

Pacientes que no cambian, terapeutas frustrados

lic. Sara Baringoltz

“¿Qué puedo hacer con este paciente que no mejora?”

“¿Qué no hice bien?”

“Me siento mal de que pase el tiempo y no logremos los objetivos”

“Ya no tengo ganas de atenderlo y esto me produce culpa”

Estas frases forman parte de lo que los terapeutas llevan a supervisión cuando se sienten frustrados por el no cambio en el proceso terapéutico.

Sabemos que los enfoques cognitivos integran:

-Los resultados de investigación sobre evidencia

-Con la experiencia clínica

David Barlow (University of Glasgow), destacado investigador en el tema, agrega

que: hay que considerar las siguientes conclusiones de investigaciones recientes:

a) Los pacientes que forman parte de las investigaciones son homogéneos, pero en la práctica muestran gran comorbilidad.

b) La importancia de considerar los factores vinculados a la relación terapéutica, no quedarse solo en la investigación de procedimientos de tratamiento.

c) Resultados de estudios de eficacia y efectividad pueden no ser relevantes para un paciente en particular.

La gran incógnita es:

¿Por qué algunos pacientes **no cambian** a pesar de que el terapeuta utilice los recursos más apropiados para la patología que tienen, e incluso con una alianza terapéutica buena?

El objetivo de este trabajo es compartir mis reflexiones sobre el tema basadas en más de 40 años de práctica clínica y supervisión.

Mi hipótesis central es que la no mejoría contrariamente a lo que podamos pensar, no se basa en el grado de patología del paciente. He visto pacientes muy graves mejorar llamativamente, así como otros con menor patología quedar estancados en los tratamientos, e incluso empeorar. Son estos los que más perturban a los terapeutas.

Desarrollaré aquellas **variables** que creo intervienen **para el no cambio**.

#### Actitud oposicionista

“No creo que escribir sirva para algo”

“Estas tareas me parecen ridículas”

“No recuerdo qué tenía que hacer o pensar esta semana”

“No pude encarar la búsqueda de trabajo, no sé por dónde empezar ni cómo hacerlo, me pregunté si tiene sentido porque no va a resultar”

Son pacientes donde el NO está siempre reinando, no solo en la terapia, sino en su vida. Provocan en el terapeuta una sensación de impotencia. La metáfora que aplicaría es “palos en la rueda”.

#### Actitud negativa frente a la vida

“Mi hijo me comunicó que consiguió trabajo en Alemania, así que decidió casarse y aceptar la propuesta ya que acá no tiene muchas posibilidades un biólogo. Me sentí destrozado, era lo que me faltaba, perder un hijo”

Esta variable muchas veces viene combinada con la anterior. En muchos casos los esfuerzos del terapeuta para perturbar esta visión negativa no tiene ningún efecto. A veces se logra flexibilizarla en una entrevista y cuando llega la vez siguiente está nuevamente instalada como siempre. Estos pacientes sufren mucho pero no pueden cambiar la actitud, como si fuera un sello de fábrica indestructible.

### No concuerdan objetivos

A veces no concuerdan desde el comienzo y otros después de un tiempo se vuelven opuestos. Cuando el terapeuta se da cuenta de esto y lo explicita aparece la razón del no cambio.

Por ejemplo, un paciente que trata de que los otros cambien para sentirse mejor y un terapeuta cuyo objetivo es que cambie el paciente. O por ejemplo: padres de un niño cuyo objetivo es que el paciente identificado sea el hijo y que la terapeuta lo atienda haciéndose cargo de la no mejoría, y una terapeuta que considera que los que tienen que cambiar son los padres pero no encuentra la forma de modificar la estrategia terapéutica ya que no puede acordar con los padres objetivos compartidos.

### Creencias incompatibles con la recuperación

“Si dejo de pensar que algo malo va a pasar, tengo miedo de que pase”

“Quisiera tener una pareja, casarme, tener hijos, pero se que no se puede confiar en los hombres, siempre te hieren”

En el primer caso el paciente quisiera dejar de tener pensamientos catastróficos constantes, pero teme la consecuencia de no tenerlos. En el segundo aspira a un objetivo de familia que la haría vulnerable a una creencia respecto a los hombres.

### Factores de mantenimiento del cuadro

“Mi mujer está preocupada porque nuestro hijo de 15 años toma mucho alcohol, a veces algún porro, probó la coca y otras cosas, pero todos los chicos lo hacen. Además yo también tuve la experiencia y aquí me ve, no me pasó nada grave”

El terapeuta no suele tener más poder que la familia o el grupo de pares en algunas edades. Si una adicción es normal para un progenitor o forma parte de la aceptación en el grupo de pares, es difícil provocar cambio en el paciente. No imposible pero difícil.

A cualquier edad familias muy disfuncionales son variables de mantenimiento de la patología del paciente. A veces los factores de mantenimiento actúan en el mismo paciente. Por ejemplo cuando no ve ventajas en el cambio (“me encanta ir todos los días al Casino, me divierte, estoy con gente que veo siempre, solo mi mujer se queja”), ni consecuencias en su situación actual (tengo recién 35 años y no trabajo, mi novia me insiste en que no es normal, pero yo sé que mis padres tienen dinero para mantenerme toda la vida y sobra).

### Queja crónica

“Mi vida es puro dolor, mis hijos puede pasar una semana y no llaman, puedo morirme y no se enteran. Los amigos están para ser invitados, pero ¿ellos cuándo invitan? Y en las malas desaparecen. Mi marido trabaja y trabaja, ¿Eso es vida? Ya tuve 4 terapias y ninguna me solucionó el problema”

Como terapeutas debiéramos pensar que vamos a ser el terapeuta de la 5ta terapia de la que se queje. Este rasgo de carácter es muy difícil de modificar, y suele despertar bronca en el terapeuta.

### Ofensa y resentimiento

“Mi nuera me dijo que hoy no vaya a cuidar a mi nieta porque tienen que hacer otra cosa. Claro, a una la llaman cuando la necesitan. La próxima vez no voy y le digo que tengo otra cosa que hacer.”

Al igual que la conducta quejosa, es un rasgo de carácter que se arraiga a través del tiempo y se convierte en un muro a derribar en la terapia. Pocas veces lo logramos, y cuando creemos que sí, lo vuelven a construir cuidadosamente.

### Cronicidad del malestar

“Siempre me sentí mal, toda la vida angustiada, preocupada por todo, desde chiquita, nada me calma”

Robert Leahy (American Institute for Cognitive Therapy) dice que cuando hay una historia de “discomfort” que se construye como esquema a través de toda una vida, hay resistencia al cambio.

Los terapeutas tratamos como el Quijote de luchar contra lo estático y solemos quedar muy frustrados en el intento.

### Ideas sobrevaloradas

Fugen Neziroglu (New York University) investigó las ideas sobrevaloradas llegando a la conclusión de que son creencias rígidas de mal pronóstico para el OCD.

Personalmente creo que son difíciles de trabajar en cualquier paciente. Muchos prejuicios se asientan en estas ideas.

“Yo creo como decía mi papá que si no peleás en la vida no conseguís nada. No soy de callarme ni de someterme, cuando algo no me gusta te lo digo en la cara aunque te duela. Mi marido dice que por eso no tengo una amiga, y que no aguanta más que todo sea para pelearse. Él no entiende que te pasan por encima.”

### Poca motivación para el cambio

“El cigarrillo es mi mejor amigo. El médico me manda porque tengo antecedentes familiares para que una terapia me ayude a dejarlo. Capaz que me muero de otra cosa. ¿Por qué tiene que ser de un cáncer de pulmón?”

El terapeuta tiene que luchar contra la falta de motivación del paciente. A veces enarbolamos la bandera de un objetivo en el que estamos solos. El paciente no quiere esa bandera, sobre todo el esfuerzo de sostenerla.

### Limitaciones en los recursos del paciente

Después de unas entrevistas, terapeuta y paciente acuerdan como objetivo terapéutico: una vida más normal que la que lleva, que pueda sostener un trabajo, menos bajones anímicos y mejor relación con la familia. Diagnóstico: trastorno bipolar. Después de dos años de tratamiento farmacológico y terapéutico, el paciente mantiene el trabajo con dificultad, la relación con la familia tiene períodos buenos y otros malos y los bajones son menos intensos pero continúan. El terapeuta está insatisfecho con lo logrado. Evidentemente es muy importante para los terapeutas regular expectativas. Tanto en este como en muchos otros casos hay que evaluar: recursos y limitaciones del paciente.

### Homeostasis que protege de algo peor

Juana presenta un cuadro de fobia social que aparece como muy sintomático en los últimos años. El cuadro cede en pocos meses, pero aparecen conductas impulsivas de actuación de alto riesgo: sexualidad no protegida, relaciones de riesgo, etc.

Evidentemente a veces descuidamos considerar el sentido de una sintomatología y nos abocamos a su remisión. El ser humano es tan complejo que a veces una patología protege de otro mayor riesgo.

### **Respuestas del terapeuta frente a la frustración**

#### **Algunos pensamientos ligados a emociones**

##### Desánimo

“No tengo ganas de atenderlo” “Ojalá no venga”

##### Desvalorización

“Qué no hice bien” “Otro puede hacerlo mejor”

##### Bronca

“Estallo de bronca” “¡Cómo no se da cuenta!” “No lo aguanto”

##### Sobreinvolucración

“Me preocupa y ocupa mucho espacio en mis pensamientos” “Hago con él lo que no hago con otros” “Estoy siempre dispuesto a que me llame en cualquier momento” “Me angustia muchísimo”

### Dificultad para poner límites

“No puedo decirle no” “No me animo a subir honorarios” “Me cambia horarios todo el tiempo” “Suspende sesiones con cualquier excusa”

### Herida narcisista

“No puedo aceptar que no mejore” “¿Cómo no encuentro la forma de ayudarlo?”

### Culpa

“¿Qué no hice?” “¿Qué hice mal?”

### Evitación

“¿Cómo puedo sacármelo de encima?” “Ojalá no venga hoy”

### **HELP! ¿Qué se puede hacer?**

#### Regulación de la involucración emocional

Trabajar con uno mismo para regular la distancia y manejar las emociones.  
Recursos: autoreflexión, terapia personal, supervisión, compartir con otros, etc.

#### Poner límites en el encuadre

Reconocer los propios límites y los que el paciente necesita. Actuar aunque cueste sabiendo que lo estamos ayudando y nos estamos protegiendo.

#### Conceptualización del caso



La conceptualización del caso permite una mayor regulación de la distancia. Cuando entendemos mejor la patología y dinámica del paciente, podemos recuperar el eje y rol profesional.

### Evaluar alcances y limitaciones del paciente

Tanto de los recursos del paciente como de los propios. A veces pedimos lo que el paciente no puede. A veces nos exigimos más allá de lo posible.

### Compartir con otros

El compartir las dificultades con otros profesionales ayuda a escuchar otras voces y encontrar alternativas. El trabajo en equipo baja los niveles de sobrecarga personal. La inclusión de redes sociales (familia, institución, etc) es muy importante también para compartir la responsabilidad y carga emocional que provocan algunos pacientes.

### Derivar, no echar

Si uno siente que no puede con el paciente, que está desbordada su capacidad para atenderlo adecuadamente, o que no cuenta con los recursos, entonces es necesario derivarlo de la mejor manera. Es importante que el paciente no se sienta echado.

### Sesiones menos frecuentes

Cuando la cronicidad del caso muestra que los cambios son muy lentos pero que el paciente necesita mantener el vínculo terapéutico se puede apelar al distanciamiento de las sesiones.

### Aceptación, no resignación

Trabajar con el paciente y con uno mismo la aceptación del no cambio o poco cambio. Los médicos de cualquier especialidad saben que no todos los pacientes mejoran. Los profesionales “psi” no lo aceptan.

### Evaluar si el cese de la terapia empeorará el cuadro

A veces el terapeuta cree que no está actuando como tal, pero para el paciente es un espacio muy importante, y si no lo tuviera seguramente estaría peor. Es recomendable evaluar conjuntamente esta decisión.

### Registro de situación, cognición, emociones. Alternativas

Utilizar para el terapeuta en relación a este tipo de pacientes la misma técnica cognitiva que ha resultado tan útil con los pacientes.

### Balance y reevaluación de expectativas

Es muy útil después de un tiempo en el que evaluamos dificultad para el cambio, plantearse un balance. Qué se logró, que no se logró, reatribución de responsabilidades, recontrato para cambio de estrategia, reevaluación diagnóstica, etc.

Finalmente, quisiera destacar frente a estas situaciones terapéuticas tan frustrantes la necesidad de considerar en el análisis de la situación, la importancia de:

- Las características del paciente

- Las características del terapeuta
- Las características del vínculo y los entrecruzamientos
- Las características del contexto

O sea monto y cualidad de “LOS PALOS EN LA RUEDA”