

Hacer hablar para hacer callar: Exploración analítica entorno al problema de la escucha en psicología y psicoanálisis

Investigación Terminada

Iris Aleida Pinzón Arteaga
Facultad de ciencias de la salud

Programa de psicología
ipinzon266@unab.edu.co

Laura Viviana Quintero Grazt
Facultad de ciencias de la salud

Programa de psicología
lquintero186@unab.edu.co

Universidad Autónoma de Bucaramanga

RESUMEN

Partiendo de un estudio documental de textos, pertenecientes tanto a la clínica psicológica cognitivo-conductual como a la psicoanalítica, se realizó un análisis centrado en la dinámica de la escucha, en tanto estructurante de la entrevista clínica; abordándole desde una lógica discursiva, lo que implica reconocer que no es un monumento, evidente por sí mismo, sino que emerge re-significada al ser hablada desde las diferentes aproximaciones a la clínica; lo anterior, con el objeto de interrogar la práctica psicológica, encarnada en la posición de quien escucha; ejercicio que constituye una apuesta ética, pues no escuchar o hacer hablar para hacer callar es una de las formas en las que se obtura la subjetividad de quien consulta.

ABSTRACT

TITLE: GETTING THEM TO SPEAK ONLY SO AS TO SHUT THEM UP. ANALYTIC EXPLORATIONS AROUND THE PROBLEM OF LISTENING, AS A DYNAMIC, IN PSYCHOLOGY AND PSYCHOANALYSIS.

Starting from a revision of documentary references and texts of cognitive-behavioral psychology and psychoanalysis, and analysis, focused on the dynamics of listening, as essential in the clinical interview, was made; working on it from a discursive perspective that implies its recognition, not as a monument or evident truth that stands by itself, but as a signifier that is signified within the domains of each different approximation to the exercise of clinical approaches. All of this with the purpose of interrogating the psychological practice, embodied on the position of the one that listens; exercise that constitutes itself as an ethical endeavour because not listening or getting someone to speak only so as to shut him or her up is a form of silencing his or her subjectivity.

Área de Conocimiento:

Ciencias de la salud, Humanidades.

Palabras Clave

Lenguaje, entrevista psicológica, clínica, cognitivo, conductual, psicoanálisis, psicología.

INTRODUCCIÓN:

La legitimación científica de la psicología se presenta como una empresa inalcanzada; no obstante, mucho ha sido lo renunciado o aceptado en torno a la misma. No en vano, en el año 2005, la Asociación Americana de Psicología publicaría, como parte de un esfuerzo por implementar una *práctica psicológica basada en la evidencia*, el informe del, recién constituido, comité para la promoción y difusión de los procedimientos psicológicos; cuyo objeto era “integrar ciencia y práctica”(APA, 2006, p.273), al ofrecer una lista de meta-criterios que habrían de regir cualquier aproximación a la clínica psicológica; criterios que incluyen, con particular énfasis, la experticia interpersonal en la entrevista, definida como “la capacidad de formar una relación terapéutica, codificando y decodificando respuestas verbales y no verbales, creando expectativas realistas pero positivas, y respondiendo empáticamente a las experiencias y preocupaciones explícitas e implícitas del paciente” (APA,2005, p.12).

Ahora bien, el planteamiento de criterios transversales, en la reflexión sobre La entrevista, en tanto herramienta clínica, supone recurrir a ésta como una noción ya constituida, que “habla por sí mismo”; obviando que emerge, siempre re-significada, al ser *hablada*, por un sujeto que se posiciona, escuchando desde cada uno de los entramados discursivos que constituyen las distintas aproximaciones a la clínica psicológica. Es, precisamente, la dilucidación de lo anterior, una apuesta que posibilita la emergencia del interrogante por *la escucha* en psicología y psicoanálisis; cuestión que se pretendió bordear en la presente investigación.

CONTENIDO DEL ARTÍCULO

Objetivo general:

Realizar un análisis comparativo de la noción de escucha en psicoanálisis y en psicología clínica cognitivo-conductual, a partir de una indagación crítica del material documental, para dar cuenta de sus implicaciones epistemológicas y efecto en la clínica.

Objetivos específicos:

Indagar sobre las bases epistemológicas del concepto de escucha en el psicoanálisis.

Dilucidar cómo se aborda la escucha en la clínica psicoanalítica, a partir de la revisión de textos.

Dilucidar cómo se aborda la escucha en la clínica psicológica cognitivo-conductual, a partir de la revisión de textos y manuales sobre técnicas de evaluación.

Metodología:

El siguiente estudio es una investigación documental en el que se hará uso el método arqueológico propuesto por Michael Foucault para alcanzar los objetivos planteados. A continuación se delimitan los pasos a seguir:

1. Elección y delimitación del tema: Se demarcarán los límites del estudio.

2. Acopio del material bibliográfico: se procederá en la búsqueda de material relativo al tema; organizándole, a partir del uso de fichas bibliográficas, lo que nos permitirá acceder a las fuentes de información con más facilidad. De acuerdo con lo establecido por Rodríguez Campos en *Técnicas de investigación documental* (2005), dichas fichas bibliográficas incluirán el autor, título del libro o fuente, número de volumen y edición, editorial, número de páginas, ubicación y comentario breve.

3. Lectura y análisis del material: se realizará una cuidadosa lectura del material; teniendo en cuenta los lineamientos ofrecidos por Michael Foucault (1987) en su *Arqueología del saber*, autor que centra su indagación, como señala Murillo (1996), no en “buscar las verdades del pasado sino el pasado de nuestras verdades” (p.39); indagando por las formaciones discursivas y sus reglas de formación. Los resultados de ésta labor se organizarán en fichas de trabajo que posteriormente constituirán un esquema.

4. Redacción del artículo, revisión y presentación: se procederá con la escritura del aumento tipo artículo a partir del esquema realizado en el punto anterior..

Resultados obtenidos:

La Escucha, una dinámica.

La entrevista supone el involucramiento de dos sujetos que se sirven y se relacionan mediante el lenguaje; precisando, a la vez, información para el desarrollo de un “tratamiento psicoterapéutico”. Esta dinámica parte de dos seres hablantes, pero también dos seres que escuchan; ahora bien, podríamos preguntarnos, ¿qué es escuchar?, pues no es lo mismo escuchar que oír, oír es una función fisiológica ejecutada por un órgano de la audición que la posibilita; pero no existe un órgano para la escucha, ella no hace parte de una función orgánica, la escucha es una *dinámica*, en la cual hay un locutor y un oyente. En términos de la lingüística, podría decirse, se compone de un *significante* que está de parte de lo que se dice, representando al sujeto que emite para otro, y un *significado* que está de parte de quien oye; en esta lógica, pensar en una literalidad del lenguaje, literalidad que supondría la *equivalencia* entre aquello que se dice y lo que se oye, obviaría el desencuentro fundamental, la diferencia que lleva a la ocurrencia de los malentendidos y los errores de comunicación que conflictúan las relaciones; como plantea Lacan en *Introducción al gran Otro*, “*El lenguaje sirve tanto para fundarnos en el Otro como para impedirnos radicalmente comprenderlo*” (1954, p.114); así, éste se nos aparece como caracterizado a partir de la imposibilidad de poner en palabras

todo aquello que se quiere decir; pero, también, la posibilidad de *decir siempre más*.

En “*Acerca de un decir*”, Helen Kaplun, retomando a Lacan, enfatiza la diferenciación entre *el dicho* y *el decir*. *El dicho* es puesto en una instancia comunicativa, y *el decir* como aquello que remite a *algo más*, permite una cadena asociativa; es ahí donde quien escucha se debe interrogar por el significado, pues en el ideal de comunicación, el emisor impone el sentido y el receptor se localiza en una posición pasiva; no obstante, como aparece en el texto “*La Función de la Escucha en el Ámbito Escolar*”, el oyente *define* el significado de lo dicho, le delimita; por tanto, conviene considerar una posición ética de quien escucha, puesto que ese sujeto hablante no solo está tratando de comunicar algo haciendo uso de la palabra; también está tratando de representarse a *sí mismo* para ese Otro, que en términos de la entrevista clínica, sería el psicólogo o el analista dispuesto a escuchar para introducir o no un *decir en el dicho*, para *hacer hablar* o *hacer callar*.

La escucha en la terapia cognitivo conductual, el signo y el ojo que habla.

Ahora bien, como ya se había mencionado anteriormente, el intento y, más aún, el afán por cuantificar, encasillar y generalizar para dar sustento a la práctica clínica como *basada en la evidencia*, ha devenido en propuestas terapéuticas como *la terapia cognitivo conductual* cuya puesta en práctica ofrece una estructura preestablecida para el abordaje del paciente; estructura materializada en el uso de un *protocolo*, una *historia clínica* que, citando al colegio colombiano de psicólogos, debe incluir: “*datos puntuales sobre motivo de consulta, objetivo de la sesión, de la evaluación o de la intervención, estrategias de evaluación, procedimientos de intervención empleados, logros, motivos para el cierre o para la remisión del caso, e impresión diagnóstica*” (COLPSI, 2011), es decir, tanto *lo visible como lo enunciable*. Cuestión que no es menor, pues supone una concepción particular del lenguaje como “*Ojo que hablaría*” (Foucault, 1966 p.165); un *Ver, saber* bajo el que la psicopatología o semiología de la enfermedad mental queda reducida a una posición discursiva que asume la tesis de la teoría reflectiva del lenguaje: “*el sentido reposa en el objeto, el lenguaje funciona como un espejo*” (Hall, 1997 p.23). Así, el síntoma se hace *signo* (manifestación clínica considerada objetiva) ya que deviene de una verdad última e intrínseca: la enfermedad inscrita en el paciente; aquella a la que el psicólogo debe acceder.

Precisamente, desde ésta lógica, la entrevista clínica plantea una escucha en términos de categorización de comportamientos y de esquemas mentales: “*Cada mensaje verbal o no verbal del cliente es un estímulo que debe ser recibido y procesado por el terapeuta*” (Richardson & Stone, 1981 p.139); así, todo aquello que el sujeto tiene por decir sobre su malestar psíquico se ve reducido a errores de procesamiento de la información, a descripciones y frecuencias de conductas. Se pregunta, entonces, ¿está deprimido? ¿Lloro? ¿Cuántas veces lo hace en el día?; procurando una intensa indagación de las dos o tres conductas, consideradas como el *problema* que posee el paciente, dejando de lado todo lo que el sujeto puede producir alrededor de su malestar; se recomienda, entonces, fijarse en el comportamiento no verbal puesto que “*es una señal más fiable (...) porque los comportamientos no verbales se controlan con menor facilidad que las palabras*” (Cormier, W & Cormier, L p.145).

Miller en su texto “*La respuesta del psicoanálisis a las terapias cognitivo-conductuales*” hace mención de la falta de teorización a le lenguaje y su relevancia a la hora del abordaje del problema en las TCC, dice: “*ellas creen que el lenguaje no es ambiguo, o al menos que el lenguaje puede fácilmente ser utilizado de una manera inequívoca y que puede ser explícito*” (Miller, 2005); lo que implica el reduccionismo del lenguaje a un ámbito meramente descriptivo y estático, concibiendo la creación del problema como una sola versión inmodificable a través del trabajo terapéutico, impidiendo una reelaboración de ese problema o la emergencia de nuevos elementos que si bien, no hacen parte del problema inicial acordado, podrían anudarse al malestar psíquico del sujeto, pues las manifestaciones del problema son cambiantes y la misma palabra permite una historicidad y una actualización del síntoma.

En 1912, en *Consejos al médico*, Freud advierte a aquellos que hacen practica del psicoanálisis, sobre la necesidad de escuchar todo lo que el sujeto pronuncia, dice específicamente: “*no querer fijarse en nada en particular y en prestar a todo cuanto uno escucha, la misma atención parejamente flotante*” (Freud, 1912), puesto que fijarse implica *excluir* nuevo material que emerge, exclusión que tiene como fin seleccionar aquella información correspondiente al problema descrito en una primera instancia y además tal exclusión es siempre guiada por el deseo, las expectativas de quien le hace.

A la luz de lo anterior, resulta pertinente interrogar la propuesta de la clínica cognitivo conductual: una indagación de aspectos generales, seguido de “ahondar en elementos específicos de respuestas concretas” (Llavona, 2006, p.2), ya que una vez identificadas las conductas problemas, es en ellas que se debe ahondar, en términos de las contingencias ambientales que las mantienen e inferir a través de la información de las conductas, que esquemas hay que flexibilizar o modificar.

Pareciera, entonces, que no es el sujeto quien posee el saber sobre aquello que le hace sufrir; posee una información pero, en última instancia, es el psicólogo quien tiene el saber para “curarlo”. No en vano, es menester del mismo valorar en el sujeto cuales son las conductas y pensamientos que se constituyen *disfuncionales*; así, aquellos pensamientos considerados como inadecuados se les otorga la denominación de *distorsiones o errores cognitivos*, evaluados como inferencias arbitrarias poco útiles, puesto que “*dificultan la obtención de metas al individuo*” (Labrador et al, 1993. P. 668). Entonces, una vez los dichos han sido clasificados como ésta u otra distorsión o error, se procede a la *reestructuración cognitiva*, cuyo fin es “ayudar al paciente a identificar mejor y después alterar los pensamientos desadaptativos” (Nezu et al, 2006).

Por otro lado, las conductas problema identificadas son jerarquizadas, dándose prioridad a cuales se revistan de mayor gravedad; juicio que impugna el psicólogo, pues, bien aclaran los manuales para estas terapias, “*cuando el problema que pudiera revestir mayor gravedad a juicio del entrevistador no coincide con el de mayor preocupación para el cliente, deberá iniciarse la exploración por este último con el fin de que el sujeto no piense que no se le presta atención (...). No obstante, tras un breve recorrido por esa área, se ha de volver a la principal*” (Llavona, 2006, p.3). Lo anterior evidencia la reducción del sujeto al rol del paciente o cliente cuyo deber estriba en seguir la formulación clínica del psicólogo; quien al inscribirse en ésta posición de *saber*, obstruye la posibilidad de ser enseñado por el sujeto.

La escucha analítica, la docta ignorancia y el síntoma como construcción subjetiva

Es, precisamente, dicha posibilidad, la de *ser enseñado por el sujeto*, la apuesta de la clínica psicoanalítica, fundada en una aproximación particular al *síntoma*; cuestión, estrechamente relacionada, en la que habrá que ahondarse antes de puntualizar sobre aquello que supone la escucha analítica. En la conferencia número 23 de sus *Conferencias de introducción al psicoanálisis*, Freud refiere al síntoma como una “*producción del alma*” (Freud, 1916 p.332), instituyéndole como una formación de *lo inconsciente*; así, a diferencia del síntoma que deviene *signo*, en tanto evidencia comprobable de la existencia de la enfermedad, el síntoma psicoanalítico remite a *lo inconsciente*, en tanto “*concepto que responde a la suposición de que, en realidad y de hecho, el sujeto que dice no saber, sabe sin saber que sabe*” (Miller, 1989 p.3) sobre aquello que le hace padecer. Se trata entonces de un *enigma*, una pregunta inherente al sujeto pero que le excede; por tanto, el abordaje analítico supone una apuesta por *el sentido*; apuesta que no está del lado del analista.

No en vano, la posición de éste, como enfatiza Miller en *Introducción al método psicoanalítico* al hacer referencia a la *docta ignorancia*, implica ignorar su saber, para dejar siempre *producir más*; escribe el autor: “*La función operativa de la ignorancia es la misma que de la transferencia, la misma que la constitución del Sujeto supuesto Saber. El Sujeto supuesto Saber no se constituye a partir del saber sino de la ignorancia*” (2006, p. 33); así, la función del analista puede ser entendida, retomando la diferenciación entre dicho y decir, como la posibilidad de “reenviar el dicho de analizante a su decir” (Solano, 2004), otorgándole una palabra que no se ofrezca como respuesta obturadora sino que, por el contrario, produzca un corte que incite a la producción, a la construcción subjetiva de un saber sobre el síntoma. Esto supone, de parte del analista, una escucha sin miramientos o direccionamientos, consolidada como la posibilidad de acoger el sufrimiento y no sólo una demanda de readaptación conductual; reposicionando, así, al *sujeto*, no como cliente ni paciente; puesto que, al encontrarse el saber de su lado, ya no puede devenir pasivo, sino responsabilizándole por su síntoma.

Una escucha sin miramientos, una escucha orientada por el deseo del analista.

Ahora bien, la propuesta de una escucha sin miramientos y direccionamientos no es sinónimo de *objetividad*, como podría entenderse desde la noción de *la escucha activa*, constructo de la clínica cognitivo-conductual que propone como habilidad terapéutica observar los propios sentimientos y emociones para autorregularlos, previniendo que el terapeuta elabore interpretaciones sesgadas de los mismos (Bados y García, 2011) y cuyo abordaje en la formación del psicólogo implica un entrenamiento, evaluable a partir de procedimientos, igualmente contruidos bajo la noción de objetividad, como el recuso de la prueba psicotécnica; tal es el caso del IHE o inventario de habilidades de escucha, cuyo objetivo es el de verificar si el terapeuta “*procesa lo que otros dicen de manera efectiva y sensible, tomando lo que le dicen exactamente como lo que es*” (Psych tests, 2012); punto en el que se actualiza la propuesta de una literalidad del lenguaje, previamente cuestionada, pues, como lo ejemplifica un lapsus, un malentendido o el chiste, en aquello que se dice siempre hay un *más* de sentido, una imposibilidad de *decirlo todo*, imposibilidad que da lugar a la invención.

Entonces, ¿cómo puede operar esa *escucha sin miramientos ni direccionamientos?*, no desde el ideal de la asepsia, de la posibilidad de escuchar lo que el otro dice *sin contagio alguno* de

la propia subjetividad; se trata, más bien, de estar advertido tanto de la escucha como una *dinámica* en la que está puesto en juego el sentido que el oyente otorga a aquello que le es dicho por otro, como del lado en el que se encuentra el saber sobre aquello que hace padecer al sujeto; advertencias que otorgan un lugar desde el que puede operar el analista, el del *saber supuesto*; así, no escucha para revelar al sujeto una verdad oculta en sus palabras, pues sabe que él no posee éste saber, sino para ofrecer una palabra que permita, como ya se había mencionado, *reenviar el dicho del analizante a su decir*, al campo en el que se puede seguir produciendo; operación en la que el sujeto logra tomar una posición distinta respecto de su síntoma, aquello que le hacía padecer y con lo que, él creía, no se podía hacer nada más. Es, precisamente, lo mencionado con anterioridad, *ese abstenerse de colocarse en la cómoda posición de saber*, desde la que se prescribe y se proscribía, aquello que Lacan intenta formalizar en el concepto psicoanalítico de *deseo del analista*; deseo que es, en últimas, un *deseo de analizar*, no de curar cediendo a la demanda de eliminación del síntoma, sino “de promover en otro, que se pliega a la experiencia, la posibilidad y el deseo de analizarse” (Aulagnier, 1995. p.5), de producir su propia versión sobre el síntoma.

Conclusiones y recomendaciones:

“Cuando el analista yerra el camino, cuando su saber se instala como el que domina la situación, cuando su práctica es entonces de adoctrinamiento, las resistencias del analizante se justifican. No se trata, por lo tanto, de las resistencias del inconsciente, o del yo, sino de la resistencia del deseo. El deseo del sujeto se resiste a ser soslayado, adoctrinado. Es el esfuerzo del analizante por hacer un psicoanálisis” (Muñoz, 2009. p.222)

Hasta aquí, se ha realizado una revisión en paralelo de la propuesta clínica psicoanalítica y aquella planteada por la psicología cognitivo-conductual, interrogándoles por el lugar otorgado a la escucha en la entrevista, desde las diferentes formas en las que abordan el lenguaje; Así, desde la clínica cognitivo-conductual, donde el lenguaje es concebido como una herramienta meramente comunicativa, es posible una descripción exacta del problema del paciente y una escucha objetiva por parte del terapeuta, entendida como una clasificación de los dichos del paciente, una transformación de los mismos en conductas observables, cuantificables y modificables. En lo que respecta a la apuesta de la clínica psicoanalítica, donde lo propio del lenguaje emerge anudado a *un plus de sentido*, la escucha es adoptada en su dimensión de dinámica entre un oyente y un locutor, donde el desencuentro signa la posibilidad de *decir siempre más*.

Finalmente, a partir del análisis comparativo trabajado en el presente proyecto de investigación, se plantea la posibilidad de retomar algunas de las puntualizaciones dilucidadas respecto del lugar que se otorga a la escucha en la clínica psicoanalítica para contribuir tanto a la formación del psicólogo como a la sustentación de su ejercicio clínico; no desde la prescripción ni la imposición de recetas que deban ser aplicadas sin excepción, sino desde la posibilidad de plantearse interrogantes que den lugar a la producción de saber.

Entonces, si la escucha es una dinámica en la que no hay *una equivalencia exacta* entre aquello que se dice y lo que se oye, como ya había sido trabajado; estar advertido de lo anterior le recuerda al clínico que debe interrogar cualquier aproximación

desde la que se establezca un marco predeterminado para dirigir la entrevista clínica, como el planteado por Labrador et al. (1993) en *Manual de técnicas de modificación y terapia de la conducta*, quienes hacen mención de una *fase inicial*, abierta y facilitadora, una *fase intermedia*, de clarificación y especificación, y una *fase final* de resolución de dudas y clarificación, sugiriendo incluso el tipo de preguntas que deben hacerse en cada fase; pues, la imposibilidad del cumplimiento de un ideal comunicativo implica que no se puede anticipar los efectos de los dichos del analista sobre el analizante, no existe fórmula mágica que indique de antemano qué palabras exactas lograrán hacer un corte, permitir que el sujeto produzca su propia versión de aquello que le hace padecer; entonces, el verdadero *paciente*, quien está *a la espera de ser enseñado* por el sujeto, es el analista.

Sin embargo, hablar de la imposibilidad de una estandarización de la clínica psicoanalítica no equivale a decir que se trabaje sin principios o que no pueda interrogarse a la misma por su eficacia; clarificando que no puede entenderse desde la cifra, la estadística que opera a partir de la acumulación de casos catalogados como exitosos. Entonces, ¿qué es eso que se entiende aquí como eficacia desde el psicoanálisis?, para dar respuesta a éste interrogante se debe tener en cuenta las dos acepciones de la definición del término (Broadsky, 2006): la primera dice “que causa un efecto esperado” y la segunda “que causa un efecto”; la primera se podría retomar como la noción de eficacia en la clínica cognitivo conductual, una eficacia que tiene implicada la noción de ideal y que su fin está de planteado desde el inicio: *la eliminación del síntoma*; ya que en la clínica cognitivo conductual la concepción de la escucha, desde el ideal de la comunicación perfecta entre locutor y oyente, permite un acuerdo inicial sobre el tratamiento con un fin específico, el cual se debe alcanzar; el terapeuta opera desde su saber para modificar y eliminar los “pensamientos disfuncionales”, prescribe ejercicios o tareas con éste mismo fin, pues se supone que su eliminación es la eliminación del malestar psíquico; mientras que, hablar de eficacia desde su segunda acepción, que *causa un efecto*, pero no con un fin esperado, está más cercana a la propuesta de la clínica psicoanalítica, donde la escucha emerge en su dimensión de dinámica, permeada por el malentendido y advertida de la imposibilidad de *decirlo todo*; se trata de permitir cada vez una nueva producción sobre ese enigma que hace padecer; no de parte del analista, sino del sujeto mismo, quien al cambiar de posición, al hablar en su nombre, al construir él mismo un saber sobre su síntoma, logra *saber más y saber mejor*, hacer algo con aquello que parecía excederle, posibilidad que tiene, en sí misma, un efecto terapéutico, pues el malestar psíquico que produce la certeza del *no saber* se ve aminorado.

IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Nombre del Semillero	Sujeto y psicoanálisis.
Tutor del Proyecto	Carlos Germán Celis
Grupo de Investigación	“Subjetividad y estudios socioculturales”
Línea de Investigación	El discurso médico y las TCC, la exclusión de la subjetividad en la psicología clínica contemporánea.
Fecha de Presentación	10 de Abril de 2015

Este material es presentado al VI Encuentro Institucional de Semilleros de Investigación UNAB, una actividad carácter formativo. La Universidad Autónoma de Bucaramanga se reserva los derechos de divulgación con fines académicos, respetando en todo caso los derechos morales de los autores y bajo discrecionalidad del grupo de investigación que respalda cada trabajo para definir los derechos de autor. **Conserve esta información**

REFERENCIAS

- APA (2006). Evidence based practice in psychology. *Revista de la asociación americana de psicología APA*. Mayo-junio de 2006. Vol.61 No.4 271-285. Disponible en línea: <http://www.apa.org/practice/resources/evidence/evidence-based-statement.pdf>.
- APA (2005). Report of the 2005 presidential task force on evidence based practice. Disponible en línea: <https://www.apa.org/practice/resources/evidence/evidence-based-report.pdf>.
- Aulagnier, P. (1994). Un intérprete en busca de sentido. México, Siglo XXI editores.
- Bados, A. García, E. (2011) Habilidades terapéuticas. España, Universidad de Barcelona. Disponible en línea: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18382/1/Habilidades%20terap%C3%A9uticas.pdf>
- Brodsky, G. (2006). La eficacia del psicoanálisis. *Bitácora Lacaniana: el psicoanálisis de hoy, N° 1*.
- COLPSI (2011). Manejo de la historia clínica en todos sus campos de aplicación en psicología. Doctrina No.01 Junio de 2011. Disponible en línea: <http://es.scribd.com/doc/100093210/Doctrina-No-01-Manejo-de-La-Historia-Clinica>.
- Cormier, W & Cormier, L. (2000). Estrategias de entrevista para terapeutas. Habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales. Capítulo 5: respuestas de escucha. Editorial Descleé de Brower, S.A. España.
- Freud, S (1916): Conferencia 23: Los caminos de la formación de síntoma. En Obras Completas Amorrortu editores, T. XVI.
- Foucault, M (1963). El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. Editorial Siglo XX.
- Foucault, M. (1966) Las palabras y las cosas, una arqueología de las ciencias humanas. Argentina: Siglo XXI editores.
- Foucault, M. (1987). La arqueología del saber. Barcelona: Gedisa. Tercera edición.
- Foucault, M. (1992). El orden del discurso. Barcelona, Tusquets Editores. Traducción de Alberto González Troyano.
- Hall, S. (1997) Representation: cultural representations and signifying practices. London, Sage Publications.
- Jaít, A. y Díaz, S. (2011). El análisis del discurso: Michael Foucault y la arqueología del saber. *Revista Reflexión Académica en diseño y comunicación*. Año XIII. Vol.19 (2012).
- Labrador, F. J., Cruzado, J. A., & Muñoz, M. (2004). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. España : Piramide.
- Lacan, J. (1954) Introducción al gran Otro. En El seminario. Libro 2: El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica, clase 19. Buenos Aires : Paidós, 1981.
- Miller, J.A (1989): Cómo se inventan conceptos en psicoanálisis. Conferencia de clausura de las I Jornadas del Campo Freudiano en Andalucía. Extraída de Campus, Revista de Información General de la Universidad de Granada, N° 36, noviembre de 1989.
- Miller, J. A.,(2006): Introducción al método psicoanalítico. Argentina: Paidós.
- Muñoz, P. (2009). La invención lacaniana del pasaje al acto. De la psiquiatría al psicoanálisis. Buenos Aires, editorial Manantial.
- Navia, C. (2007). Investigación educativa: el análisis de discurso de Foucault. *INED*. No.8. (Pág. 57- 62). Universidad pedagógica de Durango, México.
- Nezu, A. M., Maguth Nezu, C., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductual*. México: Manual moderno.
- Psychtest (2012). Informe del inventario de habilidades de escucha (IHE). Disponible en línea: <http://www.hpi-tools.com/es/files/reportes/Psychtest/Inventario%20de%20Habilidades%20de%20Escucha.pdf>
- Rodriguez Campos, I. (2005). Técnicas de investigación documental. México, D.F: Editorial Trillas.
- Solano, E.(2004). El materialismo de la sesión corta. Papers del comité de acción de la EOL. Número 10. Disponible en línea:http://www.eol.org.ar/template.asp?Sec=publicaciones&SubSec=on_line&File=on_line/etextos/amp/congreso_004/papers/010.html
- Soler, C. (1995). El decir del analista. En Nueva biblioteca psicoanalítica. El decir del analista. (Pág. 13-51). Buenos Aires: EOLIA – Paidós.