

PAIDÓS Psicología Psiquiatría Psicoterapia

---

**Barry L. Duncan, Mark A. Hubble,  
Scott D. Miller**

---

# **Psicoterapia con casos «imposibles»**

---

**Tratamientos efectivos para  
pacientes veteranos de la terapia**

---

Barry L. Duncan, Mark A. Hubble  
y Scott D. Miller

# PSICOTERAPIA CON CASOS «IMPOSIBLES»

*Tratamientos efectivos  
para pacientes veteranos de la terapia*

**PAIDÓS**

Título original: *Psychotherapy with «Impossible» Cases*, de Barry L. Duncan,  
Mark A. Hubble y Scott D. Miller  
Publicado originalmente en inglés, en 1997, por W. W. Norton & Company, Nueva York

1.<sup>a</sup> edición, junio de 2003

1.<sup>a</sup> edición en esta presentación, enero de 2023

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes del Código Penal). Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puede contactar con CEDRO a través de la web [www.conlicencia.com](http://www.conlicencia.com) o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47.

© Barry L. Duncan, Mark A. Hubble y Scott D. Miller, 1967

© de la traducción, Rafael Santandreu, 2003

© de todas las ediciones en castellano,

Editorial Planeta, S. A., 2023

Paidós es un sello editorial de Editorial Planeta, S. A.

Avda. Diagonal, 662-664

08034 Barcelona, España

[www.paidos.com](http://www.paidos.com)

[www.planetadelibros.com](http://www.planetadelibros.com)

ISBN 978-84-493-3988-2

Depósito legal: B. 22.064-2022

Impreso en España – *Printed in Spain*



## SUMARIO

Prefacio . . . . .	11
--------------------	----

### PRIMERA PARTE INFLUENCIAS EXPERIENCIALES Y EMPÍRICAS

1. Cambiar las reglas de la imposibilidad . . . . .	19
2. Acomodar la terapia al marco de referencia del cliente: el argumento empírico . . . . .	43

### SEGUNDA PARTE MÉTODOS CLÍNICOS

3. Trabajar con la imposibilidad: consideraciones terapéuticas . . . . .	61
4. Conversaciones con la imposibilidad: haciendo posible lo imposible . . . . .	79
5. Explorar, descubrir y validar: el caso de Natalie . . . . .	107

### TERCERA PARTE APLICACIONES CLÍNICAS

6. Caso práctico: trastorno de identidad disociativa o «el <i>collage</i> de dones» . . . . .	129
7. Caso práctico: trastorno delirante o «sobrevivir hasta la jubilación» . . . . .	165

8. Caso práctico: trastorno de personalidad límite o «¿qué me pasa. . . . .	203
---	-----

CUARTA PARTE  
EPÍLOGO

9. Impracticabilidad: la solución está en tomar otro camino . .	247
Bibliografía . . . . .	269
Índice analítico y de nombres . . . . .	279

## CAPÍTULO 1

### CAMBIAR LAS REGLAS DE LA IMPOSIBILIDAD

Mantén tus manos abiertas y toda la arena del desierto podrá pasar a través de ellas. Ciérralas y todo lo que podrás sentir es un poco de polvo.

TAISEN DESHIMARU

Los casos imposibles se están convirtiendo en un lujo que no nos podemos permitir. A medida que proliferan las empresas proveedoras de servicios sanitarios, los terapeutas se van viendo acorralados por los departamentos de «control de calidad» de estas organizaciones. Los controles de calidad no sólo evalúan la satisfacción del cliente con los servicios recibidos, sino que también controlan la relación coste-eficiencia. Los terapeutas que piden autorización para realizar más sesiones o un tratamiento intensivo debido a la dificultad o complejidad que entrañan los problemas de sus clientes se pueden encontrar con problemas frente a la empresa proveedora. En el peor de los casos, pueden ser despedidos por inoperantes. Por muchas razones, a todos nos interesa —clientes, terapeutas y empresa— abreviar la terapia y tener éxito en la práctica clínica, incluso con aquellos casos supuestamente imposibles.

En nuestros cinco años de consulta con casos imposibles, nuestra constante ha sido tratar de no culpar al terapeuta o al cliente de la situación. Hemos intentado entender cómo se desarrollan estos casos, para que el cliente o el terapeuta pudiesen tomar un camino diferente. Fundamentalmente, nos hemos interesado por los factores de esa imposibilidad: las asunciones, actitudes y acciones inherentes a la psicoterapia. Nuestros propios clientes nos han enseñado las cuatro vías por las que el proceso terapéutico, de manera involuntaria, abre el camino hacia el fracaso del tratamiento.

## Vías hacia la imposibilidad

¿QUÉ HAY EN UNA PALABRA?

Una palabra puede llegar muy lejos. Puede traer tanta destrucción como las balas que surcan el espacio.

JOSEPH CONRAD

Históricamente la imposibilidad ha sido siempre atribuida al cliente. Las evaluaciones clínicas asumen que éste posee suficientes trastornos de personalidad, problemas de ego o déficits de origen orgánico como para que así suceda. Un buen ejemplo de ello es el diagnóstico actual del trastorno de personalidad límite. En él, los clínicos encuentran un problema estereotipado: predecible impredecibilidad, impulsividad, peligrosidad, irracionalidad, carencias afectivas, labilidad emocional no modulada, prognosis sombría y mucho más. Frente a tal despliegue de síntomas y características desalentadoras, ¿quién no sentiría desasosiego y un inconfesado deseo de tener un cliente joven, atractivo, con capacidad de palabra, inteligente y sensible, en vez de ese hueso?

Así, el camino hacia el caso imposible se abre a partir de la misma expectativa de la imposibilidad. Tanto si la experiencia se basa en simples atribuciones de rasgos de personalidad como en el establecimiento de un diagnóstico formal, una vez en marcha la expectativa de que la cosa va resultar difícil (o que no se van a conseguir muchos resultados) puede ser sorprendentemente inamovible (Salovey y Turk, 1991). Si no se revisa la situación, la expectativa se convierte en el mismo individuo. De hecho, la persona queda «desindividuada». Termina siendo equivalente a su caracterización o etiqueta (Wright, 1991). Si esto ocurre, los observadores (tanto los profesionales como los que no lo son) distorsionarán sin darse cuenta la información que reciban para ajustarla a sus expectativas.

Para ilustrar este hecho, Temerlin (1968) grabó una cinta magnetofónica que después reprodujo ante un grupo representativo de psiquiatras, psicólogos y estudiantes de posgrado de psicología. Se pidió a los sujetos que determinaran si la persona de la grabación era psicótica, neurótica o sencillamente estaba sana. Es importante tener en cuenta que el hombre de la cinta se presentaba como una persona con éxito en el trabajo, en su vida familiar, en sus relaciones interpersonales y hasta en su vida sexual. Se trataba, según lo que se desprendía de la grabación, de un individuo seguro de sí mismo y estable, poco competitivo, arrogante o presuntuoso y, además, decía haber tenido una infancia agradable. También disfrutaba de un buen sentido del humor y presentaba un nivel bajo de ansiedad con relación a los roles que desempeñaba en la vida; sólo mostraba las preocupaciones razonables habituales. No se apreciaban síntomas patológicos. Tenía toda la apariencia de una persona sana y normal.

En la primera audición experimental, un eminente clínico hacía una introducción a la cinta diciendo que el hombre que iba a mostrarse era un «raro caso de individuo mentalmente sano». En la segunda audición, el mismo clínico sugería que el hombre «parecía neurótico, pero en realidad era psicótico». Los sujetos del tercer grupo no recibieron ninguna sugerencia acerca del diagnóstico del sujeto.

Todos los observadores del primer grupo evaluaron al hombre de la cinta como normal. El 44% de los miembros del grupo al que se sugirió la psicosis evaluó al hombre como psicótico, el 50% como neurótico y el 6% dijo que estaba sano. El 57% de los integrantes del grupo de control lo calificó de sano y el 43% de neurótico. Un ulterior análisis reveló que entre los que habían optado por el diagnóstico de psicótico, los psiquiatras se inclinaban más por una patología grave que los estudiantes de posgrado.

Otro experimento publicado en *Science* en 1973, más conocido que el anterior, ratifica el poder de las expectativas. En este estudio ya clásico, Rosenhan reclutó y entrenó a un grupo de cóm-

plices para ser hospitalizados. Para que los admitiesen hicieron ver que tenían un único síntoma: oían voces. Los clínicos rápidamente diagnosticaron a los sujetos como pacientes mentalmente enfermos (principalmente de esquizofrenia) y los ingresaron para estancias que oscilaban entre 7 y 52 días. Durante su hospitalización, los pseudopacientes dejaron de mostrar síntoma alguno de psicosis, pero el diagnóstico original no cambió en absoluto.

Rosenhan demostró así que las expectativas iniciales del clínico servían de sesgo confirmatorio. Hubo un caso en el que el personal tomó el historial auténtico proporcionado por el pseudopaciente (que no mostraba ningún rasgo patológico) y lo ajustó a la noción teórica dominante sobre la esquizofrenia.

Efectivamente, uno de estos falsos pacientes le contó al personal que durante su infancia había tenido una relación muy estrecha con su madre, al contrario de lo que había sucedido con su padre. Durante su adolescencia, las tornas cambiaron: se distanció de su madre y se acercó a su padre. Según dijo, su relación con su esposa era cálida e intensa, excepto por algunas discusiones ocasionales acerca de pequeños problemas cotidianos; la fricción era mínima. También declaró que se sentía muy unido a sus hijos y que muy pocas veces había tenido que darles unos cachetes para disciplinarlos.

En el informe de baja del pseudopaciente, el personal deja muy claro cuál es su interpretación de los hechos:

Este hombre blanco de 39 años de edad [...] manifiesta un largo historial de considerable ambivalencia en sus relaciones personales que empieza en su primera infancia. Su relación con su madre fue cálida en la infancia, pero se enfrió durante la adolescencia. La relación con el padre, que había sido fría al principio, se tornó después intensa. Hay una ausencia de estabilidad afectiva. Sus intentos de controlar su emotividad con su esposa e hijos se ven salpicados por estallidos de ira y, en el caso de sus hijos, azotainas. Y aunque dice que tiene varios buenos amigos, se percibe también una considerable ambivalencia al respecto. (Rosenhan, 1973, pág. 254).

El personal sesgó la autodescripción del cómplice para ajustarla a una popular teoría sobre la esquizofrenia. Ésta sostiene que la gente a la que se le diagnostica esquizofrenia es extremadamente ambivalente en sus relaciones. Se cree que la inconsistencia y la vacilación de sus sentimientos hacia los demás afloran en su día a día, en sus pensamientos cotidianos. Sin embargo, está claro que ninguna de las relaciones del pseudopaciente de Rosenhan (con sus padres, esposa o amigos) llegaba siquiera a aproximarse a un nivel psicótico. La ambivalencia inferida no era, en realidad, más que las idas y venidas típicas de toda relación humana. Es cierto que las relaciones del pseudopaciente con sus padres cambiaron a lo largo del tiempo, pero esto no tiene nada de especial en el mundo normal.

Después de las atribuciones asignadas a la historia (esto es, sentimientos ambivalentes e inestabilidad emocional), no había duda de que el sujeto era *esquizofrénico*. Si se hubiese sabido desde el principio que el hombre era «normal», seguramente se le habría otorgado otro significado a todas sus declaraciones.

A pesar de que somos conscientes de los riesgos que entrañan tales atribuciones, éstas continúan dirigiendo el proceso mediante el cual formamos nuestras impresiones y socavando nuestro pensamiento crítico. Dejándonos llevar por nuestras rutinas profesionales podemos estar transformando un caso con buenas perspectivas en uno totalmente perdido. Como demuestra la literatura sobre el tema (Salovey y Turk, 1991), este proceso es sumamente importante, opera fuera del rango de la conciencia y erosiona los elementos curativos de la terapia (Miller y otros, 1997).

Hemos querido subrayar esta vía hacia la imposibilidad no para desmerecer los beneficios de un diagnóstico acertado, sino para ilustrar los peligros que acompañan al acto de diagnosticar y describir los problemas del paciente.

Nosotros ofrecemos una alternativa pragmática a los efectos negativos de la atribución que evita la formación de prognosis sombrías.

## CONTRATRANSFERENCIA DE LA TEORÍA

Es la teoría lo que hace que los hombres sean completamente incautos.

BERTRAND RUSSELL

Las tradiciones o convenciones terapéuticas proporcionan otra vía hacia la imposibilidad. Las tradiciones son importantes en todas las facetas de la existencia humana, pero también pueden tener consecuencias inhibitorias o dañinas. La fuente de las tradiciones psicoterapéuticas se asienta fundamentalmente en la teoría, no en los hechos, pero a pesar de ello muchas veces asume un estatus factual.

La lealtad de un clínico en relación con las tradiciones teóricas y su impacto en la manera de entender los hechos y actuar en la terapia recibe el nombre de «contratransferencia de la teoría» (Hubble y O'Hanlon, 1992; O'Hanlon, 1990). Su rol en el desarrollo de casos imposibles es tan poderoso como la formulación de diagnósticos. En su forma más virulenta puede desembocar en el fundamentalismo teórico y la censura (en cuanto a la dirección de la teoría).

En un sentido estrictamente técnico, la contratransferencia hace referencia a un proceso afectivo, en gran medida inconsciente, que tiene lugar en el terapeuta y que es impulsado por su relación con el cliente. Según la visión psicoanalítica clásica, el núcleo de la contratransferencia se halla en los conflictos neuróticos no resueltos del terapeuta (Eisenbud, 1978). Durante mucho tiempo se pensó que la contratransferencia actuaba a modo de anteojera emocional. Si el psicoanalista no se percataba de su existencia, ésta podía constituir un peligro real para la integridad del tratamiento.

La tradición psicodinámica acepta que la persona del terapeuta (todas sus respuestas, su historia individual y su estado mental) puede apoyar o entorpecer la terapia. Menos atención,

sin embargo, se presta a la manera en que la concepción global de la condición humana y de la terapia que sostiene el terapeuta puede afectar a los resultados del tratamiento. Cuando el psicoanálisis era el único enfoque disponible válido y se le tenía en gran medida como la auténtica verdad, era natural que no se cuestionase su contenido y sus presupuestos teóricos.

A pesar de la presión que ejerció Freud sobre sus seguidores para que permaneciesen fieles a su doctrina, aparecieron dudas. Dos de los primeros en poner de relieve la existencia de la contratransferencia de la teoría (CT) fueron Sandor Ferenczi y Otto Rank, miembros del círculo más estrecho de seguidores de Freud. En 1925, cuestionaron ciertos principios de la floreciente ortodoxia teórica de los escritos de Freud y recomendaron aprender de la práctica clínica. La idea general de su crítica era que los psicoanalistas estaban dando más importancia a la teoría que a la práctica terapéutica.

En particular, Ferenczi y Rank observaron que, en su voluntad por corroborar la teoría en cada paciente, los psicoanalistas llevaban a cabo frecuentemente un psicoanálisis completo, aun cuando éste no estaba indicado. Llegaron a describir sus resultados, poco satisfactorios, como de «tratamiento prolongado y estéril: rico en intelectualización, pero despojado de relevancia emocional» (Flegenheimer, 1982). Ferenczi y Rank criticaban el hecho de que sus colegas se centrasen más en probar la corrección de la teoría que en ayudar eficazmente a sus pacientes.

Durante los últimos treinta años, hemos adquirido una mejor comprensión de los aspectos que delimitan la lealtad a la teoría. Por ejemplo, Aldrich (1968) criticó la tendencia de los terapeutas a descartar cualquier mejoría temprana por considerarla como una huida hacia la salud o una cura de transferencia. Sin embargo, no encontró evidencia alguna de tal cura (y tampoco de otras afirmaciones teóricas) y se atrevió a afirmar que la insistencia en su veracidad producía una «predicción pesimista». El efecto que producía en el cliente era el de animarle a depender del terapeuta, a llevar a cabo un tratamiento prolongado prometiéndole

«un largo período de protección» (pág. 41). Finalmente, llegó a la conclusión de que los beneficios derivados del tratamiento podrían evaporarse al calor del sesgo teórico, el perfeccionismo terapéutico y el uso inflexible de las técnicas.

Milton Erickson también habló de los peligros de la CT. Según él, la lealtad teórica puede conducir a una simplificación excesiva con relación al paciente, a cerrarse a nuevas posibilidades de cambio y a promover la inflexibilidad técnica. Su ya famosa cita resume su posición sobre el papel de la teoría en la terapia:

Toda persona es un individuo. Por lo tanto, la psicoterapia debería ser formulada de manera que responda a la particularidad de las necesidades de la persona, en vez de obligarla a ajustarse a una teoría hipotética de la conducta humana (Zeig y Gilligan, 1990, pág. xix).

La proverbial historia del hombre que un buen día se compró un martillo y a partir de ahí empezó a darse cuenta de que por todas partes había clavos por clavar, ilustra el efecto que tiene la CT. El caso imposible puede ser aquel que aparece cuando el paciente odia el martillo y rechaza que lo utilicen con él. No hay duda de que los clientes mantienen sus propias teorías acerca de su psicología, las dificultades que experimentan y su situación vital (Duncan y otros, 1992). Cuando sus puntos de vista son ignorados, se dejan de lado o se ven atropellados, es de esperar que aparezca la resistencia o el incumplimiento de lo acordado en la terapia. Para el terapeuta, el cliente empieza entonces a volverse un caso imposible. Para el cliente, el terapeuta se muestra indiferente, poco interesado o patentemente equivocado. Llegados a este punto, la terapia ha pasado de ser una relación de ayuda a un choque cultural en el que no habrá un ganador.

Esto no significa que la teoría pueda considerarse la raíz de todos los males. Pero sí que se aplica en demasía y que los beneficios de permanecer leales a ella no son tantos como pudie-

ra parecer. Uno de los propósitos de este libro es desmitificar los modelos teóricos. Los entiende como lentes potencialmente útiles, siempre y cuando compartan con deferencia el «punto de vista» del cliente y su prescripción. Unas lentes que poseen en cada caso diferentes cristales, diferente montura y diferente graduación, lo que permite que los distintos enfoques aporten toda su diversidad y riqueza. Por cierto, estas lentes protegen al terapeuta de la CT.

Este libro presenta un método para hacer de la terapia un instrumento para descubrir verdades subjetivas del cliente, más que para intentar confirmar verdades teóricas. Y ello con el justificado fin de producir el ansiado cambio terapéutico.

#### MÁS DE LO MISMO

Cuanto más cambian las cosas, más inalteradas permanecen.

ALFONSE KARR

La CT promueve la imposibilidad de dos maneras: aplicando órdenes del día que se ajustan sólo a las premisas teóricas del terapeuta y violan los sentimientos y creencias del cliente. De forma similar, los casos imposibles aparecen cuando se persiste en un enfoque terapéutico que no funciona. Quizá más que ningún otro, el grupo de investigadores y clínicos del Mental Research Institute (MRI) ha examinado esta vía hacia la imposibilidad. En varios trabajos, incluido *Cambio: formación y solución de los problemas humanos* (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974), el MRI buscó determinar cómo surgen y persisten los problemas. Estos autores sostienen que los problemas persistentes o intratables no pueden explicarse tomando como base algunas características innatas del cliente. Más bien dicen que la naturaleza imposible del problema aparece como consecuencia de los esfuerzos por resolverlo.

El MRI entiende que los problemas se inician con una dificultad ordinaria, de las muchas que surgen en nuestra vida. La mayor parte de esas dificultades crean incomodidad, y para afrontarlas la gente emplea las estrategias que les han ayudado en el pasado. Normalmente, esas soluciones funcionan, pero en ocasiones fracasan.

Según el MRI, para que una dificultad se convierta en un problema sólo se necesita que converjan dos condiciones. Primero, que la dificultad no se maneje correctamente (es decir, que la solución no funcione). Y segundo, que cuando la dificultad se muestre refractaria, se aplique la misma solución ineficaz, es decir, más de lo mismo. Cabe añadir que, en estos casos, también sucede que la dificultad original se deteriora. Pasado un tiempo, se establece un círculo vicioso y la dificultad original llega a convertirse en un problema de tamaño inmenso y de no menos importancia (Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, 1974).

El problema, una vez percibido como tal, abarca no sólo el dilema original, sino también todos los esfuerzos repetitivos por encontrarle solución. El ciclo de la expresión del problema seguido de las soluciones fallidas correspondientes es sorprendentemente vigoroso. Ocurre a pesar de contar con las mejores intenciones y aunque los participantes reconozcan que los intentos de solución son inadecuados. La solución se ha convertido en un problema imposible.

Los terapeutas no se muestran ajenos a ese ciclo de demanda-solución que acabamos de describir. La intratabilidad y la imposibilidad se desarrollan en aquellas situaciones clínicas en las que el terapeuta aplica repetidamente las mismas (o similares) estrategias terapéuticas. Este proceso puede empezar en un período sorprendentemente corto de tiempo. Los terapeutas que «hacen más de lo mismo» están convencidos de que la persistencia les dará la razón, incluso cuando la evidencia les muestra que su estrategia resulta ineficaz. La lógica para la aplicación de «más de lo mismo» puede ser tan sencilla como atender a razonamientos del tipo «Si no tienes éxito desde el principio, inténtalo de

nuevo» o llegar a complicados sistemas teóricos. De todas formas, sea cual sea la justificación que se le dé, el resultado es el mismo.

Todos los modelos teóricos y estrategias terapéuticas están limitados de forma inherente y todos generarán cierta imposibilidad cuando se apliquen reiteradamente. De hecho, la respuesta a este problema ha sido la proliferación de diferentes escuelas de psicoterapia, cada una de las cuales se suponía que corregía las deficiencias de la anterior. Los 400 enfoques rivales que han aparecido hasta el momento actual parecen poco más que productos envasados que compiten por una porción del mercado.

La misma idea de desarrollar más modelos para resolver el problema de la imposibilidad constituye un excelente ejemplo de «hacer más de lo mismo». En este libro, invitamos al lector a que considere algo diferente. No vamos a defender un nuevo marco de referencia que guíe su práctica. Al contrario, le ofreceremos métodos prácticos para orientar su enfoque terapéutico hacia el punto de vista del cliente.

### ¿QUÉ ES LA MOTIVACIÓN?

Ten cuidado, no sea que pierdas el cuerpo al intentar asir la sombra.

ESOP

Una vía adicional hacia la imposibilidad es el dar la espalda a la motivación del cliente. El cliente desmotivado no existe. Es posible, como hemos observado muchas veces, que no comparta nuestra motivación, pero no hay duda de que posee la suya, y es muy fuerte. Una terapia ineficaz y fútil puede surgir al errar o pasar por alto lo que el cliente quiere conseguir. Si así sucede, lo más probable es que pensemos que el cliente no está preparado para el cambio.

La investigación ha establecido que la clave del éxito de la terapia es la calidad de la participación del cliente (Orlinsky, Graue y Parks, 1994). Los clientes que colaboran en la terapia están comprometidos con el terapeuta y su mente abierta y receptiva les beneficia. Debido a la importancia de la implicación positiva del cliente en el tratamiento, su motivación —no sólo por seguir la terapia, sino por conseguir sus objetivos personales— debe ser entendida, respetada y activamente incorporada al tratamiento. El hecho de imponer líneas de trabajo motivadas por prerrogativas teóricas, por sesgos personales o quizá por el propio criterio de lo que es bueno para el cliente se convierte en una invitación a la imposibilidad.

Antes de acabar de examinar el papel de la motivación en la generación de casos imposibles, debemos hablar también del tema de «salvar las apariencias». Cuando los clientes se sienten agobiados y estancados, pueden experimentar que sus problemas no tienen solución. El hecho de buscar ayuda en esos momentos les ofrece una perspectiva de mejora. Pero al mismo tiempo, acudir a un terapeuta puede significar que no pueden resolver sus problemas por sí mismos. De hecho, sus sentimientos de fracaso pueden ser tan agudos que rechacen cualquier autoevaluación favorable. En esas circunstancias, acudir a una terapia puede representar un desagradable recuerdo de lo mal que manejan sus dificultades. Al insulto se le añade la humillación.

Si un terapeuta sugiere que el punto de vista del cliente está equivocado o no es válido o, de alguna manera, eclipsa al cliente, puede aparecer la «resistencia». Después de todo, aun estando totalmente desmoralizados, ¿quién desea que se le recuerde que es un fracaso, que se le critique, se le juzgue o se le haga sentir que ha de cumplir órdenes? Lo que llamamos resistencia puede reflejar a veces los intentos del cliente por conservar un poco de respeto personal. Esto es probablemente lo que Milton Erickson tenía en mente cuando sugirió que el arte de la terapia consiste en ayudar a los clientes a retirar sus síntomas de manera sutil. Reconocía que los clientes tienen simultáneamen-

te un deseo de cambiar y una tendencia natural a protegerse si el cambio (para peor o para mejor) compromete su dignidad personal.

Este libro ofrece algunas maneras de evitar esa imposibilidad creada por la escasa atención que se le dedica a la motivación. Describiremos un estilo clínico que tiene en cuenta las motivaciones del cliente y que preserva de manera provocativa la dignidad del mismo en cada fase del tratamiento.

### **Molly: un caso imposible en el punto de mira**

En uno de nuestros casos más recientes convergían varias vías hacia la imposibilidad. La coincidencia de lo que llamamos el «despliegue de atribuciones», la contratransferencia de la teoría, el hacer más de lo mismo y la falta de atención con respecto a la motivación convirtieron este caso en un aprieto irreductible.

Molly, una maravillosa niña precoz de 10 años de edad, fue enviada a tratamiento por su madre. Los padres de Molly estaban divorciados. Ella dormía en la cama de mamá y tenía problemas para adaptarse a su nuevo apartamento, a su nueva escuela y a sus nuevos amigos. En uno de sus ingresos en una clínica de salud mental, Molly fue identificada como procedente de una «familia disfuncional». Se le diagnosticó un «trastorno de ansiedad por separación» y se la envió a un grupo de habilidades sociales para niños que tenía lugar un día a la semana.

Después de unas cuantas semanas en el grupo, la madre informó de que Molly tenía pesadillas. Los terapeutas del grupo respondieron añadiendo unas cuantas sesiones individuales. Para su tratamiento, se establecieron los siguientes objetivos: 1) hacer comprender a Molly que podía controlar su conducta y mostrarse más responsable de sus actos, 2) calmar sus miedos acerca del traslado y la adaptación a una nueva escuela y amigos, 3) separar a Molly del conflicto familiar y 4) ayudarle a volver a su propia habitación para dormir.

El terapeuta indagó sobre las impresiones que tenía Molly de la relación de sus padres y la animó a que no se implicase en ella. Después de seis meses de asistir al grupo y recibir tratamiento individual se constató una escasa mejoría. La madre de Molly pensó que quizá podría ayudar el que el terapeuta fuese una mujer.

El equipo terapéutico accedió a la petición de la madre y una terapeuta se hizo cargo del caso. Debido a que Molly le preguntó a su terapeuta si alguna vez se había sentido fea, se supuso que Molly tenía problemas de autoestima. La terapia individual se centró entonces en plantear juegos para ver qué «temas podían salir» a la luz. La terapeuta también sospechaba que podía haber habido abusos sexuales. Sus objetivos para el tratamiento de Molly eran: 1) explorar si había sufrido abusos sexuales y 2) investigar los sentimientos de Molly acerca de su padre.

Todavía preocupada por la falta de progreso de su hija, la madre pidió autorización para buscar un terapeuta fuera de la clínica. El personal del centro decidió que convenía llevar a cabo una evaluación psiquiátrica. En ella se determinó que Molly todavía dormía en la habitación de su madre y que persistían sus quejas somáticas y su aversión hacia la escuela. Se le prescribió imipramina para aliviar su ansiedad de separación. No hubo cambios.

Molly, después de un año de tratamiento (de dos sesiones semanales) y ahora bajo medicación, se había convertido, a la edad de 10 años, en un caso imposible. Ahora, bajo una mirada retrospectiva, podemos reconstruir cómo la práctica clínica contribuyó a la evolución de su imposibilidad.

Llegados a este punto hay que hacer un importante inciso. En cualquier análisis retrospectivo de la imposibilidad nos veremos tentados a crear un hombre de paja. Si los terapeutas hubiesen sido más listos, más astutos o «teóricamente correctos», entonces el caso imposible nunca habría llegado a ese punto. De la misma manera, si el cliente hubiese sido más abierto, dócil o sano habríamos conseguido mejores resultados. La verdad es que esas ideas no sirven de mucho. «Disparar al terapeuta» o «disparar al cliente» es perder el tiempo. *Las culpables son siempre las vías*

*que han conducido a la imposibilidad.* Esos procesos, basados en nuestra práctica, nuestras tradiciones y nuestra formación, pueden evitar que pongamos en marcha los recursos más adecuados. Al final, todos somos víctimas de ello. Ahora cabe preguntarnos: ¿cómo operaron en el caso de Molly?

Lo primero que observamos en su terapia es que la niña se vio muy influenciada por el despliegue de atribuciones que le aplicaron. Las etiquetas que utilizaban al hablar de ella nos informan de cómo la entendían. Se convirtió en una condición psicológica/psiquiátrica, un fenómeno ya observado por la investigación de Rosenhan (1973). Por ejemplo, cuando preguntó a su terapeuta individual si se había sentido fea alguna vez, se asumió que Molly tenía problemas de autoestima. Simplemente no se tuvo en cuenta la posibilidad de que su pregunta reflejase una curiosidad natural o los intereses típicos de una preadolescente (quizá no se pudo, dadas las circunstancias). Debido a que se establecieron las categorías de «familia disfuncional», «triangulación» y «trastorno de ansiedad por separación», los que cuidaban de ella se vieron obligados a percibir su conducta a través de los filtros perceptivos que creó el diagnóstico y las descripciones clínicas.

En segundo lugar, también hizo su aparición la contratransferencia de la teoría. El primer terapeuta de Molly, quizá siguiendo los postulados de alguna escuela de terapia familiar, investigó la relación que existía entre los síntomas de Molly y el conflicto de sus padres. El terapeuta siguió esta línea de investigación a pesar de que la madre creía que la triangulación no era relevante y, pasado un tiempo, no tuvo en cuenta que el problema persistía de todas formas. Además, por todo lo que se sabía del caso, no había ninguna evidencia de que se hubiese abusado de Molly durante su infancia. Ni ella ni su madre habían mencionado nunca nada al respecto. Sólo porque uno de los terapeutas apuntó esta hipótesis se estableció el objetivo de explorar si era cierto. La terapia pasó entonces de intentar resolver un problema real a satisfacer los requerimientos de la teoría. No se trataba de una agenda compartida por la madre o la cliente.

Tercero, se trabajó haciendo más de lo mismo. Todos los terapeutas que vieron a la niña insistieron en aplicar el mismo enfoque una y otra vez (destriangulación, exploración sobre la existencia o no de abusos, formación en habilidades sociales y medicación), aun cuando había evidencia de que el problema no estaba cambiando. Aunque las terapias parecían diferentes (de grupo, individual, psicofarmacológica), todas partían del presupuesto de que Molly sufría un trastorno y se podía hacer algo para aliviar el problema. Además, dentro del rol de expertos de los terapeutas se encontraba la misma asunción: convenía hacer más de lo mismo. Se reunían, evaluaban a Molly y determinaban tanto el diagnóstico como la intervención. Se pretendía que ella estuviese fuera de la toma de decisiones y, al mismo tiempo, se mostrase dispuesta a participar en el proceso terapéutico.

Este último punto nos habla de la cuarta vía hacia la imposibilidad: la falta de atención con respecto a la motivación del cliente. Los objetivos y tareas seleccionados para el tratamiento de Molly no reflejaban su aportación. Los clínicos omitieron preguntar a Molly por sus ideas acerca de sus problemas y las posibles soluciones. Lo que la pequeña pensaba o quería tenía muy poca influencia en sus deliberaciones. Más tarde supimos que Molly en realidad «se resistió» a ser cambiada. Sentía que no le permitían conservar su orgullo; para acatar las órdenes tenía que desprestigiarse demasiado. Volveremos sobre el caso de Molly en el capítulo 2.

Una vez más, visto el desarrollo de la imposibilidad, podemos caer en la tentación de criticar a los terapeutas. Si hubiesen seguido este o aquel camino todo habría salido bien y se habría evitado la imposibilidad. Pero ése no es el propósito de este libro. Sabemos muy bien que las vías hacia la imposibilidad que hemos descrito son fáciles de seguir (las hemos confirmado muchas veces con nuestros propios clientes) y por eso nos centraremos en averiguar qué podemos hacer para corregir o prevenir la evolución de la imposibilidad.

## El tratamiento eficiente

La búsqueda actual de la eficiencia queda muy bien reflejada en la multitud de bibliografía que existe en la actualidad sobre lo que se ha dado en llamar la *terapia breve*. Los datos son difíciles de ignorar: existen ya muchas comparaciones entre las terapias a corto y a largo plazo, muchos clientes ya esperan una terapia que dure de seis a veinte sesiones y se da una mayor proporción de cambio en períodos que van de seis a ocho sesiones (Budman y Gurman, 1988; Koss y Shiang, 1994). Para nosotros, las terapias breves ponen de manifiesto una gran eficiencia en la práctica clínica y logran unos resultados muy satisfactorios con la menor cantidad de sesiones posible.

### BREVE FRENTE A EFICIENTE

Aunque el término «breve» está de moda, nosotros preferimos trabajar en el contexto de la palabra «eficiente» por tres razones. Primero, porque una de las primeras afirmaciones que se hace de la terapia breve es que, de hecho, es más breve. Los que abogan por la terapia breve afirman que su enfoque ayuda a los clientes a pasar menos tiempo resolviendo dificultades que los otros, es decir, que los enfoques «no breves» o tradicionales. Con respecto a la duración del tratamiento, sin embargo, la literatura muestra que toda terapia es relativamente corta en cuanto a su duración. Es cierto: los datos recogidos durante los últimos cincuenta años muestran que el cliente medio acude sólo a unas cuantas sesiones, independientemente del modelo empleado (Garfield, 1978; Koss y Butcher, 1986; Miller, 1994). En un caso particular, Garfield (1989) investigó la duración de un tratamiento de psicoterapia psicodinámica en la Veteran's Administration en 1949 y halló que el cliente medio sólo acudía a seis sesiones.

La terapia es por lo general breve, independientemente del modelo de tratamiento empleado. La palabra «breve», por lo tan-

to, no dice nada acerca de la efectividad del tratamiento, sólo habla de la duración, y ya hemos visto que se trata de un fenómeno compartido por todos los enfoques. Una terapia eficiente se caracteriza por su brevedad y su efectividad.

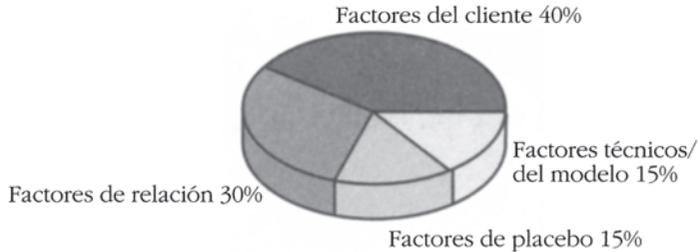
En segundo lugar, «breve» se usa muchas veces para racionalizar un número de sesiones fijado con antelación por el terapeuta o por el centro en el que trabaja. Es interesante observar que cuando los terapeutas intentan poner límite al número de sesiones del cliente con antelación, el tratamiento resulta ser más largo que cuando no se ponen límites (Orlinsky y otros, 1994). Nosotros estamos del lado de las terapias breves, pero nos comprometemos más con el ideal de conseguir un resultado satisfactorio, tal y como éste es definido por el cliente, que con el menor número de sesiones. Esto puede ocurrir en dos sesiones o en veinte. La terapia eficiente, creemos, tiene lugar como consecuencia natural de aceptar el marco de referencia del cliente como teoría para la intervención.

Finalmente, algunas personas entienden que «breve» implica que la terapia es «de primeros auxilios», que no ataca el problema en profundidad. Como demostrarán los resultados de cuatro de nuestros clientes, en un tratamiento eficiente el tiempo tiene poca correlación con la profundidad de la intervención o la calidad de los resultados.

## EFFECTIVIDAD

Mientras la bibliografía de investigación sobre la terapia breve habla con optimismo de los beneficios de los enfoques de corta duración, aquella cuyo objetivo son los resultados se centra en la efectividad del tratamiento y en sus contribuciones al éxito terapéutico. Una revisión de la bibliografía existente sobre los resultados (Lambert, Shapiro y Bergin, 1986; Miller y otros, 1997), tal y como muestra el gráfico, sugiere que el 30% de los cambios observados responden a los factores comunes (de relación). Los

factores comunes son las similitudes que existen entre las distintas terapias independientemente de su orientación teórica. Los aspectos técnicos, específicos de cada orientación, son responsables del 15% de los resultados positivos. El mismo porcentaje de éxito se debe a factores de placebo/expectativas (mejora producida como resultado de que el cliente se sabe bajo tratamiento).



*Fuente:* Lambert, 1992.

FIGURA 1. El cambio en la terapia.  
Factores que influyen en un resultado satisfactorio

Un 40% de los resultados positivos depende de las variables extraterapéuticas (del cliente), factores que forman parte del cliente y de su ambiente y que contribuyen al cambio independientemente de la participación del cliente en la terapia (Lambert, 1992).

Aunque en un principio nos fue difícil reconocer que la efectividad tenía poco que ver con el ingenio de la teoría o las maravillas de la técnica, finalmente aceptamos los datos que demostraban que la contribución del cliente constituye el aporte más significativo al éxito terapéutico, seguido de ciertos factores comunes (Miller y otros, 1997). Nuestras teorías favoritas resultaron ser menos significativas para el proceso de cambio de lo que nos habían hecho creer. Una conclusión cínica que quizá se pueda extraer ante esta evidencia empírica de que los modelos terapéuticos sólo influyen de manera modesta en el resultado, es que un buen marketing puede llegar a superar unos datos

malos. El bombo publicitario de lo nuevo, mejorado o simplemente diferente oscurece desafortunadamente lo que ya existe y que, por cierto, suele ser mucho más consecuente con la manera en que la gente cambia en el transcurso de la terapia (Miller y otros, 1996).

Por lo tanto, nuestra idea de tratamiento eficiente combina el valor de la brevedad y el deseo de efectividad. La terapia eficiente es la que quita importancia, pero no elimina, a la teoría para dar relevancia a la perspectiva del cliente, aplica activamente los resultados de la investigación y los factores curativos conocidos y maximiza la participación del cliente en todas las fases del tratamiento.

### **El cliente como veterano**

Trabajar con casos imposibles o con sujetos que han pasado por tratamientos sin conseguir resultados satisfactorios puede relacionarse con muchos *descriptores*, como normalmente sucede, pero nosotros preferimos referirnos a esos sujetos que han seguido una terapia y por cualquier razón no han tenido éxito como *veteranos*. Son veteranos en la lucha por una vida mejor. Nos muestran las cicatrices de esa batalla por el cambio de diferentes maneras, desde la desesperanza a la hostilidad con relación al tratamiento. Desafortunadamente, esos veteranos de la tristeza han sido frecuentemente maltratados por el sistema sanitario y perciben a los terapeutas como personas que no tienen en cuenta sus deseos, no dan crédito a su malestar e incluso no se creen sus desgraciadas historias. Como los veteranos de las contiendas militares, están cansados de tanta batalla, se muestran muy cautelosos y, con bastante frecuencia, están malhumorados. También, como los ex combatientes, tienen muchas historias que contar.

Este libro trata de sus historias de tragedia y triunfo. Son ellos y no los terapeutas los protagonistas de dramas auténticos.

Nosotros sólo desempeñamos papeles secundarios. Este libro no se inventa historias acerca de conquistas clínicas basadas en la sabiduría teórica o en la pericia técnica del terapeuta; nuestro volumen no le convertirá en un terapeuta más inteligente en ese sentido.

De Shazer describe contundentemente la desafortunada tendencia que tienen los terapeutas a glorificar su contribución al éxito (excluyendo así al cliente) comparando los relatos de los éxitos mágicos de Erickson con los poderes de ficción de Sherlock Holmes:

Entonces caí en la cuenta de que las historias de Erickson, el inteligente, como las de Sherlock Holmes, en realidad dejaban de lado al resto de los personajes, particularmente a los clientes. A veces, se olvida que esos otros personajes, como el inspector Lestrade, son muy importantes para la historia, no sólo figuras de recortable. En el caso de Erickson no tenemos ni idea de cuál ha sido su contribución al logro terapéutico [...] la terapia inteligente exige que clientes y terapeutas trabajen juntos de manera inteligente (1994, págs. 33-34).

Para que la historia del cliente sea siempre la auténtica protagonista de nuestros relatos, insertaremos, siempre que sea posible, sus propias palabras, incluida su valoración sobre lo que le resultó o no de ayuda. Uno de nuestros cuatro objetivos explícitos es respetar e ilustrar la contribución del cliente en el resultado positivo de la terapia.

Las características de los veteranos cuyos tratamientos expone este libro justifican algunos comentarios adicionales. Todos los casos tratados fueron diagnosticados por anteriores terapeutas y nosotros respetamos tales diagnósticos. Nuestro trabajo con estos veteranos se centró en encontrar nuevas vías de tratamiento, y por eso no hemos querido hacer demasiado hincapié en el diagnóstico diferencial. Podríamos habernos visto tentados de criticar la perspicacia diagnóstica de esos clínicos, pero para no-

sotros los casos que exponemos representan, sobre todo, el fracaso del proceso terapéutico y la exasperación de los anteriores terapeutas.

Todos los casos expuestos en este libro son reales. Sólo hemos alterado algunos nombres y cierta información que podría contribuir a identificar a sus protagonistas. Los diálogos proceden de transcripciones literales tomadas de sesiones grabadas en vídeo. Por supuesto, las hemos condensado por cuestiones de espacio y claridad, pero no se han cambiado las palabras del cliente ni del terapeuta.

Los pasajes incluidos ilustran los puntos principales sobre los que trata este libro. No intentan representar todo lo que sucedió durante el tratamiento. Los clínicos experimentados saben que la terapia no es siempre estimulante o productiva. No es nuestra intención presentarla así. Lo que mostramos sucedió tal como se lee, aunque se debe tener en cuenta que también ocurrieron otras cosas, tales como conversaciones irrelevantes, preguntas y comentarios del terapeuta que no condujeron a nada y discusiones que sólo se pueden describir como poco relevantes.

Finalmente, si los casos parecen ajustarse a nuestro enfoque perfectamente, es porque nuestro estilo y método emergieron de ellos; nuestra experiencia clínica conformó nuestro enfoque, no al revés.

### **Cambiar las normas: de la imposibilidad a la impracticabilidad**

Nos gustaría que el lector considerase la posibilidad de tratar al veterano de la terapia permitiendo que su marco de referencia (el del cliente) guíe nuestras acciones. Dentro del cliente hay una teoría del cambio que espera ser descubierta, un marco de referencia para la intervención que puede ser utilizado de forma que obtengamos un resultado satisfactorio. Cada cliente se presenta ante el terapeuta con una nueva teoría, con un nuevo lenguaje

que éste debe aprender y practicar, con nuevas aplicaciones de intervención. La psicoterapia es, entonces, una síntesis única de ideas que produce, una y otra vez, nuevas teorías con validez explicativa y predictiva para las circunstancias específicas del cliente. Este libro enseña cómo aprender de la teoría del cambio del cliente, cómo acomodar la terapia a esa teoría como vía de escape de la imposibilidad. Creemos que tal dirección cambia las situaciones imposibles y las convierte en impracticables.

Al reivindicar este estilo centrado en el cliente, no estamos condenando ninguna teoría ni intentamos lanzar dardos envenenados contra aquellos enfoques que planteen métodos particulares de tratamiento para casos difíciles. Esos enfoques se han ganado su crédito y han encontrado un lugar en el repertorio del clínico bien informado. Recuerde que nosotros afirmamos que no es la teoría, ni el terapeuta, ni el cliente quienes crean la imposibilidad, sino ciertos caminos que conviene dejar de lado. No es nuestra intención ganarnos adversarios para reforzar nuestro enfoque a expensas de una crítica sesgada y simplificada en exceso de enfoques basados más bien en la teoría. Sí es nuestra intención, sin embargo, contrastar un punto de vista tradicionalmente dirigido por la teoría con el enfoque que presentamos aquí. Que sea el lector quien saque sus propias conclusiones acerca de las ventajas y desventajas de ambos enfoques.

### **Cómo está organizado este libro**

Este libro intenta poner de actualidad la idea poco convencional de tomar el marco de referencia del cliente como teoría del cambio. Se trata, pues, de aprender y aplicar ese marco intencionalmente para construir la mejor oportunidad posible de obtener un resultado positivo. Hemos creído que tal punto de vista resultaría más interesante e influyente si usáramos aquellos casos que ponen a prueba a los clínicos o los que sencillamente se consideran intratables. Sin embargo, deseamos aclarar que la

imposibilidad no es ningún requisito para considerar que la visión del mundo del cliente es superior a la nuestra. En el capítulo 2 ofrecemos un argumento convincente a favor de un enfoque terapéutico que reste protagonismo a la teoría y busque deliberadamente el aprovechamiento de las poderosas fuerzas productoras de cambio que contiene la percepción del cliente de la alianza terapeuta/cliente. El capítulo 2 también define la *acomodación* como el principal estilo de este enfoque. El capítulo 3 presenta los principios generales susceptibles de utilizarse en esos casos que nos producen escalofríos y proporciona los pasos pragmáticos para evitar caer en la práctica que hemos descrito en el capítulo 1. Los capítulos 4 y 5 describen un formato para aproximarse a la imposibilidad y detallan la metodología específica para elevar el marco de referencia del cliente a una posición en la que sirva de guía para la acción terapéutica. En los siguientes capítulos, presentaremos a un destacado grupo de veteranos de la terapia. Los capítulos 6, 7 y 8 incluyen tres casos imposibles (trastorno de identidad disociativa [personalidad múltiple], trastorno delirante [paranoia] y trastorno de personalidad límite). Para proporcionarle al lector un punto de vista alternativo, cada capítulo se acompaña de una muestra de lo que la terapia convencional diría acerca del caso y el tipo de tratamiento que propondría. Después, para comparar, presentamos nuestro propio tratamiento. El capítulo 9 resume nuestros principales puntos de vista a través de la presentación del «caso fallido» que nos enseñó más acerca de la imposibilidad. Ese mismo capítulo concluye nuestra exposición con una evaluación de los enfoques basados en la teoría frente a aquellos basados en el cliente.