiento", en: *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*, vol. 3 (2003). Buenos Aires: Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Tema del número: Investigaciones en psicoterapia.
- Aulagnier, P.; "Las entrevistas preliminares y los movimientos de apertura", cap 3 de "El aprendizaje de historiador y el maestro brujo". Amorrortu editores.
- Barenblit, V.; "Estrategia terapéutica en psiquiatría, un modelo operativo para pacientes internados". Trabajo de adscripción a la carrera docente, 1972.
- Baranger, W.; "La situación analítica como campo dinámico". *Rev. Uruguaya de psicoanálisis*, IV, 1961-62.
- Bleger, J.; "Situación y campo", cap. III de *Psicología de la conducta*. Eudeba. Buenos Aires, 1963.
- Bleger, J. "La Entrevista Psicológica". De *Temas de Psicología*. Nueva Visión, Bs As, 1973.
- Bleichmar, H.; "Para un psicoanálisis del por qué de la adhesión a modelos reduccionistas", apéndice B de *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Paidós. Buenos Aires, 1997.
- Braier, E.; "Entrevistas preliminares", cap 4 de *Psicoterapia breve*. Nueva Visión. Buenos Aires, 1984.
- Fiorini, H.; "Exploración de la situación como una modalidad del abordaje en psicoterapias", en *Estructuras y abordajes en psicoterapias psicoanalíticas*. Nueva Visión. Buenos Aires, 1993.
- "La primera entrevista", "La relación de trabajo" y "El concepto de foco", caps. 4, 6 y 7 de *Teoría y técnica de psicoterapias*. Nueva Visión. Buenos Aires, 1980.
- "Introducción: El concepto de psiquismo creador. Abordajes por caminos de interdisciplina", cap I de *El Psiquismo Creador*, Paidós, Bs As, 1995.
- "Actualizaciones en psicoterapias psicoanalíticas. La clínica a la luz de las nuevas epistemologías: modelos de la complejidad. Morin, Prigogine, Deleuze", cap VI de *Nuevas líneas en psicoterapias psicoanalíticas: teoría, técnica y clínica*. Editorial Psimática. Madrid, 1999.
- Freud, S.; "La iniciación del tratamiento". Tomo XII. Editorial Amorrortu editores. Buenos Aires, 1980.
- "Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico". *Ibidem*.
- Gedo, J. y Goldberg, J.; "El modelo jerárquico", segunda parte de *Modelos de la mente*. Amorrortu editores. Buenos Aires, 1980.
- Goldenberg, M.; "La psiquiatría en el hospital general", en *La semana médica*, 1965, 1.
- Green, A. "El analista, la simbolización y la ausencia en el encuadre analítico", cap II de *De locuras privadas*, Amorrortu, Bs As, 1994.
- Heidegger, M.; "La cura, ser del "ser ahí", cap VI de la Primera sección de la Primera parte de *El ser y el tiempo*. Fondo de Cultura Económica. Méjico, 1986.
- Husserl, E.; "La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental". Editorial crítica. Barcelona, 1991.
- "El artículo "Fenomenología" de la Enciclopedia Británica", cap I de *Invitación a la fenomenología*. Ediciones Paidós Ibérica. Barcelona, 1992.
- Klauber, J.; "Sobre el uso dual del método histórico y científico en el psicoanálisis", apéndice A de *Dificultades en el encuentro analítico*. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1991.
- Klimovsky, G.; "Los métodos de la medicina y de la psiquiatría", en *Revista de fisiopatología y terapéutica clínica*. Año II, Nº 5. Nov-dic 1970. Editorial Cultural Universitaria.
- Kohut, H.; "¿Cómo cura el análisis?". Paidós. Buenos Aires, 1990.
- Leibovich de Duarte, A.; "Variaciones entre psicoanalistas en el proceso inferencial clínico", en *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la UBA*. Año 1, Nº 1, 1966.
- Marquín, E. "Entrevista de Admisión: valor clínico y manejo técnico". Trabajo presentado en la Jornada Anual del Centro de Estudios en Psicoterapias. Año 1996
- Menéndez, P.; "Concepto de situación", en *Focalización y psicoanálisis*. Roca Viva. Montevideo, 1992.
- "Psicoterapias planificadas: criterios que orientan nuestra labor". Conferencia del 30/8/89. Ficha del Centro de Estudios en Psicoterapias.
- Pichon Rivière, M.; "Una nueva problemática para la psiquiatría", en *Del psicoanálisis a la psicología social*, 1967. Tomo I. Editorial Galerna. Buenos Aires, 1970.
- Poch, J. y Ávila Espada, A.; "Investigación en psicoterapia". Paidós. Buenos Aires, 1998.
- Prigogine, I.; "¿Una nueva racionalidad?", prólogo de *El fin de las certidumbres*. Editorial Andrés Bello. Santiago de Chile, 1996.
- Prigogine, I. y Stengers, I.; "Metamorfosis de la Ciencia" y "La renovación de la ciencia contemporánea", introducción y cap VIII de *La Nueva Alianza*. Alianza Editorial. Madrid, 1990.
- Ríos, C., Rimoldi, R. y Job, A.; "Diálogo psicoanalítico: el problema de la base empírica", en *Rev. de la Asoc. Psicoanalítica de Buenos Aires*, vol X, Nº 3, año 1988.
- Schuster, F.; "Epistemología y psicoanálisis: explicar y predecir", en *Rev. de la Asoc. Psicoanalítica de Buenos Aires*, vol X, Nº 3, año 1988.
- Ulloa, F. "La entrevista operativa. El método clínico". Ficha Nº 149. Facultad de Psicología de la UBA.
- Waelder, R.; "Psychoanalysis, scientific method and philosophy", en *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol 10, Nº 3, julio de 1962.
- Winnicott, D.; "El valor de la consulta terapéutica (1965)", en *Exploraciones psicoanalíticas II*. Paidós, 1991.

Fecha de recepción: 14 de diciembre de 2005

Fecha de aceptación: 26 de mayo de 2006