



# El enfoque clínico y su peculiar planteo de la relación sujeto-objeto en la investigación en ciencias de la educación

Fecha de recepción:  
10/11/2014

## Palabras clave:

enfoque clínico,  
características,  
comprensión, rela-  
ción sujeto-objeto

## Keywords:

*clinical approach,  
characteristics,  
understanding,  
subject-object  
relationship*

**The clinic approach and its peculiar proposal on the subject-object relationship at educational sciences research**

**Marta Souto**

Instituto de investigaciones en Ciencias de la Educación, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires  
martasouto@fibertel.com.ar

## Resumen:

Este artículo tiene un carácter introductorio para el conjunto del dossier. Se centra en el enfoque clínico en la investigación en ciencias de la educación. Para ello, en la primera parte, se rastrean las características que hoy se consideran importantes, en la etimología de la palabra y en la historia del método clínico en otras disciplinas. El enfoque permite conducir la atención hacia ciertos aspectos, hacia un tema o problema sobre la base de ciertos principios epistemológicos que garantizan una forma de mirar, de leer los fenómenos en estudio. En el caso del enfoque clínico se busca: la singularidad de la situación, del sujeto/s, sus rasgos idiosincrásicos; la profundidad en el estudio: el seguimiento en la temporalidad; la contextualización a fin de comprender los rasgos peculiares de aquello que se estudia. Se plantean tanto aspectos metodológicos como éticos y epistemológicos del mismo. El psicoanálisis aporta a la clínica rasgos significativos por

la inclusión de los procesos y motivaciones inconcientes. En la segunda parte se analiza en detalle la relación sujeto-objeto. La inclusión del sujeto observado y del observador y las vicisitudes que esa relación implica constituyen material significativo en la producción de conocimiento. Dicha inclusión es considerada como proceso de implicación del investigador y es puesta en análisis a lo largo del proceso. La transferencia y en especial la contratransferencia resultan claves en el enfoque que aquí se presenta.

This article has an introductory character for the whole dossier.

In the first part, the article focuses on the clinical approach in research in educational sciences, by tracking the features that are considered important in the etymology of the word and history of the clinical method in other disciplines. The approach allows to drive attention to certain aspects, to an issue or problem based on certain epistemological principles that guarantee a way of looking at and reading the phenomena under study. In the case of the clinical approach it seeks: the uniqueness of the situation, the subjects, their idiosyncratic features; depth in the study: tracking temporality; contextualization in order to understand the peculiar features of what is being studied. Both methodological, epistemological and ethical aspects of the approach are discussed. Psychoanalysis contributes to clinical significant features by including unconscious processes and motivations.

The second part discusses in detail the subject-object relationship. The inclusion of the subject observed and the observer and the vicissitudes that this relationship implies constitute significant material in the production of knowledge. Such inclusion is considered as researcher engagement process and is put in along the analysis

process. Transference and countertransference are especially key in the approach presented here.

La investigación clínica ha tenido desarrollos en distintas disciplinas. Se origina en la práctica de la medicina en la antigua Grecia. Desde la etimología de la palabra clínica, que deriva del griego *kliniké*, *klinikos*, retomado en latín como *clinicus* aparecen líneas de sentido con interés para esclarecer el concepto. En griego *kline* significa lecho, y a su vez deriva del verbo *klinein*: inclinar. Se hace referencia a la actitud del médico que mira al individuo enfermo y a la posición de cercanía, de inclinación sobre el lecho del paciente para estudiarlo y seguirlo en el proceso de su enfermedad. Queda también circunscripta una situación integrada por dos personas con lugares y roles distintos.

La palabra se incorporó al lenguaje de la medicina para hacer referencia al estudio, diagnóstico y tratamiento de un paciente desde el lugar que el médico ocupa en la relación que con él establece. Algunos significados, ya presentes en los orígenes, quedan luego en la clínica y se conservan como sentido en la actualidad al hablar de enfoque clínico. Así, parece encontrarse ya en las primeras acepciones una posición propia del clínico en la relación médico-paciente que habla de una actitud de inclinación hacia el enfermo, un lugar de cercanía que permite observar, escuchar, captar los síntomas y signos del enfermo y no de la enfermedad. Observación, percepción del individuo enfermo, interpretación de los síntomas en función de patologías, seguimiento de sus procesos de enfermedad en el tiempo, hablan de un modo de aproximarse, es decir, en nuestros términos sientan las bases de un enfoque que busca conocer e interpretar lo singular de cada caso.

Tal como señalamos en Marta Souto (2010) en el origen del vocablo en la medicina, la palabra aparece asociada a la patología, marcando un sentido que se conserva aún hoy, pero del cual queremos diferenciarnos al utilizarlo en las ciencias humanas y sociales.

En efecto, al extenderse la clínica a otros campos, la vinculación con lo patológico se conservó generando un malentendido al asociarlo a

enfermedad, lo que suele dificultar la aceptación y por ello la utilización de este enfoque en la investigación y la intervención en otros campos (Souto, 2010, p. 58).

Así ocurre en el campo educativo. Es importante separarse de este sentido en tanto el enfoque clínico en otros campos disciplinares no se restringe a lo patológico sino que abarca el estudio de cualquier fenómeno humano, individual, grupal, institucional, social.

En el *Nacimiento de la Clínica* Michael Foucault (2004) sitúa el redescubrimiento de la clínica, presente ya en tiempos de Hipócrates, en los siglos XVIII y XIX, en tanto allí se da un cambio de mirada que pone al individuo como objeto y no a la enfermedad y que permite el estudio en profundidad, desde la mirada del médico, de la singularidad de los procesos en el paciente.

De esta sucinta presentación inicial podemos ya puntuar palabras que marcan sentidos propios del enfoque clínico, que pasamos a puntualizar: actitud del profesional de acercamiento, de inclinación, de proximidad al otro; mirada, observación, cambio de mirada hacia el otro, como individuo, persona, sujeto humano; estudio de la singularidad, de lo propio de cada uno, de sus síntomas y signos; a la vez que de los procesos, cambios, transformaciones en el tiempo de esos rasgos idiosincráticos.

La clínica, iniciada entonces en la medicina fue luego pasando a otras disciplinas. En primer lugar a la psicología, luego a la psicopedagogía y a las ciencias sociales. Actualmente el enfoque es reconocido en el psicoanálisis, en la psicología clínica, en la psicología social, en la sociología clínica, en la antropología, en la etnopsiquiatría y en las ciencias de la educación, entre otros campos.

Los métodos experimental y clínico se diferencian y oponen metodológica y epistemológicamente. Es a partir de Pierre Janet (1859-1947) y más tarde de Daniel Lagache (1903-1972) que puede darse identidad a la clínica en psicología. De la provocación de situaciones en condiciones artificiales controladas como modo de estudiar los comportamientos del individuo se pasa al estudio detallado y en profundidad de las conductas tal como surgen en situaciones naturales donde el contacto directo y

personal es condición del conocimiento operándose allí un cambio en la forma de concebir y de hacer ciencia. La relación sujeto-objeto de conocimiento se modifica sustancialmente entre los métodos experimental y clínico, dando lugar a una nueva epistemología que plantea como principio la inclusión del sujeto que investiga en la relación con el objeto investigado.

El psicoanálisis enriquece el concepto de clínico en diversos aspectos: aporta la importancia de la escucha y no solo de la mirada, el método clínico de la cura plantea la palabra como resorte central de la cura, que permite conocer mediante la escucha del terapeuta las asociaciones del paciente y sus procesos y representaciones psíquicas; plantea la complejidad del sujeto y de su singularidad que no es solo consciente, reflexivo, racional sino también pulsional, deseante, emocional. La vida del sujeto no se reduce a lo que éste conoce de sí mismo, al campo de la conciencia en un momento específico, sino que incluye también a los contenidos inconscientes, reprimidos, que obedecen a una lógica distinta de la racional, a otros principios y mecanismos y que pujan por hacerse conscientes a través de formas disfrazadas, sintomáticas y que mediante el proceso de la cura pueden acceder a la conciencia. El psicoanálisis permite abandonar la noción de individuo, de carácter contable en tanto unidad indivisible, intercambiable, sin historia propia, y la de sujeto racional del pensamiento cartesiano para reemplazarla por la de sujeto singular, complejo, único, con historia propia, como sujeto del inconsciente, a la vez que consciente.

Las ciencias sociales con orientación clínica (sociología y psicología clínicas) inscriben al sujeto y a la subjetividad, –en tanto construcción y atributo del primero, vínculo con el mundo y consigo mismo que cada uno elabora en su historia–, en la temporalidad, en el espacio y en el tiempo, en los contextos en que vive, en la interacción con su mundo y su tiempo, es decir como sujeto social, político, partícipe de una cultura que lo constituye y a la vez como sujeto en el que se reconocen los procesos, movimientos y problemáticas inconscientes. La historia, la memoria, la temporalidad –o sea la duración en el tiempo y no solamente la cronología–, las transformaciones y la dinámica en el sujeto

comprometido socialmente plantean la responsabilidad y la ética en el trabajo de investigación y de intervención con enfoque clínico.

Compartimos con Jacques Ardoino y Jacqueline Barus Michel (2003) el sentido dado al sujeto en la clínica:

En la perspectiva clínica, el sujeto se manifiesta como sujeto de enunciación (él habla), de intención (él quiere) y se inscribe en un contexto espacio-temporal y social, trayecto, filiación, camino, proyecto donde pretende reunir los elementos para apropiárselos (en el sentido, esta vez, de hacerlos propios a sí) dentro de una singularidad significativa (citado en Barus Michel, Enriquez, y Lévy, 2003, p. 261).

Interesa en esta presentación ver los rasgos del enfoque y su utilización en la investigación en ciencias de la educación. Plantearemos, en primer lugar, algunos rasgos del enfoque clínico tomando como referencia la publicación de Souto (2010), para luego detenernos en la forma peculiar en cómo se piensa la relación sujeto-objeto de conocimiento en el mismo.

## Los rasgos peculiares del enfoque clínico

Entendemos por enfoque clínico un *abordaje* propio de las ciencias ideográficas que se ocupan de lo singular. Situamos al mismo dentro de una lógica cualitativa de investigación en ciencias humanas y sociales que busca producir conocimiento desde la comprensión y la hermenéutica.

Es una orientación peculiar de la actividad del investigador, una manera de acercarse al objeto de estudio, de relacionarse con él para poder comprenderlo, que focaliza en el conocimiento del sujeto individual o colectivo (grupos e instituciones), produciendo conocimiento a partir del estudio en profundidad y del descubrimiento de la singularidad del caso (Souto, 2010, p. 63).

Tomamos la palabra enfoque como un término epistemológico en tanto manera de acercarse a una realidad en estudio para producir conocimiento, como perspectiva desde la cual abordar un problema, un campo disciplinar, una situación, un objeto de estudio. El enfoque permite conducir la atención hacia ciertos aspectos, hacia un tema sobre la base de ciertos principios epistemológicos que garantizan una forma de mirar, de leer los fenómenos en estudio.

Hablamos de enfoque porque se trata de una mirada, un modo de aproximación, que permite abordar al objeto de estudio de una manera peculiar, desde ciertas ópticas y lecturas y utilizando métodos y técnicas con características propias. En tanto clínico plantea una disposición, una actitud de receptividad, de apertura que facilita la comunicación no solo consciente sino inconsciente con el otro desde un gesto profesional caracterizado por la curiosidad, el deseo de conocer que anima toda búsqueda de conocimiento; por la búsqueda y construcción de sentido a partir de significados, pensamientos, afectos, representaciones imaginarias; por la cualidad de contención psíquica, que permite tomar en uno los contenidos conscientes e inconscientes, manifiestos y latentes del otro para analizarlos; por el compromiso ético con el otro y con la tarea misma de investigar respetando sus reglas.

Este modo de abordaje requiere tomar al sujeto en situación, en interacción, en un entorno, un medio particular y no aislado. La clínica implica el compromiso con el otro/s, la actitud de involucramiento desde el respeto hacia el otro, quien a su vez acepta y asume el compromiso de participar en la investigación. Se busca la co-construcción del sentido, respetando el sentido que el entrevistado expresa y el que se infiere de su discurso y construyendo un sentido propio del investigador sobre ese sentido. La devolución de los análisis a los sujetos, a la institución, a quienes han participado es parte del encuadre que se asume desde el inicio.

Se pone en análisis no solamente al otro sino a uno mismo como investigador en situación, en la relación social que se establece, en el vínculo psicosocial, en el espacio intersubjetivo en el que se producen movimientos psíquicos, y también en las modalidades instrumentales que se

utilizan a partir de las acciones que en una entrevista, en una observación se realizan. Pensamos en la concretización del encuadre al presentarse, ocupar el espacio, comunicar el encuadre de trabajo y las reglas de confidencialidad, dar una consigna, seguir el discurso del otro para profundizarlo u orientarlo si fuera necesario. Acciones llevadas a cabo desde lo que el enfoque clínico enuncia por lo cual la posición y la postura clínica deben ser respetadas. Este modo de participación comprometida y situada en una institución, en una situación y frente a los otros es entendido como una ética propia del enfoque clínico.

Es una *postura* que como tal habla de la manera peculiar de relación que en la clínica refiere a un conjunto de actitudes favorecedoras del contacto con el otro, facilitadoras de la comunicación de mensajes conscientes, intencionales y no conscientes para lo cual la escucha es esencial: Escucha abierta, percepción flotante, receptividad y contención hacia la palabra, el gesto, la actitud corporal, los énfasis, los silencios, los titubeos que forman parte de la comunicación; postura que se basa en un lazo social de aceptación del otro tal como es y se manifiesta en la creación de condiciones adecuadas y en el acompañamiento, con un interés por lo que el otro expresa y piensa, con respeto de su libertad y sin interferir en su discurso ni evaluarlo.

El investigador clínico elabora un encuadre, piensa un dispositivo, lo expresa y mantiene. Ese encuadre es garante del proceso, provee un marco de seguridad para ambos. Sus transgresiones se analizan por su significado sintomático. Se puede sostener que hay una postura clínica sobre la cual cada investigador elabora su propia postura interior que es personal, como un estilo que es necesario conocer y trabajar.

El enfoque clínico significa un modo de aproximación al objeto, es decir a otro u otros sujetos (alumno, grupo de alumnos, docente, director) en situación social: Tiene como rasgos centrales: la profundidad del estudio; el trabajo en terreno; la inclusión de la temporalidad o sea de la duración y la historicidad de los procesos; la aceptación del evento, lo irrepitable, el azar; el estudio de la singularidad en un sujeto, un grupo, un dispositivo, una situación, una organización, planteando el carácter complejo de dicha singularidad; el reconocimiento del sujeto que



se nombra, personaliza, a quien se le da y reconoce filiación, historia e identidad; la aceptación de la opacidad de los fenómenos que estudia, en términos de Ardoino admitir “*la anti-transparencia*” (Ardoino, 1993, p. 10); que incluye y trabaja con lo inconciente, un no pensado en educación, necesario al mirar, escuchar, analizar, interpretar; que renuncia a un conocimiento universal /y a la repetición del fenómeno que estudia, postulando un saber cuya validez estriba en lo singular y en la profundidad de su estudio; en situación social, en espacios de articulación, de unión, de pasaje, de transición; que requiere, de un trabajo del investigador sobre sí mismo en sus modos singulares de implicación, su relación con el saber que construye; que incluye la subjetividad de los sujetos en interacción como componente de la construcción del dato; que integra al psicoanálisis como perspectiva teórica única (enfoque clínico en sentido estricto, de orientación psicoanalítica) o en relación con otras teorías (enfoque clínico en sentido amplio, Souto, 2010); que asume el trabajo como ética de la responsabilidad en la relación y el compromiso con el otro.

En síntesis, el enfoque clínico constituye a la vez una epistemología, una ética y una metodología propias.

## **La relación sujeto-objeto de conocimiento en el enfoque clínico**

De un observador cuya intervención debe ser objeto de control para mantener el campo fuera de sus interferencias, a otro que necesariamente se involucra social y psíquicamente en el acto mismo de conocer, se plantea un cambio de paradigma.

El conocimiento deja de ser pensado como una representación de la realidad en la mente del sujeto que conoce, para tomarlo como construcción, la que sólo es posible desde la participación activa en la relación. El sujeto que conoce, investiga, observa es parte de la relación de conocimiento, se lo incluye en ella. El enfoque clínico se ubica en esta segunda concepción.

Ambos sujetos comparten una situación, interactúan desde lugares distintos en ella, uno y otro lo hacen desde sus afectos, sentimientos,

pensamientos, recuerdos, y ese material constituye información, propia del juego intersubjetivo de las relaciones humanas que se transformará en dato acerca de la situación, del otro y de uno mismo. La construcción del dato en la clínica no se realiza solamente a través de aquello que el/ los sujeto/s investigado/s dice/n, hace/n y siente/n sino también desde el propio observador o entrevistador clínico. Entre investigador y sujeto en investigación, surgen fenómenos particulares que son portadores de información respecto de uno y otro y que al ser analizados se transforman en dato. La investigación clínica plantea como rasgo peculiar el análisis de ese material, de los procesos no conscientes o parcialmente conscientes para la producción de conocimiento acerca del otro. Podríamos decir que se propone conocer al otro a través de la escucha y de la mirada, del juego entre lo que uno transfiere y otro recibe, responde y analiza, de la resonancia que aquello que el otro dice, recuerda, gestualiza, provoca en quien lo escucha, como proceso interno. Se trata de un campo de encuentro de ambos sujetos, donde la comunicación fluye entre uno y otro, no solamente a nivel consciente sino también inconsciente y donde un nuevo registro, una nueva mirada del comportamiento se hace posible.

Es necesario, llegados a este punto del desarrollo, para nuestro interés teórico y metodológico, enmarcar la investigación clínica en el psicoanálisis en tanto forma de comprender al individuo y al vínculo social desde la hipótesis –fundante en esta teoría– que postula al inconsciente como constitutivo del psiquismo humano. Haremos referencia en este sentido a dos conceptos clave surgidos en el marco de la cura psicoanalítica que son el de transferencia y contratransferencia, ya que ello permitirá acercarnos a los fenómenos propios de toda situación vincular en la que un espacio intersubjetivo, más específicamente intersíquico se crea. En ese espacio circulan ansiedades, fantasías, pensamientos en la doble vía dada entre dos sujetos en relación recíproca desde posiciones diferenciadas: sujeto investigador y sujeto investigado (individual o colectivo) en nuestro caso. La situación y el dispositivo de la cura plantean su especificidad teórica y metodológica, pero nos interesan aquí los conceptos que nos serán útiles como herramienta teórica.

La transferencia (término que no es privativo del vocabulario

psicoanalítico) se utiliza casi siempre como proceso constitutivo de la cura. Según Jean Laplanche y Jean-Bertrand Pontalis (1968, p. 459) designa:

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, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad.

En la transferencia hay un desplazamiento del afecto de una representación a otra, “el deseo inconsciente se expresa y se disfraza a través de material proporcionado por los restos preconcientes de la vigilia” (Laplanche y Pontalis, 1968, p. 460). Según Elisabeth Roudinesco y Michael Plon (1998, p. 1079) “los deseos inconscientes del analizante concernientes a objetos exteriores se repiten, en el marco de la relación analítica, con la persona del analista, colocado en la posición de esos diversos objetos”. Por contratransferencia se entiende en psicoanálisis el “conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste” (Laplanche y Pontalis, 1968, p. 83). Se trata del resultado de la influencia del enfermo sobre los sentimientos inconscientes del médico, de una reacción frente a la transferencia del otro que requiere de un análisis específico.

En la investigación clínica en educación, tal como señala Devereux<sup>1</sup> (2003) para el conjunto de las ciencias del comportamiento, la conceptualización de la contratransferencia resulta para nosotros de especial interés, en tanto se trata, en nuestro marco, de las reacciones del investigador ante lo que recibe del otro sujeto. Respuestas como reacción al observado, pero en función de sus propias necesidades inconscientes, deseos y fantasías que requieren de una elaboración a fin de evitar deformaciones perceptuales, resistencias, distorsiones que muchas veces se encubren en pseudometodologías. Dice Devereux (2003) desde su doble filiación como etnólogo y como psicoanalista, a quien seguiremos en este desarrollo que en toda observación hay subjetividad y que ésta debe ser

utilizada “como camino real hacia una objetividad auténtica, no ficticia” (p. 20). Para él, la eliminación de la subjetividad es una ilusión. Frente a ella la clínica plantea tener en cuenta la angustia y analizarla, no excluirla. En la relación investigador – sujeto/s investigado/s, ambos se constituyen como personas emocionalmente significativas: el observado puede identificar al observador con alguien significativo y actualizar en él significados inconscientes y a su vez el investigador puede reaccionar en función de sus propios contenidos inconscientes previos, de sus emociones.

La observación así como la entrevista son bidireccionales, pensarlas como de única dirección es una ficción que proviene de disposiciones experimentales que consideran indeseables la contraobservación o la contrarespuesta, agrega Devereux (2003). El investigador, observador mira al sujeto observado y percibe que éste a su vez lo percibe, que lo mira, produciéndose una corriente de intercambio recíproco. “Mi primera tarea es hacer ver que los datos de las ciencias del comportamiento provocan ansiedad en el investigador” (Devereux, 2003, p.76). Ese contenido contratransferencial puede ser objeto de análisis y elaboración, transformándose en una “angustia entendida” que es “fuente de serenidad y creatividad psicológica y por lo tanto de buena ciencia” (Devereux, 2003, p. 133). El análisis del observador, de las perturbaciones que siente dentro de sí; la aceptación de la función defensiva de la metodología y aún de la teoría en el investigador que trabaja en relación directa con otros, es fundamental para el logro de esa angustia elaborada. Lo que se suscita como proceso, como trastorno dentro del observador mismo tiene valor de dato relevante, así como aquello que el observado manifiesta y ofrece. Por ello lo subjetivo es fuente de información y no de interferencia y es en este sentido que se puede hablar de comunicación de inconscientes. Lo dicho por el observado genera repercusiones en el observador que deben ser analizadas y constituyen datos en su interior.

¿Qué repercute en mí de lo dicho y hecho por el otro? ¿En qué aspectos me identifico con el observado o lo resisto? ¿Qué refleja de mí mismo el discurso del otro? ¿Por qué me entusiasma, me interesa, me movilizo o por el contrario me opongo, me distancio del otro? ¿Cómo y por qué

resuena en mí? ¿Con qué componentes del otro me identifico o qué rechazo? son preguntas que el observador puede hacerse para indagar en sí mismo los significados inconscientes que se han provocado desde la relación con el observado, que seguramente son similares a los de éste y permitirán su conocimiento en profundidad.

Otras preguntas pueden abrir la mirada sobre las condiciones en que una entrevista o una observación fueron realizadas en el sentido de poner en análisis: la relación misma entre observador o entrevistador y sujeto observado o entrevistado, la calidad del espacio intersubjetivo creado, la relación continente-contenido, la creación de un espacio *suficientemente bueno* que haya permitido una circulación a nivel psíquico y una comunicación a nivel psicosocial fluida.

Hay también aspectos profesionales en juego en la situación de observación o de entrevista, de los cuales el investigador participa, de modo que si no se toma conciencia de ellos generan reacciones específicas. En el campo educativo es fundamental trabajar sobre la actitud evaluativa que se despierta en el investigador y que se manifiesta por oposiciones hacia el modo de dar clase, hacia el conocimiento que el docente imparte, hacia los métodos que utiliza, o también hacia las formas de relacionarse con los alumnos, el tipo de liderazgo y las formas de ejercicio del poder que utiliza, etc. Frente a estas características vividas por el investigador en la situación de observación, éste se puede posicionar emitiendo juicios de valor que interfieren en la relación de conocimiento adecuada para la investigación. Se trata de un tipo de implicación desde lo socioprofesional que despierta sentimientos de rivalidad que deben ser puestos en análisis ya que en lugar de favorecer una relación de escucha abierta significan rechazo del otro. Una de las cuestiones más importantes para el logro de una actitud clínica es justamente el trabajo de puesta en suspenso, entre paréntesis, de esos juicios de valor para lo cual es necesario tomar conciencia del lugar desde el cual el investigador se ha posicionado y de las interferencias que ello genera en la relación. Es analizando estos componentes y no actuándolos como podrá estar habilitado para ocupar su posición de investigador clínico en educación. La *posición* implica distinciones dadas por la especificidad de la función y por la forma

como esa función se desempeña. La formación clínica del investigador y la supervisión dentro del equipo es lo que facilita este proceso.

Es también necesario el trabajo sobre la dimensión social del investigador, lo que le permite conocer sus deseos de poder y de apoderamiento hacia el otro; analizar los componentes ideológicos y socio-profesionales en juego; el lugar o la posición desde donde se vincula con el otro, sea de reciprocidad, de superioridad, de simetría o asimetría, de valoración y respeto o no por el otro. Estos aspectos y otros de la dimensión social son constituyentes también de la subjetividad del investigador y desde ellos adopta consciente o inconscientemente una postura. ¿Desde qué lugar me posiciono al conocer a los otros? ¿Qué provoca en mí la ideología que el otro pone en acto y que infiero a partir de sus palabras y conductas? ¿En qué medida comparto o rechazo sus puntos de vista, sus concepciones sociales, políticas, pedagógicas? ¿Las diferencias ideológicas interfieren en la captación de los datos? ¿De qué manera?

Preguntas que recorren el proceso de investigar para conocer el deseo de investigar que moviliza al sujeto investigador, el por qué de la elección de un objeto de estudio y de su definición en ciertos términos, o el por qué se prioriza una unidad de análisis ante otras; que indagan la relación de uno mismo con las transformaciones que el objeto va sufriendo en el proceso de investigar y que conducen a una reflexión profunda sobre la historia y las vicisitudes de la investigación, no solamente como descripción de la historia natural sino como historia de la implicación, como profundización en la propia subjetividad, en sus pliegues, en sus significados psíquicos, sociales, ideológicos, profesionales.

En nuestras investigaciones, iniciadas en 1989, para conocer la subjetividad del investigador (en sus dimensiones psíquica, social y profesional), recurrimos a una preparación en la autopercepción de sus estados anímicos y emocionales tanto durante la observación directa como en el registro de los datos. Para ello el observador o entrevistador toma nota de cómo se siente y de qué siente en distintos momentos como primera información en bruto, acerca de sí mismo. Así, al verse expresado en su subjetividad podrá hacer un camino de vuelta sobre sí mismo, de profundización interna, al plantearse por qué esa información del otro le

produce esa reacción en el aquí y ahora de la observación. La utilización de esta columna, que contiene información subjetiva, en el protocolo de observación, da entidad de dato a los sentimientos, a las asociaciones de carácter subjetivo que el observador vivencia. Permite un conocimiento más profundo del observador, quien al pasar los datos del otro a través de sí mismo, puede volver sobre el conocimiento del otro con otra profundidad y vivencia y puede también despejar el campo de observación de posibles interferencias.

Se trata de alguna manera de un juego de distanciamiento-acercamiento; del movimiento del afuera del otro al adentro del investigador para volver al primero y a su conocimiento; de un pasaje dinámico de componentes conscientes a contenidos preconscientes y a veces inconscientes que se hacen conscientes. Así, las perturbaciones en uno mismo, los enojos, los malentendidos, las intolerancias de las maneras de ser, hacer y decir del otro pueden ser repensadas elaborativamente. Las conductas agresivas de un maestro, el autoritarismo, el maltrato, el destrato, las acciones discriminatorias sobre algunos alumnos pueden producir reacciones de rechazo que interfieran obstruyendo, negando, denegando o aumentando aquello que se observa. También perturban la observación el escuchar y ver una clara explicación, el saber que el otro posee, una relación de seducción pueden generar sentimientos de admiración, de fascinación y hasta de envidia en quien observa. Distintos modos de responder ante aquello que se siente frente al otro, muestran el contenido emocional y su repercusión en el investigador, quien lejos de pensar en conocer desde la objetividad se plantea hacerlo incluyendo necesariamente su subjetividad. El conocimiento de sí mismo, la toma de conciencia de la relación en el contexto en que se produce permiten el acceso al conocimiento del otro desde un lugar donde las defensas frente a la angustia que la situación provoca son comprendidas, tenidas en cuenta, analizadas.

Para el trabajo de elaboración que el análisis de la situación requiere es necesario el lugar de un tercero. Tercero en nuestro caso representado por la figura del director del proyecto o de otro compañero investigador o del grupo de investigación en su conjunto. Tercero que rompe la dualidad observador-observado y genera un espacio transicional (Winnicott,

1986), de intermediación donde lo simbólico se hace posible facilitando la elaboración psíquica. De allí también la importancia de generar un espacio grupal *suficientemente bueno* en términos del mismo autor que reúna las cualidades para facilitar la elaboración de la implicación; con posibilidad de contención afectiva, de vínculo continente-contenido (Bion, 1974) de crecimiento, en el seno del grupo mismo de investigación. Se busca así incluir las ansiedades, trabajar sobre ellas, intermediado desde la resonancia que el proceso de cada uno genera en los otros, para lograr una comprensión profunda de las fantasías y emociones en juego, en el marco profesional y por ello desde el rol de investigador clínico. Investigador que busca conocer desde sí mismo estableciendo relaciones interpersonales y de reciprocidad con otro sujeto (individual o grupal) investigado.

En nuestro equipo utilizamos los conceptos psicoanalíticos de transferencia y contratransferencia como herramienta teórico - conceptual que nos permite comprender los procesos en juego, lo que nos pasa en la situación de investigación, en nuestro quehacer clínico. Metodológicamente hablamos en nuestro espacio, que es distinto del de la cura, de implicación. *Implicación del investigador* en la relación humana, en los sucesos que investiga, en los otros para referirnos a los modos naturales en los que se pliega, se enreda, hace parte en ellos de manera siempre singular y *análisis de la implicación* para designar el proceso metodológico que permite conocer esas maneras propias de ligarse al otro, no dejándolas como puntos ciegos sino transformándolas en datos acerca del investigador y del investigado.

El proceso de análisis de la implicación es una vía abierta para la formación en el enfoque clínico; proceso que por su singularidad, su complejidad y la relación con el contexto situacional, es siempre inédito, irrepetible y escapa a todo intento de generalización.



## Notas

- 1 George Devereux (1908-1985) fue antropólogo y psicoanalista, nacido en Estados Unidos y que tomó a Francia como patria de adopción. Planteó que el etnopsicoanálisis debía realizar un doble análisis: de la etnología y del psicoanálisis. Se recomienda la lectura de su obra "De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento" publicado en 1977 en inglés. En ella se dedica a mostrar cómo los fenómenos que provocan ansiedad,

como la observación en las, por él llamadas, ciencias del comportamiento, generan perturbaciones en el científico, así como también la presencia del investigador las provoca en las situaciones y sujetos que investiga. El concepto de contra-transferencia es central en su producción para explicar las reacciones del observador de datos humanos a las observaciones que realiza en el trabajo de campo.

## Bibliografía

- Barus-Michel, J., Enriquez, E. y Lévy, A. (Dir.) (2003). *Vocabulaire de Psychosociologie. Références et position*. France: Érès.
- Blanchard Laville, C., Chaussecourte, P., Hatchuel F. y Pechberty, B. (2005). Note de Synthèse, Recherches cliniques d'orientation psychanalytique dans le champ de l'éducation et de la formation. *Revue Française de Pédagogie*, 151, 1-162.
- Bleger, J. (1969). *Psicología de la conducta*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Bion, W. R. (1974). *Apreniendo de la experiencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Cifali, M. y Giust-Desprairies, F. (2006). *De la clinique. Un engagement pour la formation et la recherche*. Bruselas: de boeck.
- Devereux, G.. (2003). *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2004). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI.

- Laplanche, J. y Pontalis J.-B. (1968). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Universidad.
- Revault d'Allones (eds.) (1999). *La démarche clinique en sciences humaines*. Paris: Dunod.
- Roudinesco, E. y Plon, M. (1998). *Diccionario de psicoanálisis*. Mexico: Paidós.
- Souto, M (2010). La investigación clínica en Ciencias de la Educación. *Revista del IIICE*, 29, 57-74.
- Winnicott, D. D. (1986). *Realidad y juego*. Buenos Aires: Gedisa.
- Winnicott, D.D. (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Paidós.