

# CONTRADICCIONES DE LA PSIQUIATRÍA MÉDICA

## EN LA TEORÍA Y EN LA PRÁCTICA

### CONTRADICTIONS OF MEDICAL PSYCHIATRY IN THEORY AND PRACTICE

**Julio Company Ortega**

Psiquiatra de la Seguridad Social, CSMA Maresme sud, Barcelona. España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7729-7039>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Company Ortega, J. (2020). Contradicciones de la Psiquiatría Médica. En la teoría y en la práctica. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 163-179. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.329>

#### Resumen

*Este texto no trata sobre una nueva psiquiatría o un manifiesto de ruptura con el abordaje actual de los trastornos mentales. Más bien trata de poner de relieve el alejamiento sistemático de lo genuino del individuo, por un proceder basto, impreciso, pero a la vez implacable, característico de la psiquiatría médica imperante. Me cuestiono si esta aproximación al padecimiento existencial no contribuye, por el contrario, a la cronificación de dicho sufrimiento al verse forzado el sujeto a identificarse, sin opción, a una posición pasiva que lo sitúa como enfermo mental. Desde la mirada de un psiquiatra al uso se resaltan contradicciones evidentes, tanto en la teoría como en la práctica, y se indaga sobre el núcleo del aferramiento, terco, a las mismas.*

**Palabras clave:** Trastornos Mentales, Genuino, Psiquiatría Médica Imperante, Cronificación, Posición Pasiva, Enfermo Mental, Contradicciones.

#### Abstract

*This text is not about a new psychiatry or a manifesto breaking with the current approach to mental disorders. Rather, it tries to highlight the systematic distancing of the genuine from the individual, by a coarse, imprecise, but at the same time implacable procedure, characteristic of the prevailing medical psychiatry. I wonder if this approach to existential suffering does not contribute, on the contrary, to the chronification of this suffering when the subject is forced to identify himself, without option, to a passive position that situates him as mentally ill. From a psychiatrist's point of view, evident contradictions are highlighted, both in theory and in practice, and the nucleus of the stubborn clinging to them is investigated.*

**Keywords:** Mental Disorders, Genuine, Prevailing Medical Psychiatry, Chronification, Passive Position, Mental Illness, Contradictions.



### Descompensación siempre por falta de medicación

Uno de los preceptos más habituales en la práctica diaria en psiquiatría, que se da en conversación con compañeros o en coordinaciones con otros dispositivos, es que, la descompensación de un trastorno mental, se explica siempre *por falta de medicación*. Pondré como ejemplo un caso que me hizo pensar, irrumpiéndome las cuestiones más ingenuas, pero que no he podido responder todavía. Se trataba de una coordinación con un servicio concreto con el que trabajamos y explicaban el caso de una mujer que había presentado una fase maníaca. Comentaban que era una paciente diagnosticada de trastorno bipolar tipo I, y que, en los últimos cuatro años no había tomado su medicación eutimizante. La conclusión fue, que la descompensación se debía al abandono de la misma.

La pregunta que se me presentó ineludible fue ¿qué la mantuvo estable durante tantos años? Si aplicamos la fórmula organicista, es decir, [lesión cerebral + medicación estabilizadora], la única explicación es que el psicofármaco haya tardado en metabolizarse cuatro años. ¿Sería este caso comparable a un cuadro de diabetes o de hipertensión? ¿Qué pensaríamos si durante cuatro años se abandona una medicación y no se presentan síntomas? En este punto se presentan otras contradicciones, como por ejemplo, personas asintomáticas con dosis teóricamente infraterapéuticas; personas que mejoran al establecer nuevos vínculos o cuando rompen con ellos (sean familiares, de pareja o incluso con el personal de la institución); otras que lo hacen cuando su situación social (por encontrar un trabajo, por incluirse en un grupo social, por mejorar su condición económica, etc.) conservando, sin embargo, la misma pauta de medicación con la que, hasta el momento, su *evolución* había sido tórpida. Cabe mencionar, contrariamente, personas, que, a pesar de una pauta invariable de medicación, se descompensan.

La cuestión es, que, si nuestro discurso se enfoca en describir *enfermedades mentales crónicas* equiparándolas con el resto de enfermedades somáticas, es decir, que requieren de una medicación continua y para toda la vida ¿cómo encajan las anteriores situaciones en esta ecuación? ¿Por qué en vez de obviar estos hechos, pensamos en qué factores permiten a la persona estar estable, más allá de la toma psicofármacos? Dicho de otro modo, ¿qué otras variables son las que hacen que una persona permanezca *compensada*? Son preguntas que caen por su propio peso, pues no son casos aislados, pero ¿por qué no nos lo paramos a pensar? Citaré algunos factores que pueden contribuir a ello:

- La carga asistencial: un psiquiatra al uso en régimen ambulatorio puede llegar a tener en su agenda de trescientos a seiscientos pacientes. Se trata de una carga asistencial enorme, pues no sólo incluye el aspecto clínico (visitas programadas, grupos de terapia, visitas o llamadas de urgencia), sino también el burocrático (derivaciones, informes asistenciales de diversa índole), el social-jurídico (peritaje en juicios), las coordinaciones con el propio equipo u otros dispositivos de la red de salud mental, reuniones de diversa índole y convenios de docencia. En mi opinión dicha carga

asistencial condiciona totalmente el caso que se está tratando, facilitando respuestas groseras, generalizadas, y apartándose de la singularidad de cada situación.

- La instrucción psiquiátrica oficial: la formación tradicional, sobre todo para el psiquiatra, y pese que en teoría se promulguen diferentes perspectivas como *lo comunitario*, *la rehabilitación* o *diferentes modelos de psicoterapia*, en la práctica, y, sobre todo, en el trato del llamado *trastorno mental grave*, hay una jerarquía evidente de lo biológico. Muy excepcionalmente se escucha que una psicoterapia le gane el terreno a una medicación; o que un abordaje personalizado de las necesidades de una persona desde el punto de vista comunitario (por ejemplo, encontrar un espacio concreto donde desplegar una actividad que actúe de suplencia, generar nuevos lazos sociales, actuar de acompañante como agente contrafóbico, etc.) reemplace programas de psicoeducación o permita la remisión progresiva de la pauta medicamentosa. Se pueden plantear espacios psicológicos o acompañamientos más personalizados, pero (casi) siempre como algo complementario y manteniendo incuestionable la pauta crónica de medicación. También se comprueba en la práctica diaria, que personal más disponible a pie de calle, como el *programa de seguimiento individualizado* o PSI, actúa, de nuevo, como repetidor del discurso médico o para instruir o supervisar que el usuario se adhiera a ese saber imperante, más que aprovechar la oportunidad de vincularse y conocer con más tiempo y espacio a aquel genuino sujeto, al margen de la sintomatología que padezca. Por suerte, debo decir, se encuentran excepciones que modifican la regla.

Aunque, sobre todo en el periodo formativo, se promueven enfoques diferentes, en la práctica diaria como adjunto, de forma más o menos alusiva, todo acercamiento se encauza hacia al paradigma biologicista, quedando, lo que quiera que signifique *lo psico-social*, relegado a un segundo plano.

- La comodidad o la evitación de más estrés: resulta mucho más llevadero asociar la descompensación a falta de medicación, pues sólo son necesarios unos minutos en instruir a una persona, que indagar en qué factor externo y o subjetivo ha sido el precipitante de la descompensación, lo cual, en cambio, puede acarrear varias visitas, es decir, meses, y eso en caso de que haya una disposición por parte del interlocutor. Instruir a una persona en neurotransmisores y un par de medicaciones con el precepto de que es para toda la vida se tarda muy poco tiempo. Explorar la dimensión personal, en cambio, es decir, su posición ante la vida, sus relaciones, sus fantasías, su angustia nuclear, sus defensas, sus suplencias, los significantes que lo designan, las coyunturas de desestabilización, etc., es decir, indagar en lo específico de la persona es algo complejísimo para lo que se requeriría, en cambio, años.

En esta misma línea, en la práctica diaria, si se produce una recuperación o

mejoría siempre se deberá a la medicación, tanto si el cambio se produce inmediatamente, como si lo hace a meses vista. Por ejemplo, durante la rotación en la unidad hospitalaria de agudos en mi época de residente, observaba, a veces, que la estabilización clínica se producía de forma repentina e ingenuamente preguntaba qué factores contribuían a que una persona se recuperara a los pocos días de estar ingresada, y en cambio otra tardara hasta cuatro semanas en hacerlo. La respuesta siempre era por la introducción de tal o cual pauta farmacológica. La contundencia que percibía de la respuesta era tal que no osaba cuestionarla. Quedaba en silencio, pero en mi fuero interno pensaba cómo dos aspectos contrarios podían tener la misma solución, sin introducir ninguna variable más.

Sobre la estabilidad psicopatológica, en general, ¿no es posible que se esté excluyendo el distanciamiento con ciertos factores desencadenantes que le posicionan a un de tal o cual manera, la narrativa de lo sucedido que la misma persona elabora con el tiempo, la adquisición o recuperación de suplencias o nuevas relaciones que permiten un posicionamiento subjetivo diferente? Todas estas variables, quizá menos palpables y difíciles de evaluar, y sin embargo determinantes, no se contemplan, o lo que es más grave, apenas se tiene noción de ellas.

Ocurre también que, después de años de medicación, la persona que la abandona se desestabiliza, con lo cual, se infiere, de nuevo, que se debe a la *falta de medicación*. Sin embargo, me asaltan otras hipótesis, como, por ejemplo, ¿no se modulará el cerebro, después de décadas de perpetua pauta farmacológica, de manera que se haga dependiente a la misma? ¿No es posible, también, que la persona tras años de constante psicoeducación y subyugada a coordenadas como *la medicación es para siempre, no dejes la medicación o empeorarás*, o de modo indirecto con continuas alusiones a la misma, esté representada por una serie de significantes, fuera de los cuales quede totalmente desprovista de identidad?

Me gustaría citar, ahora, algunos ejemplos de primeras descompensaciones extraídas tanto de la literatura psiquiátrica como de la práctica diaria y que, en este tenor, me hacen pensar qué se pone en juego más allá de un supuesto desequilibrio irreversible de neurotransmisores.

- La hermana de una paciente se casa; ésta última se va a vivir con ella; el marido de la hermana va a la mili; en este periodo de ausencia del marido, la hermana tiene un amante; la paciente, aunque en contradicción, facilita la relación; en un momento dado, ésta empieza a sentir que el nuevo amante de la hermana se siente atraído por ella (la paciente); ésta brota cuando ve a la hermana mayor y al amante besarse.
- Paul Schreber (2018), caso clásico de psicosis, presenta un cuadro psicótico cuando le nombran miembro del tribunal de Apelación de Dresde.
- Una madre, que siempre había soñado con serlo, entra en descompensación psicótica cuando el médico le da el niño tras el parto.
- Una mujer, que había sido sodomizada desde que era pequeña, en la adolescencia presenta incontinencia fecal. Inicia un cuadro alucinatorio

grave en el momento en que le reconstruyen el esfínter anal.

- Un investigador que lleva décadas trabajando en una investigación. Presenta un cuadro psicótico en el momento en que la pública.

¿Cómo se explican todos estos ejemplos desde un punto de vista biológico? ¿Se trata quizá de un estrés agudo que lleva a la desorganización de neurotransmisores? ¿Lo podría demostrar para poder afirmarlo de forma tan tajante? Por ejemplo, en cuanto a la primera suposición, seguramente la persona habrá soportado a lo largo de su vida situaciones de mayor carga emocional, así es que, ¿por qué ha sido en ese contexto concreto donde ha salido a escena la psicosis? ¿Por qué por un lado nos desentendemos de buscar la bisagra que torna hacia la locura, pero por el otro, damos una unívoca explicación biológica?

¿No funcionamos, quizá, a partir de unos parámetros que determinan la percepción tanto del mundo que nos rodea como de nuestra identidad, pudiendo acontecer situaciones que los hagan tambalearse?

### **Contraste de la psiquiatría con respecto del resto de especialidades médicas**

Una de las cosas que se le exige a cualquier especialidad médica, más hoy en día, es la correlación anatomo-clínica. Es decir, la relación entre la clínica y el hallazgo lesivo causal y sus secuelas, no en uno, sino en diferentes planos: anatómico (macroscópico), anatomopatológico/histopatológico (microscópico) y actualmente, incluso, el genético y epigenético. Ésta es quizá una de las más evidentes contradicciones, ya que nunca se verá a un psiquiatra pedir una sola prueba diagnóstica, sino que, por el contrario, dirá que la pide para descartar organicidad, pero ¿no habíamos quedado que lo psiquiátrico es biológico, luego orgánico? Así pues, ¿asumimos que la psiquiatría se sostiene en la medicina sin poder explicar ninguna de sus *enfermedades* desde un punto de vista anatómico, fisiopatológico ni genético, es decir, sin un agente causal?

A lo largo del siglo XVII surge en Europa y América un movimiento filosófico que será conocido como la edad de la razón o la ilustración. Sus participantes querían iluminar el intelecto humano y la cultura después de la oscura Edad Media. El interés se desplazó hacia el hombre y concretamente en el alcance de la plenitud a través de la razón, lo cual se fue haciendo extensible al ámbito social, económico, político y científico. En este marco, los médicos impusieron la jerarquía del método por encima de las teorías generales y se empeñaron en hallar el agente causal último de las enfermedades del cuerpo. Sobre este eje, se buscaría identificar las enfermedades naturales del hombre, que debían cumplir ser numerables e irreducibles, con un proceso y pronóstico determinado y consecuentes a un agente causal concreto. Por ejemplo, una neumonía se debía diferenciar de una apendicitis y ésta de la gota, ya que las tres tendrían unos signos concretos en diferentes órdenes: el clínico, el anatómico y el anatomopatológico. Paralelamente, si se hallaba el agente causal de una patología, se definiría un tratamiento específico para aquél. Consecuencia de ello, se descartaron, por un lado, las teorías generales, y como

corolario se rechazaron también las panaceas, es decir, aquellos tratamientos que servían, en teoría, para cualquier tipo de padecimiento.

La psiquiatría, podría aspirar acercarse al resto de la medicina si se hallara, para cada supuesta enfermedad, un agente causal concreto, es decir, que para corroborar que una persona tuviera, supongamos, esquizofrenia, halláramos en sangre una sustancia única y común en todas las personas que hubiéramos diagnosticado de la misma. Podríamos llamar a esta sustancia, a modo de ejemplo, *esquizofreína*, y, si observáramos que a determinados valores por encima se iniciara la clínica que asociamos a esta psicosis, y a otros valores por debajo remitiera, estaríamos en condiciones de afirmar que su origen es biológico. Lo mismo para la melancolía-manía y para la paranoia. Dicho así parece absurdo, reduccionista y propio de la ciencia ficción, sin embargo, es lo que anhela la psiquiatría médica, es decir, un marcador biológico que delimite una enfermedad de otra. Si estamos lejos de alcanzar este punto, mucho más lo estamos de asignar una enfermedad mental a un determinado gen, lo cual, revelándose una hazaña imposible se ha optado por justificarse desde la *multicausalidad*, lo *multifactorial* o lo *biopsicosocial*, es decir, volver, en mi opinión, a constructos generales y teorías vagas que no apuntan a nada en concreto ¿no es otra contradicción?

Este aspecto queda más difuminado si cabe en el terreno de la neurosis, la cual queda enmascarada con términos tan comunes, y a la vez que inespecíficos, como son la *depresión*, la *distimia* o *trastorno de la personalidad*. Bajo estos constructos se puede encontrar, en muchas ocasiones, desde gente agotada y en condiciones externas muy diversas, personas en duelo por pérdidas de diferente índole, conflictos internos reactivos a diversos factores de estrés, hasta incluso, síntomas iniciales de un desencadenamiento psicótico posterior. Dado que hoy en día se ha perdido el valor de la causalidad psíquica y se ha promocionado el diagnóstico rápido equiparando el síntoma superficial con la estructura, ha tenido lugar la aparición de una cantidad ingente de diagnósticos superficiales de escaso valor pronóstico y mucho menos, que señalen un tratamiento preciso.

Por otra parte, el tratamiento en psiquiatría es lo más parecido a una panacea, es decir, a un remedio poco específico que sirve para muchas cosas, lo cual es debido a que no hay una sustancia natural sobre la que actuar. Por ejemplo, podríamos emplear un mismo tratamiento, pongamos un *antipsicótico*, para un caso en que se considere de impulsividad excesiva, para una situación de ansiedad generalizada suficientemente invalidante, para una ideación obsesiva, para sintomatología psicótica o para el insomnio pertinaz. También para alguien cuya extravagancia nos inquiete. Ante esto nos mostramos impasibles, pero ¿qué pensaríamos si para la hipertensión, nos pautaran un antidiabético o la hormona tiroidea? ¿no dudáramos de su precisión tanto diagnóstica como terapéutica?

También hay diferencia en el objetivo último que persiguen las especialidades médicas con respecto de la psiquiatría. La finalidad de las primeras es evitar la muerte del sujeto derivada de un proceso morboso natural y consecuencia directa

de una disfunción orgánica o aliviar el dolor somático. La psiquiatría, sin embargo, intenta controlar la sinrazón o el padecimiento existencial. Parecen, más bien, realidades diferentes, dado que la muerte es algo universal, mientras que el sentido de una conducta o el padecimiento existencial se asocian a una cultura determinada y un tiempo histórico particular.

### **Particularidades de nuestros diagnósticos**

Se infiere de lo descrito anteriormente, que si no hay un agente causal nuestro diagnóstico tampoco apuntará a una lesión orgánica específica, como sí lo es, por ejemplo, un *infarto de miocardio con elevación del segmento ST*, el cual conllevará a una intervención determinada acorde con la lesión descrita. Conforme a esta particularidad, tanto el tratamiento como el pronóstico en psiquiatría se vuelven imprecisos. Como veremos más adelante los psicofármacos inhiben o atenúan la conducta por un efecto depresor del sistema nervioso, pero no porque estén subsanando una lesión. Así sucede, entonces, que bajo una misma etiqueta diagnóstica respiran individuos totalmente distintos con manifestaciones clínicas y conductuales tan dispares que nada tienen que ver con el diagnóstico al que quedan perpetuamente asociadas ¿Qué tendrá que ver una persona con una ideación delirante aguda que remitió y sigue con su vida en apariencia normal; con otro que decidió silenciarse para siempre; con otro cuya desorganización conductual es tal que no puede vivir más que en un centro cerrado; con otro que escucha voces comentadoras de vez en cuando y que lejos de asustarle le hacen compañía; con otro a quien le atemorizan de forma constante y vocifera para deshacerse de ellas? ¿Cómo es posible que una etiqueta diagnóstica suture toda esa discontinuidad?

Otra peculiaridad de nuestros diagnósticos se da, a veces, cuando advertimos estructuras que podemos considerar como psicóticas por los síntomas, por la manera de relacionarse, por el tipo de ansiedad, por funcionamiento general, por el peso de certeza de sus ideas, etc., pero decidimos diagnosticar de *trastornos* calificados como *leves* porque convenimos que la persona se maneja con suficiente normalidad como para no ser diagnosticada con tal losa, es decir, que en muchas ocasiones se tiene en cuenta el impacto estigmatizador e invalidante en muchos campos de su vida, que sobreviene al ser diagnosticado de una enfermedad mental ¿es este efecto estigmatizador, común al resto de especialidades médicas?

La psiquiatría debe de ser de las pocas especialidades médicas cuyo manual diagnóstico oficial cambia radicalmente sus criterios cada cierto tiempo sin que haya una causa natural o biológica que lo justifique. Sería como si de repente encontráramos en los manuales diagnósticos de cardiología que el corazón se sitúa a la derecha sin encontrar una explicación para ello. ¡Como si la naturaleza cambiara en función del consenso entre un puñado de expertos!

Sobre este manual se pueden decir muchas cosas. En primer lugar, se habla en estos textos de *trastornos mentales* y no de *enfermedades mentales*, lo cual parece ser un signo de que no hay consenso en la concreción de una lesión cerebral

que permita esculpir en piedra el segundo término. En esta misma dirección, no hablamos de *cerebral*, sino de *mental*. El primero remite a una etiología orgánica, material y palpable; mientras que el segundo, en cambio, es un término abstracto, intangible y más común en el terreno de la psicología, la antropología, la literatura u otras ciencias humanistas. Reconocido este hecho incluso por los manuales oficiales *Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastorno Mentales* (5.ª Ed.; *DSM- V*; American Psychiatric Association [APA], 2013) y *Clasificación Internacional de las Enfermedades* (CIE-11; Organización Mundial de la Salud, 2018), es llamativo, y a la vez contradictorio, lo habitual con lo que se habla de *enfermedad mental* en la práctica diaria, equiparándose al resto de enfermedades somáticas, y, en consecuencia, orientando su manejo de un modo generalista y sistematizado.

El *DSM* define el trastorno en términos de comportamiento, con lo cual se produce una diseminación de la patología. Por ejemplo, en vez de considerar la timidez y el nerviosismo como síntomas de una categoría clínica subyacente por descubrir, éstos se convierten en una categoría en sí misma, la *fobia social*. La idea de causalidad psíquica compleja o vida interior desaparece, para definirse como *acausal y ateorico*. Y ¿no vuelve a ser una contradicción permanecer en el terreno médico y erigirte sin causa biológica alguna para justificar un diagnóstico? Se desmorona la diferencia entre el síntoma y la estructura. Cualquiera puede tener un tic, una fobia, un desorden alimenticio, una obsesión, pero deberíamos estudiar qué lugar ocupa eso en la vida del individuo. Se da validez a la parte por el todo, por ejemplo, una conducta obsesiva te convierte en un neurótico obsesivo; una conducta histérica en un histérico. Se borra, en definitiva, la diferencia entre lo superficial y lo profundo, con lo que cada vez se generan más categorías clínicas facilitando que cada aspecto de la condición humana pueda convertirse en un trastorno. Parece que, cuanto más ligeros sean los criterios diagnósticos, mayor sector de la población abarcará y más fácil será diagnosticar y tratar una conducta.

Otra característica resaltable, es que a veces se fuerzan diagnósticos para diferentes finalidades, como por ejemplo para buscar recursos sociales, para introducir a la persona en protocolos que aseguren un mayor seguimiento y adherencia o para cumplir con programas específicos, pues si no se llega a un mínimo de determinadas etiquetas diagnósticas no se financia o se penaliza. Por ejemplo, en un determinado CSMA deben llegar a un 33% de diagnósticos TMS (trastorno mental severo) a final de cada año, o si no la administración sanciona con una multa económica. El usuario debe adaptarse al dispositivo y no al revés.

Operamos como si de leyes naturales se tratara y, sin embargo, en nuestra práctica clínica nunca solicitamos una sola prueba biológica diagnóstica. ¿No es eso algo cuestionable? Continuamente se gira en torno a esa postura, justificando así el tratamiento psicofarmacológico y el aferramiento al mismo de forma crónica, y, sin embargo, no podemos presentar ni una sola prueba al respecto. Jamás se basará en algo real que yo pueda mostrarle a esa persona, sino que, por lo contrario, se confeccionará un discurso sobre un imaginario que ambos deberemos aceptar.

De hecho, en el resto de las especialidades médicas, si, bajo un supuesto, se hace una prueba diagnóstica y finalmente no resulta confirmatoria, se sigue buscando la causa o finalmente se define la enfermedad como idiopática, pero no se afirma o se generaliza de continuo algo indemostrable.

La cuestión es, ¿nos son de utilidad los diagnósticos si no sirven para precisar, desde un punto de vista estrictamente biológico, una prueba diagnóstica, una lesión específica, un pronóstico o concretar un tratamiento específico? ¿Qué diferencia hay, desde el periscopio positivista, entre una paranoia, una reacción psicótica breve, una psicosis cíclica, un estado confusional o una psicosis tóxica? ¿Cómo se explica desde la teoría de los monoaminérgica tal diferencia? ¿Qué diferencia hay desde esta óptica entre una idea obsesiva, una ideación deliroide, una idea delirante transitoria, una creencia superficial, una convicción profunda, una rumiación o una preocupación? ¿No apunta esta imprecisión biológica a un intento forzado de delimitar lo que es subjetivo?

En relación a este apartado, hay un fenómeno muy difícil de sortear que resulta de diagnosticar una *enfermedad mental*. Desde ese momento, toda manifestación de malestar es sospechosa de principio de descompensación y, como reacción habitual del facultativo, reajustará la pauta farmacológica. Es como si se estableciera un sentido unívoco e incuestionable, que parte de una idea inamovible y que seguramente estará avivado por varios condicionantes, como, por ejemplo:

- El escaso tiempo. Sucede que para abordar una situación que quizá requeriría de días para poderse esclarecer y dar el margen necesario para que la persona pusiera palabras a su malestar, el facultativo, por el contrario, se ve impelido a dar respuesta en quince o treinta minutos cada tantos meses.
- El espacio. Tal situación se encara en un lugar que tiene la misma conformación que cualquier otra especialidad médica, es decir, que la persona queda posicionada como una enferma o pasiva ante su padecimiento. ¿Es similar el seguimiento de una anemia que el de un estado mental con todos sus condicionantes? ¿No nos obliga esta disposición a valorar el problema en términos absolutos, y, por lo tanto, en dar una respuesta generalizada, y no de forma relativa, es decir, teniendo en cuenta el contexto en el que se desarrollan los acontecimientos?
- La presión. Ésta se ve facilitada al no poder supervisar la situación con más continuidad, lo cual está condicionado, a la vez, por la carga burocrática y clínica de los cientos de pacientes agendados. Lo peor de esto, no es la carga asistencial en sí, sino que mucha de ésta se aleja de lo que, supuestamente deberíamos hacernos cargo, es decir estados mentales *patológicos*, y se acaba acogiendo toda forma de malestar social, por ejemplo, gente desempleada, inmigrantes sin papeles que, por un lado, se les cobija, pero que a los dieciocho años se les echa a la calle sin muchas explicaciones, personas sin posibilidad de recursos sociales que se acogen a *la enfermedad mental* como última salida, etc. No es tanto el hecho de no querer dar

salida a toda esta mescolanza de malestar, que no se puede y que acaba por congestionar nuestras consultas volviéndolas inoperantes, sino que da la sensación que se enmascara la insuficiente respuesta social y política con la enfermedad mental. Por ejemplo, no es que no haya recursos para ayudar a una persona que debe ejercer de cuidadora principal de sus padres enfermos y dementes, que además mantiene con su único sueldo a su familia dado que a su marido le han echado de su empresa con cincuenta y un años y no encuentra trabajo a su edad, y esté lógicamente agotada, sino que tiene un *trastorno adaptativo mixto*. Es decir, que, dándole la vuelta a la tortilla, es la persona que, supuestamente, por sus debilidades biológicas o genéticas no da la respuesta suficiente, a una situación ya de por sí imposible, y no es capaz de adaptarse. ¿No seremos cómplices, con nuestro proceder, de una sociedad desequilibrada? ¿Sirve de algo ese diagnóstico para esa persona o para el psiquiatra que debe codificarla?

- El apremio ejercido por el entorno. Personas alrededor de la de quien ha sido diagnosticado de un trastorno mental, han sido, normalmente, psicoeducadas con la visión unívoca de la *enfermedad mental*, se alertan por una inminente descompensación cuando detectan determinados signos. Se da en ocasiones que una clínica determinada es tolerada tanto por el paciente como por el facultativo, sin embargo, la situación cambia cuando ésta entra en confrontación con más personas o en convivencia. Se puede dar el caso que, ante esa misma clínica, en un caso se pueda sobrellevar y en otro caso se deba proceder a un ingreso por la tensión que se va generando. Ocurre que este factor agravante, en la mayoría de casos, pasa desapercibido, y, sin embargo, en mi opinión, contribuye a fijar el síntoma y así favorecer la cronicidad.

Estos son sólo algunos de los factores condicionantes a los que el *profesional* en psiquiatría queda sometido, y, en consecuencia, empujado, más que a dar una respuesta meditada y particular, a descomprimir a ultranza esa tensión generada por factores que incluso no tienen que ver con esa situación de supuesta descompensación. En cualquier caso, la intervención pasará por medicar o derivar. ¿Este tipo de acciones, con el tiempo, no van silenciando al sujeto que padece esos síntomas? ¿No le va arrastrando inexorablemente a la posición de enfermo? ¿No se va cronificando también el facultativo? ¿No va éste abandonando, con el tiempo, otras maneras de pensar la situación y por lo tanto de ofrecer otro tipo de respuesta?

Da la sensación de no haber noción de que determinados padecimientos tienen un determinado ritmo, y requieren, quizá, de un acompañamiento solamente, pero que en ningún caso remiten a una *enfermedad* o supuesta descompensación de la misma. Dado que sólo hay un sentido al malestar, sólo puede haber una respuesta o solución al mismo, y, tanto el paciente como el facultativo, quedan entonces atrapados por el mismo axioma.

Me pregunto si el actual proceder de la psiquiatría médica, no hace más que

reforzar una y otra vez la *enfermedad*, dando un sentido patológico a procesos que, quizá con una relación de confianza y acompañamiento suficiente, se pueden ir atemperando. Me pregunto también, si este proceder desde el principio y durante años no coarta otras posibles salidas a ese padecimiento y se empobrece con el tiempo un *yo* con otras posibilidades de identificación. ¿No hay una parte del sujeto que se va ahogando y otra, por el contrario, se ve forzada a asirse al flotador único de la *enfermedad*? ¿No es posible que este proceder, con el tiempo suficiente, debilite a un individuo que debe resignarse a respuestas únicas e implacables?

### Sobre nuestros tratamientos

Normalmente, en la medicina primero se hace una investigación exhaustiva, por ejemplo, se busca un marcador biológico, una proteína, una enzima, una molécula y luego se hace un fármaco a medida. Es decir, que se hace una llave para abrir una puerta determinada. En psiquiatría, por el contrario, se validó una llave en concreto y se hizo la puerta a medida.

En el caso de los fármacos *antipsicóticos* parece ser que fueron descubrimientos casuales y sin relación con alguna alteración fisiopatológica. Por ejemplo, la clorpromazina se utilizaba como tranquilizante en la anestesia; la reserpina para tratar la hipertensión; la iproniazida para tratar la tuberculosis; el urato de litio para sedar a cobayas antes de experimentar con ellas. Lo que sucedió es que las cualidades narcóticas de dichos fármacos se promocionaron y se equipararon a la retórica de *cura* y *tratamiento*. Pasaron de ser *sujeciones químicas*, equivalentes a las sujeciones mecánicas, a *curas de precisión*, por parte de campañas de *marketing* de determinadas corporaciones.

Los efectos que se apreciaron tras la toma de dichas sustancias sirvieron de acorde puente para reforzar la armadura médica. Uno de los efectos más comunes que producen es la *indiferencia* frente al entorno. Actuaban como *una camisa de fuerza química*, de hecho, no hay que olvidar que el término original que designaba a estas medicaciones era *neuroléptico*, el cual significa, literalmente, sustancia que ata o detiene al sistema nervioso. Se deduce pues, que dicha sustancia reducía la actividad cerebral en todas sus facetas, lo cual permitió que pasara de ser un tranquilizante o supresor del sistema nervioso a un *antipsicótico*, es decir a actuar en el proceso químico, supuesto, de la psicosis y revertirlo.

¿Significa que quien responde a dicha sustancia reduciendo, por ejemplo, la impulsividad, la ansiedad, o en el insomnio, es un psicótico? ¿Se trata entonces de un antipsicótico, o es más lógico definirlo como neuroléptico? Sirva como anécdota obtenida de la práctica diaria, que no se considera válido el resultado de un test de inteligencia de una persona que tome de forma crónica psicofármacos ya que se considera que dichas sustancias entorpecen el rendimiento psíquico general ¿No dibuja este ejemplo más a un neuroléptico que a un antipsicótico de precisión? Atribuir el papel de la conducta humana a los neurotransmisores sería como atribuir la existencia de la literatura a la tinta de la pluma o decir que hablamos gracias a la

boca, sin contemplar los eslabones que anteceden a la consecuencia final. Necesariamente se requiere de un soporte material o biológico, pero de este no se infiere la conducta manifiesta. Si se trata de enfermedades de causa biológica, y, por tanto, por la alteración rigurosa de una sustancia natural, ¿por qué no está presente en el resto de las especies animales, y sí en cambio el resto de enfermedades somáticas? ¿no tendrá que ver más bien con el lenguaje, el deseo, y en definitiva con el campo simbólico? ¿no estará este último particularmente desarrollado en la especie humana y por lo tanto estará regido por reglas *sui generis*?

Asimismo, los intentos de abordaje a partir de según qué modelos psicológicos pueden ser igualmente alienantes. Partiendo de que el diagnóstico en salud mental es un constructo teórico de valor parcial y no absoluto, es decir, que va variando según el momento histórico o el contexto médico en que se encuentra el sujeto, valga como ejemplo la homosexualidad, y no del hallazgo de una sustancia universal, se tratará un determinado padecimiento con ideas generales acorde a tal construcción, alejándose, consecuentemente, de lo genuino de la persona que lo sufre. Dichas intervenciones estarían en la misma línea que anteriormente comentábamos, que no sería otra que la de crear una potente matriz donde el paciente se vería impelido a identificarse.

### **La herencia de la *enfermedad mental***

Otro de los capítulos donde la psiquiatría médica se vuelve borrosa en su intento de aproximarse a la medicina, es sobre el tema de la *herencia genética* de la *enfermedad mental*. Parafraseando a M. Foucault (2005), la herencia [parece] es una manera determinada de dar cuerpo a la enfermedad en el momento mismo en que no se la puede situar en el plano del cuerpo individual.

Constantemente se escucha que hay un claro componente hereditario, pero no hay suficientes pruebas genéticas para confirmarlo o que hay un claro componente hereditario, pero también hay casos inaugurales de enfermedad. ¿No es eso último algo contradictorio, o que por lo menos, debería motivarnos a poner nuestra atención a esos últimos casos y no los primeros? ¿Cómo se puede explicar un mismo hecho desde dos puntos de partida contrarios y llamarlo evidencia? Los eslóganes en el ámbito de la psiquiatría suelen dibujar el trayecto de una estrella fugaz: con gran intensidad al principio, pero desvaneciéndose rápidamente. Se inicia un artículo hablando de una evidencia irrefutable y dos líneas después se rectifica. ¿Es equiparable la psiquiatría con la evidencia de una ciencia pura como la física o las matemáticas? ¿Se puede trasladar la subjetividad humana, con pruebas antropométricas, puesto que no disponemos de analíticas ni pruebas de imagen, a la ciencia? ¿No nos arriesgamos a caer en un reduccionismo extremo y alienante? Un aspecto que me llama la atención en este mismo capítulo es que siempre se habla de genes, que se activan y se desactivan, cual patrón *mendeliano*, siempre sin participación alguna del individuo, pero se obvia que el crecimiento psíquico y cerebral se construye por medio de su entorno, en las primeras etapas de la vida.

Aun centrándonos exclusivamente en el punto de vista biológico, parece que hay ciertas condiciones que facilitan la liberación de factores neurotróficos, así como la cantidad y calidad de conexiones neuronales en las primeras etapas de la vida y en cambio, otras situaciones que lo obstaculizan. En comparación con lo que sucede con los seres humanos, la conducta del resto de animales, en su hábitat natural, no requiere de ningún aprendizaje previo y está adherida filogenéticamente a los miembros de una especie, es decir, que se pone en marcha por instinto. Por ejemplo, nacen y nadie les enseña a caminar, comunicarse, a comer, a identificar a sus depredadores, etc., sino que es algo, que se despliega automáticamente en cada miembro de la especie, sin excepción. Es decir, estas conductas tienen su causa en la naturaleza misma, son *innatas*.

Este despliegue, en cambio, en el ser humano no es algo natural, sino fruto de la cultura, y, por lo tanto, serán conductas inherentes a un momento histórico, a una comunidad, a una unidad familiar con idiosincrasia propia, y, por consiguiente, *adquiridas*. ¿No resultarán las primeras etapas de la vida cruciales para la formación del campo simbólico, el lenguaje, y a consecuencia de éste advendremos disímiles con respecto de los demás miembros de nuestra especie?

En la práctica clínica, aunque no es algo que se pueda generalizar, parece más lógico entender el estado mental de una persona por su biografía o su explicación subjetiva de sus acontecimientos vitales, que, atribuyéndolo a una activación o desactivación caprichosa de una serie de genes, lo cual, en última instancia, será algo imaginario e inaccesible, tanto para el facultativo como para la persona que tenemos delante. ¿Es equivalente que en las primeras etapas de la vida haya un encuentro armónico con nuestros cuidadores, o como diría Winnicott (2013), *una madre suficientemente buena*, que una situación de abandono o de negligencia? ¿Qué entendemos por *predisposición genética* exactamente? Esto último, se predica constantemente como un mantra, pero resulta difícil de explicar de manera lógica y desgranando los acontecimientos desde el gen hasta una conducta determinada. ¿No serán las manifestaciones psiquiátricas consecuencia de las particularidades del desarrollo de nuestro campo simbólico en interacción con las circunstancias del entorno? ¿Igualmente, la *enfermedad mental* es algo aislado al entorno que la rodea o su curso puede verse modulado por la interacción con éste? ¿No deberíamos poner el énfasis en entender, además de a aquellas personas que padecen *enfermedad mental* y tienen antecedentes familiares diagnosticados, a las que, por lo contrario, no los tienen? ¿Por qué parece que desde el cientificismo hay cierta inclinación en anular una posición activa del sujeto frente a su padecimiento?

### ¿Crónicos o cronificados?

Cuando en nuestros dispositivos se habla de que alguien es *un crónico*, hay cierto remusgo de empobrecimiento o de deterioro a lo largo del tiempo. Desde la visión *neo-kraepeliana* actual, se podría entender tal proceso asumiendo que la propia *enfermedad* (precoz) conlleva un (supuesto) deterioro biológico y, por

tanto, un menoscabo de todas las facultades psíquicas. Sin embargo, me resulta inaceptable pasar por alto los aspectos comentados hasta el momento.

La teoría médica de la *enfermedad mental* se basa todavía en un supuesto, y no algo en lo que haya un consenso unánime, ya que, de ser así, hubiera sido transferida a los dominios de la neurología, lo cual, por otro lado, sí ha sucedido con la demencia senil o enfermedad de *Alzheimer*. Siendo esto todavía así, ¿cómo es posible que se transmita con tanta determinación esta concepción sin albergar, si quiera, alguna duda? Si los diagnósticos no nos sirven para señalar una lesión, un tratamiento ni un pronóstico concretos, ¿es lícito psico-educar a la persona proporcionando un sentido único a su padecer? ¿Le es útil a la persona o al facultativo? ¿Es posible que tenga una repercusión negativa a largo plazo o que esté coartando posibilidades de mejoría? ¿Y, es posible, además, que la misma medicación a largo plazo favorezca el deterioro cerebral?

Pese a la debilidad explicativa de la *enfermedad mental* desde la óptica médica, los dispositivos institucionales están dispuestos en función de estas premisas. Dando por válida esta perspectiva, ¿para qué se necesita ver al paciente? Seguido al diagnóstico, se despliega de forma automática un panóptico del que el usuario, en continua inspección, ya no puede escapar, éste queda marcado y su subjetividad invalidada en pro de un falso *self* generalizado fruto de la psicoeducación. Uno no es consciente de cuánto desconoce a la persona que tiene delante, hasta que hace números. Si la media de visitas en un centro de salud mental corriente es de una vez cada tres meses y cada visita, siendo generosos, es de treinta minutos (en algunos dispositivos puede ser incluso la mitad de tiempo), estaríamos asistiéndolo alrededor de dos horas al año. Repito, dos horas al año.

La pregunta inevitable es ¿[puedo ayudar a alguien] que ha caído por el agujero de la psicosis [dedicándole dos horas al año]? Suponiendo que en este centro se filtra los casos más complejos y graves en cuanto a salud mental se refiere, ¿es el tiempo adecuado que debo dedicar? ¿Puedo con este tiempo, mínimamente, conocer su realidad interna y externa? Desde cualquier otra óptica es un tiempo ridículo, sin hablar del condicionamiento que origina el espacio o las indumentarias semejantes a cuando nos tienen que valorar sacar unos puntos, sin embargo, desde la (im)postura oficial es tiempo más que suficiente. Desde este enfoque, los fármacos cobrarán un valor imprescindible, ya que la única manera de actuación sobre esa persona no es mediante la construcción de una relación transferencial particular, la reflexión conjunta, el cuestionamiento o el abordaje de unas necesidades concretas, sino mediante un sometimiento disciplinario del cuerpo y de sus emociones, con fármacos y psicoeducación. Como ya hemos explicado antes, debe tenerse en cuenta, además, que el facultativo ambulatorio tiene su agenda colapsada, con lo cual, la posibilidad de escapar de la fatiga y la tensión, es improbable, reduciéndose indefectiblemente la capacidad de reflexión, cuestionamiento o posibilidad de particularizar el caso. Así pues, la respuesta desde la institución, generalista, inflexible y defensiva, está, con mucha probabilidad, asegurada.

Otro punto interesante es el tema de los dispositivos supuestamente más horizontales, como son los *clubs sociales* o los *centros de día*. Siempre me ha llamado poderosamente la atención, que espacios cuya finalidad responde a la inserción social, la rehabilitación o la integración, reciban el mismo nombre que aquellos otros a los que nos destinan cuando somos improductivos socialmente, dementes o un estorbo. Por ejemplo, los centros de día de ancianos. Otra contradicción que me suscita es que la mayoría de veces, la persona se inicia en estos centros tras dos y tres décadas de institución médica y no, curiosamente, desde el principio. ¿No se infiere del nombre su verdadera finalidad? ¿Se busca realmente tras la derivación a estos dispositivos reorganizar el proyecto de vida de la persona y un cuestionamiento conjunto de su situación particular, así como un ánimo de prosperidad?

Después de subrayar estos puntos, ¿no es posible que participemos, de alguna manera, en este proceso degenerativo si desde el principio devolvemos como única imagen la de *enfermo mental* a la que empujamos a la persona a aferrarse? Si añadimos, además, que durante años la toma de medicación continua y, en algunos casos creciente, con el impacto físico implícito que conlleva, ¿no contribuirá a su empobrecimiento e inhibición progresivas?, es decir, ¿a la cronificación? ¿No se instauraría un proceso deletéreo semejante en una persona que se resigna a dar vueltas en círculo sin posibilidad de otros alicientes, expectativas o posibilidades de identificación? ¿No es inmanente en la *cronificación*, la resignación y la desesperanza? Si consideramos la psicosis como un desmoronamiento dramático de las identificaciones que hasta el momento sustentaban al individuo, ¿no sería más adecuado posibilitar cuantas más identificaciones y desde el principio, mejor, en vez de dedicarlo a protocolos, test y programas de psicoeducación? ¿No desalentamos, con nuestra manera de aproximarnos, al sujeto que existe detrás de los síntomas? La pregunta pues, sería ¿son *crónicos* o *cronificados*?

### Avances en Psiquiatría

Bien pensado, ¿qué avances, en estos doscientos años de psiquiatría médica ha habido?

- En cuanto a hallazgos biológicos, me viene uno a la cabeza, la enfermedad de *Alzheimer*. Al haber consenso de una lesión cerebral objetiva ha pasado en el acto a ser tratada como una enfermedad cerebral, no una enfermedad mental y por lo tanto a ser catalogada dentro de los diagnósticos de neurología. Todo y eso, si seguimos rascando, vemos que hay casos de personas que, aun habiendo alteraciones cerebrales *post mortem* sugerentes de *Alzheimer* (cuerpos beta-amiloide), en vida nunca manifestaron la clínica. ¿No nos sugiere este ejemplo que hay algo que trasciende a la materia palpable? ¿Quizá nuestra dimensión simbólica? Siempre me he preguntado, lo cual también es muy visible en la práctica diaria, ¿por qué hay personas de cierta edad, que, *casualmente* se demencian cuando se quebranta el trayecto, hasta el momento constante, de su vida? Por ejemplo,

una jubilación. En estos casos, dado que no se contempla que personas de edad avanzada puedan debutar con cuadros psiquiátricos puros (¿puros quiere decir no biológicos? Pero ¿los trastornos mentales no son de causa biológica?), se suele hacer una prueba de imagen que se da como válida cuando el cerebro presenta signos de atrofia. Sin entrar en detalles, se trata de un proceder de nuevo impreciso, ya que la mayor parte de la población anciana puede presentar signos de atrofia en una neuroimagen y, sin embargo, no tener correlato, en absoluto, con su conducta. Una vez más, se sale del paso *con sordina*, obviando otras argumentaciones. Aceptando la premisa de la atrofia cerebral como origen de la conducta disfuncional en personas de edad avanzada, ¿por qué causalmente después de tal o cual desencadenante vital?

- En cuanto a los tratamientos farmacológicos, sí parecen, a corto plazo, ser menos dañinos, aunque a largo plazo y altas dosis, que es lo que muchas veces sucede en condiciones de cronicidad, no parece estar tan claro. Actualmente, se destila la forma *depot*, que es justificada como un tratamiento *más cómodo* para el paciente (y para el facultativo, sobre todo, que no debe preocuparse más por la adherencia del paciente al tratamiento farmacológico). Sin embargo, en mi opinión va en detrimento de su autonomía y de su responsabilidad en cuanto a la toma de medicación y sus posibles consecuencias. En definitiva, le hace ser más pasivo. Contrariamente, seguimos administrando fármacos clásicos, algunos incluso con más de cincuenta años, ya que, con el tiempo, los fármacos de primera línea, o incluso las formas *depot*, pierden su efectividad y es necesario un mayor efecto neuroléptico. Otro aspecto sobre los tratamientos que me es llamativo es la intensa promoción de un procedimiento tan antiguo y controvertido como la terapia electro-convulsiva. Lo que me pregunto es, si en el resto de la medicina se siguen promoviendo las purgas o las sangrías. Este aparente estancamiento en el dominio terapéutico, con respecto al resto de especialidades médicas ¿no es un indicio de la obcecación en una diana que no existe? ¿No estaremos confundiendo las causas con las consecuencias? ¿No estaremos tratando de apagar las alarmas en vez de detener el fuego que las activa?
- Otro aparente avance podría ser el hecho de que actualmente no existan, por lo menos en nuestro ámbito territorial, los manicomios. No obstante, se sigue enviando a la gente, y a edades muy tempranas, tanto a centros residenciales, como a centros de larga estancia. También cabe mencionar la cantidad de personas que están tuteladas de forma crónica, sin que se vuelva a reevaluar la situación, perdiendo, en consecuencia, la mayoría de sus derechos civiles.

Parece claro que estamos tan lejos de una *cura* de la enfermedad mental, como al principio, pero ¿hemos mejorado, en ayudar a integrar al loco, en la sociedad?

¿No debería ser nuestra prioridad *des-alienar* más que *curar*?

Si ha habido mejoría en la evolución de las *enfermedades mentales*, no me parece que haya sido por el desarrollo de nuevos fármacos, o por el mayor conocimiento biológico de la *enfermedad mental*, sino, y a pesar del enfoque actual, porque en suma hay mayor asistencia, programas de rehabilitación, centros de día, clubes sociales, atención domiciliaria, grupos de terapia, etc., lo cual, es posible, que se traduzca en mayores oportunidades de deseo, mayor posibilidad en la satisfacción de las necesidades básicas, nuevos posicionamientos interpersonales o mayor presencia en momentos de soledad.

Tomando esta inferencia como válida y concluyendo ¿no sería más acertado dedicar el esfuerzo económico y humano, no tanto a la generación de nuevas medicaciones, o en ejercer como un dispensador, sino en crear dispositivos más horizontales, y desde un buen principio, personalizar cada situación al máximo, valorar las necesidades de la persona, así como poder abordar lo mejor posible las circunstancias familiares y sociales que la envuelven? ¿No deberíamos asumir nuestras contradicciones y debilidades para poder avanzar en una dirección más próxima a la realidad de cada individuo? ¿No apunta la psiquiatría estar más cerca de las disciplinas humanistas que de las médicas? ¿No refleja, esta terquedad actual, el miedo a enfrentar situaciones que desarmen nuestros sempiternos argumentos? o, más aún ¿no temeremos, en el fondo, poner en cuestión una posición de reconocimiento o poder? ¿Quizá de comodidad o de ignorancia?

¿Cómo se entendería, si no, aferrarse a argumentaciones, hasta la fecha, tan contradictorias?

## Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-11)*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Schreber, P. (2018). *Sucesos memorables de un enfermo de los nervios*. Madrid, España: AEN.
- Winnicott, D. W. (2013). *Realidad y juego*. Barcelona, España: Gedisa.



# TERMINACIÓN PREMATURA EN PSICOTERAPIA: UNA REVISIÓN NARRATIVA

## PREMATURE TERMINATION IN PSYCHOTHERAPY: A NARRATIVE REVIEW

**Pablo Rafael Santangelo**

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología.

Fundación Aiglé, Argentina

CAPsi, Centro de Asistencia Psicológica.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5551-2923>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Rafael Santangelo, P. (2020). Terminación Prematura en Psicoterapia: una revisión narrativa. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 181-195. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.316>

### Resumen

*La psicoterapia es una de las aplicaciones de la psicología clínica que ha demostrado ser un recurso efectivo y eficaz, pero no ha logrado los niveles esperables en todos los pacientes. Uno de los problemas clínicos con el que nos encontramos en este campo es la terminación prematura por parte del paciente sin acuerdo con el psicoterapeuta. El problema mencionado deriva en dos problemas, uno conceptual y otro operacional, existiendo distintas definiciones del término como así diferentes maneras de medirlo. El objetivo general de este trabajo es realizar una revisión no sistemática sobre el tema, teniendo como ejes las distintas maneras en que se ha definido el concepto, las diversas formas de medirla, los resultados de meta-análisis realizados sobre la temática y las variables que pueden modularla.*

*Palabras claves:* Terminación Prematura, Deserción, Psicoterapia, Abandono.

### Abstract

*As an application of clinical psychology, psychotherapy has proven its efficacy and effectiveness. But has been unable to reach the same levels of success in all patients. One clinical problem we encounter in the field is premature termination by the patient without the corresponding arrangement with the psychotherapist. This implies a conceptual and operational problem, as there are different ways to define said outcome, as well as different ways of assessing it. The objective of this work is to carry out a non-systematic review on the subject, taking as axis the different ways in which the concept has been defined, the different ways of assessing it, the results of meta-analysis carried out on the subject and the variables that can modulate it.*

*Keywords:* Premature Termination, Dropout, Psychotherapy, Abandonment.



## Introducción

Sabemos claramente que la psicoterapia es una intervención eficaz y efectiva para personas con problemas psicológicos, y que no funciona para todos (McAleavey et al., 2017). Uno de los impedimentos más importantes para la efectividad de la misma es el problema de la terminación prematura. Aunque se ha encontrado que las tasas de abandono en la psicoterapia son más bajas que las tasas de terminación prematura para intervenciones farmacológicas (Swift, Greenberg, Tompkins y Parkin, 2017), en psicoterapia aproximadamente uno de cada cinco pacientes elige terminar el tratamiento antes de la finalización programada (Swift y Greenberg, 2012).

Se han identificado distintos moderadores de la deserción como las expectativas (Aubuchon-Endsley y Callahan, 2009; Greenberg, Constantino y Bruce, 2006) y el efecto del terapeuta (Saxon, Barkham, Foster y Parry, 2017; Zimmermann, Rubel, Page y Lutz, 2017) entre otros. La deserción ocurre comúnmente en la psicoterapia afectando a todas las modalidades, métodos y modelos de administración de tratamientos, incluidas las psicoterapias más sólidas basadas en la evidencia como lo son para el estado de ánimo, la ansiedad y otros trastornos psicológicos (Nathan y Gorman, 2015). Esta tiende a ocurrir en las primeras sesiones, un patrón que se ha observado tanto en los ensayos controlados aleatorios (Gutner, Gallagher, Baker, Sloan y Resick, 2016) como en las clínicas ambulatorias (Kehle-Forbes, Meis, Spont y Polusny, 2016; Saxon et al., 2017). Por lo tanto, la deserción se constituye como uno de los elementos que interfiere en el logro de los objetivos propuestos para la intervención, y por ende para el éxito de esta. En este trabajo usaremos los conceptos de terminación temprana, deserción, desgaste, terminación prematura o abandono como sinónimos salvo que se aclare lo contrario.

## Problema conceptual y operacional

En principio nos encontramos con un problema de definición conceptual y su correspondiente operacionalización. Las distintas investigaciones, ya sean trabajos empíricos o metaanálisis que abordan la temática, brindan distintas definiciones de la deserción. Esto hace que las comparaciones y los metaanálisis sean difíciles de realizar.

Las conceptualizaciones de abandono psicoterapéutico han variado a lo largo de la historia de la investigación, solo mencionaremos las más destacadas. Se lo ha definido como el hecho de no asistir a un cierto número de sesiones (Baekeland y Lundwall, 1975), es decir, pensar que se requiere de un número mínimo de ellas y no completarlas. Este método está sujeto a la interpretación respecto a la duración adecuada del tratamiento lo cual es una limitación. También tiene el potencial de clasificar erróneamente a los pacientes que se recuperan después de unas pocas sesiones y aquellos que no progresan, es decir, no los discriminaría.

No regresar después de la evaluación de admisión (Longo, Lent y Brown, 1992). Garfield (1994) señaló que los pacientes que abandonan después de una evaluación de admisión no han terminado prematuramente sino que no han podido comenzar

la terapia. Se podría argumentar que los pacientes que terminan la terapia después de una sola sesión de admisión probablemente hayan abandonado el tratamiento prematuramente. Sin embargo, para algunos pacientes, la terapia de una sola sesión puede resultar suficiente. Además, esta definición excluirá a muchos pacientes adicionales que también deberían clasificarse como terminadores prematuros.

No regresar al tratamiento después del receso de un semestre (Kane y Tryon, 1988). Esta es una definición sujeta a los contextos de investigación universitarios. La cual puede ser usada pero dejaría de lado muchos otros tipos de abandonos.

Terminación unilateral por parte del paciente sin la aprobación del terapeuta (Richmond, 1992). Brogan, Prochaska y Prochaska (1999) caracterizaron el abandono en las sesiones previas a las 10 sesiones en contra del criterio del terapeuta, mientras que la terminación de mutuo acuerdo antes de las 10 sesiones fue definida como una terminación apropiada.

Otros autores han conceptualizado el abandono según el criterio del terapeuta (Chisholm, Crowther y BenPorath, 1997). Este método depende del juicio clínico que puede ser parcial y defectuoso (Garb, 2005). El juicio del terapeuta puede no representar un índice válido de terminación prematura. Por ejemplo, la confianza exclusiva en el criterio del terapeuta ignora la perspectiva y el funcionamiento real de los pacientes involucrados.

No asistir a la última cita programada (Hatchett, Han y Cooker, 2002). La definición de última sesión perdida presenta a los investigadores un índice altamente confiable de terminación prematura (Pekarik, 1985). Además de una mayor confiabilidad, esta definición de deserción también posee cierta validez aparente.

Otro método para operacionalizar la deserción se basa en no terminar un protocolo de tratamiento. Este sistema se ajusta lógicamente a la definición de abandono antes de completar un curso completo de terapia (Maher et al., 2010; Swift y Greemberg, 2012). Esta definición alude al no cumplimiento de un mínimo de sesiones prefijadas antes del inicio del tratamiento, como a dejar el mismo sin alcanzar los objetivos acordados mutuamente.

Como resultado de estas conceptualizaciones heterogéneas, las tasas de deserción varían en función de la definición usada en los diferentes estudios y los hallazgos deben ser interpretados con cautela respecto a los criterios utilizados. Las propuestas más actuales, que se desarrollaran en el próximo apartado, son un intento de homogeneizar los datos a partir del consenso de una definición.

### **Propuestas recientes**

Se han realizado varias propuestas para homogeneizar los resultados de las investigaciones. Hatchett y Park (2003) presentan un sistema de clasificación para medir la deserción basado en un cambio clínicamente significativo. De acuerdo con esta operacionalización, se determina que los pacientes son terminadores prematuros si interrumpen la terapia antes de evidenciar una mejora confiable y antes de obtener una puntuación dentro del rango normal en una medida de resultado,

como la que podría brindar el *The Outcome Questionnaire OQ-45.2* (Lambert et al., 1996). Este método encaja con la definición de abandono basada en la interrupción de la terapia antes de recuperarse de los problemas que llevaron a buscar tratamiento, pero tiene sus limitaciones, por ejemplo algunos pacientes severos no regresan a un rango de funcionamiento normal, evaluados según el OQ-45.2, es decir, no quedarían por debajo del puntaje de corte de dicho instrumento. Un porcentaje significativo de pacientes ambulatorios obtienen al inicio del tratamiento puntuaciones de referencia dentro del rango normal de funcionamiento, lo que impide el movimiento de la población clínica al rango normal (Lambert, Okiishi, Finch y Johnson, 1998). Incluso muchas de las medidas de resultados breves se centran en la angustia sintomática o en un área problemática única (por ejemplo, ansiedad). Es posible que estos inventarios no midan muchas de las condiciones para las cuales las personas buscan terapia, por ejemplo, problemas interpersonales / familiares. (Hatchett y Park, 2003). Aunque el método de cambio clínicamente significativo aún incorpora un grado de juicio clínico al definir el constructo, este método operacionaliza de manera más objetiva el abandono en comparación con los otros métodos.

Swif y Greember (2012) proponen tener en cuenta cuatro criterios, a saber, partir de los objetivos consensuados con el paciente, el terapeuta podría emitir un juicio después de considerar si se completó o no el protocolo de tratamiento (si lo había), si el paciente interrumpió el tratamiento o no de forma abrupta e inesperada, y si una medida de resultado objetiva indica o no que el paciente ha mejorado de manera confiable o ha realizado un cambio clínicamente significativo.

Sin una definición compartida, es difícil comparar los resultados de un estudio a otro. Si se adoptara el método mencionado anteriormente que combina el criterio del terapeuta con las otras operacionalizaciones (falta de mejora completa y confiable o cambio clínicamente significativo), se necesitaría administrar escalas de resultados estandarizadas en cada sesión. La administración de medidas de resultado sesión por sesión tiene la ventaja de proporcionar datos de estado final de los pacientes que abandonan prematuramente. Los terapeutas podrían utilizar esta información del estado final para tomar una decisión sobre si cada uno de sus pacientes ha abandonado. Además, es importante que los resultados del tratamiento y los estudios de resultados del proceso no solo informen los datos sobre las tasas de interrupción prematura, sino que también se proporcione información demográfica para los grupos que abandonaron y completaron el proceso (Swift y Greemberg, 2012).

Cooper, Kline, Baier y Feeny (2018) en un marco unificador y transdiagnóstico proponen tener en cuenta: predictores de abandono fijos o relativamente inmutables como por ejemplo, características diagnósticas o demográficas; predictores modificables como la motivación y las expectativas; y finalmente, aquellas variables que pueden diferir con respecto a su posible papel mecanicista en la promoción o prevención del desgaste, como la sensibilidad a la recompensa.

En síntesis, la operacionalización basada en el tiempo implica una interpretación subjetiva de lo que debe durar el tratamiento. Esto puede ser claro en ensayos clínicos aleatorizados, donde la longitud del tratamiento se define generalmente dentro del protocolo de tratamiento pero es más difícil para las muestras naturalistas. En estudios de efectividad con diferentes límites de tiempo en los tratamientos, parece difícil predefinir un número mínimo de sesiones estándar, así los pacientes que responden temprano al tratamiento pueden clasificarse como abandonos. En contraste con la operacionalización basada en la duración, la definición de abandono basada en el juicio del terapeuta parece tener mayor validez ya que tiene en cuenta lo que evalúa el terapeuta en la sesión con sus pacientes. La definición de Swif y Greember (2012) basada en la propuesta de Hatchett y Park (2003) es una de las más viables y confiables. Esta implica acuerdo de objetivos, juicio del terapeuta respecto a si completó el tratamiento o lo interrumpió de manera abrupta e inesperada, y tener una medida de resultado objetiva que indique que el paciente ha mejorado, o no, de manera confiable o ha realizado un cambio clínicamente significativo. Anteriormente se mencionó como una de las limitaciones de esta definición el uso de instrumentos de evaluación de resultados que solo miden síntomas, pero este no sería el caso de la escala que evalúa resultados de Miller, Duncan, Brown, Sparks y Claud (2003) la cual pondera a partir de cuatro preguntas malestar individual, interpersonal, social y general. A esta definición podríamos agregarle, en caso de ser posible, las razones que da el paciente para dejar el tratamiento.

### **Hipótesis sobre la deserción**

Algunos resultados de investigación apoyan la hipótesis que sostiene que los pacientes abandonan un tratamiento porque no se están beneficiando del mismo. La falta de mejoría temprana predijo el abandono de la terapia de cognitiva comportamental (TCC) para el trastorno de pánico en un ensayo controlado aleatorio (Lutz et al., 2014) y en TCC para la depresión (Schindler, Hiller y Witthoft, 2013). Distinta es la hipótesis que enuncia que los pacientes abandonan el tratamiento porque se sintieron mejor y creen no necesitar más. Las primeras sesiones provocan alivio en los síntomas (Crits-Christoph et al., 2001; Schindler, Hiller y Witthoft, 2013). Bloom (2001) informó, basándose en una revisión de 40 artículos, que “entre un tercio y la mitad de los pacientes seleccionados al azar que asistieron a una sola sesión se vieron lo suficientemente ayudados por la sesión para que el proceso terapéutico pueda ser terminado” (p. 75). Szafranski, Smith, Gros y Resick (2017) encontraron que hasta el 55% de los pacientes que abandonaron el tratamiento para el trastorno por estrés postraumático mostraron cambios clínicamente significativos o se reunieron buenos criterios respecto de los síntomas. Por lo tanto, los pacientes pueden abandonar la psicoterapia porque han logrado satisfacer sus necesidades y no necesitan tratamiento adicional.

Parece que el abandono de la psicoterapia podría estar relacionado con un resultado pobre o con una mejoría rápida. Esta variabilidad en los resultados en

las investigaciones ha llevado a estudiar los moderadores del desgaste caracterizándose por un énfasis en las características de los pacientes, como la edad y el género, como así también en las características demográficas, como el nivel socioeconómico, la raza/etnia (grupos minoritarios) (Barrett, Chua, Crits-Christoph, Gibbons y Thompson 2008; De Haan, Boon, Vermeiren, Hoeve y de Jong, 2015; Gonzalez, Weersing, Warnick, Scahill y Woolston, 2011), así como características de diagnóstico, como la severidad de los síntomas, la comorbilidad o la cronicidad (Szafranski et al., 2017). Otro de las variables a tener en cuenta en la terminación prematura son las características de los terapeutas.

Uno de los moderadores que se han estudiado son las expectativas. Se ha demostrado repetidamente que las expectativas de tratamiento de los pacientes están asociadas a la probabilidad de abandono (Aubuchon-Endsley y Callahan, 2009; Greenberg, Constantino y Bruce, 2006). También se ha estudiado el efecto del terapeuta en el abandono de los tratamientos. Zimmermann et al. (2017) en un estudio en la Universidad de Trier de Alemania donde se incluyeron 707 pacientes en psicoterapia ambulatoria tratados por 66 terapeutas encontraron que el 5.7% de la variación en la deserción se podría atribuir a los terapeutas. También reportaron otros predictores de terminación prematura como el deterioro inicial, ser hombre, el nivel de educación inferior, el estilo de personalidad más histriónico y menos compulsivo y las expectativas de tratamiento negativas. El estudio demuestra que hay diferencias sustanciales entre los terapeutas con respecto a sus tasas promedio de deserción. Los pacientes con más dificultades que asisten a la psicoterapia tenían menos probabilidades de abandonar el estudio. Los pacientes con más confianza en que la psicoterapia les ayudará con sus problemas mostraron una menor probabilidad de abandonar el tratamiento. En este estudio la edad no fue un predictor de abandono. En otro estudio los efectos del terapeuta representaron el 12.6% de la variación de deserción (Saxon, Barkham, Foster y Parry, 2017).

### **Primeras revisiones sistemáticas y metaanálisis en el área**

Las revisiones sistemáticas y los metaanálisis han evaluado el porcentaje de deserción de acuerdo a distintas definiciones de abandono y han intentado asociar ese índice a distintas variables del paciente, del contexto de investigación y demográficas. En una de las primeras revisiones Baekeland y Lundwall (1975) examinaron el fenómeno de la interrupción prematura y encontraron que en psicoterapia de adultos la tasa de deserción varía entre el 31% y el 79%. A partir de su revisión, llegaron a la conclusión que los pacientes eran más propensos a abandonar el tratamiento si eran más jóvenes, mujeres, con menos educación, si formaban parte de alguna minoría étnica y pertenecían a un nivel socioeconómico más bajo. Además informaron que los terapeutas hombres, los que tenían menos experiencia y los que eran más etnocéntricos tenían más probabilidades de que sus pacientes abandonaran el tratamiento.

En su metanálisis, Wierzbicki y Pekarik (1993) revisaron las tasas de abandono

de 125 estudios que datan de junio de 1990. Encontraron una tasa de abandono promedio de 46.86%. También encontraron que esta tasa general de deserción difería según la definición utilizada. Se reportaron tasas más bajas para los estudios que definieron el abandono basado en la falta de asistencia a una sesión programada, en comparación con los estudios que operacionalizaron el abandono basado en el criterio del terapeuta o en la asistencia a un número mínimo de sesiones. Sin embargo, las tasas de deserción no difirieron según el modo de tratamiento (individual o grupal), el entorno de tratamiento (universidad, clínica privada, clínica pública u otro), el tipo de paciente (adulto o niños) o el tipo de terapeuta (edad, etnia), tipo de titulación o los años de experiencia. Examinaron la relación entre seis variables demográficas de los pacientes y el abandono. Las tasas de abandono del estudio no se relacionaron con ninguna de las variables demográficas del paciente (sexo, etnia, edad, años promedio de educación, nivel socioeconómico, estado civil) cuando se evaluaron mediante correlaciones. Sin embargo, cuando se examinaron las diferencias de medias entre los abandonos y las personas que completaron el estudio encontraron tamaños de efectos significativos para el origen étnico (los que abandonaban tenían más probabilidades de pertenecer a un grupo minoritario), educación (en general, los que abandonaban tenían menos escolaridad) y el nivel socioeconómico, era más bajo en los pacientes que no concluían los tratamientos. No se encontraron efectos significativos para el sexo, la edad o el estado civil.

Garfield (1994) también realizó una revisión de la interrupción prematura de la psicoterapia. Sugirió que un abandono puede definirse cuando un paciente comienza terapia (tiene al menos una sesión) y luego la suspende por sí solo sin un acuerdo mutuo con el terapeuta. Luego, al analizar los hallazgos relacionados con el abandono de la terapia, Garfield concluyó que puede haber alguna relación entre la interrupción prematura y un nivel socioeconómico más bajo, un nivel de educación más bajo y ser de un grupo étnico minoritario, pero no encontró una clara relación con la edad, el sexo o el diagnóstico. Estos hallazgos estarían en la misma dirección que los reportados por Wierzbicki y Pekarik (1993). En esta misma línea la revisión de Reis y Brown (1999) demostró que el nivel socioeconómico bajo del paciente y ser de un grupo minoritario eran los únicos predictores demográficos consistentes de abandono de la terapia.

Los últimos tres trabajos mencionados comparten entre sus hallazgos que el nivel socioeconómico de los pacientes y el pertenecer a una minoría étnica son predictores de abandonos prematuros. Podemos suponer que estos resultados pueden estar modulados por la falta de capacidad de respuesta de los terapeutas, por la falta de adaptación de los tratamientos a las necesidades y características de los pacientes, entre otras razones.

Barrett et al. (2008) en una revisión sobre deserción indicaron que los pacientes más jóvenes, con menos nivel de instrucción y con un nivel socioeconómico más bajo tienen más probabilidades de abandonar el tratamiento. Sin embargo, los estudios de Reis y Barrett arrojaron conclusiones tentativas. Los resultados de todas

estas revisiones ilustran los hallazgos mixtos e inconsistentes con respecto a los factores predictivos de la interrupción prematura, en particular para las variables demográficas del paciente.

McMurran, Huband y Overton (2010) realizaron una revisión sistemática de la deserción en psicoterapia para pacientes con trastorno de la personalidad. En 25 estudios empíricos, encontraron una tasa media de no finalización del 37%. Además, encontraron evidencia de diferencias en las tasas de finalización en función de una serie de variables del paciente, como la edad, el nivel de educación, la situación laboral y la gravedad, así como la duración y el contexto del tratamiento.

En otro metaanálisis que incluyó 11 estudios sobre abandono de la psicoterapia, Sharf, Primavera y Diener (2010) encontraron una relación significativa entre la fuerza de la alianza terapéutica y la interrupción prematura; una alianza más débil se asoció con una mayor probabilidad de abandono.

Parece ser que algunos de los moderadores con más evidencia son el nivel socioeconómico, el nivel de instrucción y el pertenecer a un grupo minoritario. Sin embargo, como se mencionó anteriormente estos resultados son provisionarios y sujetos a las distintas definiciones de abandono.

### **Revisiones y metaanálisis de la última década**

Swift y Greenberg (2012) realizaron un metanálisis sobre deserción en psicoterapia con un total de 669 estudios con un total de 83834 pacientes adultos. Encontraron que la tasa de deserción promedio ponderada era del 19.7%, que osciló entre los estudios de 0 a 74.2%. Si bien varias variables no estaban relacionadas con su estimación general de abandono (por ejemplo, el formato de tratamiento, la orientación teórica, la raza de la muestra, el empleo y grado de instrucción), encontraron que varias características de estudio y de pacientes eran predictivas de abandono. En particular, en las muestras que presentaron comorbilidades múltiples, en las que se utilizaron definiciones de abandono basadas en el criterio del terapeuta, los estudios de efectividad (a diferencia de los estudios de eficacia) y las muestras más jóvenes, se asociaron con tasas de deserción significativamente más altas. También se encontró diferencias significativas de acuerdo al tiempo del tratamiento, manualización o no del mismo y el contexto. Hubo tasas de abandono significativamente mayores en los tratamientos que no tenían un límite de tiempo predeterminado, en los tratamientos no manualizados, en las clínicas universitarias, incluidas las clínicas de capacitación de departamentos de psicología y los centros de asesoramiento universitario. En este trabajo también se evidenció que las tasas de abandono diferían según la definición de terminación prematura que se utilizó. Las tasas de deserción fueron más altas cuando se determinaron por el criterio del terapeuta (37.6%) y fueron más bajas cuando se determinaron al completar un número determinado de sesiones (18.3%) o un protocolo de tratamiento (18.4%). Se debe reconocer que los terapeutas informan que casi el 40% de sus clientes abandonan prematuramente. Ninguno de los otros datos demográficos del paciente predijo el

tipo de terminación. Los que abandonaron y completaron los tratamientos diferían en términos de educación, pero no de género, raza, estado civil o empleo. Las metarregresiones indicaron que el género y el estado civil predijeron el abandono de la terapia, pero la raza, el empleo y la educación no lo hicieron. Los terapeutas con más experiencia lograron tasas de deserción significativamente más bajas que los que se estaban capacitando (17.2% frente a 26.6%).

En otro metanálisis sobre los datos de abandono de 115 estudios empíricos primarios con 20995 participantes que recibieron TCC para una variedad de trastornos de salud mental se encontró que la tasa promedio de abandono en el pretratamiento (para los 36 estudios que incluyen dichos datos) fue de 15.9%, los IC del 95% [13.4%, 18.8%], y la tasa promedio de abandono durante el tratamiento (en todos los estudios de 115) fue del 26.2% IC del 95% [23.1%, 29.7%]. Evidentemente, el desgaste fue aproximadamente un 10% más alto una vez que comenzó el tratamiento. La tasa promedio de abandono total en las fases de pretratamiento y tratamiento fue de aproximadamente el 35%. Uno de los moderadores estudiados fue el diagnóstico, la depresión se asoció con la mayor tasa de abandono pretratamiento, así como durante el tratamiento: 21.6% y 36.4%, respectivamente (aunque los pacientes tratados por abuso de sustancias también tuvieron un 36.4% de abandono durante el tratamiento). De todos los grupos de diagnóstico considerados, el menor desgaste previo al tratamiento se asoció con trastornos psicóticos (5.6%) y trastorno de estrés postraumático (7.8%). De manera similar, la tasa más baja durante el tratamiento se asoció con trastornos de ansiedad (19.6%) y trastornos psicóticos (20.1%). Otro moderador analizado fue el formato de tratamiento, las tasas de abandono para el pretratamiento y el tratamiento fueron de aproximadamente 10 a 15 puntos porcentuales más altos para las terapias que no eran cara a cara (incluidos los tratamientos basados en Internet, teléfono y CD) que para la terapia grupal o individual. Aunque esta tendencia se mantuvo en ambas fases, la diferencia solo fue significativa en la fase de pretratamiento y no para aquellos que ya habían comenzado el tratamiento. La duración de la psicoterapia se asoció significativamente con el abandono de la misma, por cada sesión adicional que se incluyó en el tratamiento, hubo una disminución de .03 en la proporción de registro de pacientes que terminaron prematuramente. Específicamente, se encontró que cuanto mayor es el número de sesiones planeadas, menor es el desgaste de los sujetos a lo largo del tratamiento. La otra variable que tiene una correlación significativa con la deserción fue el ajuste o contexto del tratamiento. La configuración de pacientes hospitalizados tuvo una tasa significativamente más baja en el pretratamiento y en el tratamiento en comparación con ambulatorio u otros ajustes. El diseño del estudio, el tipo de paciente y el tipo de terapeuta no fueron moderadores significativos de la deserción (Fernandez, Salem, Swift y Ramtahal, 2015).

Cooper y Conklin (2015) realizaron un metanálisis con el objetivo de estimar la tasa promedio de abandono en estudios aleatorizados con psicoterapia individual ambulatoria para la depresión mayor. Incluyeron 54 estudios (N = 5852) entre los

cuales había 80 condiciones de psicoterapia con un total de 3394 pacientes. Se encontró una tasa de abandono ponderada promedio del 17.5% en las 80 condiciones de tratamiento, y 19.9% en los 54 estudios de los que se extrajeron. Los pacientes con un diagnóstico de trastorno de personalidad comórbido predijo la deserción ( $M = 33.6\%$ ,  $DT = 20.5\%$ ;  $k = 21$ ), como así también, pertenecer a una minoría étnica ( $M = 19.8\%$ ,  $DT = 20.4\%$ ;  $k = 43$ ). Las terapias de mayor duración tuvieron una mayor deserción y los estudios que incluyeron una comparación entre psicoterapia y condición de control inactivo reportó mayores tasas de deserción. En relación de las variables de los pacientes como el sexo, edad, estado de convivencia y tratamiento para la depresión recurrente no se relacionaron significativamente con las estimaciones de abandono. Respecto a las variables relacionadas con la prestación no se encontró diferencias significativas en función de la orientación teórica (rango: 10.2% a 21.9%). Asimismo, la tasa de deserción no difirió entre las condiciones en las que se administró la psicoterapia como monoterapia o combinada con antidepresivos. Las credenciales del terapeuta, expresadas en términos de estado de capacitación o en años promedio experiencia, no predijo las tasas de deserción. Sin bien estos datos son contundentes hay que tener en cuenta que son sobre estudios randomizados.

Cuarenta y cinco estudios, con 2224 pacientes, fueron identificados para realizar un metanálisis sobre deserción de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. La tasa de deserción promedio fue de 16.99% (intervalo de confianza del 95%: 14.42% -19.91%). Las metarregresiones indicaron que no hubo un efecto estadísticamente significativo de la edad del paciente, el sexo, la gravedad de los síntomas, la comorbilidad, el tipo de tratamiento, el tipo de estudio (ensayo aleatorio o no), la calidad del estudio, el número de sesiones o la experiencia del terapeuta (Gersh et al., 2017).

En una reciente revisión de los resultados clínicos de más de 10000 pacientes que reciben servicios ambulatorios de salud mental en el Reino Unido, los clasificados como desertores (34%) típicamente asistieron a menos de tres sesiones y tuvieron peores resultados demostrablemente en comparación con los que completaron el tratamiento (Saxon, Firth y Barkham, 2017).

Otro metaanálisis sobre deserción en terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el cual se tuvo en cuenta 68 estudios con un total de 4729 pacientes se encontró que las tasas de abandono promedio ponderadas en las condiciones exclusivas de ACT y las condiciones inclusivas de ACT (es decir, aquellas que incluyeron una intervención de ACT) fueron del 15.8% (IC del 95%: 11.9%, 20.1%) y del 16% (IC del 95%: 12.5%, 19.8%), respectivamente. Las tasas de abandono de ACT no fueron significativamente diferentes de los tratamientos psicológicos establecidos. Además, las tasas de deserción no variaron según las características del paciente o la calidad metodológica del estudio. Sin embargo, los clínicos / terapeutas de nivel de maestría (media ponderada = 29.9%, IC: 17.6%, 43.8%) se asociaron con una mayor deserción que los psicólogos (media ponderada = 12.4%, IC 95%: 6.7%,

19.4%) (Ong, Lee y Twohig, 2018).

Linardon, Fitzsimmons-Craft, Brennan, Barillaro y Wilfley (2018) en un metaanálisis de setenta y dos ensayos aleatorizados de psicoterapia interpersonal (TIP) encontraron una tasa de abandono promedio del 20.6% (IC 95% = 17.4–24.2). Las tasas de deserción fueron similares para la depresión (20.9%; IC 95% = 17.2–25.2), ansiedad (16.1%; IC 95% = 11.1–22.9) y trastornos de la alimentación (18.7%; IC 95% = 11.6–28.8). La deserción fue más alta cuando se aplicaron definiciones más estrictas de deserción (por ejemplo, la falta de completar todo el protocolo TIP frente a la falla de completar al menos el 50% de las sesiones) y fue más baja cuando se tomaron muestras de pacientes adolescentes. Hubo algunas pruebas de que la TIP se asoció con tasas significativamente más bajas de abandono que la TCC y las terapias de apoyo no específicas.

En metaanálisis sobre deserción en psicoterapia para pacientes con trastorno de la conducta alimentaria, en el cual se incluyeron 131 estudios aleatorizados, se encontró que las definiciones de abandono variaron ampliamente entre los estudios. La estimación general de abandono fue de 24% (IC 95% = 22–27%). El tipo de diagnóstico, tipo de definición de abandono, la severidad de los síntomas basales, calidad del estudio o la edad de la muestra no moderaron el abandono. Este fue mayor entre los estudios que administraron Terapia Cognitivo Conductual por internet y fue más baja en los estudios que aplicaron Terapia Cognitiva Conductual transdiagnóstica. Hubo algo de evidencia que los protocolos de tratamiento más largos estuvieron asociados con menores abandonos. No hubo diferencias significativas en los rangos de abandono observados entre las intervenciones TCC y no TCC para todos los subtipos de TCA. Una de las conclusiones que llegan es que las estimaciones de abandono del estudio actual se ven obstaculizadas por el uso de definiciones dispares de abandono aplicadas (Linardon, Hindle y Brennan, 2018).

Zieve, Persons y Yu (2018) utilizaron en su metaanálisis tres definiciones de deserción: 1.- abandono temprano, es decir, asistir a tres sesiones o menos; 2.- abandono prematuro, terminar el tratamiento antes de la indicación del terapeuta (independientemente del número de sesiones completadas) y 3.- abandono no colaborativo como terminación en la cual el terapeuta califica que la finalización ocurrió sin que el paciente y el terapeuta discutan y / o acuerden la decisión de terminación. Las proporciones de pacientes que abandonaron el estudio en la tercera sesión o antes (38%) o sin colaboración (34%). Sin embargo, la tasa de abandono prematuro fue sustancialmente más alto que las otras tasas de deserción reportadas en la literatura. El sesenta por ciento de la muestra abandonó prematuramente, es decir, antes de que el terapeuta juzgara que la terapia había sido probada durante el tiempo suficiente para ayudar al paciente a lograr sus metas de tratamiento.

## Conclusión

Pensar el ejercicio de la psicoterapia implica hablar de objetivos de trabajo y de un tiempo estimado para alcanzarlos. Objetivos consensuados con los pacientes

y un tiempo aceptado por estos. Distintas pueden ser las razones por las cuales los pacientes no sostienen los tratamientos, razones que implican al profesional, al paciente o a ambos.

Se han realizado numerosas revisiones metaanalíticas específicas sobre el abandono de la psicoterapia con estimaciones que van del 15.9 % al 60 % a través de varios tipos de tratamiento específicos como psicoterapia cognitiva conductual, intervenciones basadas en la aceptación y psicoterapia interpersonal entre otras (Linardon et al., 2018; Ong et al., 2018; Swift y Greenberg, 2012) y diagnósticos del paciente como trastornos de la alimentación, trastornos de ansiedad, trastornos de la personalidad (Gersh et al., 2017; Linardon et al., 2018; McMurrin, Huband y Overton, 2010).

Los hallazgos de estas revisiones brindan información sobre las variables moderadoras y la evidencia sugiere que las tasas de abandono pueden verse afectadas por el modo de administración del tratamiento (tratamiento cara a cara y estudios de eficacia asociado con un menor abandono), se encontraron tasas de abandono más altas para tratamientos no manualizados y en clínicas universitarias, incluidas las clínicas de capacitación de departamentos de psicología y en centros de asesoramiento universitario (Fernandez, Salem, Swift y Ramtahal, 2015; Swift y Greenberg, 2012).

Respecto del tiempo del tratamiento y la experticia del terapeuta hay datos contradictorios (Gersh et al., 2017; Linardon et al., 2018; Ong et al., 2018). Las variables de los pacientes como el nivel de educación, la comorbilidad, los trastornos de la personalidad están asociadas a un mayor abandono (Cooper y Conklin, 2015; Gersh et al., 2017; Swift y Greenberg, 2012). Parece ser que las tasas de deserción son más altas cuando se determinaron por el criterio del terapeuta (Swift y Greenberg, 2012).

Aunque los avances recientes en el campo de la psicoterapia nos han permitido establecer pruebas y refinación de enfoques de tratamiento específicos, identificar principios de cambio basados en la evidencia y reconocer las variables del terapeuta y del paciente que modulan los resultados de los tratamientos, algunos pacientes todavía terminan la terapia prematuramente sin haber realizado mejoras o ganancias significativas. Quizás el mayor potencial para mejorar la efectividad de la psicoterapia reside en abordar el problema de la terminación prematura (Swift y Greenberg, 2015).

Nos encontramos con distintas definiciones de terminación prematura. Llegar a un consenso que nos permita definirla de una manera clara y precisa permitiría avances en el campo de la investigación en psicoterapia, ya sean estudios de eficacia o de efectividad. Permitiendo tener datos comparables entre los estudios.

En la práctica cotidiana de la psicoterapia, tener en claro por qué los pacientes abandonan los tratamientos, saber cuáles son las variables que modulan esta decisión, permitiría enfocarnos en estas variables para lograr que los pacientes puedan concluir sus procesos psicoterapéuticos.

Como mencionan distintos autores es necesario llegar a un consenso respecto de la definición de terminación prematura, se sugiere siguiendo la propuesta de Swif y Greember (2012) tener en cuenta el acuerdo de objetivos con el consultante, el juicio del terapeuta respecto de sí completo el tratamiento o lo interrumpió de manera abrupta e inesperada, tener una medida de resultado objetiva que indique que el paciente ha mejorado o no de manera confiable o ha realizado un cambio clínicamente significativo y las razones por las cuales el paciente deja de asistir al tratamiento psicoterapéutico.

## Referencias bibliográficas

- Aubuchon-Endsley, N. L. y Callahan, J. L. (2009). The hour of departure: Predicting attrition in the training clinic from role expectancies. *Training and Education in Professional Psychology*, 3(2), 120-126. <https://doi.org/10.1037/a0014455>
- Baekeland, F. y Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: a critical review. *Psychological bulletin*, 82(5), 738. <https://doi.org/10.1037/h0077132>
- Barrett, M. S., Chua, W. J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. y Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(2), 247-267. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.2.247>
- Bloom, B. L. (2001). Focused single-session psychotherapy: A review of the clinical and research literature. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 1(1), 75-86. <http://dx.doi.org/10.1093/brief-treatment/1.1.75>
- Brogan, M. M., Prochaska, J. O. y Prochaska, J. M. (1999). Predicting termination and continuation status in psychotherapy using the transtheoretical model. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(2), 105-113. <https://doi.org/10.1037/h0087773>
- Chisholm, S. M., Crowther, J. H. y Ben-Porath, Y. S. (1997). Selected MMPI-2 scales ability to predict premature termination and outcome from psychotherapy. *Journal of Personality Assessment*, 69(1), 127-144. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6901\\_7](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6901_7)
- Cooper, A. A. y Conklin, L. R. (2015). Dropout from individual psychotherapy for major depression: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Clinical Psychology Review*, 40, 57-65. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.001>
- Cooper, A. A., Kline, A. C., Baier, A. L. y Feeny, N. C. (2018). Rethinking Research on Prediction and Prevention of Psychotherapy Dropout: A Mechanism-Oriented Approach. *Behavior modification*. <https://doi.org/10.1177%2F0145445518792251>
- Crits-Christoph, P., Connolly, M. B., Gallop, R., Barber, J. P., Tu, X., Gladis, M. y Siqueland, L. (2001). Early improvement during manual-guided cognitive and dynamic psychotherapies predicts 16-week remission status. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(3), 145-154. PMID:11402077
- De Haan, A. M., Boon, A. E., Vermeiren, R. R., Hoeve, M. y de Jong, J. T. (2015). Ethnic background, socioeconomic status, and problem severity as dropout risk factors in psychotherapy with youth. *Child & youth care forum*, 44(1), 1-16. <https://doi.org/10.1007/s10566-014-9266-x>
- Fernandez, E., Salem, D., Swift, J. K. y Ramtahal, N. (2015). Meta-analysis of dropout from cognitive behavioral therapy: Magnitude, timing, and moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(6), 1108-1122.
- Garb, H. N. (2005). Clinical judgment and decision making. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 67-89. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143810>
- Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 190-228). Nueva York, NY: Wiley.
- Gersh, E., Hallford, D. J., Rice, S. M., Kazantzis, N., Gersh, H., Gersh, B. y McCarty, C. A. (2017). Systematic review and meta-analysis of dropout rates in individual psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 52, 25-33. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.10.001>

- Gonzalez, A., Weersing, V. R., Warnick, E. M., Scahill, L. D. y Woolston, J. L. (2011). Predictors of treatment attrition among an outpatient clinic sample of youths with clinically significant anxiety. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38, 356-367. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0323-y>
- Greenberg, R. P., Constantino, M. J. y Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical psychology review*, 26(6), 657-678. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.03.002>
- Gutner, C. A., Gallagher, M. W., Baker, A. S., Sloan, D. M. y Resick, P. A. (2016). Time course of treatment dropout in cognitive-behavioral therapies for posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(1), 115-121. <https://doi.org/10.1037/tra0000062>
- Hatchett, G. T., Han, K. y Cooker, P. G. (2002). Predicting premature termination from counseling using the Butcher Treatment Planning Inventory. *Assessment*, 9(2), 156-163. <https://doi.org/10.1177%2F10791102009002006>
- Hatchett, G. T., y Park, H. L. (2003). Comparison of four operational definitions of premature termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(3), 226-231. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.40.3.226>
- Kane, A. S. y Tryon, G. S. (1988). Predictors of premature termination from counseling at semester recess. *Journal of College Student Development*, 29(6), 562-563.
- Kehle-Forbes, S. M., Meis, L. A., Spont, M. R. y Polusny, M. A. (2016). Treatment initiation and dropout from prolonged exposure and cognitive processing therapy in a VA outpatient clinic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(1), 107-114. <https://doi.org/10.1037/tra0000065>
- Lambert M. J., Hansen N. B., Umpruss V., Lunnen K., Okiishi J. y Burlingame G.M. (1996). *Administration And Scoring Manual for the OQ45.2*. Nashville, TN: American Professional Credentialing Services LLC.
- Lambert, M. J., Okiishi, J. C., Finch, A. E. y Johnson, L. D. (1998). Outcome assessment: From conceptualization to implementation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(1), 63-70. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.29.1.63>
- Linardon, J., Brennan, L. y de la Piedad Garcia, X. (2016). Rapid response to eating disorder treatment: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 49(10), 905-919. <https://doi.org/10.1002/eat.22595>
- Linardon, J., Fitzsimmons-Craft, E. E., Brennan, L., Barillaro, M., y Wilfley, D. E. (2018). Dropout from interpersonal psychotherapy for mental health disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 29(7), 1-12. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1497215>
- Linardon, J., Hindle, A. y Brennan, L. (2018). Dropout from cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A meta-analysis of randomized, controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 51(5), 381-391. <https://doi.org/10.1002/eat.22850>
- Longo, D. A., Lent, R. W. y Brown, S. D. (1992). Social cognitive variables in the prediction of client motivation and attrition. *Journal of Counseling Psychology*, 39(4), 447-452. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.39.4.447>
- Lutz, W., Hofmann, S. G., Rubel, J., Boswell, J. F., Shear, M. K., Gorman, J. M. y Barlow, D. H. (2014). Patterns of early change and their relationship to outcome and early treatment termination in patients with panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 287-297. <https://doi.org/10.1037/a0035535>
- Maher, M., Huppert, J. D., Chen, H., Duan, N., Foa, E. B., Liebowitz, M. R. y Simpson, H. B. (2010). Moderators and predictors of response to cognitive-behavioral therapy augmentation of pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine*, 40(12), 2013-2023. <https://dx.doi.org/10.1017%2FS0033291710000620>
- McAleavey, A. A., Youn, S. J., Xiao, H., Castonguay, L. G., Hayes, J. A. y Locke, B. D. (2017). Effectiveness of routine psychotherapy: Method matters. *Psychotherapy Research*, 29(2), 139-156. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1395921>
- McMurrin, M., Huband, N. y Overton, E. (2010). Non-completion of personality disorder treatments: A systematic review of correlates, consequences, and interventions. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 277-287. <https://doi.org/10.1037/h0087822>
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A., y Claud, D. A. (2003). The outcome rating scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of brief Therapy*, 2(2), 91-100.
- Nathan, P. E. y Gorman, J. M. (2015). *A guide to treatments that work* (4<sup>th</sup> ed.). Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Ong, C. W., Lee, E. B. y Twohig, M. P. (2018). A meta-analysis of dropout rates in acceptance and commitment therapy. *Behaviour research and therapy*, 104, 14-33. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.02.004>
- Pekarik, G. (1985). The effects of employing different termination classification criteria in dropout research. *Psychotherapy*, 22(1), 86-91. <https://doi.org/10.1037/h0088531>

- Reis, B. F. y Brown, L. G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(2), 123-136. <https://doi.org/10.1037/h0087822>
- Richmond, R. (1992). Discriminating variables among psychotherapy dropouts from a psychological training clinic. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23(2), 123-130. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.23.2.123>
- Sharf, J., Primavera, L. H. y Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 637-645. <https://doi.org/10.1037/a0021175>
- Saxon, D., Barkham, M., Foster, A. y Parry, G. (2017). The contribution of therapist effects to patient dropout and deterioration in the psychological therapies. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(3), 575-588. <https://doi.org/10.1002/cpp.2028>
- Saxon, D., Firth, N. y Barkham, M. (2017). The relationship between therapist effects and therapy delivery factors: Therapy modality, dosage, and non-completion. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44, 705-715. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0750-5>
- Schindler, A., Hiller, W. y Withoft, M. (2013). What predicts outcome, response, and drop-out in CBT of depressive adults? A naturalistic study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(3), 365-370. <https://doi.org/10.1017/S1352465812001063>
- Swift, J. K. y Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(4), 547-559. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0028226>
- Swift, J. K. y Greenberg, R. P. (2015). *Premature termination in psychotherapy: Strategies for engaging clients and improving outcomes*. Washintong, DC: American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/14469-000>
- Swift, J. K., Greenberg, R. P., Tompkins, K. A. y Parkin, S. R. (2017). Treatment refusal and premature termination in psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination: A meta-analysis of head-to-head comparisons. *Psychotherapy*, 54(1), 47-57. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pst0000104>
- Szafranski, D. D., Smith, B. N., Gros, D. F. y Resick, P. A. (2017). High rates of PTSD treatment dropout: A possible red herring? *Journal of Anxiety Disorders*, 47, 91-98. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.01.002>
- Wierzbicki, M. y Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 190-195. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.24.2.190>
- Zieve, G. G., Persons, J. B. y Yu, L. A. D. (2019). The Relationship Between Dropout and Outcome in Naturalistic Cognitive Behavior Therapy. *Behaviortherapy*, 50(1), 189-199. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.05.004>
- Zimmermann, D., Rubel, J., Page, A. C. y Lutz, W. (2017). Therapist effects on and predictors of non-consensual dropout in psychotherapy. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(2), 312-321. <https://doi.org/10.1002/cpp.2022>