Transacciones interpersonales en episodios de ruptura de la alianza: un estudio de caso de un abandono de terapia[1]

Joana Coutinho,*
*Eugénia Ribeiro**
*y Jeremy Safran***

Resumen

En este estudio se presenta el análisis intensivo de un caso de abandono de terapia en el que se identificaron varios eventos de ruptura sin reparar. Hemos centrado nuestro análisis en la contribución de la terapeuta a estos episodios no resueltos. El número de intentos de intervención de la terapeuta fue cuatro veces menor que el número de las intervenciones previstas de acuerdo con los Modelos de Resolución de Rupturas. Las principales fallas de la terapeuta fueron: incapacidad para advertir el marcador de la ruptura, para validar la experiencia emocional de la paciente y para reconocer su propia responsabilidad en el problema. La evaluación de la terapeuta indicó un buen funcionamiento interpersonal y psicológico, lo que sugiere que su incapacidad para resolver adecuadamente las rupturas estuvo menos relacionada con este tipo de variables y más relacionada con el nivel de experiencia clínica y con factores de entrenamiento/supervisión.

Palabras clave: *alianza terapéutica, rupturas en la alianza, variables del terapeuta.*
Key words: *therapeutic alliance; alliance ruptures; therapist variables.*

Introducción

Parece haber fuerte evidencia sobre la importancia y el efecto de las variables del terapeuta en el proceso y el resultado terapéuticos. Estudios recientes han encontrado que aproximadamente el 8% de la varianza en los resultados de la psicoterapia se debió a factores de los terapeutas (Wampold, 2001, Kim et al. (en prensa) citado por Wampold y Brown, 2005; Huppert et al., 2001). Como Wampold y Brown (2005) argumentan, éste es un resultado muy significativo si tenemos en cuenta que la alianza terapéutica, que generalmente se conoce como el factor común más importante, explica alrededor del 5% de la varianza de los resultados. Esto nos hace pensar que la investigación en psicoterapia podría beneficiarse del estudio de las variables del terapeuta.

La investigación también sugiere que la influencia de los factores del terapeuta en los resultados del tratamiento puede funcionar a través de su impacto en la formación de la alianza. En otras palabras, los terapeutas que tienen una mejor capacidad para negociar la alianza de una manera eficiente parecen ser los más exitosos. Partiendo de esta hipótesis consideramos que la relación entre las variables del terapeuta y el proceso de formación y desarrollo de la alianza es un tema importante de investigación.

En su revisión de las características del terapeuta y de las técnicas que impactan negativamente la alianza terapéutica, Ackerman y Hilsenroth (2001) encontraron que atributos personales del terapeuta, tales como ser rígido, inseguro, crítico, distante, tenso y distraído contribuyen negativamente a la alianza. Se encontró que también lo hacen técnicas como la sobre-estructuración de la terapia, la autorevelación inapropiada, la utilización inflexible de

** Joana Coutinho, Eugénia Ribeiro: Universidade do Minho, Portugal*
*** Jeremy Safran. New School for Social Research, EUA*
E-Mail: Joana Coutinho [joanafpc@gmail.com]
REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XIX p.p. 101-115
© 2010 Fundación AIGLÉ.

(1) Título en inglés: Interpersonal transactions in alliance rupture episodes: a case study analysis of a dropout. Traducción: Verónica Hopp.
Este proyecto fue financiado por la Fundación Portuguesa para la Ciencia y la Tecnología (BD 27654/2006).

la interpretación transferencial y el uso inadecuado del silencio.

Dos años más tarde, los mismos autores hicieron una revisión de las características y de las técnicas del terapeuta que tienen un impacto positivo en la alianza terapéutica. Concluyeron que atributos personales del terapeuta como ser flexible, honesto, respetuoso, confiable, seguro, cálido, interesado y abierto; y técnicas terapéuticas como la exploración, la reflexión, el señalamiento del éxito de la terapia pasada, la interpretación precisa, la facilitación de la expresión del afecto y la atención a la experiencia del paciente contribuyen positivamente a la alianza (Ackerman y Hilsenroth, 2003). También se han asociado con fuertes alianzas la flexibilidad (Kivlighan, Clements, Blake, Arnzen y Brady, 1993) y las conductas de afiliación, como validación, apoyo y afirmación (Bachellor, 1995).

Podemos observar que algunos de los atributos positivos y las intervenciones identificados por estos estudios, como ser la apertura, la flexibilidad, el respeto y la capacidad de facilitar la expresión de afecto y atender a la experiencia del paciente, se corresponden con los que Safran y Muran (2000) consideran como necesarios para resolver rupturas de la alianza. La ruptura de una alianza puede ser definida como una tensión o un desajuste en la relación de colaboración entre el terapeuta y el paciente (Safran y Segal, 1990). De acuerdo a la conceptualización de Bordin (1979) de la alianza terapéutica, los episodios de ruptura se corresponden a momentos en los que la negociación de las tareas terapéuticas y los objetivos o el vínculo emocional entre el terapeuta y el paciente parecen comprometerse.

Esto apoya la idea de que la contribución de las variables personales del terapeuta para el proceso terapéutico no es de igual importancia durante todo el curso de la terapia, es decir, aquellos momentos en que la díada atraviesa rupturas en la alianza son aquellos en los que las características de los terapeutas parecen desempeñar un papel más importante, para bien o para mal.

Estudios anteriores sobre las rupturas de la alianza han descripto lo que podría impedir que los terapeutas resuelvan las rupturas de la alianza de forma adecuada. Rhodes, Hill, Thompson y Elliot (1994) pidieron a diecinueve terapeutas que recordaran episodios en los que hubo malentendidos en sus propios tratamientos y realizaron un análisis cualitativo de los hechos. Encontraron que en los casos de malentendidos resueltos, el paciente fue capaz de hacer valer sus sentimientos negativos y el terapeuta permaneció flexible y aceptó, reconoció su responsabilidad en el evento o cambió su comportamiento. En cambio, en malentendidos no resueltos, los pacientes describieron a sus terapeutas como no responsivos, defendiendo de una manera dogmática su punto de vista sin siquiera considerar el punto de vista del paciente. Los terapeutas no tuvieron conocimiento de lo que estaba ocurriendo hasta que el paciente abandonó la terapia.

Aunque este estudio mostró que el desconocimiento de los terapeutas sobre las reacciones negativas del paciente puede ser perjudicial para la negociación de la alianza, también hay algunas evidencias de que esa conciencia no es siempre beneficiosa. En 1996, Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue y Hayes plantearon la hipótesis de que los terapeutas pueden ser más rígidos cuando son conscientes de las reacciones negativas de sus pacientes. En este estudio del cambio en la terapia cognitiva se encontraron con algo inesperado: el foco del terapeuta sobre el impacto de las cogniciones distorsionadas de afecto depresivo estaba negativamente relacionado con el resultado. Al realizar un análisis cualitativo más intensivo de esos casos con malos resultados, se dieron cuenta de que, cuando se enfrentaban a una ruptura, los terapeutas se adherían de una forma aún más rígida al modelo cognitivo, centrándose cada vez más en desafiar las cogniciones distorsionadas. Un proceso similar de adherencia inflexible del terapeuta al modelo se observa en otro estudio sobre dinámica de la terapia de Piper, Azim, Joyce y McCallum (1991), en el que los autores encontraron que el uso excesivo de las interpretaciones de transferencia se asociaba negativamente con la calidad de la alianza. Un análisis cualitativo posterior sugirió que los terapeutas podrían haber utilizado las interpretaciones de transferencia para hacer frente a un estancamiento en la alianza, pero la forma en que la estrategia fue usada aumentó el círculo vicioso en el que tanto el terapeuta como el paciente estaban involucrados. Estos resultados son consistentes con los obtenidos por el estudio de Foreman y Marmar (1985), que hallaron que las interpretaciones centradas en la relación real entre paciente y terapia mejoraban la alianza, mientras los que no abordaban directamente el deterioro de la alianza no resultaban útiles.

La importancia crucial de las características del terapeuta y las capacidades para negociar la alianza no deben hacernos ignorar el papel igualmente importante que el paciente juega en la formación de la alianza. Como Ackerman y Hilsenroth (2003) sugieren: *"... es probable que la estrategia más prometedora para la investigación futura pueda ser analizar los intercambios interpersonales entre el paciente y el terapeuta que impactan en el desarrollo de la alianza. El estudio de estas interacciones en la sesión puede profundizar nuestra comprensión de la naturaleza del desarrollo de la alianza y las variables específicas que la afectan (p29)"*.

El objetivo general de nuestro estudio es investigar los intercambios interpersonales entre terapeuta y paciente referidos por Ackerman y Hilsenroth, en particular los que se producen en los episodios de ruptura y, al mismo tiempo, cruzar éstos con el análisis de variables más estables, como los patrones de apego del terapeuta, y con el análisis de las experiencias de los participantes y las percepciones de los episodios de ruptura. Creemos que la intersección de estos diferentes aspectos en un único caso de estudio es una contribución novedosa a la investigación sobre rupturas en la alianza.

El enfoque de los estudios de caso

Los estudios de caso pueden constituir una herramienta metodológica interesante que podemos utilizar para aplicar la recomendación de Ackerman y Hilsenroth (2003) para la investigación futura, es decir, para estudiar tanto las características del paciente como las del terapeuta y su interacción en el proceso de formación de la alianza. Pensamos que este método es capaz de reflejar mejor el carácter interactivo de la ruptura en la alianza y su complejidad, ya que -mediante el uso de material grabado en video y la transcripción de todas las sesiones- se basa firmemente en las transacciones reales que se produjeron entre los participantes. Además, considera las diferentes variables que pueden interferir en el proceso interactivo, evaluadas tanto por medidas cuantitativas como cualitativas, así como también por diferentes perspectivas: la del terapeuta, la del paciente y la del observador.

Por lo tanto, hemos decidido hacer un análisis intensivo de un caso de abandono de terapia, en el que la terminación prematura en la séptima sesión se derivó de varios episodios de ruptura sin reparar. Nuestro principal interés fue entender qué salió mal en el proceso de negociación de esta díada, cuál era la experiencia de la terapeuta de los acontecimientos de ruptura y por qué la paciente y la terapeuta fueron incapaces de lidiar con ellos de una manera diferente. Creemos que el estudio de acontecimientos de ruptura no resueltos puede ayudar a los clínicos a aprender a identificar y a evitar el mismo tipo de fallas en su práctica clínica.

La investigación de Safran y Muran (2000) sobre la ruptura en la alianza ya describió los diferentes tipos de rupturas que pueden producirse y también definió y probó estrategias para la resolución adecuada de las mismas. Los estudios de caso, tal como el que presentamos aquí, nos permiten evaluar la aplicación de los modelos de ruptura en el contexto de una relación muy concreta entre una paciente individual y una terapeuta individual.

Nuestro estudio apunta a alcanzar dos objetivos concretos: 1) analizar las transacciones interpersonales que se produjeron en los episodios de ruptura, con el fin de comparar las estrategias adoptadas por la terapeuta para hacer frente a ellos con aquellas que propone Safran en su modelo de resolución de ruptura; 2) entender cuáles son las características de esta terapeuta que pueden explicar su incapacidad para resolver las rupturas en la alianza de una manera más eficiente.

Método

Participantes

Paciente: Laura es una joven de 23 años de edad, sexo femenino, estudiante universitaria. Venía de un país de América Latina y estaba realizando un programa de seis meses para estudiantes internacionales. Ella fue remitida al Centro de Orientación* de la Universidad por los Servicios de Estudiantes Internacionales. Su principal queja tenía que ver con dificultades de adaptación a la nueva ciudad y país. También presentó oscilaciones de humor intensas y problemas interpersonales, especialmente con su madre. Dijo que se sentía perdida e indecisa acerca de lo que quería hacer después de irse de Portugal. Antes de esta terapia, Laura había estado en otra. Su terapeuta la diagnosticó con un trastorno bipolar no especificado. La Escala de Evaluación Global de Funcionamiento de la paciente (escala GAF) era de 40 en el momento del ingreso. Laura tenía dos hermanas menores y sus padres se divorciaron cuando ella tenía ocho años. Describió la relación con su padre como "distante" y, desde que sus padres se divorciaron, se invirtieron los roles en la relación con su madre. La paciente estaba luchando con el hecho de que no era capaz de hacer valer sus necesidades, por ejemplo, cuando su madre le pedía dinero.

Terapeuta: La Dra. S. es blanca, de sexo femenino, psicóloga clínica de 23 años de edad. Ella estaba en su primer año de la práctica clínica. Se había entrenado en una orientación teórica cognitivo-conductual (TCC) y también fue de dicha orientación la supervisión que recibió en este caso. Se trataba de una supervisión semanal muy estructurada y, cada dos semanas, la terapeuta tenía reuniones de equipo clínico en las que podía presentar su trabajo y sus dificultades. Debido a que éste era su primer año de práctica clínica, la supervisora intentó proteger a la terapeuta, cuando se dio cuenta de la gravedad

(*) N. de la T.: En el original, "Counseling Center".

que parecían tener los síntomas de Laura y el riesgo asociado a ellos. La necesidad de una evaluación psiquiátrica y el uso de medicamentos fue sugerida por la supervisora como una forma de garantizar la seguridad de la paciente.

El esquema interpersonal de esta terapeuta se trazó con el Cuestionario de Esquemas Interpersonales (ISQ, Hill y Safran, 1994), que evalúa las formas prototípicas en que los individuos construyen las interacciones con otras personas importantes. Se les pide que se imaginen a sí mismos en 16 escenarios interpersonales diferentes y, luego, que indiquen el tipo de respuestas que esperarían de la otra persona (madre, padre y pareja o amigo cercano). El cuestionario arroja tres índices clave: índice de afiliación (las puntuaciones positivas indican una mayor amabilidad/afiliación en las respuestas esperadas y las puntuaciones negativas indican una mayor hostilidad); índice de control (las puntuaciones positivas indican respuestas esperadas de dominación y las puntuaciones negativas indican respuestas de sumisión) y el índice de deseabilidad, que representa la percepción de los sujetos de la conveniencia de las respuestas esperadas de los demás -las puntuaciones van del 1 (menos deseable) a 7 (más deseable)-. Los esquemas interpersonales de la terapeuta con ambos padres y novio fueron positivos: el índice de deseabilidad fue cercano a 7 para los tres. Tenía expectativas de amistad positivas hacia la madre (4,5) y hacia el novio (7), y neutrales hacia el padre (0,5). En cuanto al índice de control, tenía expectativas neutras de comportamiento dominante hacia la madre y hacia el novio (0,5 y 1) y expectativas de comportamiento de sumisión hacia el padre (-1,5). Con respecto a la regulación afectiva -evaluada mediante la Escala de Regulación del Afecto (ARS, Schaffer, 1993), la Dra. S. tendía a utilizar más acción y estrategias contemplativas cuando se enfrentaba a experiencias de ansiedad o sentimientos de dolor. No tenía tendencia a usar estrategias sexuales o agresivas. Las mediciones en la Escala de Auto-Evaluación de Sabiduría (SAWS, Webster, 2007) indicaron altas puntuaciones en todas las subescalas: regulación emocional (la mayor), experiencia, reflexión, humor y apertura. Por último, la Entrevista de Apego Adulto (AAI, George, Kaplan y Main, 1985) reveló un patrón de apego seguro: la terapeuta no recurría a estrategias de desactivación o hiperactivación.

Tratamiento: El tratamiento consistió en sesiones semanales de TCC. Con el fin de reducir los síntomas de labilidad del estado de ánimo, se usaron registros diarios de humor y se hizo psicoeducación sobre los cambios en el estado de ánimo. También se registraron los hábitos de sueño. Debido a los problemas interpersonales con la madre de la paciente, se llevó a cabo un entrenamiento en asertividad. El tratamiento finalizó prematuramente en la séptima sesión a causa de rupturas sin resolver.

Instrumentos

• El Cuestionario Post-Sesión (PSQ; Samstag, Batchelder, Muran, Safran y Winston, 1998): este cuestionario de auto-informe es un compuesto de diferentes medidas de la sesión. En este estudio se utilizaron los puntajes de la forma breve del Inventario de Alianza de Trabajo (WAI, Horvath y Greenberg, 1989). Este inventario mide las tres dimensiones de la alianza de trabajo (objetivos, tareas y obligaciones), independientemente de la orientación teórica del terapeuta. La versión breve incluye 17 elementos -la forma larga se compone de 36- en una escala Lickert de 7 puntos que van desde 1 *(nunca)* hasta 7 *(siempre)*; las puntuaciones más altas reflejan alianzas terapéuticas más fuertes. El Inventario de Alianza de Trabajo tiene tres versiones: la del terapeuta (WAI-T), la del paciente (WAI-C) y la del observador. En este estudio utilizamos las versiones de la terapeuta y de la paciente, cuyos ítems son muy similares pero adaptados para cada caso. La consistencia interna estimada para el Inventario de Alianza de Trabajo se mueve en un rango de .88 a .93 de la versión para el/la paciente (Horvath y Greenberg, 1989; Tracey & Kokotovic, 1989). Se ha acumulado una considerable evidencia de validez para este inventario (Horvath y Symonds, 1991). En la segunda parte del cuestionario, se le pide al paciente que indique si hubo o no un evento problemático en su relación con el terapeuta durante la sesión. Si el paciente identifica un problema, se le solicita que indique si el problema surgió al principio, a la mitad o al final de la sesión. Se le pide también que califique la tensión que este problema causó en una escala de 5 puntos, que va desde "muy baja " (1) a "muy alta" (5).

• El Sistema de Calificación de Resolución de Rupturas (Eubanks et al., 2009) es un sistema de observación en el que el evaluador decide, mientras ve la sesión, si hay alguna ruptura y cuál es el tipo de ruptura: ruptura de confrontación (cuando el paciente se manifiesta en contra del terapeuta expresando ira o insatisfacción) y/o ruptura de retirada (cuando el paciente *se aleja* del terapeuta, o bien, cuando el paciente se acerca al terapeuta, pero de un modo que niega un aspecto de su propia experiencia). Para cada marcador de confrontación o retirada identificado el evaluador debe elegir una categoría específica de marcador de ruptura (por ejemplo, negación, quejas sobre el progreso de la terapia, etc) y estimar su claridad e intensidad en una escala Lickert de 5 puntos. Se atribuye también

a la sesión un índice total de retirada y confrontación.

• El Cuestionario de Resultados (OQ45, Lambert et al, 1996) es una medida de 75 ítems de auto-informe que toma cerca de 5 minutos para ser completado. Fue diseñado para mediciones repetidas del estado del paciente en el curso de la terapia y al finalizar, porque es sensible a los cambios en los trastornos psicológicos en períodos cortos de tiempo. Cada punto del Cuestionario de Resultados se clasifica en una escala de 5 puntos (0 = *nunca*, 1 = raramente, 2 = a veces, 3 = con frecuencia, o 4 = casi siempre), dando un rango de calificaciones posibles de 0 a 180: valores más altos indican peor funcionamiento. Lambert et al. (1996) informaron una consistencia interna adecuada para el cuestionario (r = .93). El valor de test-retest a las tres semanas es también satisfactorio (r = .84, Lambert, Burlingame, et al., 1996). La validez concurrente según lo calculado por la correlación de la puntuación total con otras medidas de resultado fue significativa en el nivel de .01 (rs = .50 -. 85).

• El Recuerdo Estructurado Breve (Elliott & Shapiro, 1988) es un método de recuerdo asistido por una grabación que se utiliza para acceder a la experiencia interna de los participantes en momentos específicos en la terapia. Mientras que se reproducen para el participante partes de las cintas de las sesiones, el investigador intenta obtener descripciones de las experiencias y percepciones de los eventos particulares de conversación. En este estudio esos hechos se correspondían a los episodios de ruptura previamente identificados y se entrevistó a la paciente y a la terapeuta por separado. La entrevista que se realizó con la paciente incluía preguntas como: *"¿Qué estaba pensando durante este episodio? ¿Cree que hay alguna similitud entre lo que sucedió o lo que sintió durante este episodio y lo que generalmente siente con otras personas con quienes interactúa? ¿Cómo la afectó a usted este evento?"*. La versión del terapeuta incluía preguntas como: *"¿Qué estaba sintiendo en ese episodio? ¿Qué características personales o profesionales pudieron haber influido en la manera en que este episodio evolucionó? ¿Qué impacto cree que este episodio pudo haber tenido en su paciente?"*

Procedimiento

Se informó tanto a la paciente como a la terapeuta acerca de las implicancias de su participación en la investigación y, después, firmaron un consentimiento informado. Este estudio forma parte de un proyecto de investigación que fue aprobado por el Consejo Científico de la Universidad de Minho y también se obtuvo permiso del Centro Universitario de Orientación para realizar el estudio en esa institución. En el inicio del tratamiento la terapeuta completó el Cuestionario de Esquemas Interpersonales (ISQ), la Escala de Regulación del Afecto (ARS) y la Escala de Auto-Evaluación de Sabiduría (SAWS). También se administró la Entrevista de Apego Adulto (AAI).

Al comienzo de cada sesión la paciente completó el Cuestionario de Resultados y después de cada sesión tanto la terapeuta como la paciente completaron el Cuestionario Post-Sesión. Después de completar este cuestionario, paciente y terapeuta se encargaron de presentar sus formularios en un sobre cerrado, de modo de asegurar la confidencialidad de las respuestas. Se les informó que sólo los investigadores tendrían acceso a su evaluación de la alianza terapéutica con el fin de reducir los efectos de la deseabilidad social. Asimismo, se grabaron y transcribieron textualmente todas las sesiones y se quitó toda información que pudiera identificar a la paciente.

Se utilizaron tres métodos diferentes para la identificación de los episodios de ruptura: 1) el seguimiento de las fluctuaciones entre sesiones del Inventario de Alianza de Trabajo, 2) la indagación directa en el Cuestionario Post-Sesión para la terapeuta y la paciente sobre la ocurrencia de cualquier momento de incomprensión o tensión durante la sesión y 3) el uso del Sistema de Medición de Resolución de Rupturas (Eubanks, Muran y Safran, 2009). El modo en que se identificaron los episodios de ruptura se describe con más detalle en la siguiente sección.

La primera autora de este artículo administró el Recuerdo Estructurado Breve sobre las sesiones de la ruptura, tanto a la paciente como a la terapeuta, por separado, aproximadamente una semana después de la sesión.

Resultados

Episodios de ruptura identificados

En este caso emergieron varios episodios de ruptura sin reparar, todos ellos relacionados con el mismo evento de ruptura mayor. El primer episodio comenzó en la quinta sesión (aunque hubo algunos indicadores anteriores de desacuerdo en la cuarta sesión), se hizo más y más grave durante la sexta y séptima sesión y terminó en la séptima sesión con el abandono de la terapia. El contenido del episodio estaba relacionado con un desacuerdo evidente en torno a objetivos y tareas terapéuticas: la terapeuta consideraba crucial que la paciente buscara asistencia psiquiátrica para ser medicada. De acuerdo

a la terapeuta, esto constituía una condición previa para que la paciente estuviera lista para comenzar a trabajar en sus dificultades. La paciente no lo veía necesario para continuar con la terapia, ni siquiera lo consideraba útil, porque tenía miedo de depender de los medicamentos y de sufrir sus efectos secundarios. En el Cuestionario Post-Sesión la paciente informó que el hecho de que esto se presentara como una condición previa para el trabajo terapéutico a seguir se sintió como un ultimátum y como una falta de respeto a sus necesidades.

En cuanto a la aparición de los marcadores de ruptura, encontramos que los tres métodos diferentes que utilizamos para evaluarlos eran convergentes, como podemos ver a continuación:

• En el Cuestionario Post-Sesión, tanto la terapeuta como la paciente se refirieron al primer marcador de ruptura en la quinta sesión:

La terapeuta informó: *"La paciente dijo que no iría a un psiquiatra para que le ayude a lograr un estado de ánimo estable y yo le dije que esa decisión pondría en peligro la continuación del proceso terapéutico. Ella se molestó y lloró"*.

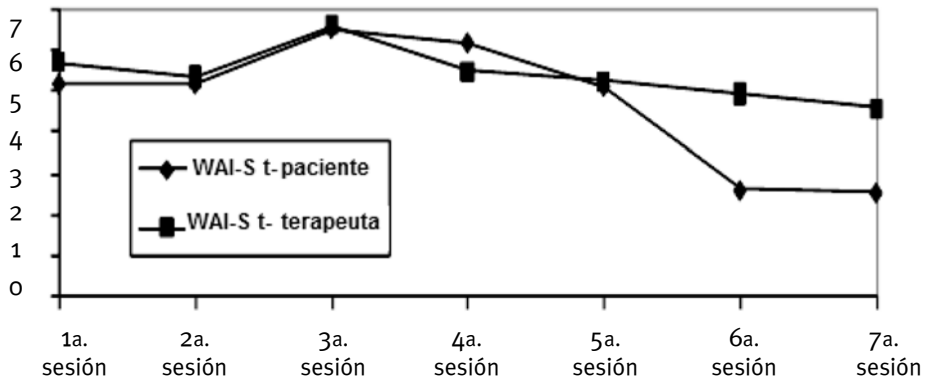
La paciente refirió: *"Mi terapeuta dice que sólo puede trabajar conmigo si me busco un psiquiatra y recibo medicación. Me sentí presionada y tal vez me di por vencida a causa de eso, sentí que la terapeuta hizo ese pedido como condición previa para la continuación de la terapia "*.

• Al analizar la sesión utilizando el Sistema de Medición de Resolución de Rupturas (Eubanks et al., 2009) hemos podido identificar varios marcadores de confrontación: a) quejas sobre las actividades de la terapia, b) quejas sobre la terapeuta como persona, c) quejas sobre los parámetros de la terapia; y un marcador de retirada: d) deferencia y apaciguamiento. La primera autora codificó el 100% de los datos (las 7 sesiones) y otros dos evaluadores, el 50% de las sesiones (cada uno codificó dos sesiones). El acuerdo entre evaluadores para los valores globales tanto de retirada como de confrontación, evaluados a través del Coeficiente de Correlación Intraclase, fue de .80.

• Por último, si miramos los valores del Inventario de Alianza de Trabajo (ver Figura 1), podemos observar que desde la perspectiva de la paciente, la calidad de la alianza disminuyó en la quinta sesión (desde un puntaje de 6.17 en la sesión 4 a uno de 5,11 en la sesión 5), aunque fue en la sexta sesión que la baja en los puntajes fue más evidente (de una puntuación de 5,11 a 2,58). Si consideramos cuatro como el punto medio de una escala de siete puntos, notamos que la alianza pasó de una puntuación por encima del punto medio a una puntuación por debajo del punto medio. Es importante señalar que, en el momento en que los resultados del Inventario de Alianza de Trabajo de la paciente estaban disminuyendo, los resultados del Cuestionario de Resultados fueron en aumento (ver figura 4), es decir, en el momento en que la calidad de la alianza estaba comprometiéndose, los síntomas de la paciente estaban empeorando. La puntuación del Cuestionario de Resultados en la evaluación fue de 69 y en el final fue ligeramente superior: 71.

Desde la perspectiva de la terapeuta, la disminución en la alianza no era tan significativa y había ocurrido antes: durante la sesión cuatro, cuando la paciente expresó su renuencia a buscar ayuda psiquiátrica por primera vez (de un puntaje del Inven-

Figura 1. **Puntajes de la terapeuta y la paciente a través de las sesiones**



Nota. WAI- S t = Forma Corta del Inventario de Alianza de Trabajo (Horvath y Greenberg, 1986; Kokotovic y Tracey, 1990) – puntaje total, versión de la paciente y de la terapeuta.

tario de Alianza de Trabajo de 6,58 en la sesión 3 a una puntuación de 5,47 en la sesión 4).

Si miramos a las diferentes dimensiones de la alianza evaluadas por las tres subescalas del Inventario de Alianza de Trabajo (objetivos, tareas y obligaciones; ver las figuras 2 y 3), podemos observar que hasta la tercera sesión los puntajes de la paciente y de la terapeuta en todas las subescalas eran bastante similares. Fue durante la cuarta sesión que las cosas empezaron a verse diferentes cuando se comparaban las puntuaciones de la terapeuta y la paciente. En la Figura 2 se muestra que, desde la perspectiva de la paciente, parece haber una mayor coherencia e interdependencia entre las tres dimensiones de la alianza: la disminución en las tareas y metas se acompañó con una baja en las dimensiones de los vínculos. Por el contrario, desde la perspectiva de la terapeuta (ver la figura 3), la dimensión de los vínculos se mantuvo alta hasta el final del proceso, sólo los puntajes de las dimensiones de tareas y objetivos se vieron comprometidas por la resistencia de la paciente a buscar un psiquiatra, pero eso parecía ser independiente del vínculo afectivo que supuestamente, desde la perspectiva de la terapeuta, se mantuvo alto hasta el final de la terapia.

Figura 2. **Puntajes de la alianza de la paciente a través de las sesiones por subescala**

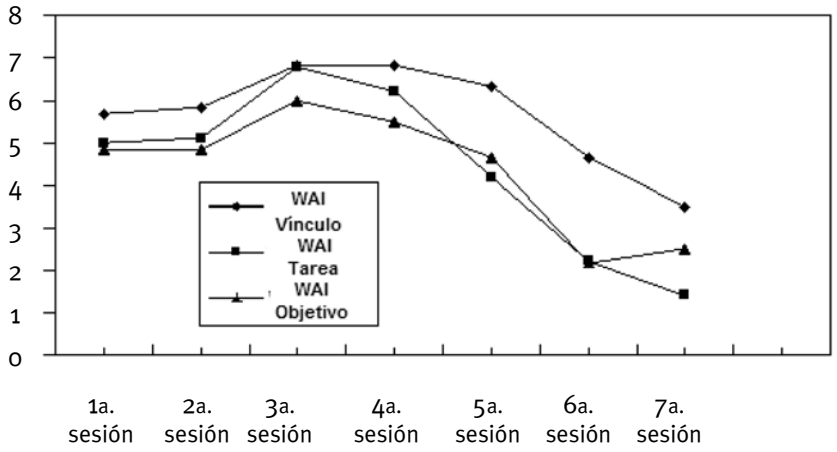


Figura 3. **Puntajes de la alianza de la terapeuta a través de las sesiones en subescala**

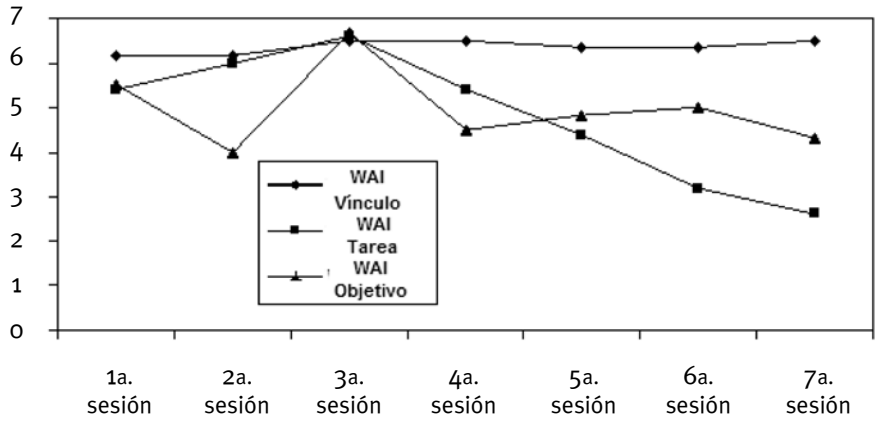
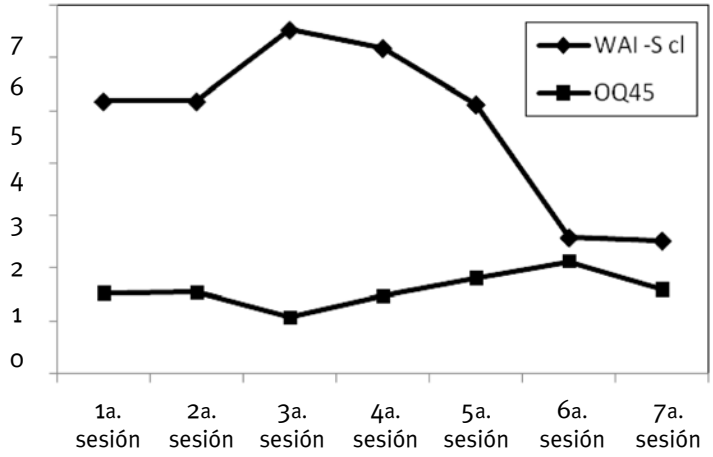


Figura 4. **Medida de Resultados de la paciente a través de las sesiones**



Nota: WAI- S cl = Forma Corta del Inventario de Alianza de Trabajo (Horvath y Greenberg, 1986; Kokotovic y Tracey, 1990), versión de la paciente; OQ-45= Cuestionario de Resultados 45 (Lambert et al. 2002). Para facilitar la lectura del gráfico los resultados del Cuestionario fueron divididos por el número de ítems del instrumento.

Tal vez esta diferencia en la forma en que ambas protagonistas experimentaron lo que estaba sucediendo en la alianza se asocia con la dificultad que la díada tenía en la resolución de la ruptura de la alianza. De hecho, la terapeuta y la paciente no tuvieron la misma experiencia y/o perspectiva de lo que estaba sucediendo en su relación.

Análisis de las Intervenciones de Resolución de Rupturas de la Terapeuta

Comparamos las estrategias que la terapeuta utilizó para tratar con varios marcadores de ruptura con las que proponen Safran y Muran (2000) en el Modelo de Resolución de Rupturas. Con el fin de hacerlo, examinamos cuidadosamente cada episodio, observando las estrategias de resolución implementadas y no implementadas. Este análisis cualitativo fue llevado a cabo de forma independiente por las dos primeras autoras usando una grilla de intervenciones de resolución de rupturas adaptada a partir del Sistema de Medición de Resolución de Rupturas (Eubanks et al, 2009). Después del análisis independiente de las transcripciones, las dos evaluadoras discutieron sus valoraciones. Para un total de 22 marcadores de ruptura, hubo 10 intentos de resolución de ruptura de la terapeuta y 36 fracasos en las intervenciones previstas de acuerdo con el Modelo de Resolución de Safran y Muran, es decir, el número de intentos de resolución fue cerca de 4 veces menor que el esperado. A continuación se ilustran algunos de los marcadores y sus intentos de resolución y fracasos respectivos.

Como veremos, en todos los episodios de ruptura identificados, el elemento clave que contribuyó a la inadecuación de la terapeuta fue su rigidez, que se observa en la manera que ella continuó con su propia agenda, sin tener en cuenta la experiencia de la paciente sobre el episodio de ruptura.

A principios de la quinta sesión, Laura estaba hablando de la semana anterior y de los problemas que tenía con su novio, e inmediatamente después de la expresión de angustia de la paciente, la terapeuta le preguntó sobre el psiquiatra (algo que habían hablado en la cuarta sesión) :

P (paciente): *Siento que quiero llamarlo [a mi novio], pero luego me detengo a pensar... porque no sé si es lo que quiero, no sé... estoy muy confundida...*

T (Terapeuta): *Además de eso, ¿intentaste obtener información sobre el psiquiatra y el médico de cabecera?*

P: *No, pero ya he tomado una decisión... Es como ya te dije, estoy en contra de esa cosa de los medicamentos, no sé si me ayudarán y realmente no tengo dinero para pagarlos. Creo que no valdrá la pena.*

(Marcador de Ruptura que llamaremos de ahora en adelante MR)

T: Tu indecisión parece estar interfiriendo en la relación con tu novio. Lo que quiero decir es que es realmente importante que consultes a un psiquiatra, porque eso te ayudará a estabilizar tu estado de ánimo. Estás tomando decisiones muy importantes en tu vida y, si estuvieras más estable, las harías de una manera más consciente; si tu humor se mantuviera estable durante más tiempo, serías capaz de pensar sobre las cosas de una manera correcta. ¿Esto tiene algún sentido para ti?

P: No eres la primera persona que me ha dado el consejo de buscar a un psiquiatra, pero no sé, tengo un poco de resistencia... (MR)

T: Por supuesto, pero no vas a ir al psiquiatra porque eres feliz.

En este segmento se observa que, después de un sutil intento de proporcionar un fundamento para la tarea, explicando la utilidad de buscar ayuda psiquiátrica, lo que corresponde a una intervención de resolución, la terapeuta falla en la intervención prevista de invitar al paciente a expresar sus preocupaciones acerca de la tarea y validarlas.

Luego, comenzaron una secuencia de argumentación en la que ambas defendían en repetidas ocasiones sus argumentos. Hubo un momento en el que Laura lloraba mientras la terapeuta le explicaba la necesidad de la medicación. Después de la argumentación, Laura dio cabida a una parte de la solicitud de la terapeuta, acordando a pedir una cita con el médico, pero la terapeuta se mantuvo inflexible y, en vez de explorar los temores de Laura de volverse dependiente de la medicación, le dio a Laura un ultimatum:

P: Puedo pedir una cita con el médico, pero no sé si me las arreglaré para tomar el medicamento, no sé, voy a tener que pensarlo, es algo que puede hacer que me sienta aun peor. (MR)

T: ¿Pero peor de qué manera?

P: En el sentido de que pensaré que estoy estable sólo por la dependencia a los medicamentos. (MR)

T: Tienes dos opciones: en este momento sólo voy a trabajar contigo si estás tomando medicamentos, porque en este momento no estás estable y como experta sé que los necesitas, por lo que no es ético para mí si yo trabajo contigo sin que veas a un psiquiatra y escuches su opinión. Y la medicación te ayudará a encontrar tus propios recursos, los que están dentro de ti, pero sólo necesitas un poco de ayuda para encontrarlos. Pero sólo debo hacerlo cuando estés estable, ¿entiendes?

Después de un tímido intento de invitar al paciente a expresar sus preocupaciones acerca de la tarea *("¿Pero peor de qué manera?")*, la terapeuta falló en varias estrategias de resolución previstas: atender a la marca de ruptura y al círculo vicioso en el que estaban entrando, reconocer su responsabilidad por el círculo vicioso, revelar su experiencia interna en el contexto de la ruptura y cambiar la tarea o reformularla en respuesta a las preocupaciones del paciente.

Después, continúan y cada tema que Laura trae a la sesión es replanteado por la terapeuta como prueba de que Laura tiene que tomar medicación. Laura llora por segunda vez en la sesión, mientras que la terapeuta habla y acaba acordando a programar la cita médica. Aunque Laura accedía por segunda vez en la sesión, continuó expresando sus temores y dudas sobre la medicación y la terapeuta continuó repetitiendo el mismo argumento en un debate aparentemente interminable.

P: Pero eso es lo que no entiendo porque creo que el trabajo debe comenzar dentro de mí, esas son las cosas que puedo intentar hacer, porque de esa manera tengo agencia en el proceso, no es la medicación la que va a determinar las cosas. (MR)

T: Sin embargo, el medicamento va a estabilizar tu estado de ánimo.

P: Correcto, pero puedo tratar de hacer eso por mí misma. (MR)

T: Pero es mucho más complicado.

P: Sí, pero yo creo que todo es posible. (MR)

T: La cosa es así: en términos de nuestro trabajo, en términos éticos, la persona tiene que ser estabilizada, de manera que podamos trabajar, porque si la persona está en constantes altibajos... y esto sucede con un montón de gente, no eres la única y hay una gran cantidad de personas que logran estabilizar su estado de ánimo a través de la medicación. Luego vamos a encontrar algunas técnicas que nos ayuden a controlar los momentos de crisis.

En este segmento podemos observar el fracaso de la terapeuta en varias intervenciones de resolución: atender a la marca de ruptura y al ciclo interactivo en el que están involucradas; vincular esta ruptura con pautas interpersonales anteriores en las que la terapeuta tenía la misma sensación de luchar con la paciente, por ejemplo; revelar su experiencia de la interacción y reconocer su responsabilidad por el problema en la interacción.

La siguiente sesión se inició de una forma muy similar a la anterior: empezaron mirando los registros diarios del estado de ánimo y, mientras hablaban del estado de ánimo de Laura durante la semana, la terapeuta reintrodujo el mismo tema en una forma no empática a las necesidades emocionales de la paciente.

T: Y empezaste a sentirte triste de nuevo... ¿y también hoy te estás sintiendo triste?

P: Sí...

T: ¿Y qué pasó con el psiquiatra?

P: Si, realmente no quiero ir al psiquiatra, ¿crees que pondría en riesgo el proceso?

T: Por supuesto, porque sería un factor que influiría mucho en tu capacidad para tomar decisiones.

P: ¿Y no podríamos continuar nuestras sesiones?

T: No.

P: ¡¿No?! ¿Por qué?

T: Ya he tratado de explicarte. ¿Cómo puedo trabajar si tu mente no está en condiciones de hacerlo de una manera consciente? Eso sería muy irres-

ponsable. Porque estás en un período muy frágil y sensible, estás abrumada por emociones que no te permiten tomar las decisiones más correctas...

P: Ya veo... pero creo que es delicado... (MR)

T: Está bien y es tu tarea hacer lo que crees que es el mejor para ti, eres libre de hacer lo que quieras.

La paciente se abre al punto de vista de la terapeuta: *"Ya veo..."*. Pero la terapeuta no.

P: Pero me siento un poco cercada... Al principio no sabía si esto me ayudaría o no, y empecé a confiar en el tratamiento y he invertido mucha esperanza en esto, pero ahora me siento presionada. (MR)

T: Estoy haciendo lo que es lo mejor para ti, no puedo trabajar contigo sabiendo que no estás en el mejor estado para tomar decisiones. Eso sería muy irresponsable, ¿no te parece?

P: No sé, creo que debería haber otras maneras... (MR)

T: ¿Realmente estás reacia a tomar la medicación?

P: No sé...

En este segmento después de varios marcadores de ruptura en los que la paciente expresa que se siente presionada, la terapeuta falla una vez más en intervenciones importantes: invitar a la paciente a expresar directamente sus sentimientos negativos y vulnerabilidad y reconocer su responsabilidad por el problema en la relación diciendo algo como : *"Entiendo cómo pudiste haberte sentido lastimada por lo que he dicho"*. Según el modelo de Safran y Muran (2000), ésta es una importante intervención de resolución, porque enmarca el estancamiento como una experiencia común que refuerza la alianza.

En el segmento siguiente, la paciente da a la terapeuta otra "oportunidad" para validar su experiencia de sentirse presionada dentro de la relación y, de nuevo, la terapeuta atribuye la experiencia de la alianza de Laura a las distorsiones cognitivas derivadas de su humor inestable:

P: Sí ... yo no creo que las cosas tengan que ser extremas, como: es esto o nada... (MR). *Quería tener un poco de ayuda porque en este momento las cosas son muy extremas en mi vida...*

T: Tú ves las cosas de manera extrema ahora, porque en esos estados de ánimo sólo puedes ver las cosas de dos formas totalmente diferentes: o bien hago esto o no lo hago.

P: Yo creo en soluciones intermedias, pero las situaciones me ponen en posiciones extremas. Mi novio, por ejemplo, nunca elegí perder el vínculo que tengo con él, yo quería mantenerlo... pero porque elegí algo diferente [estudiar en el extranjero], él ya no es capaz de ver lo que teníamos en el pasado. De repente, el vínculo que teníamos, que no quería perder, está en riesgo. Fue sólo una elección, el amor que siento por él no ha cambiado, me parece que ahora debería haber una solución intermedia.

T: Si estás de acuerdo en tomar la medicación, nos las arreglaremos para seguir trabajando tus inquietudes aquí, pero tienes que estar estable, eso es lo que la medicación te ayudará a hacer.

Incluso después de la sugerencia de Laura de un paralelo entre lo que sentía en la sesión y lo que sentía en otras relaciones, la terapeuta no pudo vincular la ruptura con patrones más globales en otras relaciones interpersonales de la paciente y reconocer su responsabilidad por lo que estaba sucediendo. Ambas estrategias podrían haber sido implementadas diciendo algo como: *"Veo que puedes sentirte un poco presionada ahora y que podría haber alguna conexión entre esta sensación de presión y lo que has estado sintiendo en otras relaciones"*.

A continuación, la terapeuta dijo que iba a esperar hasta que Laura fuera al psiquiatra para programar la próxima sesión. Esto llevó al abandono de la terapia porque Laura decidió no ir al psiquiatra. La díada programó una sesión de terminación en la que Laura expresó sus sentimientos de una manera más asertiva. Ella empezó a hablar sobre cómo confiaba en esta terapia, a pesar de las diferencias que encontró entre la terapeuta y ella misma:

P: Hubo algunas cosas que me ayudaron, le agradezco su disposición para ayudarme, pero me molestó mucho su actitud con respecto al psiquiatra. (MR)

T: Ya veo... Entiendo.

P: Y no sé... Creo que ustedes, las personas que trabajan con seres humanos, deben tener cierta flexibilidad y admitir que hay un proceso estándar a seguir, pero que cada persona es única (MR), *por lo que cada persona necesita un tratamiento específico y...*

T: Correcto y has tenido un tratamiento específico para tu caso...

P: Sí... sí... pero el hecho de que sólo porque yo no estaba de acuerdo con ese tratamiento que me dijiste: "Es todo o nada, porque estás haciendo decisiones muy importantes en tu vida y no puedo ser responsable de ellas". Esas son decisiones que voy a hacer de todas maneras, por lo que podría haber contado con el apoyo que creías que era el mejor para mí, o podría haber tenido al menos el que yo soy capaz de aceptar y recibir en este momento. Creo que me sentí presionada y realmente creo que no es una actitud adecuada (MR). *De hecho, me gustaría escribir esto y presentar esta queja ante el equipo de una forma pacífica. Porque creo que esto es algo que no puede ser impuesto. Y no sé... yo ya estaba*

más estable, pero realmente confiaba en este trabajo y pensé que sería un apoyo para mí y de repente también he perdido ese apoyo... (MR)

T: Ahora, yo ya escuché lo que tenías que decir, pero también tienes que comprender que nuestro trabajo aquí es tratar de hacer lo que consideramos mejor para las personas y pensamos que esto era lo mejor que podías hacer en este momento.

Una vez más, la terapeuta no fue capaz de reconocer su responsabilidad por los sentimientos de la paciente y revelar su experiencia interna en el contexto de la ruptura, diciendo algo como: *"Yo estaba preocupada por tus síntomas y esto puede haber causado que insista mucho en su estabilización..."*.

P: *Sí, pero debes encontrar una forma común de seguir, puede ser la mejor opción en tu punto de vista, pero no es un camino viable para mí y puede existir una solución intermedia, una negociación... Si ahora quisiera más ayuda, no podría tenerla...*

T: *Correcto...*

P: *Así que es algo un poco extremo, no funciona...*

T: *Entiendo tu rebeldía, que esto fue un shock para ti, ¿verdad? Recibiste una especie de... es casi... cuando hablas de ello, parece que algo se te impuso, ¿no?*

Aquí podemos identificar un primer intento de invitar a la paciente a expresar directamente sus sentimientos negativos y también un primer intento por parte de la terapeuta de reconocer su responsabilidad por el problema. Más tarde, en la sesión:

P: Pero creo que la condición impuesta me hizo perder la confianza que tenía en el potencial de esta terapia. Sentí que yo era la que estaba siendo ayudada y que no era respetada como... tú sabes, como la persona responsable de la toma de decisiones. (MR) *Así que si no se me respetaba en este punto que era la condición previa para el éxito de la terapia, tal vez no iba a ser capaz de plantear mis verdaderos problemas mientras trabajara contigo en el resto de el proceso.*

T: ¿Así que no planteaste las verdaderas cuestiones que te preocupan?

P: Sí, las planteé... Lo que estoy diciendo es que si en esta primera decisión sobre el psiquiatra no me sentía respetada, pensé que tal vez en los otras, no sé, tú sabes, mi voz no sería realmente escuchada. Este trabajo fue productivo sólo en ese aspecto de tener las cosas más organizadas, el sueño diario y los registros de estado de ánimo y la introducción de la palabra asertividad, pero eso no era lo único que necesitaba...

T: ¿Qué necesitabas?

P: No sé... Necesitaba una terapia que estuviera conmigo, con quien realmente soy.

Análisis de las Variables del Terapeuta

Esta terapeuta obtuvo buenos resultados en las diversas medidas que utilizamos para caracterizarla: se vinculaba de una manera segura, tenía esquemas interpersonales positivos, no tendía a utilizar estrategias agresivas de regulación afectiva y puntuó alto en todas las dimensiones de sabiduría. Teniendo en cuenta estos resultados, podemos preguntarnos: ¿por qué no pudo hacer un mejor trabajo en la negociación de estas rupturas?

La respuesta a esta pregunta se puede encontrar cuando observamos un tipo diferente de variables tales como los estados internos de la terapeuta durante la sesión. En otras palabras, la capacidad de negociar la alianza de una manera beneficiosa podría depender no sólo de las características más estables de la terapeuta, como su organización de apego, sino también de las características más dinámicas, como la forma en que la terapeuta se sentía en la sesión con esa paciente en particular y en ese momento particular de su carrera. Para evaluar este tipo de variables nos basamos en una metodología fenomenológica y usamos la técnica de Recuerdo de Procesos Interpersonales.

Cuando vimos las cintas de vídeo de diferentes episodios de ruptura de la quinta a la séptima sesión y le preguntamos a la terapeuta qué pensaba y sentía en esos momentos, obtuvimos acceso a la forma en que la terapeuta experimentó los episodios de ruptura y el significado que les atribuyó.

La terapeuta se refirió al hecho de que ella era una terapeuta principiante, en el inicio de su práctica clínica, y al tipo de supervisión muy estructurada que recibió como los factores que contribuyeron a la forma en que trató con esta ruptura. Mientras veía los episodios, la terapeuta dijo que más de una vez ella había vivido un conflicto interno entre dos necesidades contradictorias durante esos episodios: *"Quería mantener mi rol como terapeuta y hacer lo que yo pensaba que era correcto, pero por otro lado sentía el sufrimiento de mi paciente y traté de ponerme en su situación..."*.

Este conflicto interno podría haber sido revelado de manera adecuada. En lugar de esto, fue experimentado internamente por la terapeuta, lo cual podría haber contribuido a su aumento de ansiedad. Como no lo expresó, lo manifestó en la rígida insistencia en la necesidad de conseguir medicación y en algunos comportamientos defensivos: *"Sentí que tenía que defenderme, por eso yo seguía hablando de aspectos técnicos"*.

Tal vez habría sido más beneficioso para la alianza metacomunicar esta lucha interna diciendo algo como: *"Ahora se siente como si estuviéramos en un callejón sin salida: tu estás sintiendo que mi apoyo está supeditado a que tú cedas en tus creencias sobre la medicación... Me gustaría, pero tengo miedo de las consecuencias. ¿Hay alguna manera de que podamos buscar una forma de salir de esto sin que ninguna de nosotras sienta que está haciendo algo que parece inaceptable?"*. Como Safran y Muran (2000) sostienen, este tipo de intervención puede servir para abrir un espacio interno que liberaría al terapeuta de la necesidad de defenderse.

La capacidad para metacomunicar sobre la interacción de esa manera es una técnica terapéutica compleja que puede requerir una formación específica en las intervenciones relacionales. Por lo tanto, pensamos que otra variable importante es la falta de formación de la terapeuta en este tipo de técnicas de negociación de la alianza, que es común en la formación y la supervisión orientadas a la TCC. De hecho, la terapeuta también nombró estos dos factores en el Recuerdo Estructurado Breve: *"El hecho de que yo era una principiante y de que todo era nuevo para mí fue determinante. Si yo hubiera sido una terapeuta con más experiencia, podría haber reaccionado de manera diferente. También las instrucciones que había recibido de mi supervisora, que lo mejor que se podía hacer era buscar a un psiquiatra, me influyeron mucho... Si mi supervisora no me lo hubiera indicado, yo no habría hecho el ultimátum. Mi supervisora vio síntomas muy severos, en mi opinión no eran tan graves... no hace falta ser psicótico para sentir esas cosas. Desde mi punto de vista podríamos haber encontrado otra solución, pero considerando que ella tenía mucha más experiencia que yo, era más seguro hacer lo que ella aconsejaba"*.

Discusión

Esta díada no fue capaz de negociar la tensión en la alianza de una manera eficaz. Cuando se analizan detenidamente las transcripciones, encontramos que se aplicaron pocas de las intervenciones de resolución de ruptura propuestas por Safran et al (2000). La inflexibilidad de la Dra. S, que como vimos en la sección anterior fue el resultado de su experiencia de ansiedad y ambivalencia, la hizo incapaz de implementar el primer paso en el proceso de resolución: atender a lo que estaba pasando en la díada. Por lo tanto, fallaron todas las demás intervenciones: validar las necesidades del paciente, hacer enlaces a patrones más amplios de interacción, reconocer el carácter recíproco de la situación de estancamiento y negociar una nueva tarea. El hecho de que la terapeuta estaba tan comprometida con la aplicación de la técnica cerró la puerta a la exploración de la experiencia del paciente. Esta persistencia en aplicar una determinada técnica, independientemente de la insatisfacción o el desacuerdo del paciente, es un error común en episodios de ruptura no resueltos. Castonguay et al. (1996) encontraron que, en los casos con malos resultados, los terapeutas tienden a hacer frente a las rupturas aumentando su adhesión al modelo cognitivo y continúan tratando de encajar la experiencia negativa del paciente en cierta cognición distorsionada en lugar de responder de manera flexible. Este mismo proceso parece haber ocurrido con nuestra terapeuta TCC.

Rhodes et al. (1994) examinaron la memoria de pacientes sobre momentos de ruptura resueltos y no resueltos con sus terapeutas y concluyeron que, en los casos resueltos, el terapeuta había pedido disculpas, había aceptado su responsabilidad por el malentendido o simplemente había cambiado su comportamiento. Nuevamente, estas fueron las acciones que nuestra terapeuta no pudo hacer.

Los procesos de resolución de ruptura de alianzas pueden promover el proceso de cambio del paciente, ya que lo ayudan a tomar conciencia de los ciclos interpersonales que tiende a establecer en la interacción con los demás (Safran y Muran, 2000). Debido a que la relación terapéutica constituye un contexto protegido y emocionalmente seguro con alguien que es capaz de metacomunicarse sobre la relación y al hacerlo es capaz de responder de una forma diferente, se le dará al paciente la oportunidad de desafiar su esquema interpersonal mal adaptado. En este caso, creemos que, como las rupturas no se abordaron de manera benéfica, Laura no pudo lograr beneficios terapéuticos significativos, como revelan los resultados del Cuestionario de Resultados. Las cuestiones problemáticas interpersonales que trajo a la terapia se exteriorizaron en la relación terapéutica, pero no pudieron ser desafiadas.

Limitaciones

Este estudio proporcionó una rica descripción de los intercambios interpersonales entre terapeuta y paciente en eventos de ruptura sin resolver y también arrojó algo de luz sobre las variables del terapeuta que podrían haber influido en la incapacidad de la terapeuta para responder a las señales de ruptura de una manera beneficiosa. Sin embargo, el análisis está únicamente a un nivel de caso, lo que nos previene de hacer generalizaciones acerca de otros casos. Sería necesario replicar los estudios de caso siguiendo la misma estructura para validar empíricamente la conclusión de que las variables del terapeuta como la falta de formación en las intervenciones de la negociación de alianza, una supervisión

muy directiva y estructurada o la experiencia de un conflicto interno pueden influir negativamente en los procesos de resolución de rupturas.

Otra limitación evidente de este estudio tiene que ver con la ausencia de una comparación con un caso de buenos resultados en el que los episodios de ruptura se hayan tratado de manera eficaz. Eso aclararía la distinción entre intervenciones de negociación de alianza adecuadas e inadecuadas. De hecho, la gran mayoría de los casos de ruptura en nuestra muestra se corresponden a casos no resueltos, lo que podría estar relacionado con la falta de formación de los terapeutas en intervenciones más relacionales, en parte debido a su orientación básica en TCC.

Por último, el uso de Entrevistas de Recuerdo asistidas por video no está exento de limitaciones, porque los informes presentados por los participantes en el episodio ya fueron procesados y podrían no ser capaces de capturar todos los aspectos de las experiencias reales que se produjeron. Algunos argumentarían que nunca podríamos evaluar los estados internos de los participantes a través de métodos introspectivos, siendo que algunos elementos de dichos estados constituyen "puntos ciegos" de los cuales la persona ni siquiera es consciente. A pesar de la controversia en torno a esta cuestión metodológica, pensamos que el Recuerdo Estructurado Breve es todavía una alternativa para ayudar a los sujetos a ofrecer una descripción creíble y útil de su experiencia, porque es muy sistemático, preciso y fácilmente vinculable a los acontecimientos de una sesión concreta (Elliott, Slatick y Urman, 2001).

Implicancias para la Práctica y la Investigación

La principal contribución de este estudio es la mejora en la comprensión de los procesos de resolución de rupturas. Es necesario replicar los resultados a través de estudios de casos con diferentes pacientes para que podamos consolidar lo que ya sabemos acerca de los procesos de resolución de ruptura. Los descubrimientos de este estudio de caso consolidan los obtenidos por estudios de caso anteriores como el de Aspland et al. (2008) en el que los autores también encontraron que la inflexibilidad del terapeuta conduce a la imposibilidad de atender al marcador de ruptura y de explorar la experiencia del paciente. Sin embargo, creemos que este estudio realizó una contribución especial porque explora las experiencias del terapeuta de los episodios de ruptura y también porque evalúa las variables internas del terapeuta, como la organización del apego.

Creemos que la relación aparentemente inesperada entre las variables internas muy positivas de la Dra. S. y su inadecuación en la negociación de la alianza deben informar a la investigación sobre las variables del terapeuta. Si realmente queremos saber qué factores específicos ayudan a los terapeutas a hacer frente a las tensiones de la alianza de una manera beneficiosa, tenemos que considerar no sólo las variables más estables, como la organización de apego del terapeuta, sino también las más dinámicas, como los estados internos del terapeuta en la sesión y también los estados internos fuera de la sesión que se relacionan con el proceso terapéutico. Esto significa que debemos utilizar métodos que nos permitan evaluar este tipo de variables, los que también podrán requerir la ampliación del análisis al contexto más amplio del proceso psicoterapéutico, es decir, la supervisión, los valores políticos y teóricos de los servicios de salud mental , etc.

Creemos que la principal implicación de nuestro análisis de caso tiene que ver con la formación de los terapeutas. Es razonable pensar que los terapeutas que posean las características de la terapeuta de este caso (esquema de relaciones interpersonales positivo, organización de apego seguro, buenas habilidades para la regulación afectiva) serán buenos en la negociación de rupturas, pero -aunque necesarias- estas características pueden no ser suficientes. Incluso los clínicos que son psicológicamente saludables, que tienen historias interpersonales muy positivas, deben aprender a lidiar con la inevitable ansiedad causada por rupturas en la alianza. Sólo un grupo muy restringido de terapeutas lo hará intuitivamente; se tendrá que enseñar a la gran mayoría a aprender a hacerlo, de la misma manera se enseña a aprender a hacer reestructuración cognitiva o desensibilización sistemática.

Estas habilidades terapéuticas son complejas y el hecho de que tengan que ser aplicadas en contextos de tensión y ansiedad, como suele suceder en los episodios de ruptura, las hace aún más complejas, como ilustran las palabras de nuestra terapeuta: *"Sentí que estaba en un barco en el mar... hasta el final de la tercera sesión el mar estaba muy tranquilo, pero de pronto las olas empezaron a crecer y, aunque yo estaba muy asustada, tenía que mantener mi posición para poder salir de esa tormenta... Al final de la sesión me fui a casa y me pregunté si había hecho lo que debía hacer..."*.

BIBLIOGRAFÍA

Ackerman, S.J. & Hilsenroth, M.J (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy Practice and Research, 38*,(2), 171-185.

Ackerman, S.J. & Hilsenroth, M.J (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*, 1–33.

Agnew, R.M., Harper, H., Shapiro, D.A., & Barkham M. (1994). Resolving a challenge to the therapeutic relationship: A single case study. *British Journal of Medical Psychology, 67,* 155-70.

Aspland H., Llewelyn S., Hardy G., Barkham M., Stiles W.B. (2008). Alliance Ruptures and Rupture Resolution in Cognitive Behavior Therapy: A Task Analysis. *Psychotherapy Research, 18* (6), 699-710.

Bachelor, A. (1995). Clients' perception of the therapeutic alliance: a qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology, 42* (3), 323–337.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychology, 4*, 53-63.

Bennett, D., Parry, G. & Ryle, A. (2006). Resolving threats to the therapeutic alliance in cognitive analytic therapy. *Psychology and Psychotherapy, 79*, 395-418.

Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16 (3), 252-260.

Castonguay, L.G., Goldfried, M.R., Wiser, S., Raue, P.J. & Hayes, A.M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 497-504.

Derogatis, L.R. (1993). *Brief Symptom Inventory: Administration, scoring, and procedures manual* (3rd ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.

Elliott, R., & Shapiro, D.A. (1988) Brief Structured Recall: A more efficient method for studying significant therapy events. *British Journal of Medical Psychology, 61*, 141-153.

Elliot, R., Slatick, E., & Urman, M. (2001). Qualitative Process Research on Psychotherapy: Alternative Strategies. In J. Frommer, & D. L. Rennie (Eds.), *Qualitative Psychotherapy Research: Methods and Methodology*, (pp. 69-111). Lengerisch: Pabst Science Publishers.

Eubanks-Carter, C. Muran, J.C., & Safran, J.D. (2009). Ruptures Resolution Rating System (3R's) Manual. Unpublished manuscript, New York: Beth Israel Medical Center.

Foreman, S.A., & Marmar, C.R. (1985) Therapist actions that address initially poor therapeutic alliances in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry, 142* (8), 922-926.

George, C., Kaplan, N. & Main, M. (1985) Attachment interview for adults. Unpublished manuscript. University of California at Berkeley.

Gratz, K.L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment, 26* (1), 41-54.

Hill, C., & Safran, J. (1994). Assessing interpersonal schemas: Anticipated responses of significant others. *Journal of Social and Clinical Psychology, 13,* 366-379.

Horowitz, L., Rosenberg, S., Baer, B., Ureiio, G., & Villasefior, V.S. (1988). The Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 885-892.

Horvath, A.O., & Greenberg, L. (1989). The development of the Working Alliance Inventory. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 529–556). New York: Guilford Press.

Horvath, A.O., & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38,* 139–149.

Huppert, J.D., Bufka, L.F., Barlow, D.H., Gorman, J.M., Shear, M.K., & Woods, S.W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive– behavioral therapy outcomes in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69,* 747–755.

Klein, M.H., Mathieu, P.L., Gendlin, E.T., & Kiesler, D.J. (1969). *The Experiencing Scale: A research and training manual.* Madison, WI: Wisconsin Psychiatric Institute.

Klein, M.H., Mathieu-Coughlan, P., & Kiesler, D.J. (1986). The experiencing scales. In L. Greenberg & W. Pinsof (Eds.), *Psychotherapeutic process* (pp. 21–71). New York: Guilford.

Kivlighan, D.M., Clements, L., Blake, C., Arnez, A., & Brady, L. (1993). Counselor sex role orientation, flexibility, and working alliance formation. *Journal of Counseling and Development, 72,* 95–100.

Kobak, R. (1993) *The attachment Q-sort.* Unpublished manuscript University of Delaware.

Lambert, M.J., Burlingame, G.L., Umphress, V.J., Hansen, N.B., Vermeersch, D., Clouse, G., & Yanchar, S. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 3,* 106-116.

Lambert, M.J., Hansen, N.B., Umphress, V., Lunnen, K., Okiishi, J., Burlingame, G., Huefner, J.C., & Reisinger, C.W. (1996). *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire (OQ 45.2)*. Wilmington, DE: American Professional Credentialing Services.

Orlinsky, D.E., & Howard, K.I. (1975). *Varieties of psychotherapeutic experience*. New York: Teachers College Press.

Piper, W.E., Joyce, A.S., Rosie, J.S., Ogrodniczuk, J.S., Mccallum, M., O'Kelly, J.G., & Steinberg, R.I. (1999). Prediction of dropping out in time-limited, interpretive individual psychotherapy. *Psychotherapy, 36(*2) 114-122.

Piper, W.E., Azim, H. F., Joyce, A.S., & McCallum, M. (1991). Transference interpretations, therapeutic alliance and outcome in short-term individual psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 48 (10), 946-953.

Rhodes, R.H., Hill, C.E., Thompson, B.J., & Elliot, R. (1994). Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events. *Journal of Counselling Psychology, 41*(4), 473-483.

Safran, J.D. & Segal Z. (1990), *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*. London: Aronson.

Safran, J.D. & Muran, J.C. (2000) *Negotiating the Therapeutic Alliance*, *A Relational Treatment Guide*. New York: The Guilford Press.

Samstag, L.W., Batchelder, S., Muran, J.C., Safran, J.D., & Winston, A. (1998) Predicting Treatment Failure from in session interpersonal variables. *Journal of Psychotherapy Practice & Research, 5,* 126-143.

Shaffer, C. (1993). *The role of Adult Attachment in the Experience and Regulation of Affect* Unpublished doctoral dissertation, Yale University, New Haven.

Tracey, T.J., & Kokotovic, A.M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment, 50*(1), 207-210.

Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Wampold, B.E. & Brown G.S. (2005) Estimating Variability in Outcomes Attributable to Therapists: A Naturalistic Study of Outcomes in Managed Care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(5), 914–923.

Webster, J.D. (2007). Measuring the character strength of wisdom. *International journal of aging & human development, 65*(2), 163-183.

Abstract: In this study we present the intensive analysis of a dropout case in which several unrepaired rupture events were identified. We focused our analysis on the therapist´s contribution to these unresolved episodes. The number of therapist intervention attempts was about four times less than the number of expected interventions according to Rupture Resolution Models. The main therapist´s failures were: inability to attend to the rupture marker; inability to validate the client's emotional experience and to acknowledge her own responsibility for the problem. Therapist´s assessment indicated a good interpersonal and psychological functioning which suggests that her inability to adequately resolve ruptures was less related with this kind of variable and more related to the level of clinical experience and training/supervision factors.

REVISTA

Sistemas Familiares

y otros sistemas humanos

ASIBA

Asociación de Psicoterapia Sistémica de Buenos Aires

Suscripción Año 2010

www.sistemasfamiliares.com.ar

sistemasfamiliares@ciudad.com.ar

Sistemas Familiares es una Revista científica editada por **ASIBA** desde 1985, dedicada a la difusión de nuevas teorías, prácticas profesionales e investigaciones multidisciplinarias acerca de la familia y otros sistemas humanos.

Lo invitamos a suscribirse y acompañarnos en el desarrollo de este emprendimiento orientado a mejorar la calidad de las prestaciones y los recursos profesionales. Puede hacerlo desde la página Web o contactándose vía correo electrónico.

A partir de Marzo de 2008 contamos con la posibilidad de abonar por medio de tarjetas de crédito.
Consúltenos para más información sobre modalidades de pago.

Av. Pueyrredón 1051. 3º "D", C1118AAA Buenos Aires Argentina
(5411) 4785-3284 - Teléfono/fax (5411) 4963-4768
www.asociacionsistemica.com.ar // www.sistemasfamiliares.com.ar