

Interrupción de tratamiento y su relación con efectos adversos y percepción de cambio en paciente y psicoterapeuta en psicoterapia psicodinámica

Rosa Catalina Zytner Tessler¹

Resumen

Se presenta un artículo teórico con ejemplificación de un caso de interrupción de un tratamiento psicoterapéutico psicodinámico en una investigación y su posible relación con los efectos adversos evidenciados por el instrumento de evaluación utilizado (CORE-OM). Si bien la interrupción del tratamiento se ha abordado en la literatura, continúa siendo un desafío en la actualidad. Reducir el porcentaje de interrupciones se evidencia como prioritario para la accesibilidad de los tratamientos, especialmente a nivel de los servicios de salud. Relacionado con ello, se observa la importancia de la percepción de cambio en paciente y psicoterapeuta, temática de notoria relevancia en las disciplinas que se ocupan de la salud mental.

Palabras clave: efectos adversos - interrupción de tratamiento - percepción de cambio- psicoterapia psicodinámica.

Treatment Interruption and its Relation to Adverse Effects and Perception of Change in Patient and Psychotherapist in Psychodynamic Psychotherapy

Abstract

This is a theoretical article illustrated by a case of interruption of a psychodynamic psychotherapeutic treatment in a research and its possible relationship with the adverse effects evidenced by the evaluation instrument used (CORE-OM). Although treatment interruption has been addressed in literature, it continues being a challenge today. Reducing the percentage of interruptions is evidenced as a priority, for the accessibility of treatments, especially at the level of health services. Related to this, the importance of the perception of change in the patient and the psychotherapist is observed, a subject of notorious relevance in the disciplines that deal with mental health.

Keywords: Adverse Effects – Treatment Interruption - Perception of Change - Psychodynamic Psychotherapy

¹ Universidad de la República (Uruguay) – AUDEPP. E-mail: rytner@psico.edu.uy
PERSPECTIVAS EN PSICOLOGÍA – Vol. 19 – Número 2 – diciembre 2022 – (pp. 23-43)

Introducción

A partir de un caso de interrupción de tratamiento surge la necesidad de estudiar las posibles causas del mismo. Ello lleva a relacionarlo con los posibles efectos adversos, en este caso de empeoramiento, arrojados por el instrumento de evaluación CORE-OM (Feixas et al., 2012) y la percepción de cambio a partir del tratamiento, desde paciente y psicoterapeuta.

Se trata de un caso de la investigación “Estudios de las características y efectividad de los abordajes psicoterapéuticos para jóvenes en servicios de salud del Sistema Nacional Integrado de Salud” (Dogmanas et al., 2016), en la que una de las pacientes adolescentes, de 22 años, a pesar de haber manifestado estar conforme con el tratamiento, interrumpió el mismo y el instrumento de evaluación utilizado (CORE-OM) evidenció un empeoramiento de su sintomatología. En las entrevistas realizadas a paciente y terapeuta, la razón de la interrupción dada por una y otra no coinciden.

Se presentan propuestas que quizás podrían contribuir a aportar una mayor claridad en la evolución de los procesos psicoterapéuticos, que apunten a evitar la interrupción y quizás disminuir los efectos adversos.

Consideraciones éticas

Para la investigación del ejemplo se tomaron en cuenta las pautas nacionales del Uruguay e internacionales para la investigación con seres humanos. Se informó a todos los participantes acerca del motivo y las características del estudio, los procedimientos, la protección de los datos personales y el carácter voluntario de su participación en el mismo, garantizando la confidencialidad en todas las etapas. La participación fue acordada y se asentó mediante la firma de un Consentimiento libre, pudiendo ser revocada en cualquier momento, de acuerdo al Principio de autonomía, del Decreto Ley regulatorio 5015/2008 para la Investigación con Seres Humanos del Poder Ejecutivo de la República Oriental del Uruguay. En caso de no querer participar, la persona consultante recibiría igualmente asistencia, siendo este el objetivo primordial, respetando así el Principio de Beneficencia y de no Maleficencia (Cap. II, Art. 4, Numerales a, b y c, p. 9).

La interrupción y posibles efectos adversos en psicoterapia

Habitualmente se habla de “abandono” cuando es el paciente el que deja el tratamiento, y de “interrupción” si es por parte de cualquiera de los miembros de la dupla paciente-psicoterapeuta, pero no

Interrupción de tratamiento y su relación con efectos adversos...

siempre la distinción es tan clara. En el título de este artículo se eligió la palabra “interrupción” por considerar que lo planteado aquí no presenta diferencias ya sea que se trate de un caso de interrupción o de abandono.

La interrupción de un proceso psicoterapéutico puede suceder por diversas causas, entre otras el abandono del tratamiento por iniciativa del paciente, que conduce a múltiples interrogantes. Hay casos en los que la interrupción de un tratamiento no está directamente vinculada al abandono, por ejemplo, cuando las causas son ajenas a la voluntad del paciente o del psicoterapeuta. También puede suceder que la interrupción del tratamiento no sea ni causa ni consecuencia de efectos adversos. La buena práctica psicoterapéutica obliga al profesional a asegurarse de que no se generen ni causen dichos efectos. Se entiende por “efectos adversos” los resultados dañinos que pueden aparecer en una psicoterapia, que son casi siempre multidimensionales.

Para atender este aspecto se puede poner el foco en el terapeuta, en el paciente, o en la relación entre ambos. Si bien algunos desarrollos indican que los efectos adversos pueden deberse a la incapacidad del paciente de aprovechar el tratamiento en un momento determinado o al sabotaje del mismo, para Kächele y Schachter (2014, p.

234) es mejor focalizar en la responsabilidad del psicoterapeuta y no en el paciente.

Estos autores realizaron un análisis de la información proveniente de la investigación de resultados acerca de los posibles daños y efectos negativos de los tratamientos psicoterapéuticos, de carácter psicodinámico u otros. Entre otros aspectos, plantearon que existe una reticencia o dificultad en los analistas de ser críticos con su propio rol en aquellos casos en que el resultado del tratamiento no es positivo o el paciente abandona la terapia (Kächele y Schachter, 2014). Refiriéndose al abandono en psicoanálisis, mencionan que más del 50% de los pacientes abandona su tratamiento antes de la octava sesión y que a largo plazo es más común que el paciente abandone en lugar de continuar el tratamiento (Kächele & Schachter, 2014, p. 237). En este sentido, Barrett, Chua, Crits-Christoph, Gibbons, y Thompson (2008) notaron que “los pacientes continúan desvinculándose de los servicios de salud mental en una medida que es comparable a la que se encontraba más de 50 años atrás” (Rogers, 1951, p. 247 en Kächele y Schachter, 2014, p. 237, traducción mía). Los autores presentan una tabla con diferentes investigaciones de resultados, que varían en porcentajes de abandono de

Interrupción de tratamiento y su relación con efectos adversos...

tratamiento desde 32% a 67% (Kächele y Schachter, 2014, p. 237).

En Uruguay, en el Servicio de Atención Psicológica Preventivo Asistencial (SAPPA) de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, esto ha variado en los últimos años. Ello se debe a que previo a la derivación a psicoterapia, en las entrevistas de recepción con los pacientes se trabaja específicamente sobre la construcción de la demanda y los puntos focales que se abordarán en ella, transmitiéndoles luego este trabajo a los psicoterapeutas a los que se los derivarán, lo cual ha reducido significativamente el abandono o interrupción de los tratamientos psicoterapéuticos a 25 y 30% (SAPPA, 2005 - 2020, Zytner, Rodríguez, N. y Tabó, Informes anuales de lo actuado, inéditos).

En relación a otras estrategias para reducirlo, se encuentran “inducción del rol, entrevista motivacional, involucramiento activo con el paciente, feedback del terapeuta y mejorar la relación terapéutica” (Barrett et al., 2008 en Kächele y Schachter, 2014, p. 238). Estos autores señalan que los porcentajes de abandonos en tratamientos psicoterapéuticos son similares a los porcentajes de abandono de tratamientos psicoanalíticos (p. 238).

La multiplicidad de razones posibles para la interrupción o el abandono de un

tratamiento hace que el abordaje y análisis de esta situación sean dificultosos. Probablemente esta es una de las razones por las que en las disciplinas que atañen a la salud mental este tema sigue permaneciendo abierto a su estudio, pero afortunadamente y gracias al trabajo de los investigadores de resultados, actualmente se encuentra más presente en la atención de algunos psicoterapeutas. Por otra parte, se debe tener en cuenta que, aunque existan otras posibilidades, el abandono de un tratamiento psicoterapéutico (quizás producto de un efecto adverso del mismo) puede generar un daño al paciente, lo cual está en las antípodas del objetivo buscado.

Existen además otros factores que inciden en los logros de un tratamiento. La experticia del psicoterapeuta es sin duda importante. También lo son las características del paciente, la gravedad de su problemática, la expectativa que tenga el mismo de poder solucionar sus problemas a través del proceso psicoterapéutico, su compromiso con el tratamiento, su disposición para el trabajo con sus aspectos internos y relacionales, etc.

De dónde parten psicoterapeuta y paciente al comenzar la psicoterapia es un elemento clave, especialmente en cuanto al concepto de vivencia de enfermedad (o del problema que lleva a la consulta) como lo señala el OPD-2, para enfatizar la

Interrupción de tratamiento y su relación con efectos adversos...

relevancia de los procesos afectivos, ubicándolo en el Eje 1, junto a los prerrequisitos para el tratamiento (OPD Task Force, 2008) y Zytner et al. (2011). Para el plan de tratamiento, la forma en que una persona vivencia la enfermedad o problemática es básica, fundamentalmente para valorar los aspectos favorables o desfavorables que incidirán en el trabajo y para el acuerdo manifiesto y latente con el psicoterapeuta. La comprensión de la visión del paciente por parte del psicoterapeuta y la reformulación del motivo de consulta son aspectos complejos y multideterminados, que permiten entender la perspectiva del paciente sobre su sufrimiento y sus expectativas frente al tratamiento. Si esto no ocurre, muchas veces puede conducir a la interrupción o abandono del tratamiento, a su fracaso o a efectos adversos y a la “sensación subjetiva de malestar” (Mohr et al.; 1990; citado por Olives, 2017). Las personas que tienen bajos niveles en cuanto a la sensación subjetiva de malestar tienen más posibilidades de obtener resultados negativos en un tratamiento. En esta misma línea, el deterioro en algún momento del proceso puede formar parte de la mejoría, entendiendo que este podría ser consecuencia de que “la persona está afrontando una realidad dolorosa y que este es un proceso necesario para poder mejorar” (Olives; 2017; p.156).

Es necesario no olvidar que, en algunos casos, debido a modificaciones del entorno vital del paciente, se reducen o anulan los cambios positivos logrados en el tratamiento, por lo cual se plantean interrogantes acerca de los alcances de los efectos del tratamiento, como en el caso que se presenta en este trabajo, donde surgen dudas de si se trata de un caso de interrupción o un caso de abandono y si podrían existir efectos adversos al mismo, tal como fueron detectados en el CORE-OM.

A partir de su investigación, Lilienfeld aporta a estas interrogantes, planteando que ciertas terapias pueden causar daño a un número significativo de pacientes y busca identificar y operacionalizar aquellos tratamientos que puedan ser causantes de daño en el paciente y sus familiares cercanos. También menciona la posibilidad de una dependencia excesiva del psicoterapeuta. Concluye que algunos tratamientos son iatrogénicos y por lo tanto se cuestiona el veredicto del pájaro Dodo de la equivalencia de eficacia de toda la psicoterapia (Lilienfeld, 2007; Lilienfeld et al., 2014).

Por su parte, Ortiz e Ibáñez (2011) afirman que el “origen de todos estos efectos adversos también es múltiple y puede deberse a variables del paciente, del

Interrupción de tratamiento y su relación con efectos adversos...

terapeuta o de la interacción paciente-terapeuta, a una técnica psicoterapéutica fallida, o una situación social sin solución” (p. 519). Resulta esencial identificar cuanto antes el progreso o el deterioro de un tratamiento. En esta línea resulta relevante el aporte de Bernardi respecto a que “conviene distinguir el fracaso de un tratamiento del hecho de que pase por momentos de crisis. Estos últimos, cuando logran ser individualizados y superados, pueden dejar un saldo positivo” (Bernardi, 2016, p.357).

En lo referente a las habilidades profesionales, las autoras Crocamo y Benatuil (2021) publicaron una investigación en la cual identificaron siete competencias clínicas básicas requeridas para el ejercicio de la psicoterapia: proceso diagnóstico; diseño, intervenciones y técnicas; evaluación y finalización del proceso; vínculo terapéutico; rol profesional; manejo de entrevista y variables contextuales y diversidad. Estas competencias presentan, para la muestra argentina estudiada, similitudes y diferencias con modelos de otras regiones. Estas mismas autoras construyeron un instrumento relevante a estos efectos denominado “Escala de Competencias Clínicas Básicas para Psicoterapeutas (ECCBP)” para la evaluación de dichas competencias (Crocamo y Benatuil, 2022).

Se ha encontrado que “monitorear el progreso del paciente tiene un impacto significativo en los pacientes que muestran una respuesta inicial pobre al tratamiento” (Lambert et al., 2003). En este sentido, Lambert et al. hicieron una revisión de meta-análisis de tres estudios a gran escala encontrando que la implementación del sistema de feedback “redujo el deterioro de 4% a 8% y aumentó los resultados positivos” y estos autores sugieren que “puede ser que sea hora de que los clínicos monitoreen rutinariamente y formalmente la respuesta del paciente al tratamiento” (p. 288, traducción mía).

En relación a ello, Lambert et al. (2003, en Lilienfeld, 2007, p. 66) sugieren, como antídoto potente a las terapias potencialmente dañinas, administrar en cada sesión a los pacientes formularios estandarizados que luego le otorgarán al clínico un feedback desde la mirada del paciente, importante para evitar a tiempo fallas en el tratamiento, pues el terapeuta puede ir haciendo modificaciones de acuerdo a esta información. Así, los tratamientos ganan eficacia terapéutica frente a otros que no tienen estas condiciones de control.

Posteriormente, Lambert (2013) reafirma la importancia de que el psicoterapeuta posea desde el inicio del tratamiento un sistema de alarma, diferente

Interrupción de tratamiento y su relación con efectos adversos...

del juicio clínico, que le ayude a estar atento a resultados negativos potenciales en el tratamiento y que pueda ser usado como un apoyo para la toma de decisiones en el tratamiento (pp. 46-47).

Asimismo, señala la eficiencia del Outcome Questionnaire 45 (OQ-45). Brown y Lambert “hallaron que el puntaje total del OQ-45 antes del tratamiento y los cambios de puntaje desde las Sesiones 1 a 3, indicaban aproximadamente el 40% de la variación en el resultado final, y que luego de tomar en cuenta estas variables, todas las otras variables combinadas (por ej., diagnóstico, datos demográficos del paciente, datos demográficos del terapeuta, orientación teórica del terapeuta, etc.) influían en menos de 1% de la variación en el resultado final” (Brown y Lambert, 1998, en Lambert, 2013, traducción mía).

Por lo tanto, uno de los instrumentos que pueden emplearse para ello es el OQ-45, que puede ser usado para generar feedback para el terapeuta. Sin embargo, el autor señala la existencia de reticencia de los psicoterapeutas a recibirlo. “Al igual que con muchas innovaciones en el cuidado clínico, los clínicos se muestran dudosos a la hora de adoptar en su práctica rutinaria un feedback del tipo descrito. Además de la tendencia natural de los proveedores de ajustarse a los tratamientos que aprendieron durante sus estudios (que aún no incluye tal

feedback), su tendencia a sobreestimar sus niveles de éxito y reducir la importancia de los resultados negativos, y su escepticismo general sobre la investigación reduce su uso rutinario” (Lambert, 2013, p. 48, traducción mía). A los psicoterapeutas les cuesta reconciliar una opinión diferente a su propia percepción de éxito del tratamiento y les resulta más sencilla una práctica sin una evaluación formal (p.48). En el caso del ejemplo que desarrollaremos el instrumento de evaluación que se utilizó fue el CORE-OM.

Caso clínico

La paciente, perteneciente a la muestra de la investigación antes mencionada, tiene 22 años, es estudiante, está desempleada e inicia la psicoterapia por iniciativa propia, interrumpiéndola unos meses después, luego de 20 sesiones de psicoterapia psicodinámica individual. La metodología empleada para la muestra de población adolescente dentro de las prestaciones de psicoterapia del Plan de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud Mental (SNIS) puesto en marcha en el Uruguay a partir del año 2013, se realizó en el marco de una investigación descriptiva, obteniéndose los datos a partir de los siguientes instrumentos empleados:

- CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure,

Interrupción de tratamiento y su relación con efectos adversos...

diseñado por el Core System Group (Feixas et al. 2012), es un cuestionario de autoinforme que evalúa el estado del paciente desde las dimensiones Bienestar subjetivo (W), Funcionamiento general (F), Problemas/síntomas (P) y Riesgo (R), compuesto de ítems para cada dimensión, para la evaluación del cambio psicoterapéutico y es de aplicación sencilla. Se aplica al principio y al final de la psicoterapia y permite evaluar sintomatología diversa, sin diagnosticar un trastorno específico. Proporciona datos valiosos sobre la gravedad de los síntomas al finalizar el tratamiento y se puede aplicar en fases intermedias.

- Entrevista semi-estructurada a los adolescentes de la muestra, a través de una guía de preguntas ajustadas a posibles respuestas abiertas del entrevistado, adaptándose a las mismas. Su objetivo fue la indagación del motivo de consulta, la percepción de cambios por el entrevistado y el entorno, cambios deseados pero que no se lograron, motivo de finalización del tratamiento y si volvería a consultar si lo necesitara.
- Cuestionarios ad-hoc para dichos usuarios y psicoterapeuta con el objetivo de relevar datos sociodemográficos y clínicos de los mismos, de la

intervención en sí y de la percepción de los psicoterapeutas.

En el caso estudiado aquí llamó la atención una diferencia entre la opinión de la paciente y de la psicoterapeuta sobre las razones de interrupción del tratamiento. La paciente plantea que hubo descoordinación de horarios y que en una oportunidad manifestó que quería continuar con el tratamiento. La psicoterapeuta expresa que hubo interrupción del tratamiento. A pesar de que se hicieron varios intentos de encontrar un horario en común para continuarlo, finalmente no se pudo. Por lo tanto, plantea que el proceso se interrumpió, dejando entrever que la paciente resolvió interrumpir el tratamiento o, lo que en este caso equivaldría a abandonarlo. Cuando se inicia el tratamiento, la psicoterapeuta identifica: ansiedad, estrés, trastornos alimenticios, problemas de autoestima y del trabajo/estudio. Según el CIE 10, el diagnóstico que se plantea es Trastorno del estado de ánimo [afectivo], no especificado (F39). Se registra que la paciente inicia el tratamiento tomando medicación ansiolítica. Al finalizar el tratamiento, en la entrevista realizada a la paciente, se observa que esta percibe que el tratamiento fue básicamente positivo. A continuación, presentamos algunas de sus respuestas:

Interrupción de tratamiento y su relación con efectos adversos...

- Como motivo de consulta: “estaba media desbordada”.
- Cambios percibidos: “Sí. He visto cambios positivos y otras cosas que siguen como que iguales”.
- Cambios percibidos por otros: “mi madre y mi hermana son las que más, como vivo con ellas, se nota mucho más y también ta, la psicóloga con la que me atendía ahí vio cambios positivos”.
- Hay cambios que le hubiera gustado alcanzar y no logró, por lo cual le quedan aspectos por abordar.
- Motivo de finalización: “descoordinación de horarios”.
- ¿Volvería al tratamiento?: “Sí”.
- Parece plantear al inicio y parte del proceso una alianza terapéutica positiva: “Como había hecho una muy buena relación con la psicóloga (...) porque a mí me gustaba ella como profesional, y

habíamos hecho una buena relación entonces me parecía ella, o sea, yo tenía una intimidad más con ella que podía llegar hasta llorar en las sesiones, que llorar en las sesiones es muy complicado con cualquier otro profesional si no hay una química, entonces ta.” (Gutiérrez, N., Ochoa, L., Pérez, P., Pérez, M. y Posente, R., 2019, p.20).

En la entrevista también se puede notar que algunos aspectos mostraron una mejoría y otros un empeoramiento. La paciente enfrenta situaciones conflictivas con mayor grado de humor y menos agresividad, reduciendo su nivel de violencia hacia los otros, evidenciando mejoría en algunos aspectos, aunque todo lo referente a la violencia hacia sí misma sufrió un empeoramiento.

Tabla 1 - Ítems riesgo CORE- OM inicio y final

Dimensión Riesgo	Inicio	Final
He pensado en hacerme daño a mí mismo	1	3
He hecho planes para acabar con mi vida	0	2
He pensado que sería mejor que estuviera muerto	0	4
Me he hecho daño físicamente o he puesto en peligro mi salud	0	1
He sido violento físicamente hacia los demás	1	0
He amenazado o intimidado a otra persona	2	0

Interrupción de tratamiento y su relación con efectos adversos...

Se observa que hay un aumento en la puntuación de los 4 ítems que indican intento de suicidio y autolesiones, y una disminución en los 2 que evalúan actos de agresión a terceros.

A continuación, se detallan las puntuaciones que también presentaron un aumento entre la toma inicial y la final, en diversas dimensiones:

Tabla 2 – CORE- OM inicial y final con aumento de puntuación

	Inicio	Final
La tensión y la ansiedad me han impedido hacer cosas importantes (P)	1	3
Me he sentido satisfecho con las cosas que he hecho (F)	1	2
He sentido pánico o terror (P)	1	2
He sentido afecto o cariño por alguien (F)	0	1
He sido capaz de hacer la mayoría de las cosas que tenía que hacer (F)	1	2
Me he sentido desesperado o sin esperanza (P)	1	3
Me he sentido criticado por los demás (F)	1	2
Me he sentido optimista sobre mi futuro (W)	0	2
He conseguido las cosas que quería (F)	1	2

En oposición a lo que vemos en la entrevista semi-estructurada, la aplicación del CORE-OM arroja que la paciente pasa de una puntuación que denota un nivel de patología del funcionamiento mental moderado a un nivel severo, con lo cual muestra un empeoramiento entre el inicio y el fin del tratamiento, inclusive con la aparición de nuevos síntomas. Preocupa que en la dimensión “Riesgo” resalta un deterioro de daño a sí misma frente al daño a los demás. Algunos ítems que empeoran son: “He pensado en hacerme daño a mí

mismo”; “He hecho planes para terminar con mi vida”; “He pensado que sería mejor que estuviera muerta”. Por otro lado, hay una mejoría en lo que refiere al “Daño a otros”. Los ítems son: “He sido violento hacia los demás” y “He amenazado o intimidado a otra persona”.

Como acontece a veces con la utilización de varios instrumentos, se observan algunas discrepancias entre ellos (Autor/a, 2020), en este caso entre el CORE-OM y la Entrevista semidirigida, y la percepción de paciente y terapeuta.

Interrupción de tratamiento y su relación con efectos adversos...

Se plantean entonces interrogantes tales como: ¿Por qué se observan diferencias tan marcadas? ¿Por qué la paciente que aparentemente realiza una buena alianza terapéutica interrumpe el tratamiento? ¿La alianza terapéutica sería tan firme como para no sufrir fuertemente los avatares del proceso del tratamiento? ¿Falló algo en la alianza terapéutica como para que paciente y terapeuta no coincidan en el motivo de interrupción del tratamiento? ¿Por qué aumentó el riesgo de daño a sí misma y disminuyó la agresividad hacia los otros? ¿Qué papel cumplió la medicación ansiolítica desde el inicio y a lo largo del tratamiento? ¿Por qué afirma que volvería al tratamiento? ¿Por qué atribuye los cambios percibidos a sus familiares y a su psicoterapeuta? ¿Existieron factores externos que influyeron en la interrupción y/o abandono del tratamiento y/o en los efectos adversos arrojados por el CORE-OM?

No se cuentan con datos suficientes sobre el desarrollo del proceso para poder responder a estas interrogantes, ya que el objetivo de la investigación de la que tomamos el caso se dirigía a los resultados del mismo. Sin embargo, las contradicciones que se presentan en este caso sirven para plantearse determinados aspectos importantes a tener en cuenta en un tratamiento psicoterapéutico.

Percepción de cambio

En base a las definiciones de las palabras “percibir” y “cambiar” del diccionario de la Real Academia Española, se define “percepción de cambio” como “la sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos” (Real Academia Española, 2014). Se elige intencionalmente esta definición amplia, a los efectos de colocarse en un terreno compartido entre los pacientes y terapeutas, de acuerdo a otros investigadores que utilizan este término (entre otros, Krause 2005, Moncada 2007). Tal percepción se relaciona con una idea, con una representación mental que surge a partir del razonamiento de una persona, por lo cual se unen la representación y la sensación, que contempla una “vivencia subjetiva de cambio”, al decir de Krause (Krause, 2005; Krause et al., 2006)” (Autor/a, 2020, p. 48).

La revisión activa del terapeuta de sus ideas de cura y su sentido de colaboración en relación con la visión del paciente puede beneficiar la relación terapéutica entre ambos (Lambert, 2017; Lilliengren y Werbart, 2005).

A partir de la investigación de mi tesis de doctorado [“Título”] (2020) concuerdo con la importancia de focalizar en las diferencias de perspectiva entre paciente y terapeuta desde el inicio del

Interrupción de tratamiento y su relación con efectos adversos...

tratamiento. Asimismo, Satran (1995, en Lilliengren y Werbart, 2005) propone observar cuidadosamente lo que los pacientes experimentan como terapéutico, interrogándolos periódicamente qué les resulta útil. “Las similitudes y discrepancias entre las teorías implícitas de cura de ambas partes necesitan ser discutidas desde el comienzo del tratamiento. Tal exploración y negociación es en sí misma un agente de cambio poderoso” (p. 336) (traducción mía). En esta línea, “si paciente y analista tienen diferentes perspectivas sobre lo que se espera del análisis (reversión de la perspectiva) y esto no logra ser percibido y trabajado, el análisis puede llevar a un impasse o estancamiento” (Bernardi, 2016, p.356).

En el caso mencionado podría pensarse que este acuerdo no pudo instalarse claramente, pudiendo haber una diferencia de perspectiva entre paciente y psicoterapeuta, lo que, como se menciona anteriormente, puede conducir a lo planteado por Bernardi (2016), a la interrupción o abandono del tratamiento, a su fracaso o a efectos adversos.

Se carece de la información necesaria para llegar a una conclusión firme, pero se podría hipotetizar que la vivencia subjetiva de enfermedad de la paciente no acordaba con su malestar, y que, durante el

tratamiento, al aumentar el conocimiento de sí misma, el CORE-OM manifestó un empeoramiento.

Alianza terapéutica

La alianza terapéutica o de trabajo es un aspecto muy significativo para que los tratamientos lleguen a buen puerto, e incluye aspectos concientes, preconcientes e inconscientes. Existe una amplia bibliografía sobre esta relevancia (Gómez Penedo, J.M., Juan, S., Manubens, R.T. y Roussos, A., 2017, Safran, Muran y Proskurov, 2009; Hentschel, 2005).

Hay autores que usan los dos términos en forma indistinta, y otros utilizan el término “alianza de trabajo”, para resaltar que se da justamente en el marco de un trabajo, que puede ser diagnóstico o psicoterapéutico. Otros lo distinguen en cuanto a lo psicoterapéutico en sí. Para Greenson (1967), la alianza de trabajo se trata de un fenómeno racional que se da entre ambos componentes del vínculo, en la interacción entre el psicólogo y el paciente facilitado por el encuadre. Las reacciones transferenciales del paciente podrían reforzar la alianza terapéutica; el núcleo esencial de la alianza es la relación real.

Por su parte, Celener (2004) plantea la alianza de trabajo como una relación relacional y razonable entre el entrevistador

Interrupción de tratamiento y su relación con efectos adversos...

y el entrevistado que hace a la cooperación intencional y decidida. Los elementos que se ponen en juego son: 1) la personalidad y estilo profesional del entrevistador, 2) la personalidad del entrevistado. 3) el encuadre (institucional, encuadre externo de la consulta e interno), 4) procesos transferenciales y contratransferenciales, 5) actitud empática de profesional, 6) aspectos contractuales de trabajo, 7) objetivos de trabajo.

Señala que implica una adhesión consciente e inconsciente del entrevistado al objetivo de trabajo y a los métodos propuestos por el profesional para lograrlo.

Hartley (1985) señala que en la alianza terapéutica se dan aspectos que hacen a la confianza y respeto auténtico, como a la capacidad de trabajar juntos, en pos de un objetivo.

Henry y Strupp (1994) recuerdan que dentro del vínculo terapéutico se diluyen los límites entre lo que corresponde a la relación real y efectos de la transferencia. Está basada en el deseo consciente e inconsciente de cooperación y de aceptación de ayuda.

La alianza terapéutica y su vinculación con el cambio es un aspecto que ha sido ampliamente estudiado en la práctica clínica e investigación en psicoterapia. En la investigación de mi tesis (Autor/a, 2020), se observó que en todos los

casos, en las distintas perspectivas de la percepción de cambio se valoró este aspecto como de gran incidencia en los logros obtenidos por las pacientes, en consonancia con lo planteado por los autores mencionados anteriormente y otros. Ello permite concordar con que la alianza terapéutica es un aspecto prioritario en los tratamientos.

Se considera necesario prestar especial atención a este aspecto a través de profundizar más esta área con preguntas que apunten a conocer la percepción de las dos perspectivas sobre el vínculo terapéutico y su relación con la percepción de cambio a partir del tratamiento (Autor/a, 2020). En el caso estudiado, tanto paciente como psicoterapeuta indican que hubo una buena alianza terapéutica, por lo menos al inicio. Sin embargo, la divergencia en la razón de interrupción del tratamiento genera dudas acerca de ello. Se evalúa que las percepciones de paciente y psicoterapeuta pueden aludir a una buena alianza terapéutica, porque puede haber una sensación de comprensión mutua y de comodidad, pero no existir una dinámica efectiva entre ambas partes con los fines terapéuticos. Una hipótesis es que en este caso haya sucedido eso.

Análisis de materiales de casos clínicos

La utilización de métodos de observación sistemáticos por parte del psicoterapeuta a lo largo del tratamiento contribuye a fortalecer la mirada sobre el paciente y el tratamiento en sí.

La observación grupal de los materiales clínicos es una forma de ampliar la mirada al análisis desde distintas perspectivas que es practicada, por ejemplo, por los “working parties” y “working groups” de la Asociación Psicoanalítica Internacional, tales como el Working Party on Comparative Clinical Methods (CCM), The Working Party on the Specificity of Psychoanalytic Treatment Today, The Working Party on Initiating Psychoanalysis y el Working Group on Clinical Observation (los creadores del 3-LM). Por más información referirse a la página web de la IPA (International Psychoanalytical Association, 2021). En Argentina este tipo de observación grupal de materiales clínicos está siendo llevada adelante por Andrea Rodríguez Quiroga y colegas (Rodríguez Quiroga de Pereira, A., Borensztein, L., Corbella, V. y Marengo, J.C., 2018). Sin embargo, si bien los beneficios de esta observación grupal de los materiales clínicos son muy conocidos y su utilidad es destacada, se sugiere tener en cuenta algunas cuestiones que pueden dificultar o impedir su aplicación. Por

ejemplo, no todos los materiales de todos los pacientes se pueden observar grupalmente. Puede haber una tendencia por parte de los psicoterapeutas a compartir materiales con un grupo con cierto sesgo en la selección de los mismos.

Instrumentos para observar la evolución del proceso psicoterapéutico

Teniendo en cuenta lo dicho anteriormente acerca de los porcentajes de abandonos de psicoterapia y los efectos adversos que esto puede generar en el paciente, se considera que el psicoterapeuta debe estar atento desde el principio y a lo largo de cada tratamiento, a si existen riesgos de interrupción o abandono del tratamiento, de efectos adversos o de no cambios a partir del tratamiento.

Además de los factores predictores de abandono planteados por Kächele & Schachter (2014), Lambert, M.J. (Eds) (2003) y Lilienfeld (2007), se propone que los psicoterapeutas utilicen individualmente ciertos instrumentos de evaluación de cada tratamiento.

Además del OQ-45 y el CORE-OM anteriormente mencionados se destacan aquí:

a) Formulación Psicodinámica de Caso (FPC)

Interrupción de tratamiento y su relación con efectos adversos...

La FPC es una manera de conceptualizar y presentar los casos clínicos, fundamentada teóricamente, en este caso en la teoría psicoanalítica, como hipótesis sobre cuatro dimensiones básicas: a) ¿qué le pasa al paciente? (aspectos diagnósticos); b) ¿a qué se debe lo que le ocurre? (aspectos etiopatogénicos); c) ¿cómo tratarlo? (plan de tratamiento o aspectos terapéuticos) y d) ¿qué efecto tuvo? (evolución). (Bernardi, R., Varela, B., Miller, D, Zytner, R., de Souza, L. y Oyenard, R., 2016, p. 29-41). Se trata de una explicación o conceptualización de la información obtenida a partir de una evaluación clínica. Provee el marco de trabajo para desarrollar la estrategia psicoterapéutica más pertinente al paciente, guiando el plan de tratamiento. Debe proveer “una conceptualización sucinta del caso y por lo tanto guiar el plan terapéutico”. Por eso debe ser: “específica, breve, focalizada, y por lo tanto limitada en su objetivo, amplitud y comprensión” (500-1.000 palabras). “Debe clarificar en forma concisa e incisiva las cuestiones centrales, diferenciando lo que el terapeuta ve como esencial de lo que es secundario” (Perry, Cooper y Michels, 1987, 2006).

Este instrumento tiene utilidad múltiple, para el paciente y el psicoterapeuta, para las instituciones y el sistema de salud, para la investigación y

para la formación de los psicoterapeutas y clínicos en salud mental en general. El seguimiento con este instrumento puede efectuarse con diferente periodicidad, dependiendo de la duración esperada del tratamiento. No es igual un tratamiento donde no está prefijado el plazo del mismo a los tratamientos de los servicios de salud, en los que se sabe de antemano que tendrán una duración de un número predefinido de sesiones.

b) Modelo de los Tres Niveles para la Observación de las Transformaciones del Paciente (3-LM)

El 3-LM (Bernardi, 2014) se utiliza para analizar grupalmente los materiales clínicos desde tres niveles: fenomenológico, diagnóstico e hipótesis explicativas del cambio. Aquí propongo que el psicoterapeuta podría durante las primeras entrevistas estar atento a encontrar los “anchor points” (puntos de anclaje) que guiarán el tratamiento y observar al paciente teniendo presentes los tres niveles del 3-LM. Podría luego de cada sesión completar brevemente los formularios adaptándolos a una mirada “sesión a sesión”. Esto evitaría, al menos parcialmente, que al analista se le pasaran por alto aspectos importantes para la mejoría del paciente. Ello implicaría una

Interrupción de tratamiento y su relación con efectos adversos...

adaptación del Modelo de los Tres Niveles (3-LM) a un uso individual.

A partir de lo observado en el caso de la paciente a la que se hace referencia en este artículo, se pone énfasis en la necesidad de contar con algún elemento que ofrezca una evaluación de cómo va siendo la experiencia del paciente a lo largo de su tratamiento psicoterapéutico, cómo evoluciona la percepción de cambio del paciente y del psicoterapeuta, y así poder diagnosticar a tiempo una posible interrupción o abandono.

c) Categorías de cambio como otra forma de evaluación

Retomando la necesidad de contar con una forma de evaluar la evolución del tratamiento durante el mismo, se presenta un sistema de categorías de cambio propuesto en mi tesis de doctorado (Autor/a, 2020). Es un sistema de ocho categorías que surge de una investigación de la percepción de cambio de psicoterapeutas, pacientes y familiares, a partir de una psicoterapia psicodinámica. Estas categorías resumen los aspectos de la relación del paciente consigo mismo y con los otros que pueden definir los posibles logros de un tratamiento psicoterapéutico psicodinámico.

Categorías: 1) Cambio en el entusiasmo y disfrute en la vida; 2) Cambio

en la confianza en sí mismo; 3) Cambio en la autoestima; 4) Cambios en la forma de percibir y conceptualizar el problema que lo llevó a consultar; 5) Cambio en el padecimiento mental; 6) Cambios vinculados con la interacción terapéutica; 7) Cambio en las relaciones interpersonales; 8) Cambio en la confianza en los demás.

Se considera que un factor relevante para evaluar el tratamiento es que psicoterapeuta y paciente partan de un consenso acerca de la situación del paciente antes de iniciar el tratamiento en los aspectos presentados en las categorías. Aunque se sepa que dicho consenso puede no ser total, igualmente debería ser el mayor posible, para que juntos puedan evaluar los cambios producidos o no producidos en diferentes momentos del tratamiento. De esta forma, el paciente puede tener mayor claridad, o ser más permeable a la percepción del cambio que se va produciendo y se abre el espacio para que las áreas en las que no se observan cambios puedan ser trabajadas en el marco del tratamiento. La utilización de este sistema de categorías a lo largo del tratamiento permite una percepción más ajustada entre el paciente y el psicoterapeuta, dando la oportunidad de que se observen a tiempo las diferencias

Interrupción de tratamiento y su relación con efectos adversos...

que resulten importantes para el buen desarrollo del proceso psicoterapéutico.

Se propone su inclusión en un cuestionario administrado al paciente con la frecuencia que cada contexto terapéutico definirá. Por ejemplo, podría utilizarse antes de iniciar el tratamiento, luego de unos meses y al finalizar cada año de tratamiento. Se considera que la información así recogida deberá ser analizada en conjunto entre el paciente y el psicoterapeuta.

Discusión y conclusiones

Lo trabajado en este artículo vuelve a presentar la riqueza de la consideración de las diversas fuentes y la complejidad y la multiplicidad de las miradas de cada caso.

Como se planteó anteriormente, a los psicoterapeutas les cuesta reconciliar un feedback diferente a su propia percepción de éxito del tratamiento y les resulta más sencilla una práctica sin una evaluación formal (Lambert, 2013, p.48).

Para Lambert (2017), el porcentaje de deterioro en un estudio con una muestra de 6.000 pacientes adultos varía entre 3,2% y 14%. “Por mi parte considero que estas cifras son muy significativas y por lo tanto ameritan que los psicoterapeutas tengamos en cuenta esta posibilidad de cambio negativo en nuestra evaluación, para ir reformulando el proceso del tratamiento de

acuerdo al avance del paciente” (Autor/a, 2020).

La necesidad de un psicoterapeuta alerta, flexible, conciente de su responsabilidad de ir adecuándose a la demanda del paciente, evaluando la eficacia del tratamiento podría incidir en bajar las probabilidades de interrupción o abandono del tratamiento. Para ello se pueden utilizar los instrumentos descritos anteriormente, que ofrecen una mirada sobre la opinión del paciente acerca del tratamiento y de sus necesidades e intereses (FPC, 3-LM, CORE-OM, OQ-45, las ocho categorías de cambio propuestas, entrevista semidirigida u otros). Esto habilita una retroalimentación y un ida y vuelta entre la dupla, que permite ajustar necesidades y fines del paciente, en una actitud activa por parte de ambos en el proceso, habilitando nuevos objetivos, todo lo cual permite afianzar la alianza terapéutica y, por lo tanto, evita interrupciones o abandonos posibles.

En la muestra de mi tesis y en el caso planteado como ejemplo aquí, “se encuentra que, en consonancia con Elliot y James (1989, en Krause y Dagnino, 2006), los pacientes "satisfechos" manifiestan cambios positivos en la autoimagen y en un fortalecimiento de la autoestima”. Por otra parte, Bandura (1977) señala que “al finalizar el tratamiento, la aceptación de necesidad de ayuda se transforma en

Interrupción de tratamiento y su relación con efectos adversos...

"autoeficacia". Ello se ve reflejado en la paciente del ejemplo, cuando manifiesta "he visto cambios positivos".

En el caso tratado en este artículo emergen muchas interrogantes que permanecen sin respuestas. Con la información disponible acerca del proceso psicoterapéutico de esta paciente no pudo llegarse a conclusiones definitivas. La duda de si se trata de un caso de interrupción o abandono permanece, así como las interrogantes acerca de sus causas y efectos. Asimismo, la observación de este caso refuerza la conclusión de que una de las prioridades del psicoterapeuta debe ser tener en cuenta los potenciales efectos

adversos que tanto la interrupción como el abandono pueden generarle al paciente.

Se concluye que debe ser una prioridad del psicoterapeuta utilizar los instrumentos a disposición que le permitan la evaluación a tiempo de riesgo de interrupción o abandono y para esto se resalta, como nuevo aporte la utilidad del sistema de ocho categorías antes mencionado.

Se entiende que examinar los elementos involucrados y promover buenas prácticas en psicoterapia, que atiendan el riesgo latente de interrupción o abandono, implica una responsabilidad profesional y ética.

Referencias bibliográficas

- Autor/a. (2020): *Título de Tesis*. (Tesis de Doctorado, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina). Inédita.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavior Change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bernardi, R. (2014). The three-level model (3-LM) for observing patient transformations. En M. Altmann (Ed.), *Time for Change: Tracking Transformations in Psychoanalysis – The Three-Level Model* (pp. 3-34). London: Karnac.
- Bernardi, R. (2016). Evolución de los pacientes en psicoterapia: la evaluación de los cambios. En *La formulación psicodinámica de caso. Su valor para la práctica clínica* (pp. 353-368). Montevideo: Grupo Magro Editores – Universidad Católica del Uruguay. [bernardi-evolucion-de-los-pacientes-en-psicoterapia-2016](#)

Interrupción de tratamiento y su relación con efectos adversos...

- Bernardi, R., Varela, B., Miller, D., Zytner, R., de Souza, L. y Oyenard, R. (2016). *La formulación psicodinámica de caso. Su valor para la práctica clínica*. Montevideo: Magro. Universidad Católica del Uruguay.
- Celener, G et al., (2004). *Técnicas Proyectivas. Actualizaciones e Interpretación en los Ámbitos, Clínicos, laboral y Forense, Tomo II*, Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Crocamo, L.N. y Beantuil, D. (2022). Escala de competencias clínicas básicas para psicoterapeutas (ECCBP). Construcción y fiabilidad para Argentina. *INTERDISCIPLINARIA*, 39(1), 57-76.
- Crocamo, L.N y Benatuil, D. (2021). Relevamiento de Competencias Clínicas Básicas para la Psicoterapia según expertos argentinos. *Psicodebate*, Vol. 20, N.º 2, Diciembre 2020 - Mayo 2021. <http://dx.doi.org/10.18682/pd.v20i2.2867>
- Dogmanas, D., Arias, A., Vitale, M. C., Centurión, M., Zytner, R., de Souza, L. y Guerrero, L. (2016). *Estudio de las características y efectividad de los abordajes psicoterapéuticos para jóvenes en servicios de salud del SNIS*. Fuente Financiadora: CSIC-UdelaR. Proyecto I + D 2016. Ejecución 2017-2019. Aprobado por CDC 20/12/16.
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L.A., Corbella, S., González, E., ... López-González, M. A (2012). La versión española del CORE-OM, Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia*, 89(), 109-135.
- Gómez Penedo, J.M., Juan, S., Manubens, R.T. y Roussos, A. (2017). El estudio del cambio en psicoterapia: desafíos conceptuales y problemas de investigación empírica. *Anuario de investigaciones*, XXIV, 15-24.
- Greenson, R. R. (1967). *The technique and practice of psycho-analysis* (Vol. 1). New York, NY: International Universities Press.
- Gutiérrez, N., Ochoa, L., Pérez, P., Pérez, M. y Posente, R. (2019). Trabajo final de grado “Estudio de caso único: Deterioro en psicoterapia”. Facultad de Psicología, Universidad de la República, inédito.
- Hartley, D. (1985). Research on the therapeutic alliance in psychotherapy. En R. Hales & A. Frances (Eds.), *Psychiatry update annual review* (pp. 532-549). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Henry, W. P., & Strupp, H. H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. En A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 51–84). John Wiley & Sons.

- Hentschel, U. (2005). Therapeutic alliance: the best synthesizer of social influences on the therapeutic situation? On links to other constructs, determinants of its affectiveness, and its role for research in psychotherapy in general. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 9-23.
- International Psychoanalytical Association, 2021. https://www.ipa.world/ipa/en/Research/Working_Parties/en/Psychoanalytic_Theory/Working_Parties_North_America.aspx?hkey=665047a3-9fe3-4bee-b1a3-74181255db90
- Kächele, H. & Schachter, J. (2014). On side effects, destructive processes, and negative outcomes in Psychoanalytic therapies: Why is it difficult for psychoanalysts to acknowledge and address treatment failures? *Contemporary Psychoanalysis*, Vol. 50, Nos. 1–2: 233–258.
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y cambio: Una mirada desde la subjetividad*. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile.
- Krause, M. y Dagnino P. (2006) Evolución del cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Gaceta Universitaria*, 2(3), 287-298.
- Krause, M., de la Parra, G., Aristegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., . . . Reyes, L. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 299-325.
- Lambert, M.J. (Eds). (2003). *Bergin and Garfield Handbook of Psychotherapy*.
- Lambert, M.J. (2013). Outcome in Psychotherapy: The Past and Important Advances. *Psychotherapy*, Vol. 50, No. 1, 42–51
- Lambert, M.J. (2017). Maximizing Psychotherapy Outcome beyond Evidence-Based Medicine. *Psychother Psychosom*, 86, 80-89, DOI: 10.1159/000455170.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Hawkins, E. J., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., & Smart, D. W. (2003). Is It Time for Clinicians to Routinely Track Patient Outcome? A Meta-Analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(3), 288–301. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg025>
- Lilienfeld, S.O. (2007). Psychological Treatments that cause harm. *Perspectives on psychological science*, 2 (1), 53-70. DOI: 10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x
- Lilienfeld, S.O., Ritschel, L.A., Lynn, S.J., Cautin, R.L., Litzman, R.D. (2014). Why ineffective psychotherapies appear to work: A taxonomy of causes of spurious therapeutic effectiveness. *Perspectives on Psychological Science*: 9: 355-387.

Interrupción de tratamiento y su relación con efectos adversos...

- Lilliengren, P., Werbart, A. (2005). A model of therapeutic action grounded in the Patients' view of curative and hindering. Factors in psychoanalytic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(3), 324–339 DOI: 10.1037/0033-3204.42.3.324
- Moncada Arroyo, L. (2007). *Teorías subjetivas del cambio terapéutico desde la perspectiva de los terapeutas*. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/122060>
- Olives Alonso, A. (2017). El daño en psicoterapia: confesiones de un terapeuta centrado en el error. *Revista Oficial da Sección de Psicoloxía e Saúde do Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia*, 10(), 155-166. Recuperado de: https://copgalicia.gal/system/files/PDFs/publicacions/anuario_copg_2017
- OPD Task Force. (2008). *Operationalized Psychodynamic Diagnosis OPD-2. Manual of Diagnosis and Treatment Planning*. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber.
- Ortiz Lobo, Alberto, & Ibáñez Rojo, Vicente. (2011). Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. *Revista Española de Salud Pública*, 85(6), 513-525. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272011000600002&lng=es&tlng=es
- Perry, S., Cooper, A. M., y Michels, R. (2006). The Psychodynamic Formulation: Its Purpose, Structure, and Clinical Application. *FOCUS*, 4, 297-305.
- Perry, S., Cooper, A. M., y Michels, R. (1987). The Psychodynamic Formulation: Its Purpose, Structure, and Clinical Application. *American Journal of Psychiatry*, 144: 543-550.
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la Lengua Española*, (23° ed). Barcelona: España Libros.
- Rodríguez Quiroga de Pereira, A., Borensztein, L., Corbella, V. y Marengo, J.C. (2018). The Lara case: A group analysis of initial psychoanalytic interviews using systematic clinical observation and empirical tools. *The International Journal of Psychoanalysis*, 99: 6, 1327-1352. <https://doi.org/10.1080/00207578.2018.1533374> (Fecha de acceso: 5/12/2021).
- Rodríguez, N. Informes anuales de lo actuado en el Servicio de Atención Psicológica Preventivo Asistencial (SAPPA), Facultad de Psicología, (años 2016 y 2017), inédito.
- Safran, J.D., Muran, C. y Proskurov, B. (2009). Alliance, negotiation and rupture resolution. En R. A. Levy, J. S. Ablon y H. Kächele (Eds.), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: Briding the gap between science and practice* (pp. 201-225). New York: Springer Science & Business Media.

Interrupción de tratamiento y su relación con efectos adversos...

Tabó, J. Informes anuales de lo actuado en el Servicio de Atención Psicológica Preventivo Asistencial (SAPPA), Facultad de Psicología, (años 2018 y 2019), inédito.

Zytner, R. Informes anuales de lo actuado en el Servicio de Atención Psicológica Preventivo Asistencial (SAPPA), Facultad de Psicología, (años 2005 a 2015), inédito.

Zytner, R., Bernardi, R., Miller, D., Varela., B. y Villalba. (2011). La exploración diagnóstica de la vivencia de enfermedad del paciente. *Revista de la Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica*, 7(4), 9-27.

Fecha Recepción: 08-12-2021

Fecha Aceptación: 29-09-2022