

# CLIENTES INVOLUNTARIOS. EL PUNTO DE VISTA DE LA PSICOTERAPIA CENTRADA EN LA PERSONA

C. H. Patterson  
University of North Carolina

---

La finalidad de este artículo es reflexionar sobre el problema planteado por el llamado "cliente involuntario" en el marco de la psicoterapia centrada en el cliente.

En realidad, puede decirse que no existe tal cosa. La psicoterapia es una relación orientada al cambio del cliente. Una persona se convierte en un cliente cuando de forma voluntaria entra en relación con un terapeuta. El término *cliente involuntario* se refiere a la persona que, a los ojos de los demás (familia, maestros, compañeros, tribunales), tiene un problema y es derivado o se le requiere para que acuda a psicoterapia. Sin embargo, tales personas no se perciben a sí mismas con problemas ni sienten la necesidad de psicoterapia. Rogers (1957) establece como una de las condiciones para la psicoterapia la incongruencia, vulnerabilidad y ansiedad del cliente. "Este debe ser alguien que experimenta alguna preocupación..., algún tipo de conflicto, algún tipo de disociación interna, que expresa alguna inquietud". (Rogers, 1987).

La terapia no es algo que se le pueda imponer, dar o administrar a alguien como una inyección de penicilina. La persona no se convierte en un cliente hasta que él lo decide. Los llamados clientes involuntarios son personas que rechazan la psicoterapia y se oponen a convertirse en clientes.

Tales personas, por el hecho de presentarse o ser traídas al terapeuta constituyen un problema para él. En general se les considera como faltos de motivación. Sin embargo, así como no existen clientes involuntarios, tampoco se dan clientes desmotivados (Patterson, 1964). Están desmotivados para la psicoterapia, pero motivados a evitar participar en la terapia. Lo que sucede es que no están motivados como nos gustaría a nosotros.

Rogers, refiriéndose a su experiencia con clientes desmotivados señalaba que: “la falta de conciencia de motivación constituye realmente un verdadero problema para la psicoterapia... Existe una gran diferencia entre trabajar con clientes conscientemente motivados, sean neuróticos o psicóticos, y trabajar con personas que no manifiestan tal conciencia de motivación, tanto si éstas son normales, como neuróticas o psicóticas.” (Rogers y Stevens, 1967).

El término *cliente desmotivado* se refiere al cliente que no tiene un deseo consciente de ayuda, es decir, el cliente involuntario. Y continúa diciendo: “Para trabajar con personas que no tienen un deseo consciente de ayuda, creo que necesitamos de un término nuevo... Mi convicción actual es que trabajar con una falta de motivación consciente de la persona es más difícil que tratar con el problema de la psicosis”. Y continúa: “En cualquier caso, he llegado a la convicción que podemos adelantar más en esta área si reconocemos que tratar con personas que no desean ayuda es una tarea totalmente distinta de la psicoterapia, y si construimos los conceptos, teorías y prácticas apropiadas para ella no se debe perder de vista que una relación con tales personas sólo se convertirá en psicoterapia cuando se decidan a pedir ayuda.”

Por desgracia ni Rogers, ni nadie que yo sepa, se ha dedicado a desarrollar tales conceptos, teorías y prácticas. Thorne (1968) sugirió que el terapeuta puede intentar crear o inducir un conflicto en el consciente llevando a la consciencia las actitudes inconsistentes o conflictuales. Y que en la medida en que el cliente se hiciera consciente de la incongruencia, se sentiría inmediatamente motivado para resolverlo. Pero observó también que “la inducción de conflictos... debe tratarse con gran precaución... y que la eficacia de la técnica dependía de la sagacidad terapéutica, de modo que quien la manejara supiera guiar el proceso terapéutico en la dirección adecuada”. Personalmente, sin embargo, me siento muy escéptico en relación a las posibilidades de éxito de este método, que como mínimo va a provocar resistencia. Cosa que, en definitiva, hará cualquier método de intervención llevado a cabo en contra de la voluntad de la persona. Sin duda muchos son los tipos de intervención que han intentado los terapeutas -interrogatorios, investigaciones, sugerencias, orientaciones, advertencias e incluso amenazas- pero siempre con escasos o nulos resultados. En efecto, tales métodos llevan a reducir la posibilidad de que la persona acepte la relación terapéutica y se convierta en cliente.

Y ¿qué sucede con la tendencia al crecimiento, el impulso hacia la autorrealización, que se supone presente en cualquier persona, tendencia de la que, según Rogers (1961) depende toda la terapia? Pues que es eso, una tendencia sólo, aunque universal y con frecuencia muy fuerte. Sin embargo, “esta tendencia puede hallarse profundamente oculta bajo capas y capas de defensas psicológicas; puede hallarse oculta detrás de una fachada muy bien elaborada que niegue su existencia”. Y puede haber sido suprimida por el trato destructivo o inhumano de otras

personas. A pesar de ello, continúa pensando Rogers, “se encuentra en cada persona, y espera solamente las condiciones adecuadas para desarrollarse y expresarse”.

Es bien sabido cuáles son estas condiciones de comprensión empática, respeto o aceptación y autenticidad terapéutica, descritas por la psicoterapia centrada en la persona. Pero el problema está en el hecho de que no basta con que estas condiciones sean ofrecidas por el terapeuta; deben ser percibidas también por la persona a quien se dirigen. La comunicación al cliente de la comprensión empática y de la aceptación positiva incondicional por parte del terapeuta debe constituir un objetivo primordial. Pero los mal llamados *clientes involuntarios* pueden no querer o no poder reconocer o aceptar la comprensión, el interés y preocupación del terapeuta. Pueden no querer o no poder confiar en el terapeuta.

De modo que si, de acuerdo con Rogers (1957), las actitudes de terapeuta y cliente son condiciones necesarias y suficientes para el cambio terapéutico personal, no hay otro modo de conseguirlo. La conducta puede cambiar por otros medios -amenazas, coerciones, neurocirujía, psicofármacos, etc.-, pero no puede producirse un cambio duradero sino es por un aprendizaje de autodescubrimiento.

La única solución al problema se apunta por la vía de la persistencia en el ofrecimiento de las condiciones hasta que, en algunos casos, al menos, sean percibidas y aceptadas por las personas a quienes se ofrecen, que sólo en este caso se convertirán en clientes. Gendlin (1962) describió su trabajo con pacientes esquizofrénicos hospitalizados, algunos de los cuales mejoraron. Rogers, Gendlin, Kiesler y Truax (1967) hallaron también cierta mejoría con pacientes esquizofrénicos hospitalizados. Igualmente los terapeutas que trabajan con personas en el campo penitenciario consiguen algún provecho. Tres de mis antiguos estudiantes de la Universidad de Illinois han trabajado durante casi quince años con adolescentes bajo libertad condicional con algunos resultados. El grado de éxito con estas poblaciones (psicóticos y delincuentes) es más bien bajo, y quienquiera que trabaje con estas personas no debería exigir una cuota demasiado elevada de éxito para sentirse personalmente y profesionalmente satisfecho. Estas personas, sin embargo, no deben ser rechazadas. Trabajar con ellas puede ser un proceso largo y lento; pero la persistencia en ofrecer la relación terapéutica -comunicación de interés, preocupación, cuidado, respeto y comprensión- puede dar buenos resultados en algunos casos, consiguiendo que el esfuerzo merezca la pena. Cabe, desde luego, esperar resistencias, antagonismos, rechazo y falta de interés; pero pueden encajarse con aceptación y paciencia, sin entrar en interrogatorios, pesquisas, confrontaciones o presiones.

Algunos terapeutas pueden pensar que este enfoque no es eficaz. No tienen la paciencia o no pueden invertir el tiempo y esfuerzo necesarios para establecer finalmente la relación. De modo que abandonan las condiciones necesarias y suficientes para el cambio terapéutico e intentan provocarlo a través de la

confrontación, el razonamiento, la persuasión, la coerción u otros métodos. Tampoco tienen tantas probabilidades de conseguir un cambio duradero.

## Conclusión

El problema del mal llamado cliente involuntario o resistente es difícil sin duda de abordar. Es cada vez más frecuente tener que trabajar terapéuticamente con personas que no buscan de forma voluntaria la ayuda, como por ejemplo drogadictos. Los enfoques directivos y educativos pueden hallar un espacio propio en tales tratamientos, pero no existe sustituto para las condiciones necesarias y suficientes para el cambio terapéutico personal.

Traducción: Manuel Villegas Besora

**Nota Editorial:** Este artículo apareció en *Person-centered Review*, 3, 316-320, 1990 con el título "Involuntary Clients. A Person-centered View". Agradecemos el permiso para su publicación.

## Referencias bibliográficas

- Gendlin, E. T. (1962). Client-centered development in work with schizophrenics. *Journal of Counseling Psychology*, 9, 203-311.
- Patterson, C. H. (1964). A unitary theory of motivation and its counseling implications. *Journal of Individual Psychology*, 20, 17-31.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's view of Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1987). The underlying theory: Drawn from experience with individuals and groups. *Counseling and Values*, 32, 38-46.
- Rogers, C. R., Gendlin, E. T., Kiesler, C. A., & Truax, C. B. (1967). *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Rogers, C. R. & Stevens, B. (1967). *Person to person: The problem of being human*. Lafayette, CA: Real People's Press.
- Thorne, F. C. (1968). *Psychological case handling. Vol. 2. Specialized methods of counseling and psychotherapy*. Brandon, VT: Clinical Psychology Publishing.

