

La psicoterapia, la niña mimada del campo de la salud: ¿Útil siempre y jamás dañina?

Martín Agrest

*Licenciado en Psicología
Proyecto Suma, Asistencia y Rehabilitación en Salud Mental
E-mail: magrest66@gmail.com*

Introducción

Parecería que a los psicoterapeutas nos gustaría creer que nuestra práctica tiene una relación “especial” con las leyes, presupuestos y costumbres que regulan al conjunto de las tecnologías asistenciales del campo de la Salud. Bajo ciertas circunstancias, el nuestro es simplemente otro abordaje de este fértil campo, una prestación más en cualquiera de los sistemas (o subsistemas) de Salud que, si se precia de razonable, no debería dejar de cubrir (1, 2). Pero, en otras, cuando todos los otros abordajes reconocen la existencia de errores, falencias o limitacio-

nes a los anhelados beneficios irrestrictos, estamos por fuera de él. Nos gustaría creer que tiene todo lo bueno de este campo y que logramos escapar a todo lo malo. En suma, que tiene todas las virtudes del resto sin ninguno de sus problemas o defectos.

En el campo de la Salud, y en ello no nos diferenciamos demasiado del resto, impera la ilusión generalizada que *más siempre es mejor; antes siempre es mejor, y algo siempre es mejor que nada*. Pero cuando llega el momento de aceptar que también en nuestro campo podrían

Resumen

El presente trabajo revisa las características de la psicoterapia a la luz de las consideraciones acerca de su supuesta invariable utilidad y de su supuesta incapacidad de producir daños a los consultantes. Se parte de problematizar la diferencia entre otras prácticas del campo de la Salud y las psicoterapias en el campo de la Salud Mental, utilizando los conceptos de necesidad, oferta y demanda para comprender la dinámica de la atención psicoterapéutica.

Su uso en tratamientos sin diagnóstico de trastorno mental y la explícita atención especializada del malestar son discutidos en base a estudios internacionales de prevalencia y eficacia.

La potencialidad de generar daños, su sub-registro por parte de los psicoterapeutas y las propuestas para limitar dichos efectos son revisados.

Por último, a partir de estos desarrollos, se problematiza la inscripción de la psicoterapia en el campo de la Salud.

Palabras clave: Psicoterapia - Prevención cuaternaria - Resultado de tratamiento - Daño - Salud Mental.

PSYCHOTHERAPY, THE PRECIOUS GIRL IN THE HEALTH FIELD: ALWAYS USEFUL AND NEVER HARMFUL?

Abstract

The present paper reviews some psychotherapy's features through the light of it's alleged supposedly invariant usefulness and incapacity to harm consultants. Differences between general health field and mental health field are discussed with the assistance of the concepts of necessity, supply and demand, in order to understand psychotherapeutic supply dynamics.

Its use with non-diagnosed clients and the explicit decision to give assistance to people ailed with discomfort are discussed based on international studies on prevalence and efficacy of psychotherapy.

Its harmfulness, underreporting by psychotherapists and specific proposals to reduce it are reviewed.

Some considerations regarding psychotherapy as part of the health field are discussed.

Key words: Psychotherapy - Quaternary Prevention - Treatment outcome - Harmful - Mental Health.

existir las dosis excesivas, los tratamientos anticipados inadecuados de enfermedades que nunca existirán y tratamientos mínimos o estudios complementarios que producen más daño que su completa ausencia, acá ya no somos tan parecidos. ¿Podemos hablar de una psicoterapia excesiva? ¿Hay abordajes preventivos innecesarios o tratamientos psicológicos que no debieran comenzar, diagnósticos que perjudican tanto o más que lo que benefician, o efectos adversos directos o indirectos de nuestras intervenciones? En síntesis, ¿será posible que no sea siempre útil y hasta, tal vez, pudiera ser dañina?

En el resto del campo de la Salud no son pocos los estudios dedicados a estos temas a lo largo de varias décadas (3-6) y el estudio de la iatrogenia cuenta con departamentos especializados enfocados en la "seguridad del paciente", el tema del "error médico" y otros deslices (7, 8, 9). Desde Ivan Illich y su *Némesis médica, la expropiación de la salud* (10), el interés y la preocupación por el tema ha sido creciente. En el caso de la psicoterapia debemos reconocer que, al amparo de su supuesta incapacidad para tener "efectos de deterioro" (11), "generar efectos adversos" (12), tener "efectos negativos" (13), "producir daños" o, como ya decía Freud (14) -aunque atribuyendo el problema a particularidades psíquicas del paciente y no al tratamiento-, dar lugar a una "reacción terapéutica negativa", son aún escasos los estudios sobre la iatrogenia y el problema de los errores parecería que pudiera correr por cuenta del propio terapeuta.

Si bien existe un terreno de aplicación de la psicoterapia, el ámbito privado, en el cual paciente y terapeuta pueden ponerse de acuerdo sin la presencia ni necesidad de un tercero en cuestiones como el honorario, las con-

diciones para el inicio y, eventualmente, para su finalización, en el ámbito público las decisiones son algo distintas y las prestaciones incluyen a nivel sistémico la necesidad de considerar que los recursos aplicados a la solución de un problema dejarían de estar disponibles para aplicarlos a otros. Las consideraciones que se harán en este artículo se aplican fundamentalmente, aunque no de modo excluyente, al uso de la psicoterapia en este último ámbito.

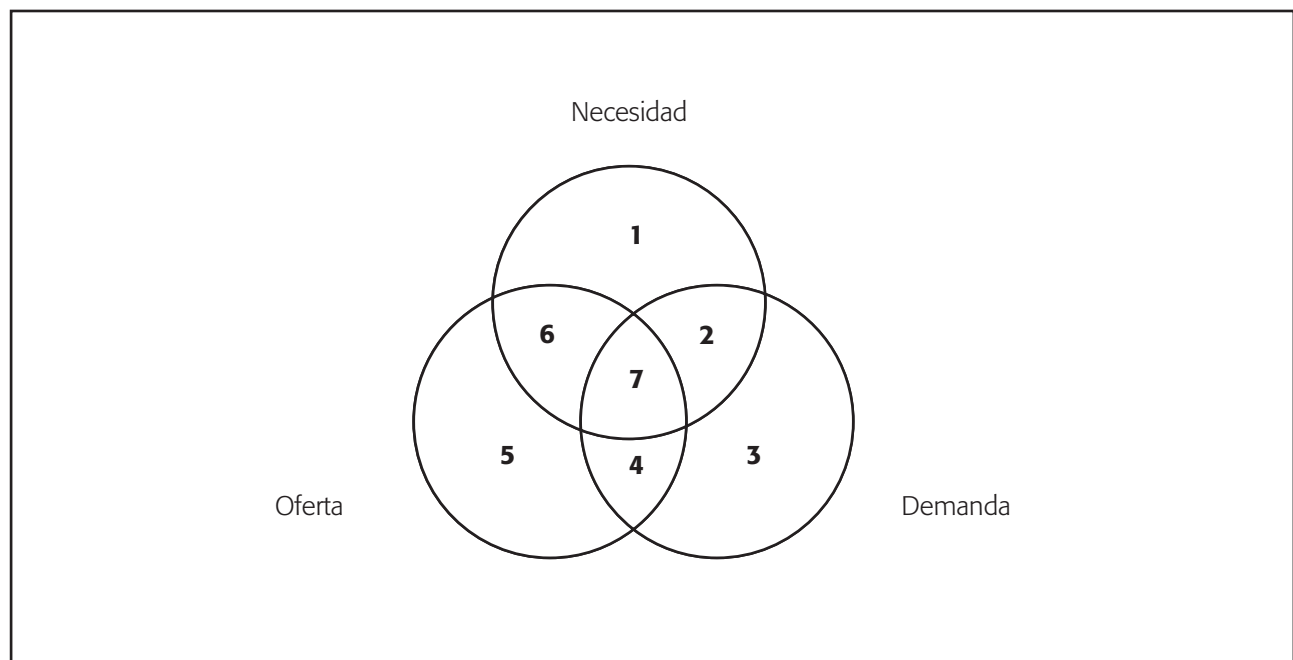
El presente trabajo se enfoca en presentar y analizar la evidencia recogida en estudios que abarcan dos problemas: a) La necesidad y utilidad de ampliar el uso de la psicoterapia (tanto en términos del uso y sobreuso de diagnósticos, su ampliación a momentos preclínicos, sub-umbrales o de espectro, el inicio de tratamientos sin diagnóstico de trastorno mental, las psicoterapias centradas en el malestar y en la búsqueda del "mejor estar" y la prolongación de los tratamientos); b) La existencia de riesgos derivados de su utilización (el problema de su potencialidad dañina, las fuentes de problemas y los dominios en los que se manifiesta, y las estrategias propuestas hasta el momento para limitar dicha potencialidad).

Para poder valorar estos problemas se presenta un esquema general de cómo se interrelacionan algunos conceptos en la provisión de servicios de salud.

Esquema de la interrelación entre necesidad, demanda y oferta en Salud y Salud Mental

Se suele aceptar que en el campo de la asistencia sanitaria se conjugan tres dominios (necesidad, demanda y oferta), configurando siete situaciones diferentes (Ver Gráfico 1).

Gráfico 1. Necesidad, demanda y oferta de servicios de salud.



Tomado y modificado de Anseán (15)

Las *necesidades* en Salud Mental, como en otras áreas de la salud, están parcialmente cubiertas, ya sea que existen pero no se expresan como demanda (Nº 1 + Nº 6), que se expresan como demanda pero no hay oferta que las atienda (Nº 2) o que no son abordadas por la oferta ni registradas como demandas (Nº 1). En cambio, cuando se encuentran expresadas como demanda y se concretan como asistencia a través de la oferta estamos frente a necesidades cubiertas (Nº 7).

La *oferta* en Salud Mental abarca tanto aquellos servicios que son demandados sin necesidad (Nº 4), los que responderían a una necesidad que no se efectiviza al no expresarse como demanda (Nº 6), tanto como aquellos que se demandan con necesidad (Nº 7), y, por último, otra parte que consiste en la oferta de aquello que no es necesario ni tampoco es demandado (Nº 5).

La *demanda* en Salud Mental incluye aspectos no satisfechos por la oferta (Nº 3 + Nº 2), ya sea que hubiera necesidad (Nº 2) o que no fuera reconocida como necesidad de atención (Nº 3), otra parte en donde se encuentra con la oferta (Nº 4 + Nº 7), abarcando tanto la atención innecesaria (Nº 4) como aquella justificada por la necesidad (Nº 7).

Oferta, demanda y necesidad no son estáticas y cada una es tanto generadora de cambios en las otras dimensiones como susceptible de ser influenciada por aquellas. Una importante oferta de servicios puede hacer que la demanda también aumente e, incluso, que hasta la concepción social o sanitaria (la necesidad) se modifique. En este sentido, las dimensiones son dinámicas y sus influencias son recíprocas y no lineales. La idea simplista que las necesidades determinan la demanda y que ésta determina la oferta es cuanto menos ingenua. La necesidad en Salud Mental, tal como es considerada mayormente por los profesionales, viene en ascenso y para verificarlo solo hace falta ver el crecimiento del número de diagnósticos y de páginas del manual diagnóstico y estadístico de la Asociación de Psiquiatría Americana desde su primera hasta la quinta y más reciente versión. La oferta, a excepción de las camas de internación prolongada, también (16). A nivel local, los estudios sobre la evolución de la demanda en el sistema público se reducen al número de consultas aunque, como se deduce del Gráfico 1, eso representa tan sólo una parte de la demanda.

El área Nº 7 es la medida del funcionamiento óptimo del sistema, según lo cual su mayor tamaño sería indicador de un funcionamiento sensible y específico. La provisión de servicios necesarios a personas que los demandan es el ideal de accesibilidad, con sensibilidad y especificidad, aunque todavía no sepamos nada acerca de la calidad con la que se ofrecen o el grado en que logran resolver los problemas que motivan la demanda.

El área Nº 4 representa la ineficiencia de la atención, la parte innecesaria de la accesibilidad, allí donde oferta y demanda se encuentran pero sin necesidad.

El área Nº 3 representa lo demandado por las personas que el sistema asume como sin necesidad y sin oferta que la aborde. Podría considerarse a esta área como la

consecuencia de estímulos no específicos de las sociedades al consumo de tecnología profesional sin necesidad ni oferta, determinando fuertemente la insatisfacción de las personas con los servicios, algo que se habría visto reflejado mejor (contrariamente a la intuición) en el tamaño de la oferta que en la calidad de la respuesta a las demandas. A mayor oferta, mayor insatisfacción (17) y, como variante de la Ley de Roemer (18), mayor demanda (15). Su desarrollo expresa el conjunto de la gente que siente que necesita ayuda, aunque el resto no reconoce esa necesidad ni tampoco existe una oferta de servicios que la atienda. La sobreoferta (Nº 5), lejos de calmar o satisfacer la demanda, parecería incentivar una mayor demanda sin necesidad (Nº 3 + Nº 4).

El área de Nº 2 resume al conjunto de las necesidades aceptadas por el sistema como tales, encarnadas en una demanda de tratamiento, para la cual no hay servicios ofrecidos. En los casos de escasa oferta, esta área representa mayoritariamente la insatisfacción de las personas con el sistema.

El área de Nº 5 es en buena medida el reverso o lo opuesto de Nº 2: acá hay una (sobre)oferta de servicios que no se justifica por una necesidad ni tampoco satisface o se encuentra con demanda alguna. Sería el caso de consultorios psicológicos vacíos, carentes de consultas o pacientes, para dar respuesta a problemas no reconocidos como necesidades sanitarias.

El área de Nº 6 representa las necesidades para las cuales habría una oferta de servicios pero que no se efectivizan al no expresarse como demanda. Serían los servicios públicos que podrían dar respuesta a una necesidad pero que, al ser desconocidos por los potenciales usuarios, no llegan a la consulta. Contribuye a la inaccesibilidad del sistema, aunque no por falta de servicios sino por mala comunicación u otras barreras que hacen que quienes los necesitan no lleguen por más que los servicios existen.

El área Nº 1 es la mayor expresión de la inaccesibilidad del sistema, reuniendo a quienes silenciosamente tienen necesidades que no se expresan como demandas ni se ofrecen servicios para resolver dichas necesidades.

En resumen, un sistema poco accesible es aquel en el que muchas personas que necesitan psicoterapia no logran obtenerla; un sistema poco eficiente es aquel en el que muchos de quienes no necesitan psicoterapia sí la obtienen. En un mundo ideal todos querríamos un sistema accesible y eficiente, sensible y específico, donde nadie que necesite tratamiento deje de recibirlo y nadie que no tenga necesidad de un tratamiento lo reciba. Pero ese mundo no existe y lo que sí podemos hacer es modificar nuestros umbrales. Es posible mejorar la accesibilidad para que sea más fácil que quienes tienen necesidades encuentren respuesta de parte del sistema (aunque eso puede hacer que quienes no la necesiten también la encuentren). Al aumentar Nº 7 se suele aumentar Nº 4. O, podemos mejorar la eficiencia para que haya menos personas atendidas sin necesidad (aunque eso haga que quienes sí necesitan tratamiento puedan sufrir mayores barreras). Al disminuir Nº 4 también disminuimos Nº 7.

La discusión sobre el comienzo innecesario

Habiendo descripto la interrelación entre necesidad, demanda y oferta, debemos aclarar que los terapeutas aún discutimos si cabe hablar de “necesidad” para realizar una psicoterapia y, por contrapartida, si puede haber el calificativo de “innecesaria”. Con mucha fuerza en el ámbito privado -pero también en el sector público- se suele sostener que la presencia de una demanda alcanzaría para dar inicio a un tratamiento. De tal modo, algunos partidarios de la rama psicoanalítica de las psicoterapias descartan de plano la discusión respecto de la necesidad y se centran en el establecimiento de si hay o no hay demanda, cómo leerla o, eventualmente, producirla. Como fuere, la demanda para el psicoanálisis tampoco coincide completamente con la noción de demanda aceptada en el amplio campo de la Salud. Como resultado, desde esa perspectiva, el problema de la necesidad y utilidad de ampliar el uso de la psicoterapia no los alcanzaría ni incumbiría.

En cambio, para quienes la ampliación o restricción de las consultas contempla la necesidad o falta de necesidad de la consulta, la discusión es sumamente compleja y el diagrama que grafica las relaciones posibles entre necesidad, oferta y demanda puede echar luz sobre los alcances de la iatrogenia en el campo de las psicoterapias (Ver Gráfico 1).

El sobre-diagnóstico, o la atribución de un problema (psicológico) a situaciones que solo son parte de la cotidianidad, la disminución del umbral por arriba del cual algo será calificado de patológico (19), también llamado “aumento en la sensibilidad”, es un buen ejemplo de ineficiencia del sistema. Una importante oferta de servicios psicoterapéuticos puede llevar a que más personas sean diagnosticadas (Nº 4) y a que presionen sobre las necesidades y sobre las demandas (Nº 5) mediante su presencia en los medios de comunicación para transmitir una visión de lo cotidiano como patológico. La Medicina ha “avanzado” mucho en este sentido y la medicalización de la vida cotidiana es denunciada con frecuencia (10). Pero, con la connivencia de comunicadores sociales y psicoterapeutas, esto mismo sucede con la patologización de conductas normales. *“Cuando una persona acude a los servicios de Salud Mental es porque su malestar tiene para ella un significado de patología, con incidencia directa de parte la cultura actual. Antes ésta aportaba significados distintos que permitían afrontar el malestar en otros contextos, sin ninguna necesidad de patologizarlo. ¿Nos toca asumir sin más esta demanda y el papel que se nos otorga en esta sociedad que propone soluciones individuales para problemas individuales pero también para los sociales?”* (20). ¿Cuántos casos conocemos de diagnósticos hechos por colegas, porque los propios nos pasan inadvertidos, que contribuyen sin mayor fundamento a aumentar la “base de pacientes a tratar”? ¿Qué diferencia hay entre nuestro diagnóstico casi universal de “neurosis” y el tan cuestionado concepto de “espectro” (autista, bipolar, etc.) o “síndrome sub-umbral” (21, 22)? ¿No ha sido una idea magistral del psicoanálisis ya hace un siglo, que la psiquiatría no aplica sino recientemente, la de eliminar

la categoría de “sano” y ofrecer como “la mejorcita de las alternativas” una “buena neurosis” (o un lugar en el extremo benévolo del espectro)? Al fin y al cabo, un diagnóstico de neurosis (o de síndrome sub-umbral), como reza el chiste, “no se le niega a nadie” y, por consiguiente, un tratamiento tampoco, aunque aún no es claro si aquello que sirve para tratar un trastorno mental también sirve para tratar versiones más leves (23). Aún está por probarse si el tratamiento de formas leves, el abordaje del malestar corriente al que Freud llamaba “infortunio cotidiano” (24) y la ayuda a personas en búsqueda del bienestar sin una patología diagnosticable, tiene los mismos efectos que fueron probados para personas con trastornos mentales, tal como argumentan McKenzie (23) y Ortíz Lobo (20).

En última instancia, tal como bien lo plantea Ortíz Lobo, *“se debe responder de forma honesta la pregunta: ante el problema humano que se presenta, ¿se van a obtener mejores resultados considerándolo una enfermedad (o una sub-enfermedad o una pre-enfermedad) que si no fuera tratado como tal?”* (25). Su formulación podría ser mucho pedir para nosotros, los psicoterapeutas, aunque podría ser imprescindible de realizarla si aceptamos o esperamos que la psicoterapia tenga un lugar en el campo de la Salud.

Para agregar mayor complejidad al problema debemos considerar la afirmación de que “la salud es más que la ausencia de enfermedad” (26), lo cual nos lleva a pensar que las personas aun sin enfermedad podrían o deberían recibir servicios asistenciales, un debate que trasciende largamente al campo de la Salud Mental a la vez que se le aplica. El derecho a la salud, en tanto diferente al derecho a la atención, haría pensar que los servicios de salud podrían o deberían ser ilimitados. En qué medida “el malestar”, en nombre del derecho a la salud, podría ser sinónimo de “necesidad de atención”, es tema de debate.

Cuando un abordaje como el tratamiento psicológico cobra gran difusión podemos pensar que, además de haber bajado el umbral, entre las consecuencias positivas que suceden se encuentra que la gente se podría sentir menos estigmatizada por tener que recurrir a buscar este tipo de ayuda (27). De esto debieran seguirse, entonces, algunas conclusiones: a) Que existiera una menor brecha de tratamiento (o sea, que Nº 1 + Nº 2 + Nº 6 fuera menor); b) Que los habitantes de estas tierras tuvieran alguna característica diferente en términos de salud mental respecto de personas de otras zonas donde la psicoterapia no tuviera tamaña difusión.

Ni lo uno ni lo otro. Los resultados locales sugerirían que la brecha de tratamiento es similar a la de otros países (28), sin que un menor estigma asociado redunde en mayor acceso. Por otro lado, como ya lo señalaba G. Vidal hace veinte años, su extendido uso *“como remedio universal contra los percances de la vida”* (29) no parece haber incidido ni en la “felicidad”, ni en que seamos “logrados en la existencia”, ni tampoco en que tengamos una “más alta calidad de vida o salud mental” (30), alentando alguna suerte de sospecha sobre los beneficios de su uso en forma indiscriminada. Podríamos estar ante un caso en que gracias al aumento en la oferta de servicios

se hubiera bajado la eficiencia (el área de N° 4) sin haber mejorado la accesibilidad ideal (N° 7) ni la salud mental de la población.

Los códigos V del CIE-9 (31) y el DSM-IV (32) son otro buen ejemplo de este problema, cuyo destino fue el de pasar a ser códigos Z en el CIE-10 (33) y actuar como factor de presión de la oferta para incrementar la necesidad y la demanda. Allí se listaban potenciales agregados o complementos al diagnóstico que podían incidir o determinar una consulta, tales como el “no cumplimiento del tratamiento”, “problemas de relación de pareja”, “problema ocupacional”, “problema académico”, “problema adaptativo en una fase de la vida”, “problema religioso o espiritual”, etc. En su versión más reciente, como “factores que influyen el estado de salud y el contacto con los servicios de salud”, ya no son diagnósticos suplementarios sino que califican como parte del cuerpo principal de los diagnósticos y motivo de la consulta. Pero, ¿qué relevancia pueden tener en términos de porcentaje de consultas? Si bien carecemos de este dato en la Argentina, entre un quinto y un tercio de las consultas en centros especializados de Salud Mental (en los Estados Unidos y Canadá) habrían mostrado que no corresponderían a personas con trastornos mentales sino a personas a quienes se les asignó un código V (34). Ortiz Lobo y otros (35) encontraron que un 24.4% de las consultas consecutivas durante un año en un Centro de Salud Mental en España, derivados desde la atención primaria o de centros no especializados, correspondían a personas sin otro diagnóstico que un código Z. La mitad de ellos, además, ya habían sido medicados. Los mismos usuarios o sus familiares habían ejercido una presión (demanda) decisiva en la derivación.

Un argumento habitual es que la gente no busca tratamientos que no necesita y si llega al especialista de Salud Mental es porque sufre, ha sorteado barreras (internas y externas) que aseguran una necesidad que, por otra parte, ¿quién mejor que el propio interesado en poder determinar?! Como dice Ortiz Lobo: “en definitiva, los profesionales nos encontramos en un contexto sanitario donde un paciente que sufre y se siente mal, aunque no pueda ser diagnosticado estrictamente de una enfermedad mental, demanda nuestra ayuda, creemos que disponemos de herramientas para hacerlo y no nos falta vocación para ello. ¿Por qué no habríamos de tratar el malestar?” (20).

Es común que en la Ciudad de Buenos Aires, donde el número de psicólogos por habitante es el mayor del mundo, con uno cada 90 habitantes (36), los afiliados a las Empresas de Medicina Prepaga esperen recibir atención psicológica (incluso ante malestares cotidianos y pasajeros) por el hecho que “pagan por su cobertura” y “tienen derecho a la atención” (37). Demanda innecesaria y oferta -también- innecesaria suelen tener su punto de encuentro (representado en nuestro gráfico N° 1 en N° 4). Como la salud se ofrece cual mercancía, y la salud mental no es la excepción, su demanda se ha ido asemejando a la lógica de la compra-venta de otros productos. Para esta población se trata de una “mercancía ya paga”, que “serían tontos de no consumirla”. Es también la oferta de servicios psicoterapéuticos la que condiciona la demanda tal vez, incluso, en mayor

medida que lo que realmente la resuelve. Una buena comunicación puede llevar a mucha gente a querer consumir lo que se está ofreciendo, aunque las (supuestas) delicias de su adquisición se parezcan demasiado a otras ilusiones.

Luego viene el problema de la prolongación de los tratamientos. Este campo es icónico del tironeo típico entre los sistemas de control del gasto que intentan disminuir el número de sesiones necesarias, la demanda de pacientes que con frecuencia se resisten a límites en las prestaciones disponibles y la oferta de tratamientos por parte de psicoterapeutas que, según la modalidad de pago, puedan inclinarse por terapias más extensas. El primer punto a tener en cuenta es que muchos consultantes abandonan los tratamientos sin llegar a completarlos (38). Una vez descartada esa cuestión, es necesario abordar el problema de cuándo la mejoría debido a un tratamiento comienza a ser menos significativa y podría ser inútil su prolongación.

Harnett y colaboradores, en dos clínicas universitarias de entrenamiento de Australia, estudiaron mediante un diseño naturalístico la evolución de 125 consultantes de leve a moderada gravedad a quienes les ofrecieron diferentes tratamientos (cognitivos, interpersonales y psicodinámicos) y hallaron que el 50% había mejorado confiablemente para la octava sesión y el 85% lo había hecho para la sesión 21, aunque para lograr un cambio clínico significativo (en el sentido que le da Jacobson (40)) se necesitaron 14 sesiones para la mitad de los clientes (en todos los casos según el instrumento Outcome Questionnaire-45) (39).

Un clásico trabajo de Strassberg y otros concluyó que más allá de la entrevista 20 los cambios ya no eran tan significativos, aunque este dato debe balancearse con el porcentaje de pacientes que nunca llega a esta sesión (41). Al considerar el promedio de sesiones que realizan los pacientes, que en el estudio en cuestión fue de menos de 5 sesiones, se pudo ver que tan solo uno de cada cinco alcanzaría una mejoría si se establecía para todos un corte a esa altura del tratamiento (42).

A nivel local, un estudio en la Provincia de Buenos Aires mostró que menos del 20% de las personas atendidas en psicoterapia llegaban a las 20 sesiones, finalizando o desertando sus tratamientos con anterioridad (43). Si se combinaran los datos locales con aquellos de los trabajos internacionales, se podría conjeturar que sería bajo el porcentaje de pacientes que se atienden más allá del punto en el que la mejoría pasaría a ser menos significativa y que el tratamiento se volvería menos útil.

Podríamos vernos tentados a concluir erróneamente que, dado que la mayoría finaliza su tratamiento con anterioridad, no es un problema que algunos tratamientos continúen más allá de la mejoría, cuando es poco o nada lo que podrá progresar el consultante. O, también, que todos los tratamientos prolongados son innecesarios. En algunos casos, un tratamiento logra evitar recaídas o retrocesos y puede requerirse su continuidad mucho más allá de la sesión 20. El punto, en todo caso, será tener más claro con quiénes y por qué seguir.

Al menos no hace mal...

A diferencia de los psicofármacos, las psicoterapias tienden a ser vistas como no dañinas por más que Gughenbül-Craig advertía en 1971 que ciertas profesiones asistenciales (como las psicoterapias) *"pueden también hacer el mayor daño"*, incluso originado en el *"deseo genuino de ayudar"* (12). Un estudio de Hadley y Strupp de hace 40 años habría mostrado que 70 terapeutas de variadas orientaciones clínicas que respondieron a una encuesta (enviada a 150 colegas) en la cual se les preguntó sobre efectos negativos en sus pacientes, casi unánimemente reconocían que los efectos negativos eran *"un problema real"*. Y dicha apreciación no se refería al incremento de un malestar de forma transitoria sino a un *"duradero empeoramiento directamente atribuible al tratamiento"* (13). Es probable que la mayoría de los psicoterapeutas, pese a esto, crean que la psicoterapia o bien ayudará o será inocua y no provocará daño alguno (44). Incluso, fue un largo debate poder establecer algunos consensos sobre *"qué constituye una mejoría"* y, por contrapartida, *"qué es deterioro"* (12).

Los daños, por caso, podrían ser muy sutiles. Podría ser que adecuadas herramientas estén reduciendo el uso de otras igualmente útiles, trayendo aparejado una limitación en la mejoría que no se deba estrictamente a que no sirven. La ayuda profesional en no pocas ocasiones parecería reducir la confianza de las personas en que podrían resolver sus problemas por su cuenta o con su núcleo más cercano, o que podrían desarrollar su red de apoyo para poder resolverlos (20).

Asimismo, al recibir un diagnóstico se suele aceptar que de este modo se abre la posibilidad de un tratamiento aunque también, como se ha señalado, contribuimos al error de identificar a las personas con una etiqueta, extendemos la creencia de que la gente no puede enfrentar las vicisitudes de la vida sin una asistencia profesionalizada, incluso incentivando *"una actitud pasiva ante el sufrimiento"* (20), *"disminuyendo el status social"* y/o *"aumentando la expectativa de ser rechazado"* (25), y también podemos aumentar la dificultad para encontrar trabajo o relacionarse en la familia y con iguales (45). La ayuda efectiva podría tener que partir de remontar un primer perjuicio que, en algunos casos, el mero diagnóstico e inicio de tratamiento ya suponen.

Como dice Ortíz Lobo, inclusive tener conciencia de enfermedad suele significar haber adoptado la perspectiva profesional sobre sí mismo (25). Y, por consecuencia favorable, ganar en posibilidades de continuidad y adherencia al tratamiento indicado aunque, por contrapartida, posiblemente también de incrementar el auto-estigma y hacer propia la visión profesional sobre la enfermedad mental, que no siempre difiere tanto de la visión de la sociedad en su conjunto (46, 47, 48).

Ni siquiera el diagnóstico o la conciencia de enfermedad, por más que traen beneficios, son inocuos.

Cuando se discute que sea posible que una intervención psicoterapéutica tenga efectos adversos o pueda causar daño en vez de bienestar, por lo general, se olvida una sencilla regla que plantean Berk y Parker: cualquier

intervención lo suficientemente potente como para tener capacidad de curar la tiene para dañar (49). Como dicen Dimidjian y Hollon: *"Si la psicoterapia tiene el poder suficiente para curar, también lo tendría para dañar"* (50). *"Todo tratamiento, desde una aspirina hasta los esteroides y desde los psicotrópicos hasta los psicotóxicos, si son efectivos inevitablemente tendrán efectos curativos y otros no deseados"* (51). Lo contrario, como dicen provocativamente Hadley y Strupp, podría implicar tener que aceptar que no tiene potencia para curar, cuestión mayoritariamente descartada luego de décadas de estudios específicos (13).

El esfuerzo por determinar la eficacia y eficiencia de las psicoterapias ha pasado a ser acompañado por un nuevo esfuerzo: determinar cuáles, en qué circunstancias y de qué forma éstas pueden causar daño (52). Incluso, la propuesta es dedicar más esfuerzo a ver los daños posibles que los beneficios probables de las terapias empíricamente fundamentadas (*Empirically Supported Therapies* o EST, por su sigla en inglés).

Para hablar de daño se propusieron tres criterios (52): a) que estos tratamientos hubiera mostrado efectos de daño psicológico o físico en los consultantes o en otros (por ejemplo, en familiares); b) que los efectos dañinos sean duraderos y no simple reflejo de la exacerbación de los síntomas como parte del tratamiento; c) que los efectos dañinos hubieran sido replicados por diferentes equipos de investigación independientes entre sí.

Una psicoterapia podría causar daño al llevarse a cabo inadecuadamente tanto por lo que se hace como por lo que se deja de hacer, por el abordaje como por quien lo lleva a cabo. Una técnica, aún si fuera adecuada a la situación clínica, mal implementada puede tener tantos efectos adversos como cualquier otro tipo de intervención farmacológica o no farmacológica. Una técnica adecuada, que omita complementarse con otros abordajes igualmente adecuados priva de un beneficio probable y puede retrasar una mejoría esperable y esperada. Es aún tema de controversia si esta privación debe o no contabilizarse como daño (50). Idéntica consideración le cabe a tratamientos a los que se supone erróneamente que son efectivos y no lo son (o no tanto como otros) y consumirían tiempo, dinero y recursos que podrían haber sido destinados para encarar otros tratamientos que sí lo fueran (50).

Desde ya que un mismo abordaje podría dañar a un consultante y beneficiar a otros, o podría beneficiarlo en algunos aspectos y perjudicarlo en otros y, por último, la presentación de dicho daño podría ser multidimensional: hay síntomas pre-existentes que pueden agravarse, pueden aparecer nuevos que antes no estaban, puede incrementarse la preocupación sobre los mismos síntomas pese a que no hubieran variado, puede tornarse excesiva la dependencia respecto de un tratamiento, dificultar o impedir una nueva consulta a un especialista en salud mental o producir daños físicos al paciente o tanto físicos como anímicos a un familiar suyo (13, 52). Incluso, ha sido propuesto que un efecto negativo podría ser que una persona perdiera la esperanza de ser ayudado de alguna forma o la confianza para establecer una relación humana profunda (13).

Como fuentes del daño se han identificado a factores generales de los abordajes psicoterapéuticos, factores específicos de determinados abordajes y factores vinculados al terapeuta o al vínculo entre paciente y profesional (53).

Asimismo, se ha señalado que sólo habrá de considerarse daño el empeoramiento que resulta exclusivamente por consecuencia del tratamiento (algo que no siempre es fácil de determinar) y no como parte del curso esperable de la enfermedad o el padecimiento. En este último caso, para hablar de daño se requiere alguna evidencia de que ese deterioro no hubiese tenido lugar de no haberse realizado el tratamiento o que hubiese sido menos significativo. Tampoco esto es fácil de determinar. Sin embargo, por el lado de los efectos benéficos no es más simple: la mejoría obtenida, generalmente atribuida a la psicoterapia, podría deberse a un curso benéfico de la patología o problema. Y hasta podría darse el caso de haber demorado o impedido una mejoría aún mayor, asunto que también habría que considerar como parte de los efectos dañinos.

En resumen, se consideran daños: a) al empeoramiento de un problema o patología que no se esperarían cambios espontáneos (ni mejorías ni deterioros) por causa atribuible a la psicoterapia; b) al empeoramiento de un problema o patología para los cuales sería esperable un deterioro pero éste ha sido aún mayor por causa atribuible a la psicoterapia; c) a la no mejoría, mejoría menor a la esperable o empeoramiento de un problema o patología que remitiría o mejoraría sin necesidad de intervención (50).

a) Según Hansen y otros (42) y Lambert (54) entre 35% y 40% de los pacientes no experimentan ninguna mejoría con la psicoterapia y hay un grupo reducido, entre el 5% y el 10%, que empeora. Ya lo advertía Eysenck hace más de 60 años al analizar la eficacia de las psicoterapias cuando afirmaba que menos de la mitad de los pacientes mejoraban mucho y que cerca del 30% "abandonaba, moría o no mejoraba". El resto tenía una mejoría leve o moderada. La desmejoría por causa de la psicoterapia no estaba contabilizada de modo alguno en su análisis (55).

Estudios más recientes con diferentes poblaciones (según tipo de trastorno, características de personalidad, dificultad para relaciones más profundas, etc.), técnicas, características personales de los terapeutas y tipo de vínculo entre terapeutas y pacientes, mostraron que lo común era que pudiesen producir resultados negativos, en porcentajes que iban del 5% al 12% según diferentes estudios (44, 54, 55). En las personas con adicciones, en cambio, el porcentaje podía llegar al 15% (52).

Sin embargo, estos porcentajes no suelen considerar que cierto número de personas pueden evolucionar negativamente (así como los estudios de eficacia no siempre contabilizan que hay quienes podrían evolucionar favorablemente sin psicoterapia), haciendo más imprecisa esta estimación.

b) Cuando Bergin (57) defendía a la psicoterapia de las acusaciones que cuestionaban su eficacia decía que podía haber casos en los cuales era esperable el deterioro

ro y, en todo caso, la terapia podía no tener la eficacia para impedirlo (aunque sí para suavizarlo). De tal modo, el estudio de la eficacia o del daño resultarían particularmente complejos en pacientes cuya tendencia fuese hacia el empeoramiento. ¿Cómo saber si está siendo más leve, igual o, inclusive, peor que lo que hubiese acontecido de no mediar el tratamiento? Este parece haber sido el campo menos explorado de los daños potenciales y las afirmaciones son más hipotéticas que experimentales.

c) A partir de los desarrollos de Eysenck (55) y Bergin (58, 11) sobre la mejoría espontánea de personas con trastornos mentales sin psicoterapia formal, la evolución favorable no es desconocida por los investigadores de la psicoterapia. Ya sea la modalidad benéfica propia en que progresa un determinado padecimiento o porque las personas encuentran ayuda de múltiples otras formas aparte de la psicoterapia (11, 59), la mejoría podría ser un curso probable y la psicoterapia no siempre favorecerla. Esta posibilidad es analizada, por ejemplo, por Neimeyer al estudiar la terapia individual, de consejería o en grupos de apoyo, para tratar el duelo por la pérdida de un ser querido. Mientras que los estudios descriptivos, no controlados, reportan mejoría de los síntomas de depresión, ansiedad y los síntomas psiquiátricos en general, sugiriendo que el tratamiento es efectivo para facilitar la recuperación del duelo en estado agudo, los estudios controlados no arrojan conclusiones definitivas, señalando que es "mejor", "peor" o que "no es diferente" a no hacer tratamiento (60). En un meta-análisis realizado por este autor se vio que un 55% de quienes habían hecho tratamiento se habían beneficiado. Aunque, también, un 38% se había deteriorado, cuando tan solo un 5% de quienes no habían realizado tratamiento había tenido este último curso en su evolución. Como conclusión inmediata, al analizar distintas variables (entre las que se destacan la edad, el tipo de muerte del familiar, tiempo entre el evento y la consulta), se propuso que estos abordajes serían más útiles para personas en duelo por muertes violentas o inesperadas que hubiesen desencadenado procesos de duelo complicados, aunque no para los duelos más habituales y sin complicaciones adicionales (60). El problema no sería únicamente si *sirve* más que la evolución natural que tendría la persona sino cuál es más probable que *interfiera* con el curso benévolo y provoque daño.

Estas tres variantes aún no consideran el empeoramiento en otros aspectos no tenidos en cuenta al inicio del tratamiento o que no eran parte del motivo de consulta (exacerbando problemas preexistentes o creando nuevos), y las consecuencias perjudiciales para terceros ligados a quien realizó el tratamiento.

Asimismo, en un sentido más general, se puede afirmar que el daño sería más fácilmente detectable en contraste con un curso esperable que fuese constante, algo que podría decirse que es infrecuente o imposible cuando hablamos de problemas en vez de enfermedades. La vida es cambio y, en este sentido, tal vez siempre sea complejo determinar el daño.

Una lista de doce tratamientos (incluidas las terapias expresivas-experienciales, *critical incident stress debriefing*

(CISD) o método de interrogación del estrés producto de un incidente crítico, tratamientos de relajación para pacientes con propensión al pánico, etc.) forman parte de los abordajes que causan daño en algunas personas. Cabe aclarar, como lo hace Anestis, que si fuese la lista de los abordajes que no son efectivos, ésta sería considerablemente más extensa (61).

El caso del CISD podría ser ilustrativo del problema. Esta técnica consiste en agrupar personas que hubieran tenido un episodio de estrés traumático, alentarlos a discutir y procesar sus emociones negativas, señalar los síntomas de estrés postraumático que sería esperable que tuvieran y desalentarlos a discontinuar su participación una vez que la sesión ha comenzado. Varios estudios randomizados con casos de control mostraron resultados iguales o peores en cuanto a los síntomas de estrés postraumático y síntomas generales (o específicos) de ansiedad. Sin embargo, la mayoría de quienes recibieron este tratamiento dijeron que les había resultado útil aun cuando indicadores objetivos revelaban lo contrario (62, 63, 64). Esto llevó a pensar que la mayoría de las personas asignadas a estos grupos de tratamiento, como sucede con quienes han sido expuestos a un suceso traumático, tienden de por sí a mejorar, y que la evidencia sugeriría que de no haber estado en estos grupos su mejoría hubiese sido aún mayor (por más que ellos no lo registraran) (52).

Como corolario, cae la idea sostenida durante tiempo de que las psicoterapias eran como los competidores de la carrera propuesta por el pájaro dodo, de "Alicia en el país de las maravillas": "*todos compiten, todos merecen premio*". Por años, al observar que diferentes escuelas de psicoterapia, haciendo cosas distintas obtenían resultados benéficos similares, se consideró que el veredicto sobre ellas era como el del pájaro dodo: todas ganan. Sin embargo, a partir de los estudios sobre potencialidad de daño de este recurso terapéutico, ya no es posible sostener más esta idea (65). Aún si los beneficios fueran parecidos, los daños observados podrían ser distintos.

Pero a este problema se le suma otro tanto o más complejo: un importante porcentaje de psicoterapeutas parece no tener conciencia de esta situación. Según un estudio de seguimiento y predicción de deterioro entre 40 terapeutas, con 550 pacientes, sólo predijeron que habría 3 casos de deterioro, cuando finalmente hubo 40 (66). De esos 3 casos, solo uno siguió el camino que habían predicho. Se podría decir que nuestra capacidad predictiva de deterioro fue para este estudio de 1 en 550, lo cual nos hace escasamente confiables para este tipo de predicciones.

Otro estudio, de Boisvert y Faust, habría mostrado que 28% de los terapeutas de una muestra de los Estados Unidos no era consciente de los efectos negativos en psicoterapia (67). Y los motivos conjeturables podrían ser muy simples: quienes se sienten más ayudados por los profesionales son los que permanecen en tratamiento y ocupan la mayor cantidad de horas de su trabajo, a diferencia de los otros que seguramente abandonan la consulta (a veces temprano y otras más tardíamente). La experiencia reiterada del terapeuta, su "*ilusión como clí-*

nico" (68, 69), es el trabajo en una abrumadora mayoría de turnos con gente que se siente ayudada, aunque eso no significa que mucha gente pueda haberse sentido no ayudada o perjudicada, sólo que en su semana de trabajo representan un porcentaje absolutamente menor.

Sin embargo, cuando en otro estudio se les preguntó a los terapeutas por su propia experiencia como pacientes, se encontró que 21% señaló que el tratamiento recibido le había resultado dañino en alguna medida (perjudicando su matrimonio, llevándolos a actuaciones o a alejarse del mundo, etc.) (70). Aquello aceptado para sí mismos suele ser negado para los otros.

Iniciativas para la "reducción de daño"

Una serie de sugerencias han sido propuestas para detectar y/o corregir los posibles daños producidos por las psicoterapias: la disposición de comités a los cuales reportarles eventos adversos, la existencia de publicaciones en donde presentar los casos en los cuales se hubieran cometido errores o estudios cualitativos que analicen de modo conjunto diversos casos, la realización de estudios controlados con asignación de sujetos al azar en donde establecer el tipo de tratamiento y el tipo de pacientes en los cuales aumentan los riesgos (50), o la obligación de informar en los estudios de eficacia de la psicoterapia el número de personas a tratar para que alguno sea dañado (52), tal y como se suele hacer con los beneficios.

Dado que es poco probable que un profesional esté dispuesto a reportar un caso en el que hubiera cometido un error o se hubiera producido un daño, se ha sugerido que la manera de contrarrestar esta situación sería ofrecer una consideración legal diferente en el caso que llegase a intervenir la justicia si hubiera sido reportado respecto de sí, tal como suele suceder, nunca lo hubiera sido.

Otra iniciativa, bien propia de las terapias manualizadas o que siguen protocolos más estrictos, es el registro por sesión para establecer si el paciente se aleja de lo esperado o está fuera del camino esperable, la notificación al terapeuta, y el uso de herramientas clínicas de apoyo (*clinical support tools*). La propuesta de Lambert parte del registro semanal para realizar el monitoreo sistemático mediante el *Outcome Questionnaire-45* (OQ-45) de forma de evaluar cuatro áreas: síntomas de perturbación psicológica (principalmente de depresión y ansiedad), problemas interpersonales, roles de funcionamiento social y calidad de vida (54). El alejamiento de lo esperado es registrado con el instrumento *Not-on-track* (NOT), que permite alertar al terapeuta si dicha situación se presentase. Por último, la utilización de herramientas de apoyo para las decisiones clínicas puede complementar la iniciativa. Según la investigación llevada a cabo por Lambert en cuatro ramas y diferentes combinaciones de estos procedimientos (con el uso de NOT, la retroalimentación al terapeuta y las herramientas clínicas de apoyo, en su versión más compleja), habrían logrado reducir de 20% a 8% el porcentaje de pacientes cuya evolución clínica fuera de deterioro (54).

La supervisión podría contarse como un tradicional dispositivo para controlar los daños producidos en la psi-

coterapia. Sin embargo, tal estrategia siempre partió del supuesto que el problema no sería el método sino la forma de llevarlo a cabo, algo que los enfoques más recientes ponen en cuestión: no es sólo el modo de practicarla sino que la psicoterapia en sí misma podría ser dañina en determinados casos.

Conclusiones

En primer lugar, a la luz de estos desarrollos, debemos aceptar que las conclusiones válidas para los tratamientos médicos en general le caben a las psicoterapias. Aquello que afirma Ansean para la ciencia médica aplica a la psicoterapia. Debemos *"reconocer las limitaciones de la ciencia médica y de sus profesionales admitiendo que: 1. No hay diagnóstico y tratamiento para todo. 2. Cuando lo hay, no siempre cura, ni es inmediato ni es infalible. 3. Además, comporta un riesgo"* (15). Si no estamos dispuestos a aceptar estas limitaciones, tal vez debemos estar dispuestos a ser excluidos del sistema de salud y contentarnos con pertenecer al inmenso reino de las prácticas sociales ajenas al campo sanitario. No es demérito alguno. Aunque su definición probablemente generaría una ruptura entre prácticas psicoterapéuticas propias del campo de la salud -que aceptarían esta limitación- y otras ajenas al mismo -regidas por otros criterios no sanitarios.

En segundo lugar, siempre es difícil comparar las psicoterapias, tanto en su eficacia como en sus daños o en los moderadores (otros factores intervinientes) que afectarían su resultado (71), ya que su carácter relacional entre consultante y terapeuta agrega una serie de variables mucho menos presentes o directamente ausentes en los estudios farmacológicos. Controlar cuestiones tales como aspectos gestuales, inflexiones de voz, la oportunidad o destiempo para una intervención del terapeuta, etc., hacen mucho más complejo determinar qué es atribuible al abordaje, qué a los moderadores y qué a la manera que fue implementado con cada persona, asun-

tos que un estudio con medicación no requiere considerar. El principio activo, vale decir, es mucho más difícil de determinar para la psicoterapia que para los tratamientos farmacológicos, e idéntica consideración le cabe al daño que pudiera provocar.

Ahora que contamos con evidencias acerca de la potencialidad dañina o la limitación de mejoras que introduciría la psicoterapia respecto de cursos de evolución favorables en su ausencia, ya no es posible distraerse respecto del comienzo innecesario de tratamientos que no sólo podrían no ofrecer beneficios sino que incluso podrían generar perjuicios.

Sin embargo, el alerta sobre los riesgos y la aceptación de ajenedad al campo de la salud deben ser considerados sobre el fondo del riesgo opuesto: no emprender tratamientos en personas que podrían beneficiarse con los mismos.

En sistemas en donde se calcula que alrededor del 75% de las personas que necesitarían asistencia a causa de algún trastorno mental no logran obtenerla (72), podría ser un nuevo riesgo subir el umbral para intentar no dar tratamiento a personas que no la necesitan o que podrían perjudicarse con el mismo. La brecha de tratamiento, aquella que separa a quienes necesitan ayuda del tratamiento que los beneficiaría, podría crecer en la búsqueda de esta nueva eficiencia. Pero, también, corremos el riesgo de iniciar tratamientos sin percatarnos de que un porcentaje de ellos podrían no estar justificados y otros, aun justificados, podrían dañar al consultante.

En última instancia, siempre debemos pensar las alternativas a la psicoterapia, comparadas con las cuales calculamos que, sin exponer al consultante a riesgos innecesarios, le estamos aportando un beneficio. Para ello hay que considerar que muchos problemas (e, inclusive, también síntomas) suelen mejorar con el tiempo, y que otros recursos de ayuda (relaciones de amistad, apoyo de personas no técnicas en salud mental, etc.) pueden colaborar con dicha evolución favorable ■

Referencias bibliográficas

1. WHO. Promoting Mental Health. Geneva: WHO; 2004.
2. Department of Health. No Health Without Mental Health: A Cross-Government Mental Health Outcomes Strategy for People of All Ages. UK: Department of Health; 2011.
3. Schimmel EM. The hazards of hospitalization. *Ann Intern Med* 1964; 60: 100-10.
4. Steel K, Gertman PM, Crescenzi C, Anderson J. Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. *N Engl J Med* 1981; 304: 638-42.
5. Leape LL. Error in medicine. *JAMA* 1994; 272: 1851-7.
6. Schenkel S. Promoting patient safety and preventing medical error in emergency departments. *Acad Emerg Med*. 2000;

- 7 (11): 1204-22.
7. Caeiro T. Acerca de errores y culpables. *Medicina* 1995; 55: 276.
 8. Leape LL, Woods DD, Hatlie MJ et al. Promoting patient safety by preventing medical error. *JAMA* 1998; 280 (16): 1444-7.
 9. Academia Nacional de Medicina. Error en medicina [Internet]. Disponible en: <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pacientes.asp>.
 10. Illich I. Némesis médica, la expropiación de la salud. México: Barral Editores; 1975.
 11. Bergin AE. Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *J Abnorm Psychol* 1966; 71 (4): 235-46.
 12. Guggenbühl-Craig A. Poder y destructividad en psicoterapia. Caracas: Monte Avila Editores; 1974.
 13. Hadley SW, Strupp HH. Contemporary views of negative effects in psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 1291-302.
 14. Freud S. Análisis terminable e interminable. Obras Completas. Vol. 23. Buenos Aires: Amorrortu; 1976.
 15. Anseán A. Psiquiatrización de la vida cotidiana. Disease mongering en Salud Mental. En: Anseán A, coordinador. Manual de Gestión Clínica y Sanitaria en Salud Mental [Internet]. 2012. Disponible en: <http://www.alansaludmental.com/psiquiatrización/>.
 16. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Camas disponibles destinadas a la atención en Salud Mental y egresos hospitalarios del sector público en Argentina. Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones 2. Buenos Aires; 2010.
 17. Sen A. Health: perception versus observation. *BMJ* 2002; 324: 860-1.
 18. Roemer MI. Hospital Utilization and the supply of physicians. *JAMA* 1961; 178 (10): 989-93.
 19. Frances A. Preventive Psychiatry Can Be Bad for Our Health [Internet]. Disponible en: http://www.huffingtonpost.com/allen-frances/dsm-v_b_1199182.html.
 20. Ortíz Lobo A. Los profesionales de salud mental y el tratamiento del malestar. *Atopos* 2008; 7: 26-34.
 21. Magruder K, Calderone G. Public Health consequences of different thresholds for the diagnosis of mental disorders. *Compr Psychiatry* 2000; 41 (2): 14-18.
 22. Helmchen H, Linden M. Subthreshold disorders in psychiatry: clinical reality, methodological artifact, and the double-threshold problem. *Compr Psychiatry* 2000; 41 (2) Suppl 1: 1-7.
 23. Charlton B, McKenzie K. Treating unhappiness - society needs palliative psychopharmacology. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 194-5.
 24. Freud S. Sobre la psicoterapia de la histeria. En Estudios sobre la histeria. Obras Completas. Vol. 2. Buenos Aires: Amorrortu; 1985.
 25. Ortíz Lobo A, Ibáñez Rojo V. Iatrogenia y prevención cuaternaria en Salud Mental. *Rev Esp Salud Pública* 2011; 85 (6): 513-23.
 26. OMS. Conferencia internacional de Salud, 1946. Ginebra: OMS; 1948.
 27. Digiuni M, Jones FW, Camic PM. Perceived social stigma and attitudes towards seeking therapy in training: A cross-national study. *Psychotherapy* 2013; 50 (2): 213-23.
 28. Leiderman E, Lolich M, Vazquez G, Baldessarini R. Depression: point-prevalence and sociodemographic correlates in a Buenos Aires community sample. *J Affect Disord* 2012; 136: 1154-8.
 29. Vidal G. Nuevos envases de la psicoterapia. *Acta Psiquiat Psicol Am Lat* 1995; 41 (1): 76.
 30. Vidal G. El naufragio de la psicoterapia en el Río de la Plata. *Acta Psiquiat Psicol Am Lat* 1996; 42 (3): 269-70.
 31. OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades-9. Ginebra: OMS; 1978.
 32. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. Washington, DC: APA; 2000.
 33. OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades-10. Ginebra: OMS; 1992.
 34. Siddique CM, Aubry T. Use of mental health resources in the treatment of adult outpatients with no diagnosable mental disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 19-25.
 35. Alonso M, Klinar D. Los psicólogos en Argentina: relevamiento cuantitativo 2013. En: VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Buenos Aires; Facultad de Psicología, UBA; 26 al 29 noviembre 2014. Disponible en: http://www.modestoalonso.com.ar/assets/6_psi_en_arg_2013_poster_2014_alonso_klinar.pdf.
 36. Agrest M. La psicoterapia en los sistemas prepagos de Salud. *Vertex* 2000; 11 (41): 227-33.
 37. Goldchluk A, Amenta M, Dates L. Continuidad hallada en tratamientos ambulatorios, *Vertex* 1993; 5 (18) : 245-51.
 38. Ortíz Lobo A, Rocío González González R, Rodríguez Salvanés F. La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Aten Primaria* 2006; 38 (10): 563-9.
 39. Harnett P, O'Donovan A, Lambert M. The dose response relationship in psychotherapy: Implications for social policy [Internet]. 2010. Disponible en: http://www98.griffith.edu.au/dspace/bitstream/handle/10072/34991/65271_1.pdf?sequence=1.
 40. Jacobson N, Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consul Clin Psychol* 1991; 59 (1): 12-9.
 41. Strassberg DS, Anchor KN, Cunningham J, Elkins D. Successful outcome and number of sessions: When do counselors think enough is enough? *J Counsel Psychol* 1977; 24 (6): 477-80.
 42. Hansen N, Lambert M, Forman E. The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clin Psychol Sci Prac* 2002; 9: 329-43.
 43. Triskier F, Agrest M. La continuidad de los tratamientos ambulatorios en Salud Mental. *Vertex* 1998; 9 (33): 171-5.
 44. Mohr D. Negative outcome in psychotherapy: a critical review. *Clin Psychol Sci Prac* 1995; 2: 1-27.
 45. CAPSID. Campaign to Abolish Psychiatric Diagnostic Systems such as ICD and DSM [Internet]. 2011. Disponible en: <http://www.criticalpsychiatry.net/?p=527>.
 46. Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rossler W. Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113 (suppl. 429): 51-9.
 47. Loch AA, et al. Psychiatrists' stigma towards individuals with schizophrenia. *Rev Psiq Clin* 2011; 38 (5): 173-7.
 48. Druetta I, Ceresa F, Leiderman E. Actitudes de los profesionales de la salud mental hacia las personas con esquizofrenia. *Vertex* 2013; 24 (110): 245-52.
 49. Berk M, Parker G. The elephant on the couch: side-effects of psychotherapy. *Aust N Z J Psychiatry* 2009; 43: 787-94.
 50. Dimidjian S, Hollon S. How would we know if psychotherapy were harmful?. *Am Psychol* 2010; 65 (1): 21-33.
 51. Crown S. Contraindications and dangers of psychotherapy. *Br J Psychiatr* 1983; 143: 436-41.
 52. Lilienfeld SO. Psychological treatments that cause harm. *Perspect psychol Sci* 2007; 2 (1): 53-70.
 53. Wendt D, Gone J, Nagata D. Potentially harmful therapy and multicultural counseling: bridging two disciplinary discourse. *Counsel Psychol* 2014; 1-25.
 54. Lambert M. What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychother Res* 2007; 17 (1): 1-14.
 55. Eysenck HJ. The effects of psychotherapy: an evaluation. *J Consul Psychol* 1952; 16: 319-24.
 56. Jarrett C. When therapy causes harm. *Psychol* 2008; 21:10-2.
 57. Bergin AE. Negative effects revisited: a reply. *Prof Psychol* 1980; 11: 93-100.
 58. Bergin AE. The effects of psychotherapy: negative results revisited. *J Counsel Psychol* 1963; 10: 244-50.
 59. Cowen EL. Help is where you find it. Four informal helping groups. *Am Psychol* 1982; 37 (4): 385-95.

60. Neimeyer R. Searching for the meaning of meaning: grief therapy and the process of reconstruction. *Death Stud* 2000; 24: 541-58.
61. Anestis M. Making things worse through treatment: iatrogenic psychological interventions. Psychotherapy brown bag, discussing the science of clinical psychology [Internet]. 2009. Disponible en: http://www.psychotherapy-brownbag.com/psychotherapy_brown_bag_a/2009/04/making-things-worse-through-treatment-iatrogenic-psychological-interventions.html.
62. Litz BT, Gray MJ, Bryant RA, Adler AB. Early intervention for trauma: current status and future directions. *Clin Psychol* 2002; 9:112-34 .
63. Bisson JL, Jenkins PL, Alexander J, Bannister C. A randomized controlled trial of psychological debriefing for victims of acute harm. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 78-81.
64. Mayou RA, Ehlers A, Hobbs M. Psychological debriefing for road and traffic accident victims. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 589-93.
65. Beutler LE. The dodo bird is extinct. *Clin Psychol* 2002; 9: 30-4.
66. Hannan C, Lambert MJ, Harmon C, Nielsen SL, Smart DW, Shimokawa K, et al. A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *J Clin Psychol* 2005; 61: 155-63.
67. Boisvert C, Faust D. Practicing psychologists' knowledge of general psychotherapy research findings. *Profl Psychol* 2006; 37 (6): 708-16.
68. Cohen P, Cohen J. The clinician's illusion. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 1178-82.
69. Vessey JT, Howard KI, Lueger RJ, Kächele H, Mergenthaler E. The clinician's illusion and the psychotherapy practice: an application of stochastic modeling. *J Consul Clin Psychol* 1994; 62 (4): 679-85.
70. Buckley P, Karasu TB, Charles E. Psychotherapists view their personal therapy. *Psychotherapy* 1981; 18 (3): 299-305.
71. Kazdin AE. Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annu Rev Clin Psychol* 2007; 3: 1-27.
72. Kohn R. Treatment gap in the Americas [Internet]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=23178&lang=en.