

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 sustituto 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 deseáramos (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 fueren 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 recalitrante 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 recalitrante 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. comunión 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 destaquen 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, comparto 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 precontemplativos 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 comparto, 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 estado 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

pierden (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 recalitrante, 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 díada 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 objetales, 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. & HOLLON, 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.