

Efectos adversos en psicoterapia

¿La psicoterapia puede dañar? En el área médica y farmacológica existe una fuerte tradición acerca de la evaluación e información sobre los efectos adversos que pueden devenir luego de un tratamiento; en el ámbito de la psicoterapia, en cambio, no sucede lo mismo. Para los psicólogos en general no suele ser frecuente la reflexión sobre los potenciales efectos secundarios, iatrogénicos o adversos de nuestra praxis, es más, es posible que la inmensa mayoría considere que la psicoterapia puede ayudar o no, pero rara vez perjudicar.

Como profesionales de la salud nuestro deber primordial consiste en “*Primum Non Nocere*” —“Primero, no dañar”. Es decir, ante todo, preservar la integridad y seguridad del paciente, no aplicando intervenciones que puedan ser dañinas. La Asociación Psicológica Americana (APA), dentro de sus Principios Éticos de Psicólogos y Código de Conducta indica que “los psicólogos se esfuerzan para beneficiar a aquellos con quienes trabajan y cuidan de no hacerles daño” (APA, 2010, Principio A: beneficencia y no maleficencia). En Argentina, en cambio, dicho principio no suele ser mencionado ni estudiado. Por ejemplo, ni la nueva Ley Nacional de Salud Mental (26.657), ni los Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la provincia Buenos Aires, el de la Federación de Psicólogos de la República Argentina, o el de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires aluden al tema. Sí suelen mencionar en el capítulo sobre “Responsabilidad en la práctica profesional” que el profesional no debe ejercer actos intencionados de daño que atenten contra los derechos humanos, como por ejemplo torturas, pero no realizan ninguna mención sobre la realización de acciones terapéuticas que puedan generar daño; y también indican que dentro del contexto de

investigación se prohíben los actos que pudieran causar daño, pero dejan de lado la posibilidad de que el perjuicio podría causarse en el contexto clínico.

Por otro lado, si bien la APA (2002) cuenta con ciertos criterios de evaluación de las guías de práctica clínica, donde establece que se debe informar sobre los beneficios y también sobre los posibles efectos iatrogénicos o secundarios del tratamiento. Sin embargo, no especifica qué tipo de evidencia sería la adecuada para confirmar si una intervención presenta dichos efectos negativos.

Estos datos generales muestran como la posibilidad de que la psicoterapia conlleve un perjuicio para los pacientes tiende a ser ignorada por los profesionales, o bien que incluso los intentos realizados por contemplarla cuentan con marcadas limitaciones.

En el ámbito médico los resultados se miden principalmente en relación a la ecuación riesgo-beneficio de los fármacos aplicados. Incluso se estudian y conocen los efectos adversos de medicamentos ampliamente divulgados tales como la aspirina y se cuenta con entes reguladores que aprueban o no el uso de los mismos, basándose en investigaciones que indican los efectos esperados y los que pueden ocurrir secundariamente.

Por el contrario, en el área psicológica no se cuenta con normativas claras ni organismos que actúen regulando las diferentes prácticas clínicas. La marcada diferencia entre un ámbito y el otro puede deberse a que frecuentemente se ha tomado como cierto que “hacer algo es siempre mejor que no hacer nada” y que la psicoterapia, en el peor de los casos, es inocua (Lilienfeld, Lynn, & Lohr, 2003). Esta noción refleja la existencia de una “doble vara” para pensar los efectos de nuestra praxis. Si bien todos

solemos suscribir la hipótesis respecto del “poder” de la palabra como agente de cambio (incluso a nivel neurofisiológico), esta visión coexiste con la creencia de que las intervenciones psicológicas, al ser mediatizadas por la palabra, no podrían generar efectos secundarios o nocivos en los pacientes. Esta visión simultánea de la palabra como “promotora de cambio” e “inocua” es por lo menos *naif*, ya que plantea una lógica en la que sólo pueden esperarse resultados neutros o positivos en la aplicación de la psicoterapia, inmunizándola frente a toda posible crítica respecto de sus consecuencias negativas.

Sin embargo, vale la pena mencionar algunos estudios de resultados que pueden arrojar un manto de luz respecto de la evaluación de los riesgos y beneficios de realizar psicoterapia, los cuales citamos a continuación.

Investigación sobre resultados en psicoterapia

Una de las primeras investigaciones sobre resultados en psicoterapia estuvo a cargo de Eysenck (1952), quien en su famosa publicación cuestionó la utilidad de los tratamientos psicológicos. Dicho autor, al evaluar los efectos de la psicoterapia en pacientes con neurosis, halló que los resultados en el grupo de sujetos en tratamiento se asemejaban a los que no habían recibido tratamiento, concluyendo que no contaba con evidencia suficiente para afirmar que la psicoterapia sea un tratamiento clínico adecuado, es decir, la psicoterapia no producía beneficios. Esta postura recibió duras críticas por parte de los colegas de su época en relación a la metodología utilizada, pero abrió el camino a nuevas investigaciones que buscarían replicar o cuestionar sus hallazgos.

Es así que, años más tarde, Bergin (1966), en respuesta a la publicación de Eysenck, realiza una investigación en donde señala que la psicoterapia puede producir una mejoría o un empeoramiento, pero que comparado con quién no recibe tratamiento, los sujetos en tratamiento obtienen efectos positivos moderados, resultado que se replicó luego en otros siete estudios.

Con respecto a dichos estudios, Gordon Paul en 1967 (citado en Barlow, 2010) sugirió que el problema que presentan estos planteos es que se realizan una pregunta demasiado general (i.e.: ¿la psicoterapia sirve para los pacientes?) y que los investigadores debían preguntarse ¿qué tratamiento específico es efectivo, para qué tipo de paciente y bajo qué circunstancias?

Vale la pena destacar que ya desde sus inicios a mediados del siglo XX la investigación sobre resultados en psicoterapia señaló la existencia intervenciones psicoterapéuticas potencialmente nocivas para algunos pacientes (Barlow, 2010). De hecho, para la década del '70, unos 23 estudios controlados mostraron que luego de un tratamiento podría devenir algún tipo de deterioro en los sujetos (Barlow, 2010). Smith, Glass y Miller (1980) llevaron a cabo un metaanálisis de 475 estudios hallando que un 80 % de los sujetos que recibieron terapia habían logrado una mejoría en comparación con aquellos no tratados (Corbella y Botella, 2004), mientras que un 9% obtuvieron resultados negativos (Lilienfeld, 2007). En la misma dirección, otro metaanálisis encontró entre un 10% a un 15% de efectos negativos luego del tratamiento por abuso de sustancias (Moos, 2005). En lo que refiere a los efectos adversos de patologías específicas, en adolescentes con trastorno de conducta, por citar un ejemplo, se

reportaron resultados sobre un 29% de efectos perjudiciales (Lipsey, 1992; McCord, 2003, y Rhule, 2005).

Ahora bien, ¿cuál sería la utilidad de conocer los efectos adversos de las psicoterapias? Simple: prevenirse de ellos. ¿Y por dónde deberíamos comenzar los profesionales? Más simple aún: conocerlos.

Tratamientos potencialmente dañinos

Lilienfeld (2007) ha puesto especial énfasis en la divulgación de los efectos adversos que se puedan presentar por la psicoterapia, para lo cual elaboró una lista provisoria de terapias potencialmente perjudiciales, de acuerdo al grado de evidencia empírica. Para dicho autor los tratamientos potencialmente perjudiciales son aquellos que han demostrado generar efectos perjudiciales físicos o psicológicos en los pacientes u otras personas relacionadas (por ejemplo, familiares), que duran en el tiempo, sin limitarse a exacerbar los síntomas por un corto período de tiempo durante el tratamiento, y que han sido replicados por equipos de investigadores independientes. El autor distingue dos niveles de tipo de daño: nivel 1 o de daño probable (ver tabla 1) cuya evidencia está basada en pruebas provenientes de estudios controlados aleatorizados y metaanálisis; y nivel 2 o de daño posible (ver tabla 2), con evidencia basada en estudios cuasi-experimentales, con al menos una investigación independiente o diseño de caso. Asimismo, en sus consideraciones toma en cuenta la validez interna de los estudios, la replicación de sus resultados por investigadores independientes y la aparición de nuevos síntomas poco después de la introducción de la psicoterapia (Lilienfeld, 2007).

Tabla 1. Listado provisorio de terapias potencialmente dañinas (Lilienfeld, 2007, pag. 58)

Intervención	Daño Potencial	Evidencia
Nivel I: Daño Probable		
Psicoterapia para duelo normal	Aumento de Síntomas depresivos	Meta-análisis
Campamento de reclutas - Trast. de Conducta	Exacerbación de problemas de conducta	Meta-análisis
T. expresiva-experiencial	Exacerbación de emociones dolorosas	ECR
Programa DARE (preventivo)	Incrementa la ingesta de alcohol y otras sustancias (ej. Cigarrillos)	ECR
“Debriefing”	Mayor riesgo de síntomas postraumáticos	ECR
Directo al miedo	Exacerba la conducta problema	ECR
Terapia de apego (ej. Renacimiento)	Muerte y daños severos	Reportes de caso
Técnicas de recuperación de recuerdos	Producción de falsas memorias del trauma	Reportes de caso
Psicoterapia Orientada para el Trastorno de identidad disociativo	Inducción de personalidades “alternas”	Reportes de caso

Tabla 2. Listado provisorio de terapias potencialmente dañinas (Lilienfeld, 2007, pag. 58)

Intervención	Daño Potencial	Evidencia
Nivel II: Daño Posible		
Intervenciones grupales en problemas de conducta	Exacerbación de problemas de conducta	Estudios cuasi-experimentales
Relajación en pacientes propensos al pánico	Inducción de ataques de pánico	Replicado en diseños de caso único

Cabe aclarar que dichos tratamientos han sido clasificados por Lilienfeld (2007) como “potencialmente” dañinos por dos razones: (a) La *evidencia* de los efectos

adversos *es sugerente pero no definitiva*; (b) *Es poco probable* que cualquiera de los tratamientos sean *daniños para todos los individuos* expuestos a ellos.

Si bien actualmente se cuenta con muy poca información sobre el uso de tratamientos potencialmente dañinos, hay amplias razones para considerar que algunos son comúnmente utilizados, incluso por terapeutas con niveles avanzados de educación y formación. Por ejemplo, encuestas realizadas en los '90 indicaron que un 25% de terapeutas, incluyendo terapeutas con nivel doctoral, utilizaban técnicas de recuperación de recuerdos (identificadas hoy como potencialmente dañinas, ya que pueden producir falsos recuerdos) en el tratamiento de abuso sexual infantil en pacientes femeninos (Polusny y Folette, 1996; Poole, Lindsay, Memon, y Bull, 1995).

Si se cuenta con evidencia que sostiene la posibilidad de daño de ciertas prácticas y de que los profesionales de todos modos las realizan, cabe preguntarnos qué medidas tomar para la prevención de las mismas y para intentar disminuir el riesgo para los pacientes.

Medidas posibles

Lilienfeld, (2007) invita a la comunidad terapéutica a efectuar procedimientos para diferenciar entre aquellos tratamientos que pueden originar tanto efectos positivos como negativos y señala que la identificación de los tratamientos potencialmente dañinos sería un paso previo necesario a la detección de los tratamientos empíricamente validados. Expone dos condiciones como antídoto del tratamiento potencialmente dañino. En primer lugar, realizar en cada sesión un seguimiento de los resultados por

medio de cuestionarios. En segundo término, mantener un *feedback* con el profesional, comunicando las fallas en el tratamiento.

De igual manera Barlow (2010) hizo notar que el daño puede ocasionarse por cuestiones técnicas, variables del terapeuta, del paciente o de la terapia, sugiriendo que así como se han investigado los aspectos positivos de la terapia, se han dejado de lado los negativos. El autor, por lo tanto, propone también la inclusión de mecanismos para detectar los efectos adversos.

Al respecto, Dimidjian y Hollon (2010) proponen la implementación de una serie de medidas, tales como sistemas de monitoreo de efectos adversos similares a los implementados en el ámbito médico, la inclusión y discusión de estudios de casos descriptivos, mayor investigación cualitativa, la evaluación de un amplio rango de resultados en los estudios controlados aleatorizados y no solo la evaluación de la reducción sintomatológica, la evaluación y detección de componentes y mecanismos que pueden ocasionar un daño y el alcance del mismo.

En síntesis, existe evidencia que confirma que la psicoterapia funciona y tiene en general un impacto positivo, pero también puede producir efectos adversos. Se precisa un mayor número de investigaciones, trabajando integradamente entre terapeutas e investigadores, como así también una mayor difusión sobre los resultados en la formación profesional y en la práctica clínica en aras de abordar este tema, vital para el desarrollo de nuestra disciplina.

Bibliografía:

- American Psychological Association (2002). Criteria for Evaluating Treatment Guidelines, *American Psychologist*, 57(12), 1052–1059. doi: 10.1037//0003-066X.57.12.1052
- American Psychological Association (2010). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. Washington, DC: Author. Disponible en <Http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx>
- Barlow, D. H. (2010). Negative Effects From Psychological Treatments: A Perspective. *American Psychologist*, 65(1),13-20.
- Bergin, A. E. (1966). Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology*, 71(4), 235-246. doi: 10.1037/h0023577.
- Corbella, S. y Botella, L. (2004). *Investigación en Psicoterapia: Proceso, Resultado y Factores Comunes*. Madrid: Vision Net.
- Dimidjian, S., & Hollon, S. D. (2010). How would you know if psychotherapy was harmful? *American Psychologist*, 65, 21-33.
- Eysenck, H. (1952). The effects of psychotherapy: An Evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Lilienfeld S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Association for Psychological Science*, 2(1), 53-70.
- Lilienfeld, S.O., & Lynn, S.J. (2003). Dissociative identity disorder: Multiple personalities, multiple controversies. En S.O. Lilienfeld, S.J. Lynn, & J.M. Lohr (Eds.), *Science and pseudoscience in clinical psychology*. New York: Guilford.

- Lipsey, M.W. (1992). The effect of treatment on juvenile delinquents: Results from meta-analysis. En F. Loesel, D. Bender, & T. Bliesener (Eds.), *Psychology and law: International perspectives*. Berlin, NY: Walter de Gruyter.
- McCord, J. (2003). Cures that harm: Unanticipated outcomes of crime prevention programs. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 587, 16–30.
- Moos, R. (2005). Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: Prevalence, predictors, prevention. *Addiction*, 100, 595–604.
- Polusny, M.A., & Folette, V.M. (1996). Remembering childhood sexual abuse: A national survey of psychologists' clinical practices, beliefs, and personal experiences. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27, 41–52.
- Poole, D.A., Lindsay, D.S., Memon, A., & Bull, R. (1995). Psychotherapists' opinions, practices, and experiences with memories of incestuous abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 426–437.
- Rhule, D.M. (2005). Take care to do no harm: Harmful interventions for youth problem behavior. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 618–625.
- Smith, M.L., Glass, G.V., & Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. Baltimore, 2005.