

REFORMULACIÓN DE LOS CONCEPTOS DE RESISTENCIA E INCUMPLIMIENTO EN LA TERAPIA COGNITIVA

Dense Davis y Steven D. Hollon

Department of Psychology, Vanderbilt University, Nashville, Tennessee 37240

Despite its general success, not everyone responds to cognitive therapy. Some clients have difficulty complying with assignments and others appear to be frankly resistant. This article considers strategies for dealing with passive noncompliance and active resistance within cognitive therapy. In general, it is argued that the process of therapy is usually facilitated by staying within the cognitive model—that is, by exploring and working through those beliefs and attitudes that underlie noncompliance and resistance in the same manner that other problematic beliefs and attitudes are approached. Also considered are strategies for dealing with unrealistic expectations regarding the pace of change, therapists' errors leading to noncompliance and resistance, and instances in which the therapeutic model is simply insufficient.

Key words: resistance; noncompliance; cognitive therapy; treatment failure.

INTRODUCCIÓN

Pocos modelos de intervención han generado tanto interés en los últimos años como la terapia cognitiva. Desarrollada inicialmente para los pacientes depresivos (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), se ha extendido a los trastornos de pánico (Beck & Emery, 1985; Clark, 1986), trastornos de personalidad (Beck, Freeman, Pretzer, Davis, Fleming, Ottaviani, Beck, Simon, Pradesky, Meyer & Trexler, 1990), drogadicción (Beck, Wright, Newman & Liese, 1993) y problemas de pareja (Baucom & Epstein, 1990; Beck, 1988b), entre otros. Aunque no se ha demostrado su eficacia específica, la terapia cognitiva y las intervenciones cognitivas y cognitivo-conductuales correspondientes han ido funcionando bien en comparación con otros tipos de tratamientos (Hollon & Beck, 1994).

A pesar de su éxito general, no todo el mundo reacciona al tratamiento con terapia cognitiva. Entre los pacientes depresivos, por ejemplo, un 30% de los pacientes no psicóticos, ni bipolares no responden al tratamiento al cabo de tres meses y un 20% de los que responden sufren recaídas en los dos años posteriores

al término del tratamiento (Hollon, Shelton & Loosen, 1991); los porcentajes de recaída son incluso mayores en el reciente Programa de Investigación Colaborativa del Tratamiento de la Depresión NIMH (Shea *et. al.*, 1992). Estudios preliminares sugieren que al menos un 10% de los pacientes con trastornos de pánico no responden al tratamiento cognitivo (Beck, 1988a; Clark, 1994) y las tasas de falta de respuesta son considerablemente más altas con los drogadictos (Woody, *et. al.*, 1983) y los problemas de pareja (Baucom & Epstein, 1990). Con los pacientes que sufren trastornos de personalidad no se han llevado a cabo estudios contrastados, pero la experiencia clínica sugiere que la respuesta no es universal. Cuando el curso del tratamiento se desarrolla de forma estándar y predecible (e.g., Beck *et al.*, 1979) y los síntomas del paciente mejoran de forma relevante, se suele determinar que la respuesta al tratamiento es satisfactoria. Pero ¿qué es lo que falla cuando el tratamiento no avanza de la forma prevista, o cuando las mejorías esperadas no se materializan? ¿Por qué algunos pacientes responden a la terapia cognitiva, comportándose de la manera esperada y otros no?

La resistencia y el incumplimiento son dos conceptos que ayudan a explicar el fracaso de la respuesta esperada a la terapia cognitiva. Ambos términos, sin embargo, sugieren una motivación negativa por parte del cliente. Kirmayer (1990) señala que la metáfora de la resistencia conlleva una implicación peyorativa, en la que el terapeuta insinúa una oposición intencionada por parte del cliente, mientras que el cliente puede que sólo experimente impotencia o pérdida de control. Desafortunadamente, este conflicto de definiciones puede llevar a la incapacidad del tratamiento por ambas partes. Wachtel (1982) ha destacado que la resistencia se deduce cuando no se puede mejorar. Por eso, en nuestra exploración de la terapia cognitiva, no queremos calificar al cliente de forma peyorativa ni hacer suposiciones sobre sus motivaciones.

Los problemas de incumplimiento y la resistencia se pueden reconsiderar en términos de dos cuestiones relevantes. Primero, ¿por qué los pacientes de terapia cognitiva no siempre hacen lo que les pedimos que hagan? En segundo lugar ¿porqué no siempre funciona, cuando lo intentan? Creemos que hay al menos cuatro razones importantes por las cuales los pacientes no hacen lo que se les pide o como resultado no mejoran.

Primero, algunos pacientes sostienen ciertas creencias o actitudes que interfieren el proceso de la terapia. A pesar de que estos clientes suelen verbalizar el deseo de mejorar y parece que entienden la naturaleza de su rol en la terapia, no consiguen llevar a cabo las actividades inherentes al enfoque. Para estos clientes los conceptos de incumplimiento y resistencia son muy significativos. En segundo lugar, la expectativa poco realista del ritmo de los cambios puede desembocar en problemas; incluso cuando los pacientes no acuden a terapia con estas creencias o actitudes, una respuesta más lenta de lo esperada asociada con la comorbidad o las complicaciones externas puede desalentar tanto al terapeuta como al cliente y llevar a una conclusión

prematura con respecto a la resistencia. Tercero, en algunos casos, puede que el terapeuta no sepa llevar a cabo la terapia de forma que el cliente pueda beneficiarse; el incumplimiento y la resistencia no serían en este caso a causa de las creencias o actitudes del cliente, sino de la falta de sensibilidad o flexibilidad por parte del terapeuta. Finalmente, la terapia cognitiva, aunque llevada a cabo de forma óptima, puede que no sea igualmente efectiva para todos los pacientes. No todos los clientes tienen un trastorno susceptible de una intervención orientada al cambio cognitivo. Insistir más allá del tiempo necesario para permitir una exposición razonable al tratamiento no sólo es improductivo, sino que puede estimular el incumplimiento y la resistencia por parte del cliente. Todas estas consideraciones se analizan a continuación, precedidas por una breve revisión del modelo teórico y de los procedimientos terapéuticos más significativos de la terapia cognitiva.

NAURALLEZA DE LA TERAPIA COGNITIVA

La terapia cognitiva se basa en la noción de que la forma en que un individuo interpreta un hecho determina (en parte) sus respuestas emocionales (Scachter & Singer, 1962) y conductuales (Darley & Fazio, 1980) a este hecho. La teoría cognitiva del trastorno indica que los individuos con propensión a interpretar los hechos de una forma particular (e.g., privación, amenaza, agobio) presentan el riesgo de sufrir una variedad de trastornos emocionales y conductuales (Beck, 1963; 1976). En la terapia cognitiva, se enseña al cliente a evaluar sistemáticamente la exactitud y utilidad de sus creencias o interpretaciones, con la esperanza de que al producir cambios en estas interpretaciones desaparezca el trastorno y facilite una respuesta más adaptada (Beck, 1964, 1970; Mahoney, 1977).

La práctica actual de la terapia cognitiva implica diversos procedimientos. Estos procedimientos siempre se centran en la identificación y evaluación de los pensamientos específicos y las creencias subyacentes, pero también incluyen estrategias conductuales más puras, la utilización de técnicas de evocación y la reconstrucción de historias focalizadas (Freeman, Pretzer, Fleming & Simon, 1990). El rol de los procesos interpersonales entre el cliente y el terapeuta ha adquirido también relevancia en las intervenciones y evaluaciones de la terapia cognitiva (Burns & Nolen-Hoeksema, 1992, Persons & Burns, 1985; Safran & Segal, 1990). En su conjunto la modalidad de tratamiento es el *empirismo colaborativo*. Consiste en animar al cliente a tratar sus creencias como hipótesis que tienen que evaluarse (más que como hechos) y utilizar su propio comportamiento para generar la información necesaria para evaluar estas creencias (Beck *et al.*, 1979, Hollon & Beck, 1979). La terapia continúa fuera de las sesiones, ya que el cliente recoge información, desarrolla experimentos conductuales diseñados para evaluar la validez de sus creencias y practica diferentes estrategias para conceptualizar sus experiencias. Sin embargo, con los tratamientos más largos, como sucede en el caso de los trastornos de personalidad, se destaca más el desarrollo y uso de la

interacción terapéutica como punto de intervención (Beck *et al.*, 1990; Beck, 1995). Según Safran y Segal (1990), la terapia cognitiva no se puede separar del contexto interpersonal en el cual se desarrolla. Para aplicar con éxito la terapia cognitiva es necesario un marco conceptual adecuado y un examen meditado sobre la interacción entre los procesos técnicos e interpersonales de la terapia (Wright & Davis, 1994).

Dada su naturaleza básica, el progreso en la terapia cognitiva depende en gran parte de la voluntad del cliente de participar en las actividades asignadas y, de hecho, los estudios sugieren que los clientes que se comprometen más con el enfoque y cumplen con sus tareas entre sesiones muestran una mejor respuesta al tratamiento (Burns & Nolen-Hoeksema, 1991, 1992; Neimeyer & Feixas, 1990; Persons, Burns & Perloff, 1988). No obstante, se pide al cliente que interrumpa la creencia de su auto-concepto o visión del mundo. La participación en este enfoque requiere “tener fe”. Hay estrategias que pueden utilizarse para minimizar la percepción de riesgo y maximizar la posibilidad de cumplimiento, pero, la terapia requiere fundamentalmente que el cliente desafíe sus creencias y actúe de forma inconsistente con ellas.

Se ha probado que una vez adquirida una creencia, ésta influye sobre el proceso de información subsiguiente, de forma que reduce la posibilidad de cambio de esta idea (Nisbett & Ross, 1980; Ross, 1977). Esta afirmación tiene validez general (no se limita sólo a los individuos con trastornos emocionales). Esta tesis no necesita una explicación motivacional, aunque los factores emocionales puedan jugar un papel. Es decir, una persona no tiene que querer que algo sea verdad para creer que lo es, a pesar de que tales motivaciones (conscientes o inconscientes) puedan contribuir. En la terapia cognitiva, se asume que las personas creen generalmente lo que creen porque estas creencias son consistentes con sus experiencias previas (o percepciones de estas experiencias). Las creencias pueden ser erróneas, pero no necesitan reflejar la operación de fuertes procesos motivacionales subyacentes que distorsionen la propia percepción de la realidad.

CAUSAS DEL FRACASO DEL TRATAMIENTO

Tal como se ha señalado anteriormente, creemos que hay cuatro clases de causas de fracaso en la terapia; fracasos que se pueden atribuir a las creencias y actitudes del cliente que interfieren en las actividades sugeridas; fracasos que se pueden atribuir a la no confirmación de expectativas irreales sobre el ritmo de cambio terapéutico frente a la comorbidad o complicaciones externas; fracasos atribuibles a los déficits de la aplicación de la terapia; y fracasos atribuibles a la insuficiencia del modelo. Todos estos casos se discuten a continuación

Fracasos debido a las creencias y actitudes del cliente

Puede ser útil distinguir entre “incumplimiento pasivo” frente a “resistencia activa”, si tenemos en cuenta las razones por las cuales los clientes no siguen las directrices de la terapia, o no se benefician de sus esfuerzos. El incumplimiento

pasivo se refiere a la imposibilidad de llevar a cabo algún tipo de tarea terapéutica a pesar del hecho de que al cliente le gustaría poder hacerlo. La resistencia activa se refiere a la situación en la cual el cliente tiene alguna razón por no llevar a cabo la tarea terapéutica. Ambas pueden llegar a interrumpir el tratamiento, pero tienen causas diferentes.

El incumplimiento pasivo generalmente implica expectativas negativas o ausencia de las habilidades requeridas. En este sentido, implica frecuentemente un estado percibido de baja auto-eficacia (Bandura, 1977). Al paciente le gustaría hacer lo que el terapeuta le propone, pero no cree que sea capaz de hacerlo o carece de confianza en obtener los resultados esperados. Esta situación no implica tener motivaciones estrambóticas; el cliente puede sinceramente querer que las cosas cambien, pero se queda paralizado porque no cree posible ningún curso de acción adecuado para resolver la dificultad. Los pensamientos automáticos se reflejan generalmente en frases como “no puedo hacerlo”, “esto no servirá para nada ni me hará sentir mejor”, o “mis esfuerzos no estarán a la altura de las expectativas”. Los estudios sobre los procesos motivacionales básicos indican que si un individuo percibe poca probabilidad de éxito, es muy improbable que inicie los comportamientos necesarios (Seligman, 1975).

Como ejemplo, uno de los autores trabajó con un cliente que hacía poco que había perdido su trabajo. A pesar de que afirmaba que quería volver a trabajar, habían pasado unos cuantos meses sin que hubiera dado ningún paso al respecto. Estaba convencido de que había perdido su anterior ocupación porque era incompetente (la evidencia de esta creencia no era de ningún modo clara) y suponía simplemente que ninguna empresa querría darle una oportunidad. Identificó con la ayuda del terapeuta la serie de pasos que cualquier persona tiene que dar para conseguir un trabajo. La tarea del cliente consistía en ejecutar el primer paso en esta jerarquía, confeccionar una lista de posibles trabajos. En la siguiente sesión quedó bien claro que había sido incapaz de hacerlo. Al preguntarle, resultó evidente que le hubiera gustado cumplir con su cometido, pero no lo hizo porque dudaba incluso de su habilidad para ejecutar una tarea tan simple. Además, estaba convencido de que estos esfuerzos no le llevarían a encontrar un nuevo trabajo, aunque realizara la tarea que le había sido designada.

Otra cliente sufría anhedonia como parte de su depresión. A pesar del placer experimentado a lo largo de los años con la pintura, dejó de pintar desde que cayó en depresión. Se mostró contrariada cuando se consideró la posibilidad de volver a pintar como una posible actividad placentera, reflejando sus pensamientos la postura pasiva producida por sus expectativas negativas. Dudaba de que dispusiera de las capacidades necesarias para producir algo que le gustara y de que pudiera terminar una pieza una vez empezada. También mostró una tendencia a criticar su obra, pensando que era terrible en comparación con las que se pueden contemplar en los museos. Con estas expectativas, le costó mucho preparar sus lienzos, pinturas

y pinceles, e incluso empezar a considerar si sería una actividad que le gustaría. La resistencia activa es un fenómeno más complejo. Generalmente implica también un problema con las expectativas, pero principalmente es un problema de motivación. En estos casos, parece que el cliente tiene unos planes diferentes de los del terapeuta, unos planes no discutidos abiertamente y, a veces, ni reconocidos con claridad. Parece que el cliente esté trabajando para obtener (o evitar) un resultado diferente del objetivo concretado al cual ambos se han comprometido. Ya que los deseos pueden resultar complejos, pero el comportamiento debe ser concreto, estos conflictos motivacionales pueden interrumpir el proceso de la terapia.

Consideremos el siguiente ejemplo de otro cliente en el paro y pesimista acerca de sus posibilidades de conseguir trabajo, que además encontraba aterradora la perspectiva de ir a una entrevista de trabajo. No sólo pensaba que no tenía posibilidades de tener éxito, sino que también creía que suscitaba la burla y el desprecio del director de personal que le rechazaría. Para este cliente, no proceder con las estrategias sugeridas por el terapeuta no sólo le evitaba malgastar su tiempo y energías limitadas, sino que también le permitía eludir la situación embarazosa de ser humillado en público.

Mahoney (1991) sugirió que la resistencia en la terapia cognitiva es esencialmente auto-protectora (sirve para proteger al cliente de la humillación o la pérdida de autoestima). Éste parece ser el caso en muchos ejemplos, tal como el citado anteriormente. Puede haber otras motivaciones también. A veces el cliente manifiesta creencias específicas que dictan una respuesta idiosincrática a la estructura de los ejercicios. Por ejemplo, una profesora distímica con un historial prolongado de tricotilomanía manifestó que “no podía llevar a cabo” los ejercicios planificados, a pesar del entusiasmo y deseo que había expresado durante las sesiones. La exploración de sus pensamientos reveló que el hecho de llevar a cabo una tarea planificada previamente le parecía una pérdida de libertad. En cambio si se sentía libre para hacer lo que quería, cuando quería, entonces le parecía tener más control sobre su vida. A pesar de implicarse considerablemente en el diseño de los ejercicios, tendía a categorizar tal compromiso como una expectativa impuesta por otra persona, con lo cual el cumplimiento significaba pérdida de control y de autonomía. Obviamente, durante el trascurso de la terapia se explicó este significado personal y se desarrolló una estrategia para evaluar esta noción.

En otros casos, las actitudes del cliente que impiden el progreso de la terapia son el resultado de una visión peyorativa de su trastorno, o del proceso de tratamiento. La persona que sufre un trastorno emocional tal como la ansiedad o la depresión puede que considere que este desorden es un indicativo de su carácter defectuoso o imperfecto. Es decir, el paciente utiliza la “culpabilización de la víctima” como una explicación del trastorno. Hay muchos indicadores de esta actitud, parecidos al del siguiente testimonio:

“Odio venir aquí. Sólo entrar en el departamento de “Psiquiatría” me

humilla. Aparco en el segundo piso ya que si me encuentro con alguien que conozco, pensarán que voy a la clínica de medicina interna. La semana pasada me encontré con la mujer de uno de mis colegas y en ese momento me pareció que me habían sorprendido sentado en el lavabo con la puerta abierta, de forma que todo el mundo me veía. Tener que tratarme aquí significa que tiene que estarme pasando algo muy malo como persona”.

Los terapeutas pueden encontrarse con problemas de adhesión al tratamiento ya que las tareas constituyen como un recordatorio de su “enfermedad”. Estos deberes para casa pueden representar una consecuencia aversiva de sus deficiencias personales. Por ejemplo, un cliente manifestaba que tenía problemas para controlar sus pensamientos automáticos ya que esto le parecía un castigo por su depresión, que consideraba una debilidad. Otra cliente destacaba durante las sesiones sus progresos con los pensamientos negativos aunque no realizaba ninguna tarea escrita. La exploración realizada durante las sesiones reveló que la cliente ansiaba ganarse la aprobación del terapeuta mediante la mejora inmediata, ya que de esta forma se ahorra el tratamiento y el dolor de centrarse en su depresión, que temía que se debía a un defecto inmutable de su carácter.

De los dos problemas, el incumplimiento pasivo es el menos difícil de resolver. En la mayoría de los casos, se puede superar revisando las expectativas negativas, diferenciando su nivel de éxito (por ejemplo., “puede que no tengas éxito si lo intentas, pero seguro que no lo obtendrás si no lo intentas”) e incluso simplificando aún más la tarea. (En el ejemplo del cliente que no conseguía animarse a buscar trabajo simplemente porque creía tener pocas expectativas de éxito, el terapeuta le dio un periódico durante una sesión y le hizo escoger los tipos de trabajo que le gustarían, tanto si creía que los podía obtener como no).

La resistencia activa es más difícil de resolver. En algunos casos, ni siquiera está claro si los clientes son conscientes de sus motivaciones. Uno de nosotros tuvo una vez una cliente en un grupo de terapia cognitiva que negaba tener ningún tipo de dificultad en su relación de pareja, pero manifestó que le costaba mucho salir de viaje sin su marido. Los primeros intentos para ayudarlo a confiar más en sí misma no tenían mucho éxito por razones desconocidas para los terapeutas. A lo largo de los meses, finalmente respondió a la terapia y consiguió viajar libremente. Llegado este punto, su marido, con el que llevaba casada veinte años, anunció que ahora que ella se sentía “mejor”, podía confesarle que había mantenido una larga relación extramatrimonial y que durante muchos años deseó dejar a su mujer por la otra. La cliente negó haberse dado nunca cuenta del peligro que corría su matrimonio, pero no deja de ser una curiosa coincidencia que sus síntomas empezaran a manifestarse cuando su marido inició su relación fuera del matrimonio.

En el ejemplo del cliente que temía sentirse humillado en las entrevistas de trabajo, éste era consciente de que consideraba estas situaciones como una amenaza, pero inicialmente no quiso compartirlo con el terapeuta, ya que entraba en conflicto

con el tipo de persona que pensaba que debería ser. El terapeuta al descubrir esta información demostró su frustración y desconcierto, e incluso esta confesión fue precedida por una larga discusión sobre las implicaciones que tiene el no ser capaz de hacer algo que se “supone que uno debe ser capaz de hacer.” Aparentemente, en este caso, la habilidad del terapeuta de admitir su propio fracaso sin considerarlo una amenaza a su autoestima facilitó la confesión del cliente.

Con el cliente que experimentaba el autocontrol como un castigo por su debilidad, fue de gran ayuda reestructurar la imagen de las tareas para casa como una elección positiva, utilizando una analogía con las actividades atléticas y el ejercicio físico. Como era una persona muy deportiva, a este cliente le gustaba mucho hacer *jogging*, hacer pesas, jugar al tenis, etc. Sin embargo, reconoció que lo hacía porque consideraba que los beneficios eran muy positivos. Esto se contrapuso a la visión alternativa del deporte y del ejercicio físico como una forma de castigo que se tiene que practicar a causa de problemas de obesidad o enfermedad.

La terapia cognitiva se diferencia de otras formas de psicoterapia más tradicionales en que no presupone que esta resistencia activa se halle siempre presente. Además se diferencia en que asume que, cuando se da, no implica necesariamente motivaciones infantiles, sino que puede ser reflejo de preocupaciones perfectamente razonables, basadas en creencias disfuncionales. Con respecto al ejemplo que acabamos de describir, la mayoría de nosotros nos sentiríamos incómodos si se burlaran de nosotros tal como anticipaba el cliente en la situación de la entrevista de trabajo. Lo que diferencia al segundo cliente en paro con resistencia activa del primero con incumplimiento pasivo no es la presencia de motivaciones insidiosas de naturaleza infantil (ambos quieren encontrar un trabajo, ninguno de los dos quiere sentirse humillado durante el proceso), sino la expectativa injustificada de que todos los demás querrían aprovechar la oportunidad de ridiculizarlo en público.

Existen varias estrategias para facilitar la identificación y resolución de la resistencia activa. Cuando es evidente que los procedimientos simples utilizados habitualmente para combatir el incumplimiento pasivo no son suficientes, es de gran ayuda revisar con el cliente la historia reciente de incumplimiento mediante procedimientos terapéuticos. Durante esta revisión, se puede pedir al cliente que especule sobre lo que puede estar sucediendo. Si no aporta nada voluntariamente, se puede pedir al cliente que imagine cómo sería la vida si consiguiera cumplir con éxito los objetivos deseados. En estos casos, nuestra experiencia nos indica que cuanto más vívida sea la experiencia, mejor; generalmente se da suficiente tiempo al cliente para que considere con detalle cómo sería su vida. Frecuentemente, este procedimiento hace aflorar multitud de preocupaciones. Los clientes que parecen estar convencidos de encontrar un trabajo empiezan a describir sus miedos acerca de si serán capaces de desempeñarlo correctamente si lo obtuvieran, y los clientes que se han centrado exclusivamente en empezar una relación muestran su preocu-

pación por si serán capaces de mantener el interés de la otra persona. Los deseos de mayor independencia suelen coincidir con las dudas sobre la propia habilidad de cuidarse de sí mismo y los deseos de mayor intimidad se ven obstaculizados por la preocupación de ser engullido por los deseos o necesidades de la otra persona.

Una vez identificadas, estas “motivaciones” conflictivas pueden someterse a las mismas estrategias terapéuticas que las otras creencias. Se puede mostrar la probabilidad de que uno sea tan inepto que llegue a provocar la burla del director de personal o que éste actúe de forma ruda y descortés, o que la posible pareja se demuestre desconsiderada o intente humillarla durante la relación.

La cuestión central es que el terapeuta casi nunca necesita abandonar el modelo cognitivo para resolver la mayoría de casos tanto de incumplimiento pasivo como de resistencia activa. En cualquier caso, la clave es prestar atención a las creencias de los clientes y evaluar su exactitud. En el caso del incumplimiento pasivo, estas creencias son fácilmente asequibles y fáciles de resolver. El terapeuta sólo necesita dar una razón para creer que el éxito es posible; nada impide que el cliente lleve a cabo la acción recomendada. En el caso de la resistencia activa, hay algo que constriñe la acción, pero este algo normalmente no es nada más que un deseo razonable de evitar alguna consecuencia de la acción que la mayoría de la gente consideraría indeseable.

En cualquier caso, el proceso de descubrimiento y tratamiento de las creencias y actitudes que interfieren en el proceso de la terapia puede ser tan valioso como las mismas estrategias originales propuestas. Cada esfuerzo realizado durante la terapia cognitiva va dirigido a convertir la adversidad en una ventaja; los casos en los cuales los clientes no pueden (incumplimiento pasivo) o no quieren (resistencia activa) llevar a cabo un ejercicio se convierten en oportunidades para identificar y explorar las actitudes y creencias fundamentales del cliente. Estos casos suelen ser particularmente muy instructivos; las creencias que interfieren el proceso de terapia suelen ser similares en su naturaleza a aquellas actitudes o valores que complican la consecución de los objetivos más amplios de la vida. Es decir, el terapeuta cognitivo puede utilizar los casos de incumplimiento o resistencia para identificar y trabajar temas que tienen mayores implicaciones más allá del proceso terapéutico, tal como los terapeutas dinámicos utilizan la identificación y resolución de las cuestiones de transferencia en la relación terapéutica como un modelo de resolución de patrones inadaptados en las relaciones importantes. Más que ser un obstáculo al proceso terapéutico, estos casos pueden servir de modelo de cómo reconocer, examinar y trabajar cuestiones parecidas que entorpecen el progreso de la vida.

Fracasos debidos a circunstancias complicadas

Un mito común de la terapia cognitiva es que cuando funciona, lo hace de un modo rápido, sin tener en cuenta la naturaleza del problema o de las circunstancias en las que se ve envuelto. Esto lleva a formarse la expectativa bastante indiscriminada

de que cualquier paciente puede mejorar notablemente en un formato de tratamiento a corto plazo. Incluso si un cliente empieza una terapia sin creencias o actitudes que interfieran la implicación activa en el progreso, pueden aparecer problemas si el proceso de cambio es más lento de lo esperado o si factores externos complican el cuadro clínico. En resumen, el cliente puede llegar a dejar de cumplir o a mostrar resistencia si se infringen las expectativas “razonables” del ritmo o de la naturaleza de cambio.

Por ejemplo, los pacientes con diagnóstico Eje I múltiple (e.g., Trastorno Depresivo Severo o Alcoholismo) o trastornos Eje I superpuestos a problemas Eje II duraderos son generalmente más difíciles de tratar o mantener en terapia que los clientes con solo un trastorno en Eje I (Burns & Nolen-Hoeksema, 1992; Persons *et al.*, 1988). Para estos pacientes una mejora lenta o episódica no significa necesariamente que la terapia no funcione, aunque pueda interpretarse erróneamente de esta manera. Como por ejemplo, el caso de una ejecutiva de 42 años con episodios repetitivos de depresión grave y con un historial previo de alcoholismo (este último tratado con un breve internamiento en un programa de drogodependencias). Su depresión iba mejorando con la terapia cognitiva cuando, debido a una crisis matrimonial, recayó en la bebida. Esto exacerbó su depresión, y acabó con una segunda hospitalización por drogodependencia. Aunque al principio la cliente estaba preocupada por su recaída y cuestionaba la utilidad del resto del tratamiento, el uso continuado de la terapia cognitiva le ayudó a recuperarse de los dos trastornos, a pesar de que su progreso se alargó más de lo previsto.

En el tratamiento de los trastornos de personalidad, el patrón para evaluar el coeficiente de cambio esperado antes de determinar que el tratamiento ha sido un fracaso tiene que tener un formato más largo en el tiempo. Según Beck *et al.* (1990), estos pacientes requieren generalmente más tiempo, energía, y recursos creativos que ningún otro tipo de paciente. Una de las razones es que las creencias y esquemas problemáticos están entrelazados con la estructura esencial de la auto-precepción. Por esto el cliente no considera problemáticos estos esquemas, sino que los experimenta como parte de su propia identidad. Cuando se discuten estos problemas en la terapia, el paciente suele decir “pero es que soy yo, es lo que soy.” Del mismo modo, cuando se presentan las alternativas, el paciente retrocede, afectado, “no puedo hacerlo; éste no soy yo.”

Como las tareas de la terapia representan un cambio virtual de la identidad del paciente, es comprensible que el proceso de terapia engendre una cierta cantidad de ansiedad. Y, por lo tanto, la respuesta del cliente suele ser evasiva. Por ejemplo, los pacientes histriónicos prefieren una explicación dramática en vez de una discusión reflexiva sobre sus pensamientos automáticos. Un paciente histriónico insiste en deleitar al terapeuta con detalles centelleantes, o cautivarlo con su demostración emocional con el fin de evitar la ansiedad que le genera el hecho de dejar de ser el artista (“no yo”). Un paciente obsesivo-compulsivo puede discutir los beneficios

potenciales de un ejercicio diseñado para desarrollar la espontaneidad ya que su identidad depende de tener reglas y sistemas que organizan su comportamiento. Por eso, en vez de creer que el tratamiento está siendo un fracaso cuando el paciente muestra dificultades para seguirlo, el enfoque del tratamiento se puede modificar para tratar esta ansiedad y evitación. Las modificaciones generalmente incluyen más tiempo y esfuerzos dedicados al desarrollo de la relación del tratamiento como fuente de ánimo y reorientación de las tareas, más esfuerzos para modelar el comportamiento del cliente respecto a las tareas de la terapia, más repeticiones de los pasos y más creatividad en el diseño de las intervenciones terapéuticas.

Un tercer origen de complicaciones que pueden impedir el progreso o hacer parecer que el tratamiento falla son las circunstancias externas del cliente. Cuando el paciente se enfrenta a las dificultades o limitaciones crónicas de su vida real el estrés resultante puede hacer que uno de los dos quiera abandonar el tratamiento. La repetición de este sentimiento puede hacer parecer, temporalmente, que este tratamiento no está funcionando. Por ejemplo, una cliente de treinta y ocho años, madre de dos hijos, seguía un tratamiento de terapia cognitiva por un trastorno de ansiedad generalizada. Obtenía resultados positivos con el uso de las técnicas de organización de actividades, resolución de problemas, relajación, y reestructuración cognitiva de su creencia de que era la responsable de la felicidad de todos los que la rodeaban. Sin embargo, sus síntomas de ansiedad aumentaron como resultado de las dificultades académicas y emocionales de su hijo, y con el estrés asociado a la expansión del negocio que compartía y codirigía con su marido. A lo largo de un año y medio, se hizo más y más evidente que la actitud pesimista de su marido era un antecedente significativo de sus reacciones de ansiedad. Varios miembros de la familia también creían que ella era la responsable de su felicidad y por eso recibía críticas o demandas en este sentido. Estas circunstancias desafiaban todavía más su habilidad para tratar la ansiedad, que no si su familia se hubiera ajustado mejor. Durante varios momentos del tratamiento estuvo a punto de dejarlo y el terapeuta se preguntaba hasta qué punto se estaba produciendo un cambio positivo. Sin embargo, la persistencia en la aplicación del tratamiento llegó a producir resultados positivos en la habilidad del cliente de tratar su ansiedad y sus circunstancias actuales.

Las situaciones que envuelven circunstancias estresantes específicas subrayan la importancia de adoptar un enfrentamiento adaptativo como objetivo para determinar los criterios de éxito de la terapia cognitiva. Por ejemplo una persona en paro que se siente desanimada puede atribuir su pérdida de trabajo a la recesión económica, protegiendo de este modo su autoestima. Puede sentirse mejor si sabe que está esforzándose en buscar otros trabajos y que organiza su tiempo. Sin embargo, todavía tiene que enfrentarse a la realidad económica, a no tener unos ingresos y a no saber cuándo su situación financiera mejorará. Enfrentarse a estas circunstancias puede activar la disforia, por ejemplo cuando tiene que acudir a las

donaciones de iglesias para conseguir ropa o comida para sus hijos. Es improbable que el tratamiento pueda prevenir o eliminar su infelicidad en este estado de las circunstancias. El modelo de enfrentamiento puede, sin embargo, dotarle de herramientas o capacidades para tratar su sentimiento y prevenir una grave desesperación o inmovilización.

Del mismo modo, una mujer divorciada de mediana edad sin hijos, puede experimentar episodios de desánimo por el hecho de que no está casada y se enfrenta a la posibilidad de no tener hijos. Puede continuar trabajando el establecimiento de una relación íntima, y disfrutar mientras tanto con los amigos, el trabajo y las aficiones. La terapia cognitiva le puede ayudar a trabajar su objetivo de conseguir una pareja y tener hijos, pero no puede asegurarle que este objetivo vital se vaya a cumplir. Si su objetivo no se cumple, es casi imposible que la terapia cognitiva pueda evitar que se sienta triste por esta pérdida. Sin embargo, puede utilizar las herramientas del tratamiento para ajustarse al estado de las cosas y buscar soluciones u objetivos alternativos. Por eso, tanto si los pacientes hacen lo que les pedimos como no, o si mejoran, el resultado depende de los objetivos establecidos como criterios de éxito.

La cuestión esencial es que las expectativas irreales acerca del ritmo y naturaleza de la respuesta pueden desencadenar problemas en el cumplimiento y generar lo que parece resistencia por parte del cliente. El terapeuta no sólo debe vigilar las actitudes y creencias acerca del proceso implicado en el tratamiento, sino que también debe estar alerta a las expectativas y esperanzas formadas acerca de los resultados anticipados de la terapia. Si no se tienen en cuenta estas cuestiones pueden llevarnos al desánimo y a la interrupción, a pesar de la utilidad potencial del enfoque para el cliente particular.

Fracaso debido a factores del terapeuta

La tercera causa de fracaso del tratamiento se puede relacionar con los factores atribuibles al terapeuta. Estrictamente hablando, estos factores no representan ejemplos de incumplimiento o resistencia, *per se*, pero, ya que interfieren en el proceso de la terapia, a menudo se consideran como tales. Estos factores no son una función de los problemas que el paciente trae a la consulta, sino de errores o limitaciones por parte del terapeuta que con frecuencia son equivocadamente considerados como procesos del cliente. Estos factores son variados, pero se pueden especificar varios casos.

Los terapeutas pueden impedir el cambio debido a que mantienen expectativas negativas respecto a este cambio. Igual que las de los clientes, las expectativas negativas del terapeuta pueden afectar los resultados si se permite que afecten al propio comportamiento (Darley & Fazio, 1980). Estas creencias pueden llevar a una falta de diligencia o esfuerzo y pueden dañar la creatividad del terapeuta. Como tales, se convierten en el equivalente del incumplimiento pasivo de los clientes. Por

ejemplo, Emery (1981) ha señalado la dificultad que muchos terapeutas tienen cuando trabajan con pacientes ancianos debido a la creencia generalizada de que este tipo de clientes no se pueden beneficiar del cambio. El trabajo de Gallagher, Thompson y colaboradores ha demostrado claramente que los clientes del geriátrico sí pueden sacar provecho de la terapia cognitiva, a pesar de la opinión contraria, ampliamente extendida (Gallagher & Thompson, 1982).

En segundo lugar, puede dejar de producir el cambio si no llega a formular una conceptualización clara de lo que el paciente necesita y de lo que debería hacerse. Una conceptualización inadecuada lleva al terapeuta a actuar de forma desorganizada, saltando de un problema a otro. Este fracaso por parte del terapeuta puede provocar un incumplimiento pasivo por parte del cliente, que no le encuentra el sentido en participar en las diversas actividades terapéuticas. Uno de los mayores cambios en la terapia cognitiva en la última década ha sido un notable aumento en el reconocimiento de la importancia que reviste generar una “conceptualización del caso”, aunque abierta a revisión, desde el principio del tratamiento (Beck, 1995; Hollon, *et al.*, 1993; Persons, 1989).

En tercer lugar, los terapeutas pueden dejar de producir el cambio si son demasiado rutinarios en su enfoque de la terapia. A pesar de que trabajar dentro de los confines de un modelo más general puede ocasionar beneficios reales, nuestra experiencia demuestra que la terapia funciona mejor cuando las especificaciones del tratamiento se modelan para adaptarlas al cliente, más que al contrario. Creemos que la teoría cognitiva es una guía que puede estimular la búsqueda de estrategias idiosincráticas, creativas hechas a medida de las necesidades del cliente, en lugar de aproximarse a cada cliente de forma rutinaria.

En cuarto lugar, los terapeutas pueden dificultar el cambio si imponen valores o actitudes al cliente de forma dogmática. Es mejor no “empujar” al cliente a cumplir ningún objetivo; es mejor negociar cuidadosamente los significados y objetivos colaborando, prestando atención a la forma en que el cliente interpreta las demandas del terapeuta. Por ejemplo, los clientes pueden creer que el terapeuta les está empujando a ser más sociables e independientes, o, por el contrario, más obedientes de lo que realmente quieren ser. De forma similar, no suele ser productivo considerar la terapia como un ejercicio de confrontación entre las creencias inadecuadas del cliente con las nociones más exactas del terapeuta; ningún individuo tiene la “clave” de la realidad. En cambio se debe tratar la terapia como un ejercicio en el cual el cliente utiliza procedimientos más empíricos y cautelosos para examinar la exactitud de sus creencias que los aplicados inicialmente cuando se adoptaron estas creencias. El papel del terapeuta no deber ser el de confrontar el cliente con su “irracionalidad,” sino animarle a explorar sus creencias con más detenimiento de lo que resulta generalmente posible durante la vida cotidiana. Este tipo de errores del terapeuta pueden provocar también innecesariamente resistencia activa, al menos para poder continuar manteniendo un sentimiento de autonomía frente a intrusiones

injustificadas por parte de una poderosa tercera persona, como el terapeuta.

Finalmente, los terapeutas pueden impedir el proceso de cambio si no son lo suficientemente sensibles a la diversidad de los valores culturales o creencias religiosas. En una sociedad plural, la gente mantiene diferentes creencias y valores que a veces entran en conflicto con otros objetivos deseados. Los terapeutas deben ir con cuidado de no minimizar o trivializar estos valores. Raramente estos valores, si se exploran con cuidado, obstaculizarán el proceso de cambio, pero no tener en cuenta estas cuestiones puede tener un impacto negativo en el curso del tratamiento (Propst, 1980). La insensibilidad del terapeuta puede estimular innecesariamente la resistencia al encuentro terapéutico en particular e incluso al proceso más general de la terapia (Sue, 1998). Prestar atención a las variables culturales puede ayudar mucho al desarrollo de las intervenciones que se adaptan al contexto cultural del cliente, más que esperar que el cliente se adapte a los valores determinados del terapeuta (Tanaka-Matsumi, Seiden & Lam, 1996).

Estos últimos representan el fracaso del terapeuta en reconocer adecuadamente el potencial de cambio y comunicar la estrategia general que debe guiar el proceso de la terapia o para ajustar las estrategias específicas utilizadas para encajar las sensibilidades y visiones del mundo del cliente. En resumen, representan un fracaso de la conexión terapeuta-cliente, cuyo principal problema reside en la omisión o comisión por parte del terapeuta. Beutler y Clarkin (1990) han sugerido que los vínculos de actitud entre el terapeuta y el cliente pueden facilitar el proceso de la terapia; también puede hacerlo la flexibilidad por parte del terapeuta y la voluntad de examinar las creencias acerca del cliente y ajustar los comportamientos con el fin de maximizar el “encaje” con el cliente en particular. Antes de dar por supuesto que un caso particular de incumplimiento o resistencia represente una característica del cliente, es importante examinar el papel que el terapeuta pueda estar jugando en el proceso.

Fracasos debidos a la insuficiencia del modelo

Hay sin duda algunos tipos de problemas para los cuales la terapia cognitiva simplemente no es eficaz. Este parece ser el caso para un amplio abanico de categorías de diagnóstico, pero incluso puede darse en otras formas más sutiles de heterogeneidad. Por ejemplo, no hay pruebas que puedan demostrar que la terapia cognitiva sea eficaz en el tratamiento de personas con las funciones cognitivas gravemente dañadas (e.g. personas con síndrome cerebral orgánico o con retraso mental). De forma parecida, los pacientes psicóticos agudos difícilmente serán candidatos a este tipo de enfoque, a pesar de que tanto puede ayudar a estos pacientes a tratar sus reacciones emocionales a su trastorno, como contribuir a la reducción de creencias delirantes persistentes que permanecen aun después de haber sido estabilizados mediante medicación (Chadwick Lowe, 1990; Kingdon & Turkington, 1991).

Incluso las categorías de diagnóstico que se consideran adecuadas a la terapia cognitiva pueden presentar resultados heterogéneos con respecto a la respuesta final. Por ejemplo, hace tiempo que se piensa que las causas de la depresión son heterogéneas y es muy posible (aunque no se puede garantizar) que esta heterogeneidad causal dé lugar a una respuesta heterogénea al tratamiento (Akiskal & McKinney, 1975; Klein, 1974; Shelton, Hollon, Purdon & Loosen, 1991).

En un estudio conducido por Rush y sus colaboradores se trató una paciente con tales características que fue el primer intento de demostrar que la terapia cognitiva tiene la misma o parecida eficacia que la farmacoterapia tricíclica en el tratamiento de los pacientes depresivos (Rusch, Beck, Kovaks & Hollon, 1977). La paciente en cuestión era una mujer que en principio parecía ser una buena candidata para la terapia cognitiva. No sufría una depresión grave en el momento del inicio del tratamiento ni se conocían fracasos previos de tratamiento. Comprendió con facilidad y se mostró receptiva al modelo básico y participó en la formulación y ejecución de los procedimientos específicos sugeridos por el terapeuta. Por eso, desde todos los puntos de vista era la paciente ideal; parecía tener un buen pronóstico y era una participante voluntariosa y decidida del proceso de la terapia.

Sin embargo, al final del período de tratamiento activo, casi no había variado su nivel inicial sintomático. Además de continuar visitando su terapeuta cognitivo inicial, se la dirigió a un farmacoterapeuta de la clínica que añadió medicación (imipramina) al régimen de su tratamiento. Continuó el tratamiento con su terapeuta inicial durante varios meses más, cambiando a un segundo terapeuta cuando el primero se mudó de ciudad. Durante este período, su farmacoterapeuta cambió su medicación varias veces, probando con diferentes tricíclicos. A la vez empezó a trabajar con un tercer terapeuta (uno de los autores, SDH), casi un año después de haber entrado en el estudio. Continuaba participando de forma voluntariosa y cooperante en la terapia, a pesar de sentirse un poco desanimada en relación al método. El tratamiento siguió durante unos meses más sin notarse ningún cambio apreciable. Finalmente, sin saberlo su terapeuta cognitivo, su farmacoterapeuta cambió su medicación a un inhibidor de la monoamina oxidasa (IMAO). Al cabo de pocos días del cambio su humor mejoró, su nivel de energía aumentó y sus dudas y sentido del pesimismo se resolvieron. Particularmente sorprendente fue su cambio de “personalidad”; si mientras durante el tratamiento pensábamos que era una persona complaciente, de alguna forma insulsa, tímida y retraída quedó claro que en realidad era bastante sociable y vivaz cuando no estaba deprimida.

A pesar de que es posible que su manifiesta respuesta al IMAO fuera una coincidencia fortuita, no parece muy probable. Además, hemos visto varios casos de cambios dramáticos precedidos por cambios en la medicación (incluyendo generalmente el IMAO o, más recientemente, el nuevo SSRI para los clientes depresivos), entre los pacientes que no han respondido a lo que, según la opinión generalizada, parece haber sido una aplicación correcta de la terapia cognitiva (de

forma similar, hemos visto muchos casos en los cuales los pacientes que no han respondido a la medicación u otras intervenciones psicosociales han mostrado una buena respuesta a la terapia cognitiva). A pesar de distar de ser una prueba científica, nuestra experiencia señala que algunos pacientes pueden responder a otros tipos de terapia cuando no responden a la terapia cognitiva. En estos casos, es importante destacar que el problema no reside en el cliente, o incluso en el desarrollo de la terapia, sino en la adecuación de la intervención misma para ese cliente en particular. No tenerlo en cuenta puede engendrar “resistencia” apropiada y llevarnos a la suspensión de la terapia.

¿Qué tipo de pacientes pueden clasificarse como inapropiados para la terapia cognitiva? Desgraciadamente, la literatura existente no nos sirve de guía. En parte, porque es una pregunta más difícil de contestar de lo que se reconoce generalmente. Muchos terapeutas están acostumbrados a tratar una variedad de clientes con un enfoque similar-es decir, las diferencias individuales pueden variar mientras que el tratamiento se mantiene constante. Esta es una forma perfectamente razonable de enfocar la práctica clínica, pero no aporta los datos necesarios para seleccionar el mejor tratamiento para un paciente determinado (de hecho, esta estrategia dará lugar a la selección de pacientes que hacen parecer la terapia eficaz tanto si es para el mejor interés del cliente, como no). Lo que hace falta es un experimento controlado. Pacientes con características similares deberían asignarse de forma aleatoria a diferentes tratamientos; si queremos sacar inferencias simultáneamente sobre pacientes con diferentes características, deberíamos asignar cantidades iguales de cada uno de ellos a los diferentes tipos de tratamientos (el terapeuta individual puede aproximarse a este enfoque simplemente cambiando lo que hace de forma sistemática, pero tal “experimentación” es difícil de justificar en el contexto del deseo de querer hacer lo “mejor” para cada cliente). Por eso, identificar el mejor tratamiento para un tipo determinado de cliente requiere todo el rigor control experimental necesarios para evaluar si el tratamiento funciona, pero generalmente requiere muestras muy grandes y mayor atención a las características diferenciales individuales (Smith & Sechrest, 1991).

Dicho todo esto, hay pocos experimentos controlados que aborden la cuestión con respecto a la terapia cognitiva. Simons y otros han encontrado que entre los pacientes depresivos, aquellos pacientes que ven el mundo de forma activa e ingeniosa parece que responden mejor a la terapia cognitiva que a la farmacoterapia, mientras que quienes se inclinan a depender más de los otros parecen mostrar el patrón opuesto (Simons, Lustman, Wetzel & Murphy, 1985). Sin embargo, estudios posteriores no han conseguido repetir este hallazgo con respecto a la terapia cognitiva (Burns & Nolen-Hoeksema, 1991; Jarrett, Giles, Gullion & Rush, 1991). Las depresiones endógenas, caracterizadas por la presencia de síntomas vegetativos y no reacción a los hechos externos, parecen ser debidas a causas biológicas (Klein, 1974). Generalmente se asume que este tipo de depresiones son menos sensibles a

la terapia cognitiva que a la farmacoterapia. Hasta hoy no hay ninguna prueba que sostenga este punto de vista (Blackburn, Bishop, Glen, Whalley & Christie, 1981; Hollon, DeRubeis, Evans, Wiemer, Garvey, Grove & Tuason, 1990; Kovacs, Rush, Beck & Hollon, 1981; ver, sin embargo, Thompson & Gallagher, 1984 para una posible excepción). El reciente Programa de Investigación Colaborativa de Depresión del Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health, NIMH) sugiere que la terapia cognitiva puede no estar indicada para los pacientes depresivos más graves; en este estudio, los pacientes depresivos más graves tratados con terapia cognitiva obtuvieron resultados considerablemente (aunque no de forma significativa) menos buenos que con la farmacoterapia y poco mejores que con sólo placebo (Elkin *et al.*, 1989). Sin embargo, estos hallazgos pueden haber sido una consecuencia de la aplicación inadecuada de la terapia cognitiva (Hollon, Shelton & Loosen, 1991); los resultados según las distintas fuentes del NIMH no son consistentes ni se han repetido en proyectos independientes (Hollon *et al.* 1992). La inteligencia se ha considerado generalmente como un buen predictor de la respuesta a la terapia cognitiva, pero, dentro del rango que se ha representado en los casos existentes, todavía no se ha demostrado que sea pronosticable (Blackburn *et al.*, 1981; Hollon *et al.*, (1992; Simons *et al.* 1985).

La experiencia clínica sugiere que los pacientes con trastornos en el Eje II son menos receptivos a las intervenciones psicosociales que los pacientes con trastornos en el Eje I (American Psychiatric Association, 1994). Creemos que es así porque el trastorno central de estos pacientes es más penetrante, se halla más íntimamente relacionado con el sistema básico del self, y más integrado en la perspectiva fundamental del cliente. Desde un punto de vista cognitivo, los tipos de creencias fundamentales que sitúan una persona en los trastornos del Eje I son de naturaleza condicional –por ejemplo, “si no tengo éxito en mi carrera, no valgo nada,” “si la gente que yo quiero no me quiere, no soy nada.” Las percepciones básicas que contribuyen a los trastornos del Eje II se alejan más del sentido del self y de la percepción del mundo. Estas creencias no sólo pueden afectar la capacidad del cliente para enfrentarse a los hechos de la vida, sino que también pueden influir en la habilidad del cliente para relacionarse con el terapeuta y beneficiarse de esta interacción. Por esto, desde una perspectiva cognitiva, la presencia de un trastorno en el Eje II puede complicar la terapia, pero no necesariamente hacer de la terapia cognitiva una elección inadecuada para el tratamiento (esto sería cierto sólo si existieran otras variables alternativas a las que fuera más probable que el cliente respondiera).

Por eso, no hay evidencia empírica que indique precisamente qué tipo de clientes no responderá a la terapia cognitiva. Ciertamente, algunos no lo hacen, incluso dentro de categorías de diagnóstico que acostumbran a ser bastante receptivas al método. En algunos casos, el incumplimiento pasivo o la resistencia activa pueden estar en el núcleo del problema; cuando tal es el caso, normalmente

hay pruebas de su influencia en el proceso de la terapia. En otros casos, el incumplimiento o la resistencia se puede desarrollar en clientes que inicialmente se muestran cooperativos si la mejora no llega o para quienes la mejora no se adecua a las expectativas iniciales. En otros casos, la falta de atención o rigidez por parte del terapeuta puede estimular el incumplimiento o resistencia cuando de otra forma no ocurriría, o una pobre aplicación del proceso puede retardar el progreso. Sin embargo, para algunos clientes, la mejora puede no darse a pesar del hecho de que no se presente ninguna de estas razones. Estos son clientes para quienes es probable que la terapia cognitiva no sea adecuada. Un cambio del tipo de terapia parece ser el mejor planteamiento para estos clientes en particular.

DIRECCIONES EN LA INVESTIGACIÓN

Existe una clara y apremiante necesidad de investigar más la naturaleza de la falta de cumplimiento y la resistencia en terapia cognitiva. Por ejemplo, investigaciones anteriores sugieren que el cumplimiento de las tareas de autoayuda predicen el resultado del tratamiento (Burns & Nolen-Hoeksema, 1991, 1992; Neimeyer & Feixas, 1990; Persons *et al* 1988) o la estabilidad de la respuesta posterior a la terminación (Thompson & Gallagher, 1984). Sin embargo, todavía se sabe muy poco acerca de qué es lo que predice este cumplimiento. Es posible que la variabilidad del cumplimiento pueda ser un factor incontrolable importante en las pruebas de resultados controlados (Primakoff, Epstein & Civi, 1986). Está claro que deben realizarse esfuerzos dirigidos a examinar las causas del incumplimiento y de la resistencia.

Se podría empezar examinando las variaciones naturales en muestras existentes de sesiones de terapia; por ejemplo, se ha archivado un conjunto completo de grabaciones de terapia del Proyecto de Investigación Colaborativa del Tratamiento de la Depresión del NIMH para el uso de los investigadores de procesos. Además de examinar las variaciones naturales, también se debería variar sistemáticamente la naturaleza de la respuesta que los terapeutas utilizan para tratar los casos de incumplimiento o resistencia cuando se producen. Esta investigación de procesos tan “refinada” se ha utilizado poco en terapia cognitiva, pero podría ser útil. Los factores que producen el incumplimiento y la resistencia merecen ser explorados en la terapia cognitiva, tal como se ha hecho en otros enfoque dinámicos más tradicionales.

RESUMEN

Centrándonos en la terapia cognitiva, los obstáculos que aparecen en el proceso del tratamiento respecto a la resolución de problemas, se pueden formular en términos de cuestiones que tienen que explorarse o hipótesis que tienen que evaluarse. ¿Qué es lo que frena al cliente a seguir las actividades terapéuticas, y por qué parece que alguna vez estos esfuerzos fracasan? Hemos tratado estas cuestiones

en términos de cuatro grandes áreas: actitudes y creencias del cliente que interfieren en el cumplimiento o generan resistencia; desánimo consecutivo a la falta de confirmación de expectativas irreales respecto al ritmo de cambio; errores del terapeuta que generan incumplimiento o resistencia; e insuficiencia del modelo terapéutico. Estas cuatro áreas pueden servir de guía preliminar para identificar los problemas en el progreso terapéutico, sugiriendo posibles direcciones de resolución. Newman (1994) ha señalado otras pautas de intervenciones sistemáticas para la resistencia en la terapia cognitivo-conductual. Por eso el modelo cognitivo se puede usar para estructurar de forma consistente el tratamiento incluso cuando su curso es desigual o difícil.

De las cuatro áreas, la noción de las creencias y actitudes del cliente que dan lugar tanto al incumplimiento pasivo como a la resistencia activa es la que se aproxima más a las nociones convencionales de resistencia. La terapia cognitiva difiere de las terapias dinámicas más funcionales en que no asume que este proceso sea universal o que su resolución siempre debería ser el vehículo de trabajo del cambio. Pero reconoce que estos procesos a veces ocurren y que está preparada para cuando se da el caso. En estos casos, permanecer en el modelo cognitivo facilita el proceso de la terapia –es decir, explorando y trabajando estas creencias y actitudes de la misma manera en que se examinan dentro de este método otras cogniciones problemáticas. En vez de representar un obstáculo insuperable en el progreso de la terapia, estos casos pueden servir de ejemplo de cómo las creencias problemáticas pueden superarse y a la vez permiten ahondar en el proceso de la terapia.

A pesar de su éxito general, no todo el mundo responde igual a la terapia cognitiva. Algunos clientes muestran dificultades para llevar a cabo sus tareas y otros parece que ofrecen resistencia. Este artículo considera las estrategias para tratar el incumplimiento pasivo y la resistencia activa dentro de la terapia cognitiva. Generalmente, se argumenta que permanecer dentro del modelo cognitivo facilita el proceso de la terapia –es decir, explorando y trabajando estas creencias y actitudes que fundamentan el incumplimiento y resistencia de la misma forma que se enfocan otras creencias y actitudes problemáticas. También se tienen en cuenta las estrategias para tratar las expectativas poco realistas respecto al ritmo de cambio, los errores de los terapeutas que llevan al incumplimiento y a la resistencia y los casos en los que el modelo terapéutico es simplemente insuficiente.

Palabras clave: resistencia; incumplimiento; terapia cognitiva; fracaso del tratamiento.

Nota del Editor: Este artículo apareció en el *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 33-55, (1999) con el título “Reframing Resistance and non compliance in Cognitive Therapy”. Agradecemos a los autores el permiso para su publicación.

Referencias Bibliográficas

- AKISKAL, H.S. & MCKINNEY, W.T. (1975). Overview of recent research in depression: Ten conceptual models. *Archives of General Psychiatry*, 32, 285-305.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.-revised): Washington, DC: American Psychiatric Association.
- BANDURA, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- BAUCOM, D.H. & EPSTEIN, N. (1990). *Cognitive-behavioral marital therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- BECK, A.T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 624-333.
- BECK, A.T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and Therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- BECK A.T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1, 184-200.
- BECK, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- BECK, A.T. (1988a). Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy. In S. Rachman & J.D. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives* (pp.91-109) Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- BECK, A.T. (1988b). *Love is never enough*. New York: Harper & Row.
- BECK A.T. & EMERY, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- BECK, A.T., FREEMAN, A., PRETZER, J., DAVIS, D., FLEMING, .B., OTTAVIANI, R., BECK, J., SIMON, K., PRADESKY, C., MEYER, J., TREXLER, L. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- BECK, A.T., RUSH, A.J., SHAW, B.F., & EMERY, G. (1979). *Cognitive therapy of depression: A treatment manual*. New York: Guilford Press.
- BECK, A.T., WRIGHT, F.D., NEWMAN, C.F. & LIESE, B.S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.
- BECK, J.S. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- BEUTLER, L.E. & CLARKIN, E. (1990). *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunner/Mazel.
- BLACKBURN, I.M., BISHOP, S., GLEN, A.I.M., WHALLEY, L.J. & CHRISTIE, J.E. (1981). The efficacy of cognitive therapy in depression: A treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *British Journal of Psychiatry*, 139, 181-189.
- BURNS, D.D. & NOLEN-HOEKSEMA, S. (1991). Coping styles, homework compliance, and the effectiveness of cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 305-311.
- BURNS, D.D. & NOLEN-HOEKSEMA, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: A structural equation model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 441-440.
- CHADWICK, P.D.J. & LOWE, C.F. (1990). Measurement and modification of delusional beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 225-232.
- CLARK, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behavior Research and Therapy*, 14, 283-294.
- CLARK, D.M. (1994). Cognitive therapy for panic disorder. In B.E. Wolfe & J.D. Maser (Eds.), *Treatment of panic disorder: A consensus development conference* (pp. 121-132). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- DARLEY, J.M. & FAZIO, R. (1980). Expectancy confirmation processes arising in the social interaction sequence. *American Psychologist*, 35, 867-881.
- ELKIN, I., SHEA, M.T., WATKINS, J.T., IMBER, S.D., SOTSKY, S.M., COLLINS, J.F., GLASS, D.R., PILKONIS, P.A., LEBER, W.R., DOCHERTY, J.P., FIESTER, S.J. & PARLOFF, M.B. (1989). NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: I. General effectiveness of treatment. *Archives*

of *General Psychiatry*, 46, 971-982.

- EMERY, G. (1981). Cognitive therapy with the elderly. In G. Emery, S.D. Hollon & R.C. Bedrosian (Eds.), *New directions in cognitive therapy* (pp. 84-98). New York: Guilford Press.
- FREEMAN, A. PRETZER, J., FLEMING, B. & SIMON, K. (1990). *Clinical applications of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- GALLAGHER, D.E. & THOMPSON, L.W. (1982). Treatment of major depressive disorders in older adult outpatients with brief psychotherapies. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 482-490.
- HOLLON, S.D. & BECK, A.T. (1979). Cognitive therapy for depression. In P.C. Kendall & S. D. Hollon (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research, and procedures* (pp. 153-203). New York: Academic Press.
- HOLLON, S.D. & BECK, A.T. (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In A.E. Bergin & S.I. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th edition, pp. 428-466). New York: Wiley.
- HOLLON, S.D., DERUBEIS, R.J., EVANS, M.D., WIEMER, M.J., GARVEY, M.J., GROVE, W.M. & TUASON, V.B. (1992). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Singly and in combination. *Archives of General Psychiatry*, 49, 774-781.
- HOLLON, S.D., SHELTON, R.C. & DAVIS, D.D. (1993). Cognitive therapy for depression: Conceptual issues and clinical efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 270-275.
- HOLLON, S.D., SHELTON, R.C. & LOOSEN, P.T. (1991). Cognitive therapy in relation to pharmacotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 88-99.
- JARRET, R.B., GILES, D.E., GUILLON, C.M. & RUSH, A.J. (1991). Does learned resourcefulness predict response to cognitive therapy in depressed outpatients? *Journal of Affective Disorders*, 23, 223-229.
- KINGDON, D.G. & TURKINGTON, D. (1991). The use of cognitive behavior therapy with a normalizing rationale in schizophrenia: Preliminary report. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 207-211.
- KIRMAYER, L.J. (1990). Resistance, reactance and reluctance to change: A cognitive attributional approach to strategic interventions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 4, 83-104.
- KLEIN, D.F. (1974). Endogenomorphic depression: A conceptual and terminological revision. *Archives of General Psychiatry*, 31, 447-454.
- KOVACS, M., RUSH, A.T., BECK, A.T. & HOLLON, S.D. (1981). Depressed outpatients treated with cognitive therapy of pharmacotherapy: A one-year follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 38, 33-39.
- MAHONEY, M.J. (1977). Reflections on the cognitive-learning trend in psychotherapy. *American Psychologist*, 32, 5-13.
- MAHONEY, M.J. (1991). *Human change processes*. New York: Basic Books.
- NEIMEYER, R.A. & FEIXAS, G. (1990). The role of homework and skill acquisition in the outcome of group cognitive therapy for depression. *Behavior Therapy*, 21, 281-292.
- NEWMAN, C. (1994). Understanding client resistance: Methods for enhancing motivation to change. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1, 47-69.
- NISBETT, R. & ROSS, L. (1980). *Human inference: Strategies and shortcomings of social judgment*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- PERSONS, J.B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*. New York: WW. Norton.
- PERSONS, J.B. & BURNS, D.D. (1985). Mechanisms of action in cognitive therapy: The relative contributions of technical and interpersonal interventions. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 539-557.
- PERSONS, J.B., BURNS, D.D. & PERLOFF, J.M. (1988). Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in private practice setting. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 557-575.
- PRIMAKOFF, L., EPSTEIN, N. & COVI, L. (1986). Homework compliance: An uncontrolled variable in cognitive therapy outcome research. *Behavior Therapy*, 17, 433-446.
- PROPST, L.R. (1980). The comparative efficacy of religious and nonreligious imagery for the treatment of mild depression in religious individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 167-178.
- ROSS, L. (1977). The intuitive psychologist and his shortcomings. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 10, 99. 173-220). New York: Academic Press.
- RUSH, A.J., BECH, A.T., KOVACS, M. & HOLLON, S.D. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy versus pharmacotherapy in outpatient depressives. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 17-37.
- SAFRAN, J.D. & SEGAL, Z.V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- SCAHCHESTER, S. & SINGER, J.E. (1962). Cognitive, social, and psychological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69, 379-399.

- SELIGMAN, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman Press.
- SHEA, M.T., ELKIN, I., IMBER, S.D., SOTSKY, S.M., WATKINS, J.T., COLLINS, J.F., PILKONIS, P.A., BECKHAM, E., GLASS, D.R., DOLAN, R.T., & PARLOFF, M.B. (1992). Course of depressive symptoms over follow-up: Findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 49, 782-787.
- SHELTON, R.C., HOLLON, S.D., PURDON, S.E. & LOSEN, P.T. (1991). Biological and psychological aspects of depression. *Behavior Therapy*, 22, 201-228.
- SIMONS, A.D., LUSTMAN, P.J., WETZEL, R.D. & MURPHY, G.E. (1985). Predicting response to cognitive therapy of depression: The role of learned resourcefulness. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 79-89.
- SMITH, B. & SECHREST, L. (1991). Treatment of aptitude X treatment interactions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 233-244.
- SUE, S. (1998). In search of cultural competence in psychotherapy and counseling. *American Psychologist*, 53, 440-448.
- TANAKA-MATSUMI, J., SEIDEN, D., & LAM, K.N. (1996). The culturally-informed functional assessment (CIFA) interview: A strategy for cross-cultural behavioral practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 3, 215-233.
- THOMPSON, L.W. & GALLAGHER, D. (1984). Efficacy of psychotherapy in the treatment of late-life depression. *Advances in Research and Therapy*, 6, 127-139.
- WACHTEL, P.L. (1982). *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches*. New York: Plenum Press.
- WOODY, G.E., LUBORSKY, L., MCLELLAN, A.T., O'BRIEN, C.P., BECK, A.T., BLAINE, J., HERMNA, I., & HOLE, A. (1983). Psychotherapy for opiate addiction? *Archives of General Psychiatry*, 40, 639-645.
- WRIGHT, J. & DAVIS, D. (1994). The therapeutic relationships in cognitive-behavioral therapy: Patient perceptions and therapist responses. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1, 25-45.