

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

RESISTENCIA Y CAMBIO EN PSICOTERAPIA

Epoca II, Volumen XII - 2º/3er. trimestre 2001

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Director: MANUEL VILLEGAS BESORA

Consejo de Dirección: LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYON COBOS, MAR GÓMEZ, LEONOR PANTINAT GINÉ, RAMON ROSAL CORTES.

Comité de Redacción: MAR GOMEZ MASANA, NEUS LÓPEZ CALATAYUD, SILVIA CASTILLO CUESTA, MARK-DANA MUSE, IGNACIO PRECIADO IGLESIAS, M^a JOSE PUBILL GONZALEZ, M^a ROSA TORRAS CHERTA.

Secretaria de Redacción: EMPAR TORRES AIXALÀ

Consejo Editorial: ALEJANDRO AVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, LLUIS BOTELLA GARCÍA DEL CID, ISABEL CAROGABALDA, GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, FRANCESCO MANCINI, JOSE LUIS MARTORELL YPIENS, MAYTE MIROBARRACHINA, JOSENAVARRO GONGORA, LUIGIONNIS, IGNACIO PRECIADO, JAUME SEBASTIÁN, SANDRA SASSAROLI, ANTONIO SEMERARI, VALERIA UGAZIO.

Coordinación Editorial: LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID.

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.
APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

Epoca II, Volumen XII - Nº 46/47 - 2º/3er. trimestre 2001

Esta revista tuvo una época 1ª, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, venticinco de ellos monográficos. Ha sido desde sus comienzos un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y terapéuticas relacionadas con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico, y de fomento de rigor científico en lo teórico.

Los directores anteriores han sido; Andrés Senlle Szodo (1.981-1.984), fundador de la revista; Lluis Casado Esquius (1.984-1.987), Ramón Rosal Cortés (1.987-1989)

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Autoedición: Gabinete Velasco Tel.: 934 340 550 BARCELONA

Impresión: OFFSET INFANTA, S.L.

Josep Taradellas, 101 - 08029 Barcelona - Tel.: 934 302 309

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

Precio de este ejemplar 15 euros (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
LA RESISTENCIA AL CAMBIO O LA PARADOJA NEURÓTICA	5
Francesco Mancini	
¿PORQUÉ NO SE MUEVEN LOS CONTINENTES? ¿PORQUÉ NO CAMBIAN LAS PERSONAS?	17
James O. Prochaska y Janice M. Prochaska	
LA RESISTENCIA AL CAMBIO DE LAS ESTRUCTURAS COGNITIVAS: REFLEXIONES RELATIVAS AL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO	37
Giovanni Liotti	
REFORMULACIÓN DE LOS CONCEPTOS DE RESISTENCIA E INCUMPLIMIENTO EN LA TERAPIA COGNITIVA	51
Dense Davis y Steven D. Hollon	
EL CABALLO DE TROYA O LAS TROMPETAS DE JERICÓ: EL PROCESO DEL CAMBIO EN PSICOTERAPIA	73
Manuel Villegas Besora	
LA RESISTENCIA COMO PROBLEMA TEÓRICO Y PRÁCTICO	119
Paul L. Wachtel	
LA “RESISTENCIA” EN LA PSICOLOGÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES1	133
Vicente Sánchez y Guillem Feixas	
RESISTENCIA O COHERENCIA: UNA TERAPIA DE INTEGRACIÓN	163
Imma Lloret i Ayter	

EDITORIAL

Abordamos en este número monográfico el tema del cambio en psicoterapia desde el punto de la óptica de la resistencia. Entendido el cambio como un proceso de constante evolución de un sistema en su tendencia a adaptarse a las variaciones del medio circundante llama la atención el mantenimiento en su seno de estructuras disfuncionales, origen de malestar y de sufrimiento. Se trata, como dice Mancini en el artículo que abre la monografía, del problema conocido como “paradoja neurótica” o resistencia al cambio: ¿cómo es posible que una persona persista en una conducta que le es nociva y causa de infelicidad? ¿Qué es lo que determina esta persistencia inadaptable e irracional? ¿Qué es lo que resiste al cambio?

Probablemente la respuesta haya que buscarla en las respuestas que Prochaska y Prochaska dan a las mismas preguntas en el segundo de los artículos. La gente no cambia porque no puede, no quiere, no sabe cómo, o no sabe qué cambiar. Los autores, a través de su modelo transteórico ofrecen un planteamiento integrador de comprensión de las razones para no cambiar, así como de las predisposiciones necesarias para ello.

Liotti presenta en el tercero de los artículos una visión del proceso de cambio desde una perspectiva piagetiana, la cual sugiere considerar tanto los obstáculos al cambio terapéutico como la oposición del paciente a los procedimientos terapéuticos como aspectos de la resistencia al cambio de las estructuras cognitivas. Dicha resistencia remite a las características del proceso de asimilación, a la organización jerárquica del conocimiento de sí mismo y del mundo, y a las modalidades egocéntricas del funcionamiento cognitivo.

Desde una perspectiva cognitiva de corte racionalista, Davis y Hollon reconocen que, 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. Su artículo considera las estrategias para tratar tanto el incumplimiento pasivo, como la resistencia activa dentro de la terapia cognitiva.

El artículo de Manuel Villegas se plantea el problema de la «resistencia» desde una doble perspectiva que afecta tanto al estilo del abordaje terapéutico, como a los procesos espontáneos de cambio, entendidos de forma evolutiva. En este contexto la metáfora del caballo de Troya, como contrapuesta a la de las trompetas de Jericó, sirve para dar cuenta de los estilos facilitadores de los procesos de cambio desde el interior de un sistema, gracias a la complicidad o alianza terapéutica que permite la colaboración de un agente social externo en la promoción de la zona de desarrollo proximal, postulada por Vygostky.

Basándose en los artículos de Davis y Hollon y Prochaska y Prochaska,

publicados en este número, así como en la propia perspectiva del autor, Wachtel explora la contradicción aparente que supone el hecho que el concepto de resistencia sea uno de los factores más decisivos en la determinación del éxito o fracaso del trabajo terapéutico, con el fin de apuntar hacia una resolución integradora de las diferentes perspectivas relativas a la resistencia y a los fenómenos con ella relacionados.

Vicente Sánchez y Guillem Feixas analizan el fenómeno de la resistencia, desde la perspectiva de la Psicología de los Constructos Personales, como una construcción del terapeuta cuando el cliente activa mecanismos de protección de su estructura nuclear que impiden el cambio. Se sugiere que este fenómeno permite comprender mejor el sentido de esta identidad que el sujeto está protegiendo, y que ello puede permitir proponer otros cambios que respeten, o sean compatibles con dicha identidad.

A través de la exposición de un proceso de terapia de una cliente depresiva Imma Lloret cuestiona el concepto de “resistencia” al cambio sustituyéndolo por el de coherencia de un sistema de construcción de significados que mantiene el síntoma. Comprender su lógica interna permite poco a poco ir cuestionándolo y haciéndolo más complejo. Se describen toda una serie de estrategias, desde una perspectiva integradora, destinadas a favorecer una construcción más rica y matizada que permitan a la cliente afrontar su vida de una forma mas satisfactoria.

LA RESISTENCIA AL CAMBIO O LA PARADOJA NEURÓTICA

Francesco Mancini

Centro Terapia Cognitiva, Via Marcoantonio Colonna, 60, 00192 - Roma

E-mail: mancini@apc.it

From the point of view of general or basic psychology the phenomenon of resistance is considered in this article as a paradox. Why people can't change? Why they maintain dysfunctional behaviours or irrational beliefs? The concepts as pragmatic reasoning and psychological balance are used as appropriate tools to understand these phenomena.

Key words: change, resistance, pragmatic reasoning, psychological balance.

INTRODUCCIÓN

Una analogía entre el nivel técnico-científico de la medicina a principios del siglo XIX y el de la psicoterapia actual ha sido propuesta desde varios puntos de vista. De esta analogía se derivaría que el futuro de la psicoterapia depende en gran medida del desarrollo de dos líneas de investigación.

La primera hace referencia a los resultados de la psicoterapia. Investigaciones capaces de responder a preguntas del tipo: ¿qué intervenciones resultan eficaces y para qué tipo de psicopatologías? ¿cuáles son los ingredientes eficaces?

La segunda línea de investigación se refiere a los mecanismos que generan y mantienen los trastornos. En este caso los modelos utilizados en psicoterapia, incluida la cognitiva, se apartan de los modelos médicos. Mientras estos últimos se basan sobre sólidos conocimientos de anatomía y de fisiología, los modelos psicoterapéuticos **no** se asientan sobre conocimientos de psicología general, a pesar de gozar actualmente de notable solidez.

En este artículo pretendo utilizar los datos y los modelos de la psicología básica para enfocar un problema de explicación crucial para cualquier teoría clínica y que todavía hoy, al menos en el ámbito cognitivo, ha recibido sólo explicaciones parciales e insatisfactorias. Se trata del problema conocido como “paradoja neurótica” o resistencia al cambio: ¿cómo es posible que una persona persista en una conducta que le es nociva y causa de infelicidad? ¿Qué es lo que determina esta persistencia

inadaptable e irracional? ¿Qué es lo que resiste al cambio? (Castelfranchi, 1999). El problema de la resistencia se plantea a partir de las actitudes que no cambian a pesar de que las informaciones de que dispone la persona, sus instrumentos cognitivos y sus motivaciones hagan posible y adecuado un cambio (Mancini, 1998).

La psicopatología ofrece una amplia casuística de resistencia al cambio que parece claramente paradójica. Los pacientes fóbicos, por ejemplo, continúan reaccionando con miedo y evitando situaciones a pesar de haberlas enfrentado y superado miles de veces sin sufrir ningún daño. Los pacientes depresivos después de años de un pérdida o fracaso, todavía sufren y no consiguen dirigir sus intereses hacia ninguna otra actividad que podría resultarles gratificante. Los pacientes con trastorno de la personalidad por evitación continúan empobreciendo su propia vida con tal de no afrontar el riesgo al fracaso, rechazo o frustración, a pesar de que este riesgo sea inexistente o mínimo, o, en el peor de los casos, aceptable. Incluso es frecuente hallar conductas paradójicas entre las normales. En el caso de paradojas patológicas, sin embargo, la impresión de hallarse ante un absurdo es decididamente más neta porque el cambio parece, encima, al alcance de la mano y porque los costes de la resistencia, en términos de renuncia y sufrimiento, son muy elevados.

El conjunto de los casos de resistencia al cambio puede subdividirse en dos grandes grupos. En el primero entran los conflictos prácticos y los conflictos acráticos (debidos a falta de motivación) que no consideraré en este artículo. En el segundo entran las actitudes que dependen de creencias que permanecen sistemáticamente inalterables, dolorosas y nocivas para la persona, a pesar de que la persona disponga de informaciones y posea las competencias cognitivas que le permitirían llegar a conclusiones distintas.

En el cognitivismo clínico se proponen tres tipos de explicación:

1) Principio de coherencia:

- La selección, codificación e integración de las informaciones favorece la coherencia interna antes que la veracidad de los esquemas cognitivos.
- El límite se halla en buscar activamente informaciones nuevas y contraejemplos capaces de poner sus esquemas en tela de juicio

2) Beneficios secundarios:

- La persona conserva y alimenta la creencia patógena porque considera que saca algún tipo de beneficio.
- El límite se halla en las paradojas del autoengaño. ¿Cómo es posible que se nos induzca intencionalmente a creer y reforzar una creencia que se sabe que es falsa?

3) Mecanismos funcionales:

- El hecho mismo de creer implica efectos capaces de confirmar la propia creencia. Por ejemplo, la expectativa de ser juzgado mal puede traducirse en una actitud inhibida o incluso hostil que puede suscitar una respuesta crítica y burlona por parte de los demás, capaz de confirmar la expectativa

inicial.

- El límite de este tipo de explicación es, ante todo, que no parece absolutamente plausible que los efectos no deseados impidan la confrontación con cualquier contraejemplo. El punto crítico más importante es, sin embargo, que a los fines de la confirmación o desconfirmación, no es tanto la disponibilidad más o menos selectiva de los hechos en sí la que cuenta, sino, más bien, el modo en que las personas se confrontan con la realidad.

Para resolver el problema de explicación suscitado por la persistencia de creencias débilmente justificadas, además de dolorosas y nocivas, conviene concentrar la atención sobre un aspecto crucial de la dinámica cognitiva, es decir del proceso de control ingenuo de validez de las creencias. Los estudios de psicología cognitiva sobre el control de las hipótesis se han desarrollado a partir de la idea de que sería normal dirigir este proceso al reconocimiento de la verdad y que esto se realizaría, gracias a la búsqueda sistemática de la falsificación de las propias creencias. Los seres humanos se parecerían, hasta en condiciones de vida cotidiana, a científicos popperianos que, deseosos de establecer el valor de veracidad de las propias hipótesis, las someten a duros intentos de confutación.

Un experimento originario de Wason en el que se estudia el proceso de control ingenuo de las hipótesis propone una tarea de selección de cuatro cartas sobre cada una de las cuales se hallan impresas por un lado la letra A o K y por la otra los números 2 ó 7. La tarea consiste en indicar las cartas a las que se debe dar la vuelta para controlar si la hipótesis planteada por el experimentador: “cuando por un lado aparece la letra A, por el otro debe aparecer el número 2” es verdadera o falsa. Para controlar de modo válido la hipótesis se debe dar la vuelta a las cartas A y 7, puesto que es el único camino para descubrir todos los posibles contraejemplos (A por un lado y 7 por el otro, o bien 7 por un lado y A por el otro). El 90% de los sujetos del experimento controla la hipótesis buscando solamente los ejemplos (la carta A, mirando si lleva escrito por detrás el número 2; o bien la carta con el 2, mirando si lleva escrito por detrás la letra A).

De los resultados de Wason se puede concluir que los procesos de control de la hipótesis no son, en primer lugar, estrategias orientadas al reconocimiento de la verdad. El control natural de la hipótesis, en efecto, no se produce a través de intentos sistemáticos de falsificación que, según la lógica de la investigación científica, son necesarios para extremar el criterio de verdad de los conocimientos.

Estudios posteriores ponen de manifiesto que ante contenidos específicos (concretos, realísticos y familiares) los sujetos controlan las propias hipótesis buscando contraejemplos capaces de contradecirlas. Las explicaciones basadas sobre el contenido, sin embargo, no consiguen dar cuenta de manera exhaustiva de la alternancia entre procedimientos confirmatorios y popperianos. Para conseguir una explicación de la alternancia es necesario tener en cuenta la “utilidad percibida”.

Algunos autores (de Jong, Mayer y van den Hout, 1997; de Jong, Haenen,

Schmidt y Mayer, 1998) recogen evidencias empíricas a favor de la hipótesis según la cual los seres humanos en un contexto general de amenaza ante hipótesis tranquilizantes (como, por ejemplo: “Perro ladrador, poco mordedor”) manifiestan mucho interés en la búsqueda de contraejemplos, dado que son fundamentales para la supervivencia. Por el contrario, si se encuentran ante la posibilidad de controlar situaciones de peligro (por ejemplo: “Si suena una alarma es que hay un incendio”) los sujetos tienden a confirmar la regla, dado que ignorar por una sola vez un peligro potencial puede encima resultar fatal para la supervivencia. Parece pues que el control de las personas sobre la validez de las propias creencias se produce a través de estrategias confirmatorias, esto es buscando ejemplos, tanto a través de falsificadores potenciales y por tanto con estrategias epistemológicamente más correctas. La elección entre ambas estrategias parece depender de distintos factores, la disponibilidad de tiempo y recursos, la accesibilidad de las informaciones, e incluso y sobre todo la utilidad percibida de las conclusiones.

Las personas serían, pues, razonadores pragmáticos (Cosmides, 1989; Friedrich, 1993) más interesados en la supresión y la minimización de errores cruciales que en el control dirigido a establecer la verdad, dispuestos a someter a discusión la coherencia de los conocimientos propios si se muestra útil y a dar crédito a hipótesis desagradables y dolorosas siempre que parezca prudencialmente útil.

Ahora bien, ¿de qué modo el razonador pragmático controla la validez de sus propias hipótesis? Trope y Liberman (1996), a partir de sólidas bases empíricas y experimentales, ofrecen un modelo pragmático del modo en que los individuos controlan normalmente las hipótesis, partiendo de la premisa que el proceso de control de las hipótesis se articula en varias fases (Kruglanski, 1996):

- 1) generación de la hipótesis,
- 2) control de las hipótesis,
 - 2.1) recogida de información
 - 2.2) inferencias

En la fase de generación la persona formula la hipótesis focal que depende:

- de los objetivos del razonador (razonador pragmático),
- de su accesibilidad cognitiva que depende, a su vez, de su estado emocional (Bower, 1981) y de sus hábitos (Higgins y Bargh, 1987),
- de su credibilidad inicial

Generalmente la hipótesis inicial es la más deseable (Kunda, 1990; Pyszczynski y Greenberg, 1987; Trope y Liberman, 1996), porque:

- más agradable
- más accesible cognitivamente,
- más probable *a priori* puesto que las personas buscan activamente llevarlas a cabo (Miller y Ross, 1975).

La hipótesis focal es negativa, como en la mayor parte de las creencias patógenas, si:

- a causa de experiencias desfavorables resulta más probable y destacada que la hipótesis deseable (Higgins, 1987; Tversky y Kahneman, 1981),
- el sujeto considera poder prevenir o remediar el daño temido (Dwek y Legget, 1987; Heider, 1958; Trope y Neter, 1994),
- se está más orientado hacia la evitación de resultados negativos que hacia la consecución de resultados positivos (Atkinson y Raynor, 1974),
- existe una impresión crónica de inadecuación hacia las propias responsabilidades (Higgins, 1987),
- existe un elevado temor sistemático de fracaso y desaprobación social (Atkinson y Raynor, 1974).

Es posible que se generen igualmente hipótesis alternativas. El tipo de hipótesis alternativas generadas depende de criterios análogos a los puestos de manifiesto a propósito de la hipótesis focal (Trope y Liberman, 1996).

Me gustaría poner de manifiesto, a través de un ejemplo clínico, cómo se pueden llevar a cabo las condiciones a fin que la hipótesis focal sea la desfavorable. En los pacientes obsesivos la hipótesis focal es generalmente la desfavorable, por ejemplo, que haber tocado un cierto objeto pueda ser causa de contagio. La focalización de esta hipótesis depende de la accesibilidad de la propia creencia, accesibilidad que es considerable, dado que las rumiaciones sobre la posibilidad de contagio son continuas. La credibilidad inicial de la hipótesis de contagio es alta puesto que se sostiene sobre numerosos indicios recogidos por el paciente en el transcurso de su trastorno. El paciente cree poder prevenir el contagio con los rituales de lavado. El paciente obsesivo se siente crónicamente amenazado de no hallarse a la altura de sus propias responsabilidades y, consiguientemente, siente el deber de focalizarse sobre la hipótesis peor, para no tener que echarse en cara el día de mañana haber sido irresponsable.

El proceso de control de las hipótesis puede producirse de forma diagnóstica o pseudodiagnóstica (Trope y Liberman, 1996).

En el proceso diagnóstico se toman en cuenta no sólo la hipótesis focal, sino también otras alternativas:

- Se buscan datos dirimentes, es decir compatibles o sólo con la hipótesis focal o sólo con la alternativa: Un ejemplo de dato dirimente es el resultado de una prueba médica que no tenga ni falsos positivos, ni falsos negativos. El resultado positivo es, por tanto, posible sólo si existe la enfermedad (Klayman y Ha, 1987; Trope, 1975; Trope y Bassok, 1982).
- Se exploran las implicaciones de los datos recogidos tanto respecto a la hipótesis focal como a la alternativa. Por ejemplo, la actitud fría y desapegada de un amigo se sopesa tanto respecto a la hipótesis focal de que el amigo esté enemistado con nosotros, como respecto a la hipótesis alternativa de que se halle preocupado por sus asuntos personales (Ginossar y Trope, 1980, 1987; Trope y Ginossar, 1987).

En el proceso pseudo-diagnóstico (Fischhoff y Beyt-Marom, 1983; Trope y Liberman, 1993) sólo se toma en cuenta la hipótesis focal:

- Se buscan datos congruentes con la hipótesis focal, como, por ejemplo, atender únicamente a los síntomas característicos de la enfermedad hipotetizada. Se utilizan diversos tipos de heurísticos como la relevancia (Kahneman y Tversky, 1973), la combinación de hipótesis (Evans y Lynch, 1973; Higgins y Bargh, 1987) y pruebas positivas (Klayman y Ha, 1987).
- Las implicaciones de los datos recogidos se exploran sólo respecto a la hipótesis focal y no se toma en consideración la posibilidad de que exista otra enfermedad capaz de generar tales síntomas (Klar, 1990).

Para que el proceso sea diagnóstico (Trope y Liberman, 1996):

- 1) La persona debe considerar elevados los costes de las conclusiones erróneas, como sucedería a quien, por ejemplo, teme ignorar equivocadamente los síntomas de una enfermedad grave (Kruglansky y Mayseless, 1988; Neuberg, 1989).
- 2) La persona debe considerar bajos los costes dirigidos a obtener nuevas informaciones, como quien sabe que tiene tiempo para hacer los análisis clínicos apropiados y que se trata de análisis incruentos e indoloros (McDonald y Brodsky, 1995),
- 3) El nivel de incertidumbre de la hipótesis debe ser más bien elevado, dado que no se inicia un proceso de diagnóstico si se está razonablemente seguro del estado de la cuestión (Hilton et al., 1991). Por ejemplo un paciente paranoico, sintiéndose bastante convencido *a priori* de que le persiguen, difícilmente tomará en cuenta hipótesis más benévolas, cuando deba controlar si uno de los presentes se está burlando de él.
- 4) Las hipótesis alternativas deben ser cognitivamente accesibles. Puede suceder, simplemente, que el paciente las ignore o que, sencillamente, no le pasen por la cabeza.

Para hacerse una idea de cómo puede llegar a confirmarse una creencia patógena a través de un proceso pseudo-diagnóstico puede servir un ejemplo de un paciente paranoico al que llamaremos Giulio. Giulio es profesor universitario de una universidad italiana, convencido de que sus estudiantes se burlan de él, considerándolo erróneamente homosexual. Un día se presenta muy enfadado a la terapia diciendo que al entrar en el aula había visto en la pizarra la relación de alumnos de los estudiantes que se apuntaban voluntariamente para unas prácticas de otra asignatura. Entre los nombres destacaba uno “*Finocchio*”, palabra que en italiano corresponde al nombre de una planta, el hinojo, pero que se utiliza figuradamente para designar a una persona de orientación homosexual, equivalente al despectivo “marica”. Para Julio esto era la confirmación de su creencia de ser objeto de burla por parte de los estudiantes. Al entrar en la clase había focalizado la hipótesis de ser

objeto de burla, y no se le había ocurrido considerar otras hipótesis alternativas, como que se tratara de un apellido, que es lo que era realmente, como en castellano lo son “Hinojo o Hinojosa”. Había seleccionado solamente los datos que le parecían congruentes con la hipótesis focalizada de la burla y había inferido que “*Finocchio*” resultaba congruente con ella.

Se daban efectivamente las condiciones para focalizar la hipótesis desfavorable y para el pseudo-diagnóstico más que para el diagnóstico. El proceso diagnóstico no significa, sin embargo, que se rechacen de plano las creencias débilmente justificadas. Para explicar esta cuestión piénsese que una conclusión puede ser válida, tanto porque es correctamente aceptada, como porque es correctamente rechazada (Friedrich, 1993; Trope y Liberman, 1996). La conclusión puede ser no válida porque se acepta erróneamente, caso en el que se habla de error por comisión, o porque se rechaza equivocadamente, caso en el que se trata de un error por omisión. Ambos errores tienen un coste para el sujeto. Si el coste del error de omisión es mayor que el del error de comisión, entonces las personas exigen un nivel más elevado de credibilidad, y por tanto mayor número de pruebas, para rechazar la hipótesis más que para confirmarla.

Por el contrario, si el coste del error de comisión es mayor que el del error de omisión, entonces las personas exigen un nivel de credibilidad más elevado y más pruebas, por tanto, para aceptar la hipótesis más que para rechazarla.

Imaginemos, por ejemplo, el caso de un juez que parte de la hipótesis que el imputado es culpable y que considere mucho más grave dejar a un culpable en libertad que a un inocente en prisión, escuchará evidentemente tanto los argumentos del fiscal como de la defensa, pero exigirá a ésta última, pruebas mucho más numerosas y convincentes que las que pedirá a la acusación. El resultado es que el juez llegará mucho más rápidamente a convencerse de la culpabilidad del imputado que no de su inocencia.

En consecuencia, ni siquiera el proceso diagnóstico ofrece garantías de un control adecuado de las creencias y es compatible, por tanto con la persistencia de creencias débilmente justificadas. Basta con que el coste subjetivo ligado al error de omisión de una creencia débilmente justificada sea más elevado que el coste de mantenerla erróneamente.

Puede resultar útil volver al ejemplo de Giulio para poner de manifiesto de qué modo las variaciones de los costes atribuidos al error de omisión y de comisión de la creencia patógena implique resultados distintos en el proceso diagnóstico. Con la intención de hacerle considerar hipótesis alternativas tomé el listín telefónico de Roma y le hice ver la cantidad de personas que aparecían con el apellido *Finocchio*. Estuve de acuerdo en la plausibilidad de la hipótesis alternativa que le proponía, pero con todo ello no le ayudó a cambiar de idea. Admitía que la palabra “*Finocchio*”, escrita en la pizarra, no fuera un mensaje ofensivo dirigido a él, sino simplemente el apellido de uno de los estudiantes. Admitía que era un apellido

relativamente frecuente entre los habitantes de Roma. Pero esto no le bastaba para cambiar de pensamiento.

Le pregunté en este caso qué es lo que habría sucedido si me hubiese creído y al hacerlo se hubiera equivocado. Me contestó que suponer erróneamente no ser objeto de burla lo exponía al riesgo de ser burlado precisamente por la propia ingenuidad. Le pregunté entonces qué coste estaba dispuesto a pagar, en cambio, si continuaba creyendo que se burlaban de él sin que fuera verdad. Para explicarme mejor le dije que, en mi opinión, se comportaba como el comandante de un fuerte que temía la llegada de los enemigos por el flanco oriental y que por ello había dispuesto todas sus tropas en las almenas de aquel lado. Pero qué habría sucedido si el enemigo atacaba por el flanco contrario. Me contestó que el coste sería la ruptura del matrimonio. La mujer a la que él quería mucho, estaba desesperada por sus delirios y lo había amenazado varias veces de dejarlo. Al cabo de una semana volvió y me explicó el siguiente suceso. Habían ido al restaurante con su mujer dos días atrás y estaban sentados uno frente al otro, cuando le pareció notar que uno de los comensales de la mesa que quedaba a espaldas de la mujer le miraba con una sonrisa burlona y sarcástica, lo que le hizo poner furibundo. Mientras rumiaba sobre la insolencia de la gente notó en el rostro de su mujer una expresión sombría y triste. Le preguntó con cierta mala pata, qué le pasaba. La mujer levantó la cabeza y mirándole a los ojos le respondió: “*¿Pero te das cuenta de la cara que pones?*”. En este momento Giulio recordó la imagen de la fortaleza y de los costes de un eventual error de comisión de la creencia de ser objeto de burla. Estos le parecieron bastante más graves que los del error inverso. De repente se dio cuenta de que el otro comensal no se estaba efectivamente burlando de él, sino que estaba atento a la conversación de su mesa. Esta conciencia perduró el resto de la noche.

El caso de María, una paciente con un temor obsesivo de contagio del cáncer, ilustra igualmente las consecuencias que el cambio de los costes que, según la persona, pueden tener los errores de comisión o de omisión sobre la persistencia de las creencias. María tenía miedo a contagiarse de cáncer, pero temía sobre todo la posibilidad de tener que reprocharse no haber estado suficientemente atenta y prudente en la prevención del riesgo. Consiguientemente focalizaba de modo sistemático la hipótesis de poder contagiarse, considerando inconsistentes todas las pruebas a favor de la hipótesis alternativa. Un día se le diagnosticó un melanoma metastásico al marido, que hizo necesario el ingreso en un hospital oncológico. La paciente acompañó angustiadísma al marido en la primera visita, pero a partir del día siguiente cambió completamente de actitud, ya no pensaba en la hipótesis del contagio del cáncer. El coste de mantener erróneamente la creencia se había vuelto superior al coste de rechazarla erróneamente. El riesgo de no estar injustificadamente junto al marido enfermo resultaba para ella superior al de bajar erróneamente la guardia frente a la posibilidad de contagiarse de cáncer.

El modelo pragmático de Trope y Liberman presenta diversas ventajas sobre

las teorías que sitúan el principio regulador del control de las hipótesis en la detección de la verdad y el mantenimiento de la coherencia interna. Es más importante, como se ve, la capacidad de explicar la alternancia entre estrategias confirmatorias y falsacionistas. Respecto a las teorías que explican la persistencia de creencias débilmente justificadas recurriendo a la noción de beneficio secundario presenta, además, la ventaja de poner de manifiesto cómo los objetivos del sujeto intervienen en el proceso de control de las hipótesis y, por tanto, sobre sus creencias, sin caer en las paradojas de la teoría estándar del autoengaño (Mele, 1999; Miceli, 1999).

La teoría estándar supone que el sujeto actúa *intencionalmente* a fin de inducirse a creer lo que en su opinión es preferible creer. En la perspectiva pragmática, en cambio, a la activación de objetivos siguen, *mecánicamente*, conductas adecuadas, estados emocionales e incluso variaciones cognitivas como por ejemplo la atención selectiva, la recuperación mnésica y, sobre todo, el modo de controlar las propias hipótesis.

Si se busca un objetivo entonces se produce la activación adecuada para conseguirlo, lo que implica igualmente los diversos procesos cognitivos entre ellos el control de las hipótesis. El proceso de control de las hipótesis es, pues, primariamente una estrategia útil para conseguir los objetivos.

Una última ventaja importante desde el punto de vista clínico del modelo de Trope y Liberman es la capacidad de identificar las condiciones en las que persisten creencias poco justificadas, dolorosas, inútiles o, encima, nocivas, como las patológicas. Tales condiciones, como se ha visto, son fundamentalmente de dos tipos:

- cognitivas (accesibilidad de la hipótesis y credibilidad inicial)
- motivacionales (coste atribuido al error y, sobre todo, asimetría de los costes entre el error de comisión y el de omisión).

Queda preguntarse, sin embargo, si efectivamente tales condiciones se producen también en el caso de los sujetos con una patología. La respuesta parece sustancialmente positiva. En efecto, respecto a las condiciones cognitivas, la confrontación entre sujetos normales y patológicos demuestra una mayor accesibilidad y credibilidad de las creencias patógenas en estos últimos, a través de la utilización de métodos característicos de la psicología cognitiva (autocaracterizaciones, cuestionarios, tiempos de reacción, tareas con estímulos ambiguos, *Emotional Stroop Test*, etc.) Por ejemplo en los pacientes depresivos las creencias respecto a los fracasos propios son más creíbles y accesibles de lo que sucede en sujetos normales y otros tipos de pacientes (Panzarella et al., 1999).

Respecto a las condiciones motivacionales, aun a pesar de no contar con estudios sistemáticos en su apoyo, existen sólidas observaciones el papel de la asimetría entre los costes de omisión y los de comisión.

Giulio, que no considera como suficiente un importante contraejemplo porque teme que el error de omisión lo pueda exponer a burlas ulteriores, rechaza en cambio

la hipótesis paranoica cuando percibe con claridad que el coste del error de comisión es superior al de omisión. La paciente obsesiva que rechaza la hipótesis del contagio en el momento en que se le hace evidente el coste mayor del error de comisión que el de omisión errónea de una creencia de peligro, sigue la misma dirección.

Como confirmación ulterior de que tales condiciones cognitivas y motivacionales, intervienen en los procesos de mantenimiento de las creencias patológicas, existen pruebas empíricas relativas al uso de procedimientos pseudodiagnósticos para el control de creencias patógenas: estudios sobre la atención selectiva, la recuperación mnésica, la búsqueda de ejemplos en tareas de selección, los procesos inferenciales (errores cognitivos de Beck) (Salkovskis, 1997; Clark, 1997).

Lo que, sin embargo, no ha considerado la literatura cognitivista clínica es la posibilidad de que el control de las creencias patógenas se produzca igualmente en el ámbito diagnóstico. En realidad la observación clínica sugiere que los pacientes controlan la validez de sus creencias también de forma diagnostica (test de seguridad de Weiss y Sampson, durante una reestructuración cognitiva en psicoterapia, en el caso de los obsesivos) y que dicho control fracasa en su exactitud sin duda a causa de la asimetría entre costes del error de omisión y el de comisión, como se pone de manifiesto en los ejemplos anteriores.

ORIENTACIONES PARA LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Es posible ofrecer al menos tres sugerencias para la intervención terapéutica:

Generación de hipótesis alternativas. Procedimiento ya usado ampliamente en la psicoterapia cognitiva que el modelo de resistencia al cambio presentado aquí fundamenta con mayor más claridad.

Atención especial a la decodificación de las señales ambiguas incluso a la luz de las hipótesis alternativas. Estudios recientes (Smeets, de Jong y Mayer, 2000) sugieren que los pacientes tienen la capacidad de reconocer correctamente informaciones claras y no ambiguas, siendo capaces de sacar las conclusiones correctas. Mientras que los datos ambiguos son usados injustificadamente como confirmatorios.

Identificación de los costes de un error eventual de comisión o falsa aceptación. Esta sugerencia es más bien original y se deduce lógicamente del modelo presentado. Su posible validez se apoya en los ejemplos presentados, pero no la sostiene ninguna investigación por el momento.

CONCLUSIONES

La explicación de la paradoja neurótica y, en particular, de la persistencia de creencias débilmente justificadas, dolorosas y nocivas tiene una importancia crucial para cualquier teoría clínica. Las explicaciones propuestas en el campo del cognitivismo clínico son parciales y limitadas. Datos y modelos de la psicología cognitiva básica permiten explicaciones más sólidas y satisfactorias. Si considera-

mos los procesos cognitivos como instrumentos útiles para prevenir o minimizar errores cruciales y utilizados por personas con recursos cognitivos limitados entonces es posible identificar las condiciones en las que los procesos de control de las hipótesis pueden confirmar sistemáticamente creencias débilmente justificadas, dolorosas y nocivas como las patológicas. Es posible igualmente identificar las condiciones que conviene intentar modificar si se quiere ayudar al paciente a superar la resistencia al cambio.

El problema de la resistencia se plantea a partir de las actitudes que no cambian a pesar de que las informaciones de que dispone la persona, sus instrumentos cognitivos y sus motivaciones hagan posible y adecuado un cambio. En este artículo se utilizan los datos y los modelos de la psicología básica para enfocar un problema de explicación crucial para cualquier teoría clínica. Se trata del problema conocido como “paradoja neurótica” o resistencia al cambio: ¿cómo es posible que una persona persista en una conducta que le es nociva y causa de infelicidad? ¿Qué es lo que determina esta persistencia inadaptable e irracional? ¿Qué es lo que resiste al cambio?

Palabras clave: *resistencia, cambio, paradoja neurótica, razonamiento pragmático, balance psicológico*

Traducción : Manuel Villegas Besora

Referencias bibliográficas

- ATKINSON, J.W. & RAYNOR, J.O. (1974). *Motivation and achievement*. Washington, DC: Winston.
- BOWER, G.H. (1981). Mood and Memory, *American Psychologist*, 31, 129-148.
- CASTELFRANCHI, C. (1999). La fallacia dello psicologo. Per una teoria degli atti finalistici non intenzionali, *Sistemi Intelligenti*, 3, 435-468.
- CLARK, D.M.(1997). *Panic disorder and social phobia*, in Clark, D.M., Fairburn C.G., *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*, Oxford University Press.
- COSMIDES, L. (1989). The logic of social exchange: Has natural selection shaped how human reason? Studies with the Wason selection task. *Cognition*, 31, 187-276.
- DE JONG, P.J., HAENEN, M.A., SCHMIDT, A., & MAYER, B. (1998). Hypochondriasis: the role of fear- confirming reasoning, *Behaviour Research and Therapy*,36, 65-74.
- DE JONG, P.J., MAYER, B. & VAN DEN HOUT, M. (1997). Conditional reasoning and phobic fear: evidence for a fear-confirming reasoning pattern. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 507-516.
- DWECK, C.S. & LEGGET, E.L. (1987). A social-cognitive approach to motivation and personality. *Psychological Review*, 95, 256-273.
- EVANS, J. ST. B.T., & LYNCH, J.S. (1973). Matching bias in the selection task. *British Journal of Psychology*, 64, 391-397.
- FISCHHOFF, B., & BEYT-MAROM, R. (1983). Hypothesis evaluation from a Bayesian perspective. *Psychological Review*, 90, 239-260.
- FRIEDRICH, J. (1993). Primary error detection and minimization (PED-MIN) strategies in social cognition: A reinterpretation of confirmation bias phenomena. *Psychological Review*, 100, 298-319.

- GINOSSAR, Z., & TROPE, Y. (1980). The effects of base-rates and individuating information on judgements about another person. *Journal of Experimental Social Psychology*, 16, 228-242.
- GINOSSAR, Z., & TROPE, Y. (1987). Problem solving in judgment under uncertainty. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 464-476.
- HEIDER, F. (1958). *The Psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley.
- HIGGINS, E.T., & BARGH, J.A. (1987). Social Cognition and social perception. *Annual Review of Psychology*, 38, 369-425.
- HIGGINS, E.T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 319-340.
- HILTON ET AL., (1991). Attention allocation and impression formation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17, 548-559.
- KAHNEMAN, D. & TVERSKY, A. (1973). On the psychology of prediction. *Psychological Review*, 80, 237-251.
- KLAR, Y. (1990). Linking structures and sensitivity to judgment relevant information in statistical and logical tasks. *Journal pf Personality and Social Psychology*, 59, 841-858.
- CLAYMAN, J. & HA, Y.-W. (1987). Confirmation, disconfirmation, and information in hypothesis-testing. *Psychological Review*, 94, 211-228.
- KRUGLANSKI, A.W. (1989). *Lay epistemics and human knowledge*. New York: Plenum.
- KRUGLANSKY, A.W. & MAYSELESS, O. (1988). Contextual effects in hypothesis testing: The role of competing alternatives and epistemic motivations. *Social Cognition*, 6, 1-20.
- KUNDA, Z. (1990). The case for motivated reasoning. *Psychological Bulletin*, 108, 480-498.
- MAGRI T. (1991). *Il dilemma delle teorie filosofiche delle emozioni*, in Magri T. e Mancini F. (a cura di), *Emozione e conoscenza*, Editori Riuniti.
- MANCINI, F. (1998). La mente ipocondriaca ed i suoi paradossi, *Sistemi Intelligenti*, 10, 85-108.
- MCDONALD, J. & BRODSKY, B. (1995). *The effects of test cost and cognitive economy on hypothesis-testing strategies*. Unpublished manuscript, Lehman College, City Universiy of New York.
- MELE, A.R. (1999). Autoinganno e controllo delle ipotesi. *Sistemi Intelligenti*, 3, 503-519.
- MICELI, M. (1999). Problemi dell'autoinganno e "soluzioni" della psicologia cognitiva, *Sistemi Intelligenti*, 3, 405-421.
- MILLER, D.T. & ROSS, M. (1975). Self.serving biases in the attribution of causality: Fact or fiction? *Psychological Bulletin*, 82, 213-225.
- NEUBERG, S.L. (1989). The goal of forming accurate impression during social interaction: Attenuating the impact of negative expectancies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 374-386.
- PANZARELLA, C., ALLOY, L.B., ABRAMSON, L.Y. & KLEIN K. (1999). *Cognitive contributions to mental illness and mental health*, in Durso, R.S., Nickerson, R.W., Schvaneveeldt, R.W., Dumais, S.T., Lindsay, D.S. & Che, M.T.H. (a cura di), *Handbook of Applied Cognition*, John Wiley & Sons Ltd.
- PYSZCZYNSKI, T., & GREENBERG, J. (1987). In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, 20, 297-340. New York: Academic Press.
- SALKOVSKIS, P.M. (1997). *Obsessive-compulsive disorder*, in Clark, D.M., Fairburn C.G., *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*, Oxford University Press.
- SMEETS, G., DE JONG, P AND MAYER, B. (2000). If you suffer from a headache, then you have a brain tumor: domain-specific reasoning 'bias' and hypochondriasis, *Behaviour Research and Therapy*, 38, 763-776.
- TROPE, Y. (1975). Seeking information about one's own ability as a determinant of choice among tasks. *Journal of Perssonality and Social Psychology*, 32, 1004-1013.
- TROPE, Y. & BASSOK, M. (1982). Confirmatory and diagnosing strategies in social information gathering. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 22-34.
- TROPE, Y., & GINOSSAR, Z. (1987). On the use of statistical and nonstatistical knowledge: A problem solving approach. In D. Bar-Tal & A. Kruglanski (Eds.), *The social psychology of knowledge*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- TROPE, Y. & LIBERMAN, A. (1993) Trait conceptions in identification of behavior and inference about person. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 19, 553-562.
- TROPE, Y. & LIBERMAN, A. (1996). *Social hypothesis testing: cognitive and motivational mechanism*, in E. Higgins e A. Kruglanski (a cura di), *Social Psychology: Handbook of basic principles*, New York, Guilford Press.
- TROPE, Y. & NETER, E. (1994). Reconciling competing motives in self-evaluation: The role of self-control in feedback seeking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 646-657.
- TVERSKY, A. & KAHNEMAN, D. (1981). The framing of decision and the psychology of choice. *Science*, 211, 453-458.

¿PORQUÉ NO SE MUEVEN LOS CONTINENTES? ¿PORQUÉ NO CAMBIAN LAS PERSONAS?

James O. Prochaska y Janice M. Prochaska

Psychology Department and Cancer Prevention Research Center, University Of Rhode Island, Pro-Change Behavior Systems,
P.O. Box 755, W. Kingston, Rhode Island 02892.

People don't change because they can't, don't want to, don't know how, or don't know what to change. The transtheoretical model provides an integrative model for understanding reasons for not changing, as well as readiness to change. Stages and levels of change guide therapists in their work in helping clients change. Clients in the precontemplative stage typically cannot change without special help. Those in the contemplation stage are not sure they want to change. Those in the preparation stage are afraid they do not know how to successfully change. The levels of change help guide therapists and clients on what to change.

Key words: *transtheoretical model; resistance to change, noncompliance.*

INTRODUCCIÓN

Explorando un atlas, Jim, un niño de diez años, descubrió un día que América del Sur encajaba con África como dos piezas de un puzzle. De la misma manera, América del Norte encajaba con Europa, como si hubieran estado siempre unidas. Pensó que los continentes se deberían haber separado en el pasado. Pero esto no tenía sentido; los continentes no se mueven. Si hay alguna cosa estable en este mundo, son los enormes continentes que ofrecen a los seres humanos una base firme. Las formas complementarias de los continentes tenían que deberse a una extraña coincidencia, concluyó Jim. No fue hasta que tuvo clases de geología en la escuela que conoció el fenómeno de la deriva de los continentes. Así que los continentes se pueden mover, normalmente de forma imperceptible, a veces de forma notoria.

Al igual que raras veces vemos moverse a los continentes, tampoco vemos con mucha frecuencia que la gente cambie. El cambio es un proceso que ocurre durante un largo período de tiempo, normalmente imperceptible, aunque a veces de forma notoria. La gente puede estar cambiando incluso cuando parece que está parada. Otros parecen que se están moviendo, aunque estén dando vueltas sobre sí mismos.

¿PORQUÉ NO CAMBIA LA GENTE?

Porque:

- a) No puede.
- b) No quiere hacerlo
- c) No sabe cómo hacerlo.
- d) No sabe qué cambiar.
- e) Todo junto.

Examinemos cada una de estas alternativas para entender mejor porqué la gente no cambia.

Porque no puede cambiar

¿Bajo qué condiciones somos incapaces de cambiar? No podemos cambiar aquellas condiciones propias que no podemos controlar voluntariamente. No podemos cambiar intencionadamente los aspectos propios que están fijados, cerrados y totalmente determinados por fuerzas ajenas a nuestro control. Nuestra composición genética, nuestra ubicación temporal en la historia, nuestra bioquímica y el *status social* de nuestras familias de origen son factores dados que no fueron determinados por nosotros. Son variables relativamente estables que no están abiertas generalmente al cambio intencionado.

Los cambios a los que nos referimos son cambios intencionales a los cuales los individuos aplican procesos psicológicos con el fin de mejorar su propio funcionamiento psicosocial, incluyendo los comportamientos observables, las experiencias ocultas y otros patrones de personalidad. Se puede impedir que los pedófilos abusen de los niños encerrándoles y convirtiéndoles en prisioneros. Pero este tipo de cambio es coercitivo y no voluntario. Se está utilizando la ejecución de procesos legales o políticos para modificar el comportamiento.

Tampoco se pueden cambiar los aspectos propios de los que no somos conscientes. Generalmente se tilda al alcoholismo de enfermedad de negación ya que muchos de los bebedores no se dan cuenta de que el alcohol está dañando o destruyendo sus vidas.

La gente no puede cambiar si no se cree que se puede cambiar. Como reza un antiguo proverbio “¡Si crees que no puedes cambiar, tienes razón!” Podemos desmoralizarnos con respecto a nuestras capacidades para cambiar y concluir que no tenemos el poder o fuerza interior suficientes para cambiar.

¿Porqué no hay más médicos que ayuden a sus pacientes a cambiar los comportamientos relacionados con la salud como el tabaco, que aumenta el riesgo de enfermedad o muerte? Orleans y otros (1985) han señalado que la barrera más importante para un médico en la práctica de la medicina preventiva es que el 65% de estos creen que la gente no puede cambiar. Y esto a pesar de los casos en que una breve intervención por parte del médico llevaría a doblar el número de pacientes que pueden cambiar (Kotte, Battista, De Friesse & Brekke, 1988).

Si se considera que las conductas problemáticas particulares están bajo un control biológico, la conclusión más probable es que no se pueden controlar este tipo de comportamientos. Creer que el alcoholismo se debe a la composición genética, la obesidad a las propias células grasas, fumar a la adicción a la nicotina y la depresión a la neuroquímica conduce a pensar que no se puede controlar el propio comportamiento. Hasta el extremo de creer que algunos problemas, tales como la esquizofrenia, ya que en origen son genéticos o biológicos, no es posible superarlos aplicando simplemente los procesos psicológicos.

De la misma forma que la gente desplaza toda la responsabilidad del propio comportamiento a los procesos biológicos, también puede proyectar todos los controles sobre las fuerzas exteriores, tales como la familia, la sociedad o el destino. Si se considera que los problemas propios están bajo control social, se puede concluir que no se tiene suficiente fuerza para controlar las fuerzas sociales que están causando el problema. O que algunos problemas, como la pobreza, al ser de origen social, sean imposibles de superar aplicando simplemente los procesos psicológicos.

Una de las cuestiones intrigantes del campo de la psicopatología y la psicoterapia son las fuerzas relativas de los controles biológicos, los controles sociales y los autocontroles. Aunque esta cuestión va más allá de las intenciones de este artículo, creemos que la gente no puede cambiar si cree que el autocontrol es demasiado débil para cambiar los fenómenos psicológicos que están parcialmente bajo control de la biología o la sociedad.

Porque no quiere cambiar

Incluso si la gente cree en el propio poder para cambiar, se dan condiciones bajo las cuales puede que no se quiera cambiar. No se quiere cambiar cuando se percibe que los pros de las conductas problemáticas superan los contras de estos comportamientos. Generalmente tampoco se quiere cambiar cuando los beneficios del cambio sólo igualan a los costes del cambio. Oímos a la gente decir: "Sé que este comportamiento algún día me matará, pero me gusta y me ayuda a calmar el estrés". Hay menos probabilidades de querer el cambio cuando se deben dejar de lado los beneficios inmediatos, como el placer o la reducción del estrés, a cambio de reducir unos riesgos a largo plazo, como la enfermedad o la muerte. Se puede comprender a las personas que no quieren hacer estos cambios desde una perspectiva psicoanalítica, que considera el principio del placer primero y más poderoso que el principio de realidad. También se puede entender esta condición desde una perspectiva conductual en la cual las consecuencias inmediatas ejercen mucho más control sobre el comportamiento que las consecuencias tardías (Prochaska & Norcross, 1998).

También es posible que las personas no quieran cambiar cuando perciben que los demás intentan presionarles u obligarles a cambiar. El deseo de controlarnos a nosotros mismos y a nuestro entorno puede causar una resistencia a cambios que

podrían ser sernos favorables. Incluso los ratones salvajes parecen estar motivados para mantener el control. Calhoun (1975) cogió ratones noruegos salvajes que habitaban en espacios abiertos y los sometió a las condiciones de un laboratorio de control. Cuando se les dejaba controlar su entorno, los ratones encendían repetidamente la luz tenue en vez de la luminosa o la que no producía luz. Cuando el experimentador era el que encendía la luz tenue, por el contrario, los ratones encendían alguna de las otras luces. De modo parecido, cuando los ratones podían poner en marcha una rueda que daba vueltas, lo hacían y corrían durante horas, aparentemente con el fin de mantenerse sanos y activos. Sin embargo cuando el experimentador ponía en marcha la rueda el ratón la desconectaba. Estos ratones salvajes parecían intentar llevar el control incluso cuando se veían forzados a vivir en la oscuridad o llevar una vida pasiva y poco saludable. Los maridos que son traídos por fuerza a terapia por sus mujeres o los adolescentes por los padres y los infractores enviados a terapia por el juez puede que no quieran cambiar, aunque mantener el control sea perjudicial para ellos mismos.

Porque no se sabe cómo cambiar

Se puede querer cambiar pero no saber cómo. Incluso con la ayuda de las mejores terapias disponibles, la mayoría de los alcohólicos, drogadictos, obesos y fumadores recaerán en su adicción en un año o dos después de su tratamiento (Hunt & Matarazzo, 1973). Muchos obsesivos han intentado superar sus rituales compulsivos pero también tienden a recaer en los viejos patrones.

Mucha gente llega a la terapia creyendo que puede cambiar y por eso viene. Quiere cambiar, pero no sabe cómo cambiar y por eso está aquí. Un hombre de 52 años volvió a la terapia debido a su impotencia. Sabía que podía cambiar. Con la ayuda de los Alcohólicos Anónimos hacía nueve años que no bebía. Quería cambiar. Su sexualidad y sus relaciones amorosas eran aspectos esenciales de su sentido del self. Pero a pesar del éxito que había tenido con su alcoholismo, ahora no podía encontrar la solución para controlar sus erecciones. Este individuo con mucha fuerza de voluntad se sentía frustrado al descubrir que la voluntad que había utilizado para controlar su adicción no tenía resultados con el sexo. Además, intentar querer tener una erección sólo empeoraba las cosas. Se sentía impotente, porque le faltaba poder para cambiar. Descubrió con alivio que lo que le faltaba era el conocimiento sobre cómo superar este problema particular. Después de una semana ya funcionaba con normalidad.

Desafortunadamente, muchos pacientes llegan a la terapia creyendo que los terapeutas tienen el conocimiento para ayudarles a cambiar rápidamente sus problemas crónicos. Los problemas concretos, como el caso anterior de impotencia, se pueden resolver con rapidez. Pero, tal como veremos, en el caso de los problemas crónicos se necesita mucho más tiempo para cambiar. Como media, los pacientes siguen una terapia de tres sesiones. El resultado es que no dan a la terapia o a los

terapeutas la oportunidad de ayudarles a cambiar. Si no saben cambiar, incluyendo el tiempo que se necesita para cambiar, es poco probable que se recuperen de los problemas conductuales crónicos.

Porque no se sabe qué cambiar

Muchos pacientes llegan a la terapia sin saber qué tienen que cambiar. Se sienten desorientados con respecto a las causas y soluciones de su problema. Los que tienen problemas con el alcohol, por ejemplo, se sienten confundidos con respecto a las causas y controles de su consumo disfuncional y puede que no sepan qué cambiar para superar la adicción al alcohol. Si consultan a un terapeuta conductual, éste les animará a analizar los antecedentes inmediatos y las consecuencias de su problema con la bebida. Estos estímulos situacionales se consideran las causas claves o los controles de comportamiento y tendrán que cambiarse si quieren modificarse el problema con la bebida. Los terapeutas cognitivos, por otro lado, animarán estos mismos clientes a analizar las cogniciones claves o creencias relacionadas con su adicción. Para los terapeutas cognitivos, lo básico no son los hechos precedentes o posteriores al consumo sino cómo se procesan o se consideran estos hechos.

La consulta a un terapeuta interpersonal llevará al cliente a analizar sus modelos y conflictos interpersonales, considerados como la base de la mayoría de las psicopatologías. Este enfoque considera que la mayoría de los trastornos emocionales, conductuales y de personalidad son el resultado de conflictos interpersonales no resueltos, tales como la comunicación y los conflictos de control. Una mujer trajo a su marido, un escritor de 33 años, a terapia preocupada por el consumo problemático de alcohol. Se mostraba muy sensible a ser controlado por otros, especialmente por las mujeres. ¿Sería capaz de resolver su problema con el alcohol si no resolvía sus conflictos crónicos con respecto a ser controlado?

Los terapeutas familiares que se basan en la familia de origen, animarían a los clientes a entender sus reglas y relaciones familiares iniciales más que sus modelos interpersonales actuales. Los hijos de alcohólicos, por ejemplo, pueden convertirse en alcohólicos sin darse cuenta de cómo sus problemas actuales se rigen por conflictos no resueltos con sus familias de origen.

Los terapeutas psicoanalíticos y psicodinámicos pueden ayudar a los clientes a analizar los conflictos intrapersonales que pueden ser la base de los síntomas como el consumo problemático de alcohol. Los conflictos de necesidades de dependencia oral no resueltos pueden actuar a base de darle a la botella. O un sentido inadecuado del self puede llevar a un estilo de vida inadecuado dándose a la bebida más que desarrollando las necesidades del ego como la competencia y el dominio.

No es de extrañar que muchas personas se sientan confundidas con respecto a lo que tienen que cambiar, si cinco tipos de terapeutas diferentes atribuyen a cinco causas diferentes sus problemas. Y ni siquiera hemos mencionado los terapeutas

orientados biológicamente o espiritualmente u otras orientaciones de las más de 400 terapias que existen actualmente (Prochaska & Norcross, 1998). Si los terapeutas no se pueden poner de acuerdo en qué necesidades es preciso cambiar con el fin de ayudar a superar los problemas como el alcoholismo, entonces cómo podemos esperar que la gente sepa lo que tiene que cambiar?

UNA INTEGRACIÓN TRANSTEÓRICA DE POR QUÉ NO SE CAMBIA

Hasta ahora, hemos analizado un conjunto bastante ecléctico de razones por las cuales no se cambia, desde el no ser capaz de hacerlo, no querer hacerlo, no saber cómo, y no saber qué cambiar. Creemos que se puede desarrollar una interpretación más sistemática de por qué no se cambia, examinando un modelo integrador de cómo se cambia.

El modelo transteórico ha surgido de la investigación acerca de cómo cambia la gente por si misma, así como lo hacen con la ayuda de la terapia (Prochaska & DiClemente, 1983, 1984, 1986a,b; Prochaska & Norcross, 1983; Norcross & Prochaska, 1986; Norcross, Prochaska & DiClemente, 1986). Este modelo se ha aplicado para comprender cómo se cambian los comportamientos relacionados con la salud, tales como el alcoholismo, la obesidad, fumar y conductas sexuales peligrosas (DiClemente & Hughes, 1990; Prochaska, Rossi & Velicer, 1990; Prochaska & DiClemente, 1982; Prochaska, DiClemente, Velicer, Ginpil & Norcross, 1985; Prochaska *et al.*, 1994). También se ha basado en la investigación acerca de cómo se cambian los problemas de salud mentales, tales como la ansiedad, la depresión, al alcoholismo y una gran variedad de trastornos descritos en el DSM IV (Prochaska & Norcross, 1983; McConaughy, Prochaska & Velicer, 1989; McConaughy, DiClemente, Prochaska & Velicer, 1989; Norcross & Prochaska, 1986; Norcross, Prochaska & DiClemente, 1986; Prochaska, Rossi & Wilcox, 1991; Beitman, Beck, Carter, Davidson & Maddock, 1994).

Nuestro primer descubrimiento fue que se cambia progresando a través de una serie de estadios. Los estadios identificados son la Precontemplación, la Contemplación, la Preparación, la Acción y el Mantenimiento (Prochaska & DiClemente, 1983; DiClemente, Prochaska, Velicer, Fairhurst, Rossi & Velasquez, 1991).

El estadio de precontemplación

La Precontemplación es la fase en la cual no se intenta cambiar el comportamiento en un futuro previsible. Se puede estar en el estadio de precontemplación porque no se es consciente de que los comportamientos son problemáticos. Esta falta de conciencia se puede deber a la ignorancia: no saber que fumar puede provocar la muerte, que las dietas pueden acabar con la propia salud física o mental o que ciertas conductas sexuales pueden llevar a infecciones con enfermedades mortales. También se puede no ser consciente que se tienen problemas a causa de una actitud defensiva. Ya hemos hablado del alcoholismo como una enfermedad de

negación en la cual se puede llegar a defender el consumo de alcohol a pesar de que está destruyendo la vida. Las personalidades paranoicas o psicopáticas a menudo creen que son los otros que tienen que cambiar, pero no ellos. En el Cuestionario de los Estadios del Cambio, los precontempladores que empiezan la terapia generalmente están de acuerdo con la siguiente afirmación “No soy yo quien tiene problemas, ni tengo por qué estar aquí.”

Los precontempladores también se desmoralizan con respecto a sus habilidades para cambiar. Probablemente han intentado cambiar, pero han fracasado. No creen que puedan cambiar; por lo tanto ni siquiera quieren pensar en ello.

Está claro que muchas de las personas en el estadio de precontemplación no pueden cambiar. Al menos no lo pueden hacer sin ayuda externa. La ignorancia, la actitud defensiva y la desmoralización son barreras muy significativas para el cambio. Muchas de estas barreras pueden ser particularmente auto-derrotistas, ya que hace que los precontempladores muestren resistencia a la ayuda exterior que podría facilitar el cambio. Los precontempladores acuden la mayoría de las veces a la terapia porque se ven presionados por la pareja, los padres, los empleados, la escuela o el juzgado. No hace falta decir que corren un gran riesgo de abandonar (Brogan, Prochaska & Prochaska, 1999), incluso aunque necesiten más terapia que otras personas en otros estadios de la terapia.

Intentamos predecir quién terminaría la terapia prematuramente. Utilizando los mejores pronosticadores de la literatura de la terapia, tales como la naturaleza, gravedad o intensidad del problema, el *status socioeconómico*, la edad y el sexo, fuimos incapaces de predecir quién abandonaría prematuramente. Mediante la utilización de medidas relacionadas con los estadios, fuimos capaces de predecir el 93% de los abandonos de la terapia. Los que abandonaron prematuramente estaban claramente en un estadio de precontemplación (Brogan *et al.*, 1999). Como terapeutas no podemos ayudar a cambiar, sino les permitimos estar en terapia.

No sólo muchos precontempladores no pueden cambiar, sino que muchos no quieren cambiar. Como grupo, consideran que los pros de sus conductas problemáticas pesan más que los contras. Por ejemplo, mientras la mayoría de la sociedad considera que los peligros del tabaco pesan más que los beneficios, los fumadores en el estadio de precontemplación manifiestan el patrón opuesto (Velicer, DiClemente, Prochaska & Brandenburg, 1985). Creen que los beneficios pesan más que los contras. Este desequilibrio también puede surgir de la desmoralización respecto a la disonancia cognitiva, llevando a valorar los comportamientos a los cuales se está enganchado. Finalmente, el desequilibrio puede derivarse de la actitud defensiva, al racionalizar el comportamiento que incrementa el riesgo de enfermedad o muerte. Por otro lado, hay algunos precontempladores bien informados que creen que pueden cambiar pero no quieren cambiar ya que en su juicio racional los beneficios del comportamiento pesan claramente más que los costes (Prochaska, Norcross & Diclemente, 1994).

Estadio de contemplación

La contemplación es un estadio en el cual se intenta cambiar los problemas en un futuro previsible, generalmente en seis meses. La auto eficacia o confianza respecto a lo que pueden cambiar es significativamente mucho más elevada que la de los precontempladores (DiClemente *et al.*, 1991). Aunque los contempladores intentan cambiar y tienen confianza en que pueden hacerlo, muchos no cambian. Por ejemplo, una muestra de 800 fumadores que se encontraban en el estadio de contemplación manifestaron que estaban intentando seriamente dejar de fumar en un plazo de seis meses. Pero, incluso siguiendo un programa de autoayuda que incluía los últimos adelantos, la mayoría ni siquiera lo dejaron por un día (Prochaska, DiClemente, Velicer & Rossi, 1990).

¿Porqué no cambian los contempladores? Generalmente, los contempladores evalúan los pros de su problema igual que los contras. Por eso, aunque son más conscientes o admiten más los aspectos negativos de su comportamiento que los precontempladores, los contempladores se muestran ambivalentes con respecto al cambio. Dudan de que los beneficios del cambio tengan más peso que los costes. Y la regla en el estadio de contemplación es: «si dudas, no cambies».

Dada la intensa ambivalencia que caracteriza la contemplación, generalmente terminan no deseando el cambio. Al menos no quieren cambiar lo suficiente como para arriesgarse a iniciar la acción y dejar los beneficios inmediatos de su conducta problemática. Generalmente siguen pensando que quieren cambiar, que algún día emprenderán la acción. Aquellos que piensan en lugar de actuar reciben el nombre de contempladores crónicos.

Estadio de preparación

La preparación es el estadio en el que se pretende emprender la acción en un futuro cercano, normalmente dentro del plazo de un mes. Tal como indica el nombre de la fase, las personas se hallan más preparadas para la acción. Tienen más confianza en sí mismas que los contempladores que pueden controlar su comportamiento problemático. Los pros del cambio, pesan más que los contras. Tienen un plan concreto de cambio y puede que ya estén haciendo pequeños pasos para reducir sus conductas problemáticas (Di Clemente *et al.*, 1991). Y, en los próximos seis meses, la mayoría de quienes están en el estadio de preparación emprenderán la acción del cambio. Pero, igual que con muchos otros problemas, la mayoría de los que empiezan a actuar fracasarán. Tarde o temprano recaerán en los viejos patrones. Muchas de estas personas no saben cómo cambiar.

Durante nuestra investigación sobre cómo se cambia, hemos descubierto que uno de los secretos del éxito es que se deben utilizar los procesos adecuados de cambio para progresar a través de los estadios particulares del cambio. El progreso de la precontemplación a la contemplación entraña la aplicación de unos procesos cognitivos y afectivos, como el desahogo catártico o la toma de conciencia

(DiClemente *et al.*, 1991; Prochaska & DiClemente, 1983). El movimiento de la contemplación a la preparación implica el uso de procesos cognitivos y evaluativos como la toma de conciencia o la auto-reevaluación.

Estadio de acción

Para progresar hacia el estadio de acción, se deben aplicar procesos más existenciales como la auto-liberación, procesos más humanísticos como las relaciones de ayuda, y procesos más conductuales como el contracondicionamiento, el control de estímulos y el control del refuerzo (Prochaska & DiClemente, 1983). En el estadio de acción se utilizan estos procesos para modificar abiertamente la conducta problemática al menos hasta ciertos criterios mínimos de éxito. El estadio de acción es el período más ajetreado que entraña el mayor uso de procesos particulares de cambio. El estadio de acción dura más tiempo de lo que se espera, generalmente unos seis meses de esfuerzos concentrados antes de que los riesgos de recaída se reduzcan.

Si se pasa de la preparación a la acción y se continúa dependiendo de la toma de conciencia o de la auto-reevaluación existe mayor probabilidad de que se fracase. En este caso, no se está utilizando el proceso de cambio adecuado al estadio en que se halla la persona. No saben cómo cambiar.

Los terapeutas que no utilizan los procesos apropiados al estadio de cambio del cliente no saben cómo ayudar a sus clientes a cambiar. Los terapeutas conductuales, por ejemplo, que aplican el contracondicionamiento y el control de estímulos con los precontempladores o los contempladores probablemente generan resistencia en lugar de progreso. De forma parecida, los terapeutas psicodinámicos que quieren continuar incrementando la conciencia de los clientes preparados para la acción, también es probable que aumenten la resistencia a la terapia.

La Tabla I resume las relaciones que ha revelado nuestra investigación entre los estadios y los procesos de cambio aplicados para hacer progresar hacia el próximo estadio (Di Clemente *et al.*, 1991; Prochaska & Di Clemente, 1983; Prochaska & Di Clemente, 1984).

No sólo deben aplicarse adecuadamente los procesos de cambio sino que deben aplicarse con la frecuencia y la duración necesarias si se quiere obtener éxito. Se oye comentar frecuentemente que alguien ha acudido a la terapia y que no le ha servido para nada. ¿Pero con qué frecuencia ha acudido? La investigación realizada acerca de la relaciones dosis-respuesta indica que la mayoría de los que acuden a menos de seis sesiones de terapia no reciben las dosis suficientes para producir algún efecto (Howard, Kopta, Krause & Orlinsky, 1986). Los que siguen la terapia durante menos de seis meses tienen menos posibilidades de obtener el beneficio completo de la terapia. Siempre se comenta a los precontempladores que corren el riesgo de dejar la terapia antes de empezar, “Dadnos seis sesiones y podemos obtener un diferencia significativa; dadnos seis meses y podemos obtener una diferencia

sustancial.” Por diferencia significativa entendemos que *podemos* ayudarles a progresar un estadio en seis sesiones. Nuestra investigación sobre los fumadores indica que los que progresan un estadio en un mes tienen el doble de posibilidades de dejar de fumar en seis meses. Con seis meses de terapia podemos ayudar al cliente a actuar de forma más eficaz y a reducir, en gran parte, los riesgos de la recaída.

Un número, cada vez mayor, de clientes más informados quieren saber qué tipo de procedimientos aplicaremos para sus problemas particulares. En algunos programas de tratamiento los posibles pacientes dirán que ya han probado lo que el terapeuta les ofrece y que no funcionó. Los terapeutas se pueden sentir desmoralizados respecto a sus habilidades para ayudar a cambiar a esta gente. Posiblemente decidan que necesitan dirigir a estos clientes a un tipo diferente de terapia. Esto puede ser correcto en algunos casos. Pero si un paciente con una grave depresión manifestara que ha probado los antidepresivos y no han funcionado, esto no significa que debamos descartar su uso. Se debe evaluar la cantidad, la duración y el tipo de antidepresivo utilizado. Si el paciente hubiera tomado el medicamento sólo durante una semana y sabemos que al menos se necesitan diez días para conseguir algún efecto, concluiríamos que no se ha seguido correctamente la medicación. Si el paciente hubiera utilizado sólo 50 mg por día y supiéramos que 150 mg es una dosis media óptima, concluiríamos que no se ha administrado correctamente la medicación.

Pero ¿con qué frecuencia es necesario activar los procesos de toma de conciencia y de auto-reevaluación antes de que se esté preparado adecuadamente para la acción? ¿Con qué frecuencia y por cuánto tiempo es necesario contar con la auto-liberación, las relaciones de ayuda y el contracondicionamiento antes librarse de los riesgos de la recaída? Desgraciadamente, con la mayoría de los problemas, tenemos pocos o casi ningún dato para decidir en qué medida cada proceso es necesario para progresar. El hecho es que, como científicos y profesionales sabemos demasiado poco acerca de cómo ayudar a las personas a cambiar.

A propósito del hábito de fumar hemos recopilado muchos datos acerca de con qué frecuencia se aplican procesos específicos al cambio para progresar de un estadio al siguiente. Con la ayuda de programas informáticos se pueden generar informes de progresos individuales, a fin de ofrecer información con respecto a qué procesos de cambio se están utilizando poco, cuáles se están sobreutilizando y cuáles se están aplicando adecuadamente. Después de 18 meses de seguimiento estamos observando que esta información está casi triplicando los resultados de los mejores programas de autoayuda disponibles hasta ahora (Prochaska, *et al.*, 1993).

Sin datos adecuados ni un *feedback* sistemático, mucha gente se ve forzada a depender de un aprendizaje basado en el tanteo para descubrir cómo cambiar. Creemos que ésta es una razón significativa del por qué las recaídas son más una regla que una excepción en lo que se refiere al cambio de los patrones y problemas crónicos. Hemos reformulado la recaída como una oportunidad excelente para

aprender, no para ser considerada causa de fracaso. De hecho, la gente que entra en acción y fracasa tiene el doble de posibilidades de tener éxito durante los siguientes seis meses que aquellos que no emprenden ninguna acción durante el primer mes de intervención (Prochaska *et al.*, 1993). La persona que con el tiempo consigue dejar de fumar lo ha hecho después de tres o cuatro intentos serios distribuidos a lo largo de siete a diez años.

Tabla I Estadios de cambio

	Precontemplación	Contemplación	Preparación	Acción	Mantenimiento
Procesos	Toma de conciencia Alivio dramatizado Reevaluación del entorno			Auto-reevaluación Autolibertación Control de contingencias Relaciones de ayuda Contracondicionamiento Control de estímulos	

Estadio de mantenimiento

El mantenimiento es el estadio en el cual las personas trabajan la consolidación de las ganancias que han conseguido durante la acción con el fin de evitar los riesgos de la recaída. En el modelo transteórico, el mantenimiento empieza después de seis meses de acción concertada. Generalmente se consideraba que el mantenimiento era un estadio estable en el que la gente no tiene que trabajar para cambiar. Ahora se sabe que las personas continúan aplicando procesos particulares de cambio, tales como el contracondicionamiento y el control de estímulos para evitar las recaídas (Prochaska & DiClemente, 1983).

¿Cuánto tiempo dura el mantenimiento? Para algunos problemas, como la obesidad, puede ser toda la vida. Para otros problemas como el alcoholismo, el tabaquismo, y ciertos trastornos de ansiedad y humor, los problemas se pueden terminar definitivamente y no tener que hacer nada para prevenir la recaída.

El criterio que utilizamos para determinar la terminación es el momento en que las personas logran la máxima auto-eficacia o confianza y la mínima tentación de volver a reproducir las conductas problemáticas en cualquier situación considerada de peligro. Muchos fumadores llegan al punto de no experimentar ningún deseo de fumar, están totalmente seguros de que nunca volverán a fumar y manifiestan no tener que hacer nada para evitar fumar. ¿Cuánto tiempo se necesita para completar el estadio de mantenimiento? Se pensaba que, normalmente, un fumador después de doce meses de abstinencia continuada se podía ir a casa tranquilo. Ahora sabemos que incluso después de un año de no haber fumado ni un cigarrillo, el 37% de la gente recae y vuelve a fumar regularmente durante toda la vida. Después de

cinco años de abstinencia continua, los riesgos de recaída desciden al 7% (U.S. Department of Health and Human Services, 1990). Por eso, el mantenimiento puede durar de seis meses a cinco años después de haber iniciado la acción.

Integración de los estadios y las razones para no cambiar

Para integrar las razones más comunes por las cuales la gente no cambia, podemos utilizar el modelo de los estadios. La Tabla II ilustra las razones más comunes de por qué las personas en diferentes estadios tienen menos probabilidades de cambiar. Los precontempladores no pueden cambiar y muchos ni siquiera quieren cambiar. Los contempladores, en general, no quieren cambiar, al menos no lo suficiente como para emprender la acción. Los individuos en el estadio de preparación y acción no saben cómo cambiar o no saben qué cambiar y por eso corren un gran riesgo de recaída.

Tabla II Estadio x Razones Por Las Que La Gente No Cambia

Precontemplación	Contemplación	Preparación	Acción	Mantenimiento
No puede cambiar	No quiere cambiar No sabe cómo cambiar No sabe qué cambiar			

Lo que se tiene que cambiar depende de los niveles de cambio

En el campo de la psicoterapia no se puede llegar fácilmente a un acuerdo sobre qué cambiar con el fin de ayudar a las personas a superar sus problemas. Tal como se ha argumentado anteriormente, las atribuciones causales de los clientes y terapeutas de un problema en particular, como el alcoholismo, pueden ir desde las situaciones inmediatas a unas distorsiones cognitivas, desde los conflictos interpersonales actuales a las familias de origen o a la dinámica intrapersonal. ¿Vamos a dejar a los clientes en una amalgama de atribuciones causales que pueden variar arbitrariamente según el terapeuta en particular que consulten? ¿O se pueden integrar estas atribuciones alternativas en un marco de trabajo que ofrezca unas estrategias más sistematizadas para decidir qué cambiar con el fin de modificar las áreas problemáticas de la vida?

El modelo transteórico utiliza los niveles de cambio como la dimensión que organiza el contenido de la terapia; es decir, lo que estamos intentando cambiar para resolver los problemas. La dimensión del estadio representa *cuándo* se pueden lograr los tipos particulares de cambio. La dimensión de los procesos representa *cómo* se pueden lograr los cambios particulares. Y la dimensión de los niveles representa *qué* tipo particular de cambio se necesita conseguir.

La dimensión de los niveles organiza las causas psicológicas y los controles de las conductas problemáticas en una jerarquía que va del más al menos consciente

y del más al menos próximo en origen. Los cinco niveles siguientes han recibido el apoyo más empírico y clínico hasta hoy en día (Norcross, Prochaska, Guadagnoli & DiClemente, 1989; Norcross, Prochaska & Hambrecht, 1985):

1. Nivel Situacional o del Síntoma
2. Creencias inadecuadas
3. Conflictos interpersonales
4. Conflictos con la familia de origen
5. Conflictos intrapersonales

¿Cuál es el nivel clave en que tiene que focalizarse una psicoterapia? La respuesta depende, obviamente, de la teoría de personalidad y de la psicopatología preferida por el terapeuta y/o de la teoría implícita del paciente acerca de sus problemas. Como perspectiva ecléctica, el enfoque transteórico considera la validez de cada nivel de problemas. Lo importante que es cada nivel varía para cada tipo de cliente incluso si presenta el mismo tipo de problema (Prochaska & DiClemente, 1984). Mientras que los terapeutas de diferentes enfoques teóricos pueden presentar un caso atribuyendo los problemas al menos a cinco niveles diferentes, los clientes atribuyen los problemas sólo a uno o dos niveles de causalidad. La investigación acerca de la teoría de la atribución, por ejemplo, sugiere que la psicología popular atribuye los comportamientos a causas tanto situacionales como disposicionales (Jones & Nisbett, 1972). De forma similar, la investigación del lugar de control indica que la gente atribuye tanto el comportamiento funcional como el disfuncional a las variables que están tanto bajo control externo como interno (Rotter, 1970).

El problema es que la investigación sobre atribución y lugar de control limitan su investigación sólo a dos niveles. Estas teorías dicotomizan artificialmente el mundo causal de los clientes. El hecho es que las personas perciben sus problemas de forma mucho más compleja y confusa de lo que sugieren la mayoría de las teorías del comportamiento, incluyendo las teorías del comportamiento problemático.

En una investigación con estudiantes que sufrían problemas como depresión, ansiedad y dificultades académicas encontramos que los estudiantes atribuían los problemas a los cinco niveles señalados en el modelo transteórico. De hecho, discriminaron no cinco sino diez causas diferentes de los problemas personales. Los estudiantes también distinguieron el determinismo espiritual, la mala suerte, las deficiencias biológicas, el estilo de vida escogido y el esfuerzo insuficiente como causas de los problemas personales. La Tabla III muestra los diez niveles que representaban el 67% de la varianza del Cuestionario de los Niveles de Cambio. Dos de las categorías, el determinismo espiritual y la mala suerte, fueron utilizados por sólo una pequeña minoría de la muestra (Norcross *et al.*, 1985). Igualmente, la investigación clínica sugiere que sólo un 5% de los clientes construyen sus problemas debido a causas religiosas o espirituales (Bergin, 1983). Además, la gente que cree que el origen de sus problemas es espiritual probablemente acudirán a curanderos espirituales con el fin de obtener ayuda. Por otro lado, la gente que

atribuye el origen de sus problemas a razones biológicas probablemente buscará ayuda en un internista o especialista de la salud más que en un psicoterapeuta. Dónde se dirige alguien para cambiar la mala suerte es una pregunta abierta, aunque algunos fatalistas buscan la ayuda de astrólogos y videntes.

Las personas que atribuyen sus problemas al esfuerzo insuficiente probablemente lo van a intentar con más ahínco y pueden tener éxito como autogestores del cambio sin necesidad de acudir a un terapeuta. Quienes perciben los problemas como una consecuencia de su estilo de vida escogido es probable que sean capaces de convivir con estas condiciones, aceptándolas como problemas inherentes a este estilo de vida particular. Por otro lado, hay clientes cuyo problema es que quieren seguir viviendo de la forma que lo han venido haciendo hasta ahora, pero quieren que las consecuencias sean diferentes. Los adictos al trabajo generalmente quieren continuar trabajando setenta u ochenta horas semanales sin poner en peligro su relación de pareja o su familia. Los clientes de este tipo parece que estén buscando magia más que un cambio terapéutico, y ésta puede ser una de las razones por las cuales no cambian.

La mayoría de los clientes y terapeutas están preparados para trabajar uno o más de los cinco niveles señalados en el modelo transteórico. Esto no quiere decir que las personas no tengan problemas genuinos en los niveles de existencia espirituales, biológicos o de suerte, sino que los terapeutas no están particularmente bien preparados para ayudarles en estos niveles. Nuestra responsabilidad y capacidad profesional para ayudar a la gente a cambiar se ve limitada a los niveles de cambio psicológico. Dirigiremos los clientes a otros profesionales o personas que puedan ofrecer otro tipo de ayuda más preparados para los problemas que no se sitúen a niveles psicológicos.

Desde una perspectiva de niveles, entonces, las personas no cambian si no saben qué cambiar. Esto significa no saber qué cambiar o tener la idea equivocada de lo que hay que cambiar. Si atribuyen erróneamente los problemas a causas incorrectas probablemente no podrán cambiar. Los clientes hipocondríacos que

Tabla III Coeficiente De Confianza De Los 10 Niveles De Cambio

Nivel	Alfa
1. Síntomas y dificultades situacionales	.87
2. Distorsiones cognitivas	.89
3. Conflictos interpersonales	.89
4. Conflictos del sistema familiar	.91
5. Conflictos interpersonales	.88
6. Determinismo espiritual	.92
7. Deficiencias biológicas	.89
8. Mala suerte	.87
9. Estilo de vida escogido	.79
10. Esfuerzo insuficiente	.87

insisten en atribuir sus síntomas a orígenes biológicos no diagnosticados, incluso delante de los resultados exhibidos por los especialistas en medicina de que sus problemas son psicológicos pueden mostrarse muy resistentes a las intervenciones terapéuticas y probablemente no cambien. Seguramente seguirán buscando los pareceres de otros especialistas, ya que están convencidos de que sufren problemas físicos más que psicológicos.

Las personas que atribuyen incorrectamente los problemas de un nivel a causas pertenecientes a otro distinto experimentan dificultades para cambiar. No se cambian los problemas interpersonales modificando las situaciones inmediatas. La terapia del «crucero por el mar» es un ejemplo común de atribución errónea de los propios problemas a situaciones inmediatas, variando de ambiente sólo para descubrir que los propios problemas están dentro de uno mismo.

Contrariamente, la gente no cambia si se pasa años contemplando las causas de los problemas originados durante el periodo de la infancia, que se controlan mediante situaciones o cogniciones más actuales. Masters & Johnson (1970) demostraron cómo muchas de las disfunciones sexuales que se atribuían a conflictos intrapersonales inconscientes distantes se podían arreglar rápidamente modificando las cogniciones y situaciones sexuales más inmediatas.

Las personas no cambian correctamente si sus atribuciones no encajan con las del terapeuta o viceversa. Si los clientes están convencidos de que sus problemas son interpersonales y su terapeuta intenta cambiar los conflictos intrapersonales, entonces es posible que se origine resistencia. De forma parecida, si el terapeuta intenta resolver problemas situacionales que el cliente está convencido que se deben a cuestiones de la familia de origen no resueltas, entonces es posible que se produzca resistencia. Es como la mujer que contó a su terapeuta que intentar resolver su obsesión mediante la desensibilización era como intentar curar un cáncer con una aspirina.

Ante de la falta de consenso sobre las causas de la mayoría de las condiciones clínicas ¿cómo puede proceder el terapeuta de forma más sistemática y eficaz? Hay tres estrategias que se utilizan en el modelo transteórico (Prochaska & DiClemente, 1984).

La primera es la *estrategia del nivel clave*. En esta estrategia las evaluaciones clínicas se utilizan para determinar si hay un nivel clave que causa o está controlando los problemas particulares del cliente. Si la evidencia clínica disponible apunta a un origen interpersonal del problema, los esfuerzos terapéuticos serán más efectivos si se centran en resolver los conflictos interpersonales. La estrategia del nivel clave funciona mejor si el cliente está de acuerdo o se le puede convencer de que los problemas son de origen interpersonal.

Frecuentemente, los datos clínicos son complejos y confusos y no sobresale ningún nivel clave como causa de la condición particular. La segunda alternativa es la *estrategia del nivel cambiante*. En esta estrategia se interviene al nivel más

elevado que los datos clínicos pueden justificar, tales como los niveles sintomáticos/situacionales o cognitivos. Es mejor intervenir en estos niveles ya que el cambio tiende a ocurrir más rápidamente en estos niveles más conscientes y actuales. Cuanto más hacia abajo nos centremos en la jerarquía, más se alejarán de la conciencia los determinantes del problema potencial. Cuanto menor conciencia haya respecto a lo que necesita cambiarse, más se situará la persona en un nivel inicial. Las personas pueden estar preparadas para emprender la acción a nivel situacional o sintomático, por ejemplo, mientras que pueden no tener intención alguna de cambiar sus relaciones con sus familias de origen.

A partir del modelo transteórico hemos predicho que cuanto más inferior sea el nivel que necesita cambiarse, tanto más larga y compleja será la terapia. Dado que la mayoría de los clientes nos dan poco tiempo para producir una influencia sobre ellos; resulta más apropiado empezar por los niveles más fáciles de cambiar. Si el problema puede resolverse en los niveles más superficiales, entonces puede terminarse eficazmente la terapia, lo que encaja con la preferencia de la mayoría de los clientes por una terapia corta.

Por desgracia, la mayoría de los problemas no pueden resolverse centrándose sólo en las variables situacionales o cognitivas. Si no se progresá suficientemente en estos niveles, entonces la alternativa es cambiar a un nivel más profundo, como por ejemplo el nivel interpersonal. La terapia puede funcionar de forma más sistemática moviéndose de un nivel a otro hasta que se ha logrado el cambio suficiente.

La tercera alternativa es la *estrategia de máximo impacto*, utilizada con los problemas causados o controlados claramente por variables situadas a múltiples niveles de cambio. Con los problemas de niveles múltiples, los procesos de cambio se aplican de forma diseñada para facilitar el progreso en cada nivel relevante de cambio. La toma de conciencia, por ejemplo, se puede utilizar para ayudar a los clientes a ser más conscientes de los antecedentes inmediatos y consecuencias de sus conductas problemáticas; las cogniciones utilizadas para procesar estos antecedentes y consecuencias; los conflictos interpersonales que forman parte del problema; las cuestiones de la familia de origen que desencadenaron inicialmente el problema y la dinámica intrapersonal que puede haber causado que el problema se integrara como parte de la propia identidad o sentido del self.

La estrategia del máximo impacto tiene la capacidad de ayudar a los clientes a procesar el cambio a cada nivel de su existencia. Al ser consciente del cambio que ocurre en cada nivel, pueden desarrollar un sentido más profundo de sí mismos y de las complejidades de sus problemas. Al producirse cambios en cada nivel, tienen menos probabilidades de recaer cuando se enfrentan a situaciones de peligro, pensamientos ansiosos, conflictos interpersonales, modelos familiares disfuncionales, o las propias dinámicas interiores.

Es necesario recordar, sin embargo, que cuanto más lejos de la conciencia y

del tiempo se encuentren los determinantes del problema, mayor resistencia se presentará al cambio de estos determinantes. Una de las razones de la resistencia es que las atribuciones más profundas tienden a amenazar más la autoestima que las atribuciones a niveles más superficiales. Da más miedo, por ejemplo, creer que las disfunciones sexuales se deben a la hostilidad con la propia pareja o padres que creer que son las situaciones sexuales las que provocan ansiedad. Una de las reglas del enfoque transteórico es utilizar las atribuciones menos amenazantes que se pueden justificar, ya que nuestras formulaciones clínicas tienen el potencial de producir resistencia así como el poder de facilitar el cambio.

LA GENTE PUEDE CAMBIAR

Concluyamos con algunas de las condiciones bajo las cuales la gente puede cambiar. La gente puede cambiar:

1. Cuando pasa de un estadio a otro en el momento que está preparada y no antes.
2. Cuando aplica los procesos adecuados a su estadio actual de condiciones bajo las cuales intenta dar un paso hacia el cambio de acción.
3. Cuando sigue una terapia que encaja con su estadio de cambio más que intentar encajar el estadio de cambio preferido de la terapia.
4. Cuando más que desmoralizarse por sus recaídas, aprende de ellas.
5. Cuando entiende las complejidades del cambio en vez de reducirlo todo a un solo proceso, tales como la toma de conciencia, el contraccodicionamiento, la fuerza de voluntad o la relación terapéutica.
6. Cuando trabaja en los niveles más próximos que se adecuan a sus problemas.
7. Cuando se centra en los niveles más profundos si necesita superarlos.
8. Cuando comprende su incapacidad de cambiar debido a la atribución incorrecta de niveles de cambio que no se adecuan a su problema.
9. Cuando entiende que la resistencia al cambio se debe a correspondencias erróneas entre los estadios y/o niveles de cambio del terapeuta y del cliente.
10. Cuando tiene mejores orientaciones y modelos que le guían a través de los estadios y niveles de cambio.

La gente no cambia porque no puede, no quiere, no sabe cómo, o no sabe qué cambiar. El modelo transteórico ofrece un modelo integrador de comprensión de las razones para no cambiar, así como de la predisposición al cambio. Los estadios y niveles de cambio guían a los terapeutas en su trabajo de ayudar a cambiar a los clientes. Los clientes en el estadio precontemplativo generalmente no pueden cambiar sin una ayuda especial. Los que se encuentran en el estadio de contemplación no están seguros de querer cambiar. Quienes se hallan en el estadio de preparación temen no saber cómo cambiar con éxito. Los niveles de cambio ayudan a guiar el terapeuta y los clientes con respecto a qué cosa cambiar.

Palabras clave: *modelo transteórico; resistencia al cambio; incumplimiento.*

Nota del autor: La investigación de este artículo fue realizada gracias a la ayuda de las becas CA 27821 y CA 50087 del Instituto Nacional del Cáncer.

Nota del Editor: Este artículo apareció en el *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 83-102, (1999) con el título “Why don’t continents move? Why don’t people change?”. Agradecemos a los autores el permiso para su publicación

Referencias Bibliográficas

- BEITMAN, B.D., BECK, N.C., CARTER, C., DAVIDSON, J. & MADDOCK, R. (1994). Patient stages of change predicts outcome in a panic disorder medication trial. *Anxiety*, 1, 170-184.
- BERGIN, A. (1983). Religiosity and mental health: A critical reevaluation and meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 170-184.
- BROGAN, M., PROCHASKA, J.O. & PROCHASKA, J.M. (1999). *Predicting termination and continuation status in psychotherapy using the transtheoretical model*. Accepted for publication in *Psychotherapy*.
- CALHOUN, K.S. (1975). Factors in the modification by isolation of electroconvulsive shock-produced retrograde amnesia in the rat. *Journal of Comparative and Psychological Psychology*, 88, 373-377.
- DICLEMENTE, C.. & HUGHES, S.O. (1990). Satges of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance abuse*, 2, 217-235.
- DICLEMENTE, C., PROCHASKA, J.O., FAIRHUST, S., VELICER, W.F., VELASQUEZ, M. & ROSSI, J.S. (1991). The process of smoking cessation: AN analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 259-304.
- HOWARD, K.I., KOPTA, M.S., & ORLINSKY, D.E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.
- HUNT, W.A. & MATTARAZZO, J.D. (1973). Three years later: Recent developments in the experimental modification of smoking behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 107-114.
- JONES, B. & NISBETT, R. (1972). The actor and the observer: Divergent perceptions of the causes of behavior. In E. Jones, D. Anouse, H. Kelly, R. Nisbett, S. Valins & B. Weiner (Eds.), *Attribution: Perceiving the causes of behavior*. NJ: General Learning Press, pp. 1-186.
- KOTTE, T.B., BATTISTA, R.N., DEFRIESE, G.H. & BREKKE, M.L. (1988). Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice: A meta-analysis of 39 controlled trials. *Journal of the American Medical Association*, 259, 2882-2889.
- MASTERS, W. & JOHNSON, V. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- MCCONNAUGHEY, E.A., DICLEMENTE, C.C., PROCHASKA, J.O. & VELICER, W.F. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 4, 494-503.

- MCCONNAUGHEY, A., PROCHASKA, J.O. & VELICER, W.F. (1989). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 368-375.
- NORCROSS, S.C. & PROCHASKA, J.O. (1986). Psychotherapist health thyself-I. The psychological distress and self-change of psychologists, counselors and by persons. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 23, 102-114.
- NORCROSS, J.C., PROCHASKA, J.O. & DICLEMENTE, C.C. (1986). Self change of psychological distress: Layperson's vs. psychologist's coping strategies. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 834-840.
- NORCROSS, J., PROCHASKA, J., GUADAGNOLI, E. & DICLEMENTE, C. (1984). Factor structure of Levels of Attribution and Change Scale (LAC) in samples of psychotherapists and smokers. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 519-528.
- NORCROSS, J.C., PROCHASKA, J.O. & HAMBRECHT, M. (1985). The levels of attribution and change (LAC) scale: Development and measurement. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 631-649.
- ORLEANS, C.T., GEORGE, L.K., HOUPT, J.L. & BRODIE, K.H. (1985). Health promotion in primary care: A survey of U.S. family practitioners. *Preventive Medicine*, 14, 636-647.
- PROCHASKA, J.O. & DICLEMENTE, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and practice*, 19, 276-278.
- PROCHASKA, J.O. & DICLEMENTE, C.C. (1983). Stages and processes of self change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- PROCHASKA, J.O. & DICLEMENTE, C.C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Homewood, Illinois: Dow Jones Irwin.
- PROCHASKA, J.O. & DICLEMENTE, C.C. (1986a). Toward a comprehensive model of change. In W.R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change*. New York: Plenum, pp. 3-27.
- PROCHASKA, J.O. & DICLEMENTE, C.C. (1986b). The transtheoretical approach: Towards a systematic eclectic approach. In J.C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunner'Mazel, pp. 163-200.
- PROCHASKA, J.O., DICLEMENTE, C.C., VELICER, W.F., GINPIL, S.E. & NORCROSS, J.C. (1985). Predicting change in smoking status for self-changers. *Addictive Behaviors*, 10, 395-406.
- PROCHASKA, J.O., DICLEMENTE, C.C., VELICER, W.F. & ROSSI, J.S. (1990). Standardized individualized, interactive and personalized self-help programs for smoking cessation. *Health Psychology*, 12, 399-405.
- PROCHASKA, J.O. & NORCROSS, J.C. (1983). Psychotherapists' perspectives on treating themselves and their clients for physic distress. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 652-655.
- PROCHASKA, J.O., NORCROSS, J.C. & DICLEMENTE, C.C. (1994). *Changing for good*. New York: Avon Books.
- PROCHASKA, J.O. & NORCROSS, J.C. (1998). *Systems of psychotherapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/ Cole Publishing Company.
- PROCHASKA, J.O., ROSSI, J.S. & VELICER, W.F. (1990). *A comparison of four minimal interventions for smoking cessation: An outcome evaluation*. Paper presented at the 7th World Conference on Tobacco and Health, Perth, Australia.
- PROCHASKA, J.O., ROSSI, J.S. & WILCOX, N.S. (1991). Change process and psychotherapy outcome in integrative case research. *Journal of Psychohterapy Integration*, 1, 103-120.
- PROCHASKA, J.O., VELICER, W.F., DICLEMENTE, C.C., GUADAGNOLI, P. & ROSSI, J.S. (1991). Patterns of change: Dynamic typology applied to smoking cessation. *Multivariate Behavioral Research*, 26, 83-107.
- PROCHASKA, J.O., VELICER, W.F., ROSSI, J.S., GOLDSTEIN, M.G., MARCUS, B.H., ROKOWSKI, W., FIORE, C., HASLOW, L., REDDING, C.A., ROSENBLUM, D. & ROSSI, S.R. (1994). Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of 12 problem behaviors. *Health psychology*, 13, 39-46.
- ROTTER, J. (1970). Same implications of a social learning theory for the therapeutic practice of psychotherapy. In D. Levis (Ed.), *Learning approaches to behavioral change*. Hawthorne, ny: Aldine Publishing, pp. 208-241.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1990). *The health benefits of smoking cessation*. USDHHS Public Health Service, DHHS Publication No. (CDC) 90-8416.
- VELICER, W.F., DICLEMENTE, C.C., PROCHASKA, J.O. & BRANDENBURG, N. (1985). A decisional balance measures for assessing and predicting smoking status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1279-1289.

MASTER TERAPIA COGNITIVO SOCIAL

12ªPROMOCIÓN 2001-2004

- El Master TERAPIA COGNITIVO SOCIAL, organizado por el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Facultad de Psicología, forma parte de los cursos de tercer ciclo de la Universidad de Barcelona.
- El Master TERAPIA COGNITIVO SOCIAL ofrece un programa completo de formación en psicoterapia desde una perspectiva cognitivo-constructivista y sistemática, orientado a desarrollar los conocimientos y las habilidades terapéuticas básicas en el ámbito individual, de pareja y de familia. Está dirigido a psicólogos clínicos y médicos psiquiatras que deseen especializarse en este enfoque o iniciarse en la práctica de la psicoterapia. En su cuadro docente participan destacados profesores de universidades nacionales y extranjeras, junto a profesionales y especialistas de reconocido prestigio.
- El Curso, de duración trienal, consta de un total de 600 horas lectivas, equivalentes a 60 créditos. La superación del primer año da acceso al título de Postgraduado. El programa se desarrolla durante el primer semestre de cada año de Enero a Junio y ofrece, además, la posibilidad de desarrollar la formación práctica en centros de salud mental tanto de la red pública como de la privada durante todo el año. La evaluación final se lleva a cabo a través de una memoria clínica de los casos tratados por el alumno durante el período de su formación. Consta de asignaturas básicas que se desarrollan entre semana y de seminarios monográficos de especialización que tienen lugar quincenalmente en fines de semana durante el mismo período con el siguiente:

Horario:

- Lunes y Miércoles 19-21 horas (semanal)
- Viernes 19-21 y Sábados 9.30-13.30 y 15.30-19.30 horas (quincenal)

Preinscripción:

- Período: Setiembre/Octubre
- Documentación: Certificación académica, Curriculum

Matrícula:

- Período: Noviembre/Diciembre
- Precio de la matrícula completa por año: 225.000pts. el primer año y 250.000 los dos restantes

Secretaría del Curso:

- Facultat de Psicologia.
Departament de Personalitat, Evaluació i Tractament Psicològics
C./ Passeig de la Vall d'Hebron, 171 - 08035 Barcelona (Spain)
- Información y atención de alumnos:
Secretaría de organización: Susana Conesa [sconesa@psi.ub.es]
- Teléfono: (34) 93.312.51.00
- FAX: (34) 93.402.13.62
- Página WEB: <http://www.ub.es/personal/mtcsc.htm>

LA RESISTENCIA AL CAMBIO DE LAS ESTRUCTURAS COGNITIVAS: REFLEXIONES RELATIVAS AL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

Giovanni Liotti

Associazione per la ricerca sulla Psicologia dell'Attaccamento e dello Sviluppo (ARPAS).
Roma

The resistance to change of cognitive structures is related to the piagetian process of assimilation, to the structural properties of the hierachic organization of self-knowledge, and to the degree of cognitive psychotherapy. The meeting with a particularly resistant cognitive structures invites to a careful exploration: 1) of the origins of that structure within the patient's developmental history; 2) the role played by that structure in maintaining the patient's self-knowledge stable. The therapeutic change of any cognitive structure is conceived as a development of the old structure, rather than as passive substitution of the old structure with a totally a new one.

Key words: change; resistance; assimilation; accommodation; cognitive structures; attachment.

INTRODUCCIÓN

La reflexión de Freud sobre el significado de la resistencia que el paciente presenta ante las maniobras terapéuticas se inició, como se sabe, con una crítica de la técnica de la sugestión. Freud siguió posteriormente un largo itinerario teórico en el intento de dar una explicación del fenómeno (Laplanche y Pontalis, 1981). De alguna manera, la psicología cognitiva contemporánea permite volver a considerar las observaciones iniciales de Freud sobre la “sugestión” del terapeuta y la “contrasugestión” del paciente, y proponer, a partir de dichas observaciones, una nueva teoría sobre el significado de la resistencia en psicoterapia.

Las *técnicas* de la terapia cognitiva, buscan, de hecho, inducir activamente cambios en algunos aspectos de la organización psicológica de los pacientes (mostrándose en esta actitud activa, y sólo desde este punto de vista, parecida a las técnicas de sugerencia criticadas por Freud), mientras que las *teorías* de la psicología

cognitiva ofrecen explicaciones de la resistencia presentada por tales técnicas, notablemente distintas de las que servían a Freud para hacer su crítica de la sugestión. Dicho de otro modo, las operaciones iniciales de la psicoterapia cognitiva consisten frecuentemente en intentos de cambiar directamente algunos presupuestos del pensamiento del paciente sobre sí mismo y el mundo que parecen relacionados con los trastornos psicológicos. La resistencia que eventualmente opone el paciente a estos intentos no es probablemente distinta en su esencia a la resistencia que oponían los pacientes de Freud a la sugestión: en el propio diálogo interno, después de la sesión, el paciente reafirma la visión de sí mismo y del mundo que los argumentos del terapeuta -generalmente con el consentimiento y el asentimiento explícito del paciente durante la sesión- tendían a refutar. En la psicoterapia de orientación cognitiva estas "contrasugestiones" del paciente a las "sugestiones" del terapeuta se exploran y utilizan con fines terapéuticos según las directrices teóricas de la psicología cognitiva actual, más que según las de la metapsicología psicoanalítica. Desde un punto de vista retórico es legítimo preguntarse si Freud hubiera formulado la misma teoría de la resistencia, caso de haber tenido acceso a los conocimientos de la psicología cognitiva actual. Y, en caso contrario, cómo se habrían explicitado las discrepancias teóricas entre escuelas que conocemos actualmente. Una discusión de las explicaciones cognitivas del fenómeno de la resistencia en psicoterapia podría prestarse particularmente bien, por tanto, a la confrontación sobre los fundamentos históricos y teóricos de los modelos psicoterapéuticos psicodinámicos y cognitivo-comportamentales, planteada desde diversos ángulos (Wachtel, 1982; Liotti, 1987).

LA RESISTENCIA EN LA PSICOTERAPIA COGNITIVA

El hilo conductor de las transacciones que se producen en una psicoterapia cognitiva es la identificación y revisión crítica de las estructuras y de los procesos concomitantes al sufrimiento emocional o comportamientos inadaptados por los que se solicita una terapia. También los fenómenos relationales, incluidos los pertenecientes a la relación terapéutica, se hallan reconducidos a los esquemas cognitivos interpersonales y a los procesos cognitivos con los que los participantes en la relación construyen la representación de sí mismos y del otro, así como de la relación misma. La resistencia opuesta por el paciente en cualquier forma y bajo cualquier justificación a los procedimientos de la psicoterapia cognitiva se remite esencialmente a la tendencia de las estructuras cognitivas a mantenerse estables y, en consecuencia, a la resistencia al cambio que los desafíos ambientales (entre los que se encuentran las técnicas terapéuticas) intentan introducir en ellas.

Las estructuras y procesos cognitivos de que se ocupa la psicoterapia cognitiva abarcan las *creencias irracionales*, estudiadas por Ellis (1962), los *procesos sesgados de pensamiento* descritos por Beck (1976), los *errores de atribución de significado en la experiencia emocional* (Bowlby, 1985, Liotti, 1988), y los

esquemas interpersonales (modelos fundamentales del conocimiento que cada individuo, en cada relación, tiene de sí mismo y del otro), que describe Safran (1990). Cada una de estas formas asumidas por el conocimiento que las personas tienen de sí mismas y del mundo puede convertirse en objeto de atención en psicoterapia, y los intentos de cambio psicoterapéutico de cada una de ellas pueden generar resistencia. La visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, que experimenta el depresivo; los errores cognitivos (pensamiento dicotómico, hipergeneralización, selección arbitraria de la experiencia, etc.) que mantienen dicho punto de vista; la atribución errónea de significado de las propias emociones de los pacientes agorafóbicos, hipocondríacos o con trastornos psicosomáticos; los complejos esquemas cognitivos interpersonales que regulan la conducta y la experiencia de las relaciones entre personas (incluida la psicoterapéutica) en los más diversos trastornos psicopatológicos: todos estos aspectos de la vida mental pueden presentar resistencia al cambio que, de forma directa, el psicoterapeuta cognitivo intenta inducir o facilitar. Téngase en cuenta que es preferible hablar de *resistencia al cambio de las estructuras cognitivas* del paciente, que no de *resistencia del paciente*: éste puede estar de acuerdo con el terapeuta en considerar contraproducentes e irracionales algunos de sus puntos de vista sobre sí mismo o los demás, y, sin embargo, experimentar repetidamente la reaparición en la propia actividad mental de las formas de ver que él mismo intenta criticar, revisar o corregir. En estos casos no es el paciente que se resiste, sino alguna de sus ideas. Y éste es el tipo de resistencia al cambio que puede parecer más interesante en el transcurso de una psicoterapia cognitiva: no tanto una oposición del paciente a una tarea sugerida por el terapeuta o a una interpretación ofrecida por él (oposición que podría considerarse legítimamente como un desacuerdo con el terapeuta), sino al descubrimiento, por parte del paciente mismo, de que las ideas se resisten a desaparecer, incluso cuando es su propio propietario quien quiere deshacerse de ellas.

Pero ¿qué es lo que determina la resistencia al cambio de las estructuras cognitivas? El modelo teórico sobre el que se fundamenta la terapia cognitiva sugiere a este propósito algunas líneas de reflexión interconectadas, que hacen referencia a la *búsqueda de significado*, característica de la actividad cognoscitiva humana, al proceso de *asimilación*, las propiedades estructurales de la *organización jerárquica del conocimiento* y al *egocentrismo cognitivo*.

LA BÚSQUEDA DEL SIGNIFICADO

En la tradición psicodinámica, la búsqueda de significado y la previsibilidad de los acontecimientos a través del pensamiento se concibe como un medio para satisfacer las necesidades consideradas primarias, o como un instrumento de composición de los conflictos entre pulsiones instintivas y estructuras superyóicas. Desde la perspectiva cognitiva, en cambio, la definición del significado de los acontecimientos se considera una finalidad fundamental y primaria del funciona-

miento mental humano. Para apoyar esta afirmación de que la búsqueda de significado es una actividad mental primaria, no necesariamente enraizada en las dinámicas pulsionales libidinosas, basten tanto las reflexiones filosóficas (Polanyi y Prosch, 1975) como las investigaciones empíricas. El cuerpo creciente de conocimientos sobre la actividad cognitiva del recién nacido pone de manifiesto, por ejemplo, que desde el principio de la vida existe una motivación para explorar el ambiente perceptivo y aprender, que no se puede reducir a la búsqueda de satisfacción de necesidades corporales, supuestamente primarias respecto a tales motivaciones cognoscitivas (Bower, 1981; Hunt, 1981; Melzof, 1981, Stern, 1985).

Si se acepta la metapsicología cognitiva y constructivista, que ve en la búsqueda de significado (atribución de causalidad de los acontecimientos, construcción de estructuras cognoscitivas en el sentido de Piaget, etc.) una actividad primaria e irreductible de la mente humana, la resistencia observada en psicoterapia puede empezar a mostrarse como un caso particular de la resistencia opuesta al cambio por todas las estructuras de significado que se han construido como resultado de las interacciones precedentes entre el individuo y el ambiente. Un constructivista ve en cada una de las conductas, incluso en el rechazo de un paciente a someterse a cualquier tipo de procedimiento terapéutico, una correspondencia con los constructos, es decir, con la manera en que la persona atribuye significado a los acontecimientos. Cualquier constructo o esquema cognitivo, conceptos que para Flavell (1963) son equivalentes en sentido piagetiano, puede presentar, respecto al resto de constructos que constituyen el sistema global de las estructuras de significado de la persona, un grado mayor o menor de resistencia al cambio. Este grado de resistencia al cambio puede estudiarse en términos de *integración* de cada uno de los constructos en el seno del sistema global de constructos (número de conexiones de cada constructo con el resto), en términos de su posición *supraordenada* a los demás constructos y en términos de su *capacidad predictiva* (Fransella, 1989). Cuanto mayor sea el número de acontecimientos que sea capaz de prever un constructo durante la vida de una persona, tanto mayor será su resistencia al cambio. Cuanto más central y supraordenado sea el constructo -es decir, más próximo al núcleo esencial de la definición y de la experiencia de sí- más se resistirá a los intentos de cambio efectuados.

Se dan dos implicaciones fundamentales en esta manera de considerar las diferencias en el grado de resistencia al cambio de las estructuras de significado (esquemas cognitivos, constructos) de una persona: las estructuras más resistentes 1) deben generarse precozmente en la vida de una persona, desarrollando por tanto una capacidad predictiva de los acontecimientos mayor con relación a estructuras construidas más recientemente, y 2) deben estar situadas en un nivel más alto de la jerarquía de los constructos, jugando de este modo un papel más importante que otros en la experiencia de continuidad e identidad personal del individuo.

Dentro del marco de la epistemología evolucionista actual Mahoney (1982) o

Guidano (1988) consideran la resistencia al cambio que ostentan las estructuras más antiguas de cualquier sistema complejo, capaz de aprendizaje y desarrollo, como una prueba de “sabiduría evolutiva”, en cuanto función de adaptación y supervivencia. No obstante, a pesar de que esta “sabiduría evolucionista” se refiera a las propiedades fundamentales de la actividad cognitiva de la especie humana, ello puede ser al precio de un notable sufrimiento, en la medida en que las estructuras más antiguas y más resistentes al cambio contribuyan al desarrollo de una psicopatología.

Para entender mejor de qué modo las estructuras cognitivas preformadas se resisten al cambio frente a influencias ambientales que tratan de contradecirla, debemos examinar el proceso de asimilación de las informaciones nuevas en el sistema de conocimiento individual.

EL PROCESO DE ASIMILACIÓN

“Asimilar” significa “absorber”, “apropiarse” o “hacer igual o semejante (símil)”. El sistema de conocimientos individuales se apropiá de las nuevas informaciones volviéndolas semejantes a las antiguas, presentes en las estructuras cognitivas que lo constituyen. En este proceso de asimilación las novedades informativas se remiten a lo conocido: comprendemos lo nuevo y desconocido en términos de lo que nos era ya conocido de antes (Favell, 1963). Las estructuras cognitivas, en consecuencia, tienden a resistir al cambio en cuanto constituyen el punto de contraste para las nuevas informaciones que podrían modificarlas, y este proceso de contraste se haya predisposto biológicamente a favor de la información ya almacenada (Piaget, 1967).

Lo que para el terapeuta puede presentarse como una resistencia del paciente a apropiarse de la información suministrada durante la psicoterapia se debe, al menos, en parte, al aspecto fundamental de la actividad cognitiva que se conoce como asimilación. Naturalmente, la resistencia al cambio, ligada al proceso de asimilación, no es absoluta: el aprendizaje continúa siendo posible durante toda la vida. Desde la perspectiva constructivista el aprendizaje se considera como un proceso evolutivo de desarrollo de nuevas estructuras a partir de la precedentes, más que como una adquisición de información totalmente nueva. Las nuevas estructuras son siempre, en otras palabras, el resultado del proceso de la transformación de las antiguas, bajo la presión de las discrepancias entre informaciones que entran e informaciones que ya estaban almacenadas. Precisamente las discrepancias que el proceso de asimilación no es capaz de asimilar constituyen el motor del cambio o aprendizaje, proceso de *acomodación* según Piaget (Flavell, 1963).

La vida mental puede concebirse como una búsqueda continua de equilibrio en la interacción entre organismo y ambiente, lo que Piaget llama *equilibración*, que oscila entre los polos de asimilación (tendencia a la estabilidad, resistencia al cambio) y a la acomodación (tendencia al cambio, desarrollo, aprendizaje). Es importante hacer notar, en este punto, que gran parte de este proceso de equilibración

se desarrolla al margen de la conciencia, en una dimensión inconsciente que se debe explicar, sin embargo, en términos de elaboración del conocimiento (Eagle, 1987) y no en términos energéticos sobre la que se funda la idea psicoanalítica clásica de Inconsciente, como reducción o descarga de las energías pulsionales. Probablemente es cierto que el proceso de acomodación de una estructura cognitiva se ve facilitado, en general, por la atención consciente y crítica dirigida a los contenidos de tal estructura. Con todo, ello no implica necesariamente que la resistencia al cambio de la propia estructura se halle esencialmente ligada a procesos “energéticos” que obstaculicen el examen crítico consciente. Una estructura cognitiva, en efecto, puede mostrar una notable resistencia al cambio incluso cuando sus contenidos se examinan conscientemente con gran claridad.

Para comprender el fenómeno de la resistencia al cambio desde el punto de vista cognitivista de la actividad mental inconsciente, parece particularmente interesante la dimensión de la mayor o menor globalidad de una estructura cognitiva que se ve sometida al examen de una conciencia crítica. Cuanto más completo es el conjunto de tales contenidos presentes en la conciencia en el momento del examen crítico, más probable resulta que concluya con la revisión de la estructura entera. Las estructuras que atribuyen significado a las experiencias emocionales constituyen un buen ejemplo de esta eventualidad.

La experiencia emocional puede considerarse como el resultado de una síntesis preconsciente de las informaciones referidas a la relación entre organismo y ambiente (percepción de peligro, de seguridad, soledad, etc.), completada por las operaciones conscientes de valoración y atribución de causalidad a la emoción (Safran y Greenberg, 1987). Las estructuras cognitivas implicadas en llevar a cabo conscientemente la síntesis de informaciones que corresponden a la experiencia emocional, pueden resultar particularmente resistentes al cambio si se examinan, por así decirlo, “en frío”, es decir fuera del contexto ambiental y en ausencia de la activación neurovegetativa que caracteriza a la emoción. La información asimilada a tales estructuras es una información compuesta, intelectual en parte, pero, en más amplia medida, contextual y visceral (Greenberg y Safran, 1987). En ausencia de componentes contextuales y viscerales, el proceso de asimilación de las nuevas informaciones, adquiridas conscientemente, a las estructuras cognitivas implicadas en la síntesis de la experiencia emocional, puede activarse sólo parcialmente. En estos casos no es posible poner en marcha ni siquiera el proceso de acomodación. Acomodación (cambio) y asimilación (resistencia) son de hecho dos polos estrechamente interconectados en el proceso de equilibración que caracteriza la vida mental. Por esta razón la activación, en el seno de la relación terapéutica de estructuras cognitivas conectadas a experiencias emocionales intensas e inadaptadas debe considerarse una ocasión importante para un posible cambio psicoterapéutico. La reflexión sobre la experiencia emocional llevada a cabo en el seno de la relación terapéutica constituye un prerequisito indispensable para el cambio de estructuras

cognitivas correlacionadas con trastornos emocionales que, en frío (es decir, examinadas en su aspecto puramente intelectual) se manifiestan particularmente resistentes a la crítica racional o a otras modalidades de reestructuración cognitiva.

El proceso de asimilación se refiere a todas las estructuras cognitivas. No explica, por tanto, el distinto grado de resistencia ofrecido por los diversos esquemas que constituyen el sistema cognitivo global de la persona. Para comprender la diversidad de la resistencia se hace preciso examinar de cerca el principio del estructuralismo jerárquico que constituye uno de los fundamentos epistemológicos de la psicología cognitivo-constructivista.

EL ESTRUCTURALISMO JERÁRQUICO

El constructivismo sostiene que los procesos mentales se ordenan según una jerarquía de niveles de organización. Los niveles más altos (supraordenados o centrales) gobernan la actividad de los niveles inferiores (subordinados o periféricos). Los procesos periféricos pueden cambiar dentro de ciertos límites sin que a tales variaciones les corresponda ningún cambio de los procesos centrales, mientras que lo contrario no es verdadero. Los procesos centrales de un sistema jerárquico definen los límites dentro de los cuales los procesos periféricos pueden cambiar sin cambiar la forma de los procesos centrales mismos. Mínimos cambios, incluso, en los procesos centrales de un sistema jerárquico se reflejan en cambios en el nivel periférico, pero no al contrario. Un buen ejemplo de este principio estructural viene representado por las teorías neurológicas relativas al control de la actividad motora (Stelmach y Diggles, 1982). Los niveles superiores de cualquier sistema que controle una conducta motora determinan el objetivo fundamental de la acción, mientras que las “decisiones” sobre los detalles se confían a niveles subordinados. Estos niveles subordinados del sistema de control se hallan constantemente influídos por la información que les llega del ambiente y pueden modificar su regulación en consecuencia, mientras los procesos de orden superior se mantienen intactos. Para un observador del sistema de control motor puede dar la impresión que los niveles superiores del sistema oponen una clara resistencia a las presiones del ambiente que contrarrestan la ejecución del movimiento, mientras que los niveles inferiores se adaptan a tales presiones, sin aparente resistencia. El resultado de esta resistencia diferencial frente a influencias ambientales contrarias es que el objetivo final del acto motor, definido por las estructuras centrales resistentes de control, se alcanza precisamente gracias al cambio de las estrategias periféricas poco resistentes, que regulan los detalles de la acción en función de las contingencias ambientales.

Si podemos concluir que, precisamente por su nivel jerárquico, los conocimientos que caracterizan el sentido de continuidad e identidad personal serán más resistentes al cambio psicoterapéutico, respecto a otras estructuras cognitivas, nos queda, sin embargo todavía, definir, al menos sumariamente, los factores que

otorgan a un esquema estatuto de estructura central en la organización jerárquica del conocimiento individual. El área de investigación a la que acudir para llevar a cabo esta definición es, sin duda, la que trata a través de observaciones empíricas del estudio del desarrollo del conocimiento interpersonal a partir de las primeras fases de la infancia (Bowlby, 1979; 1988; Cichetti, 1984; 1989; Main, Kaplan y Cassidy, 1985; Ricks, 1985; Stern, 1985). En síntesis, los resultados de tales investigaciones empíricas ponen de manifiesto que los primeros esquemas cognoscitivos sobre sí están inextricablemente conectados a los esquemas cognoscitivos relativos a las figuras cuidadoras del niño y a la forma de relación que el niño establece con ellas. En otras palabras, los esquemas del conocimiento de sí son esquemas cognoscitivos interpersonales (Guidano y Liotti, 1983; Safran 1990 Safran y Segal 1990). Dichos esquemas interpersonales se hallan, además, conectados con experiencias emocionales de gran intensidad y significado, derivados preferentemente del sistema de control de la conducta de apego (Bowlby, 1969; 1979; 1988). Estos esquemas interpersonales cumplen todos los requisitos para conquistar una posición central en la organización del conocimiento en fase de desarrollo: se hallan entre los primeros que se configuran en el sistema cognoscitivo del niño; echan sus raíces en la dotación biológica de los sistemas de control de la conducta con los que el niño viene a este mundo; permiten prever el curso de las relaciones (con las figuras de apego) cuyo significado y valor son, literalmente, vitales para el niño; probablemente se confirman y refuerzan continuamente a través de los años de desarrollo hasta la adolescencia, dado que las figuras de apego (los padres) no cambian habitualmente su estilo interpersonal respecto a los hijos (Guiano y Liotti, 1983; Liotti, 1986).

Las características del desarrollo cognitivo, que hasta la adolescencia se caracteriza por un alto grado de egocentrismo, contribuyen a atribuir a los esquemas cognitivos interpersonales, formados en el interior de las primeras relaciones de apego, el estatuto de estructuras centrales de la organización cognitiva.

DESARROLLO COGNITIVO Y SUPERACIÓN DEL EGOCENTRISMO

El desarrollo cognitivo, de acuerdo con las teorías de Piaget (Flavell, 1963; Rosen, 1985, Villegas, 1993), puede verse como una sucesión de estadios, desde el sensorio-motor al de las operaciones formales, en continua progresión hacia el *relativismo objetivo*. Se entiende por relativismo objetivo la concepción del conocimiento humano como un proceso que no es inherente ni al sujeto que conoce ni al objeto conocido, sino que intrínsecamente constituye una forma de relación entre sujeto y objeto. El relativismo objetivo se conquista a través del declive progresivo del egocentrismo cognitivo. Cada estadio de desarrollo cognitivo (sensorio-motor, pre-operacional, operatorio y formal) se caracteriza por una forma particular de egocentrismo. Por egocentrismo se entiende la incapacidad de reconocer las diferencias entre el propio punto de vista o las propias creencias sobre un determinado objeto (concreto o formal) y el punto de vista o las creencias de los otros sobre

el mismo objeto. En las primeras etapas de la vida el egocentrismo es extremo, sin darse apenas diferenciación entre sí y la realidad externa, tomándose a sí mismo como modelo para la construcción de la realidad externa. Cuando en la adolescencia se alcanza el periodo de las operaciones formales (estadio hipotético-deductivo) se reduce notablemente el grado de egocentrismo, lo que se traduce en un estatuto de certeza dogmática que el adolescente otorga a las teorías sobre sí mismo y el mundo, teorías que se consideran, sin embargo, como objetos del pensamiento, distintos de las teorías de los demás con las que pueden confrontarse libremente. Con el reconocimiento eventual de la naturaleza relativa y relacional de cada conocimiento, posible ya en la edad adulta, se supera definitivamente el egocentrismo relativo.

La naturaleza egocéntrica de los procesos del niño -juntamente con el hecho de que el ambiente familiar generalmente se mantiene estable y no induce, por tanto, a los procesos de acomodación sustancial en los esquemas interpersonales referentes a los propios miembros de la familia-, constituye un obstáculo para la revisión y la crítica de los esquemas interpersonales de apego que juegan un papel central en la organización cognitiva en formación desde el momento inicial de la vida. Es probable que en la adolescencia continúen orientando la construcción de nuevos lazos afectivos y la forma asumida por tales relaciones (Bowlby, 1979, 1988). Si esto es así, incluso después de la adolescencia los esquemas referentes al apego constituirán el nivel supraordenado del sistema cognoscitivo. Estos esquemas se muestran durante gran parte de nuestra vida particularmente resistentes al cambio y dotados, a la vez, de funciones centrales en el control de la organización jerárquica del conocimiento individual.

Llegados a este punto, podemos sólo recordar que el factor determinante de la superación del egocentrismo durante el desarrollo cognitivo se halla constituido por la interacción social (Rosen, 1985). Conviene en cambio detenerse a considerar el hecho que el proceso de superación del egocentrismo cognitivo puede frenarse o interrumpirse en particulares sectores o aspectos de la vida mental, mientras que en otros el crecimiento cognitivo continúa imperturbable. Cuando, por ejemplo, la comunicación interpersonal se halla bloqueada con relación a un ámbito particular de la experiencia, es posible que persista en este ámbito un funcionamiento mental más egocéntrico que en aquellos otros donde la comunicación queda abierta. Las patologías de la comunicación familiar pueden, por tanto, reflejarse en el individuo que se halla inmerso en esta realidad comunicativa como contexto del propio desarrollo cognitivo, en la persistencia de modalidades egocéntricas de pensamiento, incluso en edad adulta. Resulta intuitivamente evidente que los ámbitos de conocimiento de sí mismo y de los otros elaborados con modalidades egocéntricas se manifiestan en la edad adulta asociados a trastornos psicopatológicos más o menos graves. Rosen (1985) ha resumido eficazmente los actualmente numerosos estudios que establecen una relación entre la psicopatología y la visión piagetiana del egocentrismo cognitivo.

Cuanto más elaborada está una estructura cognitiva sobre la base de modalidades egocéntricas de pensamiento, tanto más se muestra resistente a los cambios que el psicoterapeuta podría intentar inducir a través de la crítica racional o el contacto con experiencias que la contradicen. En efecto, para que una estructura cognitiva pueda ser criticada por el sujeto que la ostenta es necesario por definición que el grado de egocentrismo sea lo suficientemente bajo para permitir sostener simultáneamente distintos puntos de vista. De lo dicho hasta ahora, se deduce que las estructuras cognitivas anormales presentan una elevada probabilidad de ser más egocéntricas y resistentes al cambio que las estructuras cognitivas maduras y adaptativas. En este contexto teórico la salud mental se muestra como la otra cara de la disponibilidad a revisar críticamente las propias ideas y, por tanto, al desarrollo y al crecimiento cognitivo.

EL TRABAJO CON LA RESISTENCIA EN PSICOTERAPIA COGNITIVA

El entramado teórico desarrollado en los apartados anteriores permite afirmar que cuando el psicoterapeuta se halla ante una estructura cognitiva particularmente resistente al cambio es probable que:

dicha estructura juegue un papel central en los procesos de auto-conocimiento y auto-descripción del paciente;

que esté construida en su núcleo original en base a experiencias interpersonales precoces y efectivamente muy intensas, repetidamente confirmadas con posterioridad en su forma esencial en el seno de otras relaciones significativas;

que la estructura contribuya a la síntesis de una clase importante de experiencias emocionales actuales, con la posibilidad añadida de que la fase consciente de dicho proceso de síntesis se halle disociada de la parte preconsciente en el momento en que la estructura se analiza en terapia;

que conlleve, cuando se halla activa, un grado elevado (de naturaleza adolescente o preadolescente) de egocentrismo en los procesos de pensamiento del paciente;

que se haya excluido constantemente, al menos en cuanto objeto de reflexión crítica y de confrontación, de la comunicación que el paciente ha mantenido con los otros significativos.

Esta visión teórica de los probables motivos de resistencia guía al psicoterapeuta cognitivo en su trabajo clínico.

En primer lugar, la estructura cognitiva resistente informa al terapeuta sobre la organización del mundo interior de conocimiento y significados del paciente: debe respetarse y ser considerada, por tanto, como una pista que seguir más que como un obstáculo a derribar. Seguir la pista representada por la resistencia de una estructura cognitiva implica preguntarse y preguntar al paciente, qué experiencias emocionales se hallan mediatizadas por dicha estructura y qué influencias interpersonales hayan intervenido en su génesis. La reconstrucción de dichas

implicaciones emocionales y de la historia de desarrollo de la estructura cognitiva resistente nos hace entrar en el mundo de significados del paciente y nos permite proyectar las intervenciones sobre los acontecimientos que permitan las acomodaciones deseables de la estructura actualmente resistente. Para entrar en dicho mundo de significados se hace preciso, sin embargo, tener presente que la clase de informaciones relativas a la estructura cognitiva, probablemente se ha mantenido durante mucho tiempo alejada de la comunicación -por prohibición de hablar de ello por parte de los otros significativos- (Bowlby, 1985), por vergüenza, por una compleja trama de secretos familiares, o por otras razones que hacen ahora difícil hablar de ello ni siquiera en terapia.

La relación terapéutica se debe construir en este caso como un lugar de confianza y de seguridad, para que pueda llegar a esperarse que las mencionadas barreras comunicativas construidas alrededor de la estructura resistente lleguen a caer. El terapeuta deberá además tener en cuenta que la superación del egocentrismo cognitivo relacionado con una estructura resistente requiere la confrontación entre el modo de ver determinados acontecimientos conectados a la estructura y modos de ver alternativos que otras personas pueden mantener respecto a los mismos acontecimientos. Una serie de técnicas capaces de facilitar el desarrollo de la percepción interpersonal (Liotti, 1991; Safran y Segal, 1990) pueden adquirir en este caso gran importancia en el transcurso de una psicoterapia cognitiva.

La resistencia al cambio de las estructuras cognitivas sometidas al trabajo psicoterapéutico se convierte así en el hilo conductor para buscar el desarrollo de la conciencia de sí mismo y de los otros, que constituye el objetivo de fondo de la psicoterapia cognitiva contemporánea. Dicho desarrollo implica acomodación (es decir, evolución) de las estructuras cognitivas inicialmente resistentes a los intentos de cambio psicoterapéutico. Dado que estas estructuras se habían convertido en objeto de atención del psicoterapeuta precisamente porque en su rigidez se manifestaba su relación con el sufrimiento emocional “neurótico”, el desarrollo del conocimiento de sí mismo y de los demás, el traslado del punto de equilibrio cognitivo de las estructuras resistentes del polo de la asimilación al de la acomodación, y la reducción del sufrimiento “neurótico”, constituyen las diversas caras de un mismo proceso de cambio psicoterapéutico.

La perspectiva cognitiva en psicología y psicoterapia sugiere considerar tanto los obstáculos al cambio terapéutico como la oposición del paciente a los procedimientos terapéuticos como aspectos de la resistencia al cambio de las estructuras cognitivas. Dicha resistencia remite a las características del proceso de asimilación, a la organización jerárquica del conocimiento de sí mismo y del mundo, y a las modalidades egocéntricas del funcionamiento cognitivo. Una vez detectada la resistencia particular al cambio de una estructura cognitiva, se convierte en la pista para una investigación: 1) del origen de tal estructura en la historia del desarrollo de la persona; 2) del papel central que ejerce en la organización global del conocimiento de sí mismo y del mundo del paciente. El deseado cambio terapéutico de dicha estructura se considera dependiente del mencionado examen crítico de sus orígenes y función, más que como producto de una brusca, y por otra parte teóricamente imposible, sustitución por otra estructura totalmente nueva.

Palabras clave: *cambio; resistencia; asimilación; acomodación; estructuras cognitivas; apego.*

Nota editorial:

El presente artículo es traducción del publicado por el autor en “*Psicobiettivo*”, 3, pp. 47-58 con el título “La resistenza al cambiamento delle strutture cognitive: riflessioni concernenti la psicoterapia”. Agradecemos el permiso para su publicación.

Traducción: Manuel Villegas Besora

Referencias bibliográficas

- ARNKOFF, D. (1980). Psychotherapy from the perspective of cognitive theory. In M. J. Mahoney (ed.), *Psychotherapy process*. New York: Plenum.
- BECK, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- BOWER, T. (1981). Competent newborns. In L. D. Stenberg (de.), *The life cycle*. New York: Columbia University Press.
- BOLWBY, L. (1969). *Attachment and loss*. Vol I. London: Hogarth Press.
- BOLWBY, L. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.
- BOLWBY, L. (1985). The role of childhood experience in cognitive disturbance. In M. J. Mahoney & A. Freeman (eds.), *Cognition and Psychotherapy*. New York: Plenum.
- BOLWBY, L. (1988). *A secure base*. London: Routledge.
- CICHETTI, D. (1984). The emergence of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 1-7.
- CICHETTI, D. (1989). Developmental psychopathology: Some thoughts on its evolution. *Development and Psychopathology*, 1, 1-4.
- EAGLE, M. (1987). The psychoanalytic and the Cognitive Unconscious. In R. Stern (de.), *Theories of the*

- Unconscious and theories of the Self.* Hillsdale: The Analytic Press.
- ELLIS, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lysle Stuart.
- FLAVELL, J. (1963). *The developmental psychology of Jean Piaget*. New York: Van Nostrand.
- FRANSELLA, F. (1989). Obstacle to change and the reconstruing process: A personal construct review. In W. Dryden & P. Tower (eds.), *Cognitive psychotherapy: Stasis and change*. London: Cassell.
- GREENBERG, L. & SAFRAN, J. (1987). *Emotion in psychotherapy*. New York: Guilford.
- GUIDANO, V. F. (1988). *La complessità del sé*. Torino: Boringhieri.
- GUIDANO, V. F. & LIOTTI, G. (1983). *Cognitive process and emotional disorders*. New York: Guilford.
- HUNT, J. M. (1981). Piaget's observation as a source of hypothesis concerning motivation. In L. D. Steinberg (de.), *The life cycle*. New York: Columbia University Press.
- KELLY, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J. (1981). *Enciclopedia della psicoanalisi*. Bari: Laterza.
- LIOTTI, G. (1986). Structural cognitive therapy. In W. Dryden & W. Golden (eds.), *Cognitive-behavioral approaches to psychotherapy*. London: Harper & Row.
- LIOTTI, G. (1987). The resistance to change of cognitive structures: a counterproposal to psychoanalytic metapsychology. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 87-104.
- LIOTTI, G. (1988). Attachment and cognition. In C. Perris, I. Blackburn & H. Perris (eds.). *Cognitive psychotherapy: theory and practice*. Berlin: Springer-Verlag.
- LIOTTI, G. (1989). The resistance to change of cognitive structures: theoretical remarks from a constructivistic point of view. In W. Dryden & P. Tower (eds.), *Cognitive psychotherapy: Stasis and change*. London: Cassell.
- LIOTTI, G. (1991). Egocentrism and the cognitive psychotherapy of personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*
- LIOTTI, G. (1993). Il significato delle emozioni e la psicoterapia cognitiva. In AA. VV. *Conoscenza ed emozioni*. Roma: Editori Riuniti.
- MAHONEY, M. J. (1982). Psychotherapy and human change process. In J. Harvey & M. Parks (eds.). *Psychotherapy research and behavior change*. Washington: American Psychological Association.
- MAIN, M., KAPLAN, N. & CASSIDY, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation. In I. Bretherton & Walters (eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 66-107.
- MANICINI, F. & SEMERARI, A. (1985). *La psicologia dei costrutti personali: saggi sulla teoria di G. A. Kelly*. Milano: Franco Angeli.
- MELTZOFF, A. N. (1981). Imitation, intermodal coordination and representation in early infancy. In G. Butterworth (de.). *Infancy and epistemology*. London: Harvester Press.
- PIAGET, J. (1967). *Biologie et connaissance*. Paris: Gallimard.
- POLANYI, M. & PROSCH, H. (1975). *Meaning*. Chicago: Chicago University Press.
- RICKS, M. H. (1985). The social transmission of parental behavior. In I. Bretherton & Walters (eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 211-230.
- ROSEN, H. (1985). *Piagetian dimensions of clinical relevance*. New York: Columbia University Press.
- SAFRAN, J. (1990). Toward a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory. *Clinical Psychology Review*, 10, 87-105.
- SAFRAN, J. & GREENBERG, L. (1987). Affect and the Unconscious: A cognitive perspective. In R. Stern (de.) *Theories of the Unconscious and theories of the Self*. Hillsdale: The Analytic Press.
- SAFRAN, J. & SEGAL, Z. (1990). *Cognitive therapy: An interpersonal process perspective*. New York: Basic Books.
- STELMACH, G. E. (1982). Control theories in motor behavior. *Acta Psychologica*, 50, 83-105.
- STERN, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. York: Basic Books.
- VILLEGRAS, M. (1993). La entrevista evolutiva. *Revista de Psicoterapia*, 14-15, 38-87.

ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS

(ASEPCO)

La Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas (ASEPCO) agrupa a profesionales de la Psicoterapia y a psicólogos en formación de orientación cognitiva. En la actualidad subsisten diferentes modalidades psicoterapéuticas que pueden ser denominadas genéricamente como Psicoterapias Cognitivas. La necesidad de facilitarles un marco institucional y asociativo en nuestro país ha dado origen a nuestra Asociación, que en fecha 27 de octubre de 1992 ha sido reconocida por el Ministerio del Interior e inscrita con el número 113.710 en el registro de Asociaciones.

Socios:

ASEPCO cuenta con una sección integrada por psicoterapeutas acreditados de acuerdo con los criterios establecidos por la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas) y admite como socios adherentes a todos aquellos que se hallen en periodo de formación. Para formar parte de la Asociación se requiere presentar una solicitud de ingreso, acompañada de la siguiente documentación:

- a) Titulación (fotocopia del original),
- b) Curriculum personal, profesional y académico documentado,
- c) Justificante de haber satisfecho la cuota de ingreso.

Objetivos:

- Fomentar la investigación y el estudio en psicoterapia cognitiva.
- Promover la formación permanente de los miembros acreditados y posibilitar la acreditación de los miembros adherentes.
- Organizar actividades de divulgación científica tales como conferencias y congresos.
- Colaborar con entidades afines y establecer lazos institucionales con asociaciones homólogas de ámbito internacional.

Información e inscripciones:

- Para inscribirse como socio de ASEPCO enviar la documentación requerida y la cuota de ingreso mediante un talón a nombre de ASEPCO (ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS) por el importe de 5.000 pts.

Dirigir toda la correspondencia a:

ASEPCO. C./ Numancia 52, 2º 2ª 08029 - BARCELONA
Tel.: (93) 321.75.32

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 where 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 drogaadictos (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 ¿por qué 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 comorbilidad 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.

NAURALEZA 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 (Schachter & 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 comorbilidad 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 realizarla 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 suscitaría 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 transcurso 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 ahorraba 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 ayudarle 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.

Fracos 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 histríonicos prefieren una explicación dramática en vez de una discusión reflexiva sobre sus pensamientos automáticos. Un paciente histrónico 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 debe ser el de confrontar el cliente con su “irrationalidad,” 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 voluntaria 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 voluntaria 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 al 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 theoretical 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.
- PROST, 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.
- SCAchter, 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 latelife 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.

EL CABALLO DE TROYA O LAS TROMPETAS DE JERICÓ: EL PROCESO DEL CAMBIO EN PSICOTERAPIA

Manuel Villegas Besora

Facultat de Psicología, Universitat de Barcelona

mvillegas@psi.ub.es

In this article the process of change in psychotherapy is compared to the siege, destruction and reconstruction of a town. The classical and biblical epic poems of the conquest of Troy and Jericho, become metaphors of different strategies to promote change in psychotherapy. The strategy of the horse of Troy is presented as an appropriate metaphor to change without resistance, whereas the demolition of the walls of Jericho by the uproar of trumpets represents the attempt to defeat the town's resistance. The meaning and the application of these strategies to the psychotherapeutic process of change are illustrated by means of different cases.

Key words: *Change, resistance, psychotherapy, process, therapeutic balance*

INTRODUCCIÓN

Cuando empiezo a escribir este artículo el régimen de los talibán ya ha caído en Kabul y un nuevo gobierno provisional ha sustituido el del mulá Omar en Afganistán. Las mujeres, sin embargo, continúan llevando *burka* y sigue aplicándose la pena de muerte por lapidación. Se ha producido un cambio en las estructuras de poder y en las alianzas políticas, a causa de las toneladas de bombas y misiles teledirigidos, lanzadas por los americanos, pero las formas de vida del país apenas han cambiado, subsisten prácticamente invariables los esquemas mentales e ideológicos que constituyen la cultura de un pueblo.

Esta situación, como tantas otras que podríamos detectar a través de la historia, pone de manifiesto la dificultad con que se producen los cambios en la sociedad, producto finalmente de la evolución, más que de las guerras o de las revoluciones; muestra la diferencia entre los cambios externos, obtenidos por la fuerza, y los internos, fruto de un proceso de crisis de antiguas estructuras y acomodación a otras nuevas, que permiten la viabilidad de cualquier sistema epistemológico, su funcio-

namiento más adaptado y satisfactorio, en un medio constantemente cambiante.

La subsistencia de un sistema vivo depende, en efecto, del balance resultante en la dialéctica entre los procesos de mantenimiento y cambio de su estructura. Dada la tendencia natural de todo sistema autoconstituido a mantener invariable su estructura (lo contrario supone la muerte) es lógico que la tendencia espontánea sea la de privilegiar la morfoestasis (mantenimiento de las estructuras ya constituidas) frente a la morfogénesis (generación de nuevas estructuras) en caso de conflicto. Observaciones etológicas recientes ponen de manifiesto que en ausencia de presiones ambientales, por ejemplo inexistencia de depredadores, los organismos biológicos tienden a ahorrar energía en detrimento del tamaño o de la formación de neoestructuras, que se hallan desarrolladas, en cambio, en individuos de la misma especie que viven en otros hábitats donde la competencia por la subsistencia es mucho mayor.

No todos los seres se hallan dotados genéticamente de la misma flexibilidad en sus estructuras adaptativas, siendo la regla general que cuanto más primario es un ser vivo, tanto más rígido es su comportamiento y menos capacitado está para generar cambios adaptativos y al revés. Aunque evidentemente esta regla no sirva probablemente para el mundo microscópico, donde muchas moléculas muestran una gran capacidad de mutación, ni de forma invariable en el macroscópico, donde grandes organismos, como los dinosaurios, han sucumbido a cambios drásticos del ambiente, al ser incapaces de modificar su estructura para adaptarse a ellos.

La complejidad estructural, de todos modos, se ha demostrado la gran aliada del ser humano en su capacidad de adaptación a condiciones ambientales no sólo muy diversas, sino también adversas. Gran parte de la flexibilidad de los seres humanos proviene no ya de su estructura biológica, sino de los sistemas de conocimiento construidos a través del tiempo que le permiten mediar en su relación con el medio exterior. Esta característica que vale para la especie, sirve también para el individuo, el cual, a lo largo de su vida se ve sometido no sólo a un proceso de evolución interna de sus estructuras de conocimiento, sino también de presión externa que le fuerzan a poner en juego estrategias de construcción de nuevas estructuras, capaces de hacer frente a los retos que le imponen tanto su propio desarrollo, como el de la sociedad que le envuelve.

De este modo, casi de forma inevitable, el ser humano se ve abocado innumerables veces a lo largo de su vida a la experiencia del cambio: de arrastrarse a gatas a caminar erguido; de comunicarse de forma inarticulada a emplear un lenguaje sumamente rico y matizado; de pensar ingenuamente o de creer en poderes mágicos a desentrañar los misterios de la composición de la materia; de aceptar las normas parentales de forma acrítica a desarrollar una comprensión compleja de las relaciones humanas y sociales. A pesar de esta gran flexibilidad de las estructuras de conocimiento humano, tampoco éstas se libran de la tendencia a autoperpetuarse, cerrándose, una vez constituidas, a cambios que pueden ser vividos como amena-

zadores de su integridad, de acuerdo con lo que tan expresivamente proclama el proverbio que “*más vale loco conocido, que sabio por conocer*”.

Trasladada al ámbito psicológico o psicoterapéutico esta tendencia espontánea al mantenimiento de la estructura frente a las incertidumbres del cambio se la ha llamado tradicionalmente “resistencia”. No vamos a tratar aquí de dilucidar si esta resistencia es producto de una mala gestión de los recursos terapéuticos por parte del terapeuta o de una oposición del paciente a los intentos de éste, cuestión para la que remitimos al lector a las consideraciones de los artículos de otros autores con quienes compartimos este número monográfico. Somos conscientes que atribuir al paciente los esfuerzos de oposición al cambio, denominados por Freud (1912) “resistencia”, puede ser considerado hoy en día “políticamente incorrecto”, pero también que ignorar la necesidad de morfostasis o mantenimiento de la estructura por parte de cualquier sistema puede resultar ingenuo, cuando no perjudicial. Hacemos nuestras, a este propósito, las palabras de Antonio Semerari (1991) quien reconoce, por una parte, la inutilidad del concepto, al tiempo que pone de manifiesto su correspondencia con el de neurosis.

“Si entendemos por resistencia una intencionalidad inconsciente de poner obstáculos a la cura, es evidente que no hay nada de esto. El sentimiento negativo hacia el analista y no la simple y directa expresión de estos esquemas del paciente tienen relación con el problema por el cual ha sido requerido el tratamiento. Si, por el contrario, entendemos el hecho de que los esquemas del paciente son de tal naturaleza y organización como para poner obstáculos a la resolución del sufrimiento, entonces la definición de resistencia coincide en la práctica con la de neurosis y en este caso el concepto de resistencia aparece como superfluo”.

Más que hablar, pues, de resistencia nos interesa más bien plantear tal fenómeno desde la comprensión del funcionamiento del proceso de cambio en psicoterapia. Para ello echaremos mano, a modo de metáfora, de dos relatos legendarios procedentes de una doble fuente, la tradición histórica greco-romana y la bíblica: el primero hace referencia a la conquista de Troya por parte de los griegos; el segundo a la toma de la ciudad de Jericó por parte del pueblo de Israel.

El caballo de Troya

A fin de apoderarse de la ciudad de Troya, después de un asedio infructuoso de diez años, recurrieron los griegos a la astucia. Simulando una retirada y habiendo prendido fuego a su campamento, dejaron frente a las murallas de Troya un enorme caballo de madera, repleto de soldados en su interior, haciendo creer que se trataba de una ofrenda a la diosa Palas (Atenea) para que protegiera su retorno a la patria. Sinón, un cómplice de los griegos, convenció a los troyanos para que introdujesen el caballo como trofeo de guerra en el interior de la ciudad, y llegada la noche, liberó a los guerreros del vientre del caballo, los cuales abriendo las puertas de las murallas

a sus compatriotas, la tomaron y arrasaron por completo. Homero alude a esta leyenda en su poema épico sobre Ulises –al final del canto VIII de la Odisea- y Virgilio la cuenta así en el libro II de la Eneida:

“Quebrantados por la guerra y contrariados por el destino en tantos años pasados, los caudillos de los griegos construyen, por arte divino de Palas, un caballo tamaño como un monte, cuyos costados forman con tablas de abetos bien ajustadas, y haciendo correr la voz de que aquello es un voto para obtener feliz regreso, consiguen que así se crea. Allí, en aquellos tenebrosos senos ocultan con gran sigilo la flor de los guerreros, designados al efecto por la suerte y en un momento llenan de gente armada las hondas cavidades y el vientre todo de la gran máquina... Al punto hacemos una gran brecha en la murallas, abriendo así la ciudad; todos ponen manos a la obra, encajan bajo los pies del caballo ruedas con que arrastrarlo más fácilmente..., así escala nuestros muros la fatal máquina preñada de guerreros... Simón, protegido por los hados de los dioses, crueles para nosotros, abre furtivamente a los griegos encerrados en el vientre del coloso su prisión de madera... Invaden la ciudad sepultada en el sueño y el vino, matan a los centinelas, abren las puertas, dan entrada a todos sus compañeros y se unen a las huestes que los esperan para dar el golpe”.

Las trompetas de Jericó

El relato bíblico de la toma de Jericó, compuesto de elementos narrativos y dramáticos muy parecidos al anterior -ciudad amurallada que se resiste al cerco, intervención divina, uso de estrategias y mediación de cómplices, toma y destrucción final de la ciudad por parte de los sitiadores- se encuentra descrito en el Libro de Josué, cap. VI, vv. 1-21:

“Jericó estaba cerrada a cal y canto por miedo a los israelitas; nadie salía ni entraba. Yahvéh dijo a Josué: “Mira yo pongo en tus manos a Jericó y a su rey. Vosotros esforzados guerreros, todos los hombres de guerra rodearéis la ciudad dando una vuelta a la ciudad. Así harás durante seis días. Pero siete sacerdotes llevarán las siete trompetas jubilares delante del arca. El séptimo día daréis la vuelta a la ciudad siete veces y los sacerdotes tocarán las trompetas. Cuando oigáis la voz de la trompeta todo el pueblo prorrumpirá en un gran clamoreo y el muro de la ciudad se vendrá abajo. Y el pueblo se lanzará al asalto”... Josué había dado esta orden al pueblo: “No gritéis ni dejéis oír vuestras voces; que no salga ni una palabra de vuestra boca hasta el día en que yo os diga gritad: Entonces gritaréis”. Hizo que el arca de Yahvéh diera la vuelta a la ciudad una vez...y se hizo lo mismo los seis días siguientes. Al séptimo día se levantaron con el alba y dieron la vuelta a la ciudad, según el mismo rito, siete veces. La séptima vez los sacerdotes tocaron la trompeta y Josué dijo al pueblo:

Lanzad el grito de guerra porque Yahvéh os ha entregado la ciudad... El pueblo clamó y se tocaron las trompetas. Al escuchar el pueblo la voz de la trompeta prorrumpió en un gran clamor y el muro se vino abajo. La gente escaló la ciudad, cada uno frente a sí y se apoderaron de ella. Consagraron al anatema todo lo que había en la ciudad, hombres, mujeres, jóvenes y viejos, bueyes, ovejas y asnos a filo de espada".

EL CABALLO DE TROYA COMO METÁFORA DEL PROCESO DE CAMBIO EN PSICOTERAPIA

Hemos indicado algo más arriba las similitudes entre ambos relatos, pero nos interesa ahora señalar la gran diferencia que separa el uno del otro. En ambos la ciudad, largamente asediada, sea Troya o Jericó, termina por ser ocupada y destruida por sus sitiadores; pero independientemente de los actores divinos o humanos o de los escenarios geográficos de un relato u otro, la gran diferencia reside precisamente en el método usado por los sitiadores para acceder al interior de la ciudad. En la narración bíblica las murallas de Jericó deben ser abatidas antes que el pueblo de Israel pueda tomar la ciudad, mientras que en el poema homérico este objetivo se consigue sin necesidad de derruirlas: el caballo es introducido entusiásticamente en el interior de la muralla por los propios habitantes de Troya.

La idea que queremos extraer de la comparación entre ambos relatos es que la conquista de la ciudadela es posible, como demuestra la proeza del caballo de Troya, sin la destrucción de las murallas, es decir sin provocar resistencia. Si extendemos la metáfora al proceso terapéutico podríamos concluir que existen básicamente dos estilos de terapia, aquellos que intentan producir cambios mediante el asalto directo a las murallas, generando posiblemente una fuerte resistencia, y aquellos que intentan facilitar el cambio desde dentro, sin un ataque frontal a las estructuras defensivas del sistema, sino a través de la complicidad del propio paciente y en base a las posibilidades de evolución del propio sistema.

Abusando, probablemente, de la fuerza metafórica de ambas gestas legendarias nos atrevemos a proponer su estructura narrativa como una analogía de todo el proceso terapéutico. En primer lugar, entender la psicoterapia como una intervención dirigida a resolver una situación de asedio de un sistema en **crisis**, cerrado sobre sí mismo en las murallas de sus defensas, imposibilitado para su evolución. Esta situación suele acarrear un gran sufrimiento, constituido por privaciones e intensas vivencias de angustia o depresión, que se prolongan habitualmente durante semanas, meses o, incluso, años. Un asalto, en segundo lugar, al corazón de la ciudadela, cuyo objetivo terapéutico es la destrucción o **deconstrucción** de las estructuras –sistemas de constructos o de creencias- que mantienen la situación de asedio o de estancamiento, convertidas en su propio enemigo interno, impidiendo su ulterior desarrollo y su adaptación al medio externo. Una **reconstrucción**, en último lugar, con el mínimo desgaste posible del sistema, de modo que la nueva estructura nacida

de la intervención terapéutica sea más abierta y adaptada a sus propias necesidades, manteniendo al máximo su integridad y coherencia internas, en base a la recuperación y reutilización de todos los elementos que lo componen. Se trata no tanto de una sustitución *ex novo* de las antiguas estructuras que regían el sistema, cambio de un sistema por otro, sino de su reestructuración en un nuevo orden, fruto de un proceso de evolución y de generación de neoestructuras, formadas a partir de las potencialidades de desarrollo de las ya existentes.

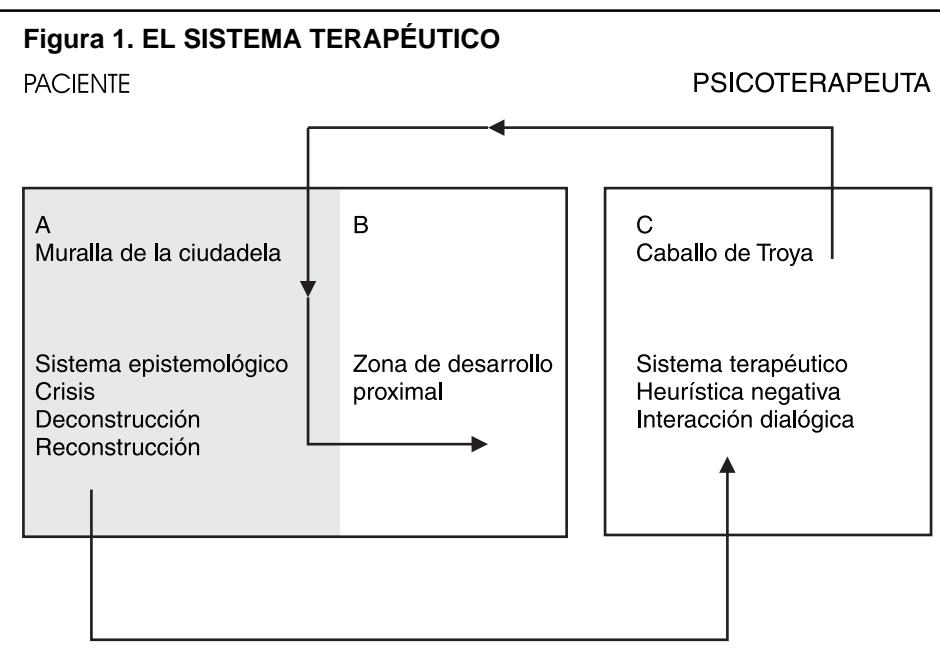
Para este proceso parece mucho más indicada la estrategia del caballo de Troya que la de las trompetas de Jericó. La primera supone una colaboración del propio sistema, mientras que la segunda da a entender un fuerte ataque exterior y una intensa resistencia interna y hace referencia más que a determinados modelos de psicoterapia a estilos de intervención invasivos o intervenciones extemporáneas o inapropiadas al momento del proceso en que se producen. La aplicación de la metáfora del caballo de Troya requiere una representación en cierto sentido inversa del relato homérico. Significa ante todo entender la muralla como una estructura que debe ser protegida, puesto que indica la existencia de unos límites claros que permiten a la persona mantener el sentido de unidad y consistencia interna, así como el de independencia frente al mundo exterior. Requiere, por otra parte, entender el asedio a la ciudadela como una crisis interna del propio sistema que pone en juego fuerzas de naturaleza morfogenética que pugnan por el cambio para el que busca aliados en el mundo exterior. La complicidad del sistema al abrir a través de la demanda de ayuda sus puertas a la acción terapéutica, representada en la metáfora por la introducción del caballo en el interior de la muralla (Figura 1), ha de permitir el desarrollo de un proceso de cambio hacia neoestructuras que hagan posible la continuidad del sistema de forma más libre y autónoma.

Concebida la evolución psicológica como una serie sucesiva de construcciones epistemológicas -sistemas de reglas y recursos cognitivos, afectivos y operativos- con que se construye la realidad, y los pasos de unos sistemas a otros como crisis y reestructuraciones de éstos a fin de ajustarlos a la complejidad creciente de sus interacciones con el mundo, podemos entender por qué cualquier bloqueo en ese proceso de reestructuración puede ser el origen de una disfunción o inadaptación psicológica, que da origen a un notable sufrimiento.

En situaciones normales las crisis epistemológicas se resuelven generalmente a través de un proceso dialéctico interno o externo que lleva a una ampliación del sistema. Para un niño de seis o siete años la incongruencia entre el pensamiento mágico y el realista origina una crisis respecto a sus creencias sobre los Reyes Magos, que puede solucionar por sí mismo o con la ayuda de otros agentes sociales coetáneos o de mayor edad. Una gran cantidad de estudios demuestra que en los niños la interacción con los adultos promueve el cambio epistemológico de forma mucho más rápida y eficaz que con los coetáneos o consigo mismos en solitario.

Probablemente una ventaja semejante es la que obtiene el paciente en psico-

Figura 1. EL SISTEMA TERAPÉUTICO



terapia de la interacción con un agente social, en este caso el terapeuta, a causa más que de sus conocimientos especializados en psicología, de una preparación metodológica específica en el arte de favorecer el desarrollo epistemológico de un sistema individual, familiar o de pareja.

Nos parece que la mejor imagen que se puede ofrecer de la interacción en psicoterapia procede de la adaptación del pensamiento de Vygotsky a propósito de la función pedagógica y socializante de la crianza o educación. Para Vygotsky el niño sigue un programa evolutivo marcado por sus propias capacidades innatas y las necesidades inmediatas derivadas de su interacción con el mundo. Pero este programa no se desarrolla espontáneamente sin la intervención de agentes sociales que dialécticamente promueven su evolución, al tiempo que le transmiten sus instrumentos culturales de pensamiento y acción.

Una representación gráfica de este tipo de interacción es la que hemos intentado reflejar en la Figura 1, donde la parte sombreada A representa el sistema epistemológico del paciente en un momento determinado de su desarrollo. La parte en blanco B representa la zona de desarrollo proximal que potencialmente puede conseguir el sistema epistemológico A sin pérdida de coherencia interna ni autodestrucción de su identidad. Se trata de una zona de reestructuración epistemológica que implica el desarrollo de una mayor complejidad autoorganizativa. Vygotsky llama a ésta «zona de desarrollo *potencial o proximal*», y la define como «la distancia entre el nivel de desarrollo real, determinado por la resolución de un

problema sin ayuda, y el nivel de desarrollo potencial, determinado por la resolución de un problema bajo la guía del adulto o en colaboración con compañeros más competentes» (Vygotsky, 1978). Esto no significa ni en el campo de la pedagogía, ni mucho menos en el de la psicoterapia, que el adulto o, en nuestro caso, el agente social externo al sistema epistemológico que es el terapeuta, transmitan fórmulas elaboradas de resolución de problemas o, menos aún, la solución directa de los mismos. Al contrario, la función del terapeuta es la de facilitar la reorganización autónoma del sistema a partir de sus propios recursos, potenciados por la interacción específica, propia de la psicoterapia.

La intervención psicoterapéutica viene representada en la figura 1 por el Cuadro C. Éste representa un sistema terapéutico, idealmente vacío de contenido, como hueco era el vientre del caballo troyano, para posibilitar la recepción en su interior del sistema del paciente por parte del terapeuta y la sucesiva interacción dialógica con él. De esta forma el terapeuta, a partir de la reproducción comprensiva de la estructura del sistema del paciente y, utilizando sus propios términos, se convierte en agente del diálogo interno, facilitando el proceso de cambio o de reestructuración autoorganizativa, a través de la exploración de la estructura actual del sistema y de sus posibilidades evolutivas.

LAS CONDICIONES PARA EL CAMBIO TERAPEUTICO

Hablando en términos estrictamente psicológicos podemos afirmar que un proceso de psicoterapia, entendido como un proceso morfogenético o de desarrollo de neoestructuras puede producirse si y sólo si:

- 1) Existe una conciencia de crisis del sistema
- 2) Esta conciencia genera un malestar o sufrimiento suficientemente intenso como para promover una demanda auténtica de ayuda
- 3) Existe una predisposición a vivir la crisis como una oportunidad para el cambio y el aprendizaje y, en consecuencia, a abrir el sistema a un proceso de evolución
- 4) Se interactúa con un interlocutor externo o interno, aliado y cómplice, a la vez que facilitador y acompañante del proceso dialéctico del cambio.

Podría resultar ilustrativo considerar el cumplimiento de estas condiciones a través de un caso de terapia breve –siete sesiones en total- protagonizado por Amélie, una chica francesa de veintisiete años, la mayor de dos hermanas. Lleva dos años en Cataluña, como encargada de una empresa de jardinería propiedad de sus “suegros”, los padres de su novio Roger, con quienes convive, a pesar de tener un apartamento propio, por miedo a encontrarse sola.

Acude a un Centro de Salud Mental, donde, por indicación de la psiquiatra que la lleva, se integra en un grupo de psicoterapia. En el momento de inicio de la terapia, 27 Febrero de 1996, está de baja por enfermedad: sintomatología agorafóbica, acompañada de mareos, ahogos, taquicardias, escalofríos, etc. En momentos de

agudización de los síntomas durante el proceso de terapia somatiza con dolores de cabeza, estómago, bajadas de tensión, cansancio, desgana y pérdida de peso... Los síntomas empezaron a desencadenarse 10 años atrás, cuando la familia de origen se traslada desde París a un pueblo cercano a Toulouse y ella tiene que instalarse en la capital de provincia para sus estudios de jardinería, sintiéndose excluida del grupo de estudiantes locales por su condición de parisina. La última crisis se desencadena de nuevo en Agosto de 1995, durante una visita a sus padres, en Paris, al subir a instancias de su novio, pero en contra de su voluntad, al ascensor de la Torre Eiffel.

Las cuatro primeras sesiones de terapia -entre el 27 de febrero y el 30 de abril- se orientan a la exposición y comprensión del problema que ella atribuye, en síntesis, a un exceso de implicación en el trabajo y a un síntoma de desarraigado. Ha llevado a cabo trabajos en muchos lugares de Francia (ya en París habían cambiado tres veces de casa con su familia) -se siente desarraigada- y finalmente en Cataluña, donde se siente muy bien y ha aprendido a hablar en catalán. Se culpabiliza por haberse ido de casa y haber dejado a sus padres, considera que los tiene olvidados y que les podría pasar -sobre todo a la madre- alguna cosa, estando ella fuera. Desde el mes de agosto del pasado año no ha vuelto a ver a su madre. Le ha llamado, le ha dicho que venía a verla y se siente más tranquila:

“Cuando estoy cerca de mi madre me siento segura; cuando me distancio de la familia me siento culpable; acumulo ansiedad y me aparecen los síntomas”.

Se autoexige mucho en el trabajo, va a “fondo”, sin que nadie se lo pida y sin cobrar más por ello, tal como ha venido haciendo su padre toda la vida. En un trabajo anterior pidió un aumento de sueldo, pero los jefes no se lo dieron, alegando que nadie le pedía que trabajase tanto. Acaba marchando de las empresas no porque la echen, sino porque termina agotada y depresiva en un hospital. Abandona lugar, trabajo y novio y vuelve a casa de sus padres; echa de menos a la madre. Admite que si lo que busca no es dinero, debe ser afecto.

Con su novio actual vive en la ambivalencia: lo quiere pero no consigue ir a la par con él. Roger sale los viernes por la noche con los amigos, ella no va con él porque los lugares cerrados la ponen ansiosa; luego al día siguiente él está cansado y no está disponible para salir con ella a pasear que es lo que le gusta. No sabe si la convivencia será positiva. Quisiera que su novio hiciera como su madre cuando le cogen los ataques de angustia, que estuviera a su lado hablando de cualquier cosa, distrayéndola, no intentando calmarla de modo falso *“tranquila, no pasa nada”*. Reconoce que siente mucha rabia - que dice experimentar desde los 9 años- y se altera cuando ve que no le hacen caso. Entonces le da la taquicardia. Tiende a tener un concepto inferior de su novio, es más joven (25 años), está inmaduro todavía, no se enfrenta a sus padres, etc. El muchacho se encuentra en la típica situación de *“padre e padrone”* respecto a los suyos. Es hijo del empresario y hace de trabajador; no asume responsabilidades; hace tres años que terminó los estudios y no ha hecho

nada por sí mismo. Vive a la sombra y cobijo de sus padres. En esta situación ella tampoco se siente libre para decir las cosas claramente, ni a sus jefes que son sus “suegros” ni a su novio que es el hijo de sus jefes. No ve clara la relación porque en ella se mezclan novio, trabajo y empresa. Se halla triangulada, además con sus “suegros”, aliada con la mujer en contra del marido, lo que le da ciertas ventajas en el trabajo. Estos además se entrometen en su trabajo, duplicando responsabilidades, repitiendo, por ejemplo, pedidos que ella ya ha hecho. No le dejan un espacio propio, por lo que se siente muy incómoda, y le provoca ansiedad.

Se está planteando dejarlo todo. “*Si él no hace algo, -refiriéndose al novio- se romperá la relación por mi parte. No lo soporto más*”. El comportamiento del chico le recuerda el de su padre: trabajador, pero poco preocupado por la gestión de la empresa. No acepta que siendo un hombre esté en situación inferior a ella: “*si no funciona en el trabajo, mis sentimientos irán de capa caída, porque luego me sentiré insegura*”. Por todo ello no está dispuesta a comprometerse.

En la quinta sesión (7 mayo 1996) Amélie explica que ha hablado con sus “suegros”, explicándoles que el origen de su problema es tomarse el trabajo demasiado a pecho, ir hasta el “fondo”. A propósito de la visita reciente de su madre, siente que ha perdonado a sus padres el haberse ido de París a Toulouse; ahora los siente más a su lado, que se preocupan más por ella. Valora que sus padres, a diferencia de dos de sus tíos maternos que están divorciadas, no se hayan separado a pesar de los problemas entre ellos, a causa del trabajo muy absorbente del padre. Aprecia también, en contraste con sus “suegros”, que ellos hayan mantenido a los hijos alejados de la problemática matrimonial y hayan evitado la triangulación. Aunque en el fondo ella siempre se ha sentido preocupada por la madre.

En la sexta sesión (21 mayo 1996) relata una escena que para ella ha sido iluminadora. Estando aún de baja laboral continuaba resolviendo asuntos del trabajo por teléfono, pero un día en que se acercó personalmente a la empresa cogió *in fraganti* a la “suegra” llevándose los archivos de su despacho a otra parte. Esto le causó a Amélie un enorme impacto emocional, en forma de rabia o enfado, desencadenando en el acto una fuerte crisis de ansiedad, que le desapareció de repente en el momento en que pensó “*esto se ha acabado*”. En este momento comprendió la relación intrínseca entre agitación emocional y ataque de pánico. Decidió que no volvería a trabajar más en la empresa, que se autodespedía y así se lo comunicó al novio:

“*Trabajo demasiado y me he metido donde no me llamaban; lo siento acabo con todo, también con nuestra relación, porque no lo veo claro. ..*

“*Todo esto me ha llevado a una crisis: Yo estaba bien, comía bien..., pero ahora he vuelto a estar nerviosa, a pedir quilos, a tener crisis, voy a terminar en el hospital... Esto no puede continuar así. Se acabó. Empiezo de cero. Vuelvo a mi apartamento*”.

El novio mostró su comprensión por la decisión tomada, pero le pidió que se

quedara a trabajar cerca de su domicilio para poder continuar la relación de pareja. Le prometió que hablaría con sus padres y según como fueran las cosas también él se marcharía. Pero esos buenos propósitos duraron cuatro días. Volvieron las dudas, ambigüedades e inseguridades de él; le pidió que volviera a hablar con sus padres, que todo se arreglaría; a lo que ella respondió:

“Si tu no quieres irte, no te vayas; tienes que trabajar para los tuyos; pero déjame marchar a mí; no puedo continuar de este modo, porque acabaría totalmente enferma”.

En la séptima sesión (28 mayo 1996) Amélie se siente mejor: come y duerme mejor, no siente miedo de estar sola en el apartamento, vuelve a coger el coche... Ha encontrado un trabajo en otra ciudad de Cataluña, donde ha alquilado ya un apartamento: ocupará el cargo de responsable de un Garden Center; los nuevos jefes no trabajan en el mismo lugar, le ceden a ella toda la responsabilidad. Empieza a trabajar a finales del próximo mes de junio

Ha roto con el novio; irá a vivir sola. No quiere empezar una nueva relación hasta que se sienta suficientemente fuerte. No quiere volver a repetir los mismos esquemas. Desea tener hijos, pero no tiene prisa; siente que la persona con quien haya de compartir la vida debe ser alguien con suficiente madurez para no necesitar apoyarse en ella, todo lo contrario de su novio actual. Ahora ya no necesita volver a casa de sus padres. Por primera vez en la vida se siente libre y capaz de buscar su propia realización: sabe que es una buena profesional y que no debe mezclar más las cosas (trabajo y relaciones afectivas). Continuará la terapia en la nueva ciudad (mantenimiento); quiere consolidar los resultados obtenidos, porque sabe están todavía demasiado tiernos. En la última sesión resume así ante el grupo los beneficios de la terapia y su proceso de cambio:

*TERAPEUTA: Tú misma nos has dado una buena lección de psicoterapia
AMÉLIE: Lo que sí puedo decir es que estoy muy contenta; si no hubiese hecho psicoterapia estaría muy mal, jeh! Por que no encontraba mi lugar, no estaba en el buen camino, pero tampoco lo quería aceptar... Si no aceptas, no puedes comprender y si no comprendes no puedes encontrar la solución; pero me ha ido muy bien. Si hubiese hecho una terapia antes me habría ahorrado muchos problemas, pero tengo un carácter que hasta que no toco hondo no reacciono.*

Antes siempre esperaba que los demás se diesen cuenta; yo pensaba que con sólo trabajar la gente se daría cuenta de mi valor. Ahora se me acercan las personas: si estás más fuerte, más positiva y tal, la gente se te acerca; la gente no está para historias; si estas jodido te tratan como a un leproso en la Edad Media; la gente se aparta. Ahora la cosas han cambiado muchísimo.

El caso de Amélie resulta paradigmático no sólo del cumplimiento de las condiciones para la verificación de un proceso de psicoterapia, sino de la naturaleza

del cambio. Acude a psicoterapia en un estado de clara conciencia de crisis del sistema (Criterio 1); esta conciencia va acompañada de la experiencia subjetiva de un intenso sufrimiento, suficiente como para promover una demanda auténtica de ayuda (Criterio 2); vive la crisis, como una oportunidad para el cambio y el aprendizaje, abriendo el sistema a un proceso de evolución (Criterio 3); interactúa con un interlocutor externo aliado y cómplice, a la vez que facilitador y acompañante del proceso dialéctico del cambio (Criterio 4), el terapeuta y el grupo, que en la concepción de Vygostky (1978) cumple una función que podemos calificar de “mayéutica”.

El proceso de Amélie puede paragonarse bien con la metáfora del caballo de Troya: ella ha abierto las puertas al cuestionamiento de su propio modo de proceder, que considera la fuente de sus problemas; ha establecido una clara conexión entre éste, sus síntomas y su sufrimiento y ha introducido los cambios necesarios tanto a nivel externo –se reconcilia con la familia de origen, rompe los lazos de dependencia en la relación afectiva y laboral que la angustiaban y se independiza personal, laboral y afectivamente-, como interno –modifica su actitud de implicarse en el trabajo más allá de lo que es apropiado, de querer cambiar a los demás, de esperar su reconocimiento; admite la necesidad de continuar la terapia cuando se traslade al nuevo domicilio. Todo ello sin resistencia alguna: el terapeuta y el grupo se han limitado a un papel de cómplices de un proceso autónomo que seguía sus propios pasos; la paciente ha usado la terapia como el contexto de interacción dialéctica donde llevar a cabo su proceso de cambio en una atmósfera de aceptación y comprensión; la crisis del sistema ha sido suficientemente aguda y el reconocimiento de que el malestar se debía a su inadecuación le ha permitido aprender de sus propios errores.

No siempre, sin embargo, existe una percepción clara y distinta de problema, ni siquiera los comportamientos que los manuales clasifican de patológicos son percibidos por quienes los ostentan como fuente de dolor o sufrimiento, antes bien pueden ser considerados por el sujeto como particularidades curiosas, satisfactorias, divertidas o, incluso, objeto de noble distinción. Chiara, una joven italiana que cumple los criterios objetivos para ser diagnosticada como anoréxica restrictiva, vive su dieta como una particularidad, como una distinción privilegiada respecto a los demás.

“No te diré nunca que estoy mal, o que lo mío es una enfermedad y mucho menos un trastorno... desde hace tres años la dieta es la única forma de vida que conozco... La dieta consistía en restringir: lo había eliminado casi todo, excepción hecha de la fruta: sólo manzanas, naranjas, fresas y muchas tisanas. Perder peso significaba una profunda ligereza, mayor dinamismo mental, desprendimiento del mundo y un mayor control sobre él. Lo veía como un monstruo maligno, inclinado a juzgarme, a castigarme, a condenarme. Incluso la gente buena me resultaba adversa porque sienten

compasión por tí y quieren ayudarte... La familia para mí era inexistente; o mejor era el único punto de referencia, pero debía permanecer distante. La presencia de mis padres era indispensable porque me daba seguridad, pero en el momento en que se inmiscuían en mis planes o en mi deseo de aislarme me hacían sentir mal y por tanto les negaba.

Y en este estado me sentía como privilegiada; nunca me he sentido como una enferma. Son los demás quienes te ponen esta etiqueta. Me hubiera gustado que me vieran como una persona distinta. Era una especie de rebelión contra todo. Una forma de negarlo todo y a todos. Todos los modelos preestablecidos para fabricar el mío propio. Estaba buscando mi diversidad y quería imponer mi identidad original. Día a día voy leyendo, clarificandome a mí misma, voy siguiendo. No tengo un terapeuta o escuela de pensamiento que seguir: simplemente sigo el sentido de la vida, el mío”.

EL SUFRIMIENTO COMO MOTOR DEL CAMBIO

Si bien es cierto que no todos los cambios son producidos por la necesidad de superar el sufrimiento, también lo es que éste es uno de los grandes motores del cambio y tal vez es el único criterio que justifica hablar con propiedad de psicopatología, entendida en su sentido etimológico como sufrimiento (*pathos*) de la psique. El mismo DSM lo recoge frecuentemente como criterio definitivo para la clasificación de determinados fenómenos como trastornos psicológicos cuando exige para su diagnóstico el cumplimiento de la condición “malestar clínicamente significativo”, sin el cual difícilmente se producirá, al menos de forma espontánea, una demanda de ayuda terapéutica.

La actitud del paciente debe implicar un deseo de superación del sufrimiento y de la necesidad de introducir cambios con esta finalidad en su vida. El sufrimiento, como han puesto de relieve diversos pensadores, entre los cuales Buda ya varios siglos antes de Cristo, es el motor del cambio. La finalidad de la psicoterapia no es evitar el sufrimiento, sino aliarse con él para promover el cambio. Como observa Maturana (1996) «si no hay sufrimiento no hay deseo de cambio». De este modo puede decirse que el sufrimiento es el aliado inseparable de la terapia, lo contrario de la queja, que sitúa al paciente en una actitud pasiva, y del resentimiento que lo sitúa en una posición vengativa.

Parafraseando las cuatro Nobles Verdades de Buda, Fromm (1976) establece las condiciones en las que el sufrimiento se puede convertir en motor del cambio en la psicoterapia, de este modo:

- 1.- Que la persona sea consciente del estado de sufrimiento en que se halla
- 2.- Reconozca el origen de su malestar
- 3.- Acepte la existencia de un camino para superarlo
- 4.- Admita que para su superación es necesario introducir algunos cambios en su vida o en su modo de pensar, sentir y actuar

Evidentemente no siempre la experiencia del sufrimiento es entendida como una oportunidad para el cambio. Por naturaleza todos los seres vivos rehuyen el dolor, dado que el sistema nervioso está dotado de receptores específicos al dolor y de sistemas de neutralización del mismo que van desde los bloqueadores periféricos a la supresión total de la conciencia a fin de anular la percepción del mismo. La idea que el dolor pueda ser útil para el cambio es pues, en cierta manera, contraria a la lógica natural. Por esa misma razón acuden los pacientes a psicoterapia con la expectativa, en parte mágica, de que una intervención externa les pueda liberar de su sufrimiento. Nuestra sociedad, además, está poco familiarizada con el dolor, para lo que ha desarrollado una medicina y farmacología paliativas de gran alcance, que cubre desde dolores reumáticos y traumáticos, patológicos por su naturaleza, a dolores naturales como los del parto. Esta farmacopea se ha extendido también al sufrimiento psicológico, donde procesos como el duelo son frecuentemente abortados por dosis masivas de antidepresivos, privando a las personas de evolucionar a través del sufrimiento.

No somos contrarios a la utilización de medicamentos paliativos en el tratamiento de las crisis psicológicas, particularmente en sus momentos más agudos, cuando el dolor puede tener un poder fuertemente desestabilizante o incluso destructivo (Villegas, 1998). Tales medicamentos pueden ser útiles y sin duda coadyuvantes en el proceso terapéutico, siempre que se administren de una forma integradora. También es cierto que en determinadas situaciones algunos medicamentos ejercen una función no sólo paliativa, sino también restauradora o reparadora, en cuyo caso resultan totalmente justificados e imprescindibles (Hollon y Davis, 1999).

Simplemente queremos llamar la atención sobre potencialidad transformadora del dolor, frecuentemente ignorada en nuestra sociedad. En todos los casos en que la psicoterapia obtiene un resultado se observa la utilización de este poder del dolor como un elemento clave del proceso. Un breve texto de felicitación del Nuevo Año, escrito casi doce meses después de dar por terminada la terapia y dirigido a su terapeuta por una expaciente a la que llamaremos Katy, lo expresa bellamente:

“Tarde para felicitarte las Navidades pero no para desearte un feliz año nuevo. También quiero agradecerte el haberme ayudado a crecer, haberme ayudado a escuchar mis sentimientos y, por último, haberme ayudado a atravesar el tunel del dolor de la vida y entender que esto es sinónimo de felicidad. Hasta siempre, Katy”.

Pero con frecuencia el dolor se convierte en el foco máximo de atención del paciente. Esta es su motivación de base y su objetivo final: liberarse del dolor. Esta característica es la que a ojos de Freud, convertía el sufrimiento normal en neurótico, dando la razón a aquel aforismo de Perls (1975): "neurótico es aquel que sufre para evitar el sufrimiento". Como tal el sufrimiento es experiencia de lo real que es lo contrario de la ansiedad, anticipación de la experiencia o experimentación

fantaseada de lo que tiene que venir, con lo cual cualquier acción, excepto la evitación, resulta ineficaz.

Es lógico que el ser humano, como buen razonador pragmático (Mancini, 2001), tienda a hacer un balance en términos de pérdidas y ganancias de su estado actual en función de otro estado posible y sólo si este balance sale negativo respecto a la situación actual se motive para el cambio. Ahora bien, no siempre el balance se puede establecer relacionando un estado con otro, sino que a veces se experimenta el malestar de la situación actual, sin ningún punto de referencia con el que compararse. En este caso la motivación para el cambio puede ser prácticamente inexistente, centrándose toda la atención de forma exclusiva en evitar el malestar producido por el estado actual de la situación, dando origen a la queja. Ésta puede llegar incluso a anquilosarse, constituyendo un estilo de vida, en el que se considera un balance más ventajoso quejarse que cambiar, porque la persona –como dicen Prochaska y Prochaska (1999), no puede o no sabe qué cambiar ni cómo hacerlo.

Esta queja asume, con frecuencia, un carácter desesperado que busca implicar a las personas más próximas en un apoyo absorbente y un consuelo incondicional. Otras veces la queja va acompañada de resignación o acomodación a una situación insatisfactoria, que se puede prolongar, cronificándose, durante años, o incluso toda la vida. No es infrecuente encontrarse con pacientes que arrastran un estado depresivo o se han instalado en una dependencia agorafóbica respecto a la pareja durante más de veinte años y sólo acuden a terapia si algún acontecimiento extraordinario viene a romper el precario equilibrio conseguido. Tal es el caso, por ejemplo, de un paciente agorafóbico desde el día de su boda, al que nos hemos referido largamente en otra ocasión (Villegas y Turco, 1999) quien, sólo a propósito de una experiencia homosexual después de 23 años de una vida feliz de matrimonio, inició un proceso terapéutico que terminó con la separación de la mujer, la superación de la sintomatología agorafóbica y el establecimiento de una nueva orientación sexual.

La percepción por sí sola del sufrimiento no basta, pues, para que se produzca una demanda de ayuda para el cambio. De hecho todos los pacientes son conscientes de su sufrimiento, con lo que cumplirían la primera condición establecida por Fromm de acuerdo con las Cuatro Nobles Verdades de Buda para optar al cambio. Tal vez sea éste uno de los primeros objetivos de la terapia, el de convertir la queja en una demanda de ayuda para el cambio (Villegas, 1996). La consecución de este objetivo requiere el cumplimiento de la segunda de las condiciones que Fromm toma del conjunto de las Cuatro Nobles Verdades de Buda: “que la persona reconozca el origen de su malestar”.

Es lógico que en la mayoría de los casos los pacientes lleguen a psicoterapia sin una clara conciencia del origen de su malestar. Para muchos de ellos los síntomas aparecen de forma espontánea, súbita e inexplicable. Otras veces se atribuyen a un proceso acumulativo de experiencias estresantes. O bien son producto de alguna

característica genética heredada o temperamental. En cualquier caso existe una notable dificultad en establecer una conexión entre el sufrimiento y su origen en una insuficiencia del sistema que apunta a una necesidad de desarrollo, y que, por lo mismo, constituye una gran oportunidad de crecimiento y mejora. La tendencia cultural a considerar los errores o las insuficiencias como fallos o fracasos de la persona, y a culpabilizarse por esto, en lugar de verlos como oportunidades para el aprendizaje, contribuye sin duda a agravar esta dificultad.

LA CRISIS O EL RECONOCIMIENTO DEL ORIGEN DEL SUFRIMIENTO

El reconocimiento del origen del sufrimiento psicológico requiere, sin duda, un acto de humildad, pero lo es también de inteligencia, puesto que, gracias a este acto de humildad, etimológicamente de tocar de pies en el suelo, permite recoger los elementos caídos por tierra necesarios para proceder a la reconstrucción del sistema. La conexión entre la experiencia del sufrimiento y su origen es la que hace estallar la crisis del sistema epistemológico, en cuanto se perciben las insuficiencias de éste para hacer frente a la situación creada, que suele ser siempre una situación que clama por una mayor autonomía. El estallido de la crisis puede llegar a constituir un auténtico derrumbe de toda la estructura. Resulta particularmente apropiada, en estos casos, la estrategia del caballo de Troya, a fin de facilitar el proceso de reconstrucción del sistema desde dentro, evitando la destrucción de las murallas, pero utilizando a la vez la intensidad del dolor como un elemento de reconocimiento de las causas de la crisis y un estímulo a la recomposición de todo el sistema.

Nos parece especialmente ilustrativo a este respecto el caso de una paciente de unos 35 años a la que llamaremos Raquel, que, de manera particularmente dramática, permite asistir al momento del estallido de la crisis. Raquel ha sido diagnosticada desde hace algunos años de una hepatitis C. Se ha sometido voluntariamente a un tratamiento experimental que presenta notables efectos secundarios, tales como caída del cabello, pérdida de peso y deficiencia inmunológica, con las consiguientes complicaciones que la acompañan. Una revisión del tratamiento experimental al cabo de un año, demuestra no haber conseguido mejora alguna ni esperanza de conseguirla respecto a su dolencia inicial, de modo que, de acuerdo con su médico, decide abandonar el tratamiento, volviendo a renacer el cabello, recuperar los niveles habituales de resistencia inmunológica y restaurar su peso natural. En el momento de entrar en el grupo de psicoterapia Raquel se halla recuperada de los efectos del tratamiento, respecto al que guarda una profunda decepción. Pero no es éste, sin embargo, el motivo que la lleva a buscar ayuda psicológica. Éste se expresa ya en la primera sesión entre sollozos de desconsuelo y gestos de desesperación. Su padre, al que se halla muy apagada emocionalmente, ha sido diagnosticado hace poco de cáncer de pulmón, lo que le lleva a anticipar un ineludible y próximo final.

La razón de su apego al padre parece, a primera vista, paradójica. El padre,

bebedor alcoholizado, ha sido un maltratador despiadado de la mujer durante todos los años de vida conyugal, hasta el punto de haber tenido doce hijos de ella, que la paciente considera, incluida ella misma, fruto de otras tantas violaciones. Todavía recuerda con horror haber asistido a las palizas que el padre daba a la madre desde una habitación contigua, donde se encerraban todos los hermanos para no ver – “ojos que no ven” - lo que estaba sucediendo, pero sin poder evitar oír los gritos de dolor de la madre, mezclados con los de furia del padre, mientras ella miraba consternada al resto de sus hermanos, esperando que alguien se decidiera a intervenir para evitar o poner fin a aquella degradante situación.

Reprocha, evidentemente al padre esta conducta, pero a la vez se muestra comprensiva con él, puesto que toma en consideración las circunstancias personales que rodearon su infancia y juventud. Huérfano desde corta edad -el padre murió en la guerra y la madre en la cárcel junto a uno de sus hijos en la inmediata postguerra- creció, desatendido en lo básico, de forma marginal, acogido en un asilo del auxilio social, alistándose cuando tuvo edad para ello en la Legión. Allí aprendió todo lo que sabe y es capaz de hacer: aprendió a beber y aprendió a usar la violencia directa como medio para resolver los conflictos y los malos humores. Cree en consecuencia que su padre es más bien víctima de sus circunstancias que verdugo ejecutor de sus iras y se siente en la obligación de reparar la falta de amor que ha sufrido el padre, con la entrega oblativa del suyo.

Con la madre se muestra también compasiva, pero le reprocha no haber sido capaz de haberla librado a ella y a sus hermanos de aquel infierno, de haber sido cobarde por no haberse separado del marido y haber buscado una vida más conforme a las posibilidades reales de la familia, limitando el número de hijos y preocupándose por su educación. La disculpa igualmente a causa de su ignorancia, de las circunstancias de su época, de las influencias de la familia y del medio social. Acusa particularmente a la abuela y a las tíos por no haberla apoyado y no haber cortado aquella situación, dado que eran las personas adultas más próximas a ella que hubieran podido intervenir y poner fin a aquella barbarie.

Toda la vida de Raquel se ha estructurado en función de esta situación familiar, hasta el punto que ha dedicado todos sus esfuerzos a conseguir repararla. Ha intentado realizar en su vida las que considera hubieran sido las ilusiones de su madre: ha tenido sólo dos hijos y ha construido una casa de dos pisos, que hubiera sido el sueño de ella. Incluso durante un tiempo se llevó los padres a vivir a esta casa: les cuidaba y miraba de hacerles la vida agradable; llegó a pagarles un viaje a Mallorca y a las Canarias, que para el padre fue algo extraordinario. Pero esta situación idílica se vio interrumpida a causa de una hermana menor que pleiteó con ella por motivo de un negocio que tenían en común. A pesar de que Raquel le entregó el negocio a la hermana con notable perjuicio para su propia economía y su realización profesional, las repercusiones de esta desavenencia influyeron en que los padres tomaran partido por la hermana y se marcharan de su casa.

El dolor y el desespero actuales de Raquel tienen que ver con la percepción del acortamiento de vida que amenaza al padre. Siente que su necesidad de redimirle no va a ser posible a causa del poco tiempo que le queda de vida. Esperaba que lo que ella no consiguiera en esta vida, lo obtuviera al menos en la otra: que Dios se apiadara de él y le acogiera en su regazo en el momento de su muerte. Pero ahora se ha desatado una crisis de fe a causa de todos estos acontecimientos: ha dejado, según sus palabras, de creer en Dios y de creer en los hombres. Inicia la sesión refiriéndose a un estado de irritación constante que no comprende y que la hace sentir muy mal consigo misma y con los demás:

RAQUEL: Últimamente me descontrolo por nada. Estoy muy mal. Lo que ha cambiado es que estoy siempre enfadada. Me enfado con mi marido. Por nada. He cambiado unas cosas por otras; antes era muy celosa; no podía soportar que mi marido mirara a otra mujer, ni por la calle, ni en la tele... No hacía más que comer. Me escondía. No estaba bien conmigo misma... Ahora eso ha cambiado por un enfado constante. Estoy siempre enfadada. En todo. Contesto mal a mi hija. No entiendo qué me está pasando. Estoy enfadada por todo... Porque debería estar bien y estoy mal... Estoy enfadada con todo, con las cosas que creía y ya no las creo (llora)... Antes creía mucho en Dios, y ahora no creo.. Cuando estuve tan mal me aferré a la fe y me iba muy bien. Me paso todo el día pensando que no existe Dios, que qué injusto es, porque si realmente existe cómo quiere que yo crea en él. Porque ¿qué hace por mí?; no hace nada, ni por mí ni por mi padre. Porque no hace nada por nadie.... Son tonterías que me pasan por la cabeza. Y lo veo todo negativo y no puedo cambiarlo. Mi rabia es más fuerte. ¿Por qué estoy enfadada? Es que no lo sé. Es una mezcla de pena, de tristeza y rabia...

Últimamente no me quiero levantar; me quedaría durmiendo. Si no me levanto, no me entero. Y si me levanto hago lo que puedo, que me cuesta mucho hacer las cosas. Estoy en el sofá. Porque cuando vienen y me preguntan qué quiero, salto; no quiero hablar. Y no sé si las cosas que estoy pensando son reales o no lo son. No sé si veo las cosas como son o algo en mí se está volviendo loco. Y que esté tan mal. No lo entiendo. Realmente no sé por qué.

TERAPEUTA: *Antes te ponías celosa y ahora está enfadada con Dios, con todo el mundo.*

RAQUEL: Me pregunto: "¿dónde estás? ¿Dios mío, dónde estás?... Tal vez cuando muera y vuelva a nacer... Lleno el tiempo así. Hace más de un mes que estoy así. Cuando empecé el tratamiento que ya empecé a estar bien yo, estaba muy bien yo, yo estaba que tocaba el cielo... Y de repente mi padre coge cáncer... Yes cuando me dije no puedo más. Pienso que será eso (llora)... Yo estaba yendo todos los días a la quimio. Pero de repente

ya no voy a verlo, tampoco. Pero no sé por qué no voy. Tal vez porque si no lo veo no sufro... Mi hija está con depresión y seguro que es culpa mía; porque si yo no estoy bien, cómo va a estar bien ella... Yo no sé si siempre ha sido igual... En la visita que tuve con el Dr. me dijo que todavía seguía teniendo el virus; también me entró rabia... Mi cabeza está embotada

TERAPEUTA: *Lo que no entiendo muy bien es si empezaste a sentirte tan enfadada después de la visita al médico o a propósito de la enfermedad de tu padre.*

RAQUEL: *Todo fue en el mismo mes de septiembre. Yo estaba ilusionada. Esperaba la visita del médico (en referencia al control del tratamiento experimental). Me había vuelto a crecer el pelo, había engordado. Pensaba: "ves lo has pasado mal, pero lo has conseguido". Fui a la visita y el médico me dijo que no. Que no había vencido el virus. Había cambiado la dieta, los hábitos de comida... Pensé que nada había servido de nada; que no había valido la pena. Y a los pocos días va mi padre al médico y el médico le dice que tiene cáncer de pulmón.*

Lo que yo sentí en la consulta del médico fue rabia, pero respecto a mi padre sentí tristeza, mucha tristeza. No sé qué conexión hay entre una cosa y otra; y no sé cómo desentrañarlo... Yo pensaba: "si yo consigo aguantar hasta el final (del tratamiento), conseguiré matar el virus". Como estaba con la fe pensaba que éste será mi premio. Y me agarré tanto a la fe y a mi premio... A veces pienso que yo soy así. Algo no está bien en mi cabeza

TERAPEUTA: *Algo no está bien en tu cabeza, o tal vez en tu corazón. Es la rabia. Ahora no por casualidad esta rabia se vuelve contra Dios, porque Dios es el depositario de nuestra fe. Esta fe, al no...*

RAQUEL: (interrumpiendo) *Es que yo había confiado mucho en Dios. En mi casa no se creía en nada... Pero yo recuerdo que cuando mi padre pegaba a mi madre nos metía en una habitación y yo estaba en un rincón siempre y hablaba con Dios y le pedía que nos salvara ya, que lo curara. Tendría seis o siete años. Yo crecí siempre hablando con Dios, y cuando he pasado un mal momento me he dirigido a Él. Lo había hecho como un amigo para mí... Me había refugiado mucho en él... Y ahora cuando le paso cuentas descubro que no está, y me duele descubrir que no está; y me paso los días soñando con eso.*

TERAPEUTA: *Ese Dios con el que hablabas, imaginario o no, representaba el deseo de que las cosas fueran de otra manera. Ante la impotencia del niño para cambiar la realidad, no podías cambiar a tu padre. No podías cambiar que tu padre dejara de pegar a tu madre. Tú eso lo sentías como algo malo, pero no podías hacer nada. Te refugiabas en tu parte buena. Ese Dios representaba tu parte buena que quería que las cosas fueran de otra manera. Pero pedías como un milagro y el milagro tampoco llegaba. Ese*

milagro nace de ese.. buscabas un poder superior. Alguien que... (RAQUEL: Sí) y ahora toda esa fe que has puesto no ha tenido el premio que tú esperabas. Y ahora eso te produce mucha rabia...

Tal vez has esperado que mágicamente llegara alguna fuerza de fuera, en ese caso del más allá y lo solucionara todo. Y te ha fallado ese alguien porque tal vez no existe y si existe ha dejado que el mundo y las personas seamos libres, y por tanto no interviene. La cosa es que no ha intervenido... Tal vez esa crisis te pueda llevar a entrar en contacto contigo misma. De niña no podías hacer nada, pero de mayor tal vez puedas hacer algo. Tal vez no para cambiar la realidad, tal vez no puedes con el virus, pero tal vez puedes con la tristeza. Porque la tristeza es nuestra, mientras que el virus viene de fuera... En tus deseos había siempre una parte de bondad. Esta parte de bondad la puedes recuperar.

RAQUEL: No sé cómo

TERAPEUTA: ¿Tú qué querías para tu padre?

RAQUEL: Yo es que he intentado siempre justificarlo. (TERAPEUTA: Ajá). He intentado que mi madre lo entendiera. No estaba en mi poder eso; pero lo he intentado. He intentado que ella lo entendiera; que si mi madre lo trataba bien, era bueno, que lo tenía que tratar bien. Es lo que yo decía siempre a mi madre: "trátalo bien; cuando venga mal no le digas nada". Entonces yo ahora pensaba "ya son mayores; nunca han sido felices; siempre han sido unos desgraciados; pues por lo menos... que puedan disfrutar en su vejez, y no... ¡un cáncer!. Parece un castigo ¿no?. Y eso me hace sentir mal.

TERAPEUTA: Tú interpretas estas situaciones en términos de premio y castigo. Y ¿quién da el premio y quién da el castigo?

RAQUEL: Si existiera Dios..., pero como no existe... A veces he intentado que mis hermanos estuvieran bien con mis padres. A veces lo he conseguido, porque la mitad no les quiere, no les pueden ver. Yo siempre he pensado que siempre se puede perdonar, pero nunca había pensado que los demás son libres de hacerlo.

TERAPEUTA: ¿Y ahora qué piensas?

RAQUEL: Que no es tan difícil perdonar; que todo el mundo se equivoca. Que no se puede mantener el rencor toda la vida. Yo les he perdonado; mis hermanos mayores también; los demás no. También están enfadados. Mi madre también tiene tela; es como es. Supongo que a consecuencia de su mala vida, de lo que le ha pasado con mi padre; tampoco nos ha querido. Yo siempre pienso que soy fruto de una violación; y como yo cualquier otro hermano. Entonces no puede tener nada con nosotros. Siempre ha sido mala madre. Buena porque nos mantuvo a todos juntos, pero mala porque critica a sus hijos y eso. Mis hermanos, pues, no se lo perdonan.. Yo ya sé

que la vida no es un cuento; pero yo estoy metida dentro de un cuento y lo peor es que son mis hijos, mi marido; no sé porqué me enfado con ellos...

TERAPEUTA: *Estás enfadada con Dios.*

RAQUEL: *Pero muy enfadada... Es que a veces en mi interior me enfado con Él como provocando, como poniendo condiciones: "Bueno haz una señal, tanto para bueno como para malo. No quiero tener que esperar a morirme para que me diga: ¡Eh que estoy aquí!"*

TERAPEUTA: *A Él no puedes perdonarle.*

RAQUEL: *No; no es justo... Yo a mis padres me los llevé a mi casa a vivir, para demostrarles que ser feliz es una cosa de la mente. Fíjate que curioso que diga yo eso... Si os quisierais un poquito... Fueron a Mallorca, fueron a Canarias. Les demostré que podían ser felices que no era tan difícil*

TERAPEUTA: *Tú desde pequeña tuviste esa sensación de que aquello era algo que no podía ser; pero a la vez quisiste comprender por qué. Porque pensabas que comprendiendo ayudarías a que aquello se solucionara. Tal vez... Tú has comprendido, pero ellos no han comprendido; ni han comprendido que tú has comprendido. Y a lo mejor no tienen nada que comprender, sino que delante de la vida se han puesto en una posición de supervivencia, con doce hijos. Y de aguantar; y de tirar adelante y de no enterarse. De llevar una venda en los ojos, porque parece que tu madre no se quejó nunca.*

RAQUEL: *No.*

TERAPEUTA: *A nivel psicológico el peso que tú te has puesto encima, esa especie de compromiso contigo misma de liberarlos, de sacarlos adelante, por una parte indica una gran sensibilidad y un gran amor; pero por otra parte se ha demostrado que hay cosas que no puedes conseguir. Y que no puedes vivir tu vida viviendo la vida de tu madre, como dijiste el día anterior, sino la tuya. Y ahora, esta fe tan grande de alguna manera es una fe que has puesto en Dios; pero que también has puesto en tu poder. Tú has pensado que tenías un poder...*

RAQUEL: *¿Yo? El poder que pensaba tiene Dios.*

TERAPEUTA: *Eso; tú pensabas que tenías una influencia sobre Dios.*

RAQUEL: *Simplemente creer en Él ¿no?*

TERAPEUTA: *Eso; y por eso ahora te has enfadado tanto. Porque de alguna manera ha fallado lo que desde pequeña habías creído.*

RAQUEL: *Eso.*

TERAPEUTA: *Ha funcionado en la imaginación, lo que creías que llegaría en la realidad.*

RAQUEL: *Claro; supongo que sí. Ha sido cuando ha fallado.*

TERAPEUTA: *Eso te ha conectado con tu impotencia. Es doloroso, es doloroso darse cuenta. Despues hay un proceso de aceptación, de recon-*

ciliación con la realidad y de humildad, de tocar de pies en el suelo.

RAQUEL: Pero eso ¿cómo se hace?. Pienso que no sé cómo se hace.

TERAPEUTA: Nadie lo sabe. Va sucediendo. Lo que pasa es tú ahora estás en un momento fuerte de crisis en que se te ha caído todo. Y necesariamente vas a pasar por un tiempo de dolor, de llanto, de pena y de tristeza. Pero si eso lo usas no para desesperarte sino para integrarte, aprender de tus límites..., tu capacidad de amar, eso nadie te la quitará. Lo que le quita es el poder a ese amor.

RAQUEL: (rompe a llorar amargamente, doblando todo el cuerpo, durante largos minutos). No lo soporto, no lo soporto (gimiendo) no lo soporto. Es que yo sólo cuando estoy triste pienso en Dios. Y ahora que pasa todo eso no está, no está en ningún sitio (desesperada)... ¿Cuando mi padre se muera ¿qué pasará? Eso no es justo, no es justo (se ladea, apoyándose en el brazo de la silla para llorar). No es justo. No puedo Dios mío.. es que ¿por qué pienso en Él?

TERAPEUTA: Porque has creído.

RAQUEL: Dios mío..., no es justo..., no es justo. No lo soporto (gimiendo y llorando). Tanta gente que se muere ...; estamos solos, no hay nadie (con las lágrimas entrecortadas y sollozando) No puedo más. (llora intensamente con el cuerpo doblado sobre sí mismo, durante varios minutos).

En el grupo se produce un silencio tensísimo. Algunos muestran de forma muy contenida su incomodidad. Yazmira, una paciente del grupo, se pone a llorar manifiestamente. El terapeuta la invita a hablar:

YAZMIRA: A mí lo que me sabe mal es su dolor. Yo estoy bien, pero me sabe mal que sufra.

TERAPEUTA: Sientes su dolor

YAZMIRA: Me sabe mal que sufra, pero sé que saldrá de esa.

TERAPEUTA: (dirigiéndose a Raquel) Lo ves, no estás sola. Yazmira está llorando contigo.

YAZMIRA: Tengo ganas de abrazarla.

RAQUEL: Yo siempre he confiado que Dios estaba y cualquier día todo tendría un sentido.

Surge en el grupo una discusión animada sobre la existencia de Dios, el sentido de la vida, hasta que otra paciente del grupo dirigiéndose a Raquel le pregunta qué hay en el caso de su padre que le duela tanto que se pueda morir.

RAQUEL: Todo. Había creído en una cosa, un ser que algún día nos va dar una recompensa, después de una vida de sufrimiento; para todo el mundo. Pero ahora, para cualquiera que se muera, se acabó. No somos nada, no somos nadie. Qué más da lo que sufras hoy, si no tienes recompensa mañana. No tiene sentido; nada para mí tiene sentido ahora... ¿Para qué he tenido dos hijos? Para que sufran, para que se mueran. No

puedo (rompe a llorar de nuevo largamente)... Para mí ya no tiene sentido. Para mí, cuando recibí la enfermedad que tengo (la hepatitis C) pensé: "Bueno tengo que aprender algo. Algo tengo que aprender; a lo mejor he ido demasiado deprisa en mi vida y tengo que ser más paciente y más sensible con los enfermos, pero ¿ahora qué sentido tiene: que enferme, que me muera, que se muera mi padre, que se muera mi madre, que se muera nadie? Para mí no puede ser... El caso de las torres gemelas de Nueva York (en alusión a su destrucción el 11 de setiembre por los comandos suicidas) no tiene nada que ver con mi vida. Pero cuando sucedió empecé a rezar por esa gente que no tiene culpa de nada, para que Dios lo recoja, los abrace. A veces pienso que Dios los recoge, los atiende. Pero ahora ¿quién los va a recibir, si no hay nada? No hay nada, no hay nada (sollozando y entrecortada) no hay nada, y eso no puedo soportarlo.

YAZMIRA: Yo le veo que es como si no hubiera podido terminar su misión que para ella era la de hacer cambiar a sus padres y que su vida fuera bien. La muerte es como el paro definitivo, la seguridad de que no podrá reformarlos.

El grupo comenta sobre las posibilidades de cambio personal en contraste con la ilusión de querer cambiar a los demás. Ya casi al término de la sesión Raquel comenta que cuando llegue a casa va a tirarlo todo, imágenes de santos, estampas, cruces y las va a quemar. A este propósito comentará en la siguiente sesión que al quemarlos salió de la pira sólo humo, cuando todavía esperaba alguna señal, alguna voz que dijera: “*;Eh, no me quemes, no me destruyas que estoy aquí!*”.

LA DECONSTRUCCIÓN O LA APERTURA DE LA PUERTA DE LA MURALLA

Existe en Roma un mascarón de piedra, como una rueda de molino de tamaño medio, que representa en relieve una boca abierta, por donde posiblemente asomaba el caño de una fuente, pero que los romanos han denominado *la bocca della verità*. Dice la leyenda que quien quiere demostrar que dice la verdad y que no miente debe poner, mientras pronuncia juramento, su mano en la boca del mascarón de la que, en caso de mentir, no podrá nunca más retirar la mano. Existe en el proceso de terapia también el momento de la verdad, de la sinceridad consigo mismo, del desvelamiento de los secretos que nos atormentan. Es este con frecuencia uno de los momentos más trascendentales en todo el proceso, porque los secretos y las mentiras suelen encerrar las razones más poderosas para mantener la estructura en su estado agónico, de lucha interior. Proceder a desvelar los secretos más ocultos facilita la toma de contacto con lo más íntimo de uno mismo, equivale a darse permiso para romper las estructuras anquilosadas que nos retienen atados a conflictos del pasado. La verdad, entendida como acto de sinceridad consigo mismo, tiene el poder de abrir la puerta de la muralla sin necesidad de derribarla, para permitir la entrada del

caballo que va a desatar la dialéctica o lucha por el cambio.

La paciente a quien llamaremos Lucy, de unos treinta y cinco años de edad, madre de dos hijos, asiste a un grupo de terapia en un CSM desde hace medio año. Al inicio de la sesión la secretaria da aviso de la inasistencia de la paciente, a causa de un profundo malestar que la tiene en cama. Al cabo de unos veinte minutos de iniciada la sesión, sin embargo, se presenta la paciente y toma asiento con un respetuoso silencio, entre los demás. Pero con el paso de los minutos y mientras la sesión sigue su curso rompe a llorar desconsoladamente. La atención del grupo se dirige hacia ella. Reconoce entre sollozos que no quería venir por lo mal que se encontraba, pero que ha decidido hacerlo porque tenía necesidad de desahogarse. Después de dar varios rodeos, de decir que no sabe lo que le pasa, de hacer referencia a diversos síntomas como mareos, etc. admite que se siente desbordada por la situación que se ha creado en casa: en este momento la familia está pendiente de la entrega de un piso nuevo y, habiendo vendido en el entretiempo el viejo, tiene que pasar unos meses en casa de la suegra, donde se siente con escasa o nula libertad de movimientos, con la ropa, los enseres y utensilios domésticos empaquetados, resultando la vida cotidiana sumamente incómoda. Todos estos factores de estrés justifican sin duda un estado de inquietud, fatiga y malestar, pero no parecen dar cuenta del gran desconsuelo que expresan sus llantos ni de la actuación respecto al grupo anunciando primero su inasistencia y presentándose más tarde y rompiendo a llorar, después, de este modo tan dramático. Todo este escenario creado parece orientado a preparar el contexto para una revelación mucho más trascendental.

LUCY.- “*He venido porque si me quedaba en casa era como hundirme, ya. Es que no podía quedarme ni en casa. Por eso he venido para acá (llora)..., porque pensaba que por lo menos, si venía, pues no sé... podría hablar, [TERAPEUTA: ¡ajá!] o por lo menos podría escuchar..., tenía que salir de casa, porque allí no podía estar más encerrada, llevaba días sin salir, porque yo... no podía (llora).*”

TERAPEUTA: *¿Ha habido algo últimamente que...*

LUCY: *Estoy agobiada, no tengo ni tiempo para hablar con mi marido..., estoy agotada. Sólo deseo que me dejen sola. Todos me reclaman... A mi suegra le han extirpado una mama y la tienen que intervenir otra vez dentro de poco. Si ella no está bien no tiene sentido que yo me ponga a llorar. Y voy aguantando, y llevo unos días que estoy hundida y no puedo... También hay cosas que me pasan por la mente y las quisiera sacar de mi cabeza y no puedo (llora amargamente)... Además soy testigo de Jehová y siempre vamos a las reuniones y a mí esto es lo que más me ayuda, y más me anima [TERAPEUTA: ¡Ajá!] Pero ahora, pues tampoco puedo ir, y el día que no puedo ir me quedo como vacía. Porque lo deseo tanto que... he de ir. Y entonces me vuelvo a encontrar en casa yo sola. Y cuando pienso que todo el día estoy en casa de mi suegra, pues... estoy agobiada. No sé...*

TERAPEUTA: *¿Si estuvieras en tu casa crees que lo vivirías diferente?*
LUCY: *Sí, porque si tengo ganas de estirarme en el sofá, y apagar la T. V., y leer... pues puedo hacerlo. Y si tengo ganas de llorar, lloro. Y allí en casa de mi suegra no puedo llorar, [TERAPEUTA: no puedes llorar]... porque luego me sabe mal llorar. No puedo... Además me han dado temblores y palpitaciones, y de repente empiezo a temblar, y a temblar y todo el día estoy congelada y lloro por nada, y por las noches tengo mucho miedo, porque me dan palpitaciones, y me coge en el brazo, muy fuerte... Y luego por la responsabilidad de llevarlo yo todo. Porque mi suegra se encuentra mal. Y yo tengo que hacer la comida, fregar los platos, lavar toda la ropa, llevar la casa. Cuido un niño pequeño, de un año y medio, todos los días, lo tengo once horas diarias conmigo.*

Se extiende Lucy a continuación sobre las características de este niño al que cuida desde que tenía cuatro meses, como si fuera un hijo suyo; es hijo de una pareja peruana que trabaja todo el día. Sin embargo, la situación actual va a variar notablemente, puesto que la mujer peruana ha perdido el trabajo y recuperará, al menos de momento, el niño al que toda la familia ha cogido cariño, como si fuera uno más de la casa.

LUCY: *Por una parte me sentiré más descansada, pero por otra lo echaré mucho de menos, porque le he cogido mucho cariño. A mí me gustan mucho los niños, a más teniéndole once horas diarias, soy como su madre. Mis hijos igual, están preocupados porque ahora no le van a ver más.*

TERAPEUTA: *Son muchos sentimientos entremezclados* [LUCY: Sí] *¿Y si fueras a casa de ellos a verle?*

LUCY: *No, porque soy incapaz de tomar decisiones que creo tengo que tomar.* [TERAPEUTA: ¡ajá!] *Soy cobarde y no sé tomarlas.* [TERAPEUTA: ¡ajá!] *Y no sé enfrentarme a las situaciones.*

TERAPEUTA: *Y es esto lo que te da inestabilidad*

LUCY: *Sí* (se enjuaga las lágrimas).

La fuerte reactividad emocional desatada por la evocación de la próxima pérdida del niño que cuida y el estado de ansiedad en que está viviendo la situación actual en casa de su suegra, acompañada de autorrecreriminaciones de cobardía constituyen un intento de apertura de las puertas de la muralla. Atendiendo a estas señales el terapeuta: se acerca con cuidado antes de intentar franquear la puerta de la fortaleza.

TERAPEUTA: *¿Desearías hablar de estas decisiones o de algunas de ellas?*

LUCY: *No sé.*

TERAPEUTA: *Porque me da la impresión de que te hallas ante una serie de conflictos y que no sabes cómo enfrentarlos o cómo salir de ellos. ¿No es cierto?*

LUCY: Sí... y es que no sé qué hacer ni cómo hacerlo

TERAPEUTA: ¿Hay cosas a las que te gustaría decir que no?

LUCY: Sí. Si alguien me pide algo, siempre digo que sí, que sí a todo... y me sabe mal... y sufro por todo y por todos... (llora). Y mis hijos me lo piden todo a mí, y yo les digo que lo pidan también a su padre,... que me dejen un poco más tranquila.. Y estoy muy agobiada. Pero por otra parte me siento muy culpable de que,... de muchas cosas. Y esta culpabilidad no hay modo de quitármela de encima.

Parece que con la alusión al sentimiento de culpabilidad la paciente ha querido abrir definitivamente la puerta. Siguiendo la metáfora del relato homérico los propios habitantes de la ciudad han abierto una gran brecha para dar entrada al caballo. El terapeuta intenta dejarse guiar por ella en este viaje al interior del santuario.

TERAPEUTA: Hay una cosa que me cuesta entender. Porque si tú, como dijiste el otro día, eres incapaz de matar una mosca. ¿De qué te sientes culpable?.

LUCY: De cosas que he hecho y que no se debían haber hecho.

TERAPEUTA: Pero, ¿esto lo pensabas en aquel momento o lo piensas ahora?

LUCY: Lo he pensado después, en aquel momento, yo no... (se cubre la cara con las manos)

TERAPEUTA: En aquel momento ¿hiciste lo que pensabas que tenías que hacer?

LUCY: Sí

TERAPEUTA: Por tanto en aquel momento en que hiciste lo que pensabas que tenías que hacer, tendría un sentido hacerlo.

LUCY: Yo no sabía lo que hacía. Porque yo era muy espabilada. Pensaba que lo sabía todo, que... que podía con todo.

TERAPEUTA: ¿Hay alguien que no se haya equivocado?

LUCY: No, nadie. Pero hay cosas que no tienen solución, simplemente no tienen solución, [TERAPEUTA: ¡ajá!] sólo puedes superarlas. Cuando estás bien las sobrellevas de una manera, pero cuando estás mal, piensas... te vienen a la cabeza... sientes la misma situación y ojalá pudiese borrar el pasado y no recordarlo más (se enjuaga las lágrimas) y desconectarme

TERAPEUTA: ¿Tal vez preferirías no hablar de estas cosas?

LUCY: No sé, a veces pienso que las tendría que hablar... .

TERAPEUTA: No te sientas presionada.

LUCY: No, no me siento presionada.

TERAPEUTA: Si te apetece lo haces, si no, no lo hagas...

LUCY: Que aborté, eso es todo

El secreto del santuario ha sido desvelado. El caballo ha penetrado en el

interior de la ciudadela, conducido por la propia reina de la fortaleza. No basta con desvelar el secreto; ahora conviene llegar a hacer comprensibles los motivos que llevaron a la persona a actuar como lo hizo para poder reconciliarla con sus enemigos interiores, la vergüenza y la culpa.

TERAPEUTA: *Mhmm... Esto lo harías en un momento de tu vida en que tendría sentido hacerlo [LUCY: no] dependiendo de cómo te sentías o te encontrabas.*

LUCY: *Era muy inconsciente de la vida. Yo era muy liberal, y pensaba que abortar era una cosa tan normal, que no tenía mayor importancia; que lo hacía todo el mundo [TERAPEUTA: ¡Ajá!]. Lo hice sabiendo muy bien lo que hacía..., muy consciente de lo que hacía, ¿no?... y muy tranquila. [TERAPEUTA: ¡Aja!] No pensaba entonces que me afectaría el resto de mi vida, porque... (llora)*

TERAPEUTA: *¿Tendrías un motivo para hacerlo?*

LUCY: *Es que si al menos hubiese tenido un motivo, pues tal vez no me sentiría tan mal, aunque creo que no hay ningún motivo que pueda justificarlo, pero el caso es que no tenía ningún motivo. Sólo quería liberarme de aquella criatura... A unos amigos nuestros les pasó lo mismo y optaron por tenerla. Y yo me he tenido que alejar de esta pareja, porque no puedo mirar a este hijo que han tenido... Cada vez que le veo por la calle, pues, (llora) cierro los ojos. Yo no pensaba antes así, pero cuando tuve mi primera hija, y quedé embarazada de ella, como no la queríamos ir a buscar, pues... mi marido me dijo, que... que... que no, que no podía ser... que tenía que abortar, que no podíamos tener la criatura, que tenía que abortar. Yo simplemente le dije que no me lo volviera a decir nunca más, porque yo no abortaría nunca más. Lo había hecho una vez y no volvería a hacerlo, pasase lo que pasase. Me respetó totalmente, porque yo me sentía un poco culpable, aunque no mucho. Porque cuando nació mi primera hija y vi el momento del nacimiento, y lo que llegas a querer a una criatura, tanto, tanto, tanto... que piensas: ¿Cómo puede ser que yo haya sido capaz de una cosa así? [TERAPEUTA: ¡ajá!] Que yo haya sido capaz de hacer una cosa con tanta frialdad, con tanta sangre fría y conscientemente de lo que hacía, y sin ningún motivo. Mi marido y yo trabajábamos, no estábamos casados. Estuvimos conviviendo juntos hasta que nuestra hija cumplió los dos años, y después nos casamos. Y parece que este hecho..., ya sé que hay mujeres que están a favor del aborto... Yo desde luego, estoy totalmente en contra... por experiencia propia, porque conozco las consecuencias, llevo mi cruz... y no deseo a nadie más que pase lo que yo he pasado. Y puede que cada vez que miro a una criatura pequeña [TERAPEUTA: ¡Ajá!, como ahora que cuidas a este niño] o lo toco, me lleva a pensar en este hecho ¿no? [TERAPEUTA: ¡Ajá!] No tiene sentido,*

claro, porque no es mío el niño que yo cuido, no. Porque es de idiotas atormentarse, sé que (se enjuaga las lágrimas)... Yo soy creyente, y sé que Dios me ha perdonado, pero yo misma no me he perdonado, nunca.

TERAPEUTA: *¿Y qué necesitarías para perdonarte?*

LUCY: *No sé, pero... a veces me pregunto a mi misma; “¿Por qué lo hice?”; pero no entiendo por qué lo hice.*

TERAPEUTA: *¿Te sería más fácil si lo entendieras?*

LUCY: *Sí, tal vez sí (se enjuaga las lágrimas)*

TERAPEUTA: *¿Quieres que hablemos?*

LUCY: *Sí, sí, sí (se sujetó la cabeza entre las manos)*

TERAPEUTA: *¿Cuándo sucedió?*

LUCY: *Hace unos 17 años*

TERAPEUTA: *Tal vez, en aquel momento pensabas de otra forma. Pero ahora no entiendes por qué lo hiciste en aquel momento..*

LUCY: *No..., por no enfrentarme a las personas que me rodeaban, y... (se enjuaga las lágrimas)*

TERAPEUTA: *¡Ajá!*

ANA (una paciente del grupo): *Entonces tenías un motivo fuerte*

LUCY: *No, pero es que no tiene sentido*

ANA: *Si, tiene mucho*

LUCY: *Claro, yo me he encontrado en otra situación. Porque cuando tuve el embarazo de mi hijo... estuve a punto de perderle... y me encontré ante una situación que... que los médicos me tuvieron preparada para ir a quirófano y tener un aborto. Estaba de tres meses, y tuve una hemorragia [TERAPEUTA: Mhmmm] estaba por la calle, y entonces me ingresaron corriendo y me prepararon para hacer un aborto. Entonces como yo tenía la experiencia pasada, les dije que no, que no... no iba a abortar, que no me iban a sacar la criatura. Me dijeron que tenían que hacerlo, porque sino... El niño de todos modos, era aborto ya, me dijeron. Yo les dije que no porque yo lo estaba sintiendo, y me aseguraron que no. El niño había muerto, la placenta se había desprendido, y el niño había muerto. Y entonces me encontré ante un dilema; o bien tenía que aceptar sangre, cosa que por mis creencias no podía hacer, o bien tenía que abortar, cosa que tampoco iba a hacer. Pero, en un momento determinado llegué a la conclusión de que si en esa situación me practicaban un aborto, pues por lo menos podía salvar mi vida, y sino lo practicaban, corría peligro yo y la criatura, también. Entonces dije, cuando vi esta salida; “que entendía que si en un momento determinado mi vida corría peligro, entonces aceptaría. Porque entendí que yo no era culpable... de todos modos yo hubiera muerto y la criatura también. Por lo menos ante el hecho de perder dos vidas... es mejor salvar una..., por lógica. Y ese hecho yo lo acepté muy*

bien. Y la misma tranquilidad de saber que no estaba haciendo nada contra mi conciencia, me tranquilizó, y la criatura llegó a..., volvió a unirse la placenta..., y la criatura nació... Según los médicos era imposible que sobreviviera, y hoy tengo al niño, ¿no?. Sin embargo cuando yo lo hice deliberadamente, no... pues lo hice tan convencida de que no quería tener la criatura. Entonces acababa de conocer al que hoy es mi marido, nos acabábamos de conocer y no me veía capaz, era cobarde... fui...

TERAPEUTA: *¿Por qué le llamas cobarde a esto?*

LUCY: *Porque fui muy cobarde, porque realmente es cobardía, no querer enfrentarte es cobardía, no es valentía...*

ANA: *Pero, también tenemos derecho a ser cobardes.*

LUCY: *Sí, pero cuando hay una vida por medio, una vida es lo más importante, ¿no?. Y luego, cuando has visto lo que llegas a querer a tus hijos, y piensas unos si, y otros no, pues...*

ANA: *Pero no eran las mismas circunstancias*

LUCY: *Igual sí...*

CECI: *¿Te has sentido peor después de tener los niños, verdad?*

LUCY: *Claro, es lo peor... Veía lo que yo les quería, y lo que yo les cuidaba. ¿Cómo podía ser que la misma persona, ahora?. Porque yo considero que soy una madraza con mis hijos... o sea, y he hecho todo lo que he podido por ellos. Y ¿por qué unos dos años antes reaccioné así?... Luego mentía a toda mi familia... porque empecé a... a... me tuve que... decir un montón de mentiras, no... Para tapar una mentira, tuve que decir muchas más, y...*

YAZMIRA: *¿Querías ocultar que estabas embarazada?*

LUCY: *Sí, porque empecé a tener vómitos, vómitos, y más vómitos... y tuve que inventarme que era una gastroenteritis... que había comido algo que estaba en malas condiciones. En casa querían llevarme al médico, pero yo no quería ir al médico... al final me inventé una excursión a los Alpes, y mi madre..., que la pobre se lo cree todo... y todo le que le decía se lo creía... eran tan buenos mis padres, que no pensaban que yo les pudiera estar mintiendo. Y recuerdo que cuando fuimos... cuando fui a Londres para abortar, llamaba desde allí a casa... y explicaba que estaba todo nevado, y en casa me explicaban el festival de Eurovisión... Y tan ajenos a todo... y nunca después lo han sabido.*

La confesión de la paciente relativa a sus dos “pecados” el aborto y la mentira, provoca un efecto de la complicidad grupal, que preludia el asalto final. Las compuertas del caballo se abren y salen los guerreros a ocupar el espacio de la ciudad conquistada, que se ha convertido en un espacio común, donde luchar contra los fantasmas del pasado. Varias mujeres del grupo (Yazmira, Ceci) confiesan también situaciones de conflicto respecto a sus embarazos, y todos (Lola, Paco, Ana) admiten el derecho a decir mentiras y a ser cobardes y el haberse encontrado en

situaciones que les han llevado a ello. Esta confesión general tiene un efecto purificador y terapéutico, en cuanto liberador de miedos y culpas y aumenta el grado de comprensión y aceptación mutua entre los miembros del grupo.

YAZMIRA: *Supongo que lo que te pasa es todo esto, ¿no?, Y el haber mentido. Yo también me quedé embarazada de mi novio estando soltera, y fue horrible. Mi madre no...*

TERAPEUTA: *¿No lo aceptaba?*

YAZMIRA: *Con esto que mi madre estaba enferma de los nervios, llegó a perder el conocimiento el día que se lo dije, perdió hasta la memoria, ¡tuvo un shock enorme! Me espanté mucho y me sentí muy culpable de haber provocado todo esto. Después perdí igualmente este niño: fue un aborto natural. Entonces mi madre y mis tíos se sintieron muy culpables porque pensaron que habían sido ellas las que habían provocado el aborto con su disgusto; pero a mí nunca se me ocurrió sentirme culpable de nada.*

CECI: *Bueno pues yo también me quedé embarazada*

LUCY: *Pero tú la tuviste*

CECI: *Si pero cuando me quedé embarazada, mi compañero y yo éramos novios, y nos planteamos también abortar. Pero tú dices que eres cobarde por haberlo hecho* (dirigiéndose a Lucy).

LUCY: *Claro*

CECI: *Pues yo no era capaz; yo quería abortar, pero me daba miedo lo que me dijieran en casa, era cobarde, no fuí capaz de hacerlo, o sea yo me sentía cobarde; claro está, lo digo ahora y mi hija no la cambiaría por nada; pero en aquel momento me hubiera gustado tener valentía para haber abortado.*

LUCY: *Eso es cobardía, eso no es valentía*

CECI: *Yo sin embargo, lo sentía cobardía, porque pensaba: “¿cómo voy a ir, cómo lo voy a hacer, cómo los engaño, ¿qué hago, qué digo? no puedo, no soy capaz...”*

LUCY: *Yo era una artista de teatro, en aquellos años podía disimular perfectamente, sabía actuar. Por eso digo que el ser Testigo de Jehová me ha dado todo en la vida, en el sentido que intentamos no mentir por nada, nunca; a mis hijos les he enseñado lo mismo, pase lo que pase y es mi orgullo más grande, el no mentir por nada, pase lo que pase, no me importa nada ni nadie; pero no he vuelto a mentir... Cuando empiezas a mentir, llega un momento que no sabes decir ya la verdad. Yo estaba delgada, ¡esquelética!. Cuando me fui a Londres a abortar estaba como un esqueleto, estaba con 40 y pocos Kilos.*

Los sentimientos de culpa, cobardía y vergüenza han hecho estragos en el interior de la fortaleza. Conviene ahora ayudar a reconstruir la experiencia desde el punto de vista psicológico resignificando las conductas denostadas (el aborto y la mentira) como una forma de hacer frente a un conflicto. Un conflicto consistente,

esencialmente, en la falta de libertad, la misma que ha levantado las murallas de la culpa y la vergüenza. La conquista de la verdad y la libertad (“*conoceréis la verdad y la verdad os hará libres*”) permiten mantener la identidad (no es necesario olvidar, ni arrepentirse) integrando la experiencia como un aprendizaje y una mayor autonomía, la de poder actuar de acuerdo con los propios criterios sin tener que esconderse de los demás ni protegerse detrás de la mentira.

TERAPEUTA: *Tú estabas en un conflicto y tú también estabas en un conflicto... Y tú también (dirigiéndose respectivamente a Lucy, Ceci y Yazmira)... Lo que pasa es que la solución al conflicto la pensabais de forma diferente, por eso las dos lo veis como una cobardía. Para ti la solución habría sido abortar (dirigiéndose a Ceci) y para ti (dirigiéndose a Lucy) en aquel momento también lo era; pero después te lo has repensado y tal vez esto te haya llevado a buscar una vía religiosa.*

LUCY: *Cuando aborté no creía en Dios y enseguida después de abortar ya me empecé a sentir culpable. O sea no es el hecho de seguir la Biblia o porque crea o no, me sentí culpable mucho antes; más bien fue un alivio, saber que debido a que somos imperfectos muchas veces hacemos cosas que no queremos y nos lamentamos después. Pero... ahora me siento bien, porque he dejado de mentir, que me costó muchísimo, porque yo no sabía decir ni una verdad y estuve batallando mucho tiempo para no mentir, cada vez que conseguía no mentir me sentía tan bien que me ayudaba a luchar para otra vez.*

ANA: *¿Pero mentías sobre este tema?*

LUCY: *Sobre cualquiera, ¡jojo! Llega un momento que mientes para conseguir lo que quieres; por ejemplo: yo trabajaba, cobraba una cosa pero, como era yo quien que preparaba las nóminas, en mi casa les entregaba un sobre con el dinero que yo quería darles, y el resto me lo quedaba yo sin decir nada. Pensaban que cobraba menos porque me quedaba con el dinero; lo estuve haciendo durante cuatro años y ni se enteraron en mi casa. Aunque estoy segura que si les hubiera pedido una parte del sueldo me la habrían dado igualmente. Pero era... muy egoísta... Me daba mucha rabia que me hubieran pedido que les entregara el sueldo, cuando yo me pasaba todo el día trabajando*

TERAPEUTA: *¡Ajá! A veces cuando los padres son tan buenos resulta todavía más difícil plantear un conflicto*

LUCY: *Sí, sí, parece que no se lo merecen*

TERAPEUTA: *Es paradójico, paradójico, pero es así. Si sentimos que son injustos puede parecer más justificado plantearlo. Pero cuando son tan buenos ¿qué sentido tiene plantear un conflicto? Pero, sin embargo, el conflicto existía..., el conflicto existía [LUCY: Sí, sí]. Cuando te pidieron que les dieras el sobre del sueldo, ya se estaba creando el conflicto. Porque*

no dejaban que tú actuaras libremente, decidiendo la parte que les querías dar de tu sueldo. A mí me parece que al pedirte ellos que les entregaras el sobre no tenías o no te sentías con libertad.

LUCY: *No, no me sentía con la libertad que yo quería.*

TERAPEUTA: *¡Exacto! Este es el problema; no sentirse con libertad. Y supongo que cuando te encontraste en aquella otra situación en que decidiste abortar tampoco te sentiste libre.*

LUCY: *No.*

TERAPEUTA: *Exacto, y si no te sentiste con libertad, ahí empezaba el problema, el conflicto. Tal vez ahora has adoptado una visión moralmente más adulta, de decir, bueno aunque exista un conflicto, lo enfoque, es decir tú tomas el criterio de que la vida es lo más valioso, y esto lo pones por encima de todo... Y esto es tu criterio actual, si lo entiendo bien. Pero no lo era en aquel momento; porque en aquel momento tú todavía te estabas haciendo, estabas todavía buscándote a ti misma. Ciertas cosas implicaban un conflicto para la libertad y te ponían en un dilema: ¿Cómo puedo continuar siendo yo misma y resolver esta situación? Supongo que en aquel momento tuvo sentido, dentro de este contexto, el de un conflicto para la libertad. Seguramente lo verías ahora de otro modo, pero en aquel momento, no. Es en aquel momento que tuvo sentido la decisión. Y, bueno lo que viviste también te ha servido para entender otras cosas... Quiero decir que lo que tú ahora consideras un error en aquel momento no lo consideraste.*

LUCY: *No, ¡qué va!*

TERAPEUTA: *Un error no existe por sí mismo. Un error depende de la visión de la persona La persona se puede equivocar. Cuando una persona toma una decisión es porque cree que aquella decisión es la correcta, después puede cambiar de opinión, pensar que su decisión estaba equivocada, pero lo hizo pensando que era la correcta... Y si partimos de una perspectiva religiosa, Dios mira a las intenciones, no a las acciones.*

LUCY: *Si yo ya sé que Dios me perdona, sí yo...*

TERAPEUTA: *Pero entonces no puedes pretender hacer más justicia que Dios.*

LUCY: *No*

TERAPEUTA: *No puedes pretenderlo... Tú ya has reflexionado, has aprendido, has cambiado de perspectiva, pero lo que no puedes hacer es condenarte. No puedes hacerlo porque en aquel momento estaba justificado. Cada cual tendrá sus motivos, pero estaba justificado.*

LUCY: *No sé: a veces he llegado a pensar que del mismo modo que aborté la primera vez, no lo consentí la otra, y cuando veo a mis hijos me siento orgullosa de ellos.*

TERAPEUTA: *Fíjate lo que llegaste a luchar para que tu hijo llegara a la vida [LUCY: Sí, sí]. Y ahora a este niño peruano le estás dando también parte de tu vida. Con tu malestar no haces justicia. No haces justicia ni a ti, ni a Dios, ni a los hombres; porque eres injusta contigo misma..*

LUCY: *De acuerdo, es verdad; pero... esta misma situación, cuando me siento bien y fuerte, soy más capaz de discernirla y entenderla*

TERAPEUTA: *¡Claro! Pero tú no estás bien, ni fuerte cuando revives estas historias por la razón que sea. Una cosa es recordarlas y otra revivirlas. Tú las estás revivendo ahora con este niño... Has hablado de una serie de decisiones que necesitarías tomar y que seguramente vuelves a estar en conflicto, y porque estás en conflicto, vuelves a sentirte insegura.*

LUCY: *Sí, sí.*

TERAPEUTA: *Pero estás en conflicto... Pues no mires los mareos, mira los conflictos, mira qué puedes hacer con estos conflictos... Además, la vida no es una especie de examen que haya que ir aprobando cada día. La vida es un curso en el cual hay momentos que aprendemos por error, por ensayo y error [LUCY: Mmm] y eso tiene una trascendencia más potente que si hubiéramos aprendido porque alguien nos ha dicho que esto hay que hacerlo así o así.. Nos equivocamos y aprendemos, tenemos conflictos y mentimos cuando no podemos aceptarlos.*

YAZMIRA: *Yo creo que todos, a lo mejor mentimos, ¿no?; yo miento en la comida.*

LOLA: *Y yo en el problema mío de ludopatía*

CECI: *Es curioso, yo también miento. Yo también he mentido en mi problema, ¿no? Yo soy hipocondríaca pero “exagerao”; y yo..., ahora diréis: bueno un hipocondríaco como va a mentir, ¿no?, pero es que mientes. Porque yo, en vez de llevarme a mi hija al parque, me la llevaba a hacer un análisis de sangre; y nadie se enteraba del análisis de sangre; y en mi casa, nadie sabe la cantidad de análisis de sangre que me he hecho. Cuando tienes un problema así, tienes una fobia o una cosa así, mientes.*

TERAPEUTA: *Un conflicto... Cuando tienes un conflicto. Todo aquello que pensamos que los demás no aceptarán, o no entenderán, nos lleva muchas veces a mentir...*

CECI: *¡Claro...! Yo, es que me daba mucha vergüenza que se enteraran de que en un solo día me había hecho dos análisis de sangre*

PACO- *No es malo; lo que pasa es que no todo el mundo lo entiende* (comentarios de aprobación generales)

TERAPEUTA: *Ahí está el conflicto*

CECI: (Mirando el reloj) *Yo me tengo que marchar*

TERAPEUTA: *¿Lucy que tal, cómo te sientes?*

LUCY: *No sé, como mucho más aliviada.*

TERAPEUTA: *Más aliviada.*

LUCY: *Sí.*

TERAPEUTA: *Has sido muy valiente al hablar de todo esto; y todo el mundo ha sido muy sincero respecto a sus mentiras, o sea que... (Risas generales)*

LOLA: *Todos mentirosos. Además que es verdad, todos mentimos. Y el que no reconoce su problema es porque se está mintiendo a sí mismo*

PACO- *Tiene que llegar el momento de que tú puedas reconocerlo; no todo el mundo está preparado, llega un momento en que reconoces tu problema pero hasta que no estás preparado no puedes reconocerlo.*

LA INTEGRACIÓN O LA RECONSTRUCCIÓN DE LAS RUINAS

Casi al inicio de la sesión, la paciente, una mujer de 48 años a la que llamaremos Ana, relata un accidente doméstico, que la ha tenido unas tres semanas apartada del trabajo y le ha privado durante este tiempo de asistir al grupo de terapia, al que acude desde hace unos dos años. Una serie de acontecimientos y vivencias han acompañado este accidente, y el proceso de recuperación, que sufrió una noche al levantarse para ir al baño, resbalar y caer de espaldas contra la grifería de la bañera. Aunque inicialmente el golpe fue muy doloroso y llegó a temer por su integridad física, vuelta a la cama y tras comprobar que conservaba el movimiento de sus extremidades, volvió a conciliar el sueño durante unas horas. En este espacio de tiempo soñó con su primer marido del que hace ya bastantes años que está separada, habiendo establecido posteriormente una nueva relación con otro hombre con el que vive en la actualidad. Tiene una hija, ya independizada, del primer matrimonio, al tiempo que mantiene una relación excelente con su familia de origen, la madre que todavía vive, y un hermano menor que ella.

En respuesta al interés del grupo por su estado de salud a causa del accidente y después de relatar los detalles del mismo y comentar el diagnóstico médico, incia una reflexión sobre el significado que para ella han tenido estas experiencias.

ANA: *"Pienso que en la vida sufro mucho, por mi forma de ser, quizás. Tengo una naturaleza muy sensible... Durante estos días se me han presentado un montón de preguntas y respuestas y todo me ha sido dado. He tenido unos debates muy grandes y sin quizás proponérmelos. En el debate mismo he hallado las preguntas y las respuestas. Estoy contenta porque todo se ha ido solucionando con mis propias respuestas... unas preguntas que no sé de dónde me vienen y unas respuestas que tampoco sé de dónde me vienen, pero que me quedan claras, que las comprendo. Veo que me favorecen, así que, bien... Estoy muy bien; muy bien; estoy muy bien conmigo misma..., en casa..., con mis compañeras en el trabajo..."*

Cuando me caí estuve casi toda la noche sin dormir..., pero después vi que sí que había dormido algo, porque en el sueño lloraba. Despues por la

mañana estaba temblando. Soñé como si todavía estuviera en Valencia con mi primer esposo. Yo lloraba mucho, lloraba. Pero no era un llanto corriente. El llanto se me presentaba con mucha profundidad; era un llanto de una gran tristeza, algo muy hondo, muy hondo, muy duro, muy duro, muy triste, muy triste. Y es que en el sueño mi primer esposo me decía que había empezado una nueva vida con otra chica; que era feliz y que todo estaba bien... Y yo lo aceptaba con mucha serenidad. Pero yo decía: "Dios mío! Todo está muy bien; pero ¿yo cómo lo siento, no? Yo lo acepto, lo tengo que aceptar, lo asumo, pero dentro de mí, aunque todo esté tan normal en mí no hay esta normalidad... Que no sé exponer este sentimiento, pero este sentimiento también es muy hondo: es la soledad. Es la soledad de la persona. Para mí es aquel fondo en que estás solo, que te das cuenta que tus sentimientos no los puedes compartir con nadie, no pueden llegar a los demás. Yo lo vivía como ¡qué pena, qué pena!. Tengo que aceptarlo, pero verdaderamente para mí es muy doloroso... Y después me hacía una pregunta en el mismo sueño. Veía todo, todo, como toda mi vida: todos mis esfuerzos. Y todo eso ¿para qué? ¿Por qué? Todo era una soledad..., ¿qué ha sido? ¡Es mi vida!

Cuando me caí no lloré; pero era otro trasfondo. No lo podía comprender en ese momento. Pero después lo comprendí; me vino la respuesta. La respuesta es que vi que con mi primer esposo ya había terminado esa cosa. Con mi esposo actual, con el que vivo ahora, al que quiero, he visto que estoy echando las raíces. Pensé ¿por qué el sueño?

Me vino la respuesta al día siguiente cuando fui a urgencias. Cuando fui al médico que me visitó y me dijo: que tenía mis huesos como una mujer de 70 años. Y me dijo: "¿qué has hecho con tus huesos?". Y yo dije, "pues nada". Y el replicó: "Pues los tienes como una señora de 70 años". Entonces me acudieron a los ojos las lágrimas, una pena... La misma pena que en el sueño, pero callada, también... No dije nada, pero era una gran pena. Entonces ahí me hizo pensar por qué tenía tanto que ver con el sueño. Y pensé que es la decadencia... Es eso. Ves que vas perdiendo facultades, vas perdiendo cosas que tenías y las tenías muy asumidas, con mucha fortaleza. Yo he sido una persona muy fuerte, de niña he tenido mucha salud, con mucha fuerza. Y aunque sé que todo eso tiene que venir, pero el aceptarlo, aunque te lo digan los demás, aunque los demás lo vean tan normal y lógico, en el interior del ser humano cuando se va perdiendo hay tristeza, esa cosa ¿no?...

El ser humano en el fondo, en el fondo del fondo está solo; está solo. Eres tú quien pierdes, eres tu con tu vida que se te va desgastando... Yo creo que eso tiene que ver con el sueño. Y después me quedó la pregunta de porqué, porque claro... El llanto era el sentir lo que pensaba; la tristeza era que

aunque era una cosa normal y todo el mundo lo ve normal e incluso yo lo veo normal en los demás, pero para el que lo vive o lo siente no es normal ni es nada. Es una pena muy grande. Ésta era la otra comparación con el sueño. ¿Por qué de qué ha valido, por qué, por qué?... Supongo que porque he malgastado la vida de esta manera que era lo que...

Pero en el intermedio vino mi hermano a casa. Y vino con muchas ganas de trabajar. Mi hermano es una persona ejemplar como ser humano. Y vino con ese afán de ayudarnos. Y cuando vino pues yo le dije que me había caído, que estaba de baja y todo eso. Y venía como una semana, para ayudar a pintar y empapelar la casa de mi madre.

Se explaya a continuación la paciente, relatando las dificultades para poder llevar a término los planes de su hermano para empapelar, dado que el papel deseado no había llegado todavía y debía esperar una semana más. Esta situación le puso muy nervioso y abatido, pensando que habría hecho el viaje inútilmente y que no podría dar satisfacción a su madre.

ANA: Vio que el tiempo se le echaba encima y tenía poco tiempo y le vi a mi hermano muy nervioso, aquello me dio mucha tristeza, le vi muy mal, cuando yo le he visto siempre fuerte. Y eso me impactó mucho, mucho. Porque pensé: Dios mío, mi hermano va a ser como yo; mi hermano va a tener la misma sensibilidad que yo, va a pasar lo mismo que yo y lo vi muy nervioso. Eso me dolió mucho porque yo no le había visto tan nervioso, porque nosotros, toda nuestra naturaleza es nerviosa, toda nuestra familia..., pero en aquel momento vi que perdía los papeles. Me dolió mucho. No tenía porqué pasar por depresiones, ni por nada, como he pasado yo. Y entonces tuve mucha serenidad. Y, como le vi así no le dije nada de nervios ni nada, sólo le dije que si no llegaba el papel ahora nos podíamos poner a pintar los marcos de las puertas y ventanas. Yo pediré el papel con tiempo y lo tendrás para cuando puedas empapelar. Entonces él estuvo tan agradecido... Se veía que se recuperaba tanto que me dijo: ¿Me acompañarás a casa de la mama? Y yo le dije: claro que te acompañaré. Y en todo momento quiso que yo estuviese a su lado, pero no sólo estuve a su lado sino que le ayudé a pintar. Y yo estaba con el dolor de espalda que no sabía cómo podría ayudarle. Pensaba cuando termine de pintar tendré que irme a urgencias. Yaunque él me decía "no pintes, no pintes", yo le decía "pero sí puedo, sí puedo; las cosas difíciles te las dejaré para ti". Pude, y tanto que pude, le ayudé y lo hicimos entre los dos. El hacía la parte difícil y yo hacía lo demás.

Y esto me dio la respuesta a la otra pregunta: de el ¿por qué?; de ¿qué he hecho con mi vida? Pues me quedó: "Yo soy así". Me quedó esta contestación. No te pregunes nunca más en qué has malgastado tu vida. Yo soy así. Y para mí son más importantes mis sentimientos o mi moral, más

mi integridad que lo que yo pueda perder, más que mi vida y todo. Porque ahora he podido elegir. He podido elegir el quedarme en reposo, que va a ser beneficioso para la salud, pero he elegido ayudar a mi hermano. Y lo he elegido libremente. Y lo haría cuarenta mil veces. La pregunta esa ya está contestada. Lo que se ha hecho, se ha hecho y lo que has perdido se ha perdido. Pero es que... Cuando lo hacía era porque libremente lo tenía que hacer. Con todas la consecuencias. Así, que ya está.

Tuve preguntas y respuestas; tuve de todo. Y después por la noche, tuve otro momento. Eso no fue un sueño. Fue aquel momento antes de dormir. Siempre pienso en estos momentos. Me veía un poco irreal, irreal. Y pensé: "pues me gustaría irme desprendiendo de cosas, por ejemplo, de la televisión; la radio no, la radio la quiero; me desprendería de las cortinas, me desprendería de la lámpara, me desprendería de esto, de esto y de lo otro. Y me iba serenando. Y después pensaba: lo que siempre tendría presente, lo que siempre quisiera tener es libertad.

Y con esa libertad... ¿qué haría con esa libertad? Pues con esa libertad me movería, y con esa libertad acudiría a ayudar a mi hija, cuando le hiciera falta. Le dedicaría todo el tiempo que fuera necesario y me pidiera, se lo dedicaría. Y después el día que ella me djera "hoy no te necesito", ese día lo dedicaría plenamente a mí. Y no necesitaría ni más ni menos. Con eso sería feliz. Y con ese sueño me vino una paz..., me quedé dormida. Y al día siguiente pensé: "¿Por qué me vino tanta paz?". Me vino la paz de que yo iba aceptando desprenderme de mi vida. Lo que en aquel momento me supuso tanta congoja, tanto daño, tanto dolor desprendiéndome de lo uno y de lo otro, en ese momento iba aceptando irme desprendiendo de mi vida; me iba preparando a una vida con menos cosas, y esa paz de aceptarme fue la que me tranquilizó. Y después el ayudar a mi hija era también que, a pesar de ir aceptando, ir desprendiéndome de cosas, tener menos capacidad para hacer cosas, mi vida podría estar llena, había sitios donde llenar mi vida. Y eso ha sido todo lo que he tenido esos días y, a partir de ahí, ya no he vuelto a tener cosas, he estado muy bien y me he encontrado muy bien. Y eso es todo lo que me ha venido: preguntas y respuestas, conclusiones. Y no sé por qué. Porque claro..., todo eso ha sido..., es muy fuerte para mí, es muy fuerte para las personas... Pero he estado muy bien y he llevado mi recuperación muy bien y todo muy bien. Eso es lo que me ha pasado estos días. Tenía muchas ganas de venir, porque últimamente no he podido asistir a todas las sesiones... Es como si hubiese momentos en la vida de las personas que tienes que pasar por una serie de pruebas...

El testimonio de Ana reproduce de forma sintética tanto en su literalidad como en relación a la experiencia a la que alude todas las fases de un proceso de cambio personal en psicoterapia: crisis → sufrimiento → soledad → integración → libertad

➔ liberación. Todo cambio inicia con un proceso de crisis de una estructura o situación previa, la cual, como bien expresa el ideograma chino que representa la palabra crisis, puede significar peligro y oportunidad simultáneamente. Esta crisis puede experimentar una evolución por sí misma sin que ello sea causa necesariamente de sufrimiento, aunque sí, como queda dicho, inevitablemente de tensión. En esos casos la psicoterapia no es necesaria, ni la tensión epistemológica se convierte por sí misma en motivo de demanda terapéutica. Ésta sigue más bien a las crisis que van acompañadas de sufrimiento. El sufrimiento suele ser originado por la inviabilidad del sistema pero se ve aumentado por la sensación de amenaza que implica el cambio: ésta puede afectar a las relaciones establecidas de familia o pareja, a los hábitos adquiridos, al sentido de identidad o incluso a la propia autoestima. Afrontar estos riesgos requiere sin duda una gran valentía, que honra a las personas que tiene el valor de hacerlo. Un testimonio elocuente del coste que supone para una persona asumir el proceso de cambio lo constituye la autocaracterización, escrita al final de la terapia por Miguel, el paciente que experimentó un cambio de orientación sexual en el ciclo medio de su vida, cuyo texto completo fue publicado en un número anterior (Villegas, 1999) y de la que reproducimos un extracto:

Conocer a Miguel ha sido una empresa ardua y nada fácil. Yo como amigo, le tengo en gran estima, porque ha tenido el valor de llegar hasta el final, ha querido buscar su identidad y sólo yo puedo entender lo mucho que le ha costado, lo mucho que ha sufrido y cuán grande es, todavía hoy, su malestar por haber destruido una familia a la cual, en cierto sentido, quería mucho. Lo veo cambiado, lo encuentro más autónomo, abrumado por mil problemas, pero testarudo y seguro de que también se las arreglará solo. Sé que tiene momentos en que se siente perdido, es normal, porque se ha encontrado afrontando la vida de una manera distinta, intentando olvidar lo que hacía por costumbre desde hacía más de veinte años y desprendiéndose de aquel esquema tan preciso y falso que se había construido e impuesto.

Es en ese contexto de sufrimiento y desesperación donde suele producirse la demanda de ayuda terapéutica. Pero la propia psicoterapia puede ser anticipada como un nuevo motivo de amenaza. En efecto, el aumento de autonomía del sistema que promueve la psicoterapia puede ir acompañado de un profunda sensación de soledad, de destrucción de falsas seguridades y apoyos, de pérdida incluso de las relaciones de apego más significativas, experiencia equiparable a un proceso de duelo cuya resolución puede conducir ciertamente a una mayor integración interior -»yo soy así»-, o a una toma de contacto consigo mismo facilitadora de su reorganización, pero no sin un grave coste la mayoría de las veces. De este proceso de reorganización surge una mayor experiencia de libertad entendida como autoposición y disponibilidad respecto a sí mismo y al mundo. Libertad implica

igualmente liberación de aquellos sentimientos, apegos y estilos de relación que nos mantienen atrapados, así como de todo tipo de ataduras que impiden disolver la angustia. Nada de extraño si la psicoterapia llega a ser anticipada, pues, como un proceso doloroso de pérdida que naturalmente se quisiera evitar. En este contexto la resistencia puede ser entendida fácilmente como un intento de mantener el sistema frente a la amenaza de destrucción, que sólo puede afrontarse si se crean las condiciones de fuerte alianza con el terapeuta y perspectivas razonables de reestructuración. El sufrimiento se constituye en el motor del cambio y el incentivo para la demanda de ayuda, pero se puede ver aumentado si el abordaje terapéutico acentúa la sensación de amenaza en lugar de generar confianza, dando lugar a un balance negativo entre pérdidas y ganancias al que llamamos «resistencia».

CONSIDERACIONES FINALES

Entendida la psicoterapia como un proceso de cambio personal en el que el punto de partida se halla constituido por la vivencia de una crisis fuertemente desestabilizante, resulta lógico plantearse la necesidad de un acercamiento respetuoso y atento, orientado a obtener la colaboración y complicidad del sujeto, evitando cualquier forma de resistencia. Esa es la actitud o estrategia a la que denominamos del “caballo de Troya”. La persona se halla en una situación de asedio interno, de crisis intolerable del sistema, pero vive la alternativa de cambio de forma tan amenazante que teme abrir las puertas de la muralla a cualquier intromisión externa que anticipa como potenciadora de la crisis, como el fóbico se resiste a abrir la boca a la intervención del dentista. Es aquí donde el arte del médico o del terapeuta puede coadyuvar o en caso contrario colisionar con la necesidad del paciente. Un paciente relata que cuando era pequeño era tan fuerte su miedo a ir al dentista que para la extracción de una muela llegó a ser ingresado con engaño en un hospital y sometido a anestesia total. Este tipo de abordaje terapéutico, equivalente a “matar moscas a cañonazos”, utiliza la estrategia de las trompetas de Jericó: conseguir a cualquier precio el derrumbe de las murallas.

Otro paciente, de 48 años, sufrió durante más de treinta de dolor de muelas y de infecciones recurrentes en la boca por no poder soportar la intervención del dentista. Lo probó decenas de veces en su vida, pero terminó huyendo siempre en el último minuto de la consulta o levantándose del sillón del dentista apenas éste le había hecho abrir la boca, a parte de innumerables anulaciones de visitas previamente concertadas. Lo que sucedía es que sistemáticamente todos los dentistas le reprochaban el mucho tiempo que había tardado en acudir a ellos, la poca higiene bucal y el descuido general en el estado de su dentadura, totalmente inadecuado en una persona como ella, exitosa por otra parte en el ámbito profesional y social. Le amenazaban con premoniciones y advertencias de infecciones peligrosísimas. Ninguno de ellos se preguntaba por el significado de su conducta evitativa, sino que más bien se la reprendían. Ya en la sala de espera, sobre todo si esa se hacía larga,

se imaginaba una escena de la infancia en la que veía a un practicante, armado de una jeringa enorme, poniendo una inyección antirreumática de sales de oro muy dolorosa a su madre y con frecuencia huía despavorido de ella antes de que le tocara el turno. La solución vino de forma muy imaginativa por parte de una dentista amiga de un amigo suyo. Desesperado, en cierta ocasión, por el dolor insoportable que había experimentado en una excursión a la nieve, llamó suplicante al amigo, pidiendo si éste conocía algún dentista de confianza. El amigo, que vivía en otra ciudad, le comentó que precisamente su vecina, que era muy íntima de la familia, tenía una consulta cerca de su casa y si quería que le concertara una entrevista para su próximo viaje. Puestos de acuerdo previamente la dentista y el amigo le citaron en un bar para tomar unas cervezas y se trasladaron luego a la consulta, que previamente había sido cerrada al público. Continuaron hablando distendidamente, hasta que llegados a cierto punto de la conversación la dentista, vestida con la ropa de calle le preguntó si tendría inconveniente en mostrarle el estado de su dentadura abriendo la boca. Después de una rápida ojeada sin ni siquiera tocarle le comentó que “había alguna cosilla que era muy fácil de arreglar, pero que en general tenía bastante bien la dentadura”. Le preguntó a continuación si le importaría que le explorara mejor utilizando los dedos de la mano sin ningún instrumental, a lo que el paciente accedió. La dentista continuó afirmando que total era alguna caries que se podía quitar en un momento si él quería. Habiendo obtenido su consentimiento le indicó con el tacto qué piezas podrían ser removidas, pero que no era necesario hacerlo aquel mismo día, sino que se podía aplazar a su conveniencia. El paciente se mostró dispuesto a aprovechar la ocasión y la dentista vestida con minifalda y sin ninguna parafernalia médica procedió, previa anestesia local apenas perceptible, a la extracción de la primera muela careada. En este ambiente de absoluta confianza y total distensión, la dentista terminó su trabajo con el resto de piezas en mal estado. El encuentro entre el paciente, la dentista y el amigo se prolongó hasta la noche, terminando en una discoteca. Desde aquel día la visita al dentista se ha convertido para nuestro paciente en un acto rutinario.

Resultan particularmente interesantes para nuestro propósito los comentarios del protagonista de esta pequeña historia. Estos hacen referencia a los siguientes factores, extensibles a cualquier proceso de cambio psicológico:

1. El papel del sufrimiento: “*El dolor tiene que llegar a ser insoportable para decidirse a pedir ayuda*”. Por su propia naturaleza intrínseca toda crisis conlleva tensión en un sistema independientemente del tipo que sea, económico, político, científico, etc. Cuando la crisis afecta a un sistema fisiopsicológico, la experiencia subjetiva de esta tensión se traduce en un grado mayor o menor de dolor o sufrimiento, dando lugar a una predisposición para pedir y recibir ayuda. Sólo esta circunstancia permite desarrollar en el ánimo aquella actitud que Platón denominaba *paraskhesis* y que podría traducirse como aceptación de la ayuda o apertura del propio sistema a la influencia de un agente exterior. Este agente,

evidentemente, de acuerdo con algunos autores deberá ser percibido como un validador de confianza (Semerari 1991), condición que, de no cumplirse, podría frustrar cualquier intento de demanda de ayuda.

- 2. El papel del balance:** ante una situación que requiere un cambio el sujeto lleva a cabo sistemáticamente, aunque por lo general de forma intuitiva y espontánea, una evaluación en términos de pérdidas y ganancias. No siempre este balance se efectúa con criterios de lógica racional, puesto que como señala Mancini (2001) los seres humanos son razonadores pragmáticos. Por ejemplo, para nuestro paciente resultaba más aversivo (mayor pérdida), según sus palabras, el reproche de los dentistas, la humillación a que se veía sometido, la vergüenza que tenía que afrontar, que la evitación (ganancia) del dolor que le podían causar las molestias dentales. La propia demanda de ayuda queda pues condicionada al balance previo o anticipatorio que pueda hacer el paciente no sólo ya del resultado del cambio, sino del propio proceso de demanda de ayuda, pudiéndose afirmar que se establece un doble balance, el primero relativo a las pérdidas o ganancias que se pueden derivar del propio cambio (por ejemplo, en el caso de nuestro paciente, pérdida de piezas dentales que todavía ejercen una función contra ganancia de liberación del dolor y sustitución de piezas dañadas por otras postizas más eficaces). Pero ese primer balance, cuyo resultado podría ser positivo, puede verse invalidado por un segundo balance que afecta a una condición previa: la demanda de ayuda. Si el balance relativo a ella resulta negativo, por ejemplo el sujeto teme la reacción antipática y descalificadora de los dentistas, o imagina experiencias de dolor insoportable necesarias para la cura, o consecuencias desastrosas para su vida, posiblemente desistirá de solicitarla.
- 3. El papel de la resistencia:** lo que habitualmente llamamos “resistencia” es efecto del miedo a lo que representan en nuestra metáfora de los procesos de cambio las “trompetas de Jericó”, a saber la destrucción o derrumbe completo de las murallas. La amenaza, protagonizada por los dentistas tradicionales que atendieron a nuestro paciente, de grave pérdida de autoestima, sitúan a la persona ante una experiencia de total desprotección que resulta más aversiva que la experiencia del dolor por sí mismo, al que además se imagina poder neutralizar de formas paliativas o quién sabe si mágicas. Por cuanto puede deducirse la tal llamada “resistencia” es resultado, pues, de un doble balance entre ganancias y pérdidas del cambio y ganancias y pérdidas de la demanda de ayuda (Figura 2), balance en el que resulta determinante la valoración del propio sujeto, pero en el que puede influir positiva o negativamente la interacción con el terapeuta, en la medida en que éste es capaz de facilitar tanto la predisposición al cambio como la motivación para llevarlo adelante.
- 4. El papel de la motivación:** La actitud del paciente debe implicar un deseo de superación del sufrimiento y de la necesidad de introducir cambios con esta finalidad en su vida. Tales cambios pueden vivirse, sin embargo, como altamente

amenazadores, dando finalmente al traste todo el proceso de cambio iniciado. Una paciente de 45 años, miembro de un grupo de terapia, a la que llamaremos Adelina, presentaba una agorafobia con un curso de más de 23 años, acompañada de fuertes ataques de ansiedad e intensas manifestaciones neurovegetativas – mareos, desmayos, vértigos y somatizaciones- que se podían desencadenar de forma estentórea incluso durante la sesión. Después de dos años de terapia en el que se habían puesto de manifiesto tanto el origen de la sintomatología como el significado de la misma, la paciente, sin dar ningún tipo de explicación, dejó de acudir al grupo, al reiniciarse éste después del periodo veraniego. Su problemática estaba claramente vinculada al tipo de relación que mantenía con su esposo, quien, a su modo de ver, no sólo la descalificaba totalmente como persona, sino que la utilizaba mecánicamente como mujer, abusando de ella sexualmente cada noche en contra de su consentimiento activo, pero contando con su resistencia pasiva, con la que dejaba que él se “desaguara”. A pesar de notables progresos en la comprensión de la situación, de desarrollar una fuerte conexión con sus sentimientos que la mantenían alejada afectivamente de su esposo, hasta el punto de sentir asco por su olor, aversión a su ropa, rehuir su mirada, continuaba durmiendo con él en la misma cama, dándole eso sí la espalda, pero facilitando con ello que él abusara sexualmente de ella cuando le apeteciera. La consideración de la separación matrimonial, que ella veía como única alternativa válida a la situación, la aterrorizaba, sin embargo. Representaba para ella su fracaso como esposa y temía, más que nada, que particularmente uno de sus hijos de 22 años pudiera desarrollar una depresión. Su abandono del grupo se produjo probablemente en este punto, por la razón de que el no atreverse a afrontar los costes emocionales y prácticos de la separación, a pesar de las evidencias de lo beneficioso que podría resultar para ella, podía constituir un motivo de vergüenza o pérdida de autoestima todavía mayor, tanto más cuanto otros miembros del grupo, entre ellos la compañera que la había introducido en él, habían conseguido una notable mejoría de sus síntomas y de su calidad de vida. En la Figura 2 hemos expuesto el sistema de balance utilizado por la paciente agorafóbica en el que el empate entre pérdidas y ganancias se resuelve a favor del abandono ante el temor a una nueva pérdida, la de resultar una paciente fracasada ante el grupo: “no seré capaz” “pensarán que soy cobarde”.

5. El papel de la colaboración: La psicoterapia es una intervención de ayuda que exige, más que ninguna otra, la colaboración del paciente, puesto que está orientada a restituir precisamente la autonomía epistemológica del sistema. Con frecuencia los pacientes están dispuestos a colaborar, pero de una forma pasiva, es decir a hacer lo que se les mande con la fantasía mágica de que eso les curará. Algunas técnicas terapéuticas, más próximas al modelo de las trompetas de Jericó, refuerzan por su intrínseca directividad esta postura y aunque pueden ser útiles a corto plazo, se vuelven ineficaces si lo único que consiguen es que el

Figura 2. BALANCE DEL DOBLE BALANCE

Situación problemática	Ganancia demanda de ayuda	Pérdida demanda de ayuda	Ganancia cambio	Pérdida cambio
DOLOR DE MUELAS	IR AL DENTISTA Relación profesional positivizante Aumento autoestima	IR AL DENTISTA Relación profesional descalificante Menor autoestima	INTERVENCIÓN Desaparición dolor Sustitución piezas postizas	INTERVENCIÓN Dolor intervención Boca diezmada
	COLABORACIÓN	RESISTENCIA	COLABORACIÓN	RESISTENCIA
AGORAFOBIA	IR AL GRUPO Comprensión	IR AL GRUPO “Los demás mejoran y yo no; no me veo capaz de separarme” Pérdida de autoestima	SEPARACIÓN “Me sentiré libre” Calidad de vida	SEPARACIÓN “He fallado como mujer” Fracaso esposa
DOBLE BALANCE DEPENDE DE LOS COSTES DEL CAMBIO Y DE LOS DE MANTENERSE EN EL GRUPO	Aceptación	“Los miembros del grupo pensarán que soy cobarde” Vergüenza pública respecto al grupo	“Podré ir a donde me apetezca” Desaparición de síntomas	“Mi hijo se deprimirá” Fracaso madre “No sabré seguir adelante sola” Fracaso personal
	Moralización	“Continuar significa ser mal paciente” Fracaso ante el terapeuta	“Dejaré de ser tratada como puta” Autonomía y autorespeto	“¿Qué pensarán mi familia y la gente” Fracaso social
	COLABORACIÓN	RESISTENCIA	COLABORACIÓN	RESISTENCIA

paciente «haga los deberes».

Podemos apreciar la conciencia de estas condiciones de colaboración, entendida como implicación en el proceso de cambio, en el siguiente texto de una anoréxica en un avanzado estadio de la terapia:

« Se requiere tiempo para poder hacer frente a los recuerdos dolorosos; es preciso tener ante sí un lugar protegido y seguro donde avanzar paso

a paso, donde sentirse acogidos, protegidos. La mayoría no tiene ni idea de lo que puede encontrar en un trabajo terapéutico: frecuentemente son los lugares comunes que circulan a propósito de esta terapia, a veces las propias rigideces del propio terapeuta que confieren un encuadre poco claro. Muchas personas dicen no saber qué es una psicoterapia, qué se puede esperar de este proceso. Los resultados, como comúnmente se llaman, no son visibles en poco tiempo como sería de esperar. La curación se concibe como la desaparición del mal y no como una lenta y larga serie de cambios, a veces imperceptibles, de las actitudes respecto a las dificultades, madurando una capacidad siempre nueva de afrontarlas. El síntoma no se suprime, sino que se diluye hasta desaparecer sólo cuando la persona no siente más la necesidad de adoptar las conductas que ha buscado y usado como solución, cuando consigue expresar y vivir sus sentimientos, cuando a pesar de las dificultades encuentra en su interior los instrumentos para hacer frente a la vida y al sufrimiento que conlleva. Muchas personas buscan un atajo para hacer su proceso sin afrontar el tiempo y los costes emocionales necesarios... Cuanto más altas son las expectativas en la terapia, tanto más fuertes son las desilusiones... Piensas en el cambio como en la pérdida de todo y, paradójicamente, estás segura de que esto puede suceder en pocos segundos... La dependencia del síntoma se hace sentir más que nunca, se refuerza. No deja nunca de parecerte la respuesta perfecta al sufrimiento; mientras poner en juego las posibles causas de tu malestar no te parece útil... No vivir parece menos doloroso que vivir... Tienes miedo de volver a tener un aspecto normal, apetecible, mientras que en realidad tu proyecto ha sido concebido para mantenerte lejana de las emociones».

Es evidente que no todos los pacientes se hallan en condiciones de dar algún tipo de respuesta colaborativa, particularmente en el caso de los niños pequeños y de los psicóticos, o de personas que se hallan bajo el efecto inmediato de un estrés traumático, de ingesta de drogas o de un trastorno emocional muy intenso; pero aun así es posible buscar la colaboración del sistema familiar o de las redes de apoyo social, o incluso del mismo sujeto, poniendo en marcha otras formas de intervención que ayuden a sentar eventualmente las bases para una psicoterapia futura.

La actitud colaborativa es la que permite llevar a cabo el tipo de interacción psicológica que llamamos «psicoterapia». En realidad se trata de activar las fuerzas o posibilidades de cambio presentes en la estructura del sistema epistemológico de la persona. Devolver el poder a las personas (May, 1972; Rogers, 1981) a través del trabajo psicoterapéutico es el fruto de una colaboración profesional, donde el experto es o debería llegar a ser el propio cliente. Esta transformación no es producto, sin embargo, de una influencia mágica, sino de una conversión del propio sufrimiento en una ocasión de cambio (Villegas, 1996).

COLOFÓN Y CODA

El proceso de cambio en psicoterapia requiere unas condiciones muy particulares que no son tan atribuibles a la especificidad de los modelos teóricos de intervención, cuanto a la combinación de ciertas condiciones que hemos condensado en la metáfora del “caballo de Troya”, como contrapuesta a la de las “trompetas de Jericó”. Es cierto que no todas las técnicas o estrategias terapéuticas resultan igualmente facilitadoras ni operativas del proceso de cambio, pero lo que contradistingue básicamente una intervención de otra es el modo en que se facilita un acercamiento al interior de un sistema para promover desde dentro su evolución hacia una reestructuración más satisfactoria. A su vez, tal acercamiento no es garantía automática de cambio, puesto que puede darse una imposibilidad o, al menos una dificultad, tal vez insalvable en un cierto momento de la evolución del sistema, aunque no necesariamente de modo definitivo, de una reestructuración en función de la zona de desarrollo proximal. En ocasiones el sistema escoge permanecer inmovilizado, puesto que cualquier intento de movimiento podría ser vivido como la amenaza de un derrumbamiento completo. No olvidemos que la estrategia del caballo de Troya requiere esperar a que los habitantes de la ciudad se decidan a abrir las puertas de la muralla y a invitar al caballo a introducirse en su interior. Éste permanece dispuesto y atento a la invitación, se presenta como cómplice y aliado de los habitantes de la ciudadela, pero evita por todos los medios proceder al asalto. Forzar el ingreso en la ciudad a base de estruendosos sonidos de trompeta sólo podría producir dos efectos: el derrumbe de las murallas o el aumento de la resistencia de quienes se defienden tras ellas. Si el caballo es introducido voluntariamente en el interior del recinto amurallado y puede llevar a cabo su trabajo terapéutico, probablemente quedará entronizado para siempre como un trofeo de guerra y un testimonio de la gran lucha que se ha desarrollado en su interior. Éste parece ser el sentido del siguiente mensaje navideño de la misma paciente Katy a la que nos hemos referido anteriormente, escrito algunos años después de terminada la terapia:

“Aunque el tiempo ha pasado en mi camino has existido; has sellado bases, y sigo caminando apoyándome en algunas de esas y otras referencias. Este año me apetecía mucho escribirte y ¿cómo no?, desearte también a ti que la vida sea esa oportunidad constante de crecer. Sinceramente”.

El proceso de cambio en psicoterapia se compara en este artículo al proceso de asedio, destrucción y reconstrucción de una ciudad tomando como referentes metafóricos las epopeyas clásica y bíblica de la conquista de Troya y Jericó, respectivamente, por parte de los sitiadores griegos y hebreos varios siglos antes de Cristo. La estrategia del caballo de Troya se plantea como metáfora del cambio sin resistencia, mientras que la toma de Jericó mediante el abatimiento de sus murallas a causa del estruendo de las trompetas de los sacerdotes del pueblo de Israel se convierte en la metáfora de los enfoques terapéuticos capaces de generar resistencia. El sentido y la aplicación de tales estrategias al quehacer terapéutico se ilustra con abundantes ejemplos.

Palabras clave: *cambio, resistencia, psicoterapia, proceso, balance terapéutico.*

Referencias bibliográficas:

- DAVIS, D. & HOLLOON, S. D. (1999). Reframing resistance and noncompliance in Cognitive Therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 9, 33-55.
- FREUD, S. (1912). Algunas observaciones sobre el concepto de lo inconsciente en psicoanálisis. *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva
- FROMM, E. (1976). *To have or to be*. New York. Harper & Row
- MANCINI, F. (2001). La resistencia al cambio o la paradoja neurótica. *Revista de Psicoterapia*, 46/47, 5-15.
- MATURANA, H. (1996). Entrevista con Humberto Maturana (por José Hernández y Virtudes Ortega). *Síntesis psicológica*, 1, 6-11.
- MAY, R. (1972). *Power and innocence*. New York: Norton.
- PERLS, F. S (1975). *Dentro y fuera del tarro de basura*. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- PROCHASKA, J. O. & PROCHASKA, J. M. (1999). Why don't continents move?. Why don't people change? *Journal of Psychotherapy Integration*, 9, 83-102
- ROGERS, C. R. (1981). *La persona como centro*. Barcelona: Herder.
- VILLEGAS, M. (1993). La entrevista evolutiva. *Revista de Psicoterapia*, 14/15, 39-87.
- VILLEGAS, M. (1995). Psicopatologías de la libertad (I): La agorafobia o la restricción del espacio. *Revista de Psicoterapia*, 21, 17-39.
- VILLEGAS, M. (1996). El análisis de la demanda: una doble perspectiva social y pragmática. *Revista de Psicoterapia*, 26/27, 25-78.
- VILLEGAS, M (1998). Mesa redonda cibernetica: análisis de la influencia de la combinación de psicofármacos y psicoterapia según las diferentes orientaciones en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 36, 63-90.
- VILLEGAS, M & TURCO, L. (1999). Un caso de reorientación sexual en el ciclo medio de la vía. *Revista de Psicoterapia*, 40, 75-102.
- YGOTSKY, L.S. (1978). *Mind and society. The development of higher psychological processes*. Cambridge: Harvard University Press.
- WACHTEL, P.L. (1999). Resistance as a Problem for Practice and Theory. *Journal of Psychotherapy Integration*, 9, 103-117

LA RESISTENCIA COMO PROBLEMA TEÓRICO Y PRÁCTICO

Paul L. Wachtel

Department of Psychology, City College of CUNY, New York, NY 10031

"Resistance" is one of the most problematic and potentially counterproductive concepts in the entire field of psychotherapy. It is at the same time one of the most crucial, pointing toward perhaps the single most important factor -or, more accurately, set of factors- in determining the success or failure of the therapeutic enterprise. This paper explores this seeming contradiction in order to point toward an integrative resolution of the differing perspectives on resistance and related phenomena.

Key words: *resistance; psychotherapy practice; psychotherapy theory.*

Introducción

La “resistencia” es uno de los conceptos más problemáticos y potencialmente contraproducentes de la psicoterapia. Al mismo tiempo es uno de los más cruciales, que indica quizás el factor -o conjunto de factores- más importantes que determinan el éxito o fracaso de la intervención terapéutica. Estas dos afirmaciones parecen contradecirse, pero tal como se verá más adelante, la contradicción es más aparente que real.

Los terapeutas de casi todas las orientaciones describen situaciones que pueden catalogarse fácilmente en este campo (ver, por ejemplo, Wachtel, 1982, así como los artículos de Davis y Hollon o de Prochaska y Prochaska en este número). Todos los terapeutas se encuentran con pacientes que se comportan de manera que, al menos a corto plazo, parece que obstaculizan el progreso de la terapia, cuyo análisis refleja la manifestación en el contexto de la propia terapia de las mismas ansiedades, rasgos de carácter y patrones de comportamiento problemáticos que les han llevado a empezarla. Al mismo tiempo los terapeutas expertos de todas las orientaciones reconocen que “culpabilizar” al paciente por estas características es inadecuado y contraproducente.

El paciente no se está resistiendo a los esfuerzos del terapeuta, sino que está intentando mantener su vida al nivel de seguridad y estabilidad conseguido hasta

ahora. O, desde otra perspectiva, el paciente está siendo simplemente “él mismo”, lo que es, de hecho, precisamente lo que el terapeuta quiere y espera que sea.

Parte del desafío de conceptualizar la resistencia yace en esta última observación. Como terapeutas, queremos que los pacientes compartan con nosotros la realidad completa, dolorosa y a veces vergonzosa de quién es y cómo actúa en el mundo. Queremos que nos revele incluso -o quizás especialmente- todas aquellas cosas que normalmente esconde a los demás. Queremos que nos descubra también (otra vez quizás *especialmente*) aquellas cosas que se esconde incluso a sí mismo. Si el paciente no lo hace, nuestro conocimiento sobre él será superficial o como mucho hipotético y abstracto; no hay substituto para la experiencia y la observación directa. Pero los modelos de conducta que le están creando problemas en su vida, probablemente también le causarán problemas dentro de la terapia y por eso las características que desearíamos (o deberíamos) ver también son las características más propensas a frustrar nuestros esfuerzos.

Finalmente, la frustración en sí misma es una parte crucial del proceso. Frecuentemente, sólo se puede progresar trabajando directamente la forma en que el paciente frustra sus propios intereses. *Eludir* la resistencia es prácticamente imposible.

Esto aparece con más claridad en el trabajo psicoanalítico, pero también se da en otros enfoques. Por eso, Davis y Hollon (1999), cuando hablan de la terapia cognitiva, hacen notar que “los casos en los que los clientes no pueden o no quieren llevar a cabo un ejercicio se convierten en oportunidades para identificar y explorar las actitudes y creencias fundamentales del cliente. Estos casos suelen ser muy instructivos; las creencias que interfieren el proceso de la terapia suelen ser semejantes en su naturaleza a aquellas actitudes y valores que complican la consecución de los objetivos más amplios de la vida.”

Davis y Hollon (en este mismo número) señalan los paralelismos entre esta orientación por parte de los terapeutas cognitivos y la forma en que los terapeutas dinámicos utilizan la experiencia o las dificultades que surgen en la relación terapéutica para explorar los modelos de relaciones distorsionadas más generales en la vida del paciente. Una diferencia importante es que los terapeutas cognitivos no consideran que la resistencia sea tan universal como suponen los psicoanalistas. Davis y Hollon, por ejemplo, apuntan cuatro grandes líneas de explicación que clarifican el fracaso del cliente para seguir las recomendaciones terapéuticas de los terapeutas cognitivos, y relacionan sólo una de ellas -las actitudes y creencias problemáticas del cliente- a las concepciones psicodinámicas tradicionales de la resistencia. La terapia cognitiva, señalan, “difiere de las terapias dinámicas más convencionales en que no acepta que este proceso sea universal o que su resolución tenga que ser siempre el vehículo de trabajo principal del cambio.”

Esta distinción puede ser un poco exagerada, ya que el enfoque psicodinámico de la resistencia frecuentemente incluye las otras consideraciones que Davis y

Hollon presentan como factores separados que influyen en el fracaso de la terapia. Pero es cierto que como mínimo para el psicoanálisis es más fundamental trabajar con las resistencias que para la terapia cognitiva. En este sentido, irónicamente, los terapeutas cognitivos consideran que la *resistencia* es más pura de lo que la consideran los psicoanalistas. Para asegurarse, tal como se ha señalado antes, los terapeutas cognitivos también utilizan a veces la resistencia para ayudar al cliente a aceptar lo que hacen fuera de la terapia. Pero esta actividad no es tan central (o universal, tal como la denominan Davis y Hollon) como lo es para los psicoanalistas.

A MENUDO “LA TEORÍA” NO REPRESENTA LA REALIDAD DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

A veces, las diferencias –y las semejanzas- entre los enfoques no son tan fáciles de determinar. Tanto la terapia cognitiva como el psicoanálisis, por ejemplo, se describen generalmente de formas demasiado verbales y cognitivas que ensombrecen el amplio campo de influencias esenciales para el cambio terapéutico fundamental. Por eso, Davis y Hollon, siguiendo una descripción estándar de la terapia cognitiva, señalan, que “la terapia cognitiva, enseña al cliente a evaluar sistemáticamente la exactitud y utilidad de sus creencias e interpretaciones, con la esperanza de que al producir cambios en esas interpretaciones se pueda liberar la ansiedad y facilitar respuestas adaptativas.” Esta consideración tan intelectual del proceso de cambio presenta parecidos con las descripciones del psicoanálisis que enfatizan significativamente el *insight*. En cualquier caso, el terapeuta que destaca de forma demasiado literal estas representaciones en la cabeza del cliente probablemente tendrá un éxito limitado. Davis y Hollon indican, por ejemplo, que a pesar de que la terapia cognitiva se “centra” en los *pensamientos* y *suposiciones*, de hecho incluye frecuentemente también estrategias estrictamente más conductuales, técnicas de evocación afectiva y reconstrucción histórica. Es difícil demostrar que el aspecto “cognitivo” de la supuesta terapia cognitiva es crucial.

De modo parecido, el argumento de que el “*insight*” es el elemento crucial de una terapia psicoanalítica bien conducida, aunque todavía cuenta con algunos defensores, suena cada vez más anticuado. Eagle (1999) señala la variedad mucho más amplia de factores terapéuticos que se consideran importantes en el pensamiento psicoanalítico contemporáneo, indicando que incluso la noción, considerada anteriormente tabú, de la “experiencia emocional correctiva” ha vuelto a entrar en la corriente principal psicoanalítica (ver también Wachtel y DeMichele, 1998).¹

Las versiones “oficiales” de la terapia cognitiva y psicoanalítica pueden parecer más áridas e intelectuales de lo que son en realidad si se ponen en manos de profesionales experimentados y capacitados. (Desde mi propio punto de vista cuanto más puramente “cognitivo” sea en la práctica cualquiera de los enfoques, menos podrá ayudar a los pacientes o clientes). Eagle (1999), por ejemplo, resalta lo que creo que es un mayor énfasis de la dimensión afectiva entre los psicoanalistas.

En su descripción de la resistencia, más que las ideas imperfectas o erróneas, la base de la resistencia es el miedo a que el cambio pueda significar algún peligro o interrupción en la vida de la persona. En realidad, la concepción de Weiss y Sampson, que Eagle valora muy positivamente (ver también Eagle, 1992), tiene en cuenta las creencias erróneas, pero considera que se basa más en el afecto, siendo su dimensión afectiva más palpable de lo que suele ser en la terapia cognitiva.

RESISTENCIA Y RELACIÓN TERAPÉUTICA

A pesar de haber señalado que la resistencia (o fenómenos similares -ver más adelante los problemas relacionados con este término) es un fenómeno que impregna virtualmente en todas las formas de psicoterapia, y a pesar de que puede ser un fenómeno muy útil para el esfuerzo terapéutico si se entiende y se trabaja correctamente, sin embargo el caso es que la resistencia puede ser de hecho un impedimento y que la práctica terapéutica experta induce menos a la resistencia que la práctica menos experimentada. Lo que se denomina “excedente” de resistencia es frecuentemente el resultado de la aplicación demasiado rígida o mecánica de un conjunto de reglas aprendidas como indicador de pertenencia a una orientación terapéutica particular.

Tal como han señalado varios de los autores de estos artículos, el interés por la relación terapéutica es un factor básico, orientado a minimizar los tipos de resistencia que impiden el proceso terapéutico. Davis y Hollon hacen una observación interesante a propósito de que los clientes de la terapia cognitiva “deben interrumpir las creencias relativas a [su] auto concepto o visión del mundo” y que por eso la participación en la terapia cognitiva requiere generalmente un “acto de fe.” Davis y Hollon también señalan, siguiendo a Safran y Segal (1990), que “la terapia cognitiva no se puede separar del contexto interpersonal en el cual se desarrolla.” Por eso, establecer una relación en la cual el paciente o el cliente tiene suficiente confianza en el terapeuta como para hacer este acto de fe, al menos como prueba, es una parte importante del éxito de la terapia.

Desde otro punto de vista, Eagle (1999) señala el rol significativo que desempeña la relación terapéutica. Indica que una resistencia que vaya en aumento puede ser un signo de que el paciente se siente inseguro, y que estos sentimientos de peligro pueden derivarse de la forma con que el terapeuta comunica inconscientemente el descrédito o estructura la relación de manera adversa o amenazadora (cf. Wachtel, 1993). Eagle señala los trabajos de investigación que relacionan los buenos resultados de la terapia con la calidad de la alianza terapéutica, y sugiere que “no importa lo exactas o inteligentes que sean las interpretaciones del terapeuta; si el paciente cree que el terapeuta no le ayuda o le ofrece apoyo, ni se compromete en un esfuerzo común, probablemente no se producirá el cambio” (p.29; otra vez cf. Wachtel, 1993). Dicho de otra manera, la calidad de la relación terapéutica es un determinante crucial del grado de resistencia que se genera.

Utilizar la relación -y tener en cuenta la calidad de la relación- no es una tarea única del psicoanálisis. Ya hemos señalado estas consideraciones en la terapia cognitiva. Podemos añadir otro ejemplo de Davis y Hollon (en este mismo número): El caso de un hombre que temía que le avergonzaran en las entrevistas de trabajo, a quien la actitud del terapeuta le permitió abrirse al reconocer y expresar su propia frustración y desconcierto: “la habilidad del terapeuta en admitir su propio fracaso sin considerarlo una amenaza a su autoestima facilitó la confesión del cliente.” También se puede señalar, sin embargo, un número de dimensiones de esta intervención que ilustran el impacto de la relación terapéutica, incluyendo lo que los terapeutas sistémicos y estratégicos denominan “posición supina.” Como en el caso de los ratones explicado por Prochaska y Prochaska (en este mismo número): a la gente no le gusta que le fuercen a hacer algo. Cuando el terapeuta manifestó que se sentía incapaz de hacer que el cliente se abriera, el cliente se sintió más capaz de *escoger* hacerlo.

Es útil destacar, en este sentido, que la formulación original del concepto de resistencia hecha por Freud ocurrió en el contexto (ver más abajo) en el que Freud intentaba arrancar del paciente los recuerdos y deseos que el paciente estaba intentando esconder. Con el tiempo, la comprensión de Freud, y de otros analistas, se sofisticó y, como indica Eagle (1999), el punto de vista principal cambió de una visión del paciente como un ser en cierto modo tozudo y recalcitrante a la consideración del *miedo* que tiene a lo que pueda surgir. El enfoque menos humillante -e implícitamente coercitivo- permaneció en muchas formulaciones analíticas, sin embargo, incrementando probablemente el grado de resistencia que el terapeuta observaba. La perspectiva de Dewald, por ejemplo, que Eagle (1999) cita, retrata al paciente que busca la gratificación de los deseos infantiles, mostrándose *reticente a dejar* los intentos de revivir el pasado, y reacio a “aceptar lo que es apropiado a su edad”. Este enfoque dará lugar probablemente a una relación terapéutica que, de forma más o menos sutil, intentará luchar contra el paciente para forzarle a abandonar este niño infantil y recalcitrante para que crezca y participe en la terapia de forma más madura y adecuada. Más que ir *con* la resistencia -lo que significaría *validar* los esfuerzos defensivos del cliente precisamente cuando el terapeuta está ayudándole a renunciar a ellos- esta orientación va *contra* la resistencia, y por eso puede que la incremente (cf. Wachtel, 1993).

No hay ningún enfoque adecuado con respecto a la resistencia, tal como no hay ningún enfoque adecuado en el trabajo clínico en general. Como señala Weiss (1998), al discutir el estudio enfocado desde la orientación de su trabajo conjunto con Sampson, cuando se trabaja con pacientes que “creen que no tienen el derecho de tener sus propias opiniones ni de cuestionar las opiniones de las autoridades,” es importante que el terapeuta evite expresar su propia opinión con demasiada insistencia y que anime al paciente a juzgar por sí sólo las cuestiones. Añade, sin embargo, que “si el paciente cree que no merece protección,” el terapeuta será de

mayor ayuda si se muestra más activo y asertivo, y transmite al paciente que no se va a mostrar negligente o pasivo de la manera como quizás lo fueron sus padres.

En esta conexión, podemos contextualizar la discusión de Eagle del trabajo de Weiss y Sampson y sentirnos estimulados de otras maneras con el ejemplo que Eagle ofrece al ilustrar su trabajo. Eagle señala, cuando explica un caso en el que el paciente ofrece un regalo a su analista, que el analista rehusó con tacto el regalo, en parte debido a que violaba el contrato analítico. Pero la perspectiva de Weiss, descrita más arriba, plantea implícitamente una cuestión relativa al contrato. Para algunos pacientes, esto hará que se sientan protegidos con seguridad y, como sugiere Eagle, es un signo de que el analista no se dejará seducir fácilmente. Pero como indica Eagle, hay más de una manera de entender la secuencia que describe. Y, aunque entendemos este caso particular, seguramente se dan casos en los cuales la experiencia predominante de la niñez del paciente es la de los padres que se conformaban con las reglas estrictas o que no podían aceptar que su hijo tuviera alguna cosa útil que ofrecerles. En estos casos, incluso el rechazo expresado con tacto de un obsequio o regalo puede significar “suspender” más que “pasar” la prueba, mientras que la aceptación meditada del regalo -asumiendo que no es tan grande o significativo como para crear un conflicto genuino de intereses o una grieta ética- puede ser terapéutico y curativo. Una cuidadosa atención a los matices de la relación terapéutica y al modo cómo ésta pueda constituir una continuación o una disconformidad de los modelos problemáticos preestablecidos en la vida del paciente, puede suponer un largo camino hacia la disminución del “exceso de resistencia” que podría hundir todo el esfuerzo terapéutico.

“RESISTENCIA” Y VALORES

La psicoterapia no es una empresa libre de valores. En consecuencia, determinar qué es lo que constituye la resistencia puede no ser tan sencillo como parecen sugerir la mayoría de las discusiones. Una definición operativa de resistencia que –al igual que quienes definen la inteligencia “como lo que miden los tests de inteligencia”- la entienda como que “resistencia es aquello que los terapeutas consideran o llaman resistencia” puede satisfacer a quienes se conforman con un galimatías pseudo-científico, pero no ayuda a tomar una posición en lo que realmente interesa al cliente.

Los conflictos de valores reflejan, por lo general, elecciones con respecto a un dilema bastante fundamental de la vida humana en general, y más en concreto a las personas que viven a caballo entre las culturas más tradicionales y la cultura altamente individualizada de los Estados Unidos o de Europa Occidental. Este dilema o conflicto lo han discutido, entre otros, Fromm (1941) en términos de individualización vs. soledad, Bakan (1966) en términos de agentividad vs. comunidad y “relación dual” en la existencia humana,” y Blatt (1990) en términos de relaciones interpersonales y autodefinición. Las culturas industrializadas modernas

tienden a resaltar el extremo más diferenciador de cada una de las polaridades, resaltando la autonomía y lo que en términos psicoanalíticos se denomina separación-individuación. A pesar de que los terapeutas probablemente tienden a tener más en cuenta la relación que la población americana en general (especialmente la población de los individuos de la exitosa clase media alta), son, no obstante, producto de la cultura altamente individualista que los Estados Unidos comparte con las otras sociedades industrializadas modernas. Como consecuencia, es probable que alberguen valores que destaqueen el alejamiento del contexto de la familia de varias formas y la diferenciación de uno mismo respecto a la matriz cultural envolvente en su conjunto (cf. Wachtel, 1983, en prensa). Su énfasis en las relaciones es más probable que sea del tipo *voluntario*, más parecido al de la amistad y, en una sociedad propensa al divorcio, al de la pareja, que de la familia, especialmente extensa. Otras culturas, sin embargo -y la gente que dentro de nuestra cultura conserva valores más tradicionales- consideran las condiciones necesarias para una buena vida con una óptica distinta. A propósito de la discusión de Eagle (1999) sobre las creencias patógenas de los pacientes de que separarse de los padres y llevar una vida independiente es equivalente a dañar o destruirles seriamente, es primordial tener en cuenta que en ciertas culturas o subculturas los padres se sienten heridos y tratados con crueldad si sus hijos se separan de la manera que es común -y considerado sano- en la sociedad americana.

Reid señala que la consonancia entre los sistemas de valores implícitos de los pacientes y los terapeutas y la manera de construir el mundo puede ser un factor significativo de la determinación del grado de resistencia que se manifiesta en la terapia. Más que si el terapeuta es “psicoanalítico” o “cognitivo-conductual” o lo que sea, el factor crucial puede ser si el paciente considera al terapeuta como una persona que ve el mundo de la misma manera en que él lo hace, o por lo menos, alguien que entiende y respeta la manera en que el paciente ve el mundo.

La cuestión de los valores no sólo aparece en términos de diferencias culturales. Las fuertes presunciones de valores pueden ponerse de manifiesto incluso al trabajar con personas de la misma cultura o subcultura, y a veces pueden ser bastante sutiles. Por eso, por ejemplo, comarto la opinión de Prochaska y Prochaska (1999) acerca del tabaco, pero destacaría, sin embargo, que el término “precontemplativo,” aplicado a un fumador que ha decidido que vale más la pena el placer que experimenta al fumar que el riesgo que conlleva hacerlo, no es una expresión axiológicamente neutra. Como implica que la persona está enganchada de momento en un estadio temprano y mal informado, el término podría considerarse humillante y una expresión de los valores del autor encubiertos por la terminología científica. Esta cuestión se puede relacionar con la dimensión de la cultura considerada por Reid (1999) que destaca que muchos europeos y sudamericanos consideran que la cultura norteamericana evita demasiado el riesgo hasta el punto de hacer que la vida sea menos interesante y placentera y que las leyes de

muchas ciudades americanas que restringen el tabaco en los restaurantes u otros espacios públicos son resultado del puritanismo o constituyen una manifestación de un estado-niñera intrusivo. Repito, mis valores se alinean con los que creo que mantienen Prochaska y Prochaska; pero esto no impide sentirme un poco incómodo con la connotación de valor inherente al término “precontemplativo.”

El esquema que Prochaska y Prochaska introducen está orientado a las regularidades que han observado empíricamente en la secuencia temporal del cambio, y todos sus estadios del modelo de cambio han representado una contribución interesante e importante. Aplicado específicamente a la gente que *busca el cambio* -pero al que, sin embargo se acerca de forma ambivalente, con múltiples racionalizaciones en los primeros estadios del proceso- resulta menos problemático en su terminología. Incluso menos problemático es el empleo retrospectivo de la palabra “precontemplativo,” desde el punto de vista de cómo una persona comprometida activamente en el proceso de cambio, o que ya ha cambiado, percibía las cuestiones mucho antes. Pero es fácil que se produzca un error y que estos términos se aplique a gente que *no* está buscando el cambio (y que se les denomina pre-contemplativos por esta razón) o a gente que *no* considera que les falte suficiente contemplación o ninguna pre-cosa, sino gente que ha *terminado* la contemplación y han tomado una decisión, simplemente diferente de la decisión que Prochaska y Prochaska -o yo- habríamos tomado.

Cuando Prochaska y Prochaska (1999) mantienen que “mientras la mayoría de la gente en nuestra sociedad tiende a juzgar que los peligros del tabaco pesan más que los beneficios, los fumadores en el estado de pre-contemplación manifiestan el patrón opuesto,” ¿no podríamos decir que la gente que juzga que los beneficios pesan más que los peligros son, por definición, pre-contempladores?

¿No despojan con ello el concepto de algunos de sus contenidos empíricos y revelan una estructura de valores oculta en su interior? (Es una estructura, reitero, de valores que comarto, y no quiero pasar por alto el contenido empírico sustancial de su enfoque general de los estados de cambio. Simplemente quiero resaltar el terreno resbaladizo que pisamos cuando utilizamos terminología que implica simultáneamente consideraciones empíricas y de valor).

También vale la pena destacar otra elección terminológica de la calificación del estadio de “contemplación.” Este término probablemente no será digno de mención para los terapeutas cuya orientación “básica” es cognitivo-conductual, pero para mí evoca la misma preocupación con respecto a un enfoque demasiado cognitivo-conductual del proceso terapéutico discutido anteriormente. Una calificación alternativa, basada en una cualidad que Prochaska y Prochaska describen como característica de este proceso, puede ser llamarlo estadio de “ambivalencia.”

En cierto sentido esta calificación añade poco contenido empírico. Sugiero este término como alternativa, después de todo, basada en la propia descripción de Prochaska y Prochaska de la ambivalencia característica de este estadio. En mi

propuesta no es que el término “ambivalencia” sea “mejor”. Existe, sin duda, mucha carga asociada al término “ambivalencia,” y tampoco resulta muy objetivo comparado con el bagaje asociado al término contemplación, por lo que no pretendo establecer una competencia entre ellos. De hecho el término “ambivalencia” se ha asociado generalmente a una orientación que rechaza cualquier tipo de activismo en psicoterapia y, al destacar que siempre (como mínimo) los sentimientos del paciente tienen dos caras, ha ofrecido un razonamiento apropiado a su falta de actividad².

Uno de los puntos fuertes de la perspectiva de Prochaska y Prochaska, por el contrario, es, desde mi punto de vista, su enfoque activo y estructurado del cambio. Este tipo de estructura y actividad son muy útiles especialmente para los tipos de problemas concretos y claramente definidos discutidos inicialmente en su artículo. Sin embargo, como he destacado anteriormente, considero que una conceptualización demasiado cognitiva e intelectual de los procesos de cambio constituye un problema demasiado recurrente en los diferentes tipos de orientación desde la psicoanalítica a la cognitiva. Y a pesar de que la perspectiva de Prochaska y Prochaska incluye características más que puramente cognitivas, el nivel de uso común que el pensamiento y terminología cognitiva o racionalista han adquirido en nuestra literatura me hace querer llamar la atención respecto a los términos particulares que han empleado.

Otros comentarios sobre la resistencia y los estadios de cambio

Prochaska y Prochaska aciertan al destacar la diversidad de procesos que se combinan en un esfuerzo de cambio exitoso, así como al señalar que lo que funciona en un momento determinado del trabajo puede no servir en otro. Su enfoque transteórico basado en estadios resalta las contribuciones útiles que las diferentes orientaciones aportan y las formas en que sus métodos se pueden aplicar erróneamente si, por ejemplo, las intervenciones conductuales potencialmente eficaces se llevan a cabo sin suficiente preparación o las importantes clarificaciones derivadas de la exploración psicoanalítica no se compensan en un estadio posterior con otras intervenciones que animen a iniciar la acción. En este sentido, están añadiendo valor a la integración psicoterapéutica. Pero es importante destacar que, en los casos clínicos complejos, el paciente puede encontrarse al mismo tiempo en diferentes “estadios” con respecto a diferentes cuestiones. Los ejemplos sacados de los esfuerzos de cambio relativamente centrados en uno sólo, tales como dejar de fumar, pueden ocultar esta complejidad, cuando la idea que creo que quieren transmitir es la de un conjunto de cambios suaves y monotónicos.

Es ésta una cuestión importante que conviene recordar porque la gran mayoría de los contenciosos entre orientaciones, que el movimiento de la integración psicoterapéutica ha puesto de manifiesto, deriva de que los terapeutas de distintas orientaciones tienen como punto de referencia diferentes tipos de casos o diferentes objetivos, de acuerdo con la clase de trabajo que llevan a cabo. No ver la

contribución de las perspectivas alternativas deriva en parte de la idea falsa que los terapeutas de otras orientaciones ven los mismos casos y/o persiguen los mismos objetivos terapéuticos. Pero con frecuencia no es así.

¿Es “resistencia” el término correcto?

He utilizado el término “resistencia” a lo largo de este artículo porque es un término muy habitual en este campo y resulta, por ende, una forma fácil de aludir al fenómeno al que quiero referirme. Pero falta discutir el término en sí mismo, porque creo que de hecho es un término *pobre*, independientemente de lo respetable en que se haya convertido.

El término “resistencia” fue introducido por Freud en los principios de la historia del psicoanálisis, y su formulación, a mi entender, refleja la convergencia de diferentes consideraciones a la vez. Para empezar, Freud conceptualizó desde el principio el proceso terapéutico de forma que era virtualmente próximo a su objetivo de investigación. Es decir, desde su perspectiva era el *descubrimiento* lo que curaba, una idea que era muy conveniente para un investigador cuyos sujetos de estudio eran a la vez sus pacientes. Freud fue muy explícito en sus escritos más autobiográficos al decir que le faltaba lo que él llamaba celo terapéutico. Quería que se le recordase sobre todo como descubridor. Los bloqueos de las asociaciones de los pacientes, la interrupción prematura de la terapia, las sesiones perdidas, etc., no sólo impedían el proceso terapéutico sino también el interés de Freud en descubrir lo que se escondía en las partes recónditas del inconsciente del paciente.

La resistencia, por eso, tuvo desde el principio una doble cualidad que distintos terapeutas o distintos lectores de la literatura psicoanalítica podrían interpretar de forma diferente. Por un lado, la noción de resistencia podría interpretarse -e interpretarse exactamente- como un concepto humano y sabio que señala la dura realidad de que las mismas ansiedades y otras dificultades que acechan al paciente en su vida normal pueden aparecer en la terapia. Puede alertar al terapeuta de su probabilidad, permitiéndole ser más sofisticado y eficaz en sus esfuerzos para ayudar al cliente y, en particular, utilizar su aparición en la terapia para sacar provecho del esfuerzo terapéutico. Eagle (1999) subraya de forma adecuada y enfatiza con autoridad esta conceptualización (se podría decir) progresiva de la resistencia, que Davis y Hollon (1999) describen cómo ha sido asimilada útilmente incluso por los terapeutas cognitivos y cognitivo-conductuales.

Por otro lado, el origen del concepto y del término incluye, a mi parecer, los *propios* intereses de Freud, que no siempre coincidían completamente con los del paciente como le hubiera gustado creer (Wachtel, 1987). Es decir, la experiencia de Freud, pienso, tenía que ver con la de pacientes que se resistían a sus *esfuerzos* para hacer descubrimientos. ¡El condenado paciente que no está por la labor!

Quienes ven el concepto de resistencia como la simple *culpabilización* del paciente, situando la falta de progreso de la terapia en la testarudez del paciente, se

pieren (tanto por razones de ideología o estrechez de miras) los aspectos más humanos y sofisticados del concepto descrito por Eagle y muchos otros. Pero no se trata de una distorsión gratuita, porque sí. Hay un hilo tejido en el concepto de la resistencia, un hilo que fue introducido en la tela del concepto desde los principios de la terapia e investigación psicoanalíticas y que, creo, continúa poniéndose de manifiesto de manera evidente y frecuente en la forma en que los analistas hablan de sus pacientes. Se puede decir -y sería el primero en decirlo- que cuando la resistencia se entiende de manera tan humillante y adversa (considerar al paciente recalcitrante, infantil, manipulador, que intenta extraer gratificaciones prohibidas, etc.-cf. Wile, 1984), es un *fracaso* del concepto, una forma defectuosa de conceptualización y comprensión de la resistencia. Pero no es un error que no eche sus raíces en la historia del pensamiento y de la práctica psicoanalítica.

Los diferentes significados de resistencia llevan a ambigüedades que son a la vez evocadoras y difíciles de asignar a un significado realmente claro. Por eso Eagle (1999) se refiere a las representaciones mentales como “altamente resistentes al cambio.” Pero, ¿qué significa exactamente resistente? Uno puede recordar la frase clásica de Henny Youngman cuando a la pregunta “¿cómo está su mujer?”, respondió: “¿comparado con qué?”. Cuando decimos que ciertas representaciones son altamente resistentes al cambio, podemos preguntar también, ¿comparado con qué? Es decir, ¿se considera que existe alguna dificultad inherente o “interna” en estas representaciones? ¿O es que existe alguna modalidad en la forma en que son codificadas y establecidas en el sistema nervioso que les hace menos sensibles a las nuevas experiencias que las podrían alterar? O, contrariamente, ¿lo que les hace *parecer* más “resistentes” al cambio es que se hallan íntimamente relacionadas con las secuencias interpersonales de acción cuyo efecto es suscitar un comportamiento que vuelve a generar la misma experiencia otra vez? (cf. Wachtel, 1981, 1997). En el último caso, la representación en sí misma puede que no sea más resistente al cambio que cualquier otra, sino que simplemente es menos probable que se enfrente realmente a experiencias nuevas, potencialmente invalidantes, que podrían activar su potencial de cambio o acomodación³.

Eagle (1999) señala, por ejemplo, que parte de cómo las representaciones mentales se mantienen sin experimentar modificación a lo largo de los años se debe a que nos conducen repetidamente a “relaciones de *formación y transformación* que se ajustan a expectativas y esquemas adquiridos en etapas tempranas de la vida. Uno de los modos más básicos de hacerlo es *comportarse* provocando justamente respuestas por parte de los demás, que perpetúan los modelos de las relaciones iniciales” (p. 15, subrayado en el original; cf. Wachtel, 1993, 1997).

RESISTENCIA Y VARIACIONES EN LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA

Cuando el concepto de resistencia se utiliza erróneamente, la variancia se atribuye casi exclusivamente al paciente. Es el *paciente* quien se resiste. Las conceptualizaciones más satisfactorias de la resistencia atribuyen gran parte de la variancia al terapeuta y/o a sus técnicas. Desde este punto de vista, la resistencia se debe al fin y al cabo a un producto de la diáda más que al paciente exclusivamente. Desde esta perspectiva, el terapeuta asume mucha más responsabilidad, pero se le presentan también más oportunidades de utilizar sus habilidades para reducir la resistencia, o al menos para reducir el *excedente* de resistencia (ver más arriba).

La mayoría de mi trabajo de estos últimos años lo he dedicado precisamente al propósito de reducir este excedente de resistencia. Eagle (1999) señala que los indicios que proporciona el terapeuta pueden provocar una gran diferencia en el tipo y grado de resistencia. Algunos de estos indicios o señales son inconscientes, producto de los conflictos del terapeuta o de su contratransferencia. Pero la mayor parte de lo que transmitimos al paciente está bajo nuestro control consciente y será terapéuticamente más efectivo si estamos alerta a las diversas dimensiones y sutilezas de nuestra comunicación con el paciente (Wachtel, 1993). La reformulación de la recaída que hacen Prochaska y Prochaska como una oportunidad más que un paso atrás -una medida que tiene datos que justifican su utilidad- es un buen ejemplo de los tipos de estrategias terapéuticas o modos de comunicación a los cuales me estoy refiriendo. Por otro lado, la reformulación de Davis y Hollon (1999) de la noción psicoanalítica de las motivaciones infantiles como “creencias disfuncionales” me parece menos adecuada. Decirle a alguien “tu no eres infantil, sólo eres disfuncional” probablemente será un mensaje poco halagador, a pesar del pequeño apoyo emocional que provocan las primeras palabras antes de oír el resto de la frase. (Compárese a este respecto la discusión de Wile (1984) de las pequeñas mejoras en algunas de las reformulaciones de Kohut de las conceptualizaciones psicoanalíticas estándar).

Finalmente, un buen trabajo terapéutico hace converger la visión del fenómeno de la resistencia con el llevado a cabo por terapeutas de muchas orientaciones, pero se pierde igualmente con la misma facilidad. El éxito o fracaso dependen en gran parte de la tensión existente entre las lecturas peyorativas o empáticas del comportamiento del paciente. La formulación problemática de Davis y Hollon como se ha dicho, por ejemplo, puede contrastarse con su afirmación anterior de que incluso cuando aparece lo que ellos denominan “resistencia activa,” lo que impide al paciente emprender la acción adecuada y provechosa no es “otra cosa que un deseo razonable de evitar alguna consecuencia de la acción que la mayoría de la gente consideraría indeseable.” Aquí su perspectiva converge con la visión de Wile que justo acabo de citar como una *crítica* implícita de su conceptualización, así como con importantes aspectos de Prochaska y Prochaska (en este número).

El trabajo psicoterapéutico se sitúa entre las tentativas más gratificantes y frustrantes que conoce el ser humano. El fenómeno tradicionalmente denominado resistencia puede ser un medio para ambas experiencias. Entender la denominada resistencia de manera más saludable y humana puede reducir la frustración y aumentar las gratificaciones (tanto para el paciente como para el terapeuta).

La resistencia es uno de los conceptos más problemáticos y potencialmente contraproducente en todo el campo de la psicoterapia. Al mismo tiempo es uno de los más cruciales, que apunta quizás hacia el factor -o más concretamente, conjunto de factores- más decisivos en la determinación del éxito o fracaso del trabajo terapéutico. Basándose en los artículos de Davis y Hollon, Prochaska y Prochaska, y Reid, publicados en este número, así como en la propia perspectiva del autor, este artículo explora esta contradicción aparente con el fin de apuntar hacia una resolución integradora de las diferentes perspectivas relativas a la resistencia y a los fenómenos con ella relacionados.

Palabras clave: *resistencia; práctica psicoterapéutica; teoría de la psicoterapia.*

Notas

- ¹ Tal como señala Eagle (1999), las versiones contemporáneas de este concepto se han visto despojadas del supuesto aspecto manipulador o autoritario que una gran parte de la comunidad psicoanalítica veía implícita en el enfoque de Alexander y French (1946). En efecto, a pesar de que la idea básica de la experiencia emocional correctiva es significativa en el trabajo de Kohut y sus seguidores, de Weiss y Sampson y del grupo de Mt. Zion y de muchos teóricos de las relaciones objetuales, la mayoría no se atreven a compartir este concepto. Eagle es digno de mención entre los escritores por su voluntad de ser explícito al referirse a esta idea.
- ² Al resaltar el uso potencialmente obstructor de este concepto, no se está minimizando su utilidad. Lo presento como una descripción alternativa del estado de cambio al que Prochaska y Prochaska denominan contemplativo ya que creo que la ambivalencia es un concepto extraordinariamente útil. El modo en que las observaciones sobre la ambivalencia se pueden utilizar en contraposición al activismo terapéutico son contingentes, no esenciales. También he señalado (Wachtel, 1993) cómo la atención a la ambivalencia del paciente puede llevarnos a direcciones distintas a las que se han destacado tradicionalmente en la terapia psicoanalítica.
- ³ Notar los interrogantes y los “quizás” en las frases anteriores. No estoy afirmando que se trate *necesariamente* de una falta de diferencia en la flexibilidad de las representaciones, sino que más bien ofrezco una comprensión alternativa que no puede ser excluida por muchas de las observaciones que parecen entrañar una mayor “resistencia” al cambio. Es decir, estoy ofreciendo una explicación alternativa de *porqué* deben ser más resistentes al cambio. Es posible que casi *todas* las representaciones tengan un cierto grado de “adherencia.” Ni la asimilación ni la acomodación son fenómenos absolutos.

Nota del Editor: Este artículo apareció en el *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 103-117, (1999) con el título “Resistance as a problem for practice and theory”. Agradecemos al autor el permiso para su publicación.

Referencias bibliográficas

- ALEXANDER, F. & FRENCH, T. (1946). *Psychoanalytic therapy*. New York: Ronald.
- BAKAN, D. (1966). *The duality of human existence: Isolation and communion in Western man*. Boston: Beacon Press.
- BLATT, S.J. (1990). Interpersonal relatedness and self-definition: two personality configurations and their implications for psychopathology and psychotherapy. In J.L. Singer (Ed.), *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology, and health* (pp. 299-335). Chicago: University of Chicago Press.
- DAVIS, D. & HOLLOW, S.D. (1999). Reframing resistance and noncompliance in cognitive therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, vol , no 1, 33-55.
- EAGLE, M. (1987). *Recent developments in psychoanalysis: A critical evaluation*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- FROMM, E. (1941). *Escape from freedom*. New York: Holt, Reinehart & Winston.
- PROCHASKA, J. O. & PROCHASKA, J. M. (1999). Why don't continents move? Why don't people change? *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 83-102.
- REID, T. (1999). A cultural perspective on Resistance. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 57-81
- SAFRAN, J.D. & SEGAL, Z.V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Guilford.
- WACHTEL, P.L., (1981). Transference, schema, and assimilation: The relevance of Piaget to the psychoanalytic theory of transference. In P.L. Wachtel (Ed.), *Action and insight*. New York: Guilford.
- WACHTEL, P.L., (Ed.), (1982). *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches*. New York: Plenum.
- WACHTEL, P.L.,(1983). *The poverty of affluence: A psychological portrait of the American way of life*. New York: Free Press.
- WACHTEL, P.L. (1993). *Therapeutic communication: Knowing what to say when*. New York: Guilford.
- WACHTEL, P.L. (1997). *Psychoanalysis, behavior therapy, and the relational world*. Washington, DC: American Psychological Association.
- WACHTEL, P.L. (en prensa). Psychoanalysis and the disenfranchised: From therapy to justice. *Psychoanalytic Psychology*.
- WACHTEL, P.L. & DEMICHELE, A. (1998). Unconscious plans, or unconscious conflicts? *Psychoanalytic Dialogues*, 8, 429-442.
- WEISS, J. (1998). Patients' unconscious plans for solving their problems. *Psychoanalytic Dialogues*, 8, 411-428.
- WILE, D.B. (1984). Kohut, Kernberg, and accusatory interpretations. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 21, 353-364.

LA “RESISTENCIA” EN LA PSICOLOGÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES¹

Vicente Sánchez

Universidad Autónoma de Madrid, vsanchez@netvigator.com

Guillem Feixas

Universitat de Barcelona, gfeixas@psi.ub.es

In the first part of this paper the main general principles of Personal Construct Psychology are outlined. We highlight the view of humans as continuously construing meanings by checking them out through experience, and reconstructing them. This process of construing events, in which reality does not dictate to us its meaning, is organized according with the subject's sense of identity. This sense, although open to different courses of development, is not easily amenable to change. PCP vies resistance as a construction of the therapist when the client activates self-protecting mechanisms for his or her core structures, which prevent change to occur. It is suggested that this very same process allows for a better understanding of the subject's sense of identity which may enable the development of other ways of changing compatible with such a sense of identity.

Key words. *Personal constructs, resistance, psychotherapy, identity, change.*

0. INTRODUCCIÓN

G. A. Kelly concibió la Psicología de los Constructos Personales (PCP), dando origen a una obra del mismo nombre, editada en 1955. Creció en una familia presbiteriana, de profundos valores religiosos, que impregnaron su obra. Estudió física y matemáticas, y posteriormente psicología. El paradigma E-R que era el dominante en ese momento, no pudo satisfacerle. Tampoco el psicoanálisis le llegó a convencer, no tanto por su pansexualismo, sino por su falta de rigor y su sintaxis arbitraria.

Kelly inicia un trabajo clínico ambulante tras obtener su doctorado en 1931, movido por su interés de ofrecer a las personas un marco que les haga posible un nuevo enfoque ante la vida. De la riqueza del trabajo de esos años emergió su obra, que presenta al ser humano como activo constructor de su mundo. La síntesis de su

teoría se expresa en un *postulado fundamental* y once corolarios que desarrollan diferentes aspectos del mismo: “Los procesos de una persona se canalizan psicológicamente por el modo en que anticipa los acontecimientos” (1955, p. 32).

El componente “motivacional” de la teoría, aparentemente poco considerado, es puesto de relieve por Kelly en el *corolario de elección*. La PCP no necesita acudir a nociiones añadidas sobre la motivación humana, puesto que el ser humano es esencialmente movimiento:

“Debido al corolario de elección podemos reconstruir algunas cuestiones que la teoría motivacional y el hedonismo tienen dificultades en contestar. La teoría E-R requiere algunas asunciones para explicar por qué ciertas respuestas se relacionan con ciertos estímulos. En ciertas estructuras teóricas esto se arregla con teorías suplementarias acerca de la naturaleza de motivos o satisfacción de necesidades. Pero en nuestros supuestos no especificamos, ni implicamos, que una persona busque ‘placer’, que existan ciertas ‘necesidades’, que existan ‘recompensas’, o incluso que haya ‘satisfacciones’. En este sentido, nuestra teoría no es comercial. En nuestra manera de pensar, hay un continuo movimiento hacia la anticipación de los acontecimientos, más que negocios para satisfacciones temporales, y este movimiento es esencial para la propia vida humana.” (1955, p. 68).

Nos centraremos en el concepto que Kelly tiene del ser humano y sus implicaciones para el cambio y la eventual resistencia. Puesto que su obra se orientaba a la práctica psicoterapéutica, veremos cómo concibe la resistencia al cambio en psicoterapia.

LA PERSONA COMO FORMA DE MOVIMIENTO

Kelly (1966) decía que la persona es una forma de movimiento y no algo que ha de ser motivado. El movimiento es una propiedad esencial de su ser, no algo que acontece por separado. Con ello se distanciaba de los modelos dominantes, conductistas o psicoanalíticos que veían necesario acudir a conceptos añadidos como motivación, pulsión, impulso, *drive*, etc. para poder dar cuenta del funcionamiento humano. Como dice Kelly (1955): “La perspectiva de amplio alcance del hombre (sic) nos lleva a dirigir nuestra atención hacia esos factores que tienen que ver con su progreso, más que los que revelan sus impulsos... ¿Qué ocurriría si tuviésemos que reabrir la cuestión de la motivación humana y usar nuestra perspectiva de largo alcance para inferir lo que ha establecido el rumbo de su esfuerzo? ¿Veríamos sus progresos de siglos en términos de apetitos, necesidades orgánicas o impulsos sexuales?” (p. 4-5).

Para Kelly, el ser humano está comprometido en el curso del vivir. Más que explicar el movimiento, lo que sería problemático sería dar cuenta de su ausencia. “En el universo hay algunas partes que tienen sentido incluso cuando no se ven en

la perspectiva temporal. Pero hay otras partes que hacen sentido solamente cuando se sitúan en una línea temporal. La vida es una de ellas.” (Kelly, 1955, p. 7). Esta forma de movimiento que es el ser humano y que constituye su actividad vital, se produce mediante una incesante actividad de relación con el mundo interno y externo, con su entorno. No tiene sentido concebir el ser humano como una mónada aislada, sino que el hombre está-en-el-mundo. Vivir es sentir, percibir, notar, experimentar. Y lo que se siente y se percibe es un fluir cambiante², un caleidoscopio de formas, de sensaciones, de experiencias, de impresiones. Ese caleidoscopio sería caótico si el ser humano no fuese activo constructor de su mundo.

1.1. La actividad constructiva

La reflexión epistemológica penetra la obra de Kelly, consciente de que nuestra manera de estar en el mundo viene dada por cómo lo conocemos (postulado fundamental). Su posición epistemológica está en franca oposición al empirismo, que postula que el ser humano es una *tabula rasa* donde se van registrando todas las sensaciones que irrumpen en la persona vía los sentidos. Para los empiristas el ser humano es pura pasividad que recibe el orden y la organización que está en el exterior.

El empirismo, que está presente en buena parte del quehacer psicológico, relega al ser humano a una especie de conejo de indias, condicionado por las contingencias de su medio. Kelly es constructivista, enraizando con la tradición kantiana que confiere un papel activo a la persona en el conocimiento. Sostiene que es la persona la que dota de significado a la estimulación que recibe del exterior. ¿Cómo ocurre este proceso?

“El hombre mira a su mundo a través de patrones transparentes o plantillas que crea y que intenta ajustar sobre las realidades del mundo. El ajuste no siempre es muy bueno. Pero sin tales patrones, el mundo sería tal homogeneidad indiferenciada que el hombre es incapaz de encontrarle sentido. Incluso un ajuste pobre es mejor que ninguno en absoluto”. (Kelly, 1955, p. 8).

“La construcción de dimensiones de discriminación implica la determinación de los límites temporales de la experiencia, es decir, la división del flujo de la experiencia en fragmentos manejables. En este sentido, la persona construye réplicas de los acontecimientos a base de dividirlos y trascender sus aspectos obvios para llegar a una abstracción.” (Botella y Feixas, 1998, p. 59).

Todo ello se refleja en el *corolario de construcción*: “La persona anticipa los acontecimientos construyendo sus réplicas.” (Kelly, 1955, p. 35). La manera que tenemos de construir un mundo con sentido es anticipando los sucesos mediante “réplicas³”, o patrones previos, fruto de nuestra experiencia anterior.

La noción de anticipación es clave en la PCP de Kelly. Para él, el ser humano

vive anticipando; es su manera de estar-en-el-mundo. Ciertamente una piedra no necesita anticipar, puesto que su modo de ser no implica sincronía con su mundo, pero el hombre sobrevive en la medida que anticipa (*postulado fundamental*). Esta anticipación sugiere un diálogo incesante entre el organismo vivo y el medio. La anticipación es una presunción de cómo son las cosas, que podrá funcionar o no. Anticipar significa reconocer, asimilar a lo ya conocido. La persona anticipa abstrayendo de la situación los aspectos comunes y trascendiendo lo obvio.

Es muy importante insistir en que la anticipación en la PCP no se refiere a la actividad consciente de imaginarse cómo será el futuro, sino, como dicen Botella y Feixas (1998, p. 59) “las dimensiones de significado de la persona, el sistema de construcción, cuya función principal, según Kelly, es anticipar los acontecimientos. Por esto, en Kelly, anticipación es sinónimo de estructura de significado desde la cual la persona construye los acontecimientos, los haya imaginado conscientemente o no.” La postura anticipatoria sitúa la PCP en oposición a otros enfoques psicológicos que contemplan la conducta humana como determinada por traumas pasados o por contingencias de reforzamiento presentes. La conducta no es concebida como la variable dependiente, que ha de ser explicada en virtud de otros factores. Por el contrario, son las construcciones personales las que son permanentemente remodeladas y reconstruidas en función de su experiencia. La conducta de la gente se concibe como una forma de poner a prueba sus creencias sobre el futuro, dentro de los límites que le imponen su comprensión actual. Como dicen Feixas y Villegas (1993):

“La conducta es fundamentalmente un experimento dirigido a la validación o invalidación de los constructos, y éstos rigen la anticipación de los acontecimientos. Una predicción que, sin embargo, no hay que concebir como infalible, sino llena de errores y aun de validaciones erróneas. El concepto de anticipación es la guía para la acción y está íntimamente relacionado con el mantenimiento del sistema y las posibilidades de cambio simultáneamente.” (p. 74).

Desde un punto de vista clínico, Neimeyer, (1987, p. 18) sugiere preguntarse “qué predicción crucial está poniendo a prueba el cliente mediante su conducta, puesto que al intentar captar el significado anticipatorio de sus actos somos más capaces de ayudarle como terapeutas a darse cuenta de cuándo sus predicciones rozan las profecías de autocumplimiento.”

Como venimos diciendo, la persona anticipa los acontecimientos construyendo sus réplicas (*corolario de construcción*). Estas réplicas o constructos son resultado de la actividad del individuo; no son pasivamente recibidos. La persona es la responsable de sus constructos, que son las herramientas que le permiten interpretar el flujo de experiencia. Un constructo es, esencialmente, una diferencia; la abstracción de algo que permite, al mismo tiempo, integrar y separar. Aísla un acontecimiento particular de otros, y, simultáneamente, le agrupa con otros seme-

jantes. Los constructos son dimensiones bipolares de naturaleza abstracta, aunque no estrictamente cognitiva. Kelly se negó a aceptar la distinción de cognición y emoción, pues entendía que muchas de nuestras discriminaciones tienen lugar a un nivel incluso somático, como cuando nos ponemos nerviosos ante un acontecimiento. Muchas de estas construcciones pueden recibir una traducción verbal, con su correspondiente etiqueta, pero su carácter es previo a este proceso. De hecho, gran parte de nuestros constructos siguen siendo preverbales, o de difícil acceso a la conciencia.

La construcción es, por tanto, lo que la persona hace con lo que le ocurre. La experiencia tiene que ser elaborada, construida. Kelly sostiene que:

“La persona que meramente contempla cada acontecimiento puede experimentar una serie de sorpresas interesantes, pero si no hace un intento para descubrir los temas recurrentes, su experiencia no le sirve de mucho. Cuando la persona comienza a ver la ordenación en una secuencia de acontecimientos, es cuando empieza a experimentarlos. Construir es una manera de mirar a los acontecimientos que les hace aparecer regulares. Al construir los acontecimientos es posible anticiparlos. Para ser efectivo, el sistema de construcción debe tener alguna regularidad. La característica palpable de la regularidad es la repetición, no la simple repetición de acontecimientos idénticos -en sentido estricto eso negaría a la idea de tiempo su lugar legítimo en el esquema de las cosas- sino la repetición de alguna característica que pueda ser abstraída de cada suceso y mantenida intacta a través del espacio y el tiempo. Construir es escuchar el susurro de temas recurrentes en los acontecimientos que reverbera a nuestro alrededor.” (1955, p. 74-76).

2. LÍMITES EN EL MOVIMIENTO DEL SER HUMANO

Esta forma de actividad que es el ser humano puede ser capaz de romper las ataduras que mantienen sujetos a los seres evolutivamente inferiores. Sus condicionamientos no son los hechos que han ocurrido, sino la construcción que hace de los mismos. Kelly (1980) afirma que “*no es lo que el pasado ha hecho con el hombre lo que cuenta, sino lo que el hombre hace con su pasado... El hombre no está moldeado por los acontecimientos, cuanto por el significado que otorga a tales ruidos (sic). No es decir que uno es perfectamente libre para ignorar lo que ocurre. No lo es. Pero el hombre es siempre libre de reconstruir lo que no puede negar.*” (p. 22)

El ser humano es abierto, configurado por posibilidades, y con mucha más capacidad de cambio que los seres evolutivamente inferiores. Kelly (1955) quiere ofrecer un marco teórico y filosófico desde el que las personas puedan emprender la reconstrucción de su vida, de modo que no sea una víctima de su pasado. Este enfoque es el *alternativismo constructivo*, en franca oposición a cualquier forma de

realismo, como él mismo dice, “...puesto que insistimos en que la persona puede erigir sus acercamientos alternativos a la realidad, estamos fuera de la línea del *realismo tradicional*, que insiste en que él es siempre la víctima de las circunstancias” (1955, p. 17). El alternativismo constructivo “... considera al ser humano como alguien que contempla de forma idiosincrásica el flujo de acontecimientos de los que forma parte, con la finalidad de atribuirles significado para poder predecirlos y comprenderlos” (Botella y Feixas, 1998, p. 57). Esta perspectiva es coherente con la corriente fenomenológica y existencial. En palabras de Villegas y Feixas (1989):

“Como muchos existencialistas, Kelly piensa que el hombre es lo que hace y llega a conocer la naturaleza a través de la acción. A partir de sus experiencias, Kelly... formuló una teoría que coincide notablemente con algunos aspectos de las ideas de los filósofos existencialistas europeos, entre ellos Sartre. En la concepción existencialista de este último, ‘la existencia precede a la esencia’: no existe la naturaleza humana, sino que el hombre simplemente es y no es más que aquello que hace de sí mismo.” (p. 13).

El hombre es constructor de alternativas, creador de su propio futuro, aunque en modo alguno sus posibilidades son absolutas. Kelly es muy consciente de las limitaciones del cambio, lo cual constituye la otra cara de la moneda:

“El hombre, desde un punto de vista psicológico, hace de sí mismo un puente entre el pasado y el futuro en una forma que es única entre las criaturas. Desde un punto de vista psicológico, sus procesos son canalizados por los constructos personales que él erige en orden a ejecutar su función. Él organiza sus constructos dentro de un sistema personal que no es más consciente que inconsciente y no más intelectual que emocional. Este sistema del constructo personal le proporciona una libertad de decisión y pone unos límites a su acción: libertad, ya que le permite afrontar el significado de los acontecimientos, en lugar de ser arrastrado por los mismos, y limitación, ya que no puede hacer otras elecciones fuera del mundo de las alternativas que él ha erigido para sí mismo.” (1958, p. 35).

La libertad de construir alternativas y el determinismo que el propio sistema de constructos permite, (Kelly, 1955, p. 21) son las coordenadas en las que sitúa la actividad de construir significado de la persona humana.

3. EL DETERMINISMO DE LA CONSTRUCCIÓN

Kelly tiene una actitud de decidido optimismo ante el cambio humano y la reconstrucción de la propia experiencia. De hecho su enfoque psicológico se dirige a liberar a las personas de construcciones inviables, que les impiden un funcionamiento adecuado. Sin embargo, como venimos diciendo, Kelly es muy consciente

de que el cambio humano y la reconstrucción del significado es un proceso pautado, con límites:

“El pensamiento del hombre no es completamente fluido; es canalizado. Si quiere pensar acerca de algo debe seguir la red de canales que ha colocado ente él, y sólo al recombinar los viejos canales puede crear los nuevos. Estos canales estructuran su pensamiento y limitan su acceso a las ideas de otros. Vemos que estos canales existen en la forma de constructos.” (1955, p. 61).

Los límites del proceso de construcción tienen que ver con la estructura de estos “canales”, tal como señala Kelly en el *corolario de organización*: “Cada persona desarrolla característicamente, para su conveniencia en la anticipación de los acontecimientos, un sistema de construcción que implica relaciones ordinales entre constructos” (1955, p. 39). Las construcciones personales no están agrupadas aleatoriamente, sino conectadas mediante implicaciones. El hecho de que entre sí existan relaciones jerárquicas indica que en el rango de cada construcción se incluyen otras, que se denominan elementos. Esta configuración constituye un sistema, lo cual “implica la agrupación de elementos en los cuales las incompatibilidades y las inconsistencias han sido minimizadas. No desaparecen del todo, por supuesto. La sistematización ayuda a la persona a evitar hacer predicciones contradictorias” (Kelly, 1955, p. 57).

Este sistema se ordena para poder anticipar los acontecimientos, y ésta es su razón de ser: “Para nosotros no tiene sentido un sistema *qua sistema*. Debe ser un sistema *para algo*. Desde nuestro punto de vista, el sistema de construcción de una persona es para la anticipación de los acontecimientos. Si fuera para otra cosa, probablemente se configuraría de modo totalmente diferente” (Kelly, 1955, p. 67).

El hecho de que los elementos de un sistema están agrupados según una importancia diferencial, implica que algunos van a ser más resistentes al cambio que otros. Y puesto que entre ellos se establecen relaciones de implicación, el cambio en los constructos claramente inadecuados puede tener repercusiones más amplias a niveles superiores:

“Ahora ocurre que una persona debe ocasionalmente decidir qué hacer sobre si remodelar o no su sistema. Puede encontrar que el trabajo lleva mucho retraso. Cuánto puede modificar y tener todavía ‘un tejado sobre su cabeza’? ¿Serán muy conflictivas las nuevas ideas? ¿Se atreverá a poner en peligro el sistema con el fin de cambiar alguna de sus partes constituyentes? Este es el punto en el que debe elegir entre preservar la integridad del sistema y cambiar alguna de sus partes obviamente defec- tuosas. A veces su anticipación de los acontecimientos puede ser más eficaz si elige conservar el sistema. Es precisamente en este punto en el que el terapeuta puede encontrar resistente al paciente.” (Kelly, 1955, p. 58).

4. CAMBIO E IDENTIDAD

El sistema de constructos, que se ordena a la anticipación de los acontecimientos, busca progresivamente un mayor refinamiento que le permita dar cuenta de la complejidad de la experiencia. Esta actividad viene regulada por la tendencia del sistema a maximizar su capacidad predictiva o, en el peor de los casos, mantener a salvo de la invalidación los constructos más centrales. Es decir, la persona humana no es un dispositivo imparcial que registra los cambios y variaciones internas y externas. En la persona humana existe una direccionalidad en la construcción. Esta proyección temporal es su narrativa, que se va constituyendo a lo largo del ciclo vital. No se excluyen las fracturas y los vacíos, pero esta construcción tiene que poseer un mínimo de coherencia para que la persona pueda sentirse como viable.

Kelly (1955) se refiere a los constructos nucleares como “los que gobiernan los procesos de *mantenimiento* de la persona -es decir, aquellos por los que mantiene su identidad y su existencia.” (p. 482). La extraordinaria similitud del constructo nuclear con el concepto sartriano de proyecto existencial es puesta de relieve por Villegas y Feixas (1989) en cuanto que éste deviene “el eje que estructura el significado del propio mundo.” La capacidad anticipadora de los constructos se basa en su interrelación. La dimensión anticipadora es también determinante del proyecto existencial: Lo que le permite a la persona humana un sentido de continuidad temporal, es poder integrar todas sus experiencias dentro de una trama que las da coherencia⁴. En palabras de Villegas y Feixas (1989):

“El proyecto existencial sirve para configurar no sólo los acontecimientos inmediatos, sino el sentido de la existencia. Es el elemento que interrelaciona y unifica todos y cada uno de los acontecimientos particulares. Es la piedra angular que les da sentido... El proyecto existencial puede ser considerado como un meta constructo que la persona construye sobre sí misma y a través de la que percibe a la otra gente, los acontecimientos y los hechos. La existencia individual se halla presidida por el constructo central o proyecto existencial que unifica y da sentido a la existencia. Este es un postulado óptimo para no ser fragmentalista, al modo que Kelly le reprochaba a la ciencia.” (p.14).

Es importante resaltar que el proyecto existencial, o los constructos nucleares, son en su mayoría tácitos. Sería necesario un acto de reflexión por parte de la persona para hacerlos explícitos y conscientes. Se ubican en un nivel tan alto de abstracción y generalidad que, con frecuencia, no son fáciles de expresar en palabras por las personas que los llevan a cabo.

En resumen, los constructos nucleares, como el proyecto fundamental, son un patrón supraordenado de organización que dirige la conducta. Se forman en la primera infancia y se fortalecen a través de la selectividad en el filtrado de la experiencia. Tiene gran estabilidad, es decir, no cambian de momento a momento o de situación a situación, aunque no son necesariamente rígidos. Pueden recono-

cerse por su aparición repetida como tema en la historia de la vida e, incluso, en la conducta del individuo de cada día.

5. LA ELECCIÓN ENTRE ALTERNATIVAS

Kelly (1955) afirma que la actividad del ser humano está dirigida por su necesidad de construir un mundo con sentido, y no concibe a la persona como un ser motivado por impulsos oscuros e irracionales. Kelly (1958) sostiene que “el camino para comprender todas las cosas, incluso las divagaciones de un cliente esquizofrénico en regresión, es construirlas de forma que puedan ser predecibles.” (p. 37) Algunas personas, se hace eco Kelly (1958), consideran este intento como puro y simple racionalismo, pero esta actividad constructiva dista mucho de ser, en algunos casos, algo estrictamente lógico, plenamente consciente y universalmente validado. Es muy importante entender que la actividad constructiva no es sólo cognitiva, sino que también se realiza en la acción. Los constructos son como vías de sentido por los cuales puede circular la persona. En realidad, su conducta se ve determinada a los canales que despliega por delante de sí. De este modo su conducta pone a prueba sus construcciones. Como dice Kelly:

“No sólo está el sistema de construcciones de la persona compuesto de constructos dicotómicos sino que la persona construye su vida sobre una de las alternativas representada en cada una de las dicotomías. Esto quiere decir que coloca un valor relativo en los extremos de las dicotomías... Cuando uno hace una elección se implica a sí mismo en la selección. Incluso si la elección no es más que una hipótesis temporal explorada en el curso de la resolución de un problema matemático o al buscar un destornillador perdido, debe percibirse a sí mismo modificado por el curso de los acontecimientos. Alguna de sus elecciones pueden parecerle como grandes cambios de su vida; otras pueden no ser más que un impulso pasajero -la decisión de mirar a la derecha en vez de a la izquierda.” (1955, p. 65).

El corolario de elección afirma que “la persona escoge para sí misma aquella alternativa de un constructo dicotómico mediante la que anticipa una mayor posibilidad de extensión y definición de su sistema.” (Kelly, 1955, p. 45). Es decir, que a veces la persona opta por el riesgo, por la aventura y en estos casos extiende su sistema. En otros casos, la persona busca definirlo, para hacerlo más explícito y claro, con el sacrificio inevitable que significa para su extensión.

Una coincidencia notable entre la PCP y la psicología existencialista es el tema de la responsabilidad (Villegas y Feixas, 1989), precisamente porque la noción de constructo incluye el criterio de elección. La persona al construir, opta, y en este sentido es responsable del mundo por él construido. No nos referimos, evidentemente, a que todas las elecciones realizadas sean plenamente conscientes o verbalizables. Ya hemos hecho referencia al hecho de que nuestras construcciones

no son necesariamente cogniciones conscientes, sino que muchas de ellas se sitúan a niveles preverbales. Lo cual no les limita su carácter de otorgar sentido a la experiencia.

6. EXPERIENCIA Y CAMBIO

El sistema de constructos personales con el que las personas anticipamos el fluir de la experiencia se va progresivamente refinando a lo largo del curso vital. Kelly, en su metáfora del *hombre como científico* entiende que las personas se ven urgidas a dar sentido a los acontecimientos y esto supone la elaboración de nuevas teorías, el abandono de otras y la permanente remodelación del sistema para que pueda dar cuenta de la complejidad de la experiencia. Esto lo recoge Kelly en el *corolario de experiencia*: “El sistema de construcción de una persona varía a medida que construye las réplicas de los acontecimientos” (1955, p. 50).

La noción de teoría personal se refiere a que el ser humano, para poder anticipar adecuadamente su mundo establece predicciones adecuadas a determinados focos de conveniencia. Estas teorías son formas de trascender los aspectos obvios de la experiencia y relacionar una serie de hechos entre sí. Como dicen Botella y Feixas (1998, p. 69), “la finalidad última de la persona sería extender el ámbito de conveniencia de su teoría personal (filosofía de la vida), haciéndola cada vez más explicativa e internamente coherente.” Ahora bien, estas teorías personales no pretenden ser un reflejo objetivo de lo que ocurre “ahí fuera”. La persona se involucra activamente en su elaboración y, como sabemos, toda construcción es autorreferencial. Neimeyer y Feixas (1989) hacen notar la relación de la PCP con la filosofía de la ciencia:

“El ciclo de experiencia reconoce formalmente que toda percepción está anclada en una predicción implícita, de forma similar a la propuesta por Popper (1963), según la cual nuestras observaciones ocurren inevitablemente a la luz de nuestras teorías o expectativas. Esto pone de manifiesto cómo nuestras anticipaciones son hipótesis raramente desapasionadas sino que, al contrario, representan demandas de conocimiento personal en las que nos hallamos a menudo considerablemente implicados. Por estas razones, la misma ‘realidad’ que intentamos comprender toma el color de nuestras anticipaciones, y nos puede resultar difícil aceptar la invalidación aparente de una creencia profunda.” (p. 54).

El proceso mediante el cual se va modificando y reconstruyendo el sistema de constructos de la persona fue descrito por Kelly (1977) como *el ciclo de la experiencia* y formalizado por Neimeyer (1985). Consta de cinco fases sucesivas:

Anticipación: Nos comportamos ante los acontecimientos según las expectativas que tenemos acerca de ellos. Estas anticipaciones pueden ser conscientes o incluso fisiológicas, como la inquietud, los nervios que sentimos ante una ejecución.

Implicación: Esta segunda fase supone que no todas nuestras construcciones

conllevan el mismo nivel de riesgo para la persona. La combinación de anticipación e implicación se llama *compromiso*.

Encuentro: Supone que la persona puede probar sus hipótesis, y que los datos que recoge le van a permitir mantenerlas o rechazarlas. No significa una mera colisión con los acontecimientos. Implica un conocimiento activo de lo que uno ha encontrado y permite establecer una diferencia.

Validación o invalidación de la anticipación: Es muy importante resaltar esto. No se trata de que los resultados de la experiencia sean *objetivamente* positivos o negativos. Sino de que validen o invaliden las anticipaciones del sujeto, siendo esta validación según sus propios criterios subjetivos.

Revisión constructiva: El ciclo concluye con lo que la persona *hace* con los resultados. En el caso de que las anticipaciones hayan sido validadas, la persona se ve más segura. Si las anticipaciones se relacionan con constructos nucleares emergen sentimientos de confianza y de felicidad. Por el contrario, si se ha producido una invalidación, la persona puede optar por *reconstruir el sistema*, lo que denota un *funcionamiento óptimo* (Kelly, 1980) de la persona. O por el contrario, la persona puede *elegir* conservar sus construcciones defectuosas, incluso después de su invalidación. Epting y Amerikaner (1980), lo expresan de este modo:

“El reconocimiento de que se precisa un cambio, que hay que abandonar antiguas construcciones, es a lo que se arriesgaba uno al inicio del ciclo. Aunque a menudo doloroso, el sistema revisado aparece en saludable contraste con la persona que, a la luz de la evidencia continuamente desconfirmadora, rehusa moverse, se aferra a las construcciones originales y busca extorsionar la evidencia validadora de un ambiente que no se digna ofrecerla.” (p. 59).

7. LA “RESISTENCIA” AL CAMBIO

Venimos argumentando que la persona va construyendo su mundo, creando su sistema de constructos, al tiempo que experimenta su encuentro con el mundo. Sin embargo, esta construcción no es siempre fluida. La reconstrucción del sistema puede ser problemática. Kelly reconoce que el cambio, incluso pareciendo deseable, puede ser evitado por la persona. A continuación vamos a concretar circunstancias que pueden originar resistencia al cambio:

1.- **“Resistencia” a substituir un constructo que ha resultado invalidado.** Kelly reconoce la tendencia espontánea hacia la mejora de su sistema de anticipación de acontecimientos, lo cual supone aumentar el repertorio de los constructos, cambiarlos para que ajusten mejor y subsumirlos en otros más supraordenados. Pero “al buscar la mejora, se ve interrumpido por el daño al sistema que resultará de la alteración de los constructos supraordenados. Frecuentemente su inversión personal en el sistema global o su dependencia hacia él va a hacer que no busque una construcción más precisa en la subestructura.” (1955, p. 9) En este punto se ve con

claridad que los constructos personales no son cogniciones aisladas e independientes unas de otras. El problema que puede suponer para el sistema total puede hacer que la persona se resigne a funcionar, incluso con una construcción inadecuada:

“Ahora ocurre que una persona debe ocasionalmente decidir qué hacer sobre si remodelar o no su sistema. Puede encontrar que el trabajo lleva mucho retraso. ¿Cuánto puede modificar y tener todavía ‘un tejado sobre su cabeza’? ¿Serán muy conflictivas las nuevas ideas? ¿Se atreverá a poner en peligro el sistema con el fin de cambiar alguna de sus partes constituyentes? Este es el punto en el que debe elegir entre preservar la integridad del sistema y cambiar alguna de sus partes obviamente defectuosas. A veces su anticipación de los acontecimientos puede ser más eficaz si elige conservar el sistema. Es precisamente en este punto en el que el terapeuta puede encontrar resistente al paciente.” (Kelly, 1955, p. 58).

La consideración de la persona como un sistema con implicaciones ordinarias nos permite entender el funcionamiento de los clientes, incluso en sus manifestaciones más incongruentes. Siempre es un interrogante para nosotros el comportamiento claramente inadaptado, y que, aparentemente, no responde a ninguna lógica. Kelly (1955), trata de encontrar una explicación a este fenómeno, al considerar las implicaciones globales que traerían para la totalidad del sistema la sustitución de algún elemento, aunque sea defectuoso:

“Desde la PCP podemos definir un desorden como cualquier construcción personal que es usada repetidamente, a pesar de su constante invalidez... No hemos dicho que la invalidación necesariamente produzca la revisión en la propia construcción de la vida... Un sistema de construcción personal es algo organizado. El fallo en una parte no conduce necesariamente al reemplazo de esa parte. Antes de reemplazar una parte, la persona ha de ver cuánto del resto del sistema puede colapsarse como consecuencia. De este modo, incluso una parte obviamente inválida de un sistema puede ser preferible al vacío de ansiedad que se produciría por su eliminación.” (p. 831, la negrita es nuestra).

2.- **“Resistencia” a poner a prueba la validez de los constructos.** La utilidad de un constructo personal está en función de su capacidad anticipadora, si es capaz de dar sentido a la experiencia. Como ocurre en la actividad científica, las teorías han de ser probadas para saber su valor predictivo. En su metáfora de *el hombre como científico*, Kelly asemeja las dudas e incertidumbre de la persona a la reticencia del investigador a verificar sus hipótesis:

“Hay ocasiones en las que una persona duda experimentar porque teme el resultado. Puede temer que la conclusión del experimento le vaya a colocar en una posición ambigua donde no vaya a ser capaz de predecir y controlar... Esta resistencia bien a expresar o a probar los propios constructos es uno de los problemas prácticos que afronta el terapeuta con su cliente.” (1955, p. 14).

Una manera de evitar poner a prueba los constructos es “sumergiendo” uno de los polos. Como sabemos por el *corolario de dicotomía*, los constructos tienen dos extremos. Hay un polo de *semejanza* y un polo de *contraste*. A veces uno de estos polos es menos accesible que el otro. Cuando esto ocurre en extremo, decimos que uno de los polos está *sumergido*:

“El sumergimiento puede ser una manera de evitar que un constructo sea contrastado. Del mismo modo que un científico no puede hacer bien su trabajo si no tiene una alternativa a su hipótesis (H_0), así el cliente no puede probar un constructo cuyo extremo está sumergido. Tal vez el cliente teme que si se descubre ese extremo, tendrá que reconstruirse a sí mismo, con resultados devastadores. Tal vez tendrá que poner a prueba ese constructo. Puede ser invalidado. ¿Cuánto de su pequeño mundo tendrá que ser reconstruido como consecuencia? ¿En qué clase de mundo desordenado tendrá que vivir mientras tanto? El terapeuta, al querer ayudar a un cliente a que descubra su polo sumergido del constructo, debería asegurarse de que el cliente pueda hacerlo proposicionalmente, es decir, que la validación-invalidación de un constructo no arrastre a otros consigo.” (Kelly, 1955, p. 470).

Las preguntas que Kelly se plantea ponen de relieve que estar abierto a una permanente reconstrucción del sistema personal de constructos, debido a la invalidación que podemos experimentar en el vivir diario, es una tarea muy ardua. Aunque esta reconstrucción es ciertamente deseable, (Kelly, 1980; Epting y Amerikaner, 1980) puede desbordar la capacidad de la persona. Por lo cual, si se resiste al cambio, no es por una absurda obstinación, o por motivos inconscientes, sino porque es necesario preservar su integridad personal, su identidad.

3.- Resistencia a integrar constructos en el sistema personal: suspensión. La PCP se hace cargo de fenómenos identificados como “olvido”, “disociación”, “represión”, que reciben una explicación diferente a las teorías psicodinámicas:

“Para que una experiencia pueda ser recordada o percibida claramente, ha de ser sostenida por un sistema de constructos. Cuando se resuelve un constructo en favor de otro, claramente algunos de los elementos quedan descolgados, especialmente los que no se ajustan bien con el nuevo constructo. Simultáneamente, otros elementos que eran antes menos accesibles a la persona, son ahora prominentemente mostrados gracias a la nueva estructura que ofrece una percha (sic) conveniente para colgarlos... Se puede esperar casi siempre del nuevo rango de conveniencia que excluya a algunos elementos y que otros reaparezcan. Cuando una estructura es rechazada, porque es momentáneamente incompatible con el sistema global que la persona usa, podemos decir que ha sufrido suspensión.” (p. 471-72).

La PCP de Kelly no trata de presentarnos un modelo de funcionamiento

humano frío y aséptico. No todas las experiencias se construyen con la misma facilidad, por las implicaciones que tienen para la totalidad del sistema. Por ejemplo, si yo construyo a mi padre como un ser bondadoso, me va a ser muy difícil integrar en este constructo episodios que los invaliden. La necesidad de preservar determinados constructos de invalidación, por su papel central en el sistema hará que determinadas experiencias no sean accesibles. Cuando, eventualmente, se produce una reconstrucción o reajuste en la idea que tenemos de una persona, o de momentos de nuestra vida, podemos descubrir qué material “olvidado” acude a nuestra mente:

“Nuestra teoría no pone el énfasis en recordar lo agradable u olvidar lo desagradable; más bien, enfatiza que uno recuerda lo que está estructurado y olvida lo que está desestructurado. En contraste con algunas nociones de represión, la suspensión implica que la idea o elemento de experiencia se olvida simplemente porque la persona no puede tolerar una estructura dentro de la cual la idea tenga sentido. Una vez que pueda mantener esa estructura, la idea puede estar disponible dentro de ella... Es importante tener en cuenta de que las ideas no se suspenden por su naturaleza intrínseca, sino porque sus implicaciones son intolerables.

(Kelly, 1955, p. 473-74).

4.- Incapacidad de integrar nuevas experiencias por la impermeabilidad del sistema. La permeabilidad se refiere a la capacidad de un constructo de admitir nuevos elementos en su contexto. Es decir, si va a poder compartir una característica común con otros elementos. Cuanto más permeable sea un constructo, más elementos podrán ser admitidos en su rango, y por el contrario, si es muy impermeable, las nuevas experiencias serán rechazadas.

La permeabilidad de un sistema es muy importante porque le va permitir flexibilidad ante los cambios y permanecer íntegro. De no ser así, el sistema no va a poder construir nuevas experiencias de modo significativo:

“Puesto que la variación en el sistema de constructos de una persona está subordinada a ciertos aspectos más permeables de su sistema, cada vez que su conducta o sus ideas experimenten un cambio debe invocar, de un modo u otro, el constructo permeable que provee el hilo de continuidad en su conducta. Si ese constructo permeable no está demasiado claramente diseñado, o si no es demasiado permeable, puede que tenga que abandonar su uso y buscar desesperadamente nuevas maneras de dar sentido a su vida.” (Kelly, 1955, p. 88).

En los momentos de cambio vital, es cuando más se precisa una estructura supraordenada flexible y permeable, capaz de abarcar en su rango de conveniencia lo novedoso. La importancia de los constructos supraordenados es enfatizada por Kelly (1955, p. 840), que dice que “el desarrollo de un sistema de construcción de gran alcance, con los constructos permeables a nivel supraordenado, es una gran tarea.”

5.- Amenaza: Kelly la entiende como “la conciencia de un cambio importante en los constructos nucleares” (1955, p. 565). Ciertos cambios vitales van a producir una resistencia específica, cuando suponen el abandono de constructos nucleares, es decir, aquellos con los que la persona se identifica. Su desaparición significaría no poder seguirse construyendo como la misma persona. Kelly (1955, pp. 490-91), para ilustrar esto, cita las *hipótesis de Landfield* cuando vemos a otras personas como amenazas en términos de un movimiento biográfico regresivo⁵.

6.- Hostilidad: En la teoría de los constructos personales, la hostilidad es “el esfuerzo continuo por violentar la evidencia de un tipo de predicción social que ha sido reconocida como equivocada.” (Kelly, 1955, p. 565). A diferencia del psicoanálisis, que percibe la hostilidad como una actitud potencialmente destructiva, la PCP reconoce la hostilidad como persistente falta de realismo. La persona hostil no puede aceptar que sus anticipaciones no sean validadas. Puesto que es sobre todo en el contexto social donde solemos comprometernos con nuestras expectativas, lógicamente experimentamos hostilidad hacia las personas:

“Es algo más fácil para una persona ser hostil hacia otra persona que hacia una piedra; nuestros experimentos con personas nos llevan a resultados inesperados... Hacemos esfuerzos desesperados por acomodar los resultados a nuestras expectativas, en lugar de intentar otra manera alternativa de experimentar. El problema de la hostilidad es que siempre intenta obtener lo que apostó. Es irreal.” (Kelly, 1955, p. 880).

Para Kelly, la persona hostil sigue el paradigma del mal científico. En lugar de escuchar a los datos, de dejarse interpelar por ellos, el pseudocientífico los distorsiona para acomodarlos a sus teorías. Eso hace que temporalmente su modelo siga teniendo vigencia, y que la reconstrucción de la teoría pueda ser pospuesta. El problema es que puede sobrevenir una invalidación masiva que colapse toda la construcción:

“Sin embargo, la hostilidad puede producir el efecto que busca, de este modo. La hostilidad es percibida por los compañeros de la persona hostil. Estos deciden manipularla (sic) concediéndole los resultados que buscaba originalmente. Le hacen creer que sus apuestas son acertadas, cuando es, ciertamente, su inoportunidad la que está dando resultado. La persona hostil no aprende nada... Cuando, finalmente, se encuentre con otro ambiente menos transigente, es posible que su mundo se derrumbe. La tragedia de la hostilidad en el mundo, no es tanto que las personas sean hostiles, sino que hay demasiada indulgencia con los caprichos de la persona hostil. Tal indulgencia conduce a la persona hostil en medio de un camino de flores. Al final del camino hay una total confusión en las relaciones humanas.” (Kelly, 1955, p. 881).

Al hablar de la hostilidad y de la necesidad de adecuarnos al mundo real, Kelly se desmarca de posturas solipsistas: “... *El cliente hostil espera que el mundo real*

se someta a sus anticipaciones. No busca la manera correcta de predecir el futuro.” (1955, p. 888. Subrayado mío). Entiende que hay una manera desajustada de anticipar, la que busca preservar *a toda costa* los propios constructos. Por tanto, siempre hay un referente *externo* a la actividad constructora de la persona que le sirve de banco de pruebas a lo que anticipa.

7.- **Cambio y proyecto vital.** Si la persona posee un proyecto vital, de largo alcance, a nivel muy supraordenado, le va a permitir soportar la ansiedad producida por cambios periféricos. El proyecto vital va a impedir que la persona colapse mientras revisa sus construcciones. La permeabilidad del sistema le va facilitar la integración de nuevas experiencias dentro del sistema, al mismo tiempo que se mantiene la coherencia del mismo. Para Kelly (1955) el proyecto vital se identifica con un *sistema de valores* que permite mantener la identidad de la persona a través de períodos de crisis y de conflicto. Kelly insiste que esto es lo primero que ha de facilitar el terapeuta en su trabajo con su confundido cliente:

“Cuando el terapeuta ha roto la expansión oceánica de ansiedad potencial en áreas de tamaño razonable, puede comenzar realizando pasos más agresivos para llevar al cliente a tierra firme. Hay dos fases interrelacionadas que deben ser articuladas en esta fase del tratamiento. Una tiene que ver con el desarrollo de una nueva construcción comprensiva supraordenada o ‘sistema de valores’. La otra tiene que ver con la verbalización, prueba y eventual abandono de las estructuras preverbales sobre las que los previos reajustes del cliente se establecían. Si la fase anterior es llevada a cabo con exclusión de la primera, el terapeuta tendrá a un cliente confundido y ansioso, que no va a experimentar nuevas acciones. Si la primera fase se hace con exclusión de la segunda, el terapeuta se va a encontrar en una serie de discusiones intelectuales interminables.” (1955, p. 843).

La falta de un proyecto vital de largo alcance puede permitir que una persona viva adaptada cuando el ambiente no presenta cambios. Sin embargo, la ansiedad puede surgir ante una situación no prevista. Kelly lo expresa con acierto:

“Una persona tiene un mundo muy preciso y ajustado, porque no tiene estructuras supraordenadas permeables, que le permitirían anticipar el mundo de otro modo. Entonces puede ocurrir que la vida cambie de escena. Las anticipaciones de la persona no se materializan. Debe empezar a descartar constructos. La ansiedad finalmente se apodera a pesar de todas las medidas tomadas. Ahora puede, bien acudir a las estructuras preverbales o bien puede restringir su campo. Los extremos de estas alternativas son la psicosis y el suicidio.” (1955, p. 849).

8. FORMULACIONES POSTERIORES A KELLY EN LA PCP

En este apartado queremos incluir aportaciones de seguidores de Kelly que han elaborado ideas germinalmente ya presentes en la obra del autor sobre la cuestión de la resistencia pero que suponen en sí mismas nuevas aportaciones.

8.1. Resistencia al cambio en psicoterapia y roles nucleares

El concepto de *rol nuclear* se vincula al *corolario de socialidad*: “Una persona puede jugar un rol en un proceso social que implica a otra en la medida en que construya los procesos de construcción de aquella” (Kelly, 1955, p. 66). Este corolario define el rol como un proceso social que supone la comprensión del otro, no solamente lo que esté socialmente prescrito. Kelly ha conferido a su teoría una dimensión interpersonal tan importante que, como dicen Landfield y Leitner (1980, p. 10), “...estuvo a punto de llamar a su teoría ‘*role theory*’”. Como lo expresa este texto:

“Las construcciones de nuestras relaciones, en cuanto a los pensamientos y expectativas de ciertas personas, inciden mucho en nuestros procesos vitales. Mediante la construcción de nuestros roles mantenemos incluso las funciones vitales más autónomas. Estas son ciertamente estructuras de rol nuclear” (Kelly, 1955, p. 84. Subrayado original).

Puesto que las relaciones profundas e íntimas son tan importantes, yo voy a experimentar una profunda satisfacción si mis anticipaciones son validadas. Tanto es así, que McCoy (1977) define emociones como amor y felicidad como la validación de los constructos nucleares. Leitner afirma que “si yo arriesgo mi ROL nuclear y tú validas estos constructos, experimentaré emociones profundas y positivas.” (1980, p. 88).

La contrapartida a la posibilidad de validación de mis constructos de ROL⁶ nuclear, es que experimente rechazo, invalidación, de lo que es lo más íntimo de mi existencia. Podemos, por tanto, entender la ambivalencia ante una relación profunda. Por un lado, experimentar emociones gratificantes, y por otro, el riesgo de exponerse al terror de la invalidación. Esto hace que muchas personas eviten las relaciones que suponen un compromiso personal auténtico:

“Un modo de evitar las relaciones de ROL es establecer relaciones basadas solamente en roles sociales. En esta forma de relación, el individuo puede decir y hacer las ‘cosas adecuadas’ pero no llega a conocer la experiencia de las otras personas... Esto le puede evitar los terrores de la relación de ROL... Pero tiene que pagar el precio de la soledad, vacío, falta de sentido y culpa... Un modo de evitar los terrores asociados a la invalidación de los constructos nucleares es manipular a los otros en vez de relacionarse con ellos... El manipulador dice lo que piensa que los otros quieren oír, de modo que se formarán la ‘correcta’ impresión y que harán lo ‘correcto’.” (Leitner, 1980, p. 89-90)

Las relaciones basadas en hacer al otro partícipe de mis realidades más ocultas pueden hacernos sentir vulnerables, como ocurre en la relación terapéutica. Leitner y Standiford (1993) han considerado el fenómeno de la «resistencia» como la necesidad de proteger los constructos de ROL nuclear:

“La psicoterapia experiencial de constructos personales asume una relación mutua, abierta y exploradora entre el terapeuta y el cliente. Sin embargo, muchos clientes encuentran la perspectiva de una relación de ROL con el terapeuta muy amenazante. Esta amenaza puede llevar al cliente a evitar el proceso exploratorio propio de una psicoterapia que pretende cambios vitales significativos. Técnicamente, muchas escuelas de psicoterapia etiquetan a este paciente como ‘resistente’... Tradicionalmente, la resistencia ha sido definida como algo que el paciente hace para minimizar el poder curativo de la psicoterapia. Sin embargo, nosotros hacemos referencia a algo más específico cuando hablamos de resistencia. Puede ser definida ... como un proceso activo de proteger los constructos nucleares (ROLES) de invalidación. Los constructos nucleares de ROL son nuestros valores centrales organizadores. Kelly creía que nosotros actuamos con nuestro núcleo como si nuestra vida dependiera de ello; las personas pueden elegir la muerte antes que abandonar las estructuras nucleares. La resistencia protege las bases y propósitos de la existencia del cliente.” (p. 141- 142).

Como ya venimos insistiendo, la comprensión de los fenómenos personales desde la PCP va mucho más allá de lo que el hedonismo puede decirnos. La persona busca construir su mundo de modo que tenga sentido para él, y su propio ser dentro de este mundo. Cuando se produce un caos, un sinsentido o un futuro fatal, la persona puede *elegir* preservar sus constructos nucleares, incluso con una acción que pudiera ser desafortunada. Stefan y Linder (1985) han estudiado el suicidio desde la PCP, evitando contemplarlo “desde el modelo del trastorno, desde donde no se permite ver el suicidio como un acto razonable... Sino como un acto que sigue a un desorden, estado irracional, etc.” (p. 187). Ellos se plantean la comprensión de la persona que opta por un camino, que puede parecernos aberrante:

“Como conducta, el suicidio siempre tiene lugar cuando resulta ser la mejor alternativa entre las posibles elecciones. Uno elabora esas elecciones del modo como construye las circunstancias y también del modo como ha aprendido a anticiparlas como resultado de elecciones pasadas. Cuando uno construye sus circunstancias no está desapegado. La autodefinición, esto es, los constructos nucleares, están en juego. (...) El acto de autodestrucción está subordinado a esos constructos del individuo que le dan significado y que permiten a la persona anticipar más allá de su inmediato e intolerable estado de cosas.” (Stefan y Linder, 1985, p. 186).

Sin llegar al límite de la conducta suicida, podemos entender que la persona

puede elegir conductas que protejan sus constructos nucleares. Estas conductas pueden parecernos patológicas, inadaptadas, pero cobran todo su sentido dentro de la coherencia de la construcción de alternativas de la persona.

En la situación terapéutica, tanto cliente como el terapeuta se enfrentan a un dilema. Por un lado, el cliente desea cambiar, de ahí su demanda. Por otro, se va a resistir a la invalidación de sus constructos nucleares. Esto coloca al terapeuta en una difícil posición:

“El terapeuta necesita aliarse con la parte del cliente que quiere arriesgar las relaciones de ROL, mientras que, al mismo tiempo, comprende la necesidad de que el cliente se resista. Por un lado, si ignora la necesidad de proteger los constructos nucleares de ROL, puede ocurrir que el cliente finalice la terapia con el fin de impedir la invalidación de sus estructuras nucleares. Por otro lado, si no se alía con la parte que busca cambio profundo, puede frustrar el propio proceso terapéutico.” (Leitner y Standiford, 1993, p. 143).

La resistencia al cambio, ha de considerarse pues, como inherente a los procesos de mantenimiento personales, y ha de ser adecuadamente tratada en la práctica terapéutica. *“Un error terapéutico común, (Leitner y Standiford, 1993, p. 146), supone confrontar activamente la resistencia... El terapeuta debe ver si existen otros constructos nucleares que puedan proveer de estabilidad a la persona durante el difícil período de trabajar la resistencia.”*

Teniendo en cuenta que el paso inicial para manejar la resistencia es su reconocimiento, los anteriores autores ofrecen, con este fin, una tipología de situaciones:

El paciente que no quiere embarcarse en una reconstrucción de sus significados vitales, y sólo quiere que se le “quite la pena”.

La externalización como resistencia: Los pacientes que evitan la introspección, dadas las implicaciones que supone, miran únicamente a cambiar el mundo exterior, en lugar de mirar dentro de ellas mismas. Otra manera de externalizar es proyectar la responsabilidad de sus acciones y de su experiencia a factores externos a su persona.

La concreción como resistencia: “Dado el terror potencial asociado con la invalidación nuclear, la persona puede elegir construir los acontecimientos de modo *concreto*, en lugar de hacerlo en términos de su significado psicológico.” (Leitner y Standiford, 1993, p. 150). Es decir, que a la hora de construir una experiencia, se aísla, no se tienen en cuenta sus implicaciones. Se desvinculan del resto de la estructura. Por ejemplo, construir un trastorno cardiovascular *exclusivamente* en términos fisiológicos, sin considerar las implicaciones psicológicas que pueden estar presentes.

Impulsividad como resistencia: Una manera de prevenir poner a prueba nuestros constructos nucleares es actuar de modo impulsivo. En palabras de Leitner

y Standiford (1993, p. 151): “*Las relaciones de rol suponen la construcción mutua de los constructos nucleares de ROL. Cada persona ofrece su núcleo al otro, con los riesgos y recompensas consiguientes. Además, las relaciones de ROL suponen un compromiso mantenido; no son acontecimientos fugaces. De este modo, la estabilidad es necesaria para la construcción de experiencias significativas en las relaciones de ROL. No es extraño, entonces, que algunas persona sean impulsivas como modo de proteger sus constructos de ROL nuclear de la invalidación.*”

Pasividad como resistencia: Podemos impedir que nuestras anticipaciones sean contrastadas con los hechos, refugiándonos en un mundo de fantasía. De este modo podemos seguir manteniendo ilusiones sobre nosotros mismos o sobre otros aspectos de la vida que no soportaríamos perder: “*Las relaciones de ROL conllevan inherentemente el terror de la invalidación de los constructos nucleares. Sin embargo, los constructos no pueden ser invalidados si no son probados. Dentro de la PCP, los constructos son probados mediante la conducta de la persona. Un modo de proteger los constructos de ROL nuclear es no ponerlos a prueba. De este modo, la pasividad puede ser una resistencia en terapia.*” (Leitner y Standiford, 1993, p. 152).

8.2. La resistencia en psicoterapia entendida como transición en la construcción

Desde la PCP, la terapia solamente conducirá a reconstrucción si ofrece al cliente la posibilidad de elaborar su sistema de constructos, y no le confronta con un nivel demasiado alto de ansiedad, amenaza o culpa. En este momento es importante aclarar que las emociones son también consideradas formas de construcción personal. En la PCP no encaja bien la dicotomía *cognición-emoción*, porque la actividad constructiva incluye a ambas. Kelly consideró las emociones como una conducta que estaba definida de forma laxa, o bien ligada a un constructo no-verbal o preverbal. Kelly (1955) equiparó ciertas experiencias emocionales a la conciencia de las transiciones del sistema de constructos (validaciones o invalidaciones), definiendo cuatro emociones relevantes para la práctica clínica en términos de dicho proceso, y que son: *amenaza, miedo, culpabilidad y ansiedad*.

Vamos a explicitar la génesis de estas emociones y su relación con el cambio psicológico, así como los estudios que se han realizado en este campo:

8.2.1. ANSIEDAD

Cuando el cambio se produce en la dirección de un cierto vacío psicológico el paciente puede experimentar **ansiedad** ante un futuro incierto. La ansiedad es la conciencia de que uno está mal provisto para predecir los acontecimientos con los que se enfrenta. En algunos casos, una consecuencia de eliminar los síntomas o los problemas sería tener que afrontar un mundo para el que el sujeto no tiene constructos con los que poder predecir los acontecimientos, por lo cual, dice Kelly: “Incluso una parte inválida de un sistema de construcción puede ser preferible al

vacío y la ansiedad que podría causar su completa eliminación.” (1955; p. 831).

Los estudios que se han hecho en esta dirección han visto las implicaciones del síntoma y su pérdida para el cliente. Por ejemplo, en un estudio sobre tartamudez, Fransella (1972) explica que el tartamudo puede ser muy hábil en anticipar las reacciones de otras personas cuando tartamudea, en cambio, la fluidez puede suponer para él encontrarse con situaciones menos predecibles. Su estudio apoya la hipótesis de que los clientes que inicialmente tenían un subsistema sobre la fluidez bien elaborado, obtenían mejores resultados que aquellos para los que el hecho de ser tartamudo tenía muchas implicaciones. En otro estudio con pacientes anoréxicas, Fransella y Button, (1983) encontraron resultados semejantes. Las pacientes para las que el “self con peso normal” tenía muchas implicaciones antes de entrar en el hospital, conservaban su peso después de abandonar el hospital. Por el contrario las chicas que no lograban mantener su peso tendían a verse a sí mismas como pacientes anoréxicas internadas en el hospital. En esta misma línea, Leitner y Grant (1982), encontraron una pobre respuesta terapéutica en clientes obesos para los cuales el constructo de sobrepeso era central a la organización jerárquica de su sistema de constructos. Estos estudios que han utilizado la técnica de la rejilla han evidenciado que cuanto más significativa sea el área problemática, peor es el resultado terapéutico. En otros estudios realizados por Winter (1989b), y Winter y Gournay (1987), encontraron evidencia de que la respuesta terapéutica a un programa eficaz de tratamiento será pobre si la persona no dispone de constructos para manejarse en las situaciones con las que se verá confrontado. En uno de los estudios con clientes agorafóbicas que estaban recibiendo terapia de conducta se obtuvo una pobre mejora de los síntomas cuando el constructo “rabia” no era importante o destacado, o bien, cuando veían a los miembros de sus familias de modo uniformemente positivo. La explicación que ofrecen los autores es que los pacientes tenían dificultades para manejarse en situaciones interpersonales conflictivas. Estas situaciones podrían sobrevenir en sus vidas si remitían los síntomas.

Pese al sufrimiento que suponen estos problemas psicológicos, podemos entender que cumplen una finalidad en el sistema de construcción de la persona. Esto se refiere también al *corolario de elección*, según el cual el cliente “elige” construirse como caracterizado por el síntoma, porque hacerlo así conlleva más implicaciones, y por tanto, más posibilidades de elaboración del sistema de constructos, que construirse como libre de síntomas. El síntoma puede ser, entonces, la justificación por la cual las experiencias caóticas reciben significado. Esto ha sido elaborado por Tschudi (1977) y Fransella (1970,1972), quienes ven el síntoma como un “estilo de vida”, de modo que un problema llega a ser una parte de la persona y no se construye sin ese problema. Este estilo de vida no se abandona, pues, hasta que un estilo alternativo ha sido elaborado.

En ocasiones las personas se construyen de modo ideal, casi sublime. Una función del síntoma es impedir que esta fantasía sea contrastada con la realidad.

Winter (1992) presenta el caso de Rodney, al que le pidió que escribiese cómo sería su vida sin la incapacidad de eyacular. El relato es una descripción exultante de energía vital, rayando la absoluta perfección. Esta descripción estaba en franco contraste con su situación actual. En la prueba de la rejilla, el yo ideal tenía la misma puntuación que el yo sin síntomas.

El fenómeno anteriormente descrito ha sido denominado por Fransella (1972) el síndrome de "si yo tan solo fuera...", y que puede ofrecer una explicación para el mantenimiento de síntomas aparentemente perturbadores. En efecto, la creencia ilusoria de que si el síntoma desapareciese el cliente obtendría todos sus ideales, sólo puede sostenerse si se conserva el síntoma. Ella observó este patrón en tartamudos y en pacientes con trastornos alimentarios, para los cuales el yo con el peso que ellas consideraban ideal era construido virtualmente idéntico al yo ideal.

Winter (1989b, 1992) ha encontrado también este patrón con agorafóbicas, que imaginan que después del tratamiento ellas y sus esposos serían más ideales que lo que incluso fueron antes del trastorno, un punto de vista compartido por sus cónyuges. Además, cuanto más estaba marcada esta tendencia en las agorafóbicas más severos eran los síntomas, quizás porque eran más resistentes a probar la validez de sus fantasías ideales de lo que sería la vida si pudiesen salir solas de casa. Un caso muy llamativo que también relata Winter es el de un hippie, Crispin, cuyos síntomas agorafóbicos comenzaron a fines de los 60, y cuya rejilla indicaba que, mientras que él imaginaba que sería virtualmente idéntico a su yo ideal si no tuviese sus síntomas, su construcción de sí mismo antes de los síntomas era el de una persona irresponsable y egocéntrica. De este modo, abandonó un tratamiento conductual, porque así no tuvo que poner a prueba la fantasía de que sin síntomas sería capaz de ser muy superior a lo que nunca había sido (incluyendo, incidentalmente, ser famoso y rico como guitarrista folk).

8.2.2. CULPA

Esta dolorosa emoción, según la PCP aparece cuando experimentamos un cambio en nuestros constructos de rol nucleares, que son la manera característica de relacionarnos con los otros (Kelly, 1955, p. 565). Si una persona tiene una manera habitual de construirse a sí misma, la ausencia del síntoma puede provocar un cambio fundamental en esta construcción. Esto ocurre, fundamentalmente, cuando el síntoma está asociado con características que para la persona son positivas. En este caso, la persona se enfrenta a un dilema, puesto que abandonar el síntoma va a suponer también dejar de verse de un modo deseable.

En muchos casos, el sufrimiento va asociado a ser una persona humana y virtuosa. Rowe (1978), ha encontrado pacientes depresivas que concuerdan con características tales como "sensibilidad" y "virtud". De tal manera que algunos pacientes prefieren seguir siendo "buenas personas", aunque afligidas, que cambiarse al lado de los que disfrutan, pero son "egoístas" o "insensibles". Fransella (1972) observa un patrón

similar en un tartamudo, renuente a la terapia y que construye a los tartamudos como “buenos” y a los que hablan fluidamente como “malos”. Drysdale (1989) sugiere “que los pacientes con dolor crónico muestran una mayor tendencia a asociar dolor con sensibilidad hacia los otros que los que tienen problemas agudos. Y cuanto más prolongado es el dolor, más probable es que se asocie con sensibilidad, y con la capacidad de llevarse bien con los otros.” Winter (1987), en un excelente trabajo sobre este tema, relata su propia experiencia sobre el entrenamiento en habilidades sociales. Según el autor, en el 80% de los clientes la habilidad social conlleva implicaciones negativas, como “egoísmo”, “rebeldía” y “engaño”, características que chocan con su autoconcepto. Su manera de construir su timidez o falta de habilidades sociales, también incluye ser “buenas personas”, “generosas”, “honestas” y “auténticas”. Igualmente, en los estudios sobre agorafobia citados anteriormente (Winter, 1989b; Winter y Gournay, 1987), aparecieron resistencias al cambio puesto que algunos clientes construyen el hecho de salir fuera como algo que supone el riesgo de infidelidad marital. Cuanto más supraordenado es el constructo de infidelidad marital para ellos, menos mejoran en la terapia de conducta.

En ocasiones estos tratamientos anteriormente descritos son insensibles al hecho de que fuerzan el sistema nuclear de constructos más allá de lo que la persona considera aceptable, provocándole una ruptura con su manera habitual de verse-en-el-mundo, lo que nosotros consideramos identidad. Esta ruptura la comprendemos desde la PCP como la experiencia de culpa. Winter (1987, p. 118) relata que *“...la terapia de constructos fue de utilidad para Tom, quizá porque implicaba tomarse en serio su visión del mundo, en lugar de rechazarla por inválida o irracional, o tomarla como material para interpretaciones esotéricas, a diferencia de los diversos modelos de entrenamiento en habilidades sociales, que se podrían construir como versiones actualizadas de los códigos de caballería o manuales de buenas maneras.”* El mismo Winter (*ibidem*, p. 129) ofrece una explicación al hecho de que las personas consiguen descubrir un aspecto positivo en sus limitaciones, de modo que les puedan resultar menos inaceptables: *“Esto podría estar indicando la estrategia mediante la que estas personas mantienen un mínimo de autoestima, construyéndose como socialmente incompetentes, pero recibiendo la compensación de, al menos, poder verse como humanitarios y virtuosos.”*⁷

Estas situaciones en las que el sistema de constructos por una parte presenta como significativo el cambio por superar las limitaciones y sufrimiento derivados del síntoma, pero por otra el cambio tiene consecuencias negativas en términos de la identidad de la persona, las hemos considerado como una forma de conflicto cognitivo, conocida como dilema implicativo (Feixas, Saúl, y Sánchez, 2000; Feixas, Saúl, Avila-Espada, y Sánchez, 2001). Esta línea de trabajo ha dado como fruto un proyecto multicéntrico internacional de investigación, el proyecto dilema, sobre el que puede obtenerse más información en Internet: www.usal.es/tcp

8.2.3. AMENAZA

Cuando hay un lugar al que ir, pero nos damos cuenta de que se va a producir un cambio inminente en la construcción central de nosotros mismos se produce en nosotros un sentimiento de **amenaza**. Tenemos conciencia de un cambio inminente y profundo en las estructuras nucleares, los constructos de la propia identidad. Al considerar que cualquier cambio, si es importante, puede ser amenazante, Kelly (1955) rechaza el rol primario del hedonismo para explicar la conducta. Las personas pueden diferenciarse en lo que para ellos es el placer, pero además las personas pueden experimentar los efectos desestabilizadores de un cambio considerado como ‘bueno’.⁸

Esta percepción de un cambio como amenazante es particularmente intensa en los sujetos con un sistema rígido y unidimensional. Tal vez esto pueda explicar el hecho de que una construcción rígida del sistema predice una pobre respuesta a la terapia. En tales clientes, la mayor parte de sus constructos están altamente relacionados, por lo cual un cambio en alguno de ellos supone una importante reestructuración de todo el sistema. Hinkle (1965) ofrece evidencia experimental de que el grado de resistencia al cambio de un constructo determinado de una persona está relacionado con el número de conexiones (implicaciones o fuerza de las correlaciones) que tiene con otros constructos. Igualmente refiere una correlación muy significativa entre la resistencia al cambio de un constructo y su grado de superordenación.

La rigidez cognitiva, propia de un perfil de *alta integración y baja diferenciación* (Feixas y Cornejo, 1996, p. 58), “configura un perfil de simplicidad, en el que el sujeto actúa con pocas dimensiones a la hora de comprender y anticipar los acontecimientos. Su capacidad predictiva se ve limitada a las pocas dimensiones que posee, y sus juicios suelen ser monolíticos del tipo ‘todo o nada’. Se asocia con los trastornos tradicionalmente conocidos como neuróticos... aunque también puede denotar una persona simple pero sana”. Ciertamente las dimensiones ajustadas proporcionan a la persona la seguridad de lo ya experimentado, pero su uso persistente sólo sería viable en un mundo sin cambios. Winter (1992) cita las investigaciones de Bannister, que enfatiza que la esencia de la construcción del neurótico es una tendencia a ver todas las situaciones como réplicas de otras previamente experimentadas y la conducta se convierte en rígida y estereotipada. Es decir, la rigidez inherente a las construcciones muy ajustadas, impide la inclusión de nuevos elementos en ellas. De modo que se pierden los matices, y las nuevas situaciones son despojadas de sus características propias. Esto es hostilidad, en el sentido de Kelly, es decir, la tendencia a extorsionar los datos para obtener validación a cualquier precio.

8.3. Resistencia al cambio y modos de construcción: perspectivismo, literalismo y fragmentalismo

Landfield (1980) explica tres maneras distintas de construir la experiencia: el perspectivismo, el literalismo y el fragmentalismo:

*“Sentimiento, valor y conducta son entendidos como la ‘tríada del cono-
cer’. Es el excesivo aflojamiento o rigidificación de esta tríada lo que
conduce al literalismo. Es el grado moderado de conexión dentro de esta
tríada lo que permite el desarrollo de jerarquías de significado y permite
el perspectivismo.”* (p. 289)

El perspectivismo⁹ se refiere a la capacidad de la persona de distanciarse de la situación o del problema y conceptualizarlo de modo más integrado. La persona es capaz de construir jerarquías de significado. Por el contrario, el literalista “prefiere una manera fija de construir y que no haya excepciones al modo como uno entiende un evento particular... Estas relaciones tan constreñidas minimizan la apertura a la experiencia, puesto que se asume que ciertas relaciones y acontecimientos son ciertos. En el contexto del literalismo, las ideas no son vehículos de exploración. Son utilizados como hechos.” (Landfield, 1980, p. 291).

En otro extremo estaría el modo de construcción fragmentalista caótico. Los eventos se suceden sin conexión jerárquica entre sí, de modo caleidoscópico e inconexo, como fragmentos y patrones que cambian constantemente. Dice Landfield (1980) que este patrón puede observarse en el trastorno de pensamiento esquizofrénico.

Lo que busca el literalista es la certeza y quiere expulsar la amenaza de la duda y de la ambigüedad, con su aproximación absoluta a los acontecimientos. Ciertamente, los sistemas rígidamente organizados dan la impresión de firmeza de conocimiento. Sin embargo, esto puede trastornarse en un momento de crisis o invalidación personal. En estos casos, la persona cambia, con la misma rigidez al extremo opuesto. Esto es lo que se denomina en la PCP *cambio de polo (slot rattling)*. En palabras de Landfield (1980, p. 315):

“El literalismo se refiere a una manera de pensar, sentir o actuar que implica una absoluta y restringida interpretación de un acontecimiento o una relación. Una rigidez en la construcción y falta de excepciones en cómo uno comprende un evento. El literalismo se refiere a una manera de codificar rígida y unidimensional, la cual, en exceso, impide la creación de jerarquías complejas de significado e impide el progreso de reconceptualización y reordenamiento de los eventos. Puede producir autoritarismo, por un lado, y por otro, impulsividad y falta de control en la conducta.”

En el otro extremo, el fragmentalista caótico construye los acontecimientos de modo desorganizado y difuso. La vida es experimentada como un cambio continuo, sin mucha coherencia o estabilidad de significado. Dice Landfield (1980) que “...en

contraste con el literalista y el perspectivista, el fragmentalista no tiene ni la seguridad de la asunción literal ni la esperanza de la hipótesis. Es muy vulnerable.” (p. 316)

Como venimos argumentando, el cambio personal significativo, más allá del *cambio de polo*, supone la articulación de dimensiones de significado capaces de ser ordenadas entre sí. Ello implica que las personas que puedan construir con perspectiva van a estar más abiertas al cambio que las que lo hagan de modo literalista. Al poderse plantear alternativas viables dentro de sus constructos más supraordenados se establecen nuevos cursos de acción. Por el contrario, el literalista puede descartar nuevos elementos en su sistema de constructos, puesto que esto le llevaría a aceptar la incertidumbre y la ambigüedad en su mundo.

8.4. Hostilidad en el terapeuta

Para finalizar este apartado hemos de decir que la hostilidad no es un sentimiento exclusivo del paciente al resistirse a integrar en su sistema nueva información. En ocasiones es el propio terapeuta el que se resiste a aceptar el paciente tal como se le presenta. “El hecho de que el paciente ‘no coopere’ en la terapia, no significa que rechace el terapeuta como persona, sino que su sistema de constructos es diferente al que le propone el terapeuta”. (Kelly, 1955, p. 1101) Es en estos momentos cuando el recurso a la posición de experto puede evitarle al terapeuta tener que reconocer que no ha sido capaz de construir adecuadamente el mundo del paciente. Leitner (1985) lo expresa de este modo:

“Términos como resistencia y defensa pueden decir más acerca del terror del ROL del terapeuta que del paciente. El terapeuta que utiliza tales términos puede tener una rápida justificación cuando no comprende el mundo interior del paciente. Si el cliente no reacciona como se espera, no es que el terapeuta se haya equivocado, es que el paciente se está ‘resistiendo’. Si el cliente no siente del modo que debería sentir en una situación, el terapeuta no se ha equivocado en la construcción de la situación; el cliente se está ‘defendiendo’ de sus sentimientos. Términos como resistencia o defensa puede ofrecer al terapeuta una lógica para evitar la reconstrucción cuando se ha producido la invalidación.” (p. 96).

Podemos, por tanto, entender que tales términos pertenecen a una corriente epistemológica que sitúa al terapeuta en una posición de poder que le permite adscribir valor de verdad a determinados contenidos y ridiculizar otros. El terapeuta constructivista entiende que su tarea es de *co-creador* de significado con el cliente, no de poseedor privilegiado de “la Verdad”. Lo explica magníficamente Leitner:

“Esto implica que la tarea del terapeuta no es simplemente atacar los constructos ‘irracionales’ de la persona o modificar su conducta para así poder indirectamente cambiar su sistema de construcción. Más bien, el terapeuta de constructos personales debería ser sensible y acercarse

cuidadosamente a la comprensión de la integridad, unicidad y terrores del núcleo interno de cada cliente. De este modo, el terapeuta, además de curar un síntoma, puede tener la oportunidad de tocar otra vida humana.” (1985, p. 102).

9. CONCLUSIÓN

La tendencia a considerar al ser humano como algo fundamentalmente estático, que ha de ser movido por fuerzas, ya sean instintos o impulsos, ha hecho perder la perspectiva de que los procesos de continuidad y cambio se precisan y complementan.¹⁰

Fransella (1993) se plantea una pregunta muy coherente con la PCP: “¿Qué es lo opuesto a la resistencia?” (p. 119). De acuerdo con el *corolario de elección*, elegimos la alternativa del constructo que tiene más sentido para nosotros. Por tanto, va a ser muy clarificador explicitar adecuadamente el otro polo del constructo. Según ella, “la esencia del vivir es crecer y desarrollarse, extender el sistema o definirlo, y por tanto, cambiar. No cambiar es morir. Los clientes no están *resistiendo* el cambio, están *eliendo no cambiar*” (p. 119). El problema está en que la alternativa coloquial al cambio suele tener implicaciones negativas. El cambio se considera como deseable, y no cambiar, algo malo. Fransella argumenta que las personas *eligen* la persistencia, en lugar del cambio, como una forma de movimiento. Es el movimiento hacia el mundo que tiene más sentido, aunque sea problemático.

La PCP nos ofrece una conceptualización de los procesos vitales de la persona donde la búsqueda del sentido es la actividad primordial. En este proceso constructivo la identidad de la persona está fuertemente implicada. La resistencia al cambio es la manera que tiene el cliente de preservar el sentido. El observador, que eventualmente puede ser el terapeuta, puede etiquetar este fenómeno como contraproducente, problemático o anti-terapéutico y llamarlo “resistencia”. Ciertamente, puede tratarse de algo inoportuno y difícil de manejar. De todos modos, creemos que es necesario que los terapeutas consideren de modo respetuoso la idiosincrasia personal del cliente en su proceso constructivo. Este respeto supone que los procesos de reconstrucción del significado sean conducidos de modo que no supongan una invalidación masiva de lo que la persona ha sido capaz de construir a lo largo de su vida para dar sentido al mundo y a sí misma: se trata, en definitiva, de su sentido de identidad.

En la primera parte de este artículo se plantean los principios generales de la Psicología de los Constructos Personales (PCP) con respecto al funcionamiento humano en general. Se destaca la visión del ser humano como constructor de significados, que va poniendo a prueba y reconstruyendo mediante la experiencia. Este proceso de construir los acontecimientos, en el que la realidad no nos dicta su significado, se organiza de acuerdo con un sentido de identidad, que aunque puede desarrollarse en uno u otro sentido, no está fácilmente sujeto a cambio. La PCP ve la resistencia como una construcción del terapeuta cuando el cliente activa mecanismos de protección de su estructura nuclear que impiden el cambio. Se sugiere que este fenómeno permite comprender mejor el sentido de esta identidad que el sujeto está protegiendo, y que ello puede permitir proponer otros cambios que respeten, o sean compatibles con dicha identidad.

Palabras clave: constructos personales, resistencia, psicoterapia, identidad, cambio.

Notas

- ¹ La palabra “resistencia” se incluye entre comillas para destacar que no denota una realidad clínica existente sino una construcción del terapeuta.
- ² Podemos ver el paralelismo entre Kelly y el *pantha rei* de Heráclito.
- ³ La noción de “réplica” tiene un significado preciso en psicología experimental, y se refiere a los experimentos que se realizan para probar la validez de una determinada investigación. Es decir, se realizan experimentos similares que tratan de “replicar” los resultados obtenidos por un determinado investigador.
- ⁴ Para los psicólogos existenciales cada decisión no se considera como completamente independiente de otras decisiones. Es una visión ingenua del existencialismo la que sostiene únicamente que se exalte la vida en el momento, sin considerar de dónde viene cada persona y hacia dónde va. Por ejemplo, si una persona pretende ser un psicólogo, tendrá que enlazar muchas decisiones juntas. Cada decisión particular puede estar bien hecha para el futuro, en el sentido de que abre el camino para las nuevas experiencias, pero no obstante, se distinguirá una direccionalidad general. Al tomar decisiones, están participando los recuerdos de las decisiones pasadas y la imaginación sobre decisiones futuras.
- ⁵ Según la *hipótesis de la ejemplificación* percibimos como amenazadora a una persona si parece encarnar lo que esa persona fue una vez pero ya no es. También una persona será percibida como amenazante si espera que nos comportemos como lo hacíamos anteriormente (*hipótesis de la expectación*).
- ⁶ Leitner (1985) distingue entre relaciones de ROL, que suponen un compromiso de intimidad, y las relaciones de rol, basadas solamente en convenciones sociales.
- ⁷ De modo anecdótico, Winter (1989a, p. 2) relata la confesión de Rilke que “rehusó iniciar un psicoanálisis con el fin de expulsar a sus demonios, no fuese que también le abandonasen sus ángeles.”
- ⁸ Landfield (1980, p. 295) relata el caso de un paciente severamente perturbado que le dijo, “me gustaría ser más maduro y responsable; resolvería montones de problemas. Pero me sentiría solo como Cristóbal Colón... Es mejor ser lo que soy ahora. No me gusta como soy, pero sé quién soy.”
- ⁹ Kelly asume implícitamente el tema *perspectivismo vs. literalismo*, al entender que “trascender lo

obvio, éste es el problema psicológico básico” (citado en Landfield, 1980, p. 294).

- ¹⁰ Watzlawick *et al.* (1974, p. 2) sostienen que “la tendencia ha sido a contemplar la persistencia y la invarianza como el estado ‘natural’ o ‘espontáneo’, que se daba por supuesto y que no necesitaba explicación, y el cambio como el problema a explicar; o bien se tomaba la posición inversa...”

Referencias bibliográficas

- BOTELLA, L. & FEIXAS, G. (1998). *Teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.
- DRYSDALE, B. (1989). The construing of pain: a comparison of acute and chronic low back pain patients using the repertory grid technique. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 2, 271-86.
- EPTING, F. & AMERIKANER, M. (1980). Optimal functioning: Personal construct approach. En A. W. Landfield y L. M. Leitner (Eds.), *Personal Construct Psychology: Psychotherapy and Personality*. New York: Wiley.
- FEIXAS, G. & CORNEJO, J. M. (1996). *Manual de la Técnica de la Rejilla mediante el Programa Record v. 2.0*. Barcelona: Paidós.
- FEIXAS, G. & VILLEGAS, M. (1993). *Constructivismo y psicoterapia*. (2^a ed.) Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias. S.A. (existe tercera edición, del 2000, en Desclée de Brouwer, Bilbao).
- FRANSELLA, F. (1970). ...And then there was one. En D. Bannister (Ed.) *Perspectives in personal construct theory*. London: Academic Press.
- FRANSELLA, F. (1972). *Personal change and reconstruction: Research and treatment of stuttering*. London: Academic Press.
- FRANSELLA, F. (1993). The construct of resistance in psychotherapy. En Leitner, L. & Dumet, N. G. (1993). *Critical issues in personal construct psychotherapy*. Malabar, Florida: Krieger.
- FRANSELLA, F. & BUTTON, E. (1983). The construing of self and body size in relation to the maintenance of weight gain in anorexia nervosa. En P. L. Darby (Ed.), *Anorexia Nervosa: Recent Developments in Research*. New York: Liss.
- HINKLE, D. N. (1965). *The change of personal constructs from the viewpoint of a theory of implications*. Tesis doctoral no publicada. Ohio State University.
- KELLY, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: W.W. Norton.
- KELLY, G. A. (1966/1970). Behavior is an experiment. En D. Bannister, (Ed.), *Perspectives in personal construct psychology*. Londres: Academic.
- KELLY, G. A. (1977). The psychology of the unknown. En D. Bannister (Ed.) *New perspectives in personal construct theory*. London: Academic.
- KELLY, G. A. (1980). The psychology of the optimal man. En Landfield, A. W. and Leitner, L. (Eds.), *Personal Construct Psychology: Personality and Psychotherapy*. New York: Wiley.
- KELLY, G. A. (1989). La construcción humana de las alternativas. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*. N° 26. (Obra original publicada en 1958).
- LANDFIELD, A. W. (1980). The person as perspectivist, literalist, and chaotic fragmentalist. En Landfield, A. W. and Leitner, L. (Eds.), *Personal Construct Psychology: Personality and Psychotherapy*. New York: Wiley.
- LANDFIELD, A. W. & LEITNER, L. M. (1980). Personal construct psychology. En Landfield, A. W. and Leitner, L. (Eds.), *Personal Construct Psychology: Personality and Psychotherapy*. New York: Wiley.
- LEITNER, L. M. (1985). The terrors of cognition: On the experiential validity of Personal Construct Therapy. En Bannister, D. (Ed.), *Issues and Approaches in Personal Construct Therapy*. London: Academic.
- LEITNER, L. M. & GRANT, C. H. (1982). Obesity, personal constructs, and amount of weight loss. *Psychology Reports*, 50, 491-8.
- LEITNER, L. M. & STANDIFORD, T. (1993). Resistance in experiential personal construct psychotherapy: Theoretical and technical struggles. En Leitner, L. & Dumet, N. G. (Eds.), *Critical issues in personal construct psychotherapy*. Malabar, Florida: Krieger.
- MC COY, M. (1977). A reconstruction of emotion. En D. Bannister (Ed.), *New perspectives in personal construct theory*. London: Academic.
- NEIMEYER, R. A. (1985). Personal constructs in the clinical practice. En R. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioural research and therapy* (vol. 4), New York: Academic.
- NEIMEYER, R. A. (1989a). Orientación a la terapia de constructos personales. En R. Neimeyer y G. Neimeyer,

- (Eds.), *Casos de terapia de constructos personales*. Bilbao: DDB.
- NEIMEYER, R. A. & FEIXAS, G. (1989). Trastornos en el proceso de construcción: Implicaciones psicopatológicas de los corolarios kellianos. *Revista de psiquiatría y psicología humanista*, 26, 52-69.
- ROWE, D. (1978). *The experience of depression*. Chichister: Wiley.
- STEFAN, CH. and LINDER, H. B. (1985). Suidice, an experience of Chaos and Fatalism: Perspectives from Personal Construct Theory. En Bannister, D. (Ed.), *Issues and Approaches in Personal Construct Therapy*. London: Academic.
- TSCHUDI, F. (1977). Loaded and honest questions: A construct theory view of symptoms and therapy. En D. Bannister (Ed.), *New Perspectives in personal construct theory*. London: Academic Press.
- VILLEGAS, M. & FEIXAS, G. (1989). Un marco conceptual para la Psicología de los Constructos Personales. *Revista de psiquiatría y psicología humanista*, 26, 5-18.
- WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J. & FISCH, R. (1974). *Cambio*. Barcelona: Herder, (1976).
- WINTER, D. (1989a). La psicoterapia de constructos personales como una alternativa radical al entrenamiento en habilidades sociales. En R. Neimeyer y G. Neimeyer, (Eds.), *Casos de terapia de constructos personales*. Bilbao: DDB.
- WINTER, D. (1989b). Resistance to therapy: Stubborn opposition or constructive choice? Paper presented at 1st European Conference on Psychotherapy Research. Bern.
- WINTER, D. (1989c). An alternative construction of agoraphobia. En K. Gournay (Ed.), *Agoraphobia: Current perspectives on theory and treatment*. London: Routledge.
- WINTER, D. (1990). Personal construct psychology and clinical practice. London: Croom Helm.
- WINTER, D. & GOURNAY, K. (1987). Constriction and construction in agoraphobia. *British Journal of Medical Psychology*, 60, 233-34.

RESISTENCIA O COHERENCIA: UNA TERAPIA DE INTEGRACIÓN

Imma Lloret i Ayter

Coordinadora Prácticas Master Terapia Cognitivo Social, Universidad de Barcelona

This paper describes the process of therapy of a depressive client through exploring her personal meaning system. We challenge the concept of "resistence" by substituting it by the concept of coherence of her system that keeps her symptom. To understand her internal logic allows to challenge it and make it more complex. We describe different strategies, from an integrative view, which permits a more rich and detailed construction that allows the client to face her life in a more rewarding manner.

Key words: Coherence, personal meaning, attachment, construction.

INTRODUCCIÓN

En este artículo se expone el trabajo más representativo hecho a lo largo de 30 sesiones (de febrero a septiembre de 1998) con Mónica, una mujer de 45 años que se presenta deprimida y con ansiedad elevada. La terapeuta pretende describir un proceso en el que se pone de manifiesto que la coherencia del sistema de construcción de significados de la cliente es la responsable del mantenimiento del síntoma. Cuando el trabajo terapéutico no tiene en cuenta la fuerza de la coherencia e intenta catalizar el proceso de cambio, éste se vuelve “resistente”, dado que no se han desarrollado todavía las estructuras que llevan al cambio, como se verá al largo de esta exposición.

1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL CASO Y DEMANDA

1.1. El proceso de derivación

Mónica viene derivada por su homeópata, la cual considera que sus múltiples dolencias físicas (dolores menstruales, problemas de circulación, dolor de espalda, infecciones vaginales...) y psicológicas están relacionadas con factores emocionales. Le aconseja reiteradamente hacer una terapia, hasta llegarle a decir, un poco bruscamente, según Mónica, que ya no sabe qué hacer con ella, por haber agotado

todos sus recursos.

MÓNICA: *La homeópata se ha sentido muy inútil conmigo ya que a pesar de que me da medicación y eso, no se ha solucionado nada...*

TERAPEUTA: *¿Te refieres al problema de las reglas, que es lo que estabas tratando más con ella?*

MÓNICA: *Todo. Yo empecé con ella por una depresión. Y le tengo que dar las gracias porque pienso que salí gracias a la homeopatía. Llevaba dos años con tranquilizantes, euforizantes, cambios de medicación, aumentos..., y yo estaba en una etapa gris que, bueno, entonces ya no lloraba, ya no tenía ganas de suicidarme, pero notaba que iba dejando pasar la vida..., que un día era igual que otro y no tenía ninguna ilusión. Me ha ido muy bien pero ahora noto un bajón y ella dice que siente, que no sabe qué hacer, ni qué medicación darme, que se siente inútil, que sino pues, me tendrá que dejar y... bueno entonces me habló de esto, que estaba este centro...*

Reconoce que hace tiempo que tendría de haber empezado tratamiento psicológico, pero se excusa por problemas económicos. Nos hallamos, pues, ante una *demandapor delegación* (Villegas, 1996), dado que la doctora no sabiendo qué más hacer con ella nos la envía a nosotros como si fuese un caso “perdido” y “para que hagamos lo que podamos”.

Parece que detrás de sus palabras también se esconde una *demandainespecífica* (Villegas, 1996). Vemos que la pragmática de su discurso parece dar por hecho que sus problemas no tienen solución y que espera una respuesta milagrosa, como dice en un momento de la séptima sesión: “Yo reconozco que lo que ahora me pasa es que necesitaría pues un papá o una mamá al menos durante 1 año o 2 de mi vida, que quisiera hacer las cosas que yo tengo que hacer por narices, ¿me entiendes? Estoy buscando este milagro!”

1.2. Redefinición de la demanda y negociación de objetivos

Uno de los temas principales que trae Mónica a terapia tiene que ver con las relaciones interpersonales y con una serie de pérdidas afectivas a lo largo de su vida, relaciones importantes de amistad y de pareja, en las que siempre ha sentido que se aprovechaban de ella o bien abandonada. Destaca no haber elaborado la muerte de sus padres, sucedida en pocos años de diferencia. Particularmente difícil ha sido la pérdida de la madre ahora hace seis años, añadida a un sentimiento de culpa: “yo la muerte de mamá aun no la he superado, y creo que todo esto que me pasa lo vengo arrastrando desde entonces”.

Otra causa de su malestar es no sentirse realizada en el trabajo, con una pérdida de estatus desde el 82, y una mala imagen delante de sus jefes por sus frecuentes bajas laborales. Afirma no tener ninguna posibilidad o esperanza de promocionarse, teniendo que resignarse a aguantar: “*me preocupa, me molesta, pero no veo la manera de darle la vuelta*”.

A menudo utiliza el tema económico como argumento de una de las limitaciones que le pone la vida, refiriendo una vez más la causa de sus problemas a algo externo que no depende de ella. Pero por otra parte, ante una intervención mía reconoce sus propias resistencias a activarse, y a cambiar. En ese punto aproveché para hacer las primeras reformulaciones como se refleja en este fragmento de la primera sesión:

MÓNICA: *No me sé manejar, se me llena la semana de cosas y me pongo nerviosa, pero después no hago nada... Es como si algo me frenara, como si hubiese algún freno por aquí en medio que... o yo no quisiera o... o no se, me canso muy rápidamente, me canso, cansancio físico...(...). Por ejemplo, el viernes me caí y el sábado había quedado con mi hermana para ir a la piscina, otra vez (...)*

TERAPEUTA: *es como si tu misma te fueras boicoteando las posibilidades.*

MÓNICA: (*Suspiro*) *Pues quizás sí..., pero yo no soy consciente...*

TERAPEUTA: *Lo parece por lo que explicas, ¿no? Tantas caídas, tantos contratiempos...*

MÓNICA: *Si, si, es como si me pusiera obstáculos a mí misma o a mi vida, y entonces reconozco que sí, que voy con mucha ansiedad y saco muy poco...*

Más adelante hace referencia a una relación que mantiene desde hace 17 años con un hombre casado y aunque dice “*es lo único que me aguanta para tirar adelante*” reconoce que también es problemática: “*Es una pareja inestable..., este es el punto que me daba un poco de miedo (respira profundamente), es una pareja que está casada, que no se separará nunca, seguro, si no se separó antes, ahora menos*”.

Su discurso es pesimista, aludiendo a su insatisfacción vital, sentimiento de soledad y resignación, que describe en frases como las que siguen: “*Hay muchas cosas en mi vida que no me gustan y las tengo que ir aguantando, no les veo mucha salida. (...) Bueno, lo que pasa es que encima al no salir y no tener muchas relaciones hace que mi vida cada día tenga menos sentido, ¿no?. Es como si, como si estuviera dejando pasar la vida a mi lado...*”

Todos estos temas fueron expuestos como aspectos que la cliente quería trabajar en terapia porque eran su principal fuente de sufrimiento. A partir de aquí acordamos vernos una vez por semana y empezar a explorar en profundidad cada uno de ellos.

2. HIPÓTESIS CLÍNICAS

2.1. *El sistema de apego de Mónica*

A Mónica la podríamos situar en el grupo llamado de apego inseguro/resistente-ambivalente, de acuerdo con el planteamiento de Sassaroli y Lorenzini (1995), en que la figura de vinculación aparece como protectora pero al mismo

tiempo impredecible, de manera que ella se culpa a sí misma del hecho de provocar la proximidad o la lejanía. Es como si se dijera «todo depende de mí», y el juicio de la propia estima se modela constantemente sobre el feedback que recibe del otro según un razonamiento de tipo «*si soy aceptada quiere decir que soy digna de ser querida*», «*si soy rechazada quiere decir que no lo soy*», de esta manera el tema el sentimiento de ser digna de ser amada queda no resuelto porque no consigue estabilizar una idea de sí misma.

Este es el modelo de relación que describe Mónica con su madre, a quien acudía para todo y con todo lo que le preocupaba debido a que los padres estaban muy sobreimplicados en la vida de las hijas, queriéndolas defender de las dificultades que se encontraran en la vida.

TERAPEUTA: *Sientes que tus padres eran sobreprotectores, es decir, que tenían una tendencia a querer resolver vuestros problemas, impidiendoos desarrollar vuestros propios recursos?*

MÓNICA: *Desde luego, los papás estaban en todo, incluso papá cuando tuve los problemas en el trabajo, quería venir para hablar con mis jefes. Vivían muy cerca de todo lo nuestro, y yo estuve hasta los 30 en casa..., pero cuando me fui también contaba mucho con ellos, cuando murieron dejaron un vacío muy grande, me he sentido muy desamparada...»*

La cliente también relata sus esfuerzos por complacer a la madre, su sufrimiento al ver que Nuria, la hermana mayor, parecía ser, según ella, la predilecta de la madre:

MÓNICA: *«Hay una escena que me hizo mucho daño y que tengo muy grabada. Mamá le hacía trenzas a Nuria, yo las veía desde arriba, desde el balcón, y las dos estaban cantando. Las sentía tan compenetradas, con aquella complicidad, y quería que me dejaran participar, así que me uní a cantar con ellas, y enseguida mamá me miró, y me hizo un gesto como de que parara, como si se riera de mí, como si yo no tuviera la voz lo suficientemente buena para cantar con ellas. Esto me hirió terriblemente, tanto que desde entonces nunca me he atrevido a cantar hasta hace poco, que he ido descubriendo que no lo hago tan mal, pero estuve muy acomplejada por esto... Tenían un mundo compartido al que sólo podían acceder ellas, a mí no me dejaban entrar y esto me hizo sufrir mucho.»*

Este fragmento podría considerarse representativo de lo que Gonçalves (1992) llama *narrativa prototípico*, ya que describe una escena nuclear que es determinante para la cliente en la construcción de sí misma y la realidad (Mahoney, 1991).

Según el modelo de Lorenzini y Sassaroli (1995) Mónica encaja bastante bien en el patrón de apego tipo C en el que la aceptación/rechazo de la figura de apego resulta imprevisible, el Yo es considerado como negativo y el Otro como positivo. La estrategia predominantemente utilizada es el control “*tengo que aferrarme a ti desesperadamente, te necesito*”, y el estilo cognitivo de evitación “*si sabe como soy*

me abandonará”. Cabe decir que son las únicas maneras en que un sistema tan frágil como éste se defiende de la invalidación. Mónica en sus relaciones fluctuaba de una estrategia a la otra: «*Reconozco que yo con Pablo me he apoyado mucho y que he estado muy pendiente de si me llamaba, o de si dejaba a su mujer..., Pero hubo en algún momento en que fantaseando con la posibilidad de que se separara, o que su mujer se muriera, me asustaba mucho la idea de vivir juntos... Me daba miedo que si me conocía más profundamente no le gustase y entonces me dejaría.*»

Este miedo terrible a ser invalidada como “*no digna de ser querida*”, le ha constreñido y ha limitado su capacidad de exploración, de manera que se ha convertido en una persona temerosa de salir, de establecer nuevas relaciones, de buscar relaciones afectivas profundas con personas capaces de implicarse igualmente con ella. «*Supongo que he escogido personas con carencias, con impedimentos porque en el fondo yo tampoco me siento capaz de vivir plenamente una relación. Supongo que tengo miedo*”.

2.2. *El sistema de construcción de Mónica*

El proceso implícito en la capacidad para elaborar anticipaciones y contrastarlas fue descrito por Kelly (1977, pag. 12) como el *ciclo de la experiencia* y formalizado por Neimeyer (1985)

En este caso la cliente hace una anticipación en la siguiente dirección: ”*No puedo implicarme en las relaciones porque siempre me acaban dejando o se aprovechan de mí*”. Esta anticipación viene derivada de una hipótesis que se basa en aspectos supraordenados de su teoría personal de desconfianza hacia los demás. Esta teoría fue validada en ciclos de experiencia anteriores en que varias relaciones se habían interrumpido, bien por abandonos de los demás, bien porque ella las cortaba después de sentirse abusada sentimentalmente. Son situaciones donde realmente se ha implicado afectivamente y después la han dejado o ha cortado ella por estar muy decepcionada. Le sucedió con dos parejas y con alguna amistad muy significativa. Esto valida esta hipótesis y la hace parte de las teorías personales de la cliente.

En este caso las implicaciones de esta hipótesis afectan su autoestima dado que desembocan en otros constructos supraordenados del tipo “*no soy digna de ser amada*”.

Se trataba en la terapia de cuestionar este axioma que había creado haciendo una reducción de las implicaciones constructivas. La manera como debía invalidarse esta hipótesis era trabajando en buscar alternativas que no fueran que el fracaso de una relación implicaba que fuese indigna de ser querida, sino que cabían muchas otras posibilidades en el sentido de que tal vez las razones del abandono no estaban en su persona sino que podía tener que ver con el otro o bien con factores que no fueran precisamente una falta de ella.

Al mismo tiempo se le hizo una reformulación positivizando la oportunidad

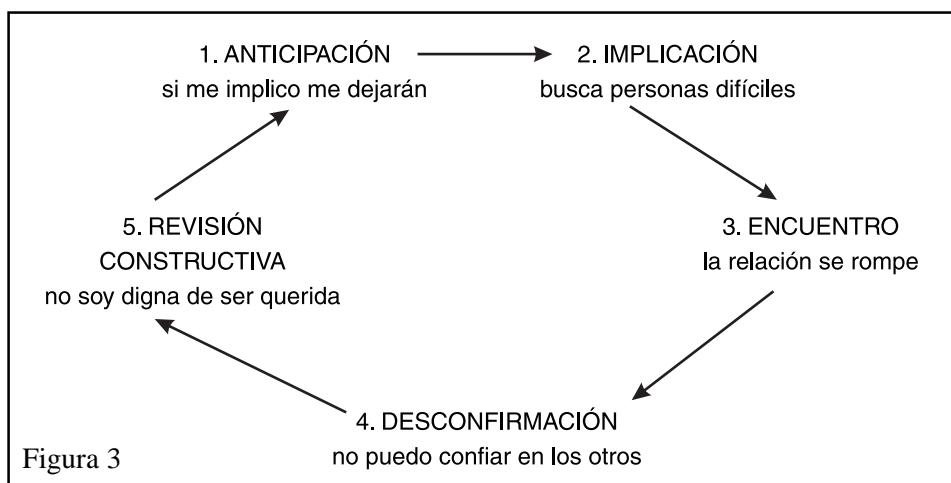
de ver que cosas pasaban en la relación que precipitaban la ruptura y así explorar aquellos aspectos que era bueno cambiar en sus relaciones interpersonales.

Esta fue una fuente de trabajo muy rica ya que pudo expresar su disgusto por sentirse obligada a complacer a los demás para compensar su sentimiento de inferioridad. Reconoció su tendencia a establecer relaciones de sobredependencia y vio que esto le hacía daño porque ignoraba y desatendía sus propias necesidades y facilitaba que los demás se aprovecharan de ella.

Pudo reconocer que en realidad tenía miedo de comprometerse y que por eso seguramente había buscado relaciones imposibles, con personas con muy poca disponibilidad como su ex-compañero toxicómano o su relación actual con un hombre casado.

En cuanto a otras relaciones con amistades o la hermana, se vio que ponía un nivel de exigencia tan alto que los otros muy a menudo no pasaban la prueba y los condenaba como «*indignos de ser queridos*”

El objetivo de este trabajo para comprender su proceso de construcción mediante el ciclo de experiencia (vease figura 3) era crear un sistema de constructos personales más diferenciado e integrado, de manera que se abrieran alternativas no culpabilizadoras y pudiera captar el sentido profundo de como había construido sus relaciones, para buscar, a partir de aquí, formas más satisfactorias de vinculación.



2.3. La Terapia de Constructos Personales (TCP)

En este punto, trabajando con la cliente a lo largo de varias sesiones los detalles de sus dificultades de vinculación y la necesidad de buscar nuevas alternativas, me encontraba animándola a abrirse y explorar nuevos caminos en un marco de experimentación y aprendizaje que la conduciría a un enriquecimiento de su sistema. Pero chocaba con una especie de «resistencia» por su parte que en un

primer momento no podía entender. Podía haberse explicado invocando una especie de inercia de los contenidos y de las características organizativas de sus estructuras psíquicas, o bien postulando la existencia de alguna ventaja en términos del mantenimiento de la propia identidad personal.

Estas hipótesis fueron substituidas por otras derivadas de la TCP que parecían más sugerentes y que justificaban la involución de Mónica y la falta de progreso en la terapia

Parece bastante claro que Mónica tiene un sistema de constructos en el dominio del «*si mismo*» y de los «*otros*» muy poco articulado y más absolutista que en sujetos sin patología (Winter, 1985, 1992).

Esta tendencia a no utilizar matices ni grados se encuentra ampliamente confirmada también en la bibliografía cognitivista (Beck, 1962, 1967, 1972).

Pero, si todos los sistemas según la TCP, tienden hacia la mayor elaboración del sistema de constructos (corolario de elección) pero estas elecciones conllevan sufrimiento (e invalidación) hace falta explicar el porqué. Es preciso poder entender la razón de porqué si ella necesita cambiar, paradójicamente continúa manteniendo conductas de control y de evitación contrarias a su bienestar, lo que Mancini (1992, 2001) ha llamado “la paradoja neurótica”.

Explicar esta paradoja significa mostrar que pese a las apariencias, el cambio no es conveniente o no es posible para el sistema de construcción.

Mónica había sido sometida a tantas decepciones y abandonos por parte de relaciones afectivas importantes que se había dicho a sí misma «*No quiero arriesgarme a volver a perder a nadie*». El carácter absoluto y dogmático de este objetivo le impedía apreciar los matices de todas las pérdidas que para ella se situaban al mismo nivel, y por consiguiente si el Otro no evidencia capacidad de cuidado inmediata y en todo momento, se siente completamente sola y abandonada.

En este sentido, se pudo apreciar que el constructo «digna de ser querida» estaba muy poco articulado, era muy primitivo, porque si los otros no hacían lo que ella esperaba o necesitaba, quería decir que no la querían y esto la convertía en «no digna de ser amada». Por lo tanto, hacía falta desarrollar este constructo, haciéndolo más amplio y más matizado. Un ejemplo de esta falta de articulación puede exemplificarse con esta reflexión:

MÓNICA: Carmen se fue a comer con Juan y no me dijo nada. Supongo que debían maquinar cosas del trabajo que no querían que yo supiera, pero lo que más me molesta es que me engañe, que me haga pasar por tonta. Esta mujer ya no puede ser amiga mía, me siento traicionada, aunque yo nunca me he confiado del todo a ella,...) pero yo creo que se ha acabado, me ha caido muy bajo, veo que sólo procura para ella (...) Siento que nuestra amistad se acaba aquí...

Pero ¿por qué este sistema que genera sufrimiento permanece tan poco articulado?

Sabemos que de las investigaciones (Winter, 1992) que las invalidaciones reiteradas tienden a disminuir la complejidad de los sistemas, de manera que hace falta ver de donde salen estas invalidaciones recurrentes.

Según Mancini (1992) de la observación clínica surge que en los clientes neuróticos las invalidaciones reiteradas provienen de manifestaciones (emociones, conductas, actitudes, pensamientos) sobre el problema y los intentos de solución que ellos mismos ponen en acto.

2.4. La invalidación recursiva

Volviendo al caso de Mónica, la interpretación que ella misma hace de sus síntomas ansiosos y depresivos y la necesidad de tener alguien que le dé seguridad, como una amenaza al objetivo de ser «fuerte», «autónoma», «independiente». De los momentos de ansiedad identifica aquellas manifestaciones que sugieren fantasías de un inminente infarto, desmayo, pérdida de control o cualquier fantasía que refuerce la idea de fragilidad personal. La búsqueda de afecto y protección es considerada según ella como una prueba de que es dependiente, y poco autónoma. Sus síntomas depresivos de apatía y astenia los interpreta como invalidantes de la autoestima.(Beck, 1967).

Por lo tanto estas invalidaciones recurren en una circularidad perversa y el sistema de Mónica reacciona simplificándose, perdiendo articulación, concentrándose en pocos temas fundamentales y empobreciendo progresivamente su estructura.

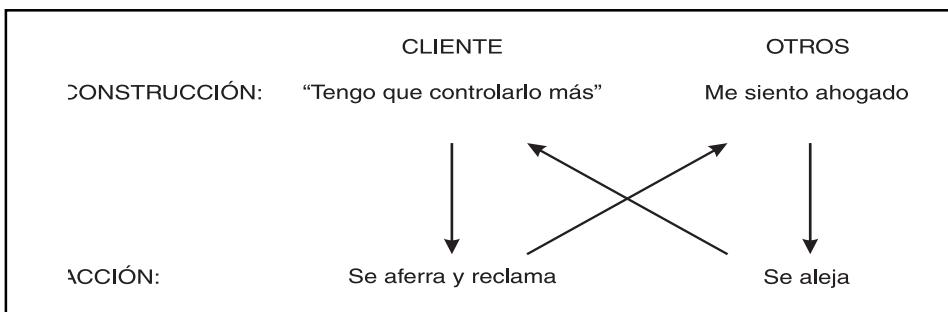
Mónica se siente tan frágil que lo que hace es limitar al máximo su exploración para no exponerse al riesgo de invalidarse. Al mismo tiempo esta solución se convierte en el problema (Watzlawick et al, 1974) Esto explica que esta inseguridad en sí misma, cuando está en relación con otra persona, la haga ir marcha atrás para evitar la amenaza de ser abandonada, volviéndola incapaz de apreciar los matices y probabilidades de riesgo real de pérdida. Esto en realidad produce un resultado negativo en la relación que la hace fracasar, entrando en un círculo vicioso que se cierra y se autoalimenta. La amenaza de pérdida la echa atrás justamente en un momento en que ponerse en juego, es decir, implicarse en la relación más profundamente le hubiera dado la oportunidad de enriquecer su sistema.

MÓNICA: La verdad es que me cuesta mucho darme a los demás, no confío en nadie, he recibido muchos palos y tengo miedo de que me vuelvan a hacer daño. Ya no quiero sufrir más.

Ya sé que debería de hacer cosas, salir más, pero me cuesta mucho, me siento muy cansada y lo único que deseo es llegar a casa y no moverme del sofá, me cuesta mucho activarme, ver gente, me siento muy incómoda. Querría estar todo el día en casa y no hacer nada más.

2.5 La dimensión relacional

Según nuestra hipótesis sobre el patrón de apego y estilo afectivo Mónica utiliza estrategias de control a fin de tener al otro cerca y así evitar que la deje, con lo cual crea precisamente las condiciones para que los otros se sientan ahogados o excesivamente demandados. Esto facilita que se alejen y la acaben abandonando. A su vez provoca que ella tenga que extremar más el control pensando “*tal vez no lo he controlado suficientemente*”, incrementando, así, estos mecanismos. Esta hipótesis la podríamos representar así a través del diagrama «Nudo del Problema» de Procter (1985):



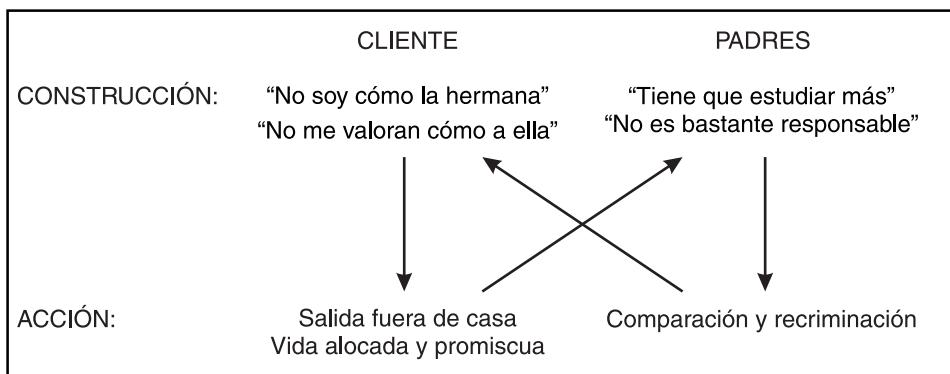
El hecho de presentarle este esquema ya fue una intervención en sí misma potenciadora de cambio, dado que hacía visible la dinámica de sus relaciones afectivas y le ofrecía la oportunidad de entender que la solución era el problema.

Por otra parte, María siempre se había sentido poco valorada por sus padres y profesores, que le recriminaban el hecho que no tuviera la dedicación ni los resultados de su hermana en los estudios. Esto propició que huyera de este ambiente familiar donde no tenía un lugar hacia una vida alocada y de promiscuidad sexual. Al mismo tiempo aumentaba la crítica de los padres y su demanda de que dedicara más tiempo al estudio, lo cual a su vez ella vivía de forma constrictiva y la empujaba a huir más.

En estos momentos siente que no era eso lo que quería (esa vida promiscua y alocada), lo hacía por contraposición a las normas familiares. En realidad, como dirían Procter(1985) y Ugazio(1998), todos los miembros de la familia hablan del mismo constructo, aunque de polos opuestos: “Vida dedicada al estudio” versus “Vida alocada”. Los padres y la hermana estarían en el primer polo mientras que ella se situaría en el otro extremo, tal como puede verse en el diagrama que sigue en la página siguiente.

Explicitar este diagrama y hacerle consciente esta dinámica familiar también fue un importante factor de cambio para Mónica, que entendió el papel que tenía en esa danza familiar.

Este trabajo le ayudó a ver que había llevado un tipo de vida que la alejaba de



un mundo donde se sentía invalidada, pero que al mismo tiempo no era exactamente lo que ella deseaba. Hasta ahora ha actuado bien de forma reactiva o bien para complacer a los demás. Recuerda que cuando salía con un chico toxicómano hasta había cometido actos delictivos ajenos a su voluntad para seguirlo a él.

3. METODOLOGIA TERAPÉUTICA

3.1 Trabajo con el apego

Desde esta perspectiva el objetivo principal es poner en evidencia los constructos nucleares de la cliente, intentando entender de dónde nace su sentimiento de inadecuación y de ser poco digna de ser querida. Vivía en una familia de intelectuales en la que ella no se había sentido suficientemente reconocida junto a una hermana que sí cumplía las expectativas de los padres y que tenía una relación privilegiada con la madre. Así la vivencia de Mónica es que no es merecedora de amor, o que si lo es, depende de lo que haga hacia los demás.

MÓNICA: *Yo siempre he tenido la sensación de que no fui lo bastante para que mi madre me quisiera, y en realidad pienso que hubiesen preferido tener un niño. De hecho siempre lo decían, que buscaban un niño y que yo de pequeña era muy fea, muy fea, pero claro, después lo arreglaban diciendo que era muy graciosa. Es lo que se dice cuando alguien no es guapo, dicen que es gracioso...*

TERAPEUTA: *Debía ser difícil para tí vivir en un ambiente en el que no te sentías suficientemente reconocida, en el que tenías que hacer muchos esfuerzos para serlo...*

MÓNICA: *Mucho, fue muy doloroso ..., y supongo que por eso me busqué un ambiente fuera que no tenía nada que ver con el de casa. La vida que llevaba y los chicos con los que salía no le gustaban mucho a mis padres, no creo que ninguno de mis novios fuese de su agrado...*

Una de las herramientas básicas que se le propuso al inicio de la terapia fue la

auto observación de todo el espectro de sus comportamientos, emociones, pensamientos y todas las producciones de su mente, con el objetivo de buscar las constantes de significado personal que se repetían. Esto prepararía la fase de cuestionamiento, en cuanto que se trataba de verdades personales y no absolutas, posibilitando la exploración de otros modos alternativos de construir la realidad.

La primera dificultad fue hacer salir a la luz su teoría «naif» sobre su problema, dado que su homeópata se había sentido inútil con ella y la había enviado a terapia.

La cliente se presentaba como un caso difícil sobre el cual no había mucho que hacer. Tenía pocas esperanzas de resolver su vida, y atribuía sus problemas a todo lo externo, a vivir en un mundo sin valores, donde los otros le hacían daño. Digamos que podría encajarse en la teoría que Sassaroli y Lorenzini (1995) llaman de la “desgracia”, ya que Mónica creía que era la realidad de fuera la que tenía que cambiar y no ella, poniéndose en una posición de víctima. Con estas premisas evidentemente la terapia estaba destinada al fracaso y más bien lo que buscaba era un mago o un curandero, que pudiera ofrecerle soluciones mágicas.

TERAPEUTA: *Quizá ahora es necesario hacer un pequeño esfuerzo para empezar a hacer las cosas de otra manera...*

MÓNICA: *No me pidas demasiado esfuerzo, precisamente lo que yo ya no puedo, es hacer más esfuerzos, estoy muy cansada...*

Noté que a menudo algunas de mis intervenciones podían ser vividas como culpabilizantes o invalidantes (Wacthel, 1996), como en este último fragmento transscrito, donde le propongo hacer un esfuerzo y ella lo rechaza, porque tal vez se siente poco valorada por lo que ha hecho hasta ahora. Siente que es lo mejor que ha podido hacer y resulta que aún ha de hacer más, cuando realmente se siente agotada y sin recursos. Era necesario, pues, ir con mucho cuidado con la dimensión connotativa de mis exploraciones y comentarios, de manera que no fuesen vividos como acusatorios o críticos. Comencé a hacerlo así, no sin dificultad, porque en realidad a veces me despertaba lo que Liotti,(1992) llama el sistema motivacional agonístico. Yo en cambio lo interpretaba como falta de implicación, hasta que más adelante entendí que no era más que el miedo y la necesidad de protegerse, que en alguna ocasión eran muy explícitos: «*No sé si puedo ni quiero mirar dentro, tengo miedo de caer otra vez en una depresión*».

Esto nos daba una pista de la dificultad de Mónica a abrirse a un proceso personal de cambio, dado que presuponía que mirar hacia dentro quería decir ver cosas que no le gustarían y la harían hundirse más aún, tal y como lo dijo más claramente cuando le pregunté qué le daba miedo: «*Tengo miedo de que no me guste lo que vea de mí misma, porque siento que no me conozco nada...*»

3.2. La “Resistencia”

Me sentía un poco frustrada porque veía que Mónica ponía muchos impedimentos a la exploración profunda de sus conflictos y a buscar alternativas. Esto me

hacía pensar en un fenómeno que desde otras corrientes ha dado en llamarse «resistencia», y que yo de alguna manera había hecho mío, para delegar la responsabilidad de que no íbamos al ritmo que «yo quería» debido a su falta de implicación. Pero después de revisar esta idea desde la perspectiva constructivista, me di cuenta de que en realidad ella estaba siendo coherente con sus esquemas, en todo caso era yo la que no era capaz de ver las cosas desde su perspectiva. Necesitaba dar un paso adelante que me aproximase a su realidad.

“Si entendemos por Resistencia una intencionalidad inconsciente de poner obstáculos a la cura, es evidente que no hay nada de esto. El sentimiento negativo hacia el terapeuta y no la simple y directa expresión de estos esquemas del paciente tienen relación con el problema por el cual ha sido requerido el tratamiento. Si por otro lado entendemos el hecho de que los esquemas del paciente son de tal naturaleza y organización como para poner obstáculos a la resolución del sufrimiento, entonces la definición de resistencia coincide en la práctica con aquella de neurosis y en este caso el concepto de resistencia aparece como supérfluo”. (Semerari, 1991).

Era necesario, pues, en primer lugar intentar reformular la demanda para que pudiera convertirse en un objetivo susceptible de ser trabajado, siempre a su ritmo y tan despacio como ella necesitase. Ir reconociendo aquellos patrones de su funcionamiento que le hacían daño y que ahora ya no le eran útiles. Paulatinamente ir encontrando maneras más adaptativas y constructivas que le permitiesen crecer y mejorar su interacción con el mundo en general y en las relaciones afectivas en particular. El objetivo era aumentar el conocimiento sobre ella misma con la comprensión de que Mónica había hecho lo mejor que podía haber hecho por ella hasta aquel momento. Ahora teníamos la oportunidad de revisarlo y hacer su sistema más complejo y adaptado a su realidad actual.

3.3. La relación terapéutica

“La compulsión a repetir no es más que la tendencia de cada sujeto a reproducir, en la construcción de su realidad, siempre los mismos esquemas, debido a la limitación de su repertorio”. (Semerari, 1991)

En la relación terapéutica también encontré un medio para trabajar aspectos de Mónica que, como era de esperar, se ponían en juego a lo largo de las más de una treintena de sesiones que recorrimos juntas. Como dice Semerari (1992), todo cliente tiene la necesidad de hacer el «test para la construcción del validador autorizado», para ver si encuentra en su terapeuta las condiciones de seguridad que necesita.

Si tenemos en cuenta que ella, a lo largo de su historia, se había sentido abandonada, y luego derivada por una doctora que de alguna manera se la había sacado de encima, o al menos así lo había recibido Mónica, no es extraño que una de sus fantasías temidas era que yo también la dejase o que no fuese capaz de

contenerla, y en un momento de la 17^a sesión lo verbalizó con estas palabras: «*La homeópata ya se cansó de mí y a veces pienso que tú también me dejarás...*». Aunque no se atrevió a decirlo hasta ese momento, es una idea que siempre tuvo presente, y yo sentía que me ponía diversas pruebas para valorar mi nivel de compromiso con ella.

En este sentido uno de los momentos centrales en que me evaluó como validadora autorizada fue en la 9^a sesión. Recuerdo que se acercaba la hora de finalizar la sesión y yo sentía que se había ido por las ramas y me había costado conducirla hacia elementos más nucleares de su experiencia, manifestando en todo momento un alto nivel de contención emocional. Mientras se iba acercando el momento de despedir la sesión empezó a emocionarse, a hablar de su sentimiento de desesperanza, de sus dificultades para afrontar la vida, y a afirmar que incluso había tenido pensamientos y deseos de poner fin a su existencia. Sentí que no la podía dejar marchar de aquella manera, que debía acompañarla en aquel momento en que desnudaba toda su indefensión. Cuando sentí que se había serenado un poco finalizamos la sesión, y mirando el reloj vi que ya había pasado una hora más. De esa forma, rompiendo la ortodoxia de poner un límite de una hora a la sesión, siento que pasé una vez más la prueba de ser una *validadora autorizada* (Semerari, 1991), que era capaz de contenerla, que no la abandonaba en un momento difícil, sino que estaba con ella acogiéndola, ofreciéndole apoyo, y demostrándole que podía contar conmigo. En la sesión siguiente me agradeció que me hubiese quedado más con ella y noté que estaba más abierta, más cercana. Sentía que nuestro vínculo se estaba consolidando.

Ésta, sin embargo, no ha sido la única vez que me ha puesto a prueba. He sido consciente muchas otras veces, por ejemplo cuando temía que yo, al igual que otras personas de su vida, la juzgase negativamente por tener un amante casado, y de alguna manera lo esperaba, incluso habiéndome avisado desde un principio que era un tema delicado. Ella lo sentía como un puntal en su vida, que le había aportado muchas cosas positivas, a pesar de que más adelante ella misma hablaría de las deficiencias de esta relación: «*Me he encontrado con gente que se atreve a decirte lo que debes hacer, y a enfadarse contigo porque estoy con Pablo, cuando yo no me atrevería nunca a juzgar la vida de otro...*»

Yo por mi parte actué con mucho respeto hacia esta vivencia positiva que expresaba de esta relación, adoptando una *actitud de aceptación incondicional* (Rogers, 1966), de confianza en la construcción que la cliente exponía, entendiendo que si se tenía que cuestionar habría de ser desde ella misma, y sólo cuando estuviese preparada para hacerlo.

“En lugar de asumir que el terapeuta está obligado a hacer pensar correctamente al cliente... Podemos adoptar la postura en que terapeuta y cliente se unen en una aventura de exploración común. El terapeuta no asume ni la posición de juez ni de camarada compasivo. Es claro y sincero,

quiere aprender al mismo tiempo que su cliente. Es su compañero de equipo de investigación y busca en primer lugar, entender, entonces examinar y finalmente asistir al cliente a la hora de adoptar alternativas y someterlas a prueba y revisión". (Kelly, 1969b, pag. 82)

3.4. Una experiencia correctiva

Me di cuenta de que este sentimiento de frustración que me provocaba la cliente podía ser útil para trabajarla en terapia, analizando lo que en lenguaje analítico llamaríamos la *contratransferencia*. En ese momento de la terapia se producía un tipo de dinámica en que cuando yo le ofrecía alternativas, ella las rehusaba o las neutralizaba con desvalorizaciones. Me sentía un poco cansada de este negativismo que me hacía sentir «inútil», tal y como su homeópata había expresado sentirse con ella. Hipoteticé con esta intervención que tal vez era así como hacía sentir a los otros significativos de su vida, dándoles a entender que no la podían ayudar, que no era suficiente lo que hacían por ella, y que tenían que darle más. A continuación transcribo un fragmento de aquella sesión donde, después de llevarla a supervisión, estaba decidida a confrontarle este hecho.

(Después de repetidos rechazos a alternativas que le planteo ante una situación problemática que expone)

MÓNICA: *No estoy de acuerdo, creo que no puedo hacer esto porque, bla, bla, bla...(pone mil excusas)*

TERAPEUTA: *Siento que muchas veces en que te propongo cosas tu las rechazas, y se crea esta dinámica en que yo propongo y tú buscas las pegas. No creo que eso sea útil para ti, y en todo caso siento que somos un equipo y que hemos de trabajar juntas en pro de construir, de ir las dos a un tiempo, y a veces, como ahora, parece que sea sólo cosa mía.*

MÓNICA: *Es que no veo la salida... Necesito que me ayudes porque yo no sé hacerlo* (baja la cabeza, como avergonzada)

TERAPEUTA: *Entiendo que es difícil, pero creo que hemos de intentarlo. Siento que no te puedo ayudar, no sé, o que no me dejas que te ayude, y tengo la sensación de que otras personas de tu vida también pueden sentirse así, ¿no crees?*

MÓNICA: *Sí, también, también...* (se queda un rato en silencio, y le cae alguna lágrima)

TERAPEUTA: *No sé..., ¿cómo crees que te puedo ayudar yo?*

MÓNICA: *Pues así, no sé, supongo que señalándome las relaciones de dependencia para que no vuelva a caer...*

A partir de aquí se mostró más colaboradora. De alguna manera le destapé el juego y le puse límites a su demanda crítica, al tiempo que le expresaba mi deseo de ayudarla, siempre que fuésemos las dos a un tiempo y en la misma dirección. De alguna forma hicimos una progresión que podría representarse así desde la teorización

de Liotti (1992):

<i>Cliente</i>	<i>Terapeuta</i>
Manifiesta actitud desvalida	Activa sistema motiv. de cuidado
Manifiesta actitud confrontadora	Activa sistema motiv. agonista
Manifiesta actitud colaboradora	Activa sistema de colaboración

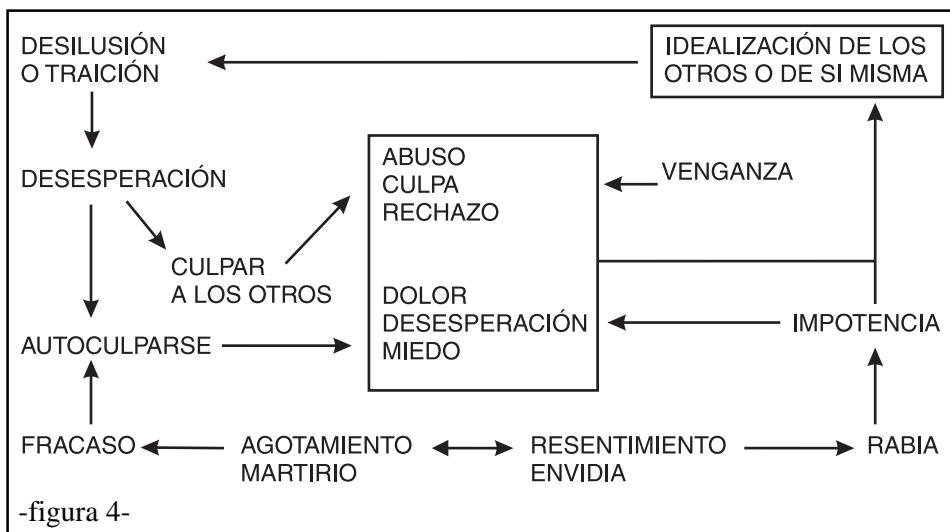
Según Safran (1993) diversos estudios han demostrado que existen unas diferencias consistentes en cómo las diádicas madre-hijo sanas y disfuncionales afrontan los momentos de armonía y desarmonía afectiva. Mientras que en ambas se producen momentos de armonía y desarmonía, las sanas se diferencian de las disfuncionales en que a los momentos de descoordinación afectiva les sigue una reparación de la interacción. Seguir el modelo de interiorización de Bowlby (1969), resulta útil para ayudar al niño a desarrollar un esquema interpersonal adaptativo, en el que se representa a la otra parte como potencialmente disponible, y al *yo* como capaz de negociar, incluso ante una ruptura interaccional. Esto también sucede cuando se rompe la alianza terapéutica según Safran (1993), y con Mónica se dio la posibilidad de confrontar la relación y verme a mí como potencialmente disponible, a pesar de que su actitud me hiciese sentir mal. Por tanto, la cliente se veía reflejada a sí misma en relación a mí y a los otros, aprendía a autoobservarse, reparar y renegociar la relación.

3.5. La reformulación como promotora del cambio

Unido a este proceso reconstructivo, continué insistiendo en este trabajo utilizando otras técnicas en esta misma dirección, como por ejemplo *la reformulación* al estilo de la terapia cognitivo-analítica (Ryle, 1993).

Con esta estrategia, destinada a retomar la historia de la cliente, se le dibuja un cuadro de sus significados y construcciones sintomáticos, de manera que pueda entender e integrar los detalles o significados que han sido creados para mantener unos esquemas, que ahora se presentan como disfuncionales y como una fuente de sufrimiento. La descripción verbal y diagramática de los procedimientos de la paciente, así como el énfasis en cómo los resultados han servido para reforzar los patrones disfuncionales, ayudan a dibujar el camino hacia el cambio. Ciertamente, desarrollan una capacidad hacia la autoobservación y la integración: «primero eres testimonio y después lo integras en tu *yo*». La conducta que le hacía daño ya no era vivida como algo masoquista, sino como consecuencia de su restringido repertorio de procesos de rol.

Así, le dibuje este esquema a Mónica (véase figura 4) de cómo el sentimiento de sentirse desilusionada o traicionada después de haber idealizado a los otros, o idealizarse a si misma frente a los otros, le hacía caer en una desesperación que surgía, bien culpando a los otros por su abuso y creándole sentimientos de venganza,



o bien autoinculpándose, lo que la hacía sentirse fracasada, agotada, mártir, llevándola a un sentimiento de envidia, resentimiento y una rabia muda, impotente, que la llevaba de nuevo a los brazos de la desesperación, el miedo y el dolor.

3.6. La mejora de la comunicación: reformulación y escalamiento

Mónica tenía una relación muy ambivalente con su hermana, la única familia que le quedaba una vez muertos los padres. Existía un mensaje implícito, transmitido por la madre, de que se tenían que cuidar la una a la otra, a pesar de que Mónica sentía un rechazo importante hacia su hermana por haber sido la consentida y valorada por los padres. Tal y como decía ella misma: «*mi hermana estaba del lado del poder*», refiriéndose a esta actitud de complacencia con que la hermana asumió el papel de hija modélica, buena estudiante y responsable.

En este punto el objetivo era que pudiese expresar este resentimiento y aprender así a comunicarse con ella de una forma abierta, pero sin caer en la descalificación, dado que o bien se absténía de hablar con ella de temas conflictivos por miedo a herirla, o bien lo expresaba con tanta vehemencia que entonces sí que realmente la hería, y la hermana se cerraba definitivamente, adoptando una postura que Mónica describía como de victimista.

MÓNICA: Reconozco que soy muy de blanco o negro, o no digo nada o lo suelto todo tal y como lo siento...

TERAPEUTA: Claro, pero supongo que esto puede acarrearte dificultades en ambos sentidos, si no lo dices te lo quedas todo dentro y eso también te hace daño...

MÓNICA: Claro, así estoy, que parezco una olla exprés...

TERAPEUTA: Pero si lo dices, tal y como te sale, tu hermana no se lo puede

tomar bien...

MÓNICA: *Es que ella sólo que empiece a hablarle de esto (se refiere a temas del pasado) se pone a llorar, y si sólo empezar se pone así. Yo ya no le puedo decir nada más. Y además es que me pone enferma verla tan frágil, tan débil...*

TERAPEUTA: *¿Y cómo es que vives tan mal su fragilidad?*

MÓNICA: *Porque estoy harta de que haga este papel conmigo y no delante de los demás. Ella delante de mis padres ha sido siempre la mayor, la responsable, la fuerte, y en cambio yo soy la insensible, la inconsciente..., y esto es lo que no le perdonó, que me haga pasar por una mierdecilla..., en todo caso una mierdecilla lo somos las dos, pero que no se las dé de lo que no es, que reconozca que es una cobarde... A mí no me cuesta nada reconocer que tengo miedo, pero en cambio ella delante de los demás ha hecho otro papel.*

TERAPEUTA: *Entiendo que te has sentido arrinconada, y menospreciada mientras ella pasaba por ser la brillante y la fuerte, sabiendo que no es tan así..., y esto te hace sentir mucha rabia.*

MÓNICA: *Mucha, mucha, no se lo perdonó..., y pienso que he de decírselo tal y como lo pienso. Si lo que pienso es que fue muy débil, no es lo mismo decirle «pienso que has hecho lo que has podido». Yo necesito decírselo tal cual, sino no es lo mismo.*

TERAPEUTA: *Es lo que comentábamos antes de que te vas a los extremos, o no dices nada o lo dejas ir sin ningún filtro. Tienes los dos extremos, ¿no?, pero quizás ahora estaría bien saber encontrar un punto medio.*

MÓNICA: *Sí, soy blanco o negro, y tal vez tendría que ser más diplomática, saber quedar bien con todo el mundo; pero reconozco que no soy nada diplomática, o quizás no quiero serlo, quiero decir las cosas tal y como son, tal y como las siento.*

TERAPEUTA: *¿Para tí ser diplomática implica que lo que dices no es auténtico?*

MÓNICA: *No, no es auténtico, es quedar bien con todo el mundo, pero no es auténtico, y si no es así creo que no vale la pena decirlo.*

TERAPEUTA: *Pero quizás sea necesario encontrar una manera de decir las cosas que, sin dejar de expresar tus sentimientos, permita establecer un diálogo y una comunicación con los demás...*

MÓNICA: *Sí, quizás sí, pero yo no sé hacerlo, si sólo sacar el tema ya se pone a llorar...*

TERAPEUTA: *Entonces tal vez puedes hablar más desde lo que tú sentiste y no desde la acusación, que puede hacer que ella se defienda y se cierre más...*

MÓNICA: *No lo sé, quizás sí.*

TERAPEUTA: *No es lo mismo que te digan «tú me has hecho daño, tú me has hecho sentir así», que «yo me sentí así, lo viví de tal manera...», porque ya no pones el acento en que el otro es quien te ha hecho sentir así, y por tanto no le acusas, sino que te centras en cómo lo recibiste tú. Creo que las cosas son muy diferentes expresadas así, y te pueden acercar más a ella, en lugar de separarte...*

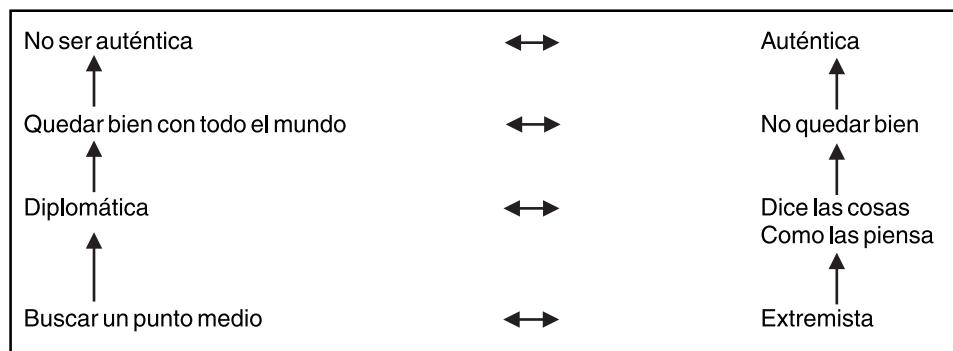
MÓNICA: *Sí, tal vez tienes razón, pero ya veremos cómo reacciona ella, porque es tan sensible que basta que le diga “te quiero” ya se pone a llorar...*

TERAPEUTA: *Puedes intentarlo de esta otra manera, así exploras una forma nueva de actuar y sales del extremismo del blanco o negro, que no te hacía ningún bien, y al mismo tiempo puedes seguir siendo auténtica.*

MÓNICA: *Sí, lo puedo intentar.*

Aquí descubrimos que para Mónica encontrar un punto medio implicaba ser diplomática en un sentido no auténtico o falso, o que quiere quedar bien con todo el mundo. Por eso intenté ampliar el significado de este constructo, dándole un sentido positivo de poder trascender los extremos para encontrar la manera de expresarse, pero cuidando al otro, lo que le permitía mejorar sus relaciones interpersonales.

Según la cliente, y mediante la técnica del escalamiento (Neimeyer, 1992) se



producía el siguiente orden en su sistema de constructos referido a este tema:

Esta intervención la ayudó a que diese un nuevo significado al constructo *encontrar un punto medio*, de manera que al final de la sesión se había articulado de forma que implicaba también poder *ser auténtica* pero diciendo las cosas con más cuidado. Así, con la técnica del escalamiento y el uso de la reformulación, junto con el trabajo de habilidades comunicativas, habíamos dado un paso adelante en la flexibilización de



constructos supraordenados, *alterando el significado de un constructo* (Botella y Feixas, 1998). El resultado de este proceso se podría representar así:

3.7. Despliegue Evocador Sistemático

Una de las áreas problemáticas de Mónica era su dificultad para elaborar las pérdidas. De ese modo arrastraba aún el dolor por la muerte de su madre (había muerto hacía 6 años), sostenido por un fuerte sentimiento de culpa. La cliente había ingresado a su madre en una residencia para que se hiciesen cargo de su enfermedad de Alzheimer, que padecía desde hacía tres años. Estos tres años en que Mónica vivió con la madre fueron de dedicación casi exclusiva a ella, dado que se la tenía que estar vigilando constantemente porque tenía muchas conductas extrañas, propias de una persona con esta demencia. A pesar de ello, Mónica se criticaba por no haber solicitado una excedencia en el trabajo y no haberse ocupado única y exclusivamente de su madre.

Para trabajar este tema se utilizó la técnica del *Despliegue Evocador Sistemático* de Greenberg et al., (1996), para que la cliente pudiese reexperimentar y reconocer aspectos importantes de esta experiencia problemática. La finalidad era poder reestructurar sus esquemas emocionales en el marco de su sistema de constructos.

Etapa I: Preparación a la exploración.

1. El indicador: expuesta la reacción problemática.
2. Confirma lo que sintió como problemático y está de acuerdo en explorarlo.

Etapa II: Reevocación de la experiencia.

3. Vuelve a entrar vívidamente en escena y empieza a reexperimentar.
4. Busca y reconoce los elementos más importantes en la relación estimular.

Etapa III: Rastreo del significado idiosincrásico del estímulo tal y como se ha interpretado.

Atiende separadamente a la reacción afectiva y/o a la interpretación subjetiva de la situación estimular.

5. Atiende a las reacciones emocionales ante los estímulos percibidos.
6. Atiende a la naturaleza de la propia interpretación subjetiva de los estímulos percibidos.

Puente de significado: Resolución parcial-reconoce la relación causal entre reacción e interpretación del impacto del estímulo.

Etapa IV: Reconocimiento y reexamen del propio modo defuncionamiento (esquemas del mismo).

7. Aunque todavía está vivencialmente implicado, ya puede alejarse y examinar su propio modo de su funcionamiento en el contexto de sus propias necesidades, deseos, miedos, valores, deberes y cualidades perso-

nales.

8. Amplía la exploración y reexamina su propio modo de funcionar en otras situaciones.

Resolución: Nueva conciencia y comprensión de aspectos importantes del modo de funcionamiento, de modo que el problema se reestructura. Hay una nueva conciencia de lo que se quiere cambiar y un nuevo sentido de tener el poder para efectuar cambios.

Etapa I. Preparación a la exploración.

La primera aproximación al problema la hicimos delimitando el tema, que en este caso era el sentimiento de culpabilidad que le producía haber llevado a su madre a una residencia para ancianos. Parecía un tema con mucho peso para ella, y así me lo confirmó, de manera que decidimos adentrarnos en él para verlo más detenidamente.

Etapa II. Reevocación de la experiencia.

Inicia el tema explicando con detalle la situación de tensión que vivía en casa con una madre totalmente «fuera de si», y a la que tenía que estar vigilando constantemente, porque hacía cosas disparatadas. Cuando empieza a hablar del día en que la llevó y del sentimiento que le creó, mi función entonces es hacerle preguntas que focalicen la vivencia emocional, para que podamos captar su experiencia interna tal y como la vivió ella en el momento en que se produjo la reacción:

TERAPEUTA: *¿Podrías describir un poco la escena?..., la acompañaste a la residencia, estabas con ella y la dejabas allá...*

MÓNICA: *Estábamos allí, lo recuerdo muy bien, y me miró (suspira), me miró..., como si..., me miró con aquella cara..., aquella mirada no se me olvidará nunca, lo siento como si fuese ahora...*

TERAPEUTA: *Te miró ¿cómo?*

MÓNICA: *No sé, me miró como si la estuviese decepcionando, como si le estuviese haciendo daño (suspira). Lo tengo bien grabado.*

TERAPEUTA: *Te miró como si te dijese que le estabas haciendo daño, ¿sentías que le hacías daño?*

MÓNICA: *Sí, y ahora aún lo siento así.* (Lo dice mientras se enjuaga las lágrimas)

En esta etapa se accedió al centro neurálgico del sentimiento de culpa, focalizando y amplificando el momento más central de la experiencia que desencadena la reacción, de manera que preparábamos el terreno para ir a explorar el significado personal.

Etapa III. Rastreo del significado idiosincrático de la situación estimular tal y

como ha sido interpretada.

Llegados a este punto, continuamos focalizando sobre la propia vivencia, su interpretación particular de los hechos:

TERAPEUTA: *¿Había alguna cosa en su mirada que te hacía sentir así?*

MÓNICA: *Era una mirada de decepción, como si no se lo esperase de mí, como de «no puede ser que me hagas esto». Y yo sentí que el mundo se me caía encima...*

TERAPEUTA: *¿Qué sentimiento tenías exactamente de tí misma?*

MÓNICA: *Pues, un sentimiento de culpabilidad muy grande, de estar fallándole...*

TERAPEUTA: *¿Quieres decir que realmente sentías que le estabas fallando?*

¿Sentías que la decepcionabas a pesar de que reconoces que era humanamente imposible hacerse cargo de ella? (aquí remarcamos el hecho de la vivencia es algo idiosincrático)

MÓNICA: *Sí, a pesar de que sé racionalmente, y todo el mundo me lo ha dicho, que era lo que se tenía que hacer, yo dentro de mí no lo siento así, dentro de mí está esa duda...*

TERAPEUTA: *¿Dudas de si hiciste lo mejor?*

MÓNICA: *Sí, dudo, dudo de todo, aunque todo el mundo me lo diga, dentro de mí siento que podía haber hecho más...*

TERAPEUTA: *Tú tienes la sensación de que podrías haber hecho más.*

En este momento pongo el acento en que es ella quien tiene esta autoexigencia un poco fuera de la realidad, dado que todos reconocen que era humanamente imposible, e incluso ella ve que no hubiese sido lo mejor, ni para ella ni para la madre, dejarlo todo para cuidarla. Este toque de realidad ya da lugar al primer cambio, y es cuando se produce el llamado «puente de significado», en el que la cliente reconoce el nexo causal entre la naturaleza de su propia reacción emocional y la naturaleza de su propia interpretación de la situación con la madre.

Etapa IV. Exploración del propio modo de funcionamiento: ampliación, profundización y apropiación.

Después de ver como funciona en esta situación, Mónica reconoce que éste es un ejemplo de su funcionamiento general:

MÓNICA: *Siempre tengo la sensación de que no lo hago bien. En aquel momento hubiese necesitado algún psicólogo o alguien que me hubiese dicho qué debía hacer. Siempre necesito alguien que me guíe, porque yo no me fío de mí misma. Creo que lo que yo haga siempre estará mal.*

Aquí empieza a tomar conciencia de este mecanismo de autoinvalidación como persona capaz de tomar decisiones, y como “Cuidadora” que busca lo mejor para sí misma y para su madre, en este caso concreto. En este momento se abre paso a una reestructuración que le ayuda a hacer una ampliación de sus constructos

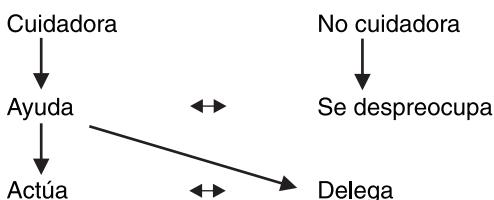
respecto a la idea de si misma como persona capaz, como hemos dicho, de tomar decisiones de cuidado en este caso.

Continuamos hablando mucho sobre este tema y una de las representaciones que se hacía sobre el hecho de dejar a su madre en la residencia, podría conceptualizarse así:



En este caso, la intervención tuvo como objetivo cambiar la línea de implicación entre los dos constructos inferiores: delegar el cuidado de la madre en manos de profesionales era otra forma de ayudarla y, por tanto, de ser Cuidadora.

Esta intervención basada en los *mecanismos de cambio* (Feixas y Villegas, 2000) suponía un intento de romper el vínculo entre el constructo “ayuda/se despreocupa” y “actúa/delega”. Los dos polos de estos últimos pueden ser vistos como dos formas de ayudar, respetando así la construcción positiva de “Cuidadora”.



3.8. Exploración de los propios recursos en la mejora de la comunicación:

Mónica comentó en una sesión posterior que había podido hablar con su hermana de este tema, y había comprendido muchas cosas de sus significados idiosincráticos. También se había percatado de los que compartían ambas. En el fragmento que sigue se puede ver, además, que el trabajo (expuesto anteriormente) sobre cómo mejorar las habilidades comunicativas y aprender a expresar de una forma más satisfactoria sus sentimientos con la hermana, había dado sus frutos y empezaba a reconocerlo.

MÓNICA: Ayer hablaba con mi hermana y las dos reconocimos que tenemos un gran y supremo defecto, queremos ser perfectas, queremos hacerlo bien, lo queremos dar todo...

TERAPEUTA: Incluso en los casos en que es humanamente imposible, como en este tema de vuestra madre...

MÓNICA: Sí, sí, precisamente ayer estuvimos hablando... Las dos nos culpabilizamos por cosas diferentes; ella, por ejemplo también tiene cosas pendientes con mi padre, y yo, en cambio, a pesar de reconocer que hay cosas que no hice bien, con él, me siento bien.

TERAPEUTA: Te sientes en paz...

MÓNICA: Sí, me siento en paz..., pero con mi madre, no sé porqué, nos hemos culpabilizado, tanto mi hermana como yo, cuando ella nunca ha

culpabilizado a nadie, si ella murió muy inocente... Las dos estamos seguras de que si hubiese podido decir alguna cosa nos habría dicho: «estais haciendo demasiado...» Pero nosotras queríamos dárselo todo, y nos encontramos con un caso demasiado difícil, la mente es la gran desconocida y no tenías indicios de qué estaba pasando...

TERAPEUTA: *En todo caso, este amor tan grande que le teníais a tu madre hizo que no os pareciese suficiente. En realidad es un acto de amor muy grande...*

MÓNICA: *Pero claro, nos pedíamos más mi hermana y yo... Ayer fue la primera vez que lo hablé con mi hermana, y me sentí muy bien, estuvimos hablando sin culpabilizarnos, y aunque ella lloró yo no me sentí mal como otras veces. Ella no tenía ni idea de los sentimientos que yo he sentido todo este tiempo sobre este tema...*

3.9. Búsqueda de excepciones

Una de las técnicas, desde el enfoque de los constructos personales, para trabajar con las autoinvalidaciones (Botella y Feixas, 1998) es *la búsqueda de excepciones* a la historia dominante explicada por la cliente. Así se hizo con Mónica, que se presentaba como una persona «incapaz de enfrentarse a las cosas» y «débil».

MÓNICA: *No soy capaz de enfrentarme a las cosas, necesito siempre alguien que me guíe, que se haga cargo de todo. En realidad soy una persona débil, ya me lo dicen en el trabajo, que he de ser más fuerte, pero yo no puedo hacer más si soy así... Yo ya quisiera estar bien, pero soy así...*

TERAPEUTA: *¿Pero te sientes siempre así o hay momentos en que no te sientes tan así?*

MÓNICA: *Siempre es así, soy un gusanito, cualquier cosa me sobrepasa...*

TERAPEUTA: *Pero en cambio, cuando me explicabas la situación con tu padre, cuando le cortaron la pierna, cuando lo asististe en el hospital, o con tu madre, con una situación tan dura en casa, con la demencia, el haberte hecho cargo de ella, prácticamente sola porque tu hermana no pudo hacerlo...*

MÓNICA: *Sí, mi hermana aún es más frágil que yo, con ella no he podido contar para nada...*

TERAPEUTA: *Lo tuviste que llevar tú sola, a pesar de ser una situación muy difícil, que muchas personas no hubiesen podido resistir..., y tú sí que lo hiciste. Me parece que fuiste muy valiente y muy fuerte.*

MÓNICA: *Quizá sí..., pero a mí estas cosas de mí misma me cuesta mucho verlas y reconocérmelas...*

En esta intervención buscaba *excepciones* que sirvieran de base para construir una historia alternativa, en que la cliente podía ver otra versión de sí misma (White y Epston, 1990).

3.10. Uso de metáforas

Una de las estrategias que se utilizó en ocasiones, aprovechando aspectos que Mónica había comentado, fue el uso de metáforas. Por ejemplo explicando su dificultad para vender la casa comentó que se le había hecho pequeña y que no se encontraba a gusto, que tenía ganas de cambiarla, pero no se acababa de decidir porque le faltaban 2 años para pagar y no sabía como arreglar la cancelación de la hipoteca y, además, no sabía donde iría si se lo vendía, en el impasse de encontrar otro. Este hecho me pareció tan gráficamente significativo que lo utilicé como metáfora de su dificultad para iniciar cambios en su vida, dado que el cambio implicaba un cierto nivel de incertidumbre y prefería quedarse con los esquemas antiguos, aunque se le hubiesen quedado pequeños y se sintiese a disgusto. Seguidamente la animé a mirar y estudiar más la posibilidad de cambio a este nivel, lo cual le daría una sensación de control que la ayudaría también en otros niveles personales.

Esta intervención fue muy útil, dado que el lenguaje analógico de las metáforas es muy poderoso porque entra por una vía no racional. Recuerdo que esto la empujó a mirar con más detenimiento las posibilidades de venta del piso, a hablar con su hermana del hecho de ir a vivir juntas, y eso era una forma de ir dando pasos hacia el cambio psicológico.

3.11. La entrevista evolutiva

La paciente utilizaba con frecuencia un discurso muy abstracto y con muchas intelectualizaciones, de manera que me serví de la entrevista evolutiva (Villegas, 1993) con el propósito de poder hacerla «bajar» a lo concreto. Este procedimiento permite llevar a la cliente hacia una progresión expresiva en que aparecen aspectos cognitivos, conductuales y emocionales, para acabar llegando a la metacognición.

MÓNICA: (suspira) *Estoy rabiosa con todo...*

TERAPEUTA: *¿Qué quieres decir con todo, por ejemplo con quién?*

MÓNICA: (Suspira) *Con todo, con el mundo, con la sociedad...*

TERAPEUTA: *Hmm, sientes rabia hacia la sociedad, ¿por qué exactamente?*

MÓNICA: *Pues por todo, me pone de muy mal humor todo lo que pasa, ayer mismo cuando vi a ese político diciendo... (se enzarza con su desacuerdo ideológico en un tema sobre nacionalismo, y después sobre el hambre en el mundo)*

TERAPEUTA: *Pero a mí me gustaría saber qué es lo que pasa en tu vida, en tu vida cotidiana, ¿qué más te da rabia?*

MÓNICA: *Pero es que esto también me afecta mucho... Pero mira, el otro día fui a una ONG, y salí muy aturdida y enfadada... (se extiende con un discurso crítico sobre el lugar, la gente...)*

TERAPEUTA: *¿Qué es lo que te molestó más?*

MÓNICA: *No lo sé, el lugar lo encontré muy cerrado y yo necesito el sol, y*

además había alguna persona que no me interesa para nada (...) con poca luz, con muchos límites..., por ejemplo, si estás sola y con 45 años ya se piensan que estás separada. Además, el hecho de que te obligasen, en cierta forma, a implicarte..., yo ahora no me quiero comprometer con nada... La verdad es que no creo en las ONGs, todo eso de ayudar al tercer mundo es un fraude...(hace todo un discurso político sobre el tercer mundo)

TERAPEUTA: *Veo que tienes algunas ideas muy claras sobre el mundo y sobre cómo debería ser la sociedad, pero tú y tu vida, como debería ser, ¿eso también lo tienes tan claro?*

MÓNICA: (suspira). *No, acerca de mi vida estoy totalmente perdida...* (suspira)

TERAPEUTA: *Ya, por eso me parece que es más importante que nos centremos en esto, en las cosas que te hacen sentir mal y ver de dónde viene todo... Dices que hay personas que te molestaron... ¿qué es lo que te molestaba de ellas?*

MÓNICA: *Pues, yo no soy racista, pero hay ideas con las que, vengan de donde vengan, no puedo estar de acuerdo, y ver que lo defendían con tanta pasión y sin ningún tipo de vergüenza... Yo no entiendo como la gente se atreve a decir lo que se le pasa por la mollera sin ningún tipo de filtro ni censura, con un desparpajo...*

TERAPEUTA: *Y eso te dio rabia, te molestó, ¿quizá te sentías muy diferente a ellos?*

MÓNICA: *Bueno, supongo que sentí mucha envidia de verlos con tanto entusiasmo, con tantas ganas de hacer cosas, y en cambio yo no tengo ningún entusiasmo, no soy capaz de ilusionarme por nada...*

La estrategia que utilizada, dado que Mónica tenía tendencia a repetirse improductivamente y a emitir enunciados abstractos y poco conectados con su experiencia interna, fue la de *desequilibración* (Villegas, 1993), dirigida a que la cliente progresase desde niveles epistemológicos egocentrados y concretos, a un nivel metacognitivo, es decir, hacia estructuras más evolucionadas de significado. Quería hacerla salir de la queja abstracta para favorecer un desarrollo de su discurso a un nivel postformal.

La técnica que intentaba que guiase nuestras entrevistas es la de la indagación desde el desconocimiento (Anderson, H y Goolishian, H., 1992), o heurística negativa (Villegas, 1993) con una actitud de curiosidad genuina hacia la construcción de conocimiento.

También era importante que Mónica llegase a un *desarrollo moral autónomo* que le permitiese hacerse cargo y responsabilizarse de su vida. A continuación se transcribe un fragmento donde vemos que Mónica ya empieza a ir en esa dirección:

MÓNICA: *Reconozco que me he apoyado demasiado en Pablo y que he estado*

muy pendiente de si me llamaba, de si dejaba a su mujer... Pero llegó un momento en que fantaseando con la posibilidad de que se separase, o de que su mujer se muriese, me horrorizaba mucho la idea de vivir juntos. Me daba miedo de que si me conocía más profundamente no le gustaría y entonces me dejaría.

Supongo que he escogido a personas con insuficiencias, con impedimentos porque en el fondo yo tampoco me siento capaz de vivir plenamente una relación. Supongo que tengo miedo. Miedo de que me vuelva a sentir abandonada. (...)

Me doy cuenta de que me he volcado tanto en los demás..., y en cambio ellos no han estado tan pendientes de mí. Incluso me he olvidado tanto de mí que ya no sé lo que quiero ni lo que necesito. A partir de ahora he de empezar a hacer las cosas por mí misma, pero reconozco que no lo sé hacer, y me costará mucho porque aún desconfío de los demás.»

La síntesis discursiva de este fragmento es una representación de un nivel cognitivo y moral postformal y autónomo respectivamente. Corresponde a una de las últimas sesiones (27^a). Es una formulación epistemológica que Mónica hace de sus problemas relacionales. Vemos que adopta una perspectiva metacognitiva, y también consigue ponerse en una posición de autonomía en el sentido de autorresponsabilización.

Como dice Semerari (1998), los clientes con una sintomatología grave o de trastorno de personalidad, tienen mucha dificultad para hacer este descentramiento que implica la metacognición, y sólo en el marco de una relación de confianza son capaces de ir avanzando.

Esta observación daba noticia de una cierta evolución positiva de la terapia que parecía avanzar en una dirección satisfactoria.

4. SEGUIMIENTO

Al cabo de algunas semanas de terminar estas sesiones se le administró un test de Beck (BDI) para medir su grado de mejora. El resultado confirmó su lenta, pero buena, evolución en la terapia. La puntuación obtenida en este cuestionario fue de 16 (depresión leve) a diferencia del 39 (depresión severa) que había obtenido en la administración previa terapia.

También hay que añadir que unos meses más tarde Mónica sufrió una gran invalidación. Su amante la abandonó sin mediar palabra y sin que ella tuviera la oportunidad de confrontarlo. No atendía sus llamadas ni sus cartas demandantes de una explicación. Sospechamos que podía tener que ver con el cambio de la cliente en un sentido de más autonomía y agentividad que empezaba a cuestionar la relación. No en vano, ocurrió en una fase de la terapia en que ella se planteaba redefinir la relación como de amistad porque la de amante ya no la hacía feliz. Esto significó una grave pérdida, y un despertar de esa duda acerca de su valía. La

envolvió en un dolor que fuimos atravesando juntas de nuevo y que se prolongó algunos meses más hasta el momento en que Mónica decidió interrumpir el proceso, dejando una puerta abierta a una posible reincorporación futura en caso de necesitarlo.

5. VALORACION FINAL

Como dice Jaspers (1969), en el fondo de todo dilema psicológico se encuentra la dialéctica «entre el destino y la voluntad». La confrontación con el destino, es decir, con el estado en que las cosas vienen dadas- pone en juego las opciones de la libertad. Mónica estaba en este proceso de no aceptación de las cosas que le tocaba vivir en cada momento de su vida (muerte de la madre, hacerse mayor, el compromiso...) y sólo podía superar sus conflictos cuando fuera capaz de confrontarse entre el deseo y la voluntad, entre el destino y la libertad.

Rollo May (1988) indica cinco caminos de relacionarse con el destino: la cooperación, la aceptación, el empuje, el desafío y la rebelión. Con la cooperación el destino aumenta la libertad, con la aceptación la libertad se adapta al destino, con el empuje se fortalece la voluntad, con el desafío el destino incluso puede variar, con la rebelión, finalmente, aumenta el sufrimiento. A cada uno toca encontrar su posicionamiento ante la vida, decidir sobre sus opciones y modalidades de existencia, escoger entre el destino y la libertad.

Cuando Mónica vino a verme por primera vez se encontraba en este sufrimiento, porque se rebelaba contra lo que significa vivir como persona adulta y responsable de sus actos. Pasaba de la rebelión al victimismo. Con la terapia ha empezado a aceptar y cooperar con su destino, a facilitar su recorrido por los diferentes niveles de organización del sistema epistemológico con el que construye su experiencia, a aumentar el grado de conciencia de las discrepancias que la atraviesan, a reorganizarlo en la dirección de una mayor complejidad y coherencia para ayudarse a asumir los riesgos del cambio (Villegas, 1993).

Este artículo pretende describir el proceso de terapia de una cliente depresiva a través de la exploración de su sistema de significados personales. Se cuestiona el concepto de "resistencia" al cambio sustituyéndose por el de coherencia de su sistema de construcción de significados que mantiene el síntoma. El comprender su lógica interna permite poco a poco ir cuestionándolo y haciéndolo más complejo. Se describen toda una serie de estrategias, desde una perspectiva integradora, destinadas a favorecer una construcción más rica y matizada que permitan a la cliente afrontar su vida de una forma más satisfactoria.

Palabras clave: coherencia, significados idiosincráticos, vínculo, construcción.

Referencias Bibliográficas

- BECK, A.T. (1967) Depression: clinical, experimental and theoretical aspects. New York. Harper and Row
- BOTELLA, L. y FEIXAS, G (1998) Teoría de los constructos personales: aplicaciones a la práctica psicológica. Barcelona : Laertes.
- FEIXAS, G. y CORNEJO, J.M. y. (1996) Manual de la técnica de la Rejilla. Barcelona .Paidós
- FEIXAS, G. y VILLEGRAS, M. (2000). Constructivismo y Psicoterapia (3^a Ed.). Bilbao, Desclée de Brouwer.
- GREENBERG, L.S., RICE, L., ELLIOT, R., Facilitando el cambio emocional. Barcelona (1996) Paidós.
- GONÇALVES, O. (1992) Narrativas del inconsciente. Las terapias cognitivas; regreso al futuro. *Revista de Psicoterapia* 12 pag 29-48
- JASPER, K. (1969) Entre el destino y la voluntad. Madrid: Guadarrama
- KELLY, G.A. (1955) The psychology of personal construct (2vol) New York: Norton
- KELLY, G. A (1969b) Man's construction of his alternatives. In B. A. Maher (Ed.) Clinical psychology and personality: The selected papers of George Kelly (pp. 66-93). New York : Krieger
- LIOTTI, G. (1992) Los sistemas comportamentales interpersonales en la relación terapéutica. *Revista de Psicoterapia* (1996) pag.13-24
- LORENZINI, R. SASSAROLI, S. (1995) Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità. Milano: Raffaello Cortina Editore
- MAHONEY, MJ. (1991) Human Change Processes: The scientific foundations of psychotherapy. N.Y.: Basic Books
- MANCINI, F., SEMERARI, A. (1985) Lo sviluppo strutturale. In Mancini & Semerari, La psicologia dei costrutti personali: saggi sulla teoria di G.A. Kelly. Milano: Franco Angeli.
- MANCINI, F. (1992) La paradoja neurótica en la perspectiva constructivista. *Revista de Psicoterapia* 12, pag. 77-99.
- MANCINI, F (2001) La resistencia al cambio o la paradoja neurotica. *Revista de Psicoterapia, en este mismo numero.*
- MAY, R. (1988) Libertad y destino en psicoteràpia. Bilbao: Desclée de Brouwer
- NEIMEYER, R. A. (1985). The developement of personal construct psychology. Lincoln: University of Nebraska Press.
- NEIMEYER G.J. & NEIMEYER, R.A. (1992) Constructivist assesment. A Casebook London: Sage
- PROCTER, H. G. (1985) A personal construct approach to family therapy and systems intervention. In E. Button (Ed.), Personal construct theory and mental health. London : Croom Helm
- ROGERS, C.R. (1966). Client-centered therapy: En: S. Arieti (ed.), *American Handbook of Psychiatry* Vol. 3, pags. 183-200. Nueva York: Basic Books
- RYLE, A. (1994) El efecto integrador de la reformulación: psicoterapia cognitivo-analítica en un cliente con un trastorno borderline de la personalidad. *Revista de Psicoterapia*, 20, 57-68.
- SAFRAN, J.D. (1994) Rupturas en la alianza terapéutica: un ámbito para negociar una auténtica relación. *Revista de Psicoterapia*, 20, 69-91
- SEMERARI, A. (1991) I processi cognitivi nella relazione terapeutica. Roma: la Nuova Italia scientifica.
- SEMERARI, A.(1992) Los efectos patógenos de la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 12, 89-100.
- SEMERARI, A. (1998) Seminario Máster en Terapia Cognitivo Social
- UGAZIO, V. (1998) Storie permesse storie proibite: Polarità semantiche familiari e psicopatologie. Torino Bollati Boringhieri Editore s.r.l.
- VILLEGRAS, M. (1993) La entrevista evolutiva. *Revista de Psicoterapia*, 14/15, 39-87
- VILLEGRAS, M. (1996) El análisis de la demanda. Una doble perspectiva social y pragmática. *Revista de Psicoterapia* 26/27, 25-78.
- WACHTEL, P.L. (1993) La comunicación terapéutica. Principios y práctica eficaz.Bilbao (1996) Desclée de Brouwer, S.A.
- WATZLAWICK, P., WEAKEAND, J., y FISCH, R. (1974). Cambio. Barcelona (1976): Herder.
- WHITE, M y EPSTON, D. (1990). Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona (1993) Paidós.
- WINTER, D. A. (1992) Personal Construct Psychology in Clinical Practice: Theory, Research and Applications. Londres: Routledge

REVISTA DE PSICOTERAPIA

La REVISTA DE PSICOTERAPIA es una revista internacional, escrita en castellano, con la colaboración de algunas de las plumas nacionales e internacionales de más reconocido prestigio en el mundo de la psicoterapia, que lleva publicados ya 40 números desde su aparición en el año 1990. Una revista abierta a los planteamientos más actuales de la psicoterapia y receptiva con los más tradicionales.

Una publicación de carácter monográfico y de aparición cuatrimestral, que edita cuatro números al año (dos sencillos y uno doble) con un mínimo de 352 páginas en total de literatura psicoterapéutica. Una revista dirigida a todos los profesionales de la psicoterapia, la psiquiatría, la psicología y demás trabajadores en el ámbito de la salud mental.

CAMPAÑA DE PROMOCIÓN AÑO 2000 OFERTAS PARA NUEVOS SUSCRIPTORES

MODALIDADES DE SUSCRIPCIÓN

A.- Suscripción para el año 2001 (números 45-48): Obsequio para los nuevos suscriptores de los números del año anterior (números 41-44). Precio de suscripción por 35 euros (IVA incluido).

B.- Suscripción a toda la colección desde principios de 1990 hasta ahora. Oferta por 70 euros. (IVA incluido).

Comprende la suscripción para el año 2001 más el resto de números publicados desde el año 97 (números 30 al 48). (No incluye gastos de envío)

Para información y suscripciones dirigirse a

REVISTA DE PSICOTERAPIA
GRAO (IRIF, S.L.)
c./ Francesc Tàrrega, 32-34 - 08027 BARCELONA
Tel.: 934 080 464 - Fax: 933 524 337

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos para publicación en la REVISTA DE PSICOTERAPIA se enviarán por medios o soporte electrónicos, escritos con un procesador de textos MS-Word, Word Perfect o compatible y tres copias en papel. Su extensión no debe sobrepasar los 30 folios a 1 espacio. Se ruega no sangrar los textos, ni utilizar para nada el subrayado. En el texto sólo deben usarse **negritas** y *cursivas*. Los gráficos irán en hoja aparte con las indicaciones muy claras sobre su lugar de inclusión. Si se envía material fotográfico éste deberá ir acompañado de un pie indicativo de las personas o espacios que se reproducen.
2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado.
3. Se adjuntará un abstract de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, acompañado de tres a diez palabras clave para índices.
4. En el artículo sólo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve currículum (a no ser que se haya enviado anteriormente y no requiera ampliación). Asimismo, se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.
5. Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de **Referencias bibliográficas** correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en el listado y viceversa. En el **texto** se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda. En las **Referencias bibliográficas** los nombres de los autores que encabezan la entrada se escribirán en mayúsculas y los títulos de libros o nombres de Revistas se escribirán en cursiva.
6. Deberán evitarse absolutamente las notas de pie de página.
7. El Comité Editorial revisa todos los artículos que se envían para su publicación y se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien aquellos cuya originalidad o calidad no se considere suficiente; o también cuando no puedan relacionarse con los textos monográficos previstos. La decisión se hará en todo caso mediante votación de todos los miembros del Comité Editorial, una vez conocido el informe de, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos). La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata. Al recibir el trabajo, la Revista acusará recibo del mismo. En su día se informará el autor si el artículo ha sido seleccionado o no.
8. Cada autor puede solicitar 1 ejemplar y diez separatas del número donde haya salido publicado su artículo. En el caso de que el autor precisara una cantidad mayor de ejemplares, el costo de los mismos corre de su cargo.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

Dirección y Redacción:

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
Numancia, 52, 2º 2^a
08029 BARCELONA
Fax.: 933 217 532**

Gestión y Administración:

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
GRAO (IRIF, S.L.)
c./ Francesc Tàrrega, 32-34
08027 BARCELONA
Tel.: 934 080 464
Fax: 933 524 337**