

# EL PROBLEMA DE LA RELACIÓN ENTRE INVESTIGACIÓN Y PSICOPRAXIOLOGÍAS CLÍNICAS EN ARGENTINA: UN ANÁLISIS METODOLÓGICO Y EPISTEMOLÓGICO DE LAS CUESTIONES DE LA VALIDEZ Y LA EFICACIA

## THE CLINICAL RESEARCH-PSYCHOPRAXIOLOGY RELATION PROBLEM IN ARGENTINA: A METHODOLOGICAL AND EPISTEMOLOGICAL ANALYSIS ON THE ISSUES OF VALIDITY AND EFFICACY

Catriel Fierro\*

### Resumen

*El desarrollo histórico de la psicología en Argentina ha conducido a un desarrollo relativamente marginal de la investigación en psicología clínica, y a un impacto marginal de dicha investigación en la formación de grado. El presente trabajo expone y analiza ciertas ideas y constructos que, desde la metodología de la investigación y en menor medida desde la epistemología de la psicología, colaborarían con identificar y reformular nociones e implícitos erróneos en las tradiciones locales. Dada la tendencia localista de identificar psicoterapia con investigación (básica o aplicada), se abordan los diversos tipos de validez de las investigaciones psicoclínicas y se analiza la cuestión del análisis de la eficacia de las intervenciones a partir de diseños de caso único. Se concluye sobre la factibilidad teórica y práctica de implementar diseños investigativos de caso único con fines científicos en las psicopraxiologías.*

**Palabras clave:** Metodología de la investigación, epistemología de la psicología, diseños de caso único, validez.

### Abstract

*The historical development of psychology in Argentina has led to a relatively marginal development of research in clinical psychology and to a marginal impact of such research in undergraduate education. The present paper lists and analyzes certain ideas and constructs from the fields of the methodology of scientific research and to a lesser extent from the epistemology of psychology, which would collaborate with identifying and reformulating erroneous notions and assumptions in local traditions. Given the local tendency to identify psychotherapy with basic or applied research, the various validity types in clinical researches are addressed and the question of the analysis of the effectiveness of interventions based on single case designs is analyzed. We conclude on the theoretical and practical feasibility of implementing single-case research designs for scientific purposes in psychopraxiologies.*

**Key words:** Research methodology, epistemology of psychology, single case designs, validity.

Recibido: 14-04-17 | Aceptado: 27-04-18

### Psicología Clínica, Psicoterapia e Investigación en Argentina

Según ciertos análisis históricos (Fernández-Álvarez, 1987; 1997; Vilanova, 1997) y contemporáneos (Fernández-Álvarez, 2008; Roussos, 2001;

Vera-Villaruel & Mustaca, 2006), la investigación en psicología clínica es un área desarrollada sólo ínfimamente en Argentina, como producto del esfuerzo de grupos de investigación específicos y con escaso impacto en la formación clínica de pregrado en las universidades nacionales, esta última la cual permanece aún orientada de acuerdo a sistemas teóricos específicos y no en función de com-

\* Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata  
E-Mail: catriel.fierro@gmail.com  
REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXVIII p.p. 32-47  
© 2019 Fundación AIGLÉ.

petencias, desarrollos o hallazgos empíricamente respaldados (Brisuela et al., 2016; Moya, Castañeiras, Di Doménico, & Manzo, 2010; Moya, Castañeiras, & Fernández-Álvarez, 2015). Parte de este estado de cosas responde a la escasa tradición investigativa en psicología en Argentina posterior a los años '50 en todos los ámbitos disciplinares, y no sólo en psicología clínica (AUAPsi, 1998; Papini, 1976; 1985; Serroni-Copello, 1990; Vilanova & Di Doménico, 2004).

Tal escasez de una cultura investigativa se ha alimentado entre otras cosas del predominio de perspectivas teóricas en psicología que sistemáticamente han restado importancia tanto a la producción empírica de conocimiento novedoso en condiciones controladas, como a la revisión fáctica del conocimiento previamente disponible. Definiciones subjetivistas, hermenéuticas y a menudo irracionistas de la ciencia, de la psicología y del conocimiento psicológico a menudo han reemplazado lo que, en otras latitudes, es un cientificismo relativamente equilibrado (Klappenbach, 1995; 2000; 2004; Vilanova 1985; 1994a; 1997; 2001). Perspectivas como el psicoanálisis, que identifican el propio ejercicio profesional de la psicoterapia con un método de investigación y de corroboración de las teorías sin considerar esto un ejercicio circular o una petición de principio (e.g. Freud 1923/1989; 1940/2006), se arraigaron fuertemente en el territorio y en las universidades desde la década de 1960 a través de figuras carismáticas e influyentes en el entrenamiento de profesionales (Bernstein, 1964/1993; Bleger, 1962; 1963/1985; Etchegoyen, 1964/2001), llevando desde entonces a que la enseñanza de la psicología promoviera una imagen verbalista de los procedimientos disciplinares (Cortada de Kohan, 1978), a que se restara importancia al entrenamiento en investigación en el grado (Acevedo, 2001; Piacente, 1994; 1998) y a que la formación de los psicólogos se edificara sobre la creencia errónea de que el éxito en la práctica privada era el principal criterio de eficacia y efectividad psicoterapéutica (Fierro & Brisuela, 2016). Durante décadas la mayoría de los docentes en las universidades, sin formación en producción o revisión de conocimiento empírico, no pudo llegar al alumnado las formas y procedimientos para analizar críticamente las propuestas curriculares en torno a los obreres psicoclínicos (Vilanova; 1994b; 1994c), lo que también derramó en el predominio de modalidades psicoterapéuticas intuicionistas, irracionistas y desligadas de los avances internacionales (Serroni-Copello, 1997b; 1997c; Vilanova, 1997; 2000/2003).

Más importante, hacia el cambio de milenio era corriente que los psicólogos argentinos consideraran que la clínica era la sub-disciplina psicológica que aportaba los insumos al resto de las áreas profesionales (clanicismo) y que el psicólogo clínico,

lejos de regirse por los avances empíricos en el área, podía orientar su práctica indefinidamente en base a su propia percepción del éxito logrado con sus pacientes (Vilanova, 1996). Esto llevó a una grávida y equívoca identificación entre la psicopraxiología clínica –la resolución de problemas en contextos clínicos y con agentes singulares- y la investigación psicoclínica –la producción metódica y controlada de conocimiento sobre cuestiones clínicas, como lo son la naturaleza de los trastornos psicológicos, las tecnologías para alterar dichos trastornos y la eficiencia y efectividad diferencial y comparada de dichas tecnologías, entre otras cosas-. Esta identificación reduccionista llevó, finalmente, a que la actualización de los terapeutas en avances investigativos fuese considerado algo superfluo e innecesario precisamente dado que los supuestos éxitos terapéuticos conquistados en la práctica privada –éxitos inescrutables por la comunidad científica- eran supuestamente indicativos de la eficacia de las intervenciones. Esta era la fórmula del ‘investigar curando’, y confundía, esencialmente, producción con aplicación de conocimiento, investigación y práctica profesional (Vilanova, 1997). Se ignoraba así la ausencia de control de variables en la psicoterapia, la existencia de distorsivos sesgos cognitivos en los terapeutas y los efectos adversos de la formación clínica para-universitaria y ortodoxa reducida a la supervisión: todos estos factores reconocidos desde los años '50 por psicoanalistas no ortodoxos (Engel, 1968; Glover, 1952). En términos de Vilanova, en la base de estas prácticas profesionales se hallaba una formación universitaria cuya literatura se caracterizaba por el hecho de fundarse en la inspiración de consultorio, [por] confundir la producción de nuevo conocimiento con este tipo de inspiración, [por] la ausencia de referentes empíricos o de indicadores consensuados, [por] el estilo meramente expletivo, connotativo y manierista, [por] la taxatividad en las afirmaciones y [por] recurrir al principio de autoridad, materializado en llamados de ‘retorno a los maestros’ y en declaradas fidelidades a los textos ‘eternos’. (Vilanova, 1994a, p. 9).

En el campo de la psicoterapia, esto llevó a creer que la práctica profesional clínica constituía una manera espontánea y genuina de investigación [...] [En] los graduados locales [se ignoraba] con notable plenitud descubrimientos tales como la ‘fabricación’ de contenidos oníricos e ideacionales a partir de las interpretaciones del analista, o la incapacidad del clínico para cuestionar sus hipótesis ante las contradicciones a la teoría por parte de los pacientes, o la tendencia a bloquear de la percepción de incongruencias a favor de las creencias compartidas. (Vilanova, 1997, p. 105).

Finalmente, por la retroalimentación de estos factores, hacia el cambio de milenio se hacía notar la infrecuencia con que los psicólogos argentinos

reconocían que no bastan la experiencia práxica y las propias expectativas del clínico [para un actuar clínico eficiente]; y que para evitar ‘profecías auto-cumplidoras’ y ‘efectos de primacía creencial’ (encontrarse con lo que la teoría prescribe, por decodificación prejuiciosa del material clínico) el psicólogo debe hacer estudios de comparación y de seguimientos, junto a jueces externos al paradigma implementado. (Vilanova, 2000/2003, p. 167).

No hay razones para creer que este estado de cosas haya cambiado significativamente en el país, especialmente en lo que respecta a las actitudes y disposiciones fomentadas en el estudiantado en cuanto a la formación clínica en vínculo con la investigación. Considerables porciones de alumnos no consideran esencial someter a evaluación metodológicamente científica a las psicoterapias o formarse en contenidos sobre psicoterapias contemporáneas (Cataldo & Boguetti, 2011; Scotti, 2010), y los alumnos que sí desean una formación de pregrado en clínica fundamentada en evidencias investigativas es factible que no la obtengan, dado que los planes de estudio presentan una considerable desactualización (Benito & Elmasian, 2010; Medrano, Moretti, Benito & Elmasian, 2009; Moya, 2012; Vázquez-Ferrero, 2015).

Existe cierto consenso acerca de que un ejercicio científico y crítico de la psicoterapia debe estar informado por el consumo de avances empíricos representados en los resultados de la investigación de vanguardia (Barlow, 1981; Kazdin, 2008; Roberts & Ilardi, 2003). A su vez, tal consumo, para ser crítico y criterioso, debe ser tamizado por parte del psicoterapeuta mediante consideraciones y juicios sobre la calidad de las investigaciones concretas, especialmente en lo tocante a las cuestiones metodológicas de las mismas. Finalmente, como no podría ser de otra forma, esto requiere de conocimiento de cuestiones nodales sobre metodología de la investigación científica aplicada (clínica), especialmente de conocimiento sobre las fuentes de invalidación interna de los diseños investigativos por un lado, y de conocimiento sobre las formas mejor controladas y máximamente válidas de evaluar con fines investigativos la eficacia de la propia intervención terapéutica por otro (Barlow, 1981).

El presente trabajo pretende abordar y exponer nociones que, desde la metodología de la investigación y desde la epistemología de la psicología, colaborarían con identificar y reformular las nociones e implícitos erróneos en las tradiciones locales referidas arriba. En primer lugar, se abordan sintéticamente algunas definiciones operativas en torno a la psicología clínica, la psicoterapia y el método clínico. En segundo lugar, y en el contexto de los históricos errores de los psicólogos argentinos en torno a aquellas definiciones, se enuncian los cuatro tipos de validez de las investigaciones psicoclínicas y se detallan las amenazas a la validez interna

en los mismos en función de los diversos diseños investigativos existentes. En tercer lugar, y dada la tendencia vernácula de identificar psicoterapia con investigación, se analiza la cuestión del análisis de la eficacia de las intervenciones y tratamientos a partir de investigaciones de diseño de caso único, enunciándose brevemente las razones por las que la psicopraxiología clínica no constituye una investigación científica en el sentido restringido de la expresión. A partir de esta diferenciación, se concluye sobre la factibilidad de implementar diseños investigativos de caso único con fines científicos en las psicopraxiologías, pero se limita dicha factibilidad por disensos y contradicciones entre los requisitos y elementos de tales diseños y las exigencias procedimentales y técnicas clínicas estipuladas por el marco teórico dominante en el país.

### **Psicología Clínica, Psicoterapia y Método Clínico**

La psicología clínica constituye uno de los principales campos aplicados de la psicología. Una de las proyecciones profesionales más prolíficas y antiguas de la disciplina (Benjamin, 2005; Vilanova, 1990; Watson, 1966/1971), es definida por la American Psychological Association como la “rama de la psicología que se especializa en la investigación, valoración [assessment], diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de desórdenes emocionales y comportamentales” (American Psychological Association, 2010, p. 110). Como en todo sub-campo de la disciplina, la psicología clínica registra una marcada división entre investigadores (que incluyen a los investigadores clínicos básicos, aplicados y a los tecnólogos) y profesionales (que pueden ser llamados ‘psicopraxiólogos’). Los primeros son aquellos encargados de realizar, de acuerdo a la definición referida, las tareas de investigación predominantemente aplicada (es decir, específica a problemas y procesos del ámbito clínico en poblaciones igualmente clínicas), mientras que los profesionales –psicólogos clínicos o psicoterapeutas– son aquellos que predominantemente llevan adelante la evaluación, diagnóstico, prevención y tratamiento de los desórdenes psicológicos (Roberts & Ilardi, 2003). El conjunto de los recursos técnicos de que se sirven los profesionales para ejercer dichas tareas, especialmente la del diagnóstico y tratamiento de los trastornos, es la psicoterapia, definida también por la APA como “cualquier servicio psicológico provisto por un profesional entrenado que usa primordialmente formas de comunicación e interacción para evaluar, diagnosticar y tratar reacciones emocionales, formas de pensamiento y patrones conductuales disfuncionales de un individuo, familia o grupo” (American Psychological Association, 2010, p. 474).

A partir de esta diferenciación, es claro que los métodos (o más bien, las técnicas de recolección de datos) del investigador clínico y del profesional clí-

nico difieren<sup>1</sup>. Dado que el investigador clínico desea obtener conocimiento general -no particularizado- sobre fenómenos, trastornos, patologías o tratamientos –entre otras cuestiones-, las técnicas a su disposición son las técnicas de recolección de datos propias de toda ciencia empírica fáctica, incluidos especialmente los desarrollos particulares de la subdisciplina clínica (y que abordaremos con más detalle más adelante en este trabajo): encuestas, observación naturalista, observación controlada, estudios estadísticos, por caso, conjugados a partir de diseños experimentales, cuasi-experimentales y correlacionales, entre otros. Por el contrario, el psicólogo clínico no investigador (el profesional), si bien puede servirse de encuestas, instrumentos de exploración y otras técnicas de recolección de datos, de hacerlo lo hará para obtener conocimiento sobre el caso particular cuyo problema concreto trata de resolver. Esto implica, en primer lugar, que el conocimiento que extraiga del caso constituirá una teoría psicopraxiológica –no básica ni tecnológica-; en segundo lugar, que las conjeturas producidas en el ámbito clínico no podrán extrapolarse a otros ámbitos de no mediar una aplicación deliberada y sistemática de un diseño investigativo (como por ejemplo el caso único, abordado más adelante); en tercer lugar, que las pretensiones de verdad, eficacia o eficiencia de dicha teoría psicopraxiológica son esencialmente disímiles de las pretensiones de las teorías básicas y tecnológicas que emiten los investigadores (Serroni-Copello, 1997a). Finalmente, lo anterior implica que las conjeturas y las corroboraciones extraídas del caso, si no son producto de la implementación de diseños investigativos específicos y rigurosos, no pueden tener pretensiones de generalización, y, por tanto, se ajustan exclusivamente a dicho caso concreto y singular, no constituyendo una ‘teoría científica’ ni una ‘investigación científica’. Por tanto, dicho conocimiento tendrá un estatus diferente al de aquellas. Todo lo anterior permite concluir que el conocimiento extraído de casos singulares no permitirá refutar o corroborar teorías de gran o medio alcance (psicoanálisis, cognitivismo, etc.), ni hipótesis de abstracción elevada

(‘complejo de Edipo’, ‘teoría del apego’, etc.).

La confusión entre la investigación psicoclínica científica –controlada, con indicadores consensuados, con potenciales falsadores, ejecutada por equipos de investigadores entrenados y usual aunque no exclusivamente sobre muestras numerosas- y la ‘investigación’ que involucra el estudio de cada caso clínico concreto (‘investigación’ como pesquisa de la personalidad, problemática o situación del consultante) probablemente emerge de la noción –correcta- de que la psicoterapia involucra de hecho y en términos generales una metodología específica: el método clínico. Lo erróneo parece radicar en considerar a tal método como un método de investigación científica en el sentido de método de producción de conocimiento psicológico básico, aplicado o tecnológico. El método clínico no constituye un método de producción de conocimiento psicoclínico científico, en tanto que éste, sea básico, aplicado o tecnológico, refiere a un sujeto abstracto –no particular- y por tanto, se basa en muestras colectivas de individuos y se realiza en ambientes con control de variables que, de no controlarse como sucede en el consultorio, modulan los resultados de las manipulaciones de la realidad. Como lo especifica claramente la American Psychological Association, el método clínico constituye “el proceso mediante el cual un psicólogo clínico, un psiquiatra u otro profesional de salud mental alcanza una conclusión, juicio o diagnóstico acerca de un cliente o paciente en una situación clínica” (American Psychological Association, 2010, p. 110. Énfasis agregado). Así, si bien la implementación del método clínico puede servirse de técnicas de recolección de datos semejantes a las de la investigación científica (encuestas, observación, etc.), la muestra indagada, el ambiente o setting en que se indaga, y la finalidad o pretensión de la metodología en su conjunto separan a la investigación científica de la psicología clínica entendida como tratamiento de un caso concreto o como psicoterapia de un individuo singular. La ‘investigación clínica’ es, estrictamente, un medio técnico o psicoterapéutico con fines diagnósticos y de tratamiento, y cuyo conocimiento proporcionado es extremadamente local, definiéndose como la “examinación de un individuo mediante entrevistas, tests, observación comportamental o análisis documentales [y mediante un] análisis en profundidad sobre las experiencias vitales y la historia personal de un individuo” (American Psychological Association, 2010, p. 110).

La diferenciación entre profesionales e investigadores es de hecho un problema raigal de la psicología, y se vuelve especialmente nociva cuando lleva a la incomunicación entre ambos grupos y a la consiguiente desconexión entre las problemáticas de cada conjunto (Vilanova, 1995; 2001). Esta desconexión impacta especialmente en psicología clínica, donde se percibe un considerable cisma o espacio

<sup>1</sup> Diferenciamos aquí ‘técnicas’ de métodos puesto que son las técnicas de recolección de datos las que varían, de acuerdo a la variación de los objetivos que persigue cada uno de los campos referidos: la producción de conocimiento básico o aplicado novedoso o la revisión de conocimiento básico o aplicado previo de carácter general, con significación estadística y no referido a un sujeto en particular (investigación), en oposición a la producción de conocimiento novedoso o la revisión de conocimiento previo sobre un sujeto o consultante concreto y singular, con significación clínica y referido a un problema clínico particular en un contexto terapéutico (ejercicio profesional, o psicoterapia). Esta diferenciación obedece a que, a grandes rasgos, la ‘metodología’ de la psicología clínica, al igual que la de la psicología en su conjunto y la del resto de las ciencias, es esencialmente aquella estipulada por el método hipotético-deductivo, identificado como el ‘método crítico’ por la tradición post-positivista de la filosofía de la ciencia. La metodología de extraer conjeturas de inducciones o de deducciones previas, para luego someterlas a corroboración y refutación mediante la contrastación empírica de consecuencias observacionales deducidas, constituye el ‘arco del conocimiento’ subyacente a toda empresa contemporánea de producción de conocimiento científico (Oldroyd, 1993).

de separación entre profesionales e investigadores (Fernández-Álvarez, Gómez, & García, 2015; Goldfried et al., 2015; Teachman, 2012). Pero en Argentina, esta división se ha magnificado e hipostasiado paralelamente a la depreciación del valor percibido en torno a la investigación y actualización en psicoterapia. Esto al punto de que, por su formación, es factible que el grueso de los clínicos argentinos no sólo no conciba que la investigación en psicoterapia o que su propia actualización a partir de avances investigativos sea necesaria, sino que, más importante, probablemente conciban que tal investigación puede ser reemplazada sin más por la propia experiencia clínica subjetiva del psicólogo o por la evidencia probatoria de supuestos tratamientos exitosos acumulados. Esto dado que, siguiendo el equívoco arriba descrito, se concibe que aquella investigación científica y controlada es idéntica o equivalente al conjunto de dichos tratamientos llevados a cabo por el propio terapeuta.

La idea –psicoanalítica- del solapamiento y asimilación entre la terapia y la investigación se nutre de la indiferenciación entre el ‘método clínico’ y la investigación empírica controlada, entre la producción de conocimiento básico o aplicado en contextos específicos diseñados para tal fin y la aplicación del mismo en contextos concretos de prestación de servicios (Strupp & Howard, 1992). Lo que debe destacarse es que esta negativa parece haber emergido en parte de una objeción real, constatable e incluso epistemológicamente válida detectada por los psicólogos clínicos: a saber, que los resultados de la investigación psicoclínica de mayor calidad, como lo son por caso los resultados de la investigación experimental que sigue el modelo de los ensayos clínicos aleatorizados -modelo que posee grados elevados de validez interna, cuyos resultados son pasibles de generalización y que se realiza sobre muestras colectivas en torno a un sujeto abstracto o estadístico (Simons & Wildes, 2003)- no pueden ser aplicados de forma directa a las psicoterapias individuales, que se realizan en torno a sujetos concretos y singulares. Efectivamente, los conocimientos tecnológicos de las investigaciones en psicoterapias deben ser ‘relativizados’ y modulados en función de las particularidades de los casos clínicos concretos (Serroni-Copello, 1997a), dado que tales casos clínicos concretos representan el objeto de intervención de un subsistema psicológico por entero diverso al de la teoría básica psicológica y al de la psicotecnología.

Sin embargo, contra los argumentos usualmente esgrimidos acerca de tal imposibilidad –por ejemplo, aquellos que recurren a la ‘irreductibilidad del sujeto’ o a la ‘singularidad del paciente’ que impedirían la subsunción del consultante en clases diagnósticas y terapéuticas generales, por ejemplo- consideramos que tal dificultad es pasible de ser sorteada a partir de tres acciones o conjuntos de ac-

ciones por parte del psicoterapeuta: en primer lugar, a través de una tarea adecuada de evaluación y diagnóstico –que permita ubicar al caso concreto en un espectro para el cual la investigación ya dispone de evidencia y que, por tanto, haga susceptible al caso de beneficiarse del recurso a las técnicas y tratamientos para los que existe dicha evidencia-. En segundo lugar, a través de reconocer las fortalezas y debilidades de las diversas técnicas de recolección de datos y de los diversos diseños de investigación en psicología clínica y psicoterapia, lo que permitiría apreciar críticamente, entre otras cosas, la validez y confiabilidad de los resultados de dichas investigaciones realizadas en torno a fenómenos relevantes para los psicólogos clínicos. En tercer lugar, y vinculado con lo anterior, a través de diferenciar claramente entre la psicopraxiología (entendida como la resolución de problemas clínicos concretos en un individuo específico) y la investigación psicoclínica (aquella que deliberada y sistemáticamente aplica un diseño investigativo a los casos clínicos): específicamente, a través de diferenciar entre la psicopraxiología y aquella investigación cuyo diseño, denominado ‘de caso único’, por su estructura y en el contexto de las particularidades de la teoría psicoanalítica adoptada por el grueso de los psicólogos argentinos, suele confundirse indistintamente con el propio tratamiento.

### La Cuestión de la Validez en las Investigaciones Psicoclínicas

Como remarca Kazdin (2001), el propósito mismo de la investigación empírica en cualquier área científica es descubrir relaciones claras y sistemáticas entre variables: descubrimiento que es imposible de llevarse a cabo de no aplicarse diseños investigativos que permitan separar o distinguir tales variables. Aplicado al conjunto de la psicología clínica, la validez refiere al grado de probabilidad teorizado acerca de la incidencia o relación entre variables específicas sin mediación o incidencia de variables externas o no consideradas en el estudio. En otras palabras, la validez requiere de “descartar o hacer inverosímiles a diferentes factores que pudieran explicar un fenómeno [clínico] particular” (Kazdin, 2001, p. 16). El control aplicado a la investigación hace directamente a la posibilidad de atribuir los resultados de la misma a variables específicas, y tal posibilidad constituye directamente a la validez interna.

### Tipos de validez en investigaciones clínicas y análisis comparativo de amenazas a la validez interna en función de diseños de investigación

De acuerdo a Finger y Rand (2003), existen cuatro tipos de validez en la investigación empírica, aplicables al campo de la psicología clínica: la validez interna, la validez externa, la validez de constructo (o de construcción) y la validez por conclusión estadís-

tica. Por el problema tematizado en este trabajo, la primera clase de validez nombrada es especialmente relevante en tanto que una de las razones por las que no puede asimilarse la práctica psicoterapéutica a una forma de investigación precisamente es la ausencia en aquella de control de variables en el marco clínico, lo que disminuye la validez de las conclusiones de los terapeutas al momento de arrojarse a su intervención la explicación de los cambios observados en los pacientes (Roberts & Ilardi, 2003).

La validez interna refiere a la cuestión de “si los cambios en una variable dependiente son atribuibles a las variables independientes, o a variables alternativas y extrañas, denominadas ‘variables de confusión’ [confound variables]” (Finger & Rand, 2003, p. 15). Las cuestiones atendidas por esta validez se representan por la pregunta “¿Hasta qué punto puede considerarse que la intervención [la variable independiente], más que las influencias extrañas justifica los resultados, cambios o diferencias de grupos?” (Kazdin, 2001, p. 16). La existencia de tales factores de confusión en las investigaciones, en tanto alternativas explicativas de los fenómenos observados (cambios en la variable dependiente, es decir en la dimensión o fenómeno clínico objeto de intervención o tratamiento) restan confiabilidad a las conclusiones extraídas de los estudios y en general, disminuyen la robustez de los efectos observados. La validez externa o ecológica refiere específicamente al grado en que pueden generalizarse los hallazgos de las investigaciones: es decir, refiere a la medida en que las conclusiones de una indagación en torno a una población, marco o variable puede generalizarse y extenderse a otras poblaciones, marcos o variables más allá de los límites establecidos en la investigación. De acuerdo a Kazdin (2001), la validez externa se plantea hasta qué punto pueden generalizarse hallazgos de una investigación “a la gente, escenarios, tiempos, medidas y características que no sean aquellas de esta organización experimental particular [la de la investigación concreta]” (p. 16). Finalmente, el tercer tipo de validez que mencionaremos aquí es la validez de constructo: el grado en que pueden identificarse los constructos o fenómenos subyacentes a los efectos o cambios observados en la investigación psicoclínica. Como especifican Finger y Rand (2003), si un ensayo clínico indica que una intervención (VI) ha afectado al fenómeno estudiado (VD), dos preguntas se siguen de ello: ‘¿Cuál es exactamente el tratamiento?’ y ‘¿Por qué el tratamiento tuvo un efecto en el comportamiento bajo examen? La validez de constructo se ocupa del grado en que variables extrañas interfieren con la interpretación del tratamiento en sí. (p. 22) En otras palabras, la validez de constructo apunta a identificar la “base conceptual (constructo) que subyace al efecto observado en la investigación (Kazdin, 2001, p. 16).

Si bien deben atenderse las cuestiones sobre va-

lidez al planear e iniciar una investigación, a menudo estas cuestiones son mutuamente excluyentes en su conjunto en el sentido que no existe posibilidad de asegurar todos los tipos de validez en una misma instancia de investigación. Esto es claro con la correlación a menudo inversamente proporcional entre validez interna y validez externa, aunque como remarcan Finger y Rand (2003), propuestas específicas (Chen & Rossi, 1987) han sugerido que la disquisición sobre la validez y sobre la identificación de amenazas a la misma en investigaciones concretas responda y repose sobre consideraciones teóricas. En cualquier caso, la cuestión de la validez parece una cuestión comparativa y de máximos y mínimos, y no una cuestión absoluta. Es por tanto que la delimitación, selección e implementación de diseños de investigación y de métodos de análisis de datos constituyen las acciones conductuales concretas que los investigadores realizan para enfrentar estos problemas. Sin embargo, en investigación psicoclínica, cada diseño implica amenazas específicas a los diversos tipos de validez. Como indica Kazdin (2001), un experimento es internamente válido en la medida en que cada amenaza “sea descartada o hecha relativamente inverosímil” (p. 17). Puesto que la eficacia de los tratamientos o intervenciones –uno de los tópicos más indagados en investigación en psicoterapia- hace directamente al grado de controles aplicados para resguardar la validez interna, deben enfatizarse las diversas amenazas a tal tipo de validez.

De acuerdo a la clasificación de Finger y Rand (2003), los diseños de correlación y cuasi experimentales sufren de cinco amenazas o posibles fuentes de error respecto a la validez interna: los sucesos vitales en la vida de los participantes (historia), los cambios madurativos y de desarrollo o de degeneración en la muestra (maduración), la incidencia o influencia sobre la VD por parte de los métodos de observación o recolección de datos (examen o examinación), los cambios en los instrumentos, procedimientos u observadores que realizan las mediciones (instrumentación) y la regresión a la media luego de varias mediciones o evaluaciones en torno a variables o fenómenos cuya cuantificación implica cierto grado de error de medición (regresión estadística). En distintos grados, todos estos factores representan variables de confusión en tanto que pueden factiblemente explicar los cambios registrados en la VD durante la investigación psicoclínica. Sin embargo, como remarcan Finger y Rand (2003), tanto la historia como la maduración son susceptibles de controlarse mediante la utilización de un grupo control: esto es, mediante la implementación de un diseño experimental. Lo mismo puede realizarse con el efecto de examinación, que según Kazdin (2001) puede excluirse como factor de confusión al incluirse en la investigación un grupo control al cual se aplica reiteradamente la evalua-

ción o medición sin incluir la intervención que sí se aplica en el grupo experimental<sup>2</sup>. Nosotros agregaremos que en tanto que amenazas a la validez interna, la examinación puede afrontarse seleccionando variables no-reativas (en términos absolutos o comparativos en función de otras variables reactivas), lo mismo que la regresión estadística, controlable a partir de la selección en lo posible de fenómenos cuya medición excluya la posibilidad de error de medición. Dado que en psicología (y en psicología clínica) los fenómenos que más interesan a los investigadores no son susceptibles de independizarse de errores de medición –en tanto fenómenos usualmente subjetivos-, como sugiere Kazdin (2001, p. 20), más útil que lo anterior será recurrir a un grupo sin tratamiento o a un grupo control en lista de espera, aplicándose así un diseño experimental. Esto permitiría discernir si los cambios observados en el grupo experimental son mayores que los observados en el grupo control, puesto que este último, si no demuestra cambios, permite sostener con cierta certeza que el cambio en el primero no se debió a la regresión estadística. Finalmente, la instrumentación puede atacarse manteniendo los instrumentos de evaluación durante la investigación en cuanto a sus consignas y estructuras –en caso que se recurra a instrumentos objetivos- o alternando y reemplazando a los observadores-investigadores para evitar cambios en observadores a través de efectos subjetivos como la fatiga –en caso que se recurra a instrumentos subjetivos-.

La implementación de un diseño correlacional de comparación de grupos elimina gran parte de las amenazas referidas en tanto que se disponen de dos grupos para indagar un fenómeno clínico específico, y donde uno de los grupos posee una condición o característica preexistente (usualmente la condición a investigar en calidad de VD) que el otro grupo carece. Sin embargo, dado que los integrantes de los grupos no se han seleccionado de forma aleatorizada (es decir, no se asignan las condiciones de la VI según el azar), se expone a la validez interna de la investigación a otras amenazas. Así, por ejemplo, el sesgo o tendencia de selección refiere a la incidencia de una diferencia sistemática entre los grupos atribuible a la selección que han realizado los participantes de la investigación respecto al grupo que conforman, y que por tanto disminuye la posibilidad de explicar cambios en el fenómeno estudiado exclusivamente por las intervenciones clínicas. La pérdida de pobla-

ción o mortalidad, es decir la potencial pérdida diferencial y sistemática de participantes en los grupos es una amenaza a la validez interna en tanto que altera la composición de las muestras y es factible de orientar la interpretación de los resultados de forma errónea. Finalmente, Finger y Rand (2003, p. 17) apuntan que la ambigüedad causal es factible de vulnerar la validez interna de un estudio, en tanto que cuando la variable independiente no es manipulada activamente, entonces las relaciones cronológicas y causales entre dos variables no puede asegurarse. A esto se suma, debido a la existencia de grupos cuya composición no es aleatoria, la posible existencia de variables espurias o de variables mediadoras que factiblemente expliquen las consecuencias observadas en el estudio. Esto lleva al investigador a no poder asegurar de forma máximamente probabilística que, por caso, la intervención clínica (VI) explica el cambio en un trastorno o fenómeno clínico (VD), siendo igualmente factible que sea la propia pertenencia a uno u otro de los grupos del diseño lo que explique dicho cambio.

Nuevamente, el recurso a un diseño experimental colabora con equilibrar las amenazas a la validez interna ya referidas para los diseños correlaciones de grupos no aleatorizados. Si bien el recurso a un diseño correlacional con grupo control, no aleatorizado y con pre-test y post-test es para Finger y Rand (2003) una ventaja respecto del diseño anterior –puesto que estos eliminan la ambigüedad causal-, son sólo los diseños experimentales los que controlan las fuentes de amenaza descritas. Sin embargo, como apuntan los autores y Kazdin (2001), los diseños experimentales con grupo control y medidas pre-test y post-test también pueden sufrir de pérdida de población en las muestras. Más importante aún, los ensayos clínicos experimentales sufren de difusión de tratamiento: la posibilidad de que, a partir del contacto entre miembros de los dos grupos de la investigación o del contacto entre los encargados del grupo experimental y los integrantes del grupo control, la intervención (VI) derrame sobre este último grupo y, modificación del trastorno o fenómeno (VD) mediante, asemeje los resultados de dicho grupo a los resultados del grupo experimental, ocultando la superioridad o eficiencia de la intervención. Finalmente, Finger y Rand identifican como amenaza de validez interna a la reacción de los controles: esto es, la incidencia que sobre los resultados de la investigación tiene la reacción por parte de los miembros del grupo control luego de reconocer que están siendo tratados de forma distinta (o no están siendo tratados) respecto al grupo experimental. Sin embargo, se concibe que tomar los recaudos necesarios para evitar el conocimiento de las condiciones experimentales por parte del grupo control, y en general el mantener la estructura de ‘doble ciego’ en las investigaciones permite evitar alertar a los grupos de la diferencia de su condición. Aunque se ad-

<sup>2</sup> *Nótese que en este caso es posible que consideraciones éticas impidan tal implementación: disponer de un grupo control con un trastorno psicológico, por caso, sin intervención psicoterapéutica y sólo con mediciones y examinaciones implicaría mantener a un grupo de sujetos con padecimiento sostenido y sin tratamiento alguno. La introducción en este grupo de un tratamiento que no sea idéntico a la VI del grupo experimental para evitar tal problema ético necesariamente vulnerará la validez interna del estudio en tanto que existe la posibilidad que en este último grupo y luego de la intervención se registren cambios semejantes a los registrados en el grupo experimental, restando así potencia explicativa al tratamiento (VI) cuya eficacia se está indagando en primer lugar.*

mite la elevada dificultad de implementar la metodología de doble-ciego en investigaciones psicoclínicas (Kazdin, 2001), propuestas recientes (e.g. Cazabat, 2014) indicarían que esto es de hecho posible, al menos para la investigación en torno a ciertas cuestiones (como la efectividad) relativas a tratamientos psicoterapéuticos específicos.

A partir de lo explicitado, es claro que una psicoterapia individual no puede asimilarse a una investigación científica en un sentido estricto. En primer lugar, puesto que, si no se ha tematizado deliberadamente la conducción de una investigación, la psicoterapia carece de la implementación de un diseño investigativo. Por tanto, el agente psicoterapéutico no estará considerando las amenazas a su posibilidad de asegurar con cierta certeza sobre la eficacia de su intervención. Esto llevará a la imposibilidad de diferenciar, explicitar y operacionalizar las variables en juego en la situación psicoterapéutica –diferenciación que, en términos de Kazdin (2001), es el núcleo y condición de posibilidad de la investigación científica empírica-. En segundo lugar, en el caso de las psicoterapias individuales (las que nos interesan aquí), cada tratamiento por definición incluirá a una persona –no existirán grupos, experimentales o de control- y por tanto, no sólo se carecerá de control de amenazas a la validez de las conclusiones extraídas a lo largo del tratamiento y luego del mismo, sino que tampoco se dispondrán de parámetros comparativos con que fundamentar la eficiencia de la intervención.

### **El diseño experimental de caso único como herramienta para la evaluación de la eficacia del tratamiento**

Sin embargo, como remarcan Anderson y Kim (2003), no toda la investigación clínica se realiza con diseños grupales o con evaluaciones estadísticas. Precisamente, en numerosas ocasiones los clínicos “pretenden evaluar el efecto de una intervención con un cliente específico” (Anderson & Kim, 2003, p. 73), y por tanto o carecen de las muestras requeridas para otras investigaciones más sistemáticas, o simplemente no pretenden producir conocimiento generalizable sobre fenómenos clínicos (Roussos, 2007). En tal sentido, y contra lo asegurado arriba, existiría de hecho una forma en que los clínicos pueden realizar investigación ‘en el consultorio’: mediante el recurso a diseños de caso único. Sin embargo, antes de detallar dicho diseño y los problemas que factiblemente hallaría su implementación en el grueso de la psicoterapia argentina, tal aseveración debe ser matizada en varios sentidos, puesto que dicho recurso, para ser efectivamente una forma de investigación, implica planificación y aplicación sistemática de estrategias específicas.

En primer lugar, debe clarificarse que ‘investigación’ refiere aquí (en el marco del ejercicio profesional) a la evaluación empírica, fáctica y máximamente

racional de los efectos de las intervenciones y tratamientos en pacientes específicos y por parte de terapeutas concretos. No se identifica aquí la investigación con la producción de conocimiento generalizable a los sujetos que se no forman parte de las muestras y grupos sobre los que se realizan los estudios. Por tanto, la ‘investigación’ realizable en el consultorio tiene un alcance menor que la investigación grupal o estadística, aunque la riqueza heurística de aquella sea sugestiva y aunque la misma permita el desarrollo de técnicas terapéuticas, entre otras cosas (Roussos, 2007). El recurso a diseños experimentales de caso único es especialmente útil para la evaluación de la eficacia de las intervenciones y, adicionalmente, para la formulación de hipótesis psicotecnológicas (Anderson & Kim, 2003), pero no para la corroboración de dichas hipótesis. Dicha corroboración requerirá de estudios experimentales, controlados y aleatorizados, y de análisis estadísticos.

En segundo lugar, el recurso a un diseño de caso único requiere no sólo conocimiento acerca de metodología de investigación (especialmente el referido al diseño mencionado), sino que requiere la planificación, confección y aplicación deliberada de dicho diseño en un caso clínico: es decir, el diseño de caso único no se confunde con el ‘estudio de caso’ en profundidad y sin control o manipulación de variables alguno (Kazdin, 2001). Se explicita esto dado que dicha confusión es factible que sea compartida por los profesionales argentinos, especialmente por la difusión, en calidad de material paradigmático de entrenamiento clínico en el pregrado, de los casos clínicos más ilustres de la primera etapa histórica de la psicoterapia: los casos freudianos (Strupp & Howard, 1992), que como señala Kazdin, no comportan siquiera aproximadamente diseños de caso único. Como sostiene dicho autor, la aplicación del estudio de caso se ha referido a observaciones no controladas de un solo paciente (en el contexto de la terapia). [En él] se reportan datos que se basan en la información anecdótica, en los datos cualitativos no recopilados de forma sistemática o replicable, y sin los procedimientos de control usuales para tratar las amenazas a la validez. Esas características del caso contrastan fuertemente con la investigación empírica en la que hay un esfuerzo para controlar las condiciones que permiten que se obtengan inferencias y utilizar métodos de evaluación y control para que puedan producirse las observaciones. (Kazdin, 2001, p. 203).

Efectivamente, como apunta Kazdin (2001, p. 206-207), los estudios de caso pueden usualmente ser explicados de forma alternativa a como son presentados por los terapeutas, suelen estar mediados por el juicio y la interpretación clínica del psicoterapeuta y por tanto centrarse en información anecdótica, y no son susceptibles de generalizarse a otros individuos o situaciones sin perder la posibilidad de

extraer inferencias válidas para dichos otros sujetos o contextos<sup>3</sup>. Y aunque es posible extraer ciertas inferencias válidas del estudio de caso (Kazdin, 1981), es sólo el diseño de caso único (de tipo experimental) aquel que, aislando y controlando ciertas variables en el marco clínico y garantizando así cierta validez en cuanto a las conclusiones sobre la eficacia del tratamiento, permite a la vez extraer de inferencias válidas sobre los fenómenos psicoclínicos y sortear los sesgos cognitivos del propio terapeuta. Nos referimos a los sesgos con que opera todo psicólogo clínico y que, entre otras cosas, pueden distorsionar su lectura de los resultados, forzar los indicadores y materiales clínicos a encajar en categorías que él conoce, y dificultarle la percepción de materiales clínicos o fenómenos que sugerirían, por ejemplo, que el tratamiento no está dando resultado, o que el mismo no progresa tal como se había estipulado o predicho<sup>4</sup>.

En tercer lugar, la aplicación de un diseño de caso único requiere de la aplicación de una serie de pasos previos —que hacen al propio diseño— a través de técnicas de recolección de datos que, lo mismo que las generalidades de la metodología, deben ser conocidas por parte del terapeuta. El desconocimiento o la omisión de estos pasos virtualmente inutilizan el diseño de caso único. Como remarcan Anderson y Kim (2003), un diseño de caso único requiere que el clínico “realice una evaluación, recoja datos, desarrolle una representación visual de los datos y finalmente seleccione un diseño” (p. 74). En primer término, la aplicación de un diseño de caso único para evaluar la eficacia de una intervención requiere una evaluación del problema a intervenir: es decir, el terapeuta requiere establecer una definición operacional del problema, identificar aspectos objetivos de los actos de habla o conductas del consultante para componer aquella definición, y evitar el uso de constructos demasiado generales o sin indicadores y referentes empíricos relativamente

claro vinculados con el problema a tratar. En segundo término, luego de la identificación y definición del problema, deben recolectarse datos sobre el comportamiento que se abordará clínicamente para la confección de una línea de base, la cual otorga información descriptiva sobre dicho comportamiento, permite una predicción sobre el decurso de dicho comportamiento en el hipotético caso en que no fuese a realizarse la intervención, y constituye un parámetro comparativo para evaluar el efecto del tratamiento. En tercer término, los datos de la línea de base deben ser graficados durante el tratamiento y a medida que esos se realizan, para evaluar las tendencias que emergen de tales datos y para determinar en qué momento iniciar la intervención. En cuarto término, estipulada una línea de base estable, debe implementarse la intervención, lo que requiere que el terapeuta escoja un tipo específico de diseño de caso único (Anderson & Kim, 2003). Escogido y aplicado el diseño, el terapeuta debe analizar la información recabada sobre el comportamiento específico (es decir, sobre la variable dependiente) a medida que el tratamiento se desarrolla, y debe analizar específicamente la magnitud y la razón de los cambios producidos por la intervención. Esto requiere a menudo de un análisis visual de los datos graficados, aunque recientemente se ha comenzado a remarcar la necesidad de complementar dicho tipo de apreciaciones con análisis estadísticos (Shadish, 2014).

A pesar que los diseños de caso único permiten evaluar los efectos de una intervención independientemente de la orientación del psicoterapeuta, sea que se consideren las modalidades más ‘ortodoxas’ (Fiorini, 1977; Thompson et al., 2007) o las versiones más eclécticas y contemporáneas de psicoanálisis clínico (Hintermeyer de Ostrov, 1997; Virgillio, 2014) prevalentes en las universidades y en los consultorios argentinos, es factible que los pasos de la implementación de diseños de caso único no sean reconocidos como necesarios por parte de los profesionales para llevar a cabo una investigación como la que aquí se describe. Si tomamos como parámetro las estipulaciones de la psicoterapia psicodinámica que suponemos es impartida en las universidades, es factible que los profesionales clínicos no dispongan de los conocimientos procedimentales para llevar a cabo un diseño de caso único, de acuerdo a la histórica situación de la formación en investigación en el grado (Acevedo, 2001; Klappenbach, 2003). Aún más importante, es factible que dichos pasos previos sean identificados con metodologías ‘positivistas’ o intentos reduccionistas del paciente y, por tanto, descartadas o no consideradas, de acuerdo a las tendencias propias de la psicología académica argentina (Talak, 2009). Esto se enraizará a su vez en la confianza del terapeuta en la ‘verdad’ de la teoría y en la eficiencia de la técnica, las que se atribuyen a priori e independientemente

<sup>3</sup> Debe mencionarse, por el tono que estos debates adquieren en el contexto de la psicología argentina, que estas limitaciones fueron en momentos desconocidos y en ocasiones incluso explícitamente recusadas y rechazadas por parte del propio Freud, quien creía fuertemente en el carácter probatorio que la acumulación de estudios de caso implicaba en calidad de evidencia de la eficacia y superioridad terapéutica del psicoanálisis (Strupp & Howard, 1992). Dado que el grueso de los terapeutas argentinos muestra un reverente respeto a la figura fundadora del psicoanálisis, es factible que compartan sus pareceres sobre la incontrovertibilidad de la evidencia clínica (de consultorio, privada e inescrutable por jueces o pares externos) que constituyen los estudios de caso (históricos y actuales) para la terapéutica psicoanalítica, a pesar de que los psicoanalistas más orientados empíricamente hayan reconocido el limitado valor de evidencia de dichos estudios (Wallerstein, 2003; 2006).

<sup>4</sup> Una temática con considerable desarrollo a nivel internacional (Maddux, 2016), no existen en el ámbito local estudios específicos que exploren y desarrollen la problemática que representa la existencia de sesgos cognitivos en las interacciones psicoterapéuticas y los tratamientos psicológicos, más allá de ciertos trabajos generales (e.g. Priero, 2014; Vilanova, 1994a; 1997; 2000/2003; Vorano, Tosi & Tosi, 2016). Se proyecta como una indagación futura el analizar la aplicabilidad al ámbito de la psicoterapia de los desarrollos existentes sobre estrategias para minimizar los errores cognitivos en diagnósticos médicos, considerada la existencia de indagaciones sobre la cuestión en el ámbito de la medicina (Croskerry, 2003).

de cualquier corroboración empírica. Un psicoterapeuta que concibe que definir operacionalmente, establecer indicadores observables o cuantificar información es un gesto ‘positivista’, ‘reduccionista’ o en definitiva irrelevante respecto al control racional de su práctica difícilmente procederá, como sugieren Anderson y Kim (2003, p. 74-75), definiendo operacionalmente las variables a tratar en el consultante, evitando constructos extremadamente generales (como, por caso, ‘complejo de Edipo’, ‘inconciente’ o ‘angustia’) y recurriendo a la medición o codificación de la información inicial disponible para establecer una línea de base. A su vez, la recusación de las premisas básicas de la investigación científica referidas factiblemente llevará a que ciertos constructos o indicadores específicos, cuya existencia sí está respaldada por evidencia empírica pero que son desconocidos o considerados como inexistentes por los terapeutas argentinos (como los trastornos descritos por las nosografías contemporáneas, o las propias manifestaciones conductuales de trastornos mentales en contraposición a las manifestaciones subjetivas de dichos trastornos) no sean susceptibles de ser seleccionados como los aspectos del problema del consultante que serán objeto de la intervención. En términos concretos, es probable que un consultante que de acuerdo a la literatura científica o a los manuales de diagnóstico presente un trastorno ‘depresivo’, sea diagnosticado por un psicólogo argentino promedio como ‘melancólico’ y tratado en consecuencia.

En lo que a nosotros interesa, esto implica un desplazamiento conceptual o de constructo teórico (trastorno depresivo es reemplazado por melancolía) y un desplazamiento técnico o metodológico (en tanto objeto de intervención clínica explícita, las manifestaciones conductuales y cognitivas de la depresión son reemplazadas por las manifestaciones afectivas predominantemente subjetivas percibidas por el paciente). Y esto impactará en la viabilidad de aplicar un diseño de caso único: aún si existiera un terapeuta psicodinámico que pretendiera evaluar de forma válida la eficacia de su intervención en un problema concreto de un consultante, la elección de constructos clínicos sin respaldo empírico y la consecuente opción por manifestaciones no observables en calidad de indicadores de dichos constructos tornan inaplicable un diseño investigativo basado en la operacionalización, en la evidencia empírica y en indicadores consensuados. Adicionalmente, en oposición a las hipótesis realistas, legalistas y críticas respecto a la salud mental que debe necesariamente asumir un psicólogo clínico con pretensiones de científicidad (Serroni-Copello, 1997c), es factible que las posturas subjetivistas, anti-empiristas e indeterministas de los terapeutas argentinos anulen o vuelvan irrelevantes las pretensiones de predicción, verificación y replicación que están en el corazón de los diseños de caso único y que se traducen opera-

tivamente en el establecimiento de la línea de base, en la corroboración de las hipótesis predictivas sobre la eficacia de la intervención, y en la reiteración de los cambios obtenidos a partir de retirar y reintroducir el tratamiento, respectivamente (Anderson & Kim, 2003, p. 77).

Por todo lo anterior, y en línea con la tradición hermenéutica y subjetivista predominante en la versión vernácula de la psicología, es factible que Argentina cumplimente lo descrito por Anderson y Kim (2003) en torno a la evidencia de sentido común que, equívoca y engañosa, usualmente usan los terapeutas para guiar sus tratamientos:

Los clínicos a menudo dependen de medidas indirectas [para evaluar el efecto de una intervención], como los reportes del cliente sobre su funcionamiento, si el cliente continúa asistiendo a sesiones de terapia, o inferencias sobre si el cliente parece estar siguiendo las directivas de la intervención. Desafortunadamente, dichas medidas no proveen información objetiva sobre los efectos de una intervención; sólo porque un cliente continúe asistiendo a terapia no significa necesariamente que la intervención esté resultando en un cambio comportamental – quizá el cliente simplemente disfruta de tener alguien con quien hablar. (p. 73. Énfasis agregado).

### **Problemas de factibilidad de los diseños de caso único en el contexto de la psicología clínica argentina**

Lo descrito hasta aquí refiere los problemas con que se enfrenta la lógica y estructura de todo diseño de caso único como insumo metodológico en el contexto del grueso de la psicoterapia argentina. Adicionalmente, hay otras razones específicas por las que es factible que diseños de caso único específicos no sean aplicados por el conjunto referido. Respecto al diseño más usado e implementado en la práctica clínica, el diseño de caso único AB, este requiere mínimamente del establecimiento de una línea de base y de la implementación de una intervención específica. A los problemas arriba referidos en torno al diagnóstico, constructo y definición operacional del objeto de intervención, debe agregarse que la modalidad difusa (no estandarizada) de intervención por parte del grueso de los terapeutas argentinos que se identifican con el psicoanálisis no permitiría diferenciar adecuadamente en qué momento se ha iniciado la intervención (B). Por tanto, dado que se obvia el establecimiento de una línea de base, y dado que las terapéuticas freudiana y lacaniana tal como se practican en Argentina no se hallan estandarizadas o estructuradas más allá de un mínimo necesario, es complejo –incluso para un observador externo– el diferenciar la fase A de la fase B en el contexto del diseño de caso único más simple. En todo

caso, dado que la línea de base “permite al clínico que prediga el grado en el cual el comportamiento continuaría ocurriendo si la intervención no se implementara” (Anderson & Kim, 2003, p. 78), sin el establecimiento de aquella no pueden siquiera realizarse predicciones (mucho menos verificaciones o repeticiones). Como consecuencia más relevante de estas decisiones metodológicas puede apuntarse que en las condiciones descritas no puede asegurarse que los cambios registrados en los consultantes se deban efectivamente al tratamiento (puesto que podrían deberse a remisión espontánea, factores inespecíficos, maduración, etc.), como tampoco puede asegurarse, de observarse cierto cambio, en qué medida este se debe a la terapia.

Adicionalmente, el diseño ABAB, como desarrollan Kazdin (2001) y Anderson y Kim (2003) implica, luego de la intervención, el retiro de la misma y el consiguiente retorno a una fase sin tratamiento (para luego finalmente reinstaurar la intervención). Este diseño permite una predicción en torno a la eficacia del tratamiento (a partir de la línea de base) y a la vez permite una verificación de dichas predicciones (si el retiro del tratamiento remite a tasas de respuesta semejantes a las de la primera fase). Finalmente, permite replicación dado que, de acuerdo a los resultados de reincorporar la intervención, permite dirimir con cierta evidencia si los cambios iniciales (B) se debieron a la intervención original o fueron efecto de una variable extraña. En este diseño específico, y de acuerdo a los problemas locales que aquí hipotetizamos, es poco factible que los profesionales estuvieran dispuestos a retirar un tratamiento una vez que este ha tenido efectos (independientemente de si tales efectos hayan sido o no efecto del tratamiento). Aún más importante, dada la baja estandarización de los tratamientos psicodinámicos, es poco factible que la reintroducción del tratamiento fuese hecha de tal forma que se asemejara a la primera intervención—lo que, al no constituir estrictamente una replicación, resta validez a las conclusiones sobre la eficacia del tratamiento—. Adicionalmente, como estipulan Anderson y Kim, “dado que este diseño depende de cambios observados entre la línea de base y la intervención, la estabilidad de los datos es crítica” (2003, p. 80). Nuevamente, la elección de constructos psicológicos abstractos o de trastornos que no se corresponden con indicadores empíricos distorsionará la recolección de datos, el establecimiento de una línea de base y por tanto dificultará la derivación de inferencias válidas sobre la eficacia del tratamiento. Finalmente, dado que los comportamientos y fenómenos sobre los cuales se centra la psicoterapia psicodinámica son abstractos y problemáticos en su relación con indicadores empíricos, no resultará claro si, retirada una intervención, aquellos comportamientos o fenómenos han regresado a una frecuencia o intensidad semejantes a los de la línea de base.

Nuevamente, sin definir operacionalmente un fenómeno clínico o comportamiento, no es factible recurrir un diseño de tratamientos alternativos para evaluar la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas. Dicho diseño implica alternar rápidamente las condiciones de tratamiento recurriendo a la habilidad del paciente para discriminar estímulos (Anderson & Kim, 2003). En primer lugar, la asociación de estímulos requerida para alternar las condiciones es poco factible que conjugue con la teoría y técnica psicodinámica. En segundo lugar, las técnicas psicodinámicas—interpretación, indicación y semejantes—se utilizan en función del discurso emitido por el consultante, por lo que necesariamente es en función del material clínico que estas pueden utilizarse o retirarse. Esto factiblemente hará que no pueda garantizarse cierta uniformidad en las decisiones de retirar el tratamiento y de reintroducirlo, en tanto que estas dependerán más de variables no controladas por el clínico (como la disposición del consultante a hablar, por ejemplo) que de la estructura del tratamiento mismo (la cual sí es controlada por el terapeuta). Precisamente, “el orden en que las diferentes condiciones ocurren deben ser contrabalanceadas para controlar la posibilidad de que otras variables estén impactando el comportamiento” (Anderson & Kim, 2003, p. 81), pero si tales condiciones dependen más del consultante que del terapeuta, entonces el contrabalanceo se vuelve imposible. Finalmente, dada la ausencia de una definición operacional del problema, será problemático vincular significativamente las intervenciones realizadas y las respuestas del paciente. Esto restará validez a los asertos sobre la eficacia del tratamiento, en tanto que imposibilita la predicción, verificación y replicación esenciales para la demostración de dicha eficacia.

El diseño de caso único de base múltiple, que permite analizar el impacto de una intervención a través de diferentes comportamientos, participantes o contextos, aunque no implica la remoción de tratamiento y permite atender a la eficacia de la psicoterapia respecto a varios comportamientos o contextos, implica sin embargo una serie de estandarizaciones que es poco factible en propuestas psicoterapéuticas con las características ya referidas (Anderson & Kim, 2003). Por ejemplo, un diseño de base múltiple que implique variar los contextos del cliente implica el recurso a técnicas de recolección de datos (por ejemplo, observación naturalista por fuera del espacio clínico) y a intervenciones específicas (por ejemplo, el registro por escrito por parte del consultante de sus propios comportamientos) que difícilmente sean aceptadas e implementadas por el psicoanálisis más clásico u ortodoxo, cuyo repertorio tecnológico no suele ir más allá que indicaciones verbales. El diseño de base múltiple que pretenda evaluar la eficacia de un tratamiento en diferentes pacientes, adicionalmente, requerirá disponer de un conjunto de consultantes en tratamiento

con cuadros psicológicos semejantes, requerirá el establecimiento de una línea de base y requerirá la administración estandarizada del tratamiento a cada uno de ellos. Esto es poco factible en el contexto ya aludido dado que en el mismo es infrecuente disponer simultáneamente de varios pacientes con el mismo trastorno (y donde, aunque estos pacientes estén disponibles, no serán insumos válidos para un estudio puesto que no estarán adecuadamente diagnosticados o evaluados), no se lleva a cabo el establecimiento de línea de base, y el tratamiento impartido a cada paciente, aunque constituye 'psicoanálisis', no está estandarizado y por tanto necesariamente variará de caso en caso (y de terapeuta en terapeuta). Adicionalmente, los tratamientos, además de no estar estandarizados, no serán aplicados a cada consultante de forma progresiva y sucesiva, lo que impedirá la verificación o replicación de hipótesis predictivas (que, de cualquier manera, no son pasibles de formularse en estos casos debido a la ausencia de líneas de base estables).

Finalmente, el diseño de caso único con cambio de criterios (Anderson & Kim, 2003, p. 86-88) implica el reforzamiento de conductas a través del cambio progresivo de criterios de contingencias en términos de operantes, con la finalidad de extinguir o aumentar la razón de cierto comportamiento. Este diseño, además de requerir línea de base (un requisito que la psicoterapia psicodinámica local probablemente no acepte) posee una clara orientación comportamental que da de lleno con la orientación teórica y con la renuencia a la operacionalización de dicha psicoterapia. En este sentido, la naturaleza abstracta y subjetiva de los fenómenos sobre los que pretenderá incidir el psicoanalista hacen inaplicable un diseño fundamentado en el refuerzo constante de comportamientos, dado que estos serán concebidos como indicadores 'simbólicos' de un trastorno más general, este último el cual probablemente sea el objeto principal de la terapia.

Aunque probablemente sea explicitar lo obvio, las dificultades arriba esbozadas para cada diseño de caso único específico dificultarán o imposibilitarán el análisis objetivo de los datos recabados. No es posible evaluar la magnitud del problema clínico tratado si no se dispone de un registro efectivo que, ilustrado gráficamente, permita extraer al terapeuta conclusiones sobre la frecuencia promedio de presentación de dicho problema o sobre los cambios en el nivel de respuesta que implica el mismo. Tampoco puede realizarse dicha evaluación ante la ausencia total de línea de base, o ante la carencia de una definición operacional del problema a tratar. Finalmente, no es posible evaluar la frecuencia de los cambios sucedidos en la psicoterapia puesto que no se dispone ni de información acerca de los cambios en las tendencias comportamentales del consultante ni datos objetivos acerca de la latencia desarrollada hasta la aparición de dichos cambios. Tal carencia

de registro objetivo, a la vez que lleva necesariamente a fundamentar el tratamiento y sus eventuales cambios en la intuición subjetiva del clínico, incluso anula la posibilidad de examinar cuestiones no estadísticas pero directamente relevantes al ejercicio de la psicoterapia, como el de la relevancia o significación clínica de los resultados (por oposición a la significación estadística de los mismos) (Anderson & Kim, 2003).

## CONCLUSIONES

Hemos partido del reconocimiento de un arraigado problema en la psicología argentina que atañe a profesionales y académicos, y que surge de la propia modalidad y contenidos del entrenamiento universitario de psicólogos: la prevalencia de una psicología clínica intuicionista, subjetivista, cultora del 'ojo clínico' y arraigada en la idea de la irrelevancia de la actualización de las psicoterapias en función de avances investigativos. Esto ha sido uno de los factores que ha llevado progresivamente a que en el territorio se confundan e identifiquen entre sí conceptos y nociones vinculadas pero estrictamente diferentes, tales como 'método clínico', 'método científico', 'psicología clínica' y 'psicoanálisis', entre otras.

El núcleo de este problema yace, a criterio de este trabajo, en la identificación entre práctica profesional e investigación científica: se actualicen o no en desarrollos contemporáneos en psicoterapia, es factible que el grueso de los terapeutas argentinos conciba en un sentido fuerte o débil a la resolución de problemas psicoclínicos en sujetos concretos como una forma de investigación, en tanto actividad de producción de conocimiento científico. Como principales contraargumentos a tal asimilación, aquí puntualizamos que la investigación científica requiere i) un agente acreditado como investigador o entrenado en lógica y metodología de la ciencia que conduzca la recolección de datos a partir de técnicas y diseños específicos y que analice dichos datos, ii) una mínima identificación y separación de variables a indagar, especialmente en la forma de definiciones operacionales e indicadores empíricos y, consiguientemente, iii) un mínimo control metodológico que garantice validez a las conclusiones extraídas del estudio propiamente dicho -control que se traduce en decisiones estratégicas y recaudos explicitados y adoptados antes y durante la investigación-. En respuesta a estos puntos, i) un terapeuta no es, inmediatamente y por el sólo hecho de ser clínico, un investigador; ii) el escaso control en la situación psicoterapeuta hace que en los fenómenos clínicos intervengan múltiples variables, y dado que por sí sola la situación clínica no decanta en variables delimitadas y claramente diferenciadas entre sí, esto requiere la implementación deliberada y sistemática de un diseño de investigación; iii) los diseños investigativos idóneos

para la situación clínica—los diseños de caso único— requieren de una evaluación del problema clínico, de una definición operacional del mismo, del establecimiento de una línea de base y de la implementación de un diseño de caso único específico, de acuerdo al criterio del terapeuta y de acuerdo a las peculiaridades de la situación clínica. La investigación psicoclínica, si posee pretensiones de científicidad (esto es, de verdad, y eventualmente de eficacia y de eficiencia) demanda conocimientos metodológicos sobre diseños y técnicas de recolección de datos, controles experimentales y argumentos empíricos basados en una mínima operacionalización de conceptos. Es preciso reconocer que el ámbito clínico—el consultorio, el hospital, etc.—a menudo carece de la clase de control deliberado que requiere una investigación científica.

Esto no implica, sin embargo, que un psicoterapeuta no sea capaz de evaluar de forma racional y científica los resultados de su propia práctica, a la manera de una investigación. Una de las formas más eficientes para hacerlo es, como hemos visto, el recurso a investigaciones cuyo diseño responde a una muestra de un caso. Este tipo de diseño, centrado en uno o varios sujetos por separado, es pasible de organizarse de acuerdo a requisitos experimentales, y es especialmente útil para indagar sobre la eficacia de los tratamientos en los consultantes. Sin embargo, en el contexto de la psicoterapia argentina, es factible que el conocimiento sobre esta herramienta no forme parte de los sistemas representacionales de los psicólogos, sea porque se carezca de información sobre su existencia, sea porque se confunda con los ‘estudios de caso’. Aún más importante, dada la identificación psicoanalítica entre investigación y práctica, y dado el predominio en términos comparativos de dicho marco teórico en el país, es factible que la pertenencia teórica de los terapeutas inviabilice la confección de estudios sobre eficacia de intervenciones. Entre otras cosas abordadas aquí, hemos visto que un diseño de caso requiere una evaluación o diagnóstico claro de un trastorno, su definición operacional, el establecimiento de una línea de base y la aplicación de una intervención—en lo posible estandarizada— para realizar predicciones, verificaciones y replicaciones. En el contexto del desprecio o desconocimiento general de los psicoanalistas argentinos respecto a la metodología de la investigación, es poco factible que los terapeutas atribuyan lo que perciben como su éxito clínico a variables que, por fuera del tratamiento o de la intervención, escapen a su control o registro consciente. Adicionalmente, y en el marco de tales creencias, es poco factible que dichos terapeutas recurran a una identificación y evaluación sistemática y objetiva del problema concreto del consultante: en otras palabras, es factible que el problema del consultante sea retraducido a términos o categorías psicoanalíticas, o que sean considerados como representaciones simbólicas de un

trastorno o causa más profundas las cuales serán el objetivo real de las intervenciones. Esto lleva, necesariamente, a obviar definiciones operacionales, lo cual a su vez impacta directamente en la imposibilidad de establecer una línea de base. Llegado a este punto, no existe forma de imputar el éxito (o fracaso) del tratamiento—su eficacia— a las intervenciones del terapeuta. Omitiendo dicha imposibilidad, es factible que por la existencia de sesgos cognitivos fuertemente orientados en los terapeutas, los fracasos clínicos no sean percibidos como fracasos a causa de errores o equivocaciones del propio psicólogo, ni que lo que se percibe como éxito en la terapia sea plausiblemente imputado a otras variables extrañas pero no controladas (como la remisión espontánea, la maduración, etcétera).

Como nota final, debe aclararse que de ninguna manera existiría una relación excluyente entre psicoanálisis e investigación en psicoterapia, como lo demuestran algunos de los más prolíficos grupos de investigación en la temática (Kächele, Schachter, & Thomä, 2009; Wallerstein, 2003; 2006). Estudios empíricos concretos, con muestras grupales y con diseños de caso único, realizados a la luz de los desarrollos técnicos y metodológicos de la investigación en psicología clínica, indicarían que el psicoanálisis (o al menos parte del mismo, especialmente sus conceptualizaciones más contemporáneas), en tanto teoría con pretensiones de científicidad, es pasible de definirse operacionalmente y de referir a constructos cuyos indicadores empíricos, objetivos y consensuados resulten parámetros para investigación clínica sistemáticamente diseñada y conducida. Sin embargo, estos grupos de investigación son prácticamente desconocidos para el grueso de los psicólogos argentinos: para aquellos longevos debido a la preeminencia histórica en el país de un psicoanálisis ortodoxo, poco estandarizado y distante o adverso a la investigación empírica, y para aquellos recientemente graduados debido a la fuerte orientación ideológica de las asignaturas que en el pregrado forman y entrenan en psicología clínica (González et al., 2005; Manzo, 2015; Moya et al., 2010; 2015). Por lo antes dicho, los problemas delineados aquí no surgen de una supuesta incompatibilidad entre el psicoanálisis, en tanto terapéutica o conjunto de tecnologías clínicas, y el método científico o la investigación empírica: más bien surgen de la defensa ortodoxa y del aferramiento creencial respecto a un tipo de psicoanálisis, esencialmente solipsista y subjetivista, concebido como autosuficiente, justificado erróneamente a partir de cada supuesto éxito terapéutico por separado—como si los éxitos psicopraxiológicos corroboraran teorías básicas y tecnológicas— y sin noticia de avances metodológicos en el área de la investigación en psicoterapia a nivel internacional (entre los cuales se cuentan, aunque de forma emergente, los que señalan los sesgos y errores

cognitivos en que incurren los psicoterapeutas y que bien pueden estar en la raíz de gran parte de los razonamientos de los psicoterapeutas argentinos). Puesto que la experiencia subjetiva, los estudios de caso y las intuiciones no son suficientes para sostener una práctica científica que afecta directamente la salud de la población –especialmente en un país con elevada demanda de psicólogos como Argentina–, no es demasiado aventurado el sostener que los desarrollos metodológicos en torno a problemas de la investigación en psicología son pasibles de contribuir de forma directa a la clarificación de estas nociones erróneas que, aquejando a la comunidad de psicólogos rioplatenses, giran en torno al método científico, a la psicología clínica y, especialmente, a la evaluación e indagación de la eficacia de los tratamientos psicoclinicos. En tal marco, la discusión sobre la riqueza y utilidad de los estudios experimentales de caso único para indagar la eficacia de los tratamientos, en tanto que diseños de investigación que acercan a investigadores y profesionales entre sí, constituye parte esencial de esta ‘agenda pendiente’ en el grueso de los psicoterapeutas argentinos; agenda que también incluye cuestiones relativas al diseño, realización y análisis de investigaciones sobre muestras colectivas –especialmente las investigaciones experimentales– que recurren a muestras grupales, a controles rigurosos, a análisis estadísticos y a seguimientos diacrónicos.

## REFERENCIAS

- Acevedo, G. (2001). La formación en investigación de los psicólogos en el grado universitario en la Argentina. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 47(1), 39-51.
- American Psychological Association. (2010). *APA Dictionary of Clinical Psychology*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Anderson, C., & Kim, C. (2003). *Evaluating Treatment Efficacy with Single-Case Designs*. En M. Roberts, & S. Illardi (Eds.), *Handbook of Research Methods in Clinical Psychology* (pp. 73-91). Oxford, Inglaterra: Blackwell.
- AUAPSi. (1998). *Informe Diagnóstico de la Situación Actual*. Programa de Formación de Especialistas en Innovación Curricular en Psicología. Buenos Aires: Mimeoografía.
- Barlow, D. (1981). On the Relation of Clinical Research to Clinical Practice: Current Issues, New Directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(2), 147-155.
- Benito, E., & Elmasian, M. (2010). *La formación en Psicología en la Universidad de Buenos Aires: Una investigación bibliométrica*. En Memorias del II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVII Jornadas de Investigación y Sexto Encuentro de Investigadores de Psicología del Mercosur (pp. 34-35). Buenos Aires: Universidad Nacional de Buenos Aires.
- Benjamin, L. (2005). A History of Clinical Psychology as a Profession in America (and a Glimpse at Its Future). *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 1-30.
- Bernstein, J. (1964/1993). Dos Psicologías. *Psicodiagnosticar*, 3(3), 53-85.
- Bleger, J. (1962). Clase inaugural de la Cátedra de Psicoanálisis. *Acta Psiquiátrica y Psicológica Argentina*, 8(1), 56-60.
- Bleger, J. (1963/1985). *La entrevista psicológica*. En J. Bleger, *Temas de Psicología* (pp. 9-43). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Brisuela, L., Bruna, O., Fierro, C., Favole, M., Crovara, A., & Musante, F. (Diciembre, 2016). *Problemas actuales en la formación psicoclinica de grado en carreras de psicología en Argentina: Un análisis socio-bibliométrico de la enseñanza de asignaturas clínicas en las universidades nacionales de Rosario, Mar del Plata y La Plata*. Trabajo presentado en el VII Congreso Marplatense de Psicología, Mar del Plata, Argentina.
- Cataldo, R., & Bogueetti, C. (Diciembre, 2011). *Opiniones de los estudiantes de psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata sobre la investigación en psicoterapia*. Trabajo presentado en el IV Congreso Marplatense de Psicología, Mar del Plata, Argentina.
- Cazabat, E. (2014). Diseño a doble ciego y el uso de placebos psicológicos en investigación de resultados en Psicoterapia ¿Es posible? Un estudio piloto de viabilidad. *Interdisciplinaria*, 31(1), 73-91.
- Chen, H., & Rossi, P. (1987). The theory-driven approach to validity. *Evaluation and Program Planning*, 10, 95-103.
- Cortada de Kohan, N. (1978). *El entrenamiento de psicólogos en técnicas de investigación*. En R. Ardila (Comp.), *La Profesión del Psicólogo* (pp. 161-173). México, D.F.: Trillas.
- Croskerry, P. (2003). The Importance of Cognitive Errors in Diagnosis and Strategies to Minimize Them. *Academic Medicine*, 78(3), 775-780.
- Engel, G. (1968). Some obstacles to the Development of Research in Psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 16(2), 205-210.
- Etchegoyen, H. (1964/2001). Estado actual de la psicoterapia en la Argentina. *Vertex*, 12(45), 226-237.
- Fernández-Álvarez, H. (1987). *El desarrollo de la Psicología en la Argentina*. Buenos Aires: Centro de Estudios Humanos AIGLÉ.
- Fernández-Alvarez, H. (Comp.) (1997). *Desarrollos en Psicoterapia*. Buenos Aires: Editorial de Belgrano.
- Fernández-Alvarez, H. (2008). Integration in psychotherapy: An approach from Argentina. *Journal of Psychotherapy Integration*, 18(1), 79-86.
- Fernández-Álvarez, H., Gómez, B., & García, F. (2015). Bridging the gap between research and practice in a clinical and training network: Aigle's program. *Psychotherapy Research*, 25(1), 84-94.
- Finger, M., & Rand, K. (2003). *Addressing Validity Concerns in Clinical Psychology Research*. En M. Roberts, & S. Illardi (Eds.), *Handbook of Research Methods in Clinical Psychology* (pp. 13-30). Oxford, Inglaterra: Blackwell.
- Fierro, C. y Brisuela, L. (2016). *La psicología clínica, la psicoterapia y su investigación científica en Argentina: problemas recientes a la luz de la historia de la formación universitaria (1942-1976)*. En Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología (Comp.), *Diálogos e interacciones de la Psicología en América Latina* (pp. 527-558). Buenos Aires, Argentina: ULAPSI.
- Fiorini, H. (1977). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Freud, S. (1923/1989). *El Psicoanálisis*. En S. Freud, *Obras Completas*. Vol. XVIII (pp. 231-249). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1940/2006). *Esquema del Psicoanálisis*. En S. Freud, *Obras Completas*. Tomo XXIII (pp. 133-210). Buenos Aires:

- Amorrortu.
- Glover, E. (1952). Research Methods on Psycho-Analysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 33, 403-409.
- Goldfried, M., Newman, M., Castonguay, L., Fuertes, J., Magnavita, J., Sobell, L., & Wolf, A. (2015). Closing the Gap Between Research and Practice: The Two-Way Bridge Initiative. *Psychotherapy*, 50(4), 5-7.
- González, C., Gentes, G., Ginocchio, A., Guibelalde, G., Ugalde, M. P. y Zandivarez, P. (2005). *Modalidad de la enseñanza de la psicología clínica en las distintas universidades académicas de psicología de universidades nacionales de Argentina. Su importancia curricular*. En Actas de las XII Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (pp. 40-41). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Hintermeyer de Ostrov, A. (1997). *Cien años de psicoanálisis. Teoría y técnica*. En H. Fernández Álvarez (Comp.), *Desarrollos en Psicoterapia* (pp. 79-102). Buenos Aires: Editorial de Belgrano.
- Kächele, H., Schachter, J., & Thomä, H. (2009). *From Narrative to Empirical Single Case Research*. Implications for Psychoanalytic Practice. Nueva York: Routledge.
- Kazdin, A. (1981). Drawing Valid Inferences From Case Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(2), 183-192.
- Kazdin, A. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. México, D.F.: Prentice Hall.
- Kazdin, A. (2008). Evidence-Based Treatment and Practice. New Opportunities to Bridge Clinical Research and Practice, Enhance the Knowledge Base, and Improve Patient Care. *American Psychologist*, 63(3), 146-159.
- Klappenbach, H. (1995). The process of psychology's professionalization in Argentine. *Revista de Historia de la Psicología*, 16(1-2), 97-110.
- Klappenbach, H. (2000). El psicoanálisis en los debates sobre el rol del psicólogo. Argentina, 1960-1975. *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, 2, 191-227.
- Klappenbach, H. (2003). *La investigación en carreras de grado de psicología en universidades nacionales de Argentina*. En J. Villegas, P. Marasi, & J. P. Toro, Problemas centrales para la formación académica y el entrenamiento profesional del psicólogo en las Américas (Vol. 3) (pp. 257-271). Universidad Central de Chile: SIP.
- Klappenbach, H. (2004). *Psychology in Argentina*. En D. Wedding, & M. Stevens (Eds.), *Handbook of International Psychology* (pp. 129-150). New York: Brunner-Routledge.
- Maddux, J. (Octubre, 2016). *La psicología social de la percepción y el juicio clínico: La verdad incómoda*. Conferencia magistral presentada en el II Congreso Latinoamericano para el Avance de la Ciencia Psicológica, Buenos Aires, Argentina.
- Manzo, G. (2015). Historia de la Psicoterapia Cognitiva en la currícula de la Facultad de Psicología de la UNMDP. El caso de la Asignatura Modelos en Psicopatología (Psicopatología). *Actas del Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis*, 16, 332-342.
- Medrano, L., Moretti, L., Benito, E. y Elmasian, M. (2009). *La formación académica de psicólogos en la UBA y UNC: Análisis bibliométrico de los planes de estudio*. Trabajo presentado en la XII Reunión Nacional y I Encuentro Internacional de la Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento, Córdoba, Argentina.
- Moya, L. (2012). Análisis de la formación básica de carreras de psicología de universidades públicas: un estudio comparativo. *Anuario de Proyectos e Informes de Becarios de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata*, 9, 710-718.
- Moya, L., Castañeiras, C. y Fernández Álvarez, J. (2015). *Entre lo discursivo y lo efectivo en la formación de psicólogos: el caso de la psicología clínica en las propuestas curriculares nacionales*. Trabajo presentado en el I Congreso Nacional de Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de San Luis, San Luis, Argentina.
- Moya, L., Castañeiras, C., Di Doménico, C. y Manzo, G. (2010). *Formación de psicólogos hoy: algunas reflexiones sobre datos empíricos*. Trabajo presentado en el I Congreso Internacional, II Nacional y III Regional de Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Rosario, Rosario, Argentina.
- Oldroyd, D. (1993). *El Arco del Conocimiento*. Introducción a la Filosofía y Metodología de la Ciencia. Barcelona: Crítica.
- Papini, M. (1976). Datos para una Historia de la Psicología Experimental Argentina (Hasta 1930). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 3(2), 319-335.
- Papini, M. (1985). Notas sobre la psicología experimental en la Argentina: Breve reseña historiográfica. *Revista de Historia de la Psicología*, 6(3), 213-226.
- Piacente, T. (1994). *La carrera de Psicología en la Universidad Nacional de La Plata: Investigación Pre-Grado y Pos-Grado*. En Actas del Primer Encuentro de Investigación en Psicología (pp. 27-30). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Piacente, T. (1998). Psicoanálisis y formación académica en Psicología. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 44(3), 278-284.
- Primer, G. (Agosto, 2014). *The dialogue between Philosophy and Psychology*. Trabajo presentado en la 13th International Conference on Philosophical Practice: Philosophical Practice as a Profession and a New Paradigm in Philosophy, Belgrado, Serbia.
- Roberts, M., & Ilardi, S. (2003). *Research Methodology and Clinical Psychology: An Overview*. En M. Roberts, & S. Ilardi (Eds.), *Handbook of Research Methods in Clinical Psychology* (pp. 3-12). Oxford, Inglaterra: Blackwell.
- Roussos, A. (2001). Investigación empírica en Psicoterapia en Argentina. Panorama actual, métodos y problemas. *Vertex*, 45, 179-187.
- Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3), 261-270.
- Scotti, S. (2010). Opinión de los estudiantes de psicología de la UBA sobre la investigación en Psicoterapia. *Psiencia*, 2(2), 96-100.
- Serroni-Copello, R. (1990). Las investigaciones psicológicas y la universidad desexualizada. *Boletín Argentino de Psicología*, 3(3), 17-20.
- Serroni-Copello, R. (1997a). *Expansión discursiva y recursiva en la evolución de la psicología*. En R. Serroni-Copello, *Diálogo, racionalidad y salud mental*. (pp. 27-42). Buenos Aires: ADIP.
- Serroni-Copello, R. (1997b). *Disonancias estructurales en el desarrollo de la psicología en la Argentina*. En R. Serroni-Copello, *Diálogo, racionalidad y salud mental* (pp. 57-72). Buenos Aires: ADIP.
- Serroni-Copello, R. (1997c). *Los procesos de legitimación de la psicología clínica*. En R. Serroni-Copello, *Diálogo, Racionalidad y Salud Mental* (pp. 43-56). Buenos Aires: Adip.
- Shadish, W. (2014). Statistical Analyses of Single-Case Designs: The Shape of Things to Come. *Current Directions in Psychological Science*, 23(2), 139-146.
- Simons, A., & Wildes, J. (2003). *Therapy and Interventions Research with Adults*. En M. Roberts, & S. Ilardi (Eds.), *Handbook*

- of Research Methods in Clinical Psychology (pp. 329-351). Oxford, Inglaterra: Blackwell.
- Strupp, H., & Howard, K. (1992). *A brief history of psychotherapy research*. En D. Freedheim, H. Feudenberg, D. Peterson, J. Kessler, H. Strupp, S. Messer, & P. Wachtel (Eds.), *History of Psychotherapy: A Century of Change* (pp. 309-334). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Talak, A. M. (Noviembre, 2009). *La cientificidad de la psicología reexaminada: permanencia y problemas del positivismo*. Trabajo presentado en el II Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina, Recuperado de [http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/47779/Documento\\_completo.pdf?sequence=1](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/47779/Documento_completo.pdf?sequence=1).
- Teachman, B. (2012). Bridging the Gap Between Clinical Research and Clinical Practice: Introduction to the Special Section. *Psychotherapy*, 49(2), 97-100.
- Thompson, S., Frydman, A., Salinas, L., Mantegazza, R., Toro, C., y Lombardi, G. (2007). El proceso diagnóstico en psicoanálisis. *Anuario de Investigaciones*, 14, 103-110.
- Vázquez-Ferrero, S. (2015). *Análisis de la bibliografía de programas vigentes en carreras de psicología de universidades nacionales argentinas* (Tesis de doctorado inédita). San Luis: Universidad Nacional de San Luis.
- Vera-Villaruel, P., y Mustaca, A. (2006). Investigaciones en Psicología Clínica basadas en la Evidencia en Chile y Argentina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 551-565.
- Vilanova, A. (1985). Pluralidad, desarrollo y transformación. *Espacios y Propuestas*, 5, 8.
- Vilanova, A. (1990). Historia de la psicología clínica. *Boletín Argentino de Psicología*, 3(6), 7-19.
- Vilanova, A. (1994a). Recusación de lo Inefable. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 40(1), 9-10.
- Vilanova, A. (1994b). *La investigación psicológica: Historia y perspectivas*. Primeras Jornadas de Investigación en Psicología de la Universidad de Buenos Aires (pp. 31-33). Buenos Aires: UBA.
- Vilanova, A. (1994c). La investigación psicológica en la Argentina. *Nexos*, 1, 14-15.
- Vilanova, A. (1995). *Problemas fundamentales de la Psicología*. En G. Vidal, R. Alarcón, & F. Stepke (Eds.), *Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría* (pp. 1313-1319). Buenos Aires: Panamericana.
- Vilanova, A. (1996). Enseñanza de la Psicología: Historia y problemas fundamentales. *Cuadernos Argentinos de Historia de la Psicología*, 2(1/2), 199-210.
- Vilanova, A. (1997). Las deudas de la psicología del Cono Sur. *Acta Psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 43(2), 103-111.
- Vilanova, A. (2000/2003). *Psicología y Psicoterapia: Evolución del Rol Profesional*. En A. Vilanova (Comp.), *Discusión por la Psicología* (pp. 163-168). Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Vilanova, A. (2001). La formación académica del Psicólogo. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 47(1), 73-78.
- Vilanova, A., y Di Doménico, C. (2004). La Investigación Psicológica en Argentina (1896-1956). *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 50(2), 129-139.
- Virgillio, A. (2014). *El modelo dinámico de la terapia*. En H. Fernández Álvarez (Comp.), *Paisajes en Psicoterapia* (pp. 99-132). Buenos Aires: Polemos.
- Vorano, A., Tosi, L., y Tosi, J. (Octubre, 2016). *Impacto del escolasticismo en la formación universitaria en psicología*. Trabajo presentado en el II Congreso Latinoamericano para el Avance de la Ciencia Psicológica, Buenos Aires, Argentina.
- Wallerstein, R. (2003). Psychoanalytic Therapy Research: Its Coming of Age. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 375-404.
- Wallerstein, R. (2006). The relevance of Freud's Psychoanalysis in the 21st Century: Its Science and Its Research. *Psychoanalytic Psychology*, 23, 302-326.
- Watson, R. (1966/1971). *Una breve historia de la psicología clínica*. En I. Mensch (Ed.), *Psicología clínica* (pp. 87-126). Buenos Aires: Paidós.