

## LA RESISTENCIA EN PSICOTERAPIA: EL PAPEL DE LA REACTANCIA, LA CONSTRUCCIÓN DEL SÍ MISMO Y EL TIPO DE DEMANDA\*

Guillem Feixas Viaplana<sup>1</sup>  
Vicente Sánchez Rodríguez<sup>2</sup>  
Esteban Laso <sup>1</sup>  
Gregorio Gómez-Jarabo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos,  
UNIVERSIDAD DE BARCELONA.

<sup>2</sup> UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

### RESUMEN

*El presente artículo intenta explicar por qué algunos clientes parecen mostrar más resistencia al cambio en psicoterapia que otros. La resistencia, como fenómeno clínico, sigue desconcertando a los terapeutas ya desde la época de Freud. ¿Por qué los clientes parecen resistirse a la persona que les intenta ayudar? ¿Por qué sabotean sus mejores esfuerzos para lograr un cambio que mejoraría sus vidas? En este trabajo se centra en algunas variables que podrían estar implicadas en la resistencia: la reactividad*

---

Correspondencia: 1) Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Universidad de Barcelona. Dirigir correspondencia a Paseo Vall d'Hebron, 171, 08035 Barcelona. Guillem Feixas Viaplana<sup>1</sup> (gfeixas@psi.ub.es). Esteban Laso <sup>1</sup> (stifen@santandersupernet.com) 2) Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Psicología, Ciudad Universitaria Cantoblanco, 28049 Madrid. Vicente Sánchez Rodríguez<sup>2</sup> (vsanchez@netvigador.com). Gregorio Gómez-Jarabo<sup>2</sup> (gregorio.gomez@uam.es).

\* Los autores agradecemos los comentarios del revisor(a) anónimo del manuscrito que han permitido mejorar substancialmente su calidad y claridad.

*psicológica, el perfil de construcción del sí mismo, y el tipo de demanda de ayuda con la que acude el cliente. Se presentará un estudio empírico llevado a cabo en una muestra de pacientes para verificar si estas variables están relacionadas o no con la resistencia al cambio en psicoterapia.*

**Palabras clave:** RESISTENCIA, REACTANCIA, TIPO DE DEMANDA, PERFILES DE CONSTRUCCIÓN DEL SÍ MISMO, TÉCNICA DE REJILLA.

## SUMMARY

*This paper explores the issue of why some clients seem to be more resistant to change in psychotherapy than others. Resistance, as a clinical phenomenon, continues to puzzle therapists since it was identified by Freud. Why clients seem to resist the person that tries to help them? Why they sabotage their best efforts to achieve a change that would improve their lives? In the present work several variables that may have influence in the client's resistance to change are considered. These variables are psychological reactance, the self-construction profile and the type of complain the client expresses when consulting for psychotherapy. An empirical study with a clinical sample is presented to ascertain whether or not the mentioned variables are related with resistance to change in psychotherapy.*

**Key words:** RESISTANCE, REACTANCE, COMPLAIN, SELF-CONSTRUCTION PROFILES, REPERTORY GRID TECHNIQUE

## 1. LA RESISTENCIA COMO FENÓMENO CLÍNICO

La resistencia al cambio personal ha sido ampliamente reconocida. Los antiguos filósofos, como Confucio, Buda, Epícteto, Séneca y Marco Aurelio ya señalaron que las personas que voluntariamente tratan de aliviar sus problemas psicológicos a menudo resisten los mejores esfuerzos, propios y ajenos, por cambiar.

La noción de *resistencia* no se originó en el ámbito de la psicoterapia, sino que surgió en diferentes contextos relacionados con la

física, biología y medicina. La resistencia al cambio en psicoterapia ha sido considerada desde sus inicios como un ejemplo de conducta paradójica y autodestructiva. Freud, el primero en ofrecer la primera teoría formal sobre la resistencia en psicoterapia, se sorprende de que el mismo paciente que viene a terapia está librando una lucha para mantener su enfermedad. Introdujo el término "*Widerstand*" en los *Estudios sobre la Histeria* (1895), para referirse a determinados hechos clínicos que se oponen a la mejoría del paciente. Para Freud la resistencia se basa en la represión de contenidos amenazantes. Esto se hace patente en la incapacidad para seguir la *regla básica*, es decir, que el paciente diga todo lo que le viene a la mente, sin censurarlo. Freud se da cuenta de que el paciente por una razón o por otra no sigue esta consigna, y para él esto es una clara muestra de resistencia. La resistencia, así entendida, se ha convertido en uno de los pilares de la práctica psicoanalítica, en un fenómeno inevitable y necesario. Por el hecho de representar una especie de emblema para este modelo, otros modelos han prestado poca atención a este fenómeno quizás para poderse diferenciar del psicoanálisis.

Las terapias fenomenológicas, como por ejemplo, la terapia centrada en el cliente, la terapia gestáltica, y las terapias existenciales, han reconocido la importancia del fenómeno clínico de la resistencia al cambio, aunque su relevancia ha sido distinta que en el psicoanálisis. Como dice Streaan (1990):

*"Parece que cuando el inconsciente no es considerado como determinante de las actitudes, síntomas y conductas del cliente, la resistencia no es considerada como una dimensión crucial de la conducta. Particularmente si los impulsos agresivos y sexuales no son considerados como determinantes, la noción de resistencia pierde importancia."*  
(p. 40)

La terapia centrada en el cliente de Rogers (1959) reconoce la presencia de defensas en la persona que impiden su pleno funcionamiento y que limitan su progreso terapéutico, aunque el término resistencia aparece pocas veces. Para la terapia gestáltica, la resistencia se manifiesta en que una parte de la personalidad se resiste a aceptar a la otra. En las terapias existenciales, la resistencia tiene un papel central, y se la concibe como los patrones de fun-

cionamiento que impiden que la persona sea auténtica. Estos patrones se manifiestan en terapia como una fuerza opuesta al cambio, pero son los mismos que exhibe la persona en su vida normal.

La terapia de conducta, que por su orientación teórica es radicalmente opuesta al psicoanálisis, no reconoció inicialmente el fenómeno clínico de la resistencia al cambio en terapia. Posteriormente, una serie de hechos clínicos han llevado a reconsiderar esta posición, como por ejemplo que el paciente no lleve a cabo los registros ni otros trabajos asignados para casa, no quiera hacer un *role playing*, no coopere en la construcción de una jerarquía para una desensibilización sistemática, o bien que no quiera hablar de sus problemas personales. Sin embargo, la resistencia al cambio es entendida en la terapia de conducta de modo distinto al psicoanálisis. Se trabaja tratando de identificar las fuentes de resistencia o *locus* de resistencia, que impiden que el tratamiento progrese adecuadamente. En muchos casos, la resistencia al cambio es conceptualizada como *no-adherencia* (Meichenbaum y Turk, 1987) al tratamiento o a las prescripciones que el clínico ofrece a su cliente.

Las terapias cognitivas de corte racionalista también hacen especial hincapié en el papel autofrustrante de la conducta resistente, puesto que los pacientes hacen cosas que les perjudican y que aparentemente van en contra de lo que explícitamente desean o se proponen. La resistencia al cambio se manifiesta en autodeclaraciones que bloquean al paciente para que se produzca el cambio. Según Dryden y Trower (1989), estas autodeclaraciones son pensamientos conscientes del tipo “no puedo cambiar”, “este problema no tiene solución”, “va a ser demasiado costoso”, etc. Ellis (1985) afirma que ciertas ideas irracionales (o ciertos *deberías*) son las responsables de que no se produzca el cambio, y entiende que la resistencia en psicoterapia es una expresión de la estupidez universal de la especie humana.

Por su parte el modelo sistémico, especialmente su vertiente más clásica centrada en la pragmática de la comunicación, concibe la resistencia como una tendencia del sistema a mantener el *status quo* (homeostasis). Según este modelo, la interacción familiar se estructura de acuerdo con unas reglas y parámetros que tienden a ser constantes de forma que los cambios que desafían dichas reglas

pueden generar resistencia no sólo por parte del portador del síntoma sino también por parte de los demás miembros de la familia.

Como hemos podido ver en este rápido recorrido, las distintas orientaciones terapéuticas reconocen que el proceso de cambio personal es complejo y se enfrenta con dificultades. Cada orientación, de acuerdo con sus presupuestos teóricos, reconoce y construye el fenómeno de la resistencia al cambio haciendo hincapié en ciertos aspectos y desestimando otros. Es decir, no hay simplemente conductas de resistencia del paciente, sino que el terapeuta cumple un papel fundamental a la hora de construir un cierto comportamiento como "resistente". Como afirma Fransella (1989), "el concepto de resistencia en terapia significa cosas variadas, cada una depende de los presupuestos teóricos en que se base el clínico" (p. 14).

Hemos de aceptar, por tanto, que cuando hablamos de resistencia, cada teórico tiene su peculiar idea sobre el tema, y que es difícil reducirlo a una expresión unívoca para todas las orientaciones de psicoterapia. Se puede entender, por tanto, la resistencia como una construcción teórica, y a veces personal, del terapeuta.

## 2. LA RESISTENCIA COMO CONSTRUCCIÓN DEL TERAPEUTA

Las terapias constructivistas (Feixas y Villegas, 2000; Neimeyer y Mahoney, 1995) han destacado el papel del terapeuta en el etiquetado de una conducta como *resistencia*. Leitner (1985) afirma que términos como *resistencia* y *defensa* pueden ofrecer al terapeuta 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. Rosen (1991), terapeuta neopiagetiano, asegura que en un gran número de veces lo que se construye como resistencia al tratamiento terapéutico puede ser mejor entendido como un desajuste entre la intervención terapéutica y el estadio estructural de desarrollo del paciente. Kegan (1994) hace una crítica de la resistencia en terapia

cuando se la considera como oposición del cliente al tratamiento. Asegura que ciertas demandas de autoconocimiento no están al nivel de todos los pacientes, de modo que cuando un paciente no ofrece cierto tipo de material, no significa necesariamente que sea resistente.

Para los conductistas Lazarus y Fay (1982), el concepto de *resistencia* es, posiblemente, la más elaborada racionalización que emplean los terapeutas para explicar sus fracasos terapéuticos. Según estos autores, es necesario separar la resistencia como explicación de los resultados negativos, de la resistencia como fenómeno clínico en sí. Etiquetando toda conducta de no-adhesión como *resistencia* se evita la tarea esencial de esclarecer los antecedentes específicos y los factores que mantienen las conductas de no cooperación en contextos específicos. La terapia sistémica también reconoce que en ocasiones se etiqueta como *resistentes* a ciertas familias para explicar los pobres resultados terapéuticos o su peor pronóstico (McCown y Johnson, 1993).

Si atendemos a la vivencia del cliente en este proceso veremos que es radicalmente diferente a lo que construye el terapeuta. Como afirma Kirkmayer (1990) la metáfora de la resistencia encubre el conflicto entre la experiencia del cliente de que no puede cambiar, y la presunción del terapeuta de que en realidad no quiere cambiar. El terapeuta que etiqueta la conducta de un cliente como "resistente", atribuye intencionalidad al cliente, mientras que la experiencia del cliente suele ser de impotencia y de falta de control. El contraste entre la experiencia del cliente de "no poder" cambiar y el juicio del terapeuta de que "no quiere" cambiar conlleva, además, la consecuencia moral de que el cliente es responsable de su propia miseria.

La resistencia se imputa a menudo únicamente en base a la incapacidad del cliente para mejorar (Lazarus y Fay, 1982). Lo cual hace que la persistencia del síntoma y la resistencia psicoterapéutica sean idénticas por definición. Sin embargo, existen otras muchas razones por las cuales el síntoma persiste, y pocas veces tienen que ver con la oposición de los clientes a la psicoterapia. El término "resistencia" implica que la ausencia de cambio surge de la oposición activa del paciente a la influencia terapéutica. Pero los clientes raramente se experimentan a sí mismos como oponiéndose a las

intervenciones de los terapeutas. Es precisamente la falta de control lo que lleva a la gente a verse como problemáticos y a buscar ayuda (Kirkmayer, 1990).

Cuando el terapeuta etiqueta al paciente como "resistente" se asume que lo que él considera que ha de cambiar en el paciente es lo correcto, y que el cliente que no acepta esta construcción y responde pasivamente a las indicaciones del terapeuta porque es testarudo o perverso (Botella y Feixas, 1998; Feixas y Villegas, 2000; Winter, 1992). Este planteamiento pertenece a una corriente epistemológica que sitúa al terapeuta en una posición de poder que le permite determinar lo que es correcto o adaptado y lo que no. Sin embargo, el terapeuta constructivista entiende que su tarea es de *co-creador* de significado con el cliente, no de poseedor privilegiado de "la Verdad". Como explica Leitner (1985), 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 debería ser sensible y acercarse cuidadosamente a la comprensión de la integridad, unicidad y temores del núcleo interno de cada cliente. De este modo, el terapeuta, además de curar un síntoma, puede tener la oportunidad de aproximarse a otra vida humana.

Las teorías constructivistas no consideran a la "resistencia" como un fenómeno especial, como una categoría predictora de conductas del cliente: la resistencia no existe más que como constructo del terapeuta (Feixas y Villegas, 2000). Pero, por otro lado, no ignoran los fenómenos que la psicoterapia tradicional ha etiquetado como "resistencia" puesto que destacan la necesidad de autoprotección de los seres vivos, que en el caso del ser humano significa preservar su identidad. Mahoney (1991) utiliza como metáfora la disposición anatómica de los mamíferos que han desarrollado estructuras para proteger el corazón, sistema nervioso central y pulmones. En seres más complejos con capacidades simbólicas esta función protectora requiere la continuidad del ordenamiento de su experiencia, la perpetuación de valores (sobre todo en la experiencia emocional) y el mantenimiento de algún sentido de control. Desde este punto de vista, la "resistencia" al cambio no es fenómeno especial ni una expresión de patología, sino el reflejo de procesos auto-

organizativos básicos al servicio de las necesidades fenomenológicas del individuo (p. ej., sentirse seguro y viable) como procesos coherentes con su sentido de identidad (Botella y Feixas, 1998; Feixas y Villegas, 2000).

Cuando tenemos en cuenta esta necesidad de autopreservación, podemos entender que el cambio significativo, incluso si es deseable, no sea fácil ni simple. Leitner y Standiford (1993) han considerado el fenómeno de la "resistencia" como la necesidad de proteger los constructos nucleares de la persona. Kelly (1955) propone 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. Esto explica su ambivalencia con respecto al cambio, que otras perspectivas tiñen de negativo y que se manifiesta en actitudes y conductas etiquetadas como "resistencia". Desde una perspectiva constructivista, no se considera la "resistencia" como un enemigo, sino como un aliado con el que hay que colaborar, aceptando los sentimientos ambivalentes como oscilaciones naturales. Cuando la "resistencia" se manifiesta en terapia, el terapeuta puede aliarse con ella, y reconocer que en esos momentos el cliente está viviendo experiencias que resultan amenazantes para su sentido de identidad, y que tales actitudes "resistentes" responden a la activación de sus recursos autoprotectores.

### 3. EL PERFIL DE CONSTRUCCIÓN DEL SÍ MISMO

Las teorías constructivistas son una alternativa a las posiciones objetivistas que pretenden que el conocimiento humano es una copia de la realidad externa. Siguiendo la tradición kantiana, una premisa básica de la epistemología constructivista es que las asunciones del individuo dirigen su conocimiento (Kelly, 1955; Frank, 1961; Hayek, 1952). Estos autores aseguran que las personas tenemos un modelo abstracto que proyectamos sobre el universo estimular, es lo que Hayek (1952) denomina el *mapa del individuo*. Este mapa cognitivo es determinante de la percepción y de la interpretación estimular, de modo que restringe la capacidad de asimilación de la experiencia

a los esquemas clasificatorios previos. La TCP es uno de los enfoques constructivistas que más ha elaborado la influencia de estos esquemas o constructos en la actividad humana y el cambio. En palabras de Feixas y Villegas (2000):

*“Para Kelly el individuo no se determina por los acontecimientos de la vida, ni mucho menos por las vicisitudes de la pulsión, sino por la forma como los construye y ésta depende del punto de vista supraordenado del individuo... Un constructo supraordenado, en cambio, prohíbe aquellas construcciones subordinadas que son incompatibles, pero no indica cuál ha de ser la construcción compatible que debe actualizarse. En este sentido, el control supraordenado representa una necesidad indispensable sin la que nos veríamos obligados a una generación caótica e infinita de construcciones hipotéticas.” (p. 62-63)*

Una de las construcciones personales más centrales es el autoconcepto, o lo que Feixas y Cornejo (1996) denominan el *patrón de construcción del sí mismo*. Consideran que el tipo de construcción que tiene el cliente de sí mismo influye en la posibilidad de reconstrucción de su mundo de significados, que es lo que pretende la psicoterapia. Teniendo en cuenta que todo conocimiento es autorreferencial (Guidano, 1987; 1991), entendemos que ciertos patrones de construcción son más viables que otros para emprender la reconstrucción personal que busca la psicoterapia, y que, por el contrario, con clientes que presentan otros patrones pueden aparecer fácilmente aquellas dificultades que los clínicos suelen etiquetar como “resistencia” al cambio.

Los patrones de construcción del sí mismo que se han identificado dentro del marco de la TCP se detectan mediante la técnica de la rejilla (véase más adelante, 6.2.1). Se trata de perfiles basados en el tipo de correlación entre los elementos *yo actual*, *yo ideal* y el resto de elementos (*otros*). Según las diversas combinaciones que surgen entre sí, se obtienen perfiles diversos de construcción del sí mismo, tal como se expone en la tabla 1. No todas las posibles combinaciones entre *yo actual-yo ideal*; *yo actual-otros*; *yo ideal-otros*, son tomadas en cuenta. Feixas y Cornejo (1996) sólo eligen aquellas combinaciones que tienen mayor sentido clínicamente.

**Tabla 1.- Patrones de construcción del sí-mismo propuestos por Feixas y Cornejo (1996)**

Perfil de construcción del sí mismo	Correlación YO-ACTUAL/IDEAL	Correlación YO-ACTUAL/OTROS	Correlación YO IDEAL/OTROS
Positividad	+	+	+
Superioridad	+	-	-
Negatividad	-	+	-
Aislamiento	-	-	+
Resentimiento	-	-	-

Es importante destacar que para saber cómo se construye el sí mismo no se tiene en cuenta únicamente al *yo actual*; ni siquiera sólo su correlación con el *yo ideal*. Se entiende que el sí mismo tiene una intrínseca dimensión social, y por eso es necesaria su correlación con los *otros* (tal como los percibe el propio sujeto). Con esto se quiere subrayar que nos construimos con relación a nuestro mundo significativo. De tal manera que la semejanza autopercibida con los otros, la singularidad o el aislamiento, por ejemplo, aportan una dimensión esencial a la construcción del sí mismo.

El *perfil de positividad* se presenta cuando las correlaciones *yo actual-yo ideal*; *yo actual-otros*; *yo ideal-otros*, son todas positivas. Representa una visión globalmente positiva de sí mismo y de los otros, donde aparentemente el conflicto no tiene cabida. En general, es un perfil del sí mismo saludable, pero cuando no se corresponde con un bienestar psicológico requiere trabajar con el cliente para aclarar esta discrepancia.

El *perfil de superioridad* supone una correlación positiva *yo actual-yo ideal*; y correlaciones negativas *yo actual-otros*; *yo ideal-otros*. Es decir, la persona se siente adecuada consigo misma, puesto que se asemeja a su ideal. Por el contrario, los otros no se asemejan a su ideal, ni tampoco a su yo actual. Como dicen Feixas y Cornejo (1996), este perfil puede darse en personas que buscan la aproba-

ción mediante el contraste con los demás. Sin perjuicio de estas connotaciones peyorativas, también puede significar un momento de exaltación de uno mismo, de competencia y de seguridad. O bien, simplemente, que la persona se halla rodeada de gente que no merece su aprobación.

El sujeto con un *perfil de negatividad* se siente inadecuado respecto a su ideal, y semejante a los otros, que tampoco correlacionan con el ideal. Es decir, yo estoy mal, pero como todo el mundo. Supone una actitud pesimista, pero no necesariamente acompañada por gran sufrimiento. Le queda, al menos, el consuelo de verse como los otros. Pero, como dicen Feixas y Cornejo, "esta visión negativa de sí mismo y de los demás, especialmente si se da con constructos cuyo contenido revela una fuerte minusvaloración, puede indicar un estado de depresión, con poca motivación para el cambio, y con la creencia de que la vida es inevitablemente trágica." (1996, p. 52).

Cuando las correlaciones entre *yo actual-yo ideal* y *yo actual-otros* son negativas, y además la correlación entre *yo ideal-otros* es positiva, el sujeto vive un sentimiento de dolor intenso, propio de un *perfil de aislamiento*. A la baja autoestima se suma la creencia de que los otros son adecuados (al correlacionar positivamente con el ideal), siendo el propio sujeto el único inadecuado, lo que suele reflejarse en la sensación de ser un "bicho raro" o similar.

El *perfil de resentimiento* es semejante al anterior en las correlaciones *yo actual-yo ideal* y *yo actual-otros*, pero a diferencia del anterior, la correlación *yo ideal-otros* es negativa. Se podría interpretar como que aunque yo estoy mal, y soy diferente de los demás, también los otros están son inadecuados. Se plantea la posibilidad de que la persona albergue sentimientos de rencor o resentimiento hacia los otros, o que les haga responsables de su malestar.

La autoconstrucción del paciente va a influir en la capacidad de reconstruir su mundo personal significativo, que es el objetivo de la psicoterapia. Por lo cual, uno de los objetivos del presente estudio es mostrar que ciertos perfiles de construcción del sí mismo van a originar más resistencia al cambio que otros. Expondremos más adelante, en el apartado de hipótesis, de qué modo prevemos que ciertos patrones de construcción del sí mismo se relacionan con la resistencia del cliente en psicoterapia.

#### 4. LA RESISTENCIA EN LA PSICOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD: LA REACTANCIA

Otra forma de entender las dificultades para el cambio en psicoterapia ha sido la aplicación de la teoría de la reactancia psicológica, surgida en el ámbito de la psicología social (Brehm, 1966; Brehm y Brehm, 1981). La *reactancia psicológica* hace referencia al hecho de que cuando los individuos percibimos que se eliminan nuestras libertades, o que son amenazadas, experimentamos el deseo de recuperarlas.

Thomas Dowd y sus colaboradores (Dowd, 1989, 1993; Dowd, Milne y Wise, 1991; Dowd y Wallbrown, 1993; Dowd y Seibel, 1994) afirman que el concepto de *reactancia psicológica* puede ser de utilidad para explicar, como variable personal continua, las diferencias de los clientes en cuanto a la adhesión a la terapia. Estos autores aseguran que en el ámbito clínico, tanto de la salud física como mental, las situaciones susceptibles de producir reactancia son múltiples. Para empezar, el propio trastorno físico o mental es una amenaza a la libertad individual percibida, puesto que supone restricciones en el control personal de la conducta. Por otro lado, el contexto terapéutico es un ámbito regulado, con normas de funcionamiento precisas. El tratamiento es administrado por un "experto", una figura de autoridad que, con mayor o menor sutileza, impone una definición de las cosas. El médico o terapeuta "exige" que se lleve a cabo un tratamiento, que se cumplan unas tareas, que se tome la medicación prescrita, etc. Incluso en el mejor de los casos, cuando los tratamientos han sido decididos de mutuo acuerdo, puede producirse reactancia, en cuanto que la libertad de decisión personal se ve limitada.

En la formulación de Brehm (1966), y Brehm y Brehm (1981), la reactancia se concibe como un estado motivacional producido por las características situacionales. A pesar de la posición inicial de Brehm, Dowd y sus colaboradores, al aplicar la teoría al ámbito clínico, han intentado evaluar las diferencias individuales en la adhesión de los pacientes al tratamiento. Ellos afirman que el hecho de que se haya identificado la presencia del fenómeno de la reactancia en la clínica sería de poca utilidad si no somos capaces de evaluarlo.

Con este fin, Dowd *et al.* (1984) han diseñado la *Therapeutic Reactance Scale* (Escala de Reactancia Terapéutica, ERT), que permite medir las diferencias individuales en el nivel de reactancia, con lo cual el terapeuta puede utilizar esta información para su estrategia terapéutica.

En un estudio realizado por Dowd y Wallbrown (1991) intentaron mostrar el patrón de motivación que pudiese dar cuenta de la reactancia psicológica. Para ello utilizaron la ERT y el *Personality Research Inventory* (Jackson, 1984), como medida de la personalidad. Encontraron una correlación positiva entre las medidas de reactancia y las necesidades de agresión, cambio, exhibición, autonomía, defensa, dominancia e impulsividad; y una correlación negativa con las necesidades de proporcionar cuidados, de afiliación y de rebajarse.

También se ha intentado encontrar la relación entre reactancia y *locus de control*. Los estudios iniciales de Brehm y Brehm (1981) mostraban una relación entre reactancia y locus de control *interno*. Sin embargo, en estudios posteriores (Mallon, 1992), se ha encontrado una relación entre reactancia y locus de control *externo*. Será necesaria más investigación para resolver esta cuestión, pues como concluyen Pelechano, Peñate y Rodríguez (1997):

*“La determinación de los contenidos y sus relaciones con variables básicas de personalidad se encuentra escasamente desarrollado y existen muchas lagunas con respecto a qué variables (factores) componen la reactancia psicológica, cuáles son sus relaciones con variables básicas de personalidad y cuáles son sus compromisos con el nivel de consolidación de las características personales.”* (p. 321)

Dowd y Seibel (1994) afirman que “la reactancia psicológica es una variable de diferencias individuales que media la respuesta del cliente a la influencia del terapeuta: cuanto mayor sea el potencial de reactancia, mayor será la posibilidad de no-adherencia a la terapia” (p. 14). En otro trabajo, Dowd (1993) asegura que un constructo central de la persona reactiva parece ser “¡Tengo que oponerme a ti para ser yo!”. Según esta premisa, podemos entender que un individuo con un elevado nivel de reactancia puede hacer muy difícil la relación de colaboración que se requiere en la terapia. Según el

autor anterior, la identidad de los individuos muy reactantes depende de la resistencia a la influencia externa, puesto que la nueva información se percibe como “no yo” y les produce un profundo temor.

Podemos concluir diciendo que, según Dowd y sus colaboradores, la *reactancia psicológica* es un constructo teórico que puede explicar la adherencia diferencial de los pacientes en terapia. Aunque inicialmente la variable reactancia fue concebida por Brehm como determinada por la situación, sin embargo Dowd y sus colaboradores consideran que existen diferencias individuales estables que justifican que pueda considerársela como variable de personalidad. De este modo, la reactancia podría evaluarse antes de iniciarse un tratamiento psicológico, y el clínico puede obtener información sobre la posible adherencia de ese cliente al tratamiento.

## 5. EL ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE AYUDA

Otro factor a considerar si queremos estudiar el fenómeno de la resistencia, es la construcción que hace el cliente del trabajo psicológico y lo que quiere obtener de él. Cuando un cliente contacta con los servicios de asistencia psicoterapéutica, trata de satisfacer una necesidad o de resolver un problema. Es decir, el cliente hace una demanda al profesional confiando en que ésta podrá ser satisfecha y que su problema podrá ser resuelto. Este sencillo análisis parece obvio, pero la demanda con la que acude el cliente al psicoterapeuta suele ser más compleja que la que puede recibir otro profesional. Carli (1990) lo expresa de este modo:

*“¿Por qué una persona se dirige al psicólogo clínico? ¿Cuáles son las expectativas con respecto a esta figura profesional, cuál es el proyecto elaborado con el fin de utilizar su competencia? La respuesta a estas preguntas puede parecer obvia en el caso de muchas profesiones, donde se da una relación directa entre necesidades de los usuarios y competencia profesional, y en las que, además, una vez establecida esta ‘relación’, se estructura una modalidad de rapport [sic] y de transacción que está de algún modo fijada por la costumbre, y que no pide ningún tipo de análisis ni de regulación.” (p. 71)*

La falta de contacto y de experiencia con la práctica de la psicoterapia hace que las expectativas de los usuarios sean, en no pocas ocasiones, desajustadas. Por tanto hay autores que postulan como decisiva la importancia de un proceso mutuo de esclarecimiento entre el psicoterapeuta y el cliente sobre los recursos y fines de la psicoterapia. Tanto es así que, para Carli (1990), el análisis de la demanda se convierte en el núcleo central del trabajo psicoterapéutico. Aunque esto pueda ser excesivo, Villegas (1996) afirma que si no se lleva adecuadamente esta etapa preliminar, puede arruinarse el trabajo terapéutico con un determinado cliente:

*"La falta de explicitación de tales presupuestos, la creación de falsas expectativas, la inadecuación de los recursos frente a la naturaleza de la demanda son, con frecuencia, la causa del fracaso o el estancamiento en la psicoterapia."*  
(p. 33)

Una de las funciones del análisis de la demanda es la de definir claramente qué es lo que puede y lo que no puede esperarse de una psicoterapia. Y desde la perspectiva constructivista este es un elemento central. Si el constructivismo concibe la actividad humana en función del significado que la persona (pro)activamente otorga a la experiencia, en lugar de estudiar las condiciones y estímulos ambientales en sí mismos, le interesa entender cómo los construye. En el contexto terapéutico, el primer interés del constructivista, incluso antes de la propia construcción del sí mismo y el problema, es entender qué significado le da a la propia situación terapéutica, qué espera de ella, en qué cree que el terapeuta le puede ayudar, qué es lo que se puede cambiar y lo que no. Y todo esto supone realizar un análisis de la demanda.

Si bien la petición de ayuda se formula en un discurso verbal, lleva implícitas una serie de anticipaciones y expectativas que son las que confieren a la demanda su carácter peculiar. Villegas (1996) se pregunta qué representación mental acompaña a cada petición de ayuda:

*"¿Se espera que el terapeuta tome la iniciativa; que adivine el origen de los problemas y los resuelva; que no haga más que confirmar las opiniones del propio paciente; que le dé la razón aliándose en contra de otros; que satisfaga sus*

*necesidades afectivas; que le ayude a aclarar sus ideas; que le demuestre que nadie puede hacer nada para curarlo; que le escuche, le acepte, le comprenda y le sostenga; que refuerce su personalidad; que le transmita la energía y la motivación que le hacen falta; que consiga que cambie su madre, o que el marido le corresponda amorosamente?" (p. 38)*

El psicoterapeuta hará bien, pues, en explicitar el mensaje que aporta el cliente, como algo preliminar a todo trabajo terapéutico. El tratamiento terapéutico será la respuesta afirmativa a una demanda de ayuda congruente con los planteamientos y recursos de la psicoterapia.

Villegas (1996) ha presentado una clasificación de las posibles modalidades pragmáticas de demanda que puede recibir un profesional de la salud mental que hemos sintetizado<sup>1</sup> en la tabla 2. Creemos que es importante este trabajo de categorización, porque puede ayudar a identificar las demandas que son congruentes con los objetivos psicoterapéuticos. Es necesario, también, identificar qué clases de demandas no pueden ser atendidas, a no ser que se redefinan en términos adecuados a los recursos psicoterapéuticos.

La lógica clínica sugiere que el tipo de demanda con la que se presente el sujeto va influir en la posible aparición de resistencias al tratamiento, en el sentido que detallamos la hablar de las hipótesis, en el siguiente apartado.

## 6. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

La resistencia al cambio en psicoterapia es un tópico que, como hemos visto, ha sido reconocido, descrito y formulado teóricamente,

---

<sup>1</sup> En el trabajo de Villegas (1996) se categorizan diez tipos de demandas. Nosotros las hemos reducido a ocho, debido a que los otros dos tipos restantes (demanda delegada y demanda colusiva) parecían difíciles de ser identificados por los profesionales de la salud mental, por tratarse de demandas que se plantean con poca frecuencia.

Tabla 2.- Tipos de demanda (adaptado de Villegas, 1996)

<b>LA DEMANDA AJENA</b>	En este caso, el motivo de la consulta es poco claro o con escasa motivación para conseguir los objetivos terapéuticos, puesto que la persona viene en función de una tercera para complacerla, hacerla callar u obtener algún beneficio por el hecho de acudir a terapia.
<b>LA DEMANDA CONFIRMATORIA</b>	Tiene como finalidad asegurarse de los propios criterios o decisiones. A diferencia de la anterior, que no suele durar más de una sesión, ésta puede durar incluso meses. El demandante utiliza al terapeuta para convencerse a sí mismo de lo acertado de su posición y, por tanto, no hay espacio para el cambio.
<b>LA DEMANDA MÁGICA</b>	Nos referimos al tipo de demanda que pone en el terapeuta unas expectativas grandiosas sobre su capacidad de curación. El paciente entiende la terapia como algo que milagrosamente le va a resolver sus problemas, sin trabajo por su parte y sin que tenga que enfrentarse a ellos. Según Villegas (1996) existen factores culturales, o del zeitgeist actual, que favorecen las expectativas mágicas.
<b>LA DEMANDA SINTOMÁTICA</b>	Lo que el cliente busca es el alivio o curación de lo que cree ser una enfermedad somática o psicósomática evitando cualquier tipo de confrontación interna. El cliente acude con una serie de síntomas que pueden tomar diversas manifestaciones, pero lo importante es que no suele relacionar sus dolencias con ninguna problemática de tipo psicológico que tenga que ver con él como persona. La petición de ayuda que recibe el psicoterapeuta ha de ser reformulada en términos psicológicos y personales para que pueda ser atendida.

Tabla 2.- continuación

<b>LA DEMANDA INESPECÍFICA</b>	A diferencia de la modalidad anterior, el paciente sí sabe que sus problemas son de naturaleza psicológica, pero no consigue darles una forma operativa, por eso la demanda es muy vaga, manifestando siempre un estado de insatisfacción personal.
<b>LA DEMANDA ESPECÍFICA</b>	El cliente solicita ayuda para resolver su problema personal, o trastorno, ya definido en términos psicológicos o personales. El psicoterapeuta que recibe esta demanda tiene que situarla en el contexto de la vida del cliente si quiere emprender una psicoterapia que vaya más allá de lo sintomático.
<b>LA DEMANDA PERVERSA</b>	Se entiende el término "perversa" en su sentido etimológico, es decir, como desviada. Se considera perversa aquella demanda que tiene por objeto la satisfacción de las necesidades del paciente a través de la psicoterapia o de la relación terapéutica. El objetivo de la psicoterapia no es la satisfacción directa de las necesidades del cliente, sino favorecer que él pueda satisfacerlas por sí mismo en su entorno natural. El paciente, pues, puede pretender encontrar en la relación terapéutica la respuesta a sus necesidades de afiliación (demanda de apego), sexuales o de poder.
<b>LA DEMANDA VICARIA</b>	Ocurre con cierta frecuencia que el cliente que acude a buscar ayuda terapéutica no lo hace para resolver sus propios problemas, sino porque está preocupado por una tercera persona. El objetivo de la demanda, por tanto, es provocar la implicación del terapeuta en para tratar a un familiar o amigo del demandante.

pero que apenas ha sido estudiado empíricamente<sup>2</sup>. Este es nuestro propósito en el presente trabajo. En particular, pretendemos estudiar la resistencia al cambio en psicoterapia desde la *perspectiva constructivista*. La resistencia en el constructivismo se entiende como una exigencia de autoprotección cuando la persona se ve expuesta a cambios demasiado rápidos o demasiado profundos. Desde esta perspectiva la resistencia al cambio en psicoterapia no tiene las connotaciones patológicas o peyorativas que aparecen en otras orientaciones.

Para llevar a cabo el objetivo que nos hemos propuesto, hemos identificado una serie de variables que consideramos relevantes y que hipotetizamos que están relacionadas con el fenómeno clínico de la resistencia al cambio en psicoterapia. Reconocemos, sin embargo, que estas variables son sólo algunas formas de operacionalizar la perspectiva constructivista sobre la resistencia, y que podrían encontrarse otras formas de traducción empírica, sobre todo en base a un análisis más cualitativo. Por otro lado, hemos incluido también una variable clásica, la reactividad, como elemento de contraste o medida adicional, con el fin de estudiar su peso específico en el fenómeno de la resistencia tal como la medimos en este estudio.

A continuación exponemos sintéticamente las hipótesis que han guiado nuestro estudio:

---

2 La resistencia al cambio en psicoterapia es un tópico que, como hemos visto, ha sido reconocido, descrito y explicado teóricamente, pero que apenas ha sido estudiado empíricamente. Ciertamente, ha sido la orientación psicoanalítica la que más literatura sobre la resistencia ha generado, sin embargo, no ha existido una preocupación por abordarla desde una perspectiva empírica. Otras orientaciones, como la cognitivo-conductual, aunque son conscientes de que existen pacientes resistentes, tampoco se ven exentos de la misma crítica (Jahn y Lichstein, 1980). En una publicación muy reciente, Davis y Hollon (1999) afirman que "existe una urgente necesidad de investigación sobre la naturaleza de la no adherencia y la resistencia en terapia cognitiva" (p. 51).

## **1. El perfil de construcción del sí mismo incide diferencialmente en la resistencia al cambio en psicoterapia**

*a) Los pacientes con un perfil de superioridad muestran más resistencia al cambio.*

La persona que se construye de este modo, considera que su modo de ser y de comportarse es más deseable que el de los otros significativos. Entendemos que estos pacientes no le encuentran mucho sentido al cambio, y que además van a tener dificultad en asimilar información que sea incongruente con su autoconstrucción de ser superiores. Esto permite la hipótesis de que van a mostrarse más resistentes en psicoterapia.

*b) Los pacientes con perfil de aislamiento presentan menor resistencia al cambio:* Este patrón significa algo así como que "yo estoy mal, y los otros están bien". Podemos suponer un gran dolor en estas personas, y por tanto, que para ellas tenga mucho sentido el cambio. Hipotetizamos que su autoconstrucción les disponga a implicarse en un proceso de reconstrucción de significados propio de una psicoterapia.

*c) Los pacientes con un perfil de resentimiento presentan menores niveles de resistencia que los pacientes con un perfil de negatividad:* Este patrón se asemeja al *perfil de aislamiento*, pero con la diferencia de que los otros no están próximos al ideal. Hipotetizamos que la actitud hacia el cambio puede ser ambivalente, por cuanto que puede existir rencor hacia los otros, a los que tal vez culpa por sus problemas y se piense que son ellos los que deben cambiar.

## **2. Los clientes que presentan elevados niveles de reactancia son más resistentes al cambio**

Hemos expuesto en el apartado 4 que Dowd y sus colaboradores aseguran que la reactancia psicológica es una variable de diferencias individuales que media en la adhesión de los pacientes a su tratamiento. Nosotros, en nuestro estudio, queremos también probar esta hipótesis, y verificar que los pacientes más reactantes muestran más resistencia en terapia.

### **3. La resistencia al cambio es función del tipo de demanda: La demanda no-auténtica conlleva más resistencia que la auténtica**

Esta hipótesis está basada en el trabajo de Villegas (1996). Según el citado autor, solamente ciertas demandas de ayuda pueden ser atendidas por el psicoterapeuta. Nosotros hipotetizamos que las demandas que hemos definido como *no-auténticas* (demanda ajena, demanda confirmatoria, demanda perversa y demanda vicaria) van a producir más resistencia al cambio que las demandas *auténticas* (demanda específica, demanda inespecífica, demanda sintomática y demanda mágica).

## **7. MÉTODO**

### **7.1. Muestra**

La muestra utilizada en el presente estudio consiste en 59 pacientes que han llevado a cabo una psicoterapia en un centro de salud mental público o privado en el período comprendido entre Octubre de 1997 y Octubre de 1998. Se han incluido en este estudio solamente aquellos casos que el centro de salud ha seleccionado para psicoterapia y que han recibido un mínimo de ocho sesiones. El hecho que hayamos establecido el punto de corte en ocho sesiones viene dictado por nuestro juicio de que un tratamiento de menor duración, aunque puede ser considerado como una intervención psicológica, no permite revelar con suficiente magnitud los fenómenos que pretendemos observar relativos a la resistencia. También han sido excluidos los pacientes menores de 18 años, aquellos diagnosticados con retraso mental, esquizofrenia o algún otro trastorno psicótico, y aquellos cuyo motivo de consulta es la adicción al alcohol o las drogas.

Para participar en la presente investigación, los terapeutas pidieron a los pacientes su colaboración, asegurándoles que no iba a suponer un perjuicio en su tratamiento, ni tampoco grandes inconvenientes materiales o de tiempo.

En la presente investigación han colaborado 16 terapeutas de distintas orientaciones teóricas, de los cuales diez trabajan en Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, y el resto trabajan en

centros privados de Madrid y Barcelona. Cada terapeuta ha colaborado con un número variable de sujetos clínicos, con una media de casi cuatro pacientes cada uno; tres terapeutas han aportado un único paciente, mientras que el máximo ha sido una terapeuta que ha aportado ocho pacientes. En total el 78% de los pacientes han sido reclutados de Centros de Salud Públicos de la Comunidad de Madrid. El 22% restante proceden de la práctica privada.

En nuestra muestra se encuentran 43 mujeres (73%) y 16 varones (27%) cuya edad varía entre los 19 y los 56 años, con una media de 31 años, y una desviación típica de 8,8. Respecto a su *estado civil*, de los 59 pacientes, 22 están casados, 5 están separados, 31 son solteros y una persona es viuda. Atendiendo al *nivel educativo*, la mayor parte de los pacientes han realizado estudios medios (42.4) o superiores (33.9), y solamente un 23.7 % han recibido únicamente enseñanza elemental. En cuanto a la *situación laboral*, se describe en la tabla 3.

**Tabla 3.- Situación laboral de los pacientes**

	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	11	18.6
Estudiante	12	20.3
Parado	1	1.7
Trabajador cualificado	12	20.3
Trabajador medio	7	11.9
Trabajador no cualificado	16	27.1
Total	59	100.0

En lo que se refiere a las características diagnósticas, la mayor parte de los trastornos del Eje I del DSM IV que presenta la muestra de pacientes, son de ansiedad (36%), seguidos de los trastornos adaptativos (32%), depresión y distimia (24%), y, finalmente, hemos

agrupado bajo un mismo epígrafe los trastornos de alimentación y del control de los impulsos (8%). En cuanto al Eje II (véase tabla 4), solamente el 29% presenta trastornos de personalidad y la mayoría pertenecen al grupo C<sup>3</sup>. El 87% de los pacientes no tienen trastorno orgánico.

**Tabla 4.- Trastornos de personalidad en la muestra de pacientes**

Tipo de trastorno	N
Trastorno de la personalidad por dependencia	8 (14%)
Trastorno de la personalidad no especificado	3 (5%)
Trastorno histriónico de la personalidad	2 (3%)
Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad	2 (3%)
Trastorno de la personalidad por evitación	1 (2%)
Trastorno límite de la personalidad	1 (2%)
No se detecta	42 (71%)

## 7.2. Instrumentos utilizados

La Técnica de Rejilla -llamada así por su formato en forma de cuadrícula- ha surgido de la TCP de Kelly (1955) y no pretende estudiar la personalidad según los constructos teóricos del investigador (p. ej., “extraversión-introversión”, “locus de control”, etc.). Más bien se sitúa en la perspectiva centrada en la persona, caracterizada por el estudio de las teorías implícitas de la persona, que según la TCP están formadas por sus constructos personales.

<sup>3</sup> Como puede observarse existe comorbilidad entre el Eje I y el Eje II del DSM IV, es decir, algunos pacientes simultáneamente presentan un síndrome clínico y trastorno de personalidad. Lo cual no ha de sorprender, y es por lo cual en los análisis se han tratado como dos variables distintas, en lugar de una sola variable de diagnóstico.

Existen varias modalidades y diseños posibles de aplicación de la técnica de rejilla (véase Feixas y Cornejo, 1996; Rivas y Marco, 1985; para una descripción más completa) pero en este caso se escogieron como elementos entre 10 y 20 personas significativas (familiares, amigos) del mundo interpersonal del paciente, así como el "yo actual" y el "yo ideal" (como me gustaría ser). A no ser que se utilicen constructos preestablecido de antemano por el investigador, el siguiente paso en la administración de esta técnica se conoce como elicitación de constructos por díadas, y consiste en la formulación de preguntas de similitud y diferencia con diversos pares de elementos. Es decir, se le pregunta al sujeto qué tienen en común en lo que respecta a su personalidad o forma de ser los dos elementos de la díada, de este modo se obtiene un polo del constructo,. Para obtener el otro, se le pregunta cuál es lo opuesto a esa característica. Aun con la misma díada, se pregunta por los aspectos en los que esos dos elementos son diferentes<sup>4</sup>.. Se permiten que aporten varias similitudes y diferencias por cada díada, y una vez terminado con una se sigue con otra, hasta completar una selección de las díadas más relevantes teniendo en cuenta que todos los elementos aparezcan al menos en una de ellas. Además de los constructos que espontáneamente aporta el sujeto, se incluyen al menos dos de relevancia clínica. Es decir, se le pregunta al final de la elicitación de los constructos si entre ellos hay alguno que tenga que ver con su problema. De no ser así, se le sugieren algunos (tomados de su propia descripción del problema como por ej., "tranquilo-nervioso"), y entre ellos la persona elige el más adecuado. Con este procedimiento el paciente proporciona constructos que son

---

4 Una ilustración de un fragmento del diálogo entre entrevistador y paciente sería el siguiente:

Entrevistador: ¿En qué se parecen tu padre y tu madre?

Paciente: En que son responsables.

E: ¿Cuál sería para ti el opuesto de ser "responsable"?

P: Ser vago.

E: ¿Se te ocurre alguna similitud más entre tus padres? (el paciente niega con la cabeza).

Bien, entonces, ¿en qué aspectos de su forma de ser son distintos tu padre y tu madre?

P: Mi madre es cariñosa, en cambio mi padre es agrio.

En este fragmento de entrevista se han obtenido dos constructos "responsable-vago" y "cariñoso-agrio".

relevantes para dar significado a su mundo interpersonal de acuerdo con las distinciones que es capaz de trazar entre sus familiares y amigos.

El resultado de la prueba es una matriz numérica, susceptible de ser analizada tanto al nivel cualitativo como cuantitativo (mediante el programa informático Record v. 2.0, desarrollado por Feixas y Cornejo, 1996, actualmente disponible en Internet: [www.terapiacognitiva.net](http://www.terapiacognitiva.net)). Entre otras cosas este programa nos permite, mediante el análisis de correspondencias, la obtención de los ejes de significado del sujeto, una gran variedad de índices de su estructura cognitiva, así como los índices de construcción del sí mismo y los otros. Con estos índices se puede identificar el perfil de construcción del sí mismo (véase tabla 1).

Basándose en la adaptación del trabajo de Villegas (1996) que hemos presentado en la tabla 2, cada terapeuta identificó la demanda concreta que trae al cliente a consulta. Los autores del estudio les explicaron esta clasificación y comentaron la descripción de las cada una de los tipos de demanda terapéutica, con una definición teórica y con un ejemplo práctico de cada caso. Finalmente, se aseguraron de que los terapeutas comprendieran y fuesen capaces de categorizar sus casos de acuerdo a esta tipología.

Para los propósitos de esta investigación hemos simplificado la clasificación de los tipos de demanda expuesta en la tabla 1 en dos categorías básicas: la demanda auténtica, y la demanda no auténtica. La primera agrupa las demandas específica, inespecífica, sintomática, y mágica. La segunda agrupa las demandas ajena, confirmatoria, perversa, y vicaria.

Hemos hecho esta agrupación considerando que las demandas agrupadas como auténticas, responden *básicamente* a las exigencias de la interacción psicoterapéutica, como hemos visto anteriormente. A pesar de que todas ellas han de ser de algún modo analizadas y reformuladas en términos congruentes con los recursos psicoterapéuticos, entendemos que existe la conciencia subjetiva de una necesidad y la posibilidad de colaborar con el terapeuta en el trabajo de reconstrucción personal.

En cuanto a las demandas no-auténticas, si no se ha producido una reformulación de la demanda original, por su misma naturaleza

tienden a generar actitudes y conductas que bloquean el proceso terapéutico, y que pueden ser fácilmente consideradas como resistentes.

Para evaluar el nivel de reactividad hemos adaptado al castellano la ERT, un instrumento construido por Dowd *et al.* (1984) para medir el nivel de reactividad individual, y que ya fue utilizado por estos autores para estudiar su relación con la resistencia al cambio. Consta de 28 ítems, en los que el propio paciente se ha de situar mediante una escala de Likert de cuatro puntos, que van desde “*completamente de acuerdo*” a “*completamente en desacuerdo*”. Los tipos de ítems que aparecen en la ERT incluyen proposiciones generales de conducta de oposición, tanto al nivel verbal como conductual.

Para medir las conductas de resistencia hemos adaptado al castellano una forma breve del Inventario de Conductas de Resistencia de Dowd y Seibel (1994), que llamamos ICR. Consta de 19 ítems que presentan diversas situaciones clínicas tipificadas como posibles indicadores de resistencia en terapia que el terapeuta tiene que puntuar en una escala de Likert de cinco puntos estimando en qué medida se producen en la terapia con el paciente.

Al final del tratamiento, los terapeutas hicieron una apreciación global, en una escala de 0 a 10, sobre lo resistente que había sido el paciente a lo largo de la terapia. No se proporcionó ninguna definición de resistencia, por lo que cada terapeuta lo interpretó (y aplicó a sus pacientes de la muestra) de acuerdo con sus esquemas teóricos o personales. Llamamos a esta variable Juicio Clínico de Resistencia (JCR).

### 7.3. Procedimiento

Una vez obtenidos los permisos adecuados para realizar esta investigación en los Centros de Salud Públicos de la Comunidad de Madrid tuvo lugar la presentación del proyecto de investigación en cada Centro de Salud. Esta presentación consistió en exponer, de forma clara y precisa, los objetivos del estudio y qué cooperación se esperaba de los psicoterapeutas. Cuando los terapeutas trabajaban en la práctica privada, la entrevista se concertaba de modo

informal, explicándoseles igualmente el propósito del estudio y cuál habría de ser su participación en él.

Una vez que un paciente era designado apto para la presente investigación, se fijaba una fecha para una sesión de evaluación con el investigador. Esta entrevista solía tener lugar después de la primera o segunda sesión con su terapeuta, de modo que ya se hubiese acordado su colaboración en la investigación.

En la sesión de evaluación con el investigador se le administraba al paciente la técnica de rejilla y el ERT. El tiempo total de realización de ambas pruebas oscila entre los 70 y los 90 minutos, dependiendo, fundamentalmente de los recursos cognitivos del paciente y de su concentración.

Una vez finalizada esta sesión de evaluación inicial, la psicoterapia seguía su curso de acuerdo con los criterios y forma de proceder habitual del psicoterapeuta. Es decir, que nuestro estudio no ha supuesto ninguna interferencia posterior. Una vez concluida la psicoterapia, hemos contactado con el terapeuta, y le hemos pedido que completase el cuestionario ICR, que valorase el tipo de demanda y que rellenase un formulario para recoger la información demográfica y diagnóstica del paciente. Finalmente, se le pedía al terapeuta su valoración del JCR en terapia.

## **8. RESULTADOS**

Vamos a comentar los resultados obtenidos de los análisis estadísticos realizados, empezando por las variables predictoras, incluyendo las diagnósticas y demográficas, siguiendo por los criterios, y describiendo finalmente los análisis de regresión múltiple realizados para estudiar la influencia de las primeras en las segundas.

### **8.1. Variables predictoras**

#### **8.1.1. Patrón de construcción del sí-mismo**

De todas las diferentes combinaciones que ofrece la técnica de la rejilla hemos considerado únicamente cinco tipos de patrón de construcción del sí mismo por ser más inteligibles. Los resultados

de la muestra de pacientes se muestran en la tabla 5. Es destacable que un tercio de la población presenta un *patrón de positividad*. Es decir, estos sujetos se construyen a sí mismos y a los otros en congruencia con el ideal. Si añadimos a este grupo los que se construyen con un *patrón de superioridad*, obtenemos una cifra de 24, aproximadamente la mitad de sujetos que presentan un buen nivel de autoestima (téngase en cuenta que de los 59 pacientes, 10 no cumplen los criterios). El resto (25 sujetos) tienen un patrón de construcción que se basa en una baja autoestima, como son los patrones de *resentimiento*, de *negatividad* y de *aislamiento*.

**Tabla 5.- Tipo de patrón de construcción del sí-mismo que presentan los pacientes de la muestra**

<b>Tipo de patrón</b>	<b>Frecuencia</b>
Superioridad	4
Resentimiento	6
Aislamiento	9
Negatividad	10
No cumple los criterios	10
Positividad	20
<b>Total</b>	<b>59</b>

Con el fin de incluirla en los análisis de regresión, la variable *patrón de construcción del sí mismo* ha sido convertida empleando la codificación por *efectos*, que permite comparar cada grupo con todos los demás en cuanto a su contribución a la varianza explicada (a diferencia de la codificación de punto, que contrasta un grupo criterio con otro control minimizando la influencia de los demás). El resultado de esta recodificación es el conjunto de tantas variables tricotómicas como grupos alberga la variable original, menos uno (véase la tabla 6). Por tanto, ha debido prescindirse de representar un grupo en esta variable, que ha sido el grupo de "No cumple los criterios".

**Tabla 6.- Recodificación de la variable Perfil de Construcción del Sí-Mismo**

PCSM Grupos	N	VARIABLES RECODIFICADAS				
		Superioridad	Resentimiento	Positividad	Negatividad	Aislamiento
Superioridad	4	1	0	0	0	0
Resentimiento	6	0	1	0	0	0
Positividad	20	0	0	1	0	0
Negatividad	10	0	0	0	1	0
Aislamiento	9	0	0	0	0	1
No cumple los criterios	10	-1	-1	-1	-1	-1

### 8.1.2. Reactancia

Esta variable medida con la ERT, presenta valores entre 46 y 89, con una media de 66,81 (dt = 8,06), y un buen ajuste a la ley de normalidad (Test W Shapiro-Wilk = 0,99; p = 0,90). Estos valores son muy semejantes a los obtenidos por el propio Dowd (1989) en una muestra de 211 estudiantes norteamericanos (66,68 de media, dt = 6,59, rango 46-83), así como a una muestra de 580 estudiantes de la Universidad de Barcelona, a los que les paso el ERT (en castellano) con el resultado de una media de 69,65 (dt = 4,91, rango 35-90).

### 8.1.3. Tipo de demanda

Se han considerado 8 tipos de demanda, que se distribuyen en la muestra tal como se puede ver en la tabla 7.

Debido a la complicación que supone una variable con ocho valores discontinuos (y además con esta distribución tan desigual), y para poder incluirla en los análisis estadísticos subsiguientes se procedió a dicotomizarla, en demanda no-auténtica (valor = 0) y auténtica (valor = 1), tal como hemos adelantado antes al describirla.

La demanda auténtica incluye la específica, inespecífica, sintomática y mágica, con 46 casos, mientras que la no-auténtica incluye las demás categorías, con 13 casos. En resumen, la demanda con la que han acudido a psicoterapia los pacientes de nuestra muestra, es, en su mayoría una demanda que los terapeutas han valorado como auténtica (en el 78 % de los pacientes).

Tabla 7.- Tipo de demanda de ayuda presentada por los pacientes.

<b>TIPO DE DEMANDA</b>	<b>Casos</b>
Inespecífica	20
Específica	10
Sintomática	9
Mágica	7
Ajena	7
Perversa	4
Vicaria	1
Confirmatoria	1
<b>Total</b>	<b>59</b>

#### **8.1.4 Relaciones entre variables predictoras**

En la Tabla 8 aparecen las correlaciones entre las variables de reactancia, demanda (dicotomizada), variables demográficas y diagnósticas. Entre las últimas, nos referimos a la codificación según 4 ejes del DSM-IV (el eje III no se incluye por no resultar relevante para los propósitos de nuestra investigación).

En cuanto al eje II, se considera de forma dicotómica (presencia/ausencia de trastorno de personalidad), y los ejes IV y V se incluyen como variables continuas. Finalmente, ni las variables correspondientes al eje I ni al *perfil de construcción del sí mismo* se incluyen dado su carácter categórico, pero serán utilizadas (recodificadas) en los modelos de regresión.

En general, de acuerdo con la tabla 8, nos encontramos con correlaciones relativamente bajas entre las variables consideradas, destacando únicamente la correlación entre la edad y la reactancia

(a más edad menos reactividad), los ejes IV y V (a mayor nivel de estrés peor funcionamiento global), el eje IV y la demanda (a mayor estrés la demanda es menos auténtica), y, finalmente, la correlación entre la edad y el tipo de demanda (a mayor edad la demanda es más auténtica).

**Tabla 8.- Matriz de correlaciones entre las variables predictoras, incluyendo las diagnósticas y las demográficas**

VARIABLE	EDAD	SEXO	EJE REAC- V TANCIA	Eje IV	Eje II	DEMANDA	
EDAD		0,08	-0,06	-0,39	0,15	-0,11	0,20
SEXO			-0,12	0,14	-0,04	0,03	0,04
EJE V				-0,11	-0,28	-0,07	0,11
REAC- TANCIA					-0,08	0,05	-0,16
Eje IV						-0,02	-0,24
Eje II							-0,11
DEMANDA							

## 8.2. Variables criterio

La puntuación media obtenida con el cuestionario ICR es de 15,06 (dt = 9,21), y sus valores se encuentran entre 44 y 2. Los valores de esta variable están agrupados en las puntuaciones iniciales, por lo que resulta una curva sesgada hacia la derecha, sin que pueda superar el test de ajuste a la normalidad. (Test W Shapiro-Wilk = 0,91;  $p < 0,0002$ ).

En cuanto al JCR, presenta una puntuación media de 4,89 ( $dt = 2,47$ ); su puntuación máxima es 9 y la mínima 0. El ajuste a la normalidad es pobre, como lo muestra el Test W Shapiro-Wilk = 0,94;  $p < 0,0051$ . La media obtenida nos sugiere que los terapeutas, tomados en su conjunto, han considerado a sus pacientes como moderadamente resistentes. En particular, parece que hay un grupo de pacientes que son objeto de esta etiquetación en un grado notable (puntuaciones 7, 8 y 9).

Puesto que en este estudio hemos utilizado dos medidas de resistencia al cambio en psicoterapia, la primera basada en conductas específicas y la segunda en un juicio global, es oportuno examinar la relación entre ambas. Concretamente, su correlación es de  $r = 0,366$ , un valor ciertamente moderado.

### 8.3. Modelos de regresión

Puesto que el objetivo de este trabajo es exploratorio, y considerando además las limitaciones de la muestra, se ha decidido analizar las relaciones entre las variables predictoras y las de criterios mediante la regresión múltiple. Por lo cual se han llevado a cabo dos modelos de regresión, basados en las dos variables criterios, esto es, en la puntuación del cuestionario ICR, y en el JCR.

#### 8.3.1. Modelo de regresión basado en las conductas de resistencia

El primer paso ha sido escoger las variables predictoras para el modelo final, lo cual se ha realizado mediante un análisis de regresión paso a paso, en sentido ascendente. Hemos situado el límite probabilístico para la inclusión de variables en 0,25, con la esperanza de incluir en el modelo final las influencias más importantes, parcializándolas además por las restantes.

El modelo final, para la variable criterio de *conductas de resistencia*, incluye 11 variables, que explican una proporción de la varianza superior al 50 por ciento ( $R^2$  ajustada del 38%) como puede verse en la tabla 7.

**Tabla 9.- Porcentaje de varianza explicado por las variables seleccionadas**

R2	0,50
R2 Corregida	0,39
Desviación estándar del error	7,22
Media de respuesta	15,06
Casos (o suma de ponderaciones)	59

Por otro lado, hemos observado que los requisitos de linealidad y homoscedasticidad han sido respetados y por tanto que el análisis de regresión es aplicable. El modelo final se resume en la tabla 8.

**Tabla 10.- Participación de las variables predictoras incluidas en el modelo de regresión de las conductas de resistencia**

Variable	Estimados	Error estándar	t Ratio	Prob > t	Beta Estándar
Intercept	44,03	10,27	4,29	<,0001	0
Eje I- Depresivos/otros	-6,62	1,97	-3,36	0,0015	-0,54
Eje II PCSM-	10,85	2,31	4,70	<,0001	0,54
Superioridad/otros	10,31	3,03	3,41	0,0014	0,54
Eje I-impulsos/otros	6,86	2,76	2,49	0,0164	0,45
PCSM-	-6,03	2,78	-2,17	0,0349	-0,34
Resentimiento/otros	-0,37	0,13	-2,88	0,0060	-0,34
EJE V PCSM-	-4,81	2,30	-2,09	0,0418	-0,30
Aislamiento/otros	-3,73	2,31	-1,62	0,1128	-0,18
SEXO	-1,25	1,06	-1,18	0,2433	-0,14
Eje IV Eje I-Ansiedad/otros	1,77	1,69	1,05	0,3009	0,16

La variable que más contribuye al modelo es el *Eje I* que opone los síndromes depresivos a todos los demás ( $p = 0,0015$ ,  $Beta = -0,53843$ ). Puede deducirse que los síndromes depresivos y de distimia presentan menor puntuación en el inventario de conductas de resistencia que todos los demás síndromes.

La siguiente variable en influencia sobre el modelo es la del *Eje II*, siendo altamente significativa ( $p < 0,0001$ ;  $Beta = 0,5379$ ). *Eje II* es una variable de punto, que indica la presencia o ausencia de un trastorno de personalidad. Así pues, a juzgar por nuestra muestra, la aparición de un trastorno de personalidad se asocia a una tendencia a presentar más conductas de resistencia.

También según este modelo de regresión, varios patrones de construcción del sí mismo están asociados con las conductas de resistencia, medidas con el cuestionario ICR. En la tabla 6 aparecen los distintos pesos de los perfiles de construcción con relación a las conductas de resistencia. Los pacientes que con un *perfil de superioridad* tienden a exhibir mayor incidencia de conductas de resistencia, a juzgar por nuestro inventario ( $p = 0,0014$ ,  $Beta = 0,537797$ ). Los pacientes que presentan un *perfil de resentimiento* tienen menores puntajes en el inventario de conductas de resistencia ( $p = 0,0349$ ,  $Beta = -0,34099$ ). Por último, los pacientes con un *perfil de aislamiento* tienden a mostrar menor número de conductas de resistencia que otros pacientes ( $p = 0,0418$ ,  $Beta = -0,29849$ ).

Finalmente, hay que señalar la influencia de la variable del *Eje I* relativa a los síndromes de control de los impulsos ( $p = 0,0164$ ,  $Beta = 0,444645$ ). Estos síndromes acarrear mayores puntuaciones en el inventario de conductas de resistencia. Al mismo tiempo, hallamos que la variable de *evaluación global* del Eje V del DSM-IV tiene también notable influencia en este modelo ( $p = 0,006$ ,  $Beta = -0,33573$ ). A medida que el funcionamiento global del paciente aumenta, su incidencia de conductas de resistencia decrece.

### **8.3.2. Modelo de regresión basado en el JCR**

De la misma manera que con la variable anterior se ha llevado a cabo un análisis de regresión múltiple paso a paso para seleccio-

nar las variables predictoras adecuadas, tomando como variable criterio la puntuación en nuestra escala de JCR.

El modelo final, que incluye solamente cinco variables, explica una proporción de la varianza de casi el 35 por ciento (véase tabla 9).

**Tabla 11.- Ajuste del modelo de regresión basado en el juicio clínico de resistencia**

R2	0,35
R2 Corregida	0,29
Desviación estándar del error	2,08
Media de respuesta	4,89
Casos (o suma de ponderaciones)	59

**Tabla 12.- Participación de las variables predictoras incluidas en el modelo de regresión del juicio clínico de resistencia**

Variable	Estimados	Error estándar	t Ratio	Prob > t	Beta Estándar
Intercept	12,34	3,13	3,94	0,0002	0
Eje II	1,86	0,63	2,94	0,0048	0,34
Demanda	-1,94	0,67	-2,87	0,0058	-0,33
Edad	-0,08	0,03	-2,42	0,0189	-0,30
Reactancia	-0,06	0,04	-1,56	0,1241	-0,19
Eje I-	0,56	0,35	1,61	0,1131	0,19
Ansiedad/otros					

Los resultados del modelo de regresión basado en el JCR aparecen en la tabla 10. La variable más importante es el Eje II, indicando que quienes presentan un trastorno de personalidad son vistos con mayor resistencia por parte del clínico. Por otro lado, también

la variable *demanda*, está relacionada con la resistencia de los pacientes a la terapia, según el JCR. Así pues, los pacientes cuya demanda ha sido categorizada como "no auténtica" tienden a exhibir mayor resistencia a juicio del terapeuta. La última variable que entra en el modelo, aún dentro del nivel de significación del 95%, es la *edad*, en sentido inverso. Los pacientes de mayor edad manifiestan menor resistencia desde el punto de vista del clínico.

## 9. DISCUSIÓN

Antes de comentar los resultados en función de las distintas variables, creemos oportuno señalar la importancia del hecho que las variables criterios relativas a la resistencia no correlacionen más que moderadamente entre sí. Nos podemos preguntar si ambos instrumentos miden resistencia, y el porqué de su relativa independencia.

Nuestra explicación a este resultado es que, tal como comentamos en la primera parte de este trabajo, la resistencia al cambio en psicoterapia es un fenómeno construido por el psicoterapeuta en función de sus premisas teóricas (Fransella, 1989). Es decir, que aunque se podría dar mayor acuerdo a la hora de valorar aspectos concretos, lo que un terapeuta construye como resistencia, puede no ser identificado por otro del mismo modo (Turkat y Meyer, 1982). De tal modo que los aspectos concretos que mide un cuestionario de conductas de resistencia puede no ser puntuado por cada terapeuta del mismo modo a la hora de establecer un juicio global sobre el nivel de resistencia del cliente. Para un terapeuta, un silencio prolongado puede ser una falta de cooperación, mientras que para otro puede ser un momento de procesamiento de información relevante. Por otra parte, la aparente actitud colaboradora del paciente para resolver un problema puede ser identificada por algunos terapeutas como un intento de esconder un área de vulnerabilidad personal. Estas divergencias se reflejan en los datos de nuestro estudio al no identificarse los valores de la variable *juicio clínico de resistencia* con los de las *conductas de resistencia*.

La perspectiva constructivista insiste en un hecho fundamental: la resistencia no es algo que le pasa al paciente y que el terapeuta se limita a describir asépticamente: siempre hay un observador, en este caso el terapeuta, que se implica en la construcción del fenómeno clínico de la resistencia de su paciente. Este cambio de posición no significa que el juicio que eventualmente puede emitir un terapeuta sobre su paciente sea completamente inválido, pero también trata de despertarnos de la "ilusión del realismo": que las cosas *son así*, independientemente del observador.

A continuación vamos a comentar el resto de los resultados obtenidos en función de las distintas variables estudiadas, y seguiremos con las variables diagnósticas.

### 9.1. Perfil de construcción del sí mismo

Comentaremos en primer lugar los resultados del *perfil de superioridad*. Tal como aparece en la sección de resultados, los pacientes que se construyen a sí mismos como superiores tienden a exhibir mayor número de conductas de resistencia de acuerdo con el ICR. Este resultado es esperable teóricamente puesto que los individuos que presentan un perfil de superioridad no han elaborado suficientemente su problema, de modo que éste pueda ser trabajado en psicoterapia. Aunque el poseer alta autoestima es signo de bienestar personal, si esto va acompañado de la idea de que uno es diferente de los otros, y que éstos no son como deberían ser, puede indicar tendencias narcisistas o antisocial (aunque no cumplan los criterios formales para un trastorno de personalidad), o bien una cierta desviación social.

Empleando otra metodología, Schwartz y Garamondi (1986,1987) han tratado de esclarecer las dificultades asociadas con un perfil de construcción excesivamente positivo o negativo. Tomando en cuenta el diálogo interno, estos autores afirman que un diálogo *positivo* (aquél en el que las cogniciones positivas superan el 69 %) caracteriza a los individuos maníacos, y se asocia con negación, impulsividad y optimismo irrealista. Podemos, por tanto, suponer que un paciente con un perfil de construcción de *superioridad* pueda

manifestar conductas de resistencia en terapia por cuanto que no ha construido su problema psicológico de modo viable para ser abordado terapéuticamente. Desde una perspectiva constructivista podemos suponer que un paciente con este perfil experimenta dificultades en el proceso de integración de la información que invalida su imagen idealizada (Neimeyer y Feixas, 1989; Kelly, 1977).

En segundo lugar, los pacientes de nuestro estudio que presentan un *perfil de aislamiento* han mostrado menor número de conductas de resistencia. Este resultado nos sugiere que los pacientes que inicialmente se construyen de modo negativo, que se ven más distintos de los demás y que creen que los demás funcionan mejor que ellos, están más motivados para el cambio. Resultados similares han sido obtenidos en un estudio realizado por Caine *et al.* (1981) que encontraron mayor progreso durante terapia analítica de grupo en los clientes que inicialmente se construían a sí mismos más disimilares a los otros. En esta misma línea otro estudio con *biofeedback* realizado por Large (1985) pone de manifiesto que la discrepancia entre el yo-actual y el ideal predice una favorable respuesta al tratamiento.

En otro estudio Landfield (1977) ha demostrado que existe relación entre una autoconstrucción negativa y un alto nivel de reconstrucción en el curso de la terapia, aunque esta reconstrucción es menor en los clientes cuya autoconstrucción era inicialmente más extrema, lo cual puede indicar que esta construcción era más significativa para ellos, y por tanto más difícil de reconstruir. En esta misma línea, un estudio realizado por Heather *et al.* (1982) con alcohólicos mostró que las autoconstrucciones de los pacientes no han de ser ni demasiado positivas ni demasiado negativas para que la terapia tenga éxito, lo cual también explica las conductas de resistencia de los pacientes que se construyen a sí mismo como superiores.

En tercer lugar, los pacientes que presentan un *perfil de resentimiento* presentan menores puntajes en el ICR. Las personas que presentan este perfil, a diferencia del perfil de negatividad ("¡Yo estoy mal, pero es que todo el mundo está mal!"), no sólo se valoran negativamente sino que también se construyen diferentes a los otros significativos. Esto puede explicar la diferencia en cuanto a una menor resistencia al cambio.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio están en la misma línea que los obtenidos por Winter y Gournay (1987) que indican una relación positiva entre un resultado positivo del tratamiento individual y una construcción desfavorable de los miembros de la familia. Esto podría explicarse quizás porque si el ambiente familiar resulta invalidante para la persona, el terapeuta puede llegar a ser una fuente de validación y apoyo que le permita desarrollarse y encontrar alternativas a sus problemas.

Podemos afirmar, por lo tanto que los pacientes que se construyen a sí mismos inicialmente de modo negativo (perfiles de Resentimiento y de Aislamiento), tienden a mostrar menores conductas de resistencia. Aunque esto no puede decirse de todos los pacientes (es decir, de aquellos que muestran un perfil de Negatividad), por la razón expuesta anteriormente.

## **9.2. Reactancia**

Los resultados de nuestra investigación no pueden sostener la hipótesis inicial de que los individuos que puntúan más alto en la ERT son más resistentes al cambio psicoterapéutico. Esto ocurre tanto en referencia a las conductas de resistencia, medidas mediante el ICR, como en referencia al Juicio Clínico de Resistencia.

Existe cierto apoyo empírico sobre la influencia de la reactancia en la no-adherencia o no cumplimiento del tratamiento (Dowd y Seibel, 1990). Sin embargo, esta relación ha de ser clarificada. El estudio de Dowd y Seibel (1994) afirma que "la reactancia psicológica es una variable de diferencias individuales que media la respuesta del cliente a la influencia del terapeuta: cuanto mayor sea el potencial de reactancia, mayor será la posibilidad de no-adherencia a la terapia" (p. 14), sin embargo, los mismos autores afirman más adelante:

"El modelo postula que la no-adherencia, procedente de la mayor reactancia, es el mecanismo de la respuesta diferencial al tratamiento, pero los resultados presentes no ofrecen un indicador claro de los factores responsables del bajo resultado global. Éste podría ser atribuible a factores

*intrapersonales*, como la resistencia al cambio de constructos nucleares; factores *interpersonales*, como la resistencia a la influencia del terapeuta; factores de la tarea, como no aceptación de las tareas para casa; o una combinación de todas." (Dowd y Seibel, 1994, p. 21-22).

Los resultados de nuestro estudio parecen dar la razón a Pelechano *et al.* (1997) al cuestionar la relación entre reactancia y no-adherencia. Como ellos afirman, pueden existir otros factores influyentes:

"La adherencia, definida como la coincidencia entre el comportamiento de un individuo y las prescripciones o consejos de salud recibidos, puede estar mediada por el nivel de reactancia de cada individuo, hasta el punto que el *contracontrol* se ha esgrimido como un argumento explicativo de la falta de cumplimiento de los regímenes médicos (...) Sin embargo, hay que señalar que, al igual que sucede con otros fenómenos presentados hasta aquí, *el contracontrol no es la única ni, posiblemente, la variable más relevante en el 'incumplimiento'* de los regímenes médicos sino que otras variables tales como la inmediatez de los efectos de las prescripciones, la existencia de efectos secundarios y la experiencia previa desempeñan un papel importante en este caso" (la cursiva es nuestra; p. 317)

A pesar de la convicción de Dowd (1993): "A partir de la descripción del individuo con reactancia, puede verse que a menudo será difícil trabajar con él" (p. 151), los resultados de nuestro estudio no acreditan que los terapeutas hayan encontrado más resistentes a los pacientes más reactantes. La falta de confirmación de esta hipótesis puede explicarse a dos niveles, tomando en cuenta las variables de personalidad y las situacionales:

1) Una posible explicación de los resultados obtenidos es que la variable *reactancia* no pueda ser considerada como una variable de personalidad. La posición de Dowd y Seibel (1994) es que las personas se sitúan en un continuo en función de su nivel de reactancia, y que el cuestionario ERT puede medir a las personas según esta variable de personalidad. Sin embargo, la reactancia como variable de personalidad está seriamente comprometida, porque como hacen ver Pelechano *et al.*, (1997):

“La escasa varianza explicada, los magros coeficientes de estabilidad y la mayor debilidad del factor de reactividad verbal hacen que los autores se planteen si la reactividad es un rasgo (Dowd, Milne y Wise, 1991), en la medida en que ciertas variables situacionales parecen ser responsables de la mayor parte de la varianza explicada.” (p. 320)

Pelechano *et al.*, (1997, p. 314) sugieren que es posible que si se produce repetidamente una reacción ante una situación, es posible que se vaya consolidando una determinada manera de reaccionar ante las situaciones y que conforme un atributo diferencial entre seres humanos. El problema está en que cuando se trata de la psicoterapia, no es probable que las personas hayan tenido esta posibilidad de repetición de la que hablan estos autores, porque, al menos en nuestro país, los pacientes normalmente solicitan pocas veces ayuda psicoterapéutica. En cualquier caso, en futuros estudios debería tenerse en cuenta la cuestión de si el cliente es la primera vez que consulta o lo ha hecho ya en varias ocasiones.

2) La segunda posibilidad que podría explicar la no confirmación de la hipótesis inicial es que la situación psicoterapéutica no produce reactividad. Ciertamente, la convicción inicial de Dowd y sus colaboradores (Dowd, 1989, 1993; Dowd, Milne y Wise, 1991; Dowd y Seibel, 1994) es que el contexto terapéutico es susceptible de producir reactividad en los pacientes. Sin embargo, podemos cuestionar este planteamiento. Pelechano *et al.* (1997) afirman que aunque se presente el contracontrol como un fenómeno general ante la amenaza de pérdida de libertad, es también posible que existan parcelas de comportamiento personal y personas que elijan la renuncia a su libertad sin que ello lleve consigo un estado patológico. Podemos, por tanto, hipotetizar que las personas que buscan ayuda psicoterapéutica se encuentran dispuestas a aceptar los requerimientos del contexto terapéutico, así como las exigencias del programa que propone el clínico, sin que esta limitación a su libertad les produzca reactividad. Como apuntan muy acertadamente Pelechano *et al.* (1997):

“Parece fuera de toda duda que el fenómeno de contracontrol se encuentra enraizado, al menos en su origen y derivaciones de mayor peso, en una tradición determinada

del pensamiento occidental moderno y que posee un contenido axiológico indudable en la medida en que se entiende implícitamente que el "contracontrol" ante la pérdida o la amenaza de pérdida de elección libre es un valor positivo y su no existencia algo negativo. Repare el lector que es posible que se renuncie a una expresión de libertad concreta en aras de un nivel mayor de apropiación personal y como recurso educativo del control personal. *Además, obviamente, es posible que existan personas para las que el control de los demás (y de algunos, más que otros) es algo positivo y que no genera respuesta restrictiva alguna puesto que se confía en esa decisión y/o esa persona.* Finalmente, existen otras tradiciones de pensamiento en otras culturas en las que el contracontrol, en la acepción que estamos defendiendo, es indicador de conducta antisocial." (la cursiva es nuestra, p. 319)

Serían necesarias, pues, ulteriores investigaciones que esclareciesen la relación entre reactancia y la resistencia al cambio, lo cual implica saber en qué medida la reactancia puede ser considerada como una variable de personalidad y, por otra parte, la capacidad del contexto psicoterapéutico de producir reactancia en los clientes.

### 9.3. Tipo de demanda

Aunque el tipo de demanda no parece influir en las conductas de resistencia que recoge el ICR, sí que es determinante el hecho de que el profesional catalogue a un paciente, o no, como resistente. Este dato subraya la importancia del tipo de demanda con la que acude el paciente para que el proceso psicoterapéutico sea viable (Villegas, 1996).

A pesar de que las demandas iniciales de los pacientes están expresadas normalmente de modo imperfecto, existe una diferencia significativa entre las demandas auténticas y las no-auténticas a juicio del clínico. A pesar de que *todos* los tipos de demanda necesitan un análisis y reformulación para que el trabajo psicoterapéutico sea posible, sin embargo, cuando la demanda con la que acude un paciente no es *auténtica*, la psicoterapia se ve seriamente dificultada.

## 9.4. Eje I (DSM-IV)

Tal como hemos mostrado al exponer los resultados, las variables que más contribuyen al modelo de regresión son las relacionadas con la psicopatología. Esto pone de manifiesto algo bien conocido en la práctica clínica, que algunos trastornos de los pacientes originan más resistencia al cambio que otros. Trataremos de ver esto detalladamente:

### 9.4.1. Trastornos depresivos

La variable que más contribuye al modelo de regresión basado en las conductas de resistencia es la referente a los trastornos depresivos y distimia en contraste con las demás patologías. Es decir, que las personas que presentan estos trastornos presentan menos conductas de resistencia que los demás pacientes. Este hallazgo puede relacionarse con el hallazgo de que los trastornos depresivos están normalmente asociados a un perfil de construcción del sí mismo que hemos definido como de aislamiento (Neimeyer, 1985), y que también en nuestro estudio presentan menores conductas de resistencia. Según los estudios de Beck *et al.* (1979), la depresión está caracterizada por un *set* cognitivo que incluye una pobre percepción de uno mismo, de su mundo y del futuro. Así pues, su mala autoimagen le hace pensar que si existe solución, ésta tiene que venir de fuera. Esto puede contribuir a que su disposición sea más favorable a aceptar los requerimientos de la situación terapéutica que aquellos que tienen una sintomatología más definida y cronificada. Puesto que los ítems del Cuestionario de Conductas de resistencia se refieren a conductas observables externamente, es pensable que estos pacientes traten de acomodar su conducta a lo que estiman que se espera de ellos.

A pesar de que estos pacientes se muestran significativamente menos resistentes según el ICR, esta variable no tiene influencia en el JCR. Lo cual teóricamente se relaciona con el comentario inicial sobre la independencia relativa de la construcción de un paciente como resistente cuando está basada en criterios externos o bien en una estimación global del terapeuta. Quizás la dificultad en asumir

la iniciativa del cambio y movilizarse puede ser vista por el terapeuta como un cierto indicio de resistencia. Sería necesaria una investigación posterior que pudiera esclarecer los juicios clínicos del terapeuta en función del tipo de psicopatología, es decir, qué trastornos del Eje 1 consideran los terapeutas como más resistentes.

#### **9.4.2. Trastornos de la alimentación y del control de los impulsos**

Además de los trastornos depresivos, los trastornos de alimentación y control de los impulsos también contribuyen significativamente a la explicación del modelo de regresión basado en las conductas de resistencia. Los trastornos de la alimentación y control de los impulsos se relacionan con una mayor frecuencia de conductas de resistencia. Ciertamente, los trastornos de la alimentación son considerados como de difícil pronóstico por todos los autores que han trabajado sobre el tema puesto que se trata de trastornos en los que la colaboración suele ser escasa (o nula) ya desde el principio, que eventualmente se cronifican, y que son muy difíciles de tratar exitosamente.

#### **9.5. Eje II (DSM-IV)**

En nuestro estudio, los pacientes que presentan un trastorno de personalidad tienden a mostrar más conductas de resistencia con respecto a aquellos que no presentan este trastorno. De hecho, en la propia definición de trastorno de personalidad se afirma que los patrones de comportamiento tienen un carácter de estabilidad y de permanencia en el tiempo, con el añadido de inflexibilidad y desadaptación (Pelechano, de Miguel y Hernández, 1995). Esto puede significar que la persona ha llegado a integrarlos como parte del sí mismo y de su personalidad. El resultado de nuestro estudio confirma la experiencia clínica, y es también coherente con nuestras premisas teóricas. Ciertamente, las construcciones personales que son nucleares son mucho más resistentes al cambio, y la persona no está dispuesta a abandonarlas fácilmente. Es posible que resulten problemáticas, como en estos casos, pero si la persona no tiene una alternativa disponible, se resistirá al cambio.

La construcción del terapeuta sobre la posible resistencia de un paciente no es totalmente distinta de la evaluación obtenida mediante el cuestionario de conductas de resistencia, como lo prueba el hecho de que tanto en el modelo de regresión basado en las conductas de resistencia como en el modelo de regresión basado en el JCR la variable *trastornos de personalidad* ha resultado ser relevante para explicar la resistencia de los pacientes. Esto le da mayor relevancia al peso de esta variable en la explicación del fenómeno de la resistencia.

### 9.6. Edad

La edad es una variable demográfica que ha resultado ser significativa en la explicación del modelo de regresión sobre el JCR. Este dato tiene interés clínico, puesto que podría pensarse que las personas a medida que se hacen mayores les resulta más difícil el cambio. Esta consideración que pertenece al saber común no se ve respaldada por nuestro estudio. Los datos de nuestra investigación parecen afirmar lo contrario: los pacientes de mayor edad muestran menor resistencia al cambio terapéutico según el juicio de sus terapeutas. En este caso, también existe diferencia entre este modelo y el basado en las Conductas de Resistencia. Es decir, según un criterio objetivo, la edad no discrimina en el número de conductas de resistencia, según nuestro inventario, aunque sí discrimina en el juicio clínico del terapeuta. Esto nos hace preguntarnos por qué razón los terapeutas construyen a los pacientes de mayor edad relativa como menos resistentes, si, de hecho, no tienen menor número de conductas de resistencia. Probablemente las concepciones previas de los terapeutas sobre la edad y sus manifestaciones en terapia son determinantes. Una vez más, creemos oportuno animar la investigación que esclarezca la relación entre la edad de los pacientes y las dificultades en la reconstrucción de su mundo de significados.

Además de su posible influencia en la resistencia, este estudio nos informa de otro aspecto de esta variable con respecto a su relación con la reactancia. Existe una correlación moderada ( $r = -0,396$ ) entre

edad y reactividad. Es decir, a medida que aumenta la edad, disminuyen las puntuaciones en el cuestionario de reactividad. Este resultado es esperable teóricamente, puesto que altos niveles de reactividad correlacionan con una identidad precaria. Se confirma también en nuestro estudio que a mayor edad se presenten menores niveles de reactividad. Este mismo resultado fue obtenido en un estudio realizado por Hong *et al.* (1994). Estos autores administraron un cuestionario de reactividad a una población australiana de 815 varones y 902 mujeres, con una edad comprendida entre 18 y 40 años, con el fin de examinar los efectos de la edad y el sexo en la reactividad psicológica. El análisis de los datos mostró una correlación significativa entre edad y reactividad, mientras que no aparecieron diferencias con relación al sexo.

En nuestro país, Pelechano *et al.* (1997) explicitan la trayectoria de la reactividad a lo largo del ciclo vital:

“En un principio cabría esperar más que una evolución lineal, otra en que la que podrían detectarse discontinuidades evolutivas en función de las consecuencias de las experiencias de contracontrol realizadas. Se espera poder detectar cambios hacia unos modos no agresivos de expresión de contracontrol a partir de una primera disgregación inespecífica en la infancia hacia una progresiva estructuración de estas reacciones que debería encontrarse ya en la juventud (todo ello excepto en el caso de presencia de psicopatología), con fases de contracontrol más o menos generalizado y con poca estructura, como acaece en la adolescencia. El patrón debería encontrarse consolidado ya en la fase adulta alrededor de los 30 años de edad y, a partir de este punto, la evolución tendería a dirigirse hacia estrategias y manifestaciones más elaboradas y de acción menos “directa”, con la presencia de mayor número de recursos personales para escapar del control (generación de procedimientos de corte más cognitivo, lo que podría identificarse como escapismo cognitivo). A partir de la tercera edad, las manifestaciones de contracontrol tenderían a disminuir en cuanto a reacciones ante el poder social y se promoverían otras de corte más individual. Y, en todo caso, un progresivo desinterés por

estos temas, como parte del proceso general de evolución que podría llevar a una mayor aceptación del control externo." (Pelechano *et al.*, 1997, págs. 317-18)

### 9.7. Sexo

Esta variable tiene muy poca importancia en la explicación de los modelos de resistencia, apareciendo únicamente, y fuera del nivel de significación, en el modelo basado en las conductas de resistencia. Ya hemos explicado en el apartado 5.1.5 que el sexo es la variable que más carga en el quinto factor de las variables predictoras, pero este factor es prácticamente residual, por lo cual ha de ser interpretado con cautela. Por otra parte, como hemos dicho anteriormente, esta variable no es significativa ni en el modelo basado en el ICR ni en el basado en el JCR.

Aunque la variable sexo no resulte relevante en la explicación de la resistencia, es interesante clínicamente el hecho de que las mujeres y los hombres no se distinguen entre sí. Culturalmente existe el mito de que la mujer es más sumisa, más obediente y más dispuesta a seguir las indicaciones de la autoridad que el varón. Se asocia con el varón las características de agresividad, independencia, autonomía, etc. No deja de ser sorprendente de que tanto mediante el ICR como con el juicio de los terapeutas, hombres y mujeres se comporten de modo equivalente, considerados en la globalidad de la muestra. Este dato puede estimular posteriores investigaciones que cuestionen la veracidad del mito secular de la sumisión femenina en la actualidad.

## 10. CONCLUSIONES

La principal conclusión de este trabajo es que cuando un terapeuta afirma que un paciente se muestra resistente en terapia, tal "resistencia" es un fenómeno construido por el propio terapeuta. Ciertamente, cuando un paciente no se comporta de acuerdo con las expectativas del terapeuta, este fenómeno le produce una intensa reacción emocional (Kelly, 1955). Es experiencia común de los

terapeutas los sentimientos de incompetencia, culpa, desconcierto, etc. cuando no se produce el cambio esperado lo que frecuentemente repercute en una peor relación con el paciente. Los terapeutas conductistas Lazarus y Fay (1982), como ya hemos mencionado en la parte teórica también afirman que lo que se denomina "resistencia al cambio en psicoterapia" en una racionalización del terapeuta para justificar su fracaso. Otros autores (Turkat y Meyer, 1982) también aseguran que la etiquetación de un tipo de conducta como "resistente" depende de la perspectiva teórica del terapeuta. Estos autores, desde una perspectiva distinta a la que inspira este estudio, también indican la importancia del papel del terapeuta en la construcción del fenómeno clínico de la resistencia al cambio. El enfoque constructivista insiste, además, que lo que un terapeuta etiqueta como resistencia en su paciente, no es otra cosa que las dificultades que éste experimenta en la transición de su propio sistema de construcciones.

Por otro lado, este estudio también muestra que hay síndromes (p. ej., los trastornos alimentarios y del control de los impulsos) que generan más conductas consideradas como "resistencia" que otros (p. ej., los trastornos depresivos y la distimia). Al mismo tiempo, la presencia de trastornos de personalidad es relevante en las dos medidas de resistencia empleadas. Lo cual nos confirma algo muy conocido desde la clínica, que hay condiciones clínicas más proclives al cambio que otras. La cuestión, sin embargo, es si para entender esta dificultad es útil el constructo de "resistencia" o deberíamos entenderlo en términos de la propia coherencia de los sujetos que desarrollan este tipo de problemas.

Otro aspecto que se confirma como relevante para la comprensión de la "resistencia" o las dificultades en el trabajo psicoterapéutico, es el tipo de demanda que hace el paciente. En efecto, como construye el paciente el hecho de acudir a una consulta o servicio de psicoterapia, sus expectativas y actitudes, son determinantes.

Según los resultados del presente estudio, los terapeutas no han considerado más resistentes a los pacientes con mayor niveles de reactancia ni atendiendo a sus conductas de resistencia ni en su juicio global. Este dato puede sorprendernos, puesto que Dowd (1993) asegura que es muy difícil trabajar en terapia con un paciente reactivo.

Y, en efecto, podemos suponer que debe ser problemático llevar a cabo la psicoterapia con un individuo que necesite oponerse para sentirse bien consigo mismo (Dowd, 1993). Hemos contemplado como una posible explicación a estos resultados la sugerencia de Pelechano *et al.* (1997) en la línea de que la reactancia tiene problemas para considerarse un rasgo de personalidad y quizás puede entenderse mejor como variable situacional.

Si atendemos al sentido de identidad, tal como se manifiesta en el patrón de construcción del sí mismo, vemos que hay perfiles que presentan más conductas de resistencia (p. ej., el de superioridad) que otros (aislamiento, resentimiento). Lo cual nos sugiere que instrumentos como la técnica de rejilla, que se centran en el estudio del sentido de identidad tal como es construida por la persona, pueden ser de gran interés para la comprensión de este apasionante fenómeno que muchos clínicos llaman "resistencia".

## BIBLIOGRAFÍA

- Anderson, C. y Stewart, S.** (1983). *Mastering Resistance: A practical guide to family therapy*. New York: Guilford.
- Botella, L., y Feixas, G.** (1998). *La teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. R. y Emery, G.** (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Bowlby, J.** (1988). *A Secure Base*. New York. Basic Books
- Brehm, J. W.** (1966). *A Theory of Psychological Reactance*. New York: Academic Press.
- Brehm, S. S. y Brehm, J. W.** (1981). *Psychological Reactance: A Theory of Freedom and Control*. New York: Academic Press.
- Caine, T.M., Wisejinge, O.B.A.. y Winter, D.A.** (1981). *Personal Styles in Neurosis: Implications for Small Group Psychotherapy and Behaviour Therapy*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Carli, R.** (1990). El análisis de la demanda. *Revista de Psicoterapia*. 1, 71-74.
- Davis, D y Hollon, S. D.** (1999). Reframing resistance and noncompliance in cognitive therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*. 9, 33-57.
- Dowd, E. T.** (1989). Stasis and change in cognitive psychotherapy: client resistance and reactance as mediating variables. En Dryden, W. y Trower,

- P. (Eds.), *Stasis and change*. Springer Publisher: New York.
- Dowd, E. T.** (1993). Correlatos motivacionales y de personalidad de la reactividad psicológica e implicaciones para la terapia cognitiva. *Psicología Conductual*, 1, 145-155.
- Dowd, E. T. y Seibel, C.** (1990). A cognitive theory of resistance and reactance. Implications for treatment. *Journal of Mental Health Counseling*, 12, 458-469.
- Dowd, E. T. y Seibel, C.** (1994). Reactance, noncompliance and developmental factors: Conceptual integration and empirical validation. Ponencia presentada en el *1994 annual meeting of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration*. Buenos Aires.
- Dowd, E. T. y Wallbrown, F.** (1993). Motivational components of client reactance. *Journal of counseling and development*, 71, 233-238.
- Dowd, E. T., Milne, C. R. y Wise, S. L.** (1984). The Therapeutic Reactance Scale: A Measure of Psychological Reactance. *Journal of Counseling and Development*, 69, 541-545.
- Dryden, W. y Trower, P.** (1989). 'Resistance' in a Process Approach to Social Skills Training: The Role of Cognitive Blocks and How Can Be Overcome. En Dryden, W. y Trower, P. (Eds.), *Stasis and change*. New York: Springer Publisher.
- Ellis, A.** (1985). *Overcoming Resistance: Rational-Emotive Therapy with difficult clients*. New York: Springer.
- Feixas, G. y Cornejo, J. M.** (1996). *Manual de la Técnica de la Rejilla mediante el Programa Record v. 2.0*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G., y Villegas, M.** (2000). *Constructivismo y Psicoterapia* (3ª ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Frank, J. D.** (1961). *Persuasion and healing*. Baltimore: John Hopkins University Press,
- Fransella, F.** (1989). Obstacles to change and the reconstruing process: A personal construct view. En Dryden, W. y Trower, P. (Eds.), *Stasis and change*. New York: Springer Publisher.
- Freud, S.** (1953-1966). Studies on hysteria (with Joseph Breuer). En J. Stanley (Ed. y Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 2) [Standard Edition]. London: Hogarth Press. (Original work published 1895).
- Guidano, V.** (1991). *The self in process*. New York: Guildford.
- Guidano, V.** (1987). *Complexity of the self*. New York: Guildford.
- Hayek F.A.** (1952). *The sensory order*. Chicago: University of Chicago Press.
- Heather, N., Rollnick, S. y Winton, M.** (1982). Psychological change among in-patient alcoholic and its relationship to treatment outcome. *British Journal of Alcohol and Alcoholism*, 17, 90-7.

- Hong, S. M., Giannakopoulos, E., Laing, D. y Williams, N. A.** (1994). Psychological reactance: Effects of age and gender. *Journal of Social Psychology*, 134, 223-228.
- Jackson, D.** (1984). *Personality Research Form Manual (3ª de.)*. Port Huron, MI: Research Psychologists.
- Kegan, R.** (1994). *In over our heads: the mental demands of modern life*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kelly, G. A.** (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: W.W. Norton.
- Kelly, G. A.** (1977). The psychology of the unknown. En D. Bannister (Ed.) *New perspectives in personal construct theory*. London: Academic.
- Landfield, A.W.** (1977). *Interpretive man: the enlarged self-image*. En Cole, J.K. and Landfield, A.W. (Eds.), *1976 Nebraska Symposium on Motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Large, R.G.** (1985). Prediction of treatment response in pain patients: the Illness Self-Concept Repertory Grid and EMG feedback. *Pain*, 21, 279-87.
- Lazarus, A. A. y Fay, A.** (1982). Resistance or Rationalization? A Cognitive-Behavioral Perspective. En WACHTEL, P. L. (Ed.), *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches*. New York: Plenum.
- Leitner, L. M. y Standiford, T.** (1993). Resistance in experiential personal construct psychotherapy: Theoretical and technical struggles. En Leitner, L. y Dumet, N.G. (Eds.), *Critical issues in personal construct psychotherapy*. Malabar, Florida: Krieger.
- 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.
- Mahler, M.** (1971). A study of the separation-individuation process and its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation. *Psychoanalytic Study of the Child*, 26, 403-425.
- Mahoney, M. J.** (1991). *Human change processes*. New York: Basic Books.
- Mallon, K.F.** (1992). A scale for assessing psychological reactance proneness: Reliability and validity. Tesis doctoral no publicada. University of Nebraska.
- McCown, W. G., y Johnson, J.** (1993). *Therapy with treatment resistant families*. The Haworth Press: New York.
- Meichenbaum, D. y Turk, D. C.** (1987). *Facilitating Treatment Adherence*. New York: Plenum Press.
- Neimeyer, R.A.** (1985). Personal constructs and depression. En E. Button (Ed.), *Personal constructs and mental health*. London: Croom Helm.
- Neimeyer, R.A. y Feixas, G.** (1989). Trastornos en el proceso de construc-

- ción: Implicaciones psicopatológicas de los corolarios kellianos. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 26, 52-69.
- Neimeyer, R. y Mahoney, M.** (comps.) (1995). *Constructivism and Psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association (*Constructivismo en psicoterapia*, 1998, Barcelona: Paidós).
- Pelechano, V., De Miguel, A. y Hernández, M.** (1995). Trastornos de personalidad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Comps.), *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw Hill.
- Pelechano, V., Peñate, W. y Rodríguez, M.** (1997). Un cuestionario de contracontrol y datos sobre validez de constructo, convergente, diferencial y evolutiva. *Análisis y Modificación de Conducta*, 89, 309-353.
- Rivas, F., y Marco, R.** (1985). *Evaluación conductual subjetiva: La técnica de la rejilla*. Valencia: Centro Editorial de Servicios y Publicaciones Universitarias.
- Rogers, C.R.** (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. En S. Koch (Ed.), *Psychology: The study of a science* (Vol. III, pp. 184-256). New York: McGraw Hill.
- Rosen, H.** (1991). Constructivism: Personality, psychopathology and psychotherapy. Mental growth and mental health as distinct concepts in the study of developmental psychology: Theory, research and clinical implications. En D. P. Keating y H. Rosen (Eds.), *Constructivist perspectives on developmental psychopathology and atypical development*. New Jersey: LEA.
- Stearns, H.S.** (1990). *Resolving Resistances in Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Turkat, D. y Meyer, V.** (1982). The Behavior-Analytic Approach. En P.L. Wachtel, (Ed.), *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches*. New York: Plenum.
- Villegas, M.** (1996). El análisis de la demanda: una doble perspectiva, social y pragmática. *Revista de Psicoterapia*, 26, 25-78.
- Winter, D.** (1992). *Personal construct psychology and clinical practice*. London: Croom Helm.
- Winter, D.A. y Gournay, K.** (1987). Constriction and construction in agoraphobia. *British Journal of Medical Psychology*, 60, 233-34.