



COMILLAS

UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

TERAPIAS POTENCIALMENTE PELIGROSAS Y OTRAS
VARIABLES QUE PRODUCEN IATROGENIA EN
PSICOTERAPIA

Autora: Adriana Ruiz Pantoja

Director: Javier Hugo Martín Holgado

Madrid

mayo 2019

AGRADECIMIENTOS

A mi tutor de trabajo de fin de grado, Javier Hugo Martín Holgado, por haberme guiado durante estos meses y cuya sabiduría ha hecho posible este trabajo.

A mi familia y amigos, por apoyarme cada día, y quienes no van a olvidar la palabra iatrogenia.

INDICE

1. Introducción	3
2. Diferencias entre la iatrogenia producida por terapias potencialmente peligrosas y los efectos negativos generados por otras variables en psicoterapia	4
3. Dificultades metodológicas para detectar terapias potencialmente peligrosas y razones que motivan su existencia	7
4. Clasificación de terapias potencialmente peligrosas	12
4.1 Terapias potencialmente peligrosas de nivel uno (daño probable)	13
4.2 Terapias potencialmente peligrosas de nivel dos (daño posible)	20
5. Otras variables que producen efectos negativos en psicoterapia	21
5.1 Variables pertenecientes al terapeuta	22
5.2 Variables pertenecientes al paciente	24
5.3 Variables que pertenecen a la relación terapéutica	25
5.4 Variables mixtas: El “etiquetado” o uso de categorías diagnósticas	26
6. Terapeutas potencialmente peligrosos. El caso de la psicoterapia sectaria	28
7. Medidas para evitar los efectos iatrogénicos en psicoterapia	29
8. Conclusiones	34
9. Referencias bibliográficas	35

1. Introducción

La Asociación Americana de Psiquiatría define la iatrogenia como “un desorden causado, agravado o inducido por la actitud de un profesional a la hora de examinar, formular o poner en práctica un determinado tratamiento sobre un paciente” (Edgerton & Campbell, p. 103, 1994, citado en Boisvert & Faust, 2002). En general, este fenómeno ha estado asociado a los efectos de un fármaco u otras intervenciones relacionadas con el campo de la medicina, como, por ejemplo, cuando se convierte a personas que no tienen ninguna enfermedad en pacientes potenciales del sistema, o cuando los profesionales sanitarios inoculan en los pacientes la idea de que ellos son los responsables de su salud, generando culpabilidad en aquellas personas con alguna patología (Ortiz e Ibáñez, 2011).

No obstante, la iatrogenia es un fenómeno que también puede suceder en otros campos como es la Psicología (Bergin, 1980; Hadley & Strupp, 1976; Lambert & Bergin, 1994; Mays & Franks, 1985; Mohr, 1995; Sachs, 1983 citado en Boisvert & Faust, 2002).

aunque los intentos por promover la salud, el bienestar de las personas y los derechos humanos es algo inherente a todos los profesionales de la salud, incluidos los psicólogos, es posible que también se produzcan daños o iatrogénesis en el campo de la psicoterapia (Walsh, 1988).

De esta forma, el fenómeno de la iatrogenia en psicoterapia puede generarse por el uso de lo que autores como Lilienfeld (2007) denominan terapias potencialmente peligrosas, siendo estas consideradas como “aquellas que producen daños (psicológicos o físicos) directos sobre los pacientes o sobre terceros” (Lilienfeld, 2007), así como por la presencia de otras variables que rodean a un tratamiento psicológico empíricamente validado.

La realización de una revisión bibliográfica acerca de este tema es relevante en la medida que hay estudios que demuestran que, al menos un 10 % de pacientes que reciben terapia sufre algún tipo de efecto iatrogénico durante la misma (Mohr, 1995, citado en Lilienfeld, 2007; Lambert & Bergin, 1994; Mohr, 1995, citado en Boisvert & Faust, 2002) y empeora después de recibir psicoterapia (Hadley & Strupp, 1976, citado en Crown, 1983; Ortiz & Ibáñez, 2011). En el marco del consumo de sustancias los efectos iatrogénicos son algo mayores (entre un 7% y un 15%) (Ilgen & Moos, 2005 citado en Lilienfeld, 2007; Moos, 2005 citado en Ortiz & Ibáñez, 2011).

De la misma forma, Lilienfeld (2007) señala que, durante el año 1990, un 25% de psicoterapeutas utilizaba dos o más técnicas de recuperación de memoria (hipnosis, técnicas de imaginación guiada...) con el objetivo de revelar los abusos sexuales sufridos

en la infancia, cuando no todos los pacientes habían pasado por una experiencia de este tipo.

Por lo tanto, una motivación para la detección y conocimiento de terapias potencialmente peligrosas, así como de otras variables que pueden generar efectos perjudiciales en psicoterapia, estriba en la reducción de estos porcentajes lo antes posible.

Además, Lilienfeld (2007) argumenta que detectar terapias potencialmente peligrosas a tiempo, es especialmente importante por varias razones: para no usarlas con pacientes, para informar a las personas sobre aquellos tratamientos que deben abandonar, en el caso de que estén implicados en alguno, o para advertir sobre aquellas psicoterapias que deben evitar siempre. La importancia del estudio de otras variables que puedan generar iatrogenia en psicoterapia radica en que, en ocasiones, no es la orientación psicoterapéutica o el tratamiento como tal lo que genera daños en los pacientes, sino variables relacionadas con el propio profesional, la persona que acude a terapia o una interrelación de ambas (Lilienfeld, 2007), elementos cuyo conocimiento, puede ayudar a evitar estas variables ajenas que destruyen un tratamiento.

Del mismo modo, la trascendencia de abordar esta cuestión estriba en que la APA aún no ha conseguido especificar las evidencias o indicadores concretos que convierten una psicoterapia en potencialmente dañina, a pesar de que la preocupación sobre los posibles efectos perjudiciales que pueden desprenderse de algunos tratamientos se hayan extendido entre los profesionales de la Psicología (Mash & Hunsley, 1993, citado en Lilienfeld, 2007).

Finalmente, es importante tener en cuenta que, aunque el objetivo de cualquier tratamiento psicológico consiste en incrementar los beneficios y reducir todo lo posible el daño, el hecho de eliminar por completo los efectos negativos que puedan desprenderse en un tratamiento psicológico es una utopía (Boisvert & Faust, 2002), ya que todo tratamiento, incluso siendo efectivo, genera tanto efectos curativos como no deseados (Crown, 1983).

2. Diferencias entre la iatrogenia producida por terapias potencialmente peligrosas y los efectos negativos generados por otras variables en psicoterapia.

Una terapia potencialmente peligrosa es lo que Lilienfeld (2007) considera como tal: “aquellas que producen efectos perjudiciales directos (psicológicos o físicos) sobre un paciente y/o sobre terceros y cuyos efectos dañinos son tan duraderos que no pueden ser

considerados una mera exarcebación de los síntomas durante el tratamiento” (Lilienfeld, 2007). De esta manera, el autor excluye otras formas de daño cuyo origen también se encuentra en el uso de un determinado tratamiento (por ejemplo, la pérdida de tiempo que se genera en un paciente que no está siendo tratado de la forma más adecuada para su problemática) (Lilienfeld, 2002, citado en Lilienfeld, 2007).

Las terapias potencialmente peligrosas son tratamientos sin evidencia científica probada (Lilienfeld, 2002, citado en Lilienfeld, Lynn & Lohr, 2015), cuya mera aplicación sobre las personas es sabido que van generar, con mayor o menor capacidad, un efecto perjudicial sobre ellas. En menor medida, Lilienfeld (2007) considera terapias potencialmente peligrosas aquellos tratamientos empíricamente validados que producen daños psicológicos o físicos sobre una minoría de pacientes. El daño que proviene de las terapias potencialmente peligrosas, se produce por el uso de estos tratamientos, y con independencia de la presencia o ausencia de otras características que rodean a la terapia que también podrían originar efectos negativos sobre los pacientes.

Sin embargo, el fenómeno de la iatrogenia en psicoterapia es muy extenso y complejo de abordar. De esta forma, el daño producido por la terapia también puede tener origen en tratamientos considerados inocuos, es decir, aquellos cuyos efectos son neutros y que producen daños indirectos, como costes de oportunidad, ya que, al ser escogidos como primera opción para la problemática que presenta el paciente, no permiten que la persona esté siendo tratada de una forma más adecuada (Lilienfeld, 2007).

Además, la utilización de terapias empíricamente validadas puede generar un efecto iatrogénico cuando se aplica o elige erróneamente una determinada técnica. En su forma extrema, el paradigma del pájaro Dodo consiste en afirmar que las modalidades terapéuticas (Cognitivo-Conductual, Psicodinámica...) elegidas por los profesionales para tratar a los pacientes son similares en eficacia (Wampold, Mondin, Moody, Stich, Benson & Ahn, 1997, citado en Lilienfeld, 2007), ya que la variabilidad de los resultados en psicoterapia depende mayormente de las variables del terapeuta (empatía), variables de paciente o de la interacción de ambas en la relación terapéutica (Wampold, 2001, citado en Lilienfeld, 2007). Actualmente, se alberga conocimiento de que hay terapias que resultan más eficientes que otras para determinados problemas (Chambless & Ollendick, 2001; Hunsley & DiGuilio, 2002 citado en Lilienfeld, 2007), y que elegir como primera opción una terapia que no es la más eficaz para la problemática que presenta el paciente puede generar efectos iatrogénicos. Por ejemplo, usar una terapia de *insight* para

una fobia específica, cuando está demostrado que es más eficaz la exposición gradual o la inundación, puede conducir a mantener estados de ansiedad innecesarios en el tiempo (Lilienfeld, 2007).

Por otro lado, los efectos negativos también pueden producirse por otras variables que rodean al tratamiento y que contribuyen a convertirlo en una experiencia iatrogénica para el paciente (Parry, Crawford & Duggan, 2016), sin que el daño se deba necesariamente a la terapia o técnica aplicada.

Así, variables que pertenecen al terapeuta, como destruir la relación terapéutica al valorar negativamente algún aspecto del paciente (Campell, 1992, citado en Boisvert & Faust, 2002) o presentar dificultades para aceptar que es el tratamiento lo que está provocando un empeoramiento en la persona (Bazilian, 1993, citado en Boisvert & Faust, 2002), entre otras, pueden generar iatrogenia. También, otras variables pertenecientes al paciente, por ejemplo, anclarse en el “rol de enfermo” para obtener cuidados y atenciones (Ortiz & Ibáñez, 2011), o la interrelación de las variables del terapeuta con las del paciente, es decir, aquellas que pertenecen a la relación terapéutica, pueden generar efectos negativos sobre la persona.

Es importante señalar que las variables anteriores que contribuyen a generar una experiencia iatrogénica en el tratamiento se manifiestan, sobre todo, en contextos donde la terapia aplicada está empíricamente validada, es decir, en situaciones donde el daño producido sobre el paciente no se debe al tratamiento empleado sino a la presencia de alguna de estas variables durante la terapia (Lilienfeld, 2007). Los efectos iatrogénicos que pueden resultar de la presencia de una o más de estas variables y, a la vez, el uso de alguna terapia considerada potencialmente peligrosa, aún debe investigarse con mayor profundidad (Lilienfeld, 2007) probablemente, por la dificultad para discriminar qué produjo el daño sobre el paciente, si la terapia iatrogénica o la presencia de alguna de estas otras variables en el tratamiento.

Finalmente, es importante añadir que los efectos negativos que pueden desprenderse de la elección de una terapia inocua no se incluirán en el trabajo, ya que, producir daño sobre un paciente es perjudicarlo psicológicamente o físicamente, mientras que realizar una terapia con efectos neutros es “no solucionar el problema”, pero sin llegar necesariamente a empeorarlo en todos los casos (Dimidjian & Hollon, 2010). Tampoco se tendrán en cuenta los efectos iatrogénicos que pueden desprenderse de las técnicas empíricamente validadas mal seleccionadas, ya que esto implicaría realizar una comparativa entre la

eficacia de las diferentes psicoterapias existentes, alejando el presente trabajo de sus objetivos principales (Lilienfeld, 2007).

3. Dificultades metodológicas para detectar terapias potencialmente peligrosas y razones que motivan su existencia.

Las dificultades metodológicas que complican la detección de terapias potencialmente peligrosas son múltiples, por lo que, en este trabajo, sólo se ofrece una compilación de lo que algunos autores consideran como obstáculos para la localización de tratamientos iatrogénicos, obstáculos que, a su vez, pueden funcionar como explicación para el mantenimiento del uso de este tipo de terapias. De esta manera, algunos problemas para detectar este tipo de terapias son:

1) Déficit de estudio: No existe ningún organismo o institución que estudie o regule los efectos dañinos que puedan producir ciertas terapias, lo que convierte a los profesionales en responsables de monitorizar personalmente su tarea (Ortiz & Ibáñez, 2011). Como consecuencia de esto, una minoría creciente de clínicos prefiere basar sus terapias y prácticas en su experiencia clínica e intuición subjetiva, en lugar de en la evidencia que proviene de los estudios de ensayos controlados (Lilienfeld, Lynn & Lohr, 2015), ya que muchos de ellos son escépticos antes la necesidad de la práctica basada en la evidencia (Baker et al. 2008, citado en Lilienfeld, Lynn & Lohr, 2015). La devaluación de la evidencia científica probablemente tiene efectos negativos sobre los clientes (Grove & Meehl, 1996, citado en Lilienfeld, Lynn & Lohr, 2015).

2) Cuestión de datos y porcentajes: Numerosos estudios sólo comparan los datos de las personas que finalizaron el tratamiento y no tienen en cuenta a los que lo dejaron o renunciaron a ello (Ortiz & Ibáñez, 2011), por lo que las razones que llevaron a estas personas a abandonar la terapia son desconocidas.

Los motivos que impulsaron a ciertas personas a renunciar a un tratamiento quizás estén relacionados con algo de este que resultó perjudicial. Además, probablemente entre estas personas se encuentren jóvenes o niños que hayan sufrido efectos dañinos durante la terapia y, al no ser preguntados directamente por ello, quedan sin recogerse los datos correspondientes (Parry, Crawford & Duggan, 2016).

Por otro lado, los porcentajes de los resultados sobre los efectos dañinos de una psicoterapia no están claramente establecidos, ya que en algunas ocasiones se sobreestima el daño y en otras se subestima (Lilienfeld, 2007). El daño que resulta de una psicoterapia puede sobrevalorarse cuando se incluyen en los datos a las personas cuyo empeoramiento no está relacionado con la psicoterapia aplicada, es decir, estos clientes podrían haber empeorado incluso sin tratamiento, e infravalorarse cuando se engloban en las cifras aquellos pacientes que mejoraron con el tratamiento, pero cuya mejoría habría sido superior si no se le hubiera aplicado la terapia (Lilienfeld, 2007). En estos casos, la terapia produciría daño al ralentizar la capacidad de mejoría natural en los pacientes (Lilienfeld, 2007).

3) La diferencia de evidencia entre las Terapias Potencialmente Peligrosas: Al igual que las terapias consideradas efectivas, la evidencia aportada por los estudios sobre los tratamientos considerados iatrogénicos es diferente según el tipo de investigación realizada. Así, la evidencia más clara de que una terapia es dañina sería la que proviene de ensayos controlados aleatorios, seguida por los estudios cuasiexperimentales que realizan comparaciones entre grupos y, finalmente, la que proviene de diseños naturales o informes de casos múltiples (Ghaemi & Hsu, 2005, citado en Lilienfeld, 2007).

4) La ética como factor decisivo para el abandono de la detección de Terapias Potencialmente Peligrosas: Otro problema metodológico es que, para que la detección de los efectos perjudiciales de una terapia potencialmente peligrosa sea correcta, se hace necesaria su repetición por investigadores independientes, con el objetivo de comprobar si obtienen los mismos resultados en diferentes poblaciones, y, así, reducir la posibilidad de que los efectos iatrogénicos se deban al azar (Lilienfeld, 2007). Esta situación conlleva numerosas controversias éticas, ya que la ética profesional, como es lógico, rechaza la replicación de estudios de terapias que han resultado ser potencialmente dañinas para los pacientes en investigaciones realizadas con anterioridad. Según Lilienfeld (2007), esta situación nos lleva a un bucle sin salida, ya que, al no replicarse los posibles efectos dañinos de una terapia, los profesionales carecen del conocimiento necesario para identificar e intervenir ante los primeros signos de efectos iatrogénicos. Del mismo modo, ante la falta de conocimiento sobre los efectos iatrogénicos en terapia, en el ámbito de la investigación se publica aquello cuyos resultados durante un tratamiento son positivos, pero no lo que es negativo o no ha podido ser confirmado (Lilienfeld, 2007).

5) La controversia del coste-beneficio: En ocasiones, puede suceder que, como resultado de la aplicación de una terapia concreta, mejoren ciertos síntomas y empeoren otros, lo que dificulta determinar el alcance del efecto iatrogénico de ciertas terapias. Según Lilienfeld (2007), el profesional que se encuentre en esta situación debería valorar los costes y beneficios del tratamiento y deliberar conjuntamente con el paciente sobre los riesgos que puedan desprenderse, llegando incluso a aceptarse las preferencias del cliente con prioridad sobre la evidencia científica (APA, 2006, citado en Lilienfeld, 2007).

6) El amplio significado de la palabra daño terapéutico: Otra dificultad para detectar o estudiar lo que se considera terapia potencialmente peligrosa es la amplitud en el significado de la palabra daño terapéutico.

En un tratamiento psicoterapéutico existen numerosas maneras de resultar dañado (generación de nuevos síntomas, agravamiento de otros ya existentes, entre otros) (Boisvert, 2003, citado en Lilienfeld, 2007); incluso hay terapias psicológicas que infligen daño físico (Mercer, Sarner & Rosa, 2003, citado en Lilienfeld, 2007). Además, algunos autores sugieren que también podría ser considerado como daño un episodio significativo que sucede durante o después del tratamiento (por ejemplo, suicidio, tentativa de suicidio...) y que esté directamente causado por el tratamiento (Parry, Crawford & Duggan, 2016), lo que no favorece la unificación de lo que se entiende por resultar dañado dentro de una terapia y aumenta la dificultad de detección de terapias potencialmente peligrosas.

7) El daño a terceros: Hay tratamientos psicoterapéuticos que, siendo neutrales para el paciente o incluso positivos, se vuelven dañinos para terceras personas con las que este se relaciona (Lilienfeld, 2007). Por ejemplo, si una terapia individual es efectiva pero produce un daño sobre la pareja del sujeto que acude a terapia, ¿debería ser considerada esta terapia como potencialmente peligrosa? Como puede apreciarse, este hecho complica todavía más el establecimiento de un grupo definido de terapias que pueden ser potencialmente peligrosas (Lilienfeld, 2007).

8) El problema temporal en síntomas y patologías: Hay terapias que, siendo efectivas a largo plazo, a corto plazo exacerban temporalmente la magnitud de los síntomas. Por ejemplo, entre un 10% y un 20% de pacientes con TEPT presenta un aumento de

sintomatología al principio del tratamiento de exposición, aunque, posteriormente, van a mejorar a la misma velocidad que las personas que no presentaron ese incremento (Foa, Zoellner, Feeny, Hembree, & Alvarez-Conrad, 2002; Tarrier et al., 1999 citado en Lilienfeld, 2007), y no presentarán un mayor deterioro que el resto de pacientes (Foa et al, 2002 citado en Dimidjian & Hollon, 2010). Esta dificultad metodológica en la detección de terapias potencialmente peligrosas, abre la puerta a la posibilidad de que una terapia resulte iatrogénica para el paciente, ya que, cuando una terapia está realmente fallando, el profesional podría utilizar la excusa de que el empeoramiento es temporal y continuar utilizando ese tratamiento con efectos perjudiciales para los pacientes. Por el contrario, un terapeuta podría abandonar rápidamente un tratamiento que a largo plazo es efectivo, pero que a corto plazo está exacerbando la sintomatología, lo que generaría también efectos negativos sobre el paciente; por ejemplo, hay pacientes diagnosticados con determinados trastornos de la personalidad que no han experimentado nunca ansiedad y que comienzan a sentir emociones disfóricas, por primera vez, en el tratamiento, lo que podría ser un signo de que la psicoterapia les está ayudando a entrar en contacto con sus emociones (Crown, 1983).

Algunos autores proponen que la diferencia entre una terapia efectiva que exagera temporalmente los síntomas y aquella que es dañina para los pacientes, estriba en la cantidad de tiempo que el paciente sufre estos síntomas negativos (Crown, 1983).

Por otro lado, la cuestión de los plazos está relacionada con las propias patologías; así, en aquellas que permanecen constantes a lo largo del tiempo, es fácil detectar los efectos iatrogénicos de una terapia, pues el paciente está peor que al empezar, y cualquier cambio en la patología puede atribuirse a la terapia (Dimidjian & Hollon, 2010). El problema se produce cuando esas patologías, de manera natural, tienden a empeorar o a mejorar, ya que, entonces, habría que determinar si el empeoramiento se debe a un proceso natural independiente de la terapia o, por el contrario, el paciente se encuentra peor que si no hubiera recibido tratamiento, y, por lo tanto, el deterioro pueda deberse a la psicoterapia aplicada (Dimidjian & Hollon, 2010). En ocasiones, el efecto dañino de una terapia se enmascara como resultado de una mejoría temporal y repentina en la patología del paciente, lo que dificulta captar si esta terapia es o no dañina (Dimidjian & Hollon, 2010).

9) La mala praxis profesional: Hay terapias empíricamente validadas, esto es, adecuadas y eficaces para los pacientes, que pueden convertirse en terapias

potencialmente peligrosas si la técnica se aplica de forma errónea (Shipley & Boudewyns, 1980; Stone & Borkovec, 1975 citado en Lilienfeld, 2007); aunque esto no sea una dificultad metodológica como tal para la detección de terapias iatrogénicas, podría serlo en la medida que la mala praxis o la incompetencia profesional no sean consideradas como factor iatrogénico en una terapia (Dimidjian & Hollon, 2010).

10) La sobregeneralización de la efectividad terapéutica: El paradigma del pájaro Dodo, en su forma extrema, consiste en afirmar que la orientación terapéutica (cognitivo conductual, humanista...) es irrelevante, ya que los resultados terapéuticos dependen exclusivamente de las variables del terapeuta, del paciente y de la relación terapéutica (Wampold, 2001, citado en Lilienfeld, 2007), hasta el punto de que algunos profesionales argumentan que realizar una lista de terapias empíricamente probadas es innecesario porque todas funcionan correctamente (Lundeen, 2005, citado en Lilienfeld, 2007), lo que puede favorecer que continúe la existencia y proliferación de terapias altamente perjudiciales para los pacientes.

11) La sobreestimación de los efectos terapéuticos: Algunas terapias potencialmente peligrosas pueden parecer eficaces, ya que muchos profesionales sobreestiman la prevalencia de la aparición de efectos negativos si los pacientes no siguen un tratamiento (Lilienfeld, 2007) Por ejemplo, la creencia de que si un sujeto es expuesto a un evento traumático va a desarrollar inevitablemente TEPT está ampliamente extendida, cuando la realidad indica que un 75% de personas que han sido expuestas a un evento traumático no desarrolla un TEPT (Sommers & Satel, 2005 citado en Lilienfeld, 2007). Esto podría ser la razón por la que numerosos profesionales atribuyen los efectos negativos de la técnica *Debriefing* al trauma y no a la terapia en sí misma (Lilienfeld, 2007).

12) El desconocimiento profesional de las terapias iatrogénicas: En una tesis doctoral no publicada, Boisvert (1999) (citado en Boisvert & Faust, 2002) afirmó que los resultados de un cuestionario nacional realizado a terapeutas mostraban que la mayoría de los encuestados no estaban actualizados respecto a los hallazgos de investigaciones sobre efectos iatrogénicos en psicoterapia, lo que les llevaba, por ejemplo, a infravalorar la frecuencia con la que los tratamientos eran negativos. Otros profesionales, directamente desconocían la investigación que estaba teniendo lugar acerca de los efectos iatrogénicos de la psicoterapia sobre las personas (Boisvert, 1999, citado en Boisvert & Faust, 2002).

En esta línea, junto con la sobregeneralización de la efectividad terapéutica, muchos profesionales han asumido que “es mejor hacer algo que no hacer nada, porque lo peor que puede pasar con una terapia es que sea inocua” (Lilienfeld, Lynn & Lohr, 2003, citado en Lilienfeld, 2007), lo que favorece la proliferación de terapias que no han sido sometidas a estudios empíricos para determinar el alcance de su eficacia. Actualmente, existen más de quinientos estilos de psicoterapias cuyos efectos no han sido comprobados en ensayos controlados (Eisner, 2000 citado en Lilienfeld, 2007).

4. Clasificación de terapias potencialmente peligrosas

A la hora de exponer algunas terapias catalogadas como potencialmente peligrosas por Lilienfeld (2007), es importante tener en cuenta que esta lista es provisional, por lo que en un futuro, podrían incluirse otras terapias que, una vez investigadas, alcancen el rango de terapias potencialmente peligrosas.

También es relevante señalar que la clasificación de terapias potencialmente peligrosas realizada por Lilienfeld (2007) se divide en dos niveles, ya que el peso de evidencia científica del daño que producen las terapias no parece ser el mismo en todos los casos. De este modo, Lilienfeld (2007) separa entre el nivel uno de daño (daño probable), si la evidencia del daño proviene de ensayos controlados aleatorios que han sido replicados por al menos un equipo de investigación independiente, del metanálisis de ensayos controlados aleatorios o de la aparición repentina y consistente de efectos adversos en el inicio de la terapia; y el nivel dos (daño posible), si la evidencia del daño proviene de estudios cuasiexperimentales replicados por al menos un equipo de investigación independiente o diseños de caso único que han sido replicados.

A modo de resumen, el nivel uno corresponde con el daño probable, es decir, son terapias donde es probable recibir un daño si la persona sigue alguno de estos tratamientos y una gran cantidad de personas resultarán dañadas si son sometidas a alguna de estas terapias. El nivel dos corresponde con el daño posible, esto quiere decir que existe la posibilidad de recibir un daño, pero que la probabilidad es menor que en el nivel uno; en otras palabras, el número de personas que reciben un daño es menor.

Es importante tener en cuenta que, según Lilienfeld (2007), existen más tratamientos que podrían ser iatrogénicos, pero no pueden catalogarse como tal por la falta de evidencia

empírica; por ejemplo, ciertos tratamientos psicodinámicos para la esquizofrenia (Mueser & Berenbaum, 1990, citado en Lilienfeld, 2007) o los tratamientos obligatorios en los casos de violencia doméstica o de género (Feder & Wilson, 2005 citado en Lilienfeld, 2007), entre otros.

4.1 Terapias potencialmente peligrosas de nivel uno (daño probable)

- **Psicoterapia para duelo normal**

Neimeyer (2000) (citado en Dimidjian & Hollon, 2010) sugería que la terapia para el duelo, es decir, el acompañamiento terapéutico en período normal de duelo, podía interferir con el proceso natural de recuperación. Concretamente, un 38% de personas que recibieron este tipo de terapia habría evolucionado mejor sin tratamiento (Neimeyer, 2000 citado en Lilienfeld, 2007). En este caso, la terapia produciría daño en la medida que al ser aplicada cuando no es necesario, ralentiza la capacidad de mejoría natural en los pacientes (Lilienfeld, 2007).

En un estudio, se sugirió la posibilidad de que los efectos iatrogénicos de esta terapia, fueran mayores en personas que habían tenido una reacción de duelo normal (un 50% después de pasar por esta terapia) que en los que habían pasado un duelo traumático, conceptualizado como una reacción ante muertes repentinas o inesperadas y donde el dolor duró mucho tiempo (un 17% después de esta terapia) (Neimeyer, 2000 citado en Lilienfeld, 2007).

Actualmente, el debate continúa, porque estudios recientes se cuestionan el método que usó Neimeyer para afirmar esto (Larson & Hoyt, 2007, citado en Dimidjian & Hollon, 2010).

- **Campamento de reclutamiento para adolescentes con Trastorno de Conducta**

Este programa consistió en imitar el entrenamiento de los campamentos militares, aunque adaptado para adolescentes con Trastorno de Conducta (Lilienfeld, 2007). El tratamiento, iba dirigido a fomentar valores comunitarios como el orden, el respeto hacia las normas sociales, entre otros (Lilienfeld, 2007), a la vez, que se pretendía reducir la tasa de reincidencia entre estos jóvenes. No obstante, este programa resultó fallido, dado que los adolescentes que acudían encontraron en este formato de tratamiento grupal un contexto que facilitaba el entrenamiento delincinencial y perpetuaba su comportamiento

problemático mediante el encuentro con pares con los que identificarse (Dishion, McCord & Poulin, 1999, citado en Dimidjian & Hollon, 2010).

La evidencia de la iatrogenia en esta clase de programas es muy variada; de este modo, hay estudios que afirman encontrar mejoría en el grupo que recibe este tratamiento frente al grupo control, mientras que otros muestran lo contrario. Wilson et al. (2005, citado en Petrosino, MacDougall, Hollis-Peel, Fronius & Guckenburg, 2015), no encontraron diferencias concluyentes en la reincidencia por sexo, edad o tipo de delito entre los adolescentes enviados a estos programas; tampoco se pudo afirmar si este programa era efectivo o no. No obstante, Wilson et al. (2005, citado en Petrosino, MacDougall, Hollis-Peel, Fronius & Guckenburg, 2015) sugirieron la posibilidad de que la iatrogenia, entendida como reincidencia delictiva, estuviera ligada al componente militar de los campamentos.

Por otro lado, los campamentos de reclutamiento para estos adolescentes han estado vinculados a sentencias y cargos por la muerte de los jóvenes como consecuencia de la violencia y restricciones físicas excesivas (Lilienfeld, 2007). Algo similar ocurrió con una variante de estos programas, en la que se pretendía enseñar disciplina a los adolescentes problemáticos exponiéndolos a la supervivencia en la naturaleza, y que acabaron en muertes por deshidratación o ahogamiento, entre otras causas (Utah wilderness therapy deaths, 2003, citado en Lilienfeld, 2007).

- **Terapia expresiva o experiencial**

Las terapias expresivas o experienciales -como el *focusing* o algunas técnicas Gestálticas - que se basan en focalizarse en el presente y en las emociones (Beutler, Engle & Greenberg, 1988; Perls, 1969, citado en Lilienfeld, 2007), generalmente tienen resultados positivos para algunos pacientes, pero no tanto para otros (Mohr, 1995, citado en Lilienfeld, 2007). Dos estudios realizados sobre ensayos controlados aleatorizados demostraron que los clientes expuestos a las terapias expresivas experienciales exhibían una mayor tasa de deterioro que aquellos que no recibieron ningún tratamiento (Beutler, Frank, Schieber, Calvert & Gaines, 1984, citado en Lilienfeld, 2007). Los últimos estudios sobre la iatrogenia en estos tratamientos, muestran que el porcentaje de deterioro en los pacientes asignados a una terapia Gestalt fue mayor (19%) que los pacientes asignados a un grupo de terapia cognitivo-conductual (5%) (Lilienfeld, 2007).

No obstante, los resultados sobre los efectos iatrogénicos de este tipo de terapias -como, por ejemplo, un aumento de la ira o de la hostilidad (Lewis & Bucher, 1992, citado en Lilienfeld, 2007) o emociones negativas a largo plazo como consecuencia de una catarsis emocional sin acompañamiento de una correcta estructuración cognitiva (Littrell, 1998 citado en Lilienfeld, 2007)- tienen que observarse con cautela, ya que los últimos estudios no han incluido un grupo que no hubiera recibido la terapia y con el que poder comparar los resultados (Lilienfeld, 2007).

- **Programa DARE (*Drug Abuse and Resistance Education*)**

Algunos programas dirigidos a la prevención del consumo de sustancias, han producido efectos perjudiciales sobre los pacientes (Werch & Owen, 2002, citado en Lilienfeld, 2007). Un ejemplo es el programa DARE, que consiste en que policías acudan uniformados a los centros escolares a dar charlas sobre los riesgos del consumo de sustancias y proporcionar estrategias para soportar la presión grupal, lo que es considerado inefectivo por algunos estudios (Lynam et al., 1999; MacKillop, Lisman, Weinstein, & Rosenbaum, 2003 citado en Lilienfeld, 2007) mientras que otros, directamente, apuntan a que esta práctica produce un incremento del consumo de alcohol y drogas entre adolescentes (Werch & Owen, 2002, citado en Lilienfeld, 2007).

- **Técnicas *Debriefing***

Estas técnicas están diseñadas con el objetivo de prevenir la aparición de TEPT en personas que han sido sometidas a una situación de estrés agudo. Este tratamiento se suele administrar en grupo y alrededor de veinticuatro o cuarenta y ocho horas después del incidente traumático (Lohr, Hooke, Gist, & Tolin, 2003 citado en Lilienfeld, 2007). A los participantes, se les anima a expresar sus emociones negativas y se les informa sobre los síntomas que podrían desarrollar, lo que puede impedir el proceso de recuperación natural a largo plazo (McNally, Bryant, & Ehlers, 2003 citado en Dimidjian & Hollon, 2010). La eficacia de este tratamiento no está demostrada empíricamente y, en algunos casos, el *Debriefing* promueve incluso la aparición del TEPT (Sijbrandji, Olf, Reitsma, Carlier & Gersons, 2006; Rose, Bisson, Churchill & Wessely, 2002, citado en Ortiz e Ibáñez, 2011).

Un estudio, (Bisson, Jenkins, Alexander & Bannister, 1997, citado en Lilienfeld, 2007) obtuvo en sus resultados que víctimas que sufrieron quemaduras y fueron asignadas al azar a la aplicación de técnicas de *Debriefing*, mostraban más síntomas de ansiedad y

TEPT que víctimas que fueron asignadas a un grupo de control y que tan sólo fueron sometidos a una evaluación. Además, otros autores (Mayou, Ehlers y Hobbs, 2000 citado en Lilienfeld, 2007) hicieron un seguimiento mediante ensayos controlados a víctimas de accidentes de tráfico durante los tres años siguientes al accidente, obteniendo que aquellos que habían recibido de forma individual *Debriefing*, tenían mayor psicopatología y ansiedad a la hora de viajar (sin llegar a TEPT) que los sujetos del grupo control, que tan sólo recibieron una evaluación. Un tercer estudio realizado sobre ensayos controlados aleatorizados, (Sijbrandij, Olf, Reitsma, Carlier & Gersons, 2006 citado en Lilienfeld, 2007) encontró que la técnica de *Debriefing*, en realidad, no es que fuera iatrogénica, sino que no producía efectos diferentes en los síntomas de TEPT a los que habría tenido una persona asignada a un grupo que no hubiera recibido la terapia. En este estudio, a los seis meses de que se les aplicara esta técnica, se hizo un seguimiento de los sujetos, mostrando que sólo aquellos que habían partido en la técnica de *Debriefing* con una base de arousal elevado exhibían más síntomas de TEPT después de la terapia (Sijbrandij, Olf, Reitsma, Carlier & Gersons, 2006 citado en Lilienfeld, 2007).

Otros autores, (Carlier, Lamberts, von Uchelen & Gersons, 1998; McNally et al., 2003, citado en Lilienfeld, 2007) expresan que los pacientes que reciben técnicas de *Debriefing* afirman encontrarse mejor y califican dicha terapia como útil. Esta paradoja se explica, según Lilienfeld (2007), porque los pacientes asignados a estas terapias, en realidad, tienden a mejorar por su propia cuenta con sus acciones; señala el autor, además, que las evidencias estadísticas demuestran que estos pacientes habrían mejorado aún más sin tratamiento (Lilienfeld, 2007).

- **Programas “Directo al miedo”**

Estos programas fueron creados con la intención de disuadir a los adolescentes de adentrarse en una carrera delincencial exponiéndolos a la realidad de la vida en prisión, alcanzando su máximo apogeo durante la década de los ochenta. El efecto iatrogénico que se desprende de estos programas, está relacionado con lo que la orientación cognitivo-conductual denomina aumentar la conducta problema.

De esta forma, uno de los estudios más famosos (Finckernauer, 1982, citado en Petrosino, MacDougall, Hollis-Peel, Fronius & Guckenbug, 2015) asignaba de forma aleatoria adolescentes o bien al programa de “directo al miedo” en la prisión del estado de Rahway o bien a un grupo control sin tratamiento. A los jóvenes que visitaban la prisión, se les

gritaba y amenazaba sobre la vida allí, incluyendo descripciones brutales relacionadas con asaltos y violaciones. A los seis meses, se hizo un seguimiento, encontrando que, los adolescentes que habían asistido a la prisión tenían una mayor probabilidad de detenciones y arrestos que los que no habían acudido a este programa. La explicación que se dio para este fenómeno, fue, principalmente, que los adolescentes no habían recibido los avisos como amenazas sino como un reto (Finckernauer, 1982, citado en Petrosino, MacDougall, Hollis-Peel, Fronius & Guckenburg, 2015).

- **Terapias de apego (modalidad *Rebirthing*)**

Las terapias de apego son un grupo extenso de terapias cuyas diferentes modalidades generan numerosos daños físicos severos para los niños, llegando incluso a producir la muerte. En general, este tipo de tratamientos se basan en la idea de que la separación respecto a los padres produce en los niños efectos como enfado o una rabia intensa y, para solucionarlo, proponen representar de nuevo el trauma que supuso el nacimiento con el fin de liberar esa rabia reprimida. Para ello, en la modalidad *Rebirthing*, el terapeuta envuelve al niño en una manta y lo aprieta con el objetivo de simular el proceso de nacimiento (Lilienfeld, 2007). Según un estudio de Mercer et al. (2003 citado en Lilienfeld, 2007), varios niños murieron en el estado de Colorado a causa de la asfixia provocada por este proceso.

Un caso concreto fue el de Candace Newmarker, una niña adoptada de 10 años (Mercer, Sarner & Rosa, 2003, citado en Mercer, 2015). La menor había sido sometida a una de las modalidades de terapias de apego numerosas veces. Sin embargo, su muerte ocurrió en la modalidad *Rebirthing*. Los terapeutas envolvieron a la niña en una sábana que simbolizaba el vientre materno y, junto a otros adultos, presionaron la sábana con almohadas para imitar las contracciones uterinas. Candace, tenía orden de “nacer” escapando de la sábana, pero la envoltura estaba tan apretada que no pudo hacerlo. A pesar de sus vómitos y pedir ayuda la mantuvieron envuelta 70 minutos, de los cuales, 30 estuvo en silencio y sin responder (Mercer, 2015). Los fluidos corporales emitidos por los niños sometidos a estas prácticas, eran interpretados como signos de resistencia al cambio (Reber, 1996 citado en Mercer, 2015).

Otras variaciones de las terapias de apego, no exentas de polémica, son las llamadas *Holding Therapies* que consisten en sujetar a los niños hasta que miran a los adultos a los ojos (Lilienfeld, 2007).

- **Técnicas para la recuperación de recuerdos**

En la línea de lo que expone Lilienfeld (2007) en su obra, existen numerosas técnicas sugestivas (hipnosis, imaginación guiada...) que en lugar de liberar las memorias reprimidas, pueden generar falsos recuerdos en algunos pacientes (Lynn, Locke, Loftus, Krackow, & Lilienfeld, 2003 citado en Lilienfeld, 2007).

Algunos estudios demuestran que adultos que habían seguido las directrices de ciertas técnicas para la recuperación de recuerdos, después alegaban vivencias de haber recibido abusos sexuales, así como haber sido víctimas de algún ritual satánico o, incluso, haber sido abducido por los alienígenas (Clancy, 2005, citado en Lilienfeld, 2007).

De esta forma, en 1997, Nadean Cool presentó una demanda contra su terapeuta por mala praxis, donde alegaba que este había usado una numerosa variedad de técnicas sugestivas (entre ellas la regresión hipnótica y la imaginación guiada) para convencerla de que había sufrido horribles abusos y de que albergaba más de ciento treinta personalidades, entre ellas demonios, ángeles, niños y hasta un pato (Lynn, Krackow, Loftus, Locke & Lilienfeld, 2015). Nadean Cool, había acudido a terapia en busca de ayuda al visualizar un abuso sexual sobre un familiar (Lynn, Krackow, Loftus, Locke & Lilienfeld, 2015).

Al poco tiempo de avanzar la terapia, la paciente comenzó a sentir efectos iatrogénicos; empezó a tener pesadillas, notó que su equilibrio psicológico se deterioraba y comenzó a tener serias inquietudes acerca de que los recuerdos recuperados eran reales o falsos, entre otros problemas (Lynn, Krackow, Loftus, Locke & Lilienfeld, 2015).

No obstante, es importante señalar que la estimación del daño producido por este tipo de terapias es complejo de realizar, ya que la mayoría de los datos provienen de estudios donde las muestras no eran representativas o no se tuvo control suficiente sobre las variables implicadas (Lilienfeld, 2007).

Actualmente, la cuestión sobre si ciertos recuerdos (especialmente los abusos sexuales) recuperados con este tipo de terapias son reales o no, continúa sin resolverse. A día de hoy, continúa presente la duda sobre si estas técnicas destapan recuerdos reales a la vez que crean otros falsos (Schooler, Ambadar, & Bendikson, 1997 citado en Lilienfeld, 2007; Loftus & Guyer, 2002 citado en Lilienfeld, 2007). Sin embargo, existe poco

desacuerdo en que tales técnicas están asociadas con la producción de falsas memorias al menos en algunos individuos (Lynn et al., 2003 citado en Lilienfeld, 2007).

Por otro lado, autores como McNally (2006, citado en Pignotti & Thyer, 2015) afirman que la noción de que los eventos traumáticos son reprimidos y después recuperados es un principio falso que afecta tanto a la Psiquiatría como a la Psicología. En pocas palabras, la base de la terapia para la recuperación de la memoria es ficticia por la sencilla razón de que no existen los recuerdos reprimidos, ya que, en general, los eventos traumáticos se recuerdan mejor que los hechos cotidianos (McHugh, 2008; McNally, 2005 citado en Lynn, Krackow, Loftus, Locke & Lilienfeld, 2015).

Además, cuando los recuerdos son “liberados”, es decir, que los pacientes recuperan un recuerdo, puede significar que no habían pensado en esos eventos durante algún tiempo o lo habían olvidado y recordaron el evento espontáneamente al encontrarse con un recordatorio dentro o fuera de la psicoterapia (McNally & Geraerts, 2009, citado en Lynn, Krackow, Loftus, Locke & Lilienfeld, 2015).

- **Psicoterapia Orientada para el Trastorno de Identidad Disociativo**

Los profesionales que propusieron esta terapia, creían que los pacientes con Trastorno de Identidad Disociativo albergaban personalidades latentes que ellos no conocían (a los que llamaron “alters”), y que hacerlas conscientes era la vía para la cura de estos pacientes (Lilienfeld, 2007). Esta terapia presenta numerosos procedimientos que manejan la sugestión; por ejemplo, establecer contacto entre los “alters” a través de la hipnosis, presentando unos “alters” a otros y evaluando la relación entre ellos (Spanos, 1994, citado en Lilienfeld, 2007), o intentar recobrar los recuerdos de un abuso físico o sexual durante la infancia, lo que aumenta más el riesgo de sufrir Trastorno de Identidad Disociativo (Gleaves, 1996, citado en Lilienfeld & Lynn, 2015). Algunos autores (Kluft, 1991; Lilienfeld & Lynn, 2003 citado en Lilienfeld, 2007) apuntan que los efectos iatrogénicos de esta terapia consisten principalmente en la generación de nuevos “alters” como consecuencia de la sugestión que los pacientes reciben en la terapia (Roos, Norton & Wozney, 1989; Piper, 1997; Lilienfeld & Lynn, 2003, citado en Lilienfeld, 2007). De hecho, solo un 20% de pacientes con Trastorno de Identidad Disociativo exhibe “alters” claramente definidos antes del tratamiento, mientras que en el 80% restante suelen emerger siguiendo una terapia (Kluft, 1991, citado en Lilienfeld, 2007). El uso de estas terapias ha terminado en denuncias, sentencias y suspensión de la licenciatura para el

terapeuta que las llevaba a cabo (Grove & Barden, 1999, citado en Pignotti & Thyer, 2015).

El debate sobre la existencia del Trastorno de Identidad Disociativo continúa siendo actual. Este trastorno es uno de los diagnósticos psiquiátricos más controvertidos (Lilienfeld & Lynn, 2015). Algunos autores creen que es un trastorno diagnosticado por exceso en psiquiatría y psicología clínica (Ross, 1997 citado en Lilienfeld & Lynn, 2015); otros, dudan sobre la existencia de este trastorno y de sus posibles etiologías (Cormier & Thelen, 1998; Dell, 2001; Pope, Oliva, Hudson, Bodkin, & Gruber, 1999 citado en Lilienfeld & Lynn, 2015). De esta forma, algunos académicos directamente apuntan a que este trastorno fue producto de una moda pasajera de los años noventa donde se publicaron muchos artículos, hasta que en 2003 esto dejó de generar interés y las publicaciones decayeron notablemente (Pope, Barry, Bodkin, and Hudson, 2005, citado en Lilienfeld & Lynn, 2015). De hecho, en el año 1986, el número de casos reportados ascendía aproximadamente a 6000 (Lilienfeld & Lynn, 2015) coincidiendo con el best-seller autobiográfico sobre un caso de Trastorno de Identidad Disociativo, *Sybil* (Schreiber, 1973, citado en Lilienfeld & Lynn, 2015), en el cual un psiquiatra cercano a esta chica argumentaba que los diferentes “alters” de *Sybil* eran producto de la sugestión sufrida por su terapeuta (Lilienfeld & Lynn, 2015).

4.2 Terapias potencialmente peligrosas de nivel dos (daño posible)

- **Intervenciones grupales en problemas de conducta**

Las intervenciones grupales en problemas de conducta están orientadas a reducir los comportamientos antisociales en los adolescentes, sirviéndose de la terapia con un grupo de pares como medio para lograrlo (Lilienfeld, 2007). Sin embargo, al igual que en los campamentos de reclutamiento para adolescentes, en numerosas ocasiones, en adolescentes con este diagnóstico, la terapia en un grupo de pares se convierte en un medio para lo que literalmente el autor describe como “entrenamiento en la desviación” (Lilienfeld, 2007, p.62), esto es, un lugar donde los adolescentes comparten ideas, instrucciones o motivaciones que fomentan las conductas antisociales (Lilienfeld, 2007).

- **Inducción de la relajación en pacientes con ataques de pánico**

La efectividad de algunos tratamientos puede ser moderada por las variables de los pacientes. En general, la inducción a la relajación se muestra como una técnica terapéutica beneficiosa para la mayoría de los pacientes; sin embargo, algunos autores indican que el uso de este tratamiento puede aumentar la probabilidad de sufrir un ataque de pánico en una minoría (Adler, Craske, & Barlow, 1987 citado en Dimidjian y Hollon, 2010).

De este modo, algunos pacientes con ataques de pánico experimentan, paradójicamente, una mayor propensión a sufrirlos, así como, incrementos de ansiedad durante la relajación y otras técnicas que se focalizan en las sensaciones corporales (Adler, Craske, & Barlow, 1987; Cohen, Barlow, & Blanchard, 1985; Lynn, Martin, & Frauman, 1996, citado en Lilienfeld, 2007). En un estudio experimental, un porcentaje sustancioso de pacientes con ansiedad generalizada experimentó un aumento de la tensión psicofisiológica durante la relajación (31%) y meditación (54%) (Heide & Borkevec, 1984, citado en Lilienfeld, 2007). Sin embargo, como en este estudio no se habituó previamente a los pacientes a la relajación o meditación mediante exposiciones graduales previas u otros procedimientos, no se puede afirmar que se haya demostrado la asociación entre aplicar meditación o relajación y la aparición de efectos negativos sobre este tipo de pacientes. Por el contrario, otros autores sostienen que existen evidencias en ensayos controlados en los que, en ocasiones, la relajación resulta ser efectiva para pacientes con ataques de pánico, fobias y otros trastornos ansiosos (Ost, 1987, citado en Liliendfeld, 2007).

En un futuro, es necesario realizar estudios controlados para confirmar las altas tasas de ataques de pánico y ansiedad entre los pacientes expuestos a la relajación y determinar si esta se incrementa durante las sesiones terapéuticas (Lilienfeld, 2007).

5. Otras variables que producen efectos negativos en psicoterapia.

La iatrogenia en psicoterapia es un suceso altamente complejo de abordar debido a que las investigaciones sobre los efectos dañinos no han proporcionado aún las razones concretas por las que puede producirse este fenómeno en psicoterapia. Por esta razón, la descripción de efectos perjudiciales en la literatura científica, no se limita sólo a los que pueden desprenderse del propio tratamiento, sino que también se ha estudiado la

existencia de otras variables en terapia que pueden producir efectos iatrogénicos y que no poseen relación con el tratamiento o técnica aplicada.

Es importante señalar que la enumeración y clasificación de estas variables que contribuyen a convertir la psicoterapia en una experiencia iatrogénica podría alcanzar una longitud que excede lo permitido para este trabajo de investigación; por lo que se reduce considerablemente la cantidad de variables expuestas que podrían provocar efectos iatrogénicos.

5.1 Variables pertenecientes al terapeuta

En ocasiones, el agente que dificulta una terapia es el propio terapeuta, impidiendo el desarrollo de las competencias individuales y sociales de los pacientes (Walsh, 1988).

- **La cognición del profesional**

Las variables cognitivas del terapeuta son uno de los medios responsables de que un tratamiento genere efectos negativos sobre los pacientes. Así, algunas de las creencias que este posee pueden vincularse tanto al fracaso terapéutico como a la aparición de consecuencias perjudiciales para los pacientes.

Por ejemplo, algunos autores (Campell, 1992, citado en Boisvert & Faust, 2002) plantean la posibilidad de que los terapeutas infravaloren el valor del sistema de apoyo externo de los pacientes y, como consecuencia, sobrevaloren la relación terapéutica. La creencia de que la relación terapéutica es más importante que cualquier sistema de apoyo que rodea al paciente, puede provocar una reducción en el potencial curativo del sistema de apoyo del sujeto ya que se genera una dependencia del terapeuta, así como dificultades para lidiar con la patología fuera del espacio de seguridad terapéutico, entre otros efectos (Boisvert & Faust, 2002).

En la misma línea, algunos terapeutas se niegan a creer, o tienen dificultades para aceptar, que los problemas que presenta un paciente se deben al tratamiento que el profesional está aplicando, y no a la existencia de una patología en el sujeto. Por ejemplo, hay profesionales que atribuyen el origen de la angustia de un paciente a un síntoma de esquizofrenia, y no a una terapia que explora los asuntos emocionales más delicados en este (Bazilian, 1993, citado en Boisvert & Faust, 2002).

Además, existe otra variable en el pensamiento del terapeuta que puede generar efectos perjudiciales: la sobrepatalogización del paciente. Así, existen terapeutas que atribuyen al paciente una cantidad mayor de psicopatología de la que existe en realidad, generando en el sujeto la idea de que la terapia es indispensable porque está enfermo (Boisvert & Faust, 2002). Por ejemplo, hay profesionales que atribuyen el comportamiento de un cliente a una psicopatología antes que a problemas familiares, lo que disminuye la autoestima del sujeto y aumenta los sentimientos de depresión (Furman & Abola, 1989, citado en Boisvert & Faust, 2002).

Finalmente, es importante señalar que también se pueden generar efectos iatrogénicos en psicoterapia cuando el terapeuta, sugiriendo que sabe más que el paciente sobre lo que le sucede, no aprueba el uso de alternativas que propone el paciente porque contradice el sistema de creencias del profesional. Lo que puede generar que el paciente se sienta dañado, inferior y, en consecuencia, incrementar la sensación de ansiedad y angustia (Boisvert & Faust, 2002).

- **El mundo emocional del profesional**

La implicación emocional en la orientación psicológica elegida puede convertirse en algo que genere efectos negativos para los pacientes en terapia (Crown, 1983). Así, un terapeuta que elija siempre determinada orientación (Psicodinámica, Humanista, Cognitivo-Conductual...), guiado visceralmente por el orgullo de que “lo suyo es lo mejor para todos los pacientes” o aplique de forma sistemática algunas técnicas terapéuticas para todas las demandas que le llegan a su consulta, cometerá, irremediamente, numerosos errores (Crown, 1983). Una correcta selección de terapias, ya que no todas tienen la misma efectividad para los mismos problemas, disminuye la posibilidad de aparición de efectos negativos (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975, citado en Crown, 1983).

También la inseguridad emocional que presenta un terapeuta puede provocar efectos negativos en psicoterapia (Crown, 1983). Por ejemplo, un profesional puede retener a un paciente más tiempo del debido porque el éxito que el paciente ha obtenido durante la terapia se convierte en una forma de soporte para las inseguridades del terapeuta. De la misma forma, esa inseguridad puede llevar al terapeuta a formular excusas para no tratar

a pacientes agresivos (Crown, 1983), dejando a estas personas sin la posibilidad de acceder a un tratamiento que les ayude con su problemática.

En la línea de las emociones del profesional, está demostrado que un bajo nivel de empatía, genuinidad o aceptación incondicional del cliente por parte del profesional son variables predictivas de un deterioro del paciente (Lafferty, Beutler & Crago, 1989; Morh, 1995, citado en Lilienfeld, 2007).

Además, según Crown (1983), a pesar de los conocimientos que se poseen acerca de los criterios de selección de pacientes en psicoterapia, en numerosas ocasiones, las emociones generan que se escoja a personas que, previamente, se tiene conocimiento de que no van encajar con esa terapia. Por ejemplo, cuando un amigo de nuestro paciente acude a nuestra consulta recomendado por este y aceptamos tratarle por compromiso y sin ningún tipo de evaluación sobre si su problemática puede ser tratada de forma eficaz desde nuestra óptica. Lo mismo sucede entre profesionales que remiten a otros profesionales que conocen para tratar a los pacientes porque valoran excesivamente su idoneidad (Crown, 1983).

- **La conducta del profesional**

El exceso de intervenciones psicoterapéuticas-en ocasiones, como resultado directo del sentimiento de miedo al fracaso que experimenta el profesional o producto de la aparición de la frustración como consecuencia de que el sujeto presenta dificultades en su mejoría (resistencias...)- puede producir también efectos iatrogénicos (Ortiz & Ibáñez, 2011).

5.2 Variables pertenecientes al paciente

Las variables iatrogénicas relacionadas con el propio paciente son difíciles de ordenar, porque se refieren, sobre todo, a las características individuales que las personas presentan y que pueden funcionar como factores de riesgo que contribuyen, en su mayoría, a que un tratamiento empíricamente validado resulte fallido, pero sin referirse exactamente a que lo que se desprenda de la presencia de alguna de estas variables sean propiamente efectos iatrogénicos para los pacientes (Crown, 1983) sino, quizás, efectos negativos (por ejemplo, abandono de la terapia).

- **La personalidad del paciente**

Crown (1983) plantea la posibilidad de que ciertos pacientes con rasgos de personalidad impulsivos, inmaduros o histriónicos realicen *acting-out*, es decir, sustituyan el acto de exploración de las dificultades personales en psicoterapia por comportamientos suicidas o conducción temeraria que pongan en peligro tanto a ellos como a los que les rodean.

En la misma línea, hay personas con trastornos de personalidad (por ejemplo, paranoide) que no permiten el establecimiento de una relación de confianza y que hacen complicado el buen desarrollo de la terapia, así como el trabajo personal con ellos (Crown, 1983).

También se habla de pacientes con rasgos masoquistas de personalidad, en los que cualquier tipo de éxito vital se convierte en una forma de activar el sentimiento de culpa; esto incluye la terapia, donde cualquier progreso es destruído como consecuencia de la activación de esta emoción (Crown, 1983).

Finalmente, la falta de motivación o de deseo hacia el cambio crónicos, esto es, que los pacientes nunca desarrollen esta aspiración en terapia, es una variable que puede ser predictora de la aparición de efectos negativos en psicoterapia (Crown, 1983).

5.3 Variables que pertenecen a la relación terapéutica

Las variables que pertenecen a la relación terapéutica son esos factores iatrogénicos que resultan de la relación entre las variables del paciente y el terapeuta. De esta forma, teniendo en cuenta que el éxito de una psicoterapia se asienta mayormente en la calidad de la relación psicoterapéutica, es decir, en la alianza terapéutica, existen muchas formas de obstaculizar esta relación y que el paciente sufra efectos dañinos (Walsh, 1988).

- **Relaciones terapéuticas perversas y contratransferencia**

La alianza terapéutica es conceptualizada como una relación de colaboración entre paciente y terapeuta, en la que se genera un vínculo afectivo así como una capacidad de acordar los mismos objetivos o metas (Horvath & Symonds, 1991, citado en Gaudiano, Dalrymple, Weinstock & Lohr, 2015). La relación terapéutica entre el paciente y el profesional es un buen predictor de los resultados de la terapia con independencia de la técnica que se aplique, ya que esto va más allá de la propia competencia del profesional (Parry, Crawford & Duggan, 2016; Gaudiano, Dalrymple, Weinstock & Lohr, 2015).

Sin embargo, existen muchas formas de dañar al paciente y destruir la alianza terapéutica durante un tratamiento. Así, decirle al paciente “que no presentará mejoría” o “que su problema empeorará si deja el tratamiento” o “si no lo hace hasta ser completado”, sólo reduce las capacidades que la persona presenta para poder enfrentarse a sus dificultades (Ortiz & Ibáñez, 2011), y genera efectos perjudiciales sobre el paciente, especialmente si este, al estar muy angustiado, ha incorporado a su sistema de creencias lo que le ha comunicado el profesional (Boisvert & Faust, 2002). Otros elementos que durante la relación terapéutica producen daños sobre el paciente pueden ser: denigrar al paciente, ser excesivamente intrusivo, mantener una actitud de control, así como dañar la autoestima o invalidar la experiencia del paciente (por ejemplo, llegar tarde a la terapia desaprobando que el paciente haga lo mismo), entre otros (Lieberman, Yalom & Miles, 1973, citado en Crown, 1983).

Además, en la relación terapéutica, un mal uso de la transferencia también puede generar efectos dañinos (Bazilian, 1993; Crown, 1983; Vaillant, 1992 citado en Boisvert & Faust, 2002). Así, por ejemplo, sugerir a los pacientes que realmente aman u odian a alguien, y no que esos sentimientos estén relacionados con una persona importante que pertenece a su pasado, podría tener efectos perjudiciales (Crown, 1983). De la misma forma, una contratransferencia negativa, concretamente marcada por un *acting-out* del terapeuta, como mostrar una conducta agresiva o sexualmente seductora con el paciente, entre otras, podría desencadenar consecuencias nocivas sobre las personas que acuden a la terapia (Crown, 1983).

5.4 Variables mixtas: El “etiquetado” o uso de categorías diagnósticas

La utilización de categorías diagnósticas es una forma de producir efectos iatrogénicos en psicoterapia que merece un apartado especial por su dificultad a la hora de clasificarse como variable perteneciente a una sola parte de la terapia (terapeuta, paciente o relación terapéutica), ya que, aunque el origen de su existencia recae en el profesional, en ocasiones, este etiquetado se pone en juego en la relación terapéutica y, en menor medida, quizás en el propio paciente. A continuación se presentan algunos ejemplos.

Las categorías diagnósticas de la DSM sirven para comprender la naturaleza de la enfermedad, pero no se debe olvidar que también los profesionales pueden usar esta herramienta para interpretar rápidamente las experiencias humanas como patologías,

hasta el punto de analizar la mayoría del comportamiento que lleva a cabo una persona como algo anormal, con independencia de si dicha experiencia está o no recogida en la categoría diagnóstica (Boisvert & Faust, 2002).

De esta manera, algunos autores afirman que, cuando el profesional utiliza categorías diagnósticas, esto acaba por generar en el paciente una percepción de sí mismo basada en la propia categoría, lo que tiene efectos perjudiciales sobre este; por ejemplo, los sujetos interpretan la mayoría de sus experiencias como resultado del proceso patológico inherente a ellos y comienzan a definirse como “incurables” (Boisvert & Faust, 2002). También el hecho de que el paciente se identifique con esa nueva identidad de “enfermo”, puede generar que la persona se retraiga socialmente o genere baja autoestima, entre otros efectos perjudiciales (Ortiz & Ibáñez, 2011).

Además, el etiquetado o el uso de categorías diagnósticas alberga otros efectos iatrogénicos para el paciente que se ponen de relieve fuera del espacio terapéutico. Así, en una sociedad donde aún existen numerosos estereotipos ante la enfermedad mental, el paciente etiquetado genera actitudes de defensa ante la previsión de un posible rechazo social (Link, Cullen, Struening et al, 1989, citado en Boisvert y Faust, 2002).

El uso de categorías diagnósticas puede generar iatrogenia en la relación terapéutica, ya que se produce un aumento en la asimetría de esta, es decir, el paciente comienza a desempeñar un rol dependiente y el profesional un rol sobreprotector (Walsh, 1988; Ortiz & Ibáñez, 2011). De esta forma, la categoría diagnóstica puede promover ganancias secundarias que perpetúan los patrones negativos, es decir, a través de la angustia el paciente recibe atención y el terapeuta satisface ese deseo de “sentirse necesitado” por alguien (Boisvert & Faust, 2002; Ortiz e Ibáñez, 2011).

Finalmente, el uso de categorías diagnósticas puede promover que algunos pacientes justifiquen sus malas acciones (por ejemplo, evadir responsabilidades) aludiendo a su diagnóstico como justificación para ello (Boisvert & Faust, 2002).

6. Terapeutas Potencialmente Peligrosos. El caso de la psicoterapia sectaria.

Algunos autores plantean la posibilidad de que, aparte de existir terapias potencialmente peligrosas, existan terapeutas iatrogénicos, llegando al punto de plantear que la identificación de estos debería ser prioritaria a la de las terapias potencialmente peligrosas (Boisvert, 2006, citado en Lilienfeld, 2007).

De esta forma, aunque ser autoritario y mantener la creencia de que, como profesional, se posee la verdad absoluta podría ser una variable perteneciente al terapeuta presente en cualquier terapia y que genere efectos negativos sobre los pacientes (Crown, 1983; Yalom & Lieberman, 1971; Mohr, 1995 citado en Lilienfeld, 2007), este fenómeno se vincula muy de cerca con lo llamado en inglés *Psychotherapy cults*. En estas comunidades, existen terapeutas carismáticos, autoritarios, dominantes y narcisistas (Conway & Siegelman, 1978; Lifton, 1979; Rudin & Rudin, 1980; Singer, 1979 citado en Temerlin & Temerlin, 1982) que rompen con el código deontológico terapéutico y se inmiscuyen en las vidas personales de sus pacientes, actuando como si su concepto de psicoterapia fuera el único válido y coartando la libertad de aquellos cuando quieren buscar otro terapeuta, entre otras numerosas prácticas. Estos terapeutas presentan las interpretaciones que hacen como verdades y no como hipótesis que guían la exploración de la experiencia del paciente.

Los efectos iatrogénicos producidos por estos terapeutas son muy variados y no permiten incluir este fenómeno como una variable más del profesional que pueda generar efectos negativos sobre los pacientes, sino que quizás debería ser tratado como algo sectario y profundamente iatrogénico. De esta forma, los pacientes terminan dependiendo de estos profesionales y generando una falsa sensación de tener un grupo con el que identificarse, aceptando esa terapia como la mejor y única para tratar su problema a la vez que se alejan de sus grupos de ayuda externa como son los familiares y amigos, también ven como desleales a otros pacientes que “abandonaron a su terapeuta”, entre otros muchos efectos dañinos (Temerlin & Temerlin, 1982).

7. Medidas para evitar los efectos iatrogénicos en psicoterapia

A la hora de describir los posibles métodos existentes para evitar los efectos iatrogénicos en una psicoterapia, es importante distinguir que hay medidas que se dirigen exclusivamente hacia las terapias consideradas como potencialmente peligrosas, otras van orientadas a solucionar los efectos iatrogénicos que se desprenden de las variables presentes en psicoterapia, y otras son mixtas, es decir, son soluciones aplicables tanto para evitar los efectos iatrogénicos procedentes de terapias potencialmente peligrosas como de otras variables ajenas al tratamiento y que generan daños sobre los pacientes.

- **Primum non nocere: principio de no maleficiencia**

Esta medida está dirigida especialmente hacia las terapias potencialmente peligrosas. De esta forma, los hallazgos demuestran que solo el conocimiento de terapias empíricamente validadas no es suficiente para evitar que los profesionales hagan uso de las terapias potencialmente peligrosas (Lilienfeld, 2007). Este autor señala que la identificación de terapias potencialmente peligrosas debería ser prioritaria a las terapias empíricamente validadas, puesto que el conocimiento de estas terapias e investigar más sobre sus efectos ayuda concienciar a los profesionales sobre los efectos negativos que pueden desprenderse de los tratamientos, a la vez que se motiva al abandono de terapias que dañan la salud de los pacientes (Lilienfeld, 2007), como ya se ha comentado en la introducción.

No obstante, tanto el abandono en el uso de terapias potencialmente dañinas como aquellas que no tienen evidencia científica responde al principio de no maleficiencia por el que se rigen todos los profesionales, esto es, no hacer daño a los pacientes (Lilienfeld, 2007).

De esta forma, el principio de no maleficiencia se pone en relación con un artículo del código deontológico psicológico donde se hace referencia a que estos profesionales deben trabajar con técnicas científicas, válidas y probadas (APA code of conduct, 2002, citado en Lohr, Gist, Deacon, Devilly & Varker, 2015). Dicho de otro modo, los profesionales de la Psicología deben abandonar el uso de terapias que no están demostradas empíricamente y cuyos efectos, conocidos o desconocidos pueden ser devastadores para la salud de los pacientes (Lohr, Gist, Deacon, Devilly & Varker, 2015). De la misma manera, estos profesionales deben informar del conocimiento que tengan sobre prácticas

que han resultado ser potencialmente dañinas para los pacientes (Barlow, 2010; Lilienfeld, 2007, citado en Lohr, Gist, Deacon, Devilly & Varker, 2015).

En el caso de que la terapia que se vaya a llevar a cabo no sea potencialmente peligrosa, pero tenga riesgos de producir daños, habrá de avisarse al paciente sobre el procedimiento que se vaya a llevar con el objetivo de que este delibere, con toda la información, si desea o no someterse a dicho tratamiento (Lohr, Gist, Deacon, Devilly & Varker, 2015).

En pocas palabras, los tratamientos que tienen mucho potencial para producir daño deben ser evitados, y aquellos que producen tanto efectos positivos como negativos deben ser implementados con cautela (Lilienfeld, 2007).

Por otro lado, si una terapia es inocua, esto es, no dañina de forma física o psicológica, pero la evidencia demuestra que la mejoría del paciente no podrá ser atribuida al tratamiento, el terapeuta está obligado a comunicar al paciente que este tratamiento no es el usual para su dificultad, a la vez, que habrá de proponer alternativas más adecuadas para el tratamiento de su problema (Lohr, Gist, Deacon, Devilly & Varker, 2015).

- **Incluir la “cifra negra” de datos en las investigaciones**

Algunos autores, como Walsh (1988), plantean que los pacientes pueden sufrir una experiencia personal iatrogénica y esto no se recoge como tal en la monitorización u observación del deterioro clínico.

De esta forma, todos los aspectos que puedan ser considerados daño potencial en terapia deberían ser monitorizados y recogidos en los ensayos clínicos. Además, en los informes publicados deberá especificarse si los efectos adversos son producto de la intervención, sobre qué población concreta, y recoger un seguimiento en sucesivas publicaciones (Parry, Crawford & Duggan, 2016).

- **Adecuar el lenguaje a la situación**

El mero uso de categorías diagnósticas o lenguaje negativo sobre el paciente, no es lo que le genera efectos perjudiciales, sino que esto está relacionado con el tipo de paciente, la cantidad de veces que se usen estas categorías durante la terapia y la situación que presente el cliente, entre otras variables (Boisvert & Faust, 2002). En ocasiones, utilizar palabras relacionadas con la jerga psiquiátrica sobre las personas, puede promover cambios positivos; por ejemplo, si un terapeuta le comunica a su paciente que tiene demasiada carga emocional, quizás puede ayudar a que este se dé cuenta de que tiene una

responsabilidad y peso innecesarios, lo que le puede ayudar a entender mejor su situación y atribuir un nuevo significado a sus experiencias vitales (Boisvert & Faust, 2002).

No obstante, para que el uso de categorías diagnósticas resulte positivo, aparte de no usarse con la nominación propia del manual diagnóstico, Boisvert & Faust (2002) proponen el uso de metáforas que describan lo que le sucede al paciente de una forma tal que se reduzca el efecto de la mirada patologizante y ayude al paciente a normalizar las experiencias a través de la imaginación, comprendiendo sus dificultades y facilitando el cambio.

Sin embargo, es importante señalar que el uso de metáforas es un arma de doble filo, pues, si el paciente se identifica completamente con la metáfora, puede suceder lo mismo que cuando se utilizan categorías diagnósticas sobre este, es decir, puede comenzar a sentirse víctima, vulnerable o debilitado, lo que le dificultaría moverse a la acción (Hillman, 1983 citado en Boisvert & Faust, 2002). Además, las metáforas, al igual que la categoría diagnóstica, reducen a una sola frase o palabra lo que le sucede al paciente, lo que puede crear una falsa ilusión de completo entendimiento en los profesionales, cuando la realidad del sujeto es más compleja (Boisvert & Faust, 2002).

- **Generar conciencia entre los presentes y futuros profesionales**

Es importante generar conciencia entre los terapeutas sobre los posibles efectos negativos que pueden desprenderse tanto del uso de una terapia potencialmente peligrosa como de las múltiples variables que contribuyen a que la terapia se convierta en nociva, e intentar plantear estrategias para minimizar estos efectos (Boisvert & Faust, 2002). Además, como estrategia adicional de prevención, Walsh (1988) apunta que las cuestiones relacionadas con los efectos iatrogénicos deberían formar parte del plan de estudios de postgrado.

- **Desarrollar conclusiones alternativas entre los profesionales**

Una forma particular de reducir los efectos iatrogénicos en psicoterapia -y que parte de los propios profesionales- consiste en generar alternativas a los patrones de juicio que estos mantienen y que dificultan el funcionamiento de la psicoterapia (Boisvert & Faust, 2002). Así, por cada vez que un terapeuta piense que la única solución para el problema es la psicoterapia, debería pensar también en múltiples razones por las que no; por cada vez que un profesional atribuye a un comportamiento la categoría de patológico, debería reflexionar sobre las razones por las que quizás no lo es...(Arkes, 1981, citado en Boisvert

& Faust, 2002). En última instancia, los psicólogos deben aceptar que existen situaciones que, aun siendo difíciles, no requieren de ayuda psicoterapéutica para resolverse, sino que se solucionan solas pasado un tiempo (Frances & Clarkin, 1981, citado en Boisvert & Faust, 2002).

- **Incrementar el sistema social de apoyo de los pacientes y sus potencialidades individuales**

Esta medida consiste en identificar y reconocer los sistemas naturales de soporte que rodean a los pacientes (familia, conocidos, grupos de pares...), ya que estos pueden disminuir los efectos negativos de un tratamiento (Campbell, 1992, citado en Boisvert & Faust, 2002). El hecho de que un paciente posea sistemas de ayuda externos al contexto terapéutico, reduce la posibilidad de efectos iatrogénicos tanto en el paciente como en el terapeuta. Así, la persona reduce su dependencia hacia el terapeuta y el profesional disminuye su tendencia a pensar en “sus habilidades terapéuticas como única solución para este paciente” y “la terapia y ayuda profesional como vías exclusivas para sentirse mejor” (Christensen & Jacobson, 1994; Faust & Zlotnick, 1995; Strupp & Hadley, 1979 citado en Boisvert & Faust, 2002).

De la misma forma, la iatrogenia durante una sesión terapéutica puede reducirse aumentando las habilidades que el propio paciente posee; por ejemplo, reforzando las soluciones que el paciente utilizó en algún momento y que le resultaron útiles (Boisvert & Faust, 2002) o motivando y empoderando al propio paciente con el objetivo de convertir al sujeto en su propio motor generador del cambio (Rappaport, 1981, citado en Walsh, 1988). No obstante, el uso de la motivación o de las potencialidades de las personas entre otros elementos, para evitar el fenómeno de la iatrogenia en psicoterapia, implica evolucionar hacia una relación de cooperación y simetría con el sujeto que rompe con los esquemas tradicionales de realizar psicoterapia (Newbrough, 1980, citado en Walsh, 1988), un modelo que quizás no siempre es sencillo de adoptar para algunos profesionales.

Además, personalmente, creo que el empoderamiento y desarrollo de las capacidades individuales de los pacientes en terapia, podría desencadenar otro efecto iatrogénico difícil de medir, el daño a terceros. Por ejemplo, si yo en terapia enseño a una persona que habitualmente accede a todas las demandas de los demás, entrenamiento en

habilidades sociales asertivas, tengo que tener en cuenta que el entorno puede empezar a percibir a esta persona como hostil.

- **Cuestión de profundidad y frecuencia en la terapia**

Algunos autores, como Crown (1983) (citado en Boisvert & Faust, 2002), plantean reducir la iatrogenia en psicoterapia disminuyendo la frecuencia y profundidad de exploración durante las sesiones. La profundidad de la exploración en psicoterapia consiste en elementos como pasar de concentrarse en lo que sucedió en el pasado al funcionamiento actual del paciente en diversas esferas relevantes para la problemática (laboral, social, sexual...), entre otras estrategias (Crown, 1983).

En pocas palabras, en ocasiones, es mejor cambiar el foco de una exploración profunda a uno más superficial como la solución de problemas, especialmente cuando las terapias a largo plazo se plantean dañinas.

- **Establecer un tiempo de prueba**

Algunos autores, como Crown (1983), plantean que los efectos negativos de una terapia pueden suceder, entre otras cosas, cuando el profesional, guiado por la premura, establece de forma definitiva que un tipo de terapia es la correcta para el paciente sin definir un período de prueba para comprobarlo. Así, según este autor, una forma de solucionar esto es comunicando honestamente al paciente que, como la decisión de si una terapia es la adecuada para él no puede realizarse de forma inmediata, se le ofrece la oportunidad de asistir a algunas sesiones (entre 4 y 6) para descubrirlo. De esta forma, los pacientes “no adecuados” se detectan antes de que se ocasionen efectos negativos sobre ellos (Crown, 1983).

- **Disponer de un consenso sobre el término “daño”**

Algunos autores, como Dimidjian & Hollon (2010), apelan a la necesidad de establecer un consenso científico sobre lo que se considera daño terapéutico. Según estos autores, algunos factores que se tienen que tener en cuenta para lograr un acuerdo sobre esto son: el efecto iatrogénico que se produce sobre el problema presentado y otros campos, la presencia simultánea de efectos dañinos y beneficiosos en un mismo tratamiento, la variedad de perspectivas según las partes, el tiempo, las variables del paciente y una comprensión profunda de los métodos de intervención.

8. Conclusiones

La iatrogenia terapéutica es un fenómeno complejo de abordar. Como se ha podido observar a lo largo del trabajo existen múltiples razones por las que un tratamiento puede convertirse en iatrogénico para los pacientes. De esta forma, tanto el uso de una terapia potencialmente peligrosa como la utilización de terapias empíricamente validadas pueden hacer daño a los pacientes, complicando la delimitación de los efectos iatrogénicos producidos por el propio tratamiento psicológico. Además, la determinación de los efectos dañinos en un proceso psicoterapéutico se dificulta aun más, si se tiene en cuenta que los efectos nocivos también pueden producirse por variables pertenecientes a los agentes que componen la psicoterapia (terapeuta, paciente y/o relación terapéutica) y no por el tratamiento.

No obstante, resultaría interesante establecer un consenso en la comunidad científica sobre el término “daño terapéutico” para facilitar el entendimiento entre profesionales a la hora de abordar este tema.

Por último, se propone una línea de investigación que por razones de espacio no ha podido ser incluida en el trabajo. De esta forma, el estudio de una ciencia de la salud como es la Psicología, ¿puede generar algún efecto iatrogénico en personas que parten de base con algún problema que quizás merece la calificación de trastorno?. El estudio de esta cuestión podría parecer irrelevante, aunque quizás no lo fuera tanto, si hablamos de una profesión donde es tan importante el velar por la salud psíquica del paciente como la de uno mismo.

9. Referencias bibliográficas

Boisvert, C. W. & Faust, D. (2002). Iatrogenic symptoms in psychotherapy. A theoretical exploration of the potential impact of labels, language and belief systems. *American Journal of Psychotherapy*, 56(2),244-256.

Crown, S. (1983). Contraindications and dangers of Psychotherapy. *The British Journal of Psychiatry*,143, 436-441.

Dimidjian, S. & Hollon, S.D. (2010). How would we know if psychotherapy were harmful?. *American Psychologist*, 65(1), 21-33.

Gaudiano, B.A., Dalrymple, K.L., Weinstock, L.M., & Lohr, J.M. (2015). The science of psychotherapy: developing, testing, and promoting evidence-based treatments. En S.O. Lilienfeld, S.J. Lynn, & J.M. Lohr (eds.). *Science and pseudoscience in clinical psychology* (2nd ed., pp.155-190). New York: The Guilford Press.

Lilienfeld, S.O. (2007). Psychological treatment that cause harm. *Association for Psychological Science*, 2(1),53-66.

Lilienfeld, S.O., Lynn, S.J. & Lohr, J.M. (eds.).(2015). *Science and pseudoscience in clinical psychology* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.

Lilienfeld, S.O & Lynn, S.J. (2015). Dissociative Identity Disorder: A contemporary scientific perspective. En S.O. Lilienfeld, S.J. Lynn, & J.M. Lohr (eds.).*Science and pseudoscience in clinical psychology* (2nd ed., pp. 113-152). New York: The Guilford Press.

Lohr, J.M., Gist, R.,Deacon, B., Devilly, G.J. & Varker, T. (2015). Science and non-science based treatment for trauma- related stress disorder. En S.O. Lilienfeld, S.J. Lynn, & J.M. Lohr (eds.). *Science and pseudoscience in clinical psychology* (2nd ed., pp 277-321). New York: The Guilford Press.

Lynn, S.J., Krackow, E., Loftus, E.F., Locke, T.G. & Lilienfeld, S.O. (2015). Constructing the past: problematic memory recovery techniques in psychotherapy. En S.O. Lilienfeld, S.J. Lynn, & J.M. Lohr (eds.). *Science and pseudoscience in clinical psychology* (2nd ed., pp. 210-244) . New York: The Guilford Press.

Mercer, J. (2015). Attachment therapy. En S.O. Lilienfeld, S.J. Lynn, & J.M. Lohr (eds.). *Science and pseudoscience in clinical psychology* (2nd ed., pp. 466-499). New York: The Guilford Press.

Ortiz, A & Ibáñez, V. (2011). Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. *Revista Española Salud Pública*,85(6),513-523.

Parry, G.D, Crawford, M.J. & Duggan, C. (2016). Iatrogenic harm from psychological therapies. Time to move on. *The British Journal of Psychiatry*, 208, 210-212.

Petrosino, S., MacDougall, P., Hollis- Peel, M.E., Fronius, T.A & Guckenberger, S. (2015). Antisocial Behavior of children and adolescents: harmful treatment, effective interventions and novel strategies. En S.O. Lilienfeld, S.J. Lynn, & J.M. Lohr (eds.). *Science and pseudoscience in clinical psychology* (2nd ed., pp.500-525) . New York: The Guilford Press.

Pignotti, M & Thyer, B.A. (2015). New Age and related novel unsupported therapies in mental health practice. En S.O. Lilienfeld, S.J. Lynn, & J.M. Lohr (eds.). *Science and pseudoscience in clinical psychology* (2nd ed., pp.191-209). New York: The Guilford Press.

Temerlin, M. K., & Temerlin, J. W. (1982). Psychotherapy cults: An iatrogenic perversion. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19 (2), 131-141.

Walsh, R.T. (1988). The dark side of our moon: the iatrogenic aspects of professional psychology. *Journal of Community Psychology*, 16, 244-248.