



Estudio cualitativo de las rupturas y resoluciones de la alianza terapéutica durante el cierre de la psicoterapia en relación a la orientación ansiosa del apego

Autoras:

Carolina Muñoz Urra

Carla Sepúlveda Irarrázabal



Profesora Patrocinante:

Michele Dufey Domínguez

Santiago de Chile, Marzo 2022

“Hay dos cosas que siguen siendo eternamente ciertas y que en mi opinión se complementan entre sí: no apagues tu inspiración y poder de imaginación, no te conviertas en un esclavo del modelo; y la otra, toma un modelo y estúdialo, porque de lo contrario tu inspiración no se podrá materializar”.

A Theo Van Gogh, La Haya, 5 de Noviembre de 1882.

Agradecimientos

A mi mamá, cuyo corazón se estima es del tamaño de Júpiter. Gracias por inspirarme día a día, por creer en mí, por enseñarme la importancia del trabajo duro, por el amor, por crecer conmigo y por acompañarme incluso cuando me cuesta ser acompañada. Esto también es gracias a ti y a tu esfuerzo.

A mi “Gatito”, que constantemente me recuerda “Vivir la vida” con humor, y que siempre ha tenido una fe ciega en mí y en mis capacidades.

A toda mi familia, a mis hermanos, y especialmente a mis sobrinas, que sin saberlo día a día me inspiran a ser una mejor persona y profesional. No querer dejar un mundo mejor sería un delito después de conocerlas.

A mi perrhijo Maxi, sin duda de los mejores maestros que he tenido. Gracias por tanta compañía, amor incondicional y conexión en los momentos precisos. Totes sabemos que eras tú quien iba a las reuniones, yo solo te acompañaba.

A todes esos profesores y maestras que me impulsaron durante el colegio y la universidad. En especial, al profe Ronny, que ha creído en mí desde que era pequeña, pues sin gente que creyera en mí me habría costado mucho más llegar hasta donde estoy.

A Naty y Pipe, compañeros y amigues de tantas tragicomedias: haberles conocido ha sido de los regalos más lindos que me ha entregado la U. Gracias por acompañarme, alentarme y enseñarme mucho más de lo que yo misma me he dado cuenta. Gracias por el amor.

A Vale, mi brujihermana, que con su valentía y fuego siempre me inspira y alienta a ser la mejor versión de mi.

A Panky, cuya amistad traspasa fronteras, y de la que estoy infinitamente agradecida. Gracias por contener los desastres naturales que de cuando en vez sucedían en Carolandia. Espero que entregar esta tesis sea el primer paso hacia tener la vida de “Emily en París” que nos merecemos.

A Carla, compañera, amiga, y coprotagonista de este show llamado Tesis. Gracias por tantas aventuras, penas, risas y estrés compartido. Gracias por ser tan buena compañera, por ser hogar, y por la hermandad pisciana que hemos formado. Eres la mejor compañera que pude escoger para transitar este pedacito del camino, y estoy orgullosísima de lo que hemos construido (ah, y de la tesis también).

A mí; y a todas esas personas que me han apoyado y acompañado de alguna u otra manera en este proceso; a quienes me han hecho extrañar el Kiosko de Ciencias y sus tecitos; a las personas que conocí en salsa; y a todes quienes me enseñaron tanto en el voluntariado.

Vivir este proceso siendo acompañada y acompañante ha sido lejos el mejor aprendizaje.

Con amor, Carolina.

A mi Mamá, por ser mi compañera de vida, por ser fuente de amor incondicional, por los abrazos calentitos, los pasos caminados en conjunto y por ser la luz más brillante en mi vida. A mi Papá, por recordarme mi valor y fortaleza cada vez que lo he necesitado y por siempre inspirarme a seguir luchando. A mi familia, por quererme, sostenerme y soportarme. A mi Norberto y Renato, por ser los mejores compañeros perrunos, por su incondicionalidad y por todos los langüetazos de amor en el momento preciso. A mis amigos Naty y Pipe, por ser rayitos de sol en momentos de tormenta y por ser el mejor regalo de la experiencia universitaria. Y por último, a mi compañera en esta aventura, Caro, por todas las penas, miedos y alegrías compartidas, por permitirme vivir una amistad tan bonita, llena de comprensión, apañe y amor pisciano, y porque sin ti, amiga, este camino habría sido mucho más difícil de transitar. Muchas gracias a quienes están y que han estado; y gracias vida por permitirme llegar hasta aquí.

Carla

Resumen

El presente estudio buscó caracterizar el desarrollo de rupturas y resoluciones de la alianza terapéutica durante el proceso de cierre de la psicoterapia en el caso de dos consultantes con orientación ansiosa del apego, en el contexto de una psicoterapia breve orientada al focusing. Mediante una metodología de estudio de casos, se aplicó el Sistema de Calificación de Rupturas y Resoluciones (3RS; Eubanks et al., 2015) al material audiovisual de las sesiones, y se extrajeron viñetas para ilustrar las rupturas, resoluciones y temáticas asociadas. El proceso terapéutico fue diferenciado en 3 fases: inicial, intermedia y cierre; con el fin de comparar la ocurrencia de rupturas. Se identificaron 5 marcadores de rupturas entre ambas consultantes, y la temática predominante de estas se asoció a “Dificultad para conectar con la experiencia interna”. Los resultados evidenciaron una mayor concentración de rupturas al inicio de la terapia, y solo una consultante presentó una ruptura en la etapa de cierre. Cada ruptura tuvo un intento de resolución por parte de las terapeutas, donde el más común fue “Terapeuta responde a la ruptura reorientando o reenfocando al paciente”. En la discusión se analizan los principales hallazgos a la luz de la teoría del apego adulto, vinculándolo a los tipos de rupturas más comunes y sus temáticas en las distintas fases de la terapia, y se describe y analiza en detalle la única ruptura identificada en el proceso de cierre. Finalmente se proponen algunas consideraciones prácticas ante el trabajo del cierre terapéutico.

Palabras clave: cierre terapéutico, rupturas de la alianza, resolución de rupturas, orientación ansiosa del apego, psicoterapia breve, psicoterapia orientada al focusing.

Abstract

The present study sought to characterize the development of therapeutic alliance ruptures and resolutions during the process of psychotherapy closure in the case of two clients with an anxious attachment orientation, in the context of a brief focusing-oriented psychotherapy. Through a case study methodology, the Ruptures and Resolutions Rating System (3RS; Eubanks et al., 2015) was applied to the audiovisual material of the sessions, and vignettes were extracted to illustrate the ruptures, resolutions, and associated themes. The therapeutic process was differentiated into 3 phases: initial, intermediate and closure; in order to compare the occurrence of ruptures. Five markers of ruptures were identified among both consultants, and the predominant theme of these was associated with "Difficulty in connecting with the internal experience". The results showed a higher concentration of ruptures at the beginning of the therapy, and only one client presented a rupture in the closing stage. Each rupture had a resolution attempt by the therapists, where the most common was "Therapist responds to the rupture by reorienting or refocusing the patient". The discussion analyzes the main findings in the light of adult attachment theory, linking it to the most common types of ruptures and their themes in the different phases of therapy, and describes and analyzes in detail the only rupture identified in the closure process. Finally, some practical considerations are proposed for the work of therapeutic closure.

Key words: therapeutic closure, alliance ruptures, rupture resolution, anxious attachment orientation, brief psychotherapy, focusing-oriented psychotherapy.

Introducción

El cierre o terminación de la terapia es una parte crucial del proceso psicoterapéutico, ya que es el desenlace del vínculo formado entre consultante y terapeuta, y de todo el trabajo realizado en la terapia (Cadavid y Ocampo, 2017). Debido a esto, se constituye como una etapa cargada de significaciones clínicas y emocionales que afectan a consultante y terapeuta, y de la que depende cómo será recordado el proceso terapéutico (Craigie, 2006, como se citó en Vélez y Restrepo, 2008). Pese a esto, ha sido uno de los temas menos estudiados en la literatura, en comparación a otras fases o temáticas de la psicoterapia (Vélez y Restrepo, 2008).

Los autores que más han teorizado la terminación son aquellos que trabajan en torno a las psicoterapias breves, debido a la cantidad limitada de sesiones; no obstante, sigue siendo una temática que se ha trabajado de manera tangencial, con escaso desarrollo teórico en comparación a otras etapas de la psicoterapia, y sin mayor profundización en la estructura de los distintos modelos psicoterapéuticos (Vélez y Restrepo, 2008; Cadavid y Ocampo, 2017). En términos generales, se plantea que el cierre de la psicoterapia debe evaluarse caso a caso (dependiendo del consultante, del enfoque del terapeuta o del tipo de terapia) pero con esto se dejan de lado las consideraciones prácticas que podrían ayudar a los terapeutas durante el proceso (Roe, 2007). Esto es sumamente relevante, puesto que en general no existe claridad en cómo se procede o cuáles son los criterios que se utilizan para definir un cierre, pues a menos que el proceso se sitúe en una institución con lineamientos específicos, es algo que queda a libre elección de cada terapeuta (Cadavid y Ocampo, 2017).

Es importante mencionar que la terminación no refiere solo al final de la terapia, ya que el cierre de este espacio tiene mayores implicancias. También se puede constituir como una

pérdida la relación terapéutica construida, la tranquilidad que representan las salas de terapia al ser un espacio seguro, los rituales asociados al comienzo o final de las sesiones, o las interacciones que tenían lugar en la sala de espera (Zilberstein, 2008). Por ende, esta etapa puede evocar diferentes sentimientos en el consultante y el terapeuta. Para los consultantes el cierre puede ser experimentado como una pérdida, lo que podría reactivar experiencias previas de abandono, desencadenando la activación de defensas o ansiedades desplegadas en separaciones anteriores. Esto se podría expresar en forma de ansiedad, ira, angustia, culpa, desamparo, desesperanza o sensación de no importarle al terapeuta (Vélez y Restrepo, 2008). Asimismo, una vez anunciada la terminación, los consultantes pueden responder con negación, acting-out, aumento de los síntomas, alteraciones en la asistencia y puntualidad de las sesiones, o alteraciones en el pago (Bostic et al., 1996). Ahora bien, también pueden presentarse sensaciones agradables asociadas al cierre, como el orgullo de haber finalizado el proceso de psicoterapia, la felicidad frente a los logros obtenidos o el aumento del autoestima y la autosuficiencia (Zilberstein, 2008). Así, debido a la diversidad de sensaciones que puede provocar, la terminación es también una oportunidad, pues al evocar tantas temáticas trae consigo la posibilidad de reconocerlas y trabajarlas, generando mayor autoconocimiento, estrategias de regulación emocional y resignificación de los finales (Vélez y Restrepo, 2008; Zilberstein, 2008).

Por otro lado, en el caso de los terapeutas, el proceso de cierre puede generar sentimientos de culpa, preocupación, fracaso, enfado, rechazo, desmoralización y/o sensación de que fue un esfuerzo perdido (Roe, 2007). También es posible que el terapeuta subestime tanto su proceso de duelo personal respecto a la terminación, así como la importancia que tiene para el

consultante (Vélez y Restrepo, 2008); y si estos sentimientos no son abordados adecuadamente, pueden generar demoras e inconvenientes en la terminación.

Con todo esto en consideración, el proceso de cierre psicoterapéutico se ve como una instancia crítica, pues puede provocar ansiedades en el consultante y en el terapeuta, y en consecuencia puede tensionar la relación existente entre ellos, afectando la alianza terapéutica. Esto es muy relevante, ya que la calidad de la alianza terapéutica es uno de los principales indicadores de resultados y cambio en psicoterapia (Safran y Kraus, 2014).

La alianza terapéutica se puede conceptualizar como un acuerdo entre el consultante y el terapeuta sobre las tareas y objetivos del tratamiento, así como el vínculo afectivo que establecen (Bordin, 1979, como se citó en Eubanks et al., 2015). Así, la alianza terapéutica sería un indicador de la relación, que señala cómo consultante y terapeuta mantienen un vínculo relacional afectivo mientras trabajan por los objetivos establecidos para la terapia (Safran y Kraus, 2014). Además, es un proceso dinámico: se negocia constantemente, de manera consciente o inconsciente entre terapeuta y consultante; y depende de las habilidades de ambos el mantener un trabajo colaborativo e ir manejando los posibles problemas o *rupturas* que se puedan generar.

Una ruptura es un deterioro de la alianza, que puede manifestarse como una falta de colaboración de consultante y terapeuta en la terapia, o como una tensión o grado de malestar en el vínculo que estos tengan (Eubanks et al., 2015). Son eventos inevitables que pueden surgir en todos los tipos de terapia y con terapeutas de distintos grados de experiencia; asimismo, el nivel de consciencia que consultante y terapeuta tengan acerca de ella puede variar, pues la tensión puede estar presente sin que lo noten y sin influir mayormente en el proceso; o bien, en casos

extremos, puede obstaculizar constantemente la terapia y conducir a un mal resultado o abandono del tratamiento (Safran y Kraus, 2014; Miller-Bottome et al., 2018). Es por ello que se vuelve fundamental trabajar en las resoluciones de estas rupturas. Los estudios indican que además de reestablecer la colaboración de la alianza, las resoluciones de las rupturas son un mecanismo de cambio terapéutico en sí mismo, pues la negociación ayuda a los consultantes a explorar y trabajar sus patrones interpersonales de manera colaborativa en un espacio seguro, permitiendo que desarrollen formas de negociar y de entender las relaciones que sean más flexibles y adaptativas (Safran, 1993, como se citó en Safran y Kraus, 2014).

En los últimos años las investigaciones en esta área se han enfocado en desarrollar técnicas empíricas para reconocer, resolver y trabajar en las rupturas de la alianza. En ello se vuelve fundamental comprender los factores personales del consultante que podrían influir en la alianza terapéutica y en la resolución de sus rupturas. Dentro de estos factores, se ha propuesto el apego de los consultantes como un elemento de gran relevancia, ya que está ligado a las formas en que las personas aprendieron a negociar los conflictos y expresarse dentro de las relaciones (Miller-Bottome et al., 2018).

El sistema de apego es un sistema motivacional que opera durante toda la vida y su principal función es la búsqueda de protección y seguridad en vínculos significativos (figuras de apego), ante situaciones amenazantes que evocan ansiedad y estrés y que pueden poner en riesgo el bienestar físico y/o psicológico de las personas (Mikulincer y Shaver, 2016). Frente a una situación de amenaza -física o psicológica-, la estrategia primaria del sistema de apego conducirá a la persona a buscar la cercanía física o emocional de sus figuras de apego, o por otro lado, a evocar las representaciones internalizadas de estas con el fin de aliviar las emociones displacenteras. El alivio de la angustia experimentada gracias a la disponibilidad y receptividad

de la figura de apego, o la existencia de experiencias previas de esta índole, facilita la formación de representaciones internalizadas seguras, las cuales refuerzan la confianza hacia los demás, hacia sí mismo, generan formas de regulación emocional constructivas y mayor estabilidad emocional (Mikulincer y Shaver, 2016).

Sin embargo, cuando la estrategia primaria no da resultado debido a falencias en las respuestas de consuelo o apoyo que no alivian la angustia o estrés, el sistema despliega estrategias secundarias para lidiar con la angustia no resuelta, las cuales se relacionan con la formación de representaciones internalizadas inseguras (Mikulincer y Shaver, 2016). Dentro estas, se encuentra la estrategia de hiperactivación, que se relaciona con lo que se ha teorizado como apego ansioso. Esta se caracteriza por una aplicación enérgica de la estrategia primaria del sistema, en la cual existe un sobreesfuerzo para obtener respuestas de las figuras de apego (Mikulincer y Shaver, 2016). Esta estrategia incluye una hipervigilancia ante potenciales signos de distancia o rechazo y una sensación subyacente de no ser capaz de lidiar con la angustia y estrés de forma independiente, lo que puede generar una dependencia excesiva hacia vínculos significativos y una autoimagen poco valiosa. Además hay una tendencia hacia la desregulación emocional, lo que puede derivar en problemas emocionales o de adaptación (Mikulincer y Shaver, 2016). Por otro lado, la estrategia de desactivación se vincula con lo que teóricamente se ha conceptualizado como apego evitativo. Esta se caracteriza por la negación o supresión de pensamientos o emociones ligadas a las necesidades de apego. Hay un sobreesfuerzo por mantener el control, la distancia y la autonomía con el fin de evitar la frustración ante la no disponibilidad o falta de receptividad de las figuras de apego (Mikulincer y Shaver, 2016).

Es importante enfatizar que aunque pueda haber una predominancia de ciertas formas de apego asociadas a representaciones internas de índole más segura o insegura, estas se pueden

modificar, actualizar o incluso cambiar (Mikulincer y Shaver, 2016; Pinedo y Santelices, 2006), siendo la terapia uno de los espacios que puede contribuir a desarrollar representaciones internas más seguras mediante experiencias emocionales correctivas (Mikulincer y Shaver, 2016).

Pese a lo anterior, la mayor parte de la bibliografía sobre esta temática sigue haciendo alusión al concepto de “estilos de apego”, lo que es afín a un modelo categorial que teoriza el apego como un rasgo estático de la personalidad. Actualmente se han desarrollado investigaciones que evidencian que el modelo dimensional (que concibe al apego como un continuo) sería más adecuado para conceptualizar y medir este constructo (Fraley et al., 2015). Por lo anterior, en este estudio se hablará de formas u orientaciones predominantes en el apego en contraposición a estilos de apego, con el fin de adoptar una mirada dimensional que permita captar de mejor forma la riqueza y complejidad de las diferencias individuales del apego adulto (Fraley et al., 2015).

Existen pocos estudios que investiguen empíricamente la influencia del apego en la experiencia de la terminación (Marmarosh, 2017). Marmarosh (2017) da cuenta de que ante el cierre se producen reacciones implícitas asociadas a las formas de apego -tanto del consultante como del terapeuta- y plantea que, en general, las personas con apegos más seguros tienen menos dificultades ante el término de la terapia en contraposición a consultantes con apegos de índole insegura. Además plantea que el cierre, al ser una etapa que puede desplegar estas reacciones autorregulatorias implícitas, podría ser una oportunidad para fomentar el compromiso y la regulación emocional de los consultantes desde una base segura, como lo sería la relación con el terapeuta (Marmarosh, 2017).

Respecto a la incidencia del sistema de apego en la formación de la alianza terapéutica, se han realizado estudios que muestran la existencia de una asociación positiva entre apegos más

seguros y el desarrollo de alianzas fuertes (Bernecker et al., 2014; Folke et al., 2016; Mallinckrodt y Jeong, 2015, citados en Miller-Bottome et al., 2018), mientras que se ha evidenciado una estrecha relación entre la frecuencia de rupturas de la alianza y orientaciones de apego inseguras (Eames y Anthony, 2000, citados en Miller-Bottome et al., 2018). Desde la perspectiva del apego, las rupturas de la alianza terapéutica se relacionan con la activación de representaciones internas inseguras durante la terapia y la proyección de estas en el terapeuta.

Considerando la falta de estudios empíricos en torno al cierre de la terapia, que esta etapa podría generar rupturas en la alianza terapéutica, y que en el desarrollo de estas juega un rol importante la orientación de apego de los consultantes; el presente estudio busca responder a la pregunta: ¿cómo ocurren las rupturas de la alianza terapéutica y sus resoluciones en el proceso de cierre terapéutico, en función de la orientación ansiosa del apego? Esto, en un contexto de psicoterapia breve orientada al focusing, que tiene una duración limitada de 8 sesiones, es decir: el proceso de cierre podría estar más presente desde el inicio de la terapia, lo que podría tensionar la alianza terapéutica debido a la necesidad de definir y alcanzar objetivos y metas terapéuticas en un periodo acotado de tiempo y, por ende, provocar una mayor aparición de rupturas.

Así, se establece como objetivo general de investigación el conocer las rupturas de la alianza terapéutica y sus resoluciones en el proceso de cierre terapéutico, vinculándolas a la orientación ansiosa en el apego. Para lograr esto, los objetivos específicos son: a) describir la frecuencia y tipo de rupturas y resoluciones a través de la terapia; b) comparar la ocurrencia de rupturas y resoluciones en el proceso de cierre respecto de la etapa inicial e intermedia de la terapia; c) describir los contenidos temáticos asociados a las rupturas y resoluciones en el cierre

terapéutico; y d) relacionar la ocurrencia y los temas de las rupturas y resoluciones en el cierre terapéutico con la orientación ansiosa en el apego de las consultantes.

Metodología

Diseño

Se utilizó un diseño similar al implementado previamente por González et al. (2022) consistente en un estudio de casos, que permite analizar información específica y en mayor detalle, más allá de la cantidad o la estandarización de resultados, permitiendo explorar con más profundidad el fenómeno estudiado (Chetty, 1996, como se citó en Martínez, 2006). Así, este diseño, a través de la observación de la terapia y el uso de los instrumentos, permite examinar la ocurrencia de rupturas y resoluciones en el proceso de cierre terapéutico, hacer un análisis temático de estas y relacionarlas con la orientación ansiosa del apego (González et al., 2022).

Además, dado que el cierre terapéutico (y las variables que influyen en él) es una temática poco estudiada dentro de la psicoterapia, esta metodología resulta beneficiosa, ya que permite generar ideas y provee conceptualizaciones preliminares de un fenómeno en particular (Anchin, 2008).

Participantes

Consultante “Consuelo”: mujer de 19 años, soltera y sin hijos. Es estudiante de educación superior en una universidad chilena; y tiene experiencia previa en psicoterapia.

Terapeuta de Consuelo: mujer de 33 años, con un magíster en psicología clínica. Tiene 9 años de experiencia profesional como psicóloga clínica.

Consultante “Raquel”: mujer de 19 años, soltera y sin hijos. Es estudiante de educación superior en una universidad chilena; y no tiene experiencia previa de psicoterapia.

Terapeuta de Raquel: mujer de 45 años, con formación en postítulo. Tiene 10 años de experiencia profesional como terapeuta.

Tratamiento

Los procesos psicoterapéuticos estudiados se llevaron a cabo en un centro ambulatorio de atención psicológica de una universidad chilena. Estos consistían en 8 sesiones de psicoterapia breve orientada al focusing, con 50 min. de duración aproximada por sesión.

La psicoterapia orientada al focusing pone el foco en la dimensión sentida corporalmente en el momento presente, y en los significados implícitos arraigados a ésta. Así, el terapeuta incentiva a que el consultante reconozca y conecte con las sensaciones corporales que aparecen en el transcurso de la terapia y permanezca en ellas (bajo la premisa de que éstas pueden brindar información acerca de cómo se siente el consultante respecto de un determinado problema), y acompaña al consultante en el proceso de simbolizar su experiencia en palabras, imágenes o gestos que permitan darle nuevos significados y generen movimientos o cambios en la sensación experimentada. Todo este proceso implica que el consultante encuentre nuevos matices, significados y resoluciones que le hagan experimentar un cambio corporalmente sentido, y por ende, un cambio en la percepción que tenía del malestar (Gendlin, 1996; López, 2018).

En esta línea, la psicoterapia orientada al focusing es fundamentalmente relacional (Preston, 2014, citado en López, 2018), puesto que se vuelve esencial generar un ambiente en el que la calidad de la relación terapéutica facilite el cambio en sí mismo, por lo que resulta de

particular interés analizar la aparición de rupturas y resoluciones en este contexto, donde la relación se vuelve más importante que el uso de técnicas específicas (López, 2018).

Instrumentos

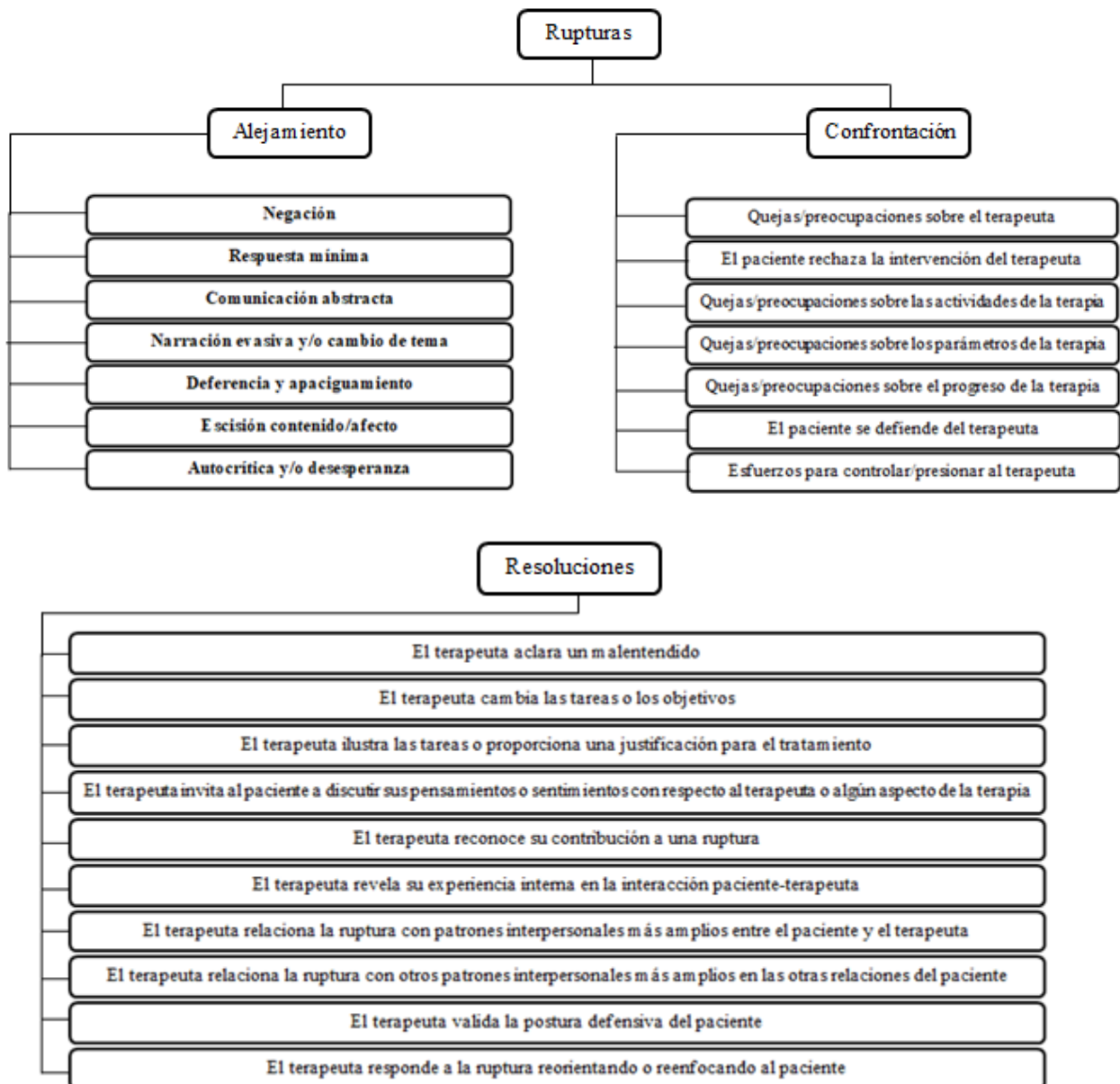
Escala de Apego Adulto Revisada (AASR; Collins, 1996): instrumento de autorreporte que se encuentra validado en Chile por Fernández y Dufey (2015), y que evalúa las dimensiones de apego adulto a través de 3 subescalas: dependencia, ansiedad y cercanía. La escala de *dependencia* se refiere al grado en que una persona confía en otros y siente que estos estarán disponibles en momentos de necesidad; la escala de *ansiedad* evalúa la preocupación o temor ante el rechazo o abandono de los otros; y la escala de *cercanía* refiere a la comodidad ante la intimidad y cercanía emocional. Consta de 6 ítems por cada dimensión (18 en total), que son calificados en una escala tipo Likert de 5 puntos (a mayor puntaje, mayor presencia de la dimensión evaluada). En la muestra de la cual provienen las participantes de este estudio, los valores de confiabilidad de las escalas fueron las siguientes: cercanía $\alpha = .77$; dependencia $\alpha = .79$; ansiedad $\alpha = .88$.

Sistema de Calificación de Rupturas y Resoluciones (3RS; Eubanks et al., 2015): instrumento que identifica la ocurrencia de rupturas y resoluciones de la alianza terapéutica a través de la observación de las sesiones de terapia. Distingue dos principales tipos de rupturas: de *confrontación*, que hace alusión a instancias donde el consultante actúa “en contra” del terapeuta expresando enojo o insatisfacción de maneras poco colaborativas; y de *alejamiento*, que refiere a instancias donde el consultante se distancia o desconecta del terapeuta, del proceso terapéutico o de su propia experiencia. Existen marcadores específicos tanto para las rupturas de confrontación y de alejamiento, así como también para los tipos de resoluciones (ver figura 1), y se estima la

intensidad de cada uno en una escala tipo Likert con puntajes de 1 a 5, donde: 1 [*sin importancia*] = no se presentaron marcadores de rupturas o solo algunas menores que parecieron no afectar la alianza, y las estrategias de resolución no tuvieron un impacto visible o duradero en el vínculo o en la colaboración de metas y tareas; 2 [*importancia menor*]; 3 [*alguna importancia*]; 4 [*importancia moderada*] y 5 [*importancia mayor*]= las rupturas/resoluciones tienen un impacto notable en la alianza.

Figura 1

Sistema de clasificación de rupturas y resoluciones.



Procedimiento

Esta investigación forma parte de un estudio mayor de psicoterapia, que fue aprobado por el comité de ética de la universidad chilena.

Las participantes de esta investigación fueron seleccionadas por conveniencia de la muestra del estudio mayor de psicoterapia, donde respondieron la escala AASR y fueron escogidas debido a que eran las únicas participantes que cumplían con el criterio de haber obtenido puntajes relativamente altos en la dimensión de “ansiedad” respecto al grupo del estudio principal (ver tabla 1).

Tabla 1

Puntajes de las consultantes seleccionadas en la Escala de Apego Adulto Revisada [AASR], media, desviación estándar y rango de la muestra total.

Dimensiones AASR	Consultante Consuelo	Consultante Raquel	Media muestra total (desviación estándar)	Rango de la muestra
Ansiedad	24	25	17,06 (6,69)	6-28
Dependencia	16	17	19,54 (4,91)	10-30
Cercanía	25	20	21,23 (4,46)	14-29

Según la tabla 1, ambas consultantes presentaron altos puntajes en la escala de ansiedad (+1D.E. respecto de la media del grupo), valores levemente inferiores respecto al promedio del grupo en la escala de dependencia, mientras que en la escala de cercanía Consuelo puntuó sobre el promedio del grupo y Raquel levemente bajo el promedio. Los altos puntajes por sobre la media del grupo en la escala de ansiedad, permiten describir a Consuelo y Raquel como

consultantes con una orientación predominantemente ansiosa del apego al momento de consultar. Esto implica que presentan una tendencia a mostrar una constante preocupación y temor ante el rechazo, distancia o abandono en sus relaciones (Mikulincer y Shaver, 2016), ante lo cual pueden intensificar la expresión de la angustia que experimentan, exagerar la incapacidad de afrontar las problemáticas de manera autónoma, amplificar la gravedad de éstas y/o volverse hipervigilantes ante el comportamiento de sus vínculos significativos (Mikulincer y Shaver, 2016).

Al haber participado del estudio anterior, el proceso psicoterapéutico de las participantes seleccionadas se encontraba registrado audiovisualmente (ambas dieron su consentimiento para esto previamente, mediante una entrevista). Para esta investigación, se les contactó mediante un correo electrónico en el que se adjuntó el consentimiento informado explicando la temática del estudio, los objetivos del mismo y las implicancias de su participación. Se comprometió el resguardo y confidencialidad de todos sus datos personales, y ambas consultantes aceptaron participar del estudio dando su autorización a través de correo electrónico.

Plan de análisis

En primer lugar, se observaron todas las sesiones de cada psicoterapia con la finalidad de obtener una visión general del proceso terapéutico. Luego de esto, se diferenció la terapia en 3 etapas o fases basado en lo propuesto por Groves et al., (2017) respecto de los lineamientos generales de la psicoterapia breve. Se estableció como “etapa inicial” las 3 primeras sesiones (donde se evalúa el motivo de consulta y se establece el foco que tendrá la terapia); se estableció como “fase media o de desarrollo” las sesiones 4, 5 y 6 (generalmente aparecen más temáticas, y se trabaja arduamente en el motivo de consulta); y finalmente, se definió como “fase de cierre” las sesiones 7 y 8 (en donde generalmente se asienta la terapia y se trabaja continuamente sobre

temáticas antiguas, se evalúa el foco terapéutico, los planes para después de la terapia y la relación terapéutica).

Posteriormente, se procedió a identificar la frecuencia, tipo de rupturas y sus resoluciones en cada etapa de la terapia, poniendo especial énfasis en la etapa de cierre. Para esto, las 2 investigadoras responsables del estudio observaron cada sesión en segmentos de 5 minutos y aplicaron el 3RS (Eubanks et al., 2015) a cada uno de los segmentos, según indica el manual. En los casos donde se presentaron desacuerdos entre las evaluadoras, se discutieron hasta llegar a un consenso. Para facilitar la comprensión de los resultados, se categorizaron las rupturas identificadas en temáticas generales, se seleccionaron momentos ilustrativos de las rupturas y resoluciones observadas y se retrataron en viñetas de terapia. Finalmente, se realizó un análisis temático en mayor profundidad de las rupturas identificadas en la etapa de cierre, relacionándolas con la orientación del apego de las consultantes -similar a lo implementado por González et al. (2022)- con el fin de caracterizar estas rupturas en mayor profundidad y dar respuesta a la pregunta de investigación.

Resultados

Descripción general de procesos terapéuticos

Proceso psicoterapéutico de Consuelo

Consuelo llegó a terapia manifestando problemas para establecer límites con su familia, lo que se traducía en una dificultad para “poder decir que no”. Además refirió tener un diagnóstico de hipersensibilidad, el cual incluía tener diversas visiones, sueños premonitorios, flashbacks de vidas pasadas y captar energías de otros planos, sumado a que las problemáticas de la vida cotidiana le afectaban en mayor grado. Este diagnóstico le generaban mayor dificultad al

momento de establecer límites, lo que generalmente derivaba en “explotar” en momentos de discusión y experimentar “episodios de crisis”, en los cuales presentaba llantos, impulsividad e incluso desmayos.

Los principales aspectos trabajados durante el proceso terapéutico guardaron relación con: poner límites de manera constructiva y asertiva con su familia; manejar su impulsividad en momentos de discusión con el fin de mejorar su autorregulación emocional; reconocer factores que agudizaban sus crisis en dichos momentos con el fin de generar un mayor autoconocimiento y manejo de éstas; y finalmente, reconocer la “pérdida” de cosas o personas, no solo como experiencias negativas y dolorosas, sino que también como procesos necesarios para el cuidado y crecimiento personal.

La relación terapéutica entre Consuelo y su terapeuta pareció ser respetuosa y amigable, aunque distante. No se percibió un vínculo particularmente cercano o afectuoso, lo cual se reflejó en que Consuelo se refirió como “usted” a la terapeuta durante todo el proceso y en que no hubo muestras de afecto o contacto físico a lo largo de éste. A pesar de esto, la díada pareció estar sintonizada la mayor parte del proceso terapéutico y hubo un buen trato en términos generales.

Proceso Psicoterapéutico de Raquel

Por su parte, Raquel llegó a terapia refiriendo estar en un momento de bastante desmotivación a nivel general, de muchos cuestionamientos respecto a lo que se estaba dedicando y una sensación de no estar teniendo mayores logros hasta ese punto de su vida. Esta situación de desmotivación y poca energía vital la llevaron a encontrarse teniendo ideaciones suicidas, lo que le generaba una gran angustia.

El trabajo terapéutico estuvo enfocado principalmente en: dar espacio y profundizar en vivencias de Raquel que no se permitía hablar en otros vínculos; comprender la importancia de establecer límites con sus vínculos; reconocer las necesidades que expresaban sus emociones y poder comunicarlas a los demás; y validar sus emociones (especialmente la rabia).

El trato de Raquel con su terapeuta pareció ser bastante cercano y afectuoso, lo cual se vio reflejado en el trato de “tú” de Raquel hacia la terapeuta y en muestras de afecto físicas, como abrazos en momentos en que Raquel se veía afectada. Ambas parecieron estar sintonizadas la mayor parte del proceso terapéutico, y en los últimos minutos de la sesión de cierre compartieron palabras de agradecimiento mutuo junto con un abrazo de despedida.

Marcadores de Rupturas y Estrategias de Resolución

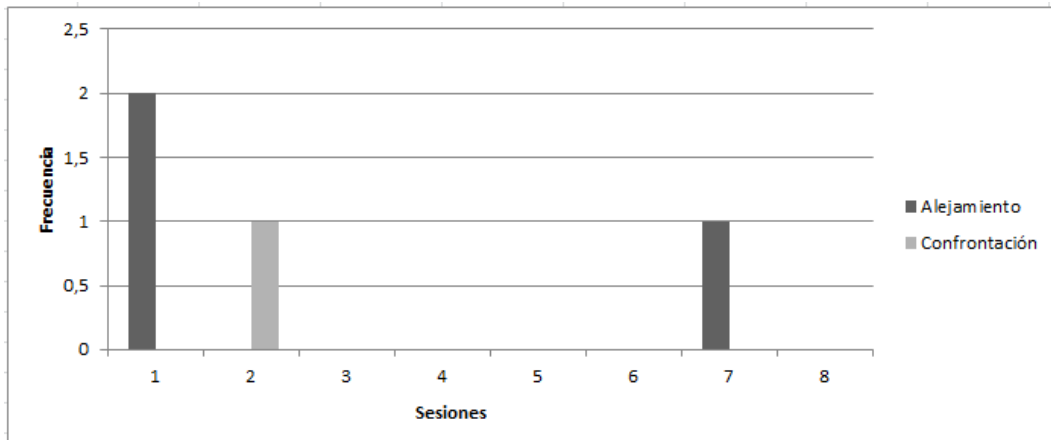
Es importante mencionar que el criterio de codificación de rupturas fue el impacto que estos momentos tenían en la relación terapéutica. Es decir, solo se consideró como ruptura a aquellas situaciones en que la tensión era evidente en la relación: cuando se percibía un quiebre, incomodidad y/o falta de colaboración que era visiblemente experimentado por ambas partes, simultáneamente, y no sólo por consultante o terapeuta. Además, tampoco se consideraron como rupturas comportamientos que parecían ser propios del estilo personal de cada consultante.

Rupturas y Resoluciones caso de Consuelo

Se identificaron 4 marcadores de rupturas a lo largo de la terapia. Específicamente dos en la primera sesión (se dieron juntas, simultáneamente), uno en la segunda, y luego se volvió a identificar una ruptura en la séptima sesión (ver figura 2).

Figura 2

Frecuencia de las rupturas según el tipo de marcador a través de la terapia de Consuelo.



Se presentaron tres rupturas de alejamiento, y una ruptura de confrontación, lo que indica que Consuelo manifestó una mayor tendencia hacia el “alejamiento”. Respecto a la categoría de rupturas de alejamiento, los marcadores que se identificaron fueron: dos pertenecientes al subtipo “Narración Evasiva y/o Cambio de Tema” y uno perteneciente al subtipo “Respuesta Mínima”. En la categoría de rupturas de confrontación se identificó una ruptura perteneciente al marcador “Paciente se defiende del terapeuta” (Ver tabla 2).

Tabla 2

Tipo y Frecuencia de Rupturas en el Caso de Consuelo.

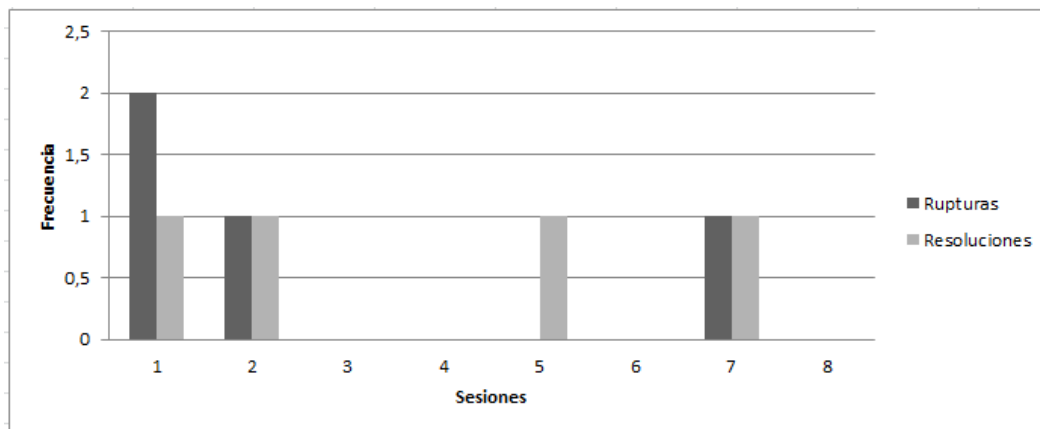
Marcador	Tipo	Frecuencia
Alejamiento	Narración evasiva y/o cambio de tema	2
Alejamiento	Respuesta mínima	1
Confrontación	Paciente se defiende de terapeuta	1

Respecto a las Resoluciones, se identificaron cuatro intentos de resolución de rupturas (ver Figura 3). Se presentaron dos resoluciones en las sesiones 1 y 2; una en la sesión 5, la cual

cabe mencionar que funcionó como anticipación por parte de la terapeuta a una posible ruptura; y finalmente una en la séptima sesión.

Figura 3

Frecuencia de rupturas y resoluciones a lo largo de la terapia de Consuelo.



De los cuatro intentos de resolución, se identificaron dos tipos de estrategias, donde la más utilizada fue “Terapeuta responde a la ruptura reorientando o reenfocando a la paciente”, encontrándose tres intentos de resolución pertenecientes a esta categoría. En ellos la terapeuta hizo intervenciones que trataban de volver a la consultante al trabajo terapéutico en momentos en que ella tendía a alejarse contando anécdotas de temas no relacionados a la terapia. El intento de resolución faltante pertenece a la estrategia “Terapeuta ilustra las tareas o provee una justificación para el tratamiento”, en el cual la terapeuta explicó por qué estaba proponiendo trabajar en ciertos aspectos de la forma de relacionarse de la consultante, luego de que ésta pareciera haber defendido su imagen ante ella.

Con esto en consideración, en relación a las fases de la terapia, se puede ver que en la etapa inicial se concentró la mayoría de las rupturas y resoluciones identificadas (ver tabla 3). En

la fase intermedia no se codificaron rupturas, pero sí un intento de resolución (que como ya se mencionó funcionó como anticipación a un posible alejamiento de la consultante). Finalmente en la etapa de cierre se pesquisó una última ruptura con su respectiva resolución.

Tabla 3

Rupturas y resoluciones durante las fases de la terapia de Consuelo

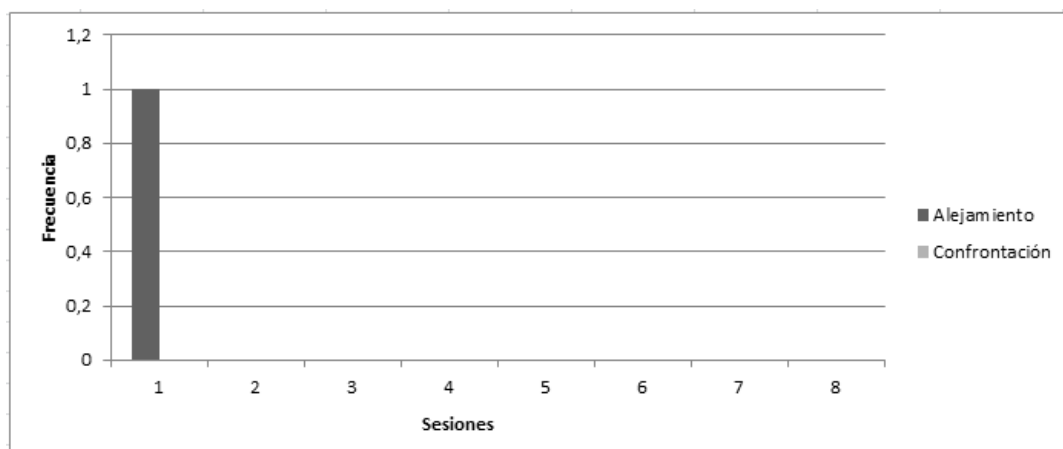
Fases de la terapia	Rupturas	Resoluciones
Inicial	3	2
Intermedia	-	1
Final	1	1

Rupturas y Resoluciones caso de Raquel

En el caso de Raquel se identificó sólo un marcador de ruptura en la primera sesión de la terapia (ver figura 4).

Figura 4

Frecuencia de las rupturas según el tipo de marcador a través de la terapia de Raquel.



La ruptura que se presentó pertenece a la categoría de alejamiento, específicamente al subtipo de “Respuesta mínima” (ver tabla 4).

Tabla 4

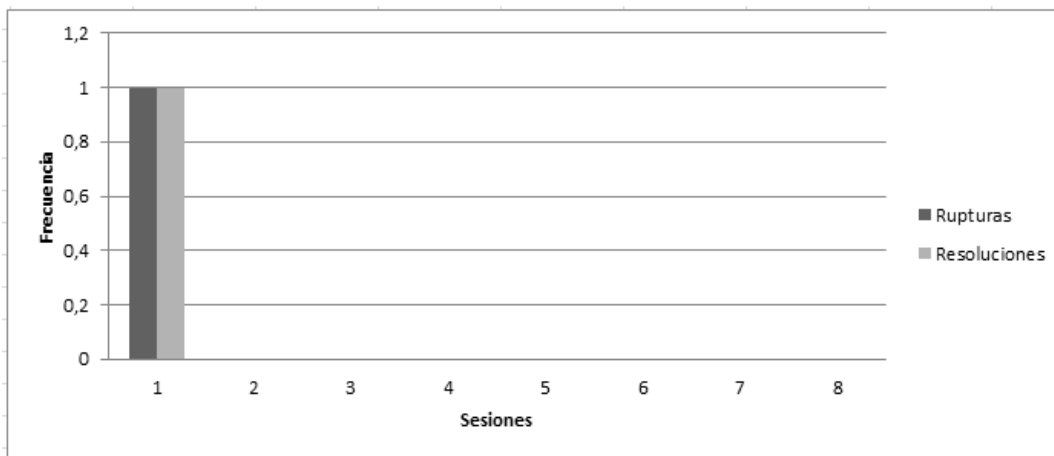
Tipo y Frecuencia de Rupturas en el Caso de Raquel.

Marcador	Tipo	Frecuencia
Alejamiento	Respuesta mínima	1

Respecto de las resoluciones, se identificó un intento de resolución en la sesión 1, orientado a resolver la única ruptura de alejamiento que se codificó (ver Figura 5).

Figura 5

Frecuencia de rupturas y resoluciones a lo largo de la terapia de Raquel.



La estrategia de resolución que se utilizó corresponde a “Terapeuta ilustra las tareas o provee una justificación para el tratamiento”, mediante la cual la terapeuta explicó a Raquel que los ejercicios de contacto con su experiencia interna eran parte del trabajo terapéutico a realizar, luego de que ella manifestara incomodidad ante uno de ellos.

Ahora bien, en relación a las fases de la terapia, se puede ver que la ruptura y resolución identificadas tuvieron lugar en la fase inicial de la terapia (ver tabla 5). No se codificaron rupturas ni resoluciones durante la fase intermedia y final.

Tabla 5

Rupturas y resoluciones durante las fases de la terapia de Raquel

Fases de la terapia	Rupturas	Resoluciones
Inicial	1	1
Intermedia	-	-
Final	-	-

Temática de las rupturas

Para facilitar la comprensión de los resultados, se establecieron 2 categorías de temas para las rupturas identificadas, que se relacionan con las temáticas que se estaban abordando al momento de la tensión en la relación. En el caso de ambas consultantes, la mayor cantidad de rupturas se asociaron a la temática de “Dificultad para conectar con su experiencia interna”, siendo 4 de las 5 rupturas identificadas agrupadas en este tema (3 de Consuelo y 1 de Raquel). Esto refiere a las incomodidades que presentaban las consultantes para conectar con su emocionalidad y permanecer en contacto con ella, que se hacía patente cuando las terapeutas intentaban realizar ejercicios de exploración emocional, o frente a preguntas del tipo “¿y eso cómo te hace sentir?” o “¿en qué parte de tu cuerpo sientes esta emoción?”, entre otras. Finalmente, la ruptura restante se asoció a la temática de “Defender la autoimagen” (1 de

Consuelo), que refiere únicamente a un momento en que la consultante parece sentirse incómoda con la idea que se estaba elaborando acerca de su persona.

Descripción Ruptura de cierre

En la medida que el foco de este estudio se centra en identificar y caracterizar las rupturas de las consultantes durante el cierre de la psicoterapia, se hace importante describir los contenidos temáticos asociados a la única ruptura que se identificó en esta etapa, que como ya se mencionó, tuvo lugar en la séptima sesión de Consuelo. Cabe señalar que el tipo de ruptura fue de alejamiento, específicamente perteneciente al subtipo “Narración evasiva y/o cambio de tema” y la temática asociada fue “Dificultad para conectar con su experiencia interna”. En dicho momento la díada se encontraba abordando las dificultades que Consuelo refería tener con la pérdida. Cuando la terapeuta intentó profundizar en esta temática, la consultante mencionó tener una regresión involuntaria en la que aparecía una imagen donde estaba en una selva con su novio, y de pronto él moría sin alcanzar a despedirse. En ese momento Consuelo se mostró visiblemente afectada, al borde de las lágrimas, ante lo que la terapeuta intervino reflejando la pena que dicha imagen la hacía sentir y validando lo significativo que debía ser para ella. Pese a esta validación, Consuelo se “retira” de la temática mencionando que el botar la ropa es un ritual para ella. Frente a este alejamiento, la terapeuta responde reorientándola, preguntándole si había tenido otros sueños o experiencias asociadas a la separación o pérdida.

Ilustración de rupturas y resoluciones a través de viñetas de terapia

A continuación, se presentan extractos de viñetas de terapia según cada uno de los subtipos de ruptura que se identificaron, con su respectiva resolución.

Rupturas de retirada: se codificaron 2 subtipos de este marcador de ruptura, los cuales corresponden a “respuesta mínima” (2 rupturas de este tipo, 1 en cada consultante) y “narración evasiva y/o cambio de tema” (2 de este tipo, ambas en la consultante Consuelo).

En la primera sesión de Raquel, se ve un ejemplo de “respuesta mínima”, codificada con un puntaje 2 de impacto en la alianza. La temática de esta ruptura fue la “dificultad para conectar con su experiencia interna”, pues se ve cómo la terapeuta intenta profundizar en el contacto emocional, y Raquel se aleja.

[M.R.] = Marcador de Ruptura.

T (Terapeuta): ¿Cómo se siente la pena en tu cuerpo?

R (Raquel): no sé, igual me da lata sentirme así, porque... como que es incómodo, osea, como que todo me da pena a veces, cosas así.

T: ya... ¿Y lo estás sintiendo en este momento?

R: ehh sí, un poco. [M.R.]

T: ya... ¿y cómo se siente? Como si fuera de alguna forma, alguna sensación, no sé, de presión, de calor... ¿Cómo lo sientes?

R: eeh, no. Osea... más que nada como que siento el recuerdo de lo que sentía en ese momento, pero...

T: ya...

R: ninguna otra cosa. [M.R.]

T: ya... ¿y en qué parte de tu cuerpo sientes la pena?

R: eeh... no sé como... [M.R.]

La resolución para esta ruptura fue “el terapeuta ilustra las tareas o proporciona una justificación para el tratamiento”, con un puntaje 1 de impacto en la alianza, donde la terapeuta trata de explicar que la idea del proceso psicoterapéutico es que Raquel pueda explorar su emocionalidad.

R: no, osea, como que lo siento... pero no sé como, nunca lo había... pensado como así.

T: nunca lo habías pensado así.

R: en ese sentido.

T: ya, ya... bueno, eso podemos ir, si te incomoda como hacerlo, eh... es un poco también, eh... la idea es poder ir mirando esos problemas, como el cómo vas sintiendo tu cuerpo, todo lo que va pasando, lo que vas viviendo.

Por otro lado, en la séptima sesión de Consuelo podemos ver una ruptura de “narración evasiva y/o cambio de tema”, codificada con un puntaje 2 de impacto en la alianza. La temática de esta ruptura también fue “dificultad para conectar con su experiencia interna”, pues se evidencia la incomodidad de Consuelo al conectar con la emoción de la pena, y cómo se retira de la emoción cuando estaba a punto de llorar, dando un ejemplo de otra temática.

C: eeh... usted sabe que yo tengo como regresiones a veces como involuntarias, y como que cuando dije eso, tuve la imagen de esa otra vida que le había comentado, como que...

T: ya... con tu pololo, ¿la de la selva, esa, si?

C: (asiente con la cabeza) Como el que una persona se vaya y no se... Aaah, me dio pena (mirando hacia arriba, riendo y aguantando las lágrimas).

T: ya... perfecto, ya. Porque ahí él se moría, creo, ¿no? En ese...

C: aham (con los ojos llenos de lágrimas).

T: claro, claro, claro, claro.

C. y tengo como la imagen como que yo le doy la mano así como tratar de tomarle la mano (extendiendo un brazo hacia adelante) y él como que se iba, así (se retrae en la silla y pone sus manos juntas, moviéndolas).

T: como de no poder hacer nada, y como no querer que se vaya.

C: (asiente con la cabeza).

T: ya, perfecto, perfecto.

C: sí, me dio pena (refregando sus manos).

T: te dio pena. Osea, hay un... es súper significativo estos momentos para ti, ¿mh?

C: Sí (tirándose el pelo hacia atrás, y riendo). Es como casi un ritual así, de hecho lo de tirar la ropa fue casi un ritual, así como... (riéndose). **[M.R.]**

T: claro, claro.

C: y era botar la ropa, la gente lo hace constantemente.

T: si po.

C: pero yo no (suspira).

La resolución para esta ruptura fue “el terapeuta responde a una ruptura redirigiendo o reenfocando al paciente”, con un puntaje 2 de impacto en la alianza, donde la terapeuta intenta volver al tema que estaban conversando antes de la ruptura.

T: oye Consuelo... y ese contenido de este sueño que tú me estás diciendo, ¿Te ha pasado en otros momentos de la vida? como... como tener estos sueños, estas imágenes, como con ese contenido, bueno con el contenido más de la separación, de la pérdida...

C: Me pasa más cuando he estado con él, como que ahí se...

T: Ya, cuando tu estás con él.

Rupturas de confrontación: como se ha mencionado anteriormente, se identificó solo 1 subtipo de este marcador, correspondiente a “el paciente se defiende contra el terapeuta”, que tuvo lugar en la segunda sesión de Consuelo, y fue codificado con un puntaje 2 de importancia en el impacto de la alianza. La temática de esta ruptura fue “defender la autoimagen” en el contexto de que la consultante se notaba incómoda respecto a cómo estaban elaborando su imagen, e intenta aclarar su punto.

T: ya, pero ahí, ahí es lo mismo, ¿no?

C: sí.

T: porque tiene que ver con quizás cuánto tú diriges o quizás controlas...

C: sí (riéndose nerviosamente).

T: pensando un poco en algunas cosas que me has contado de tu mamá, no sé, como... como lo que haga él, en cosas que quizás tú sientes que tienes que ayudarlo.

C: sí, puede que... (rascándose la cara), que ya no tenga que...(ríe nerviosamente). Pero por ejemplo, es que me sirvió de algo de que sus amigos también le dijeran: como que ya no era sólo yo. [M.R.]

T: claro, si po, me imagino.

C: sus amigos igual le dijeron eso, entonces como que ahora hay un cambio. Como que empezó a preguntarme más cosas, y como que empezó a ser más curioso para hablar más. [M.R.]

T: perfecto.

La resolución para esta ruptura fue “el terapeuta ilustra las tareas o proporciona una justificación para el tratamiento”, con un puntaje 2 de importancia en el impacto de la alianza, donde la terapeuta explica por qué anteriormente había ocupado los términos que ocupó, y que parecieron provocar la ruptura.

C: que igual, a lo que voy es que como que veo que le cuesta, entonces yo puedo ayudarlo, siento. Pero como que no... no sé cómo ayudarlo.

T: sí, a eso me refería con los aspectos psicoeducativos, porque a veces hay cositas que sirven para hacer distinciones, porque... Ya, a ver. Por ejemplo, tú como pareja de él, y como amiga, y ustedes que tienen una relación como bien consolidada, más bien íntima por lo que tu me refieres, esa es la sensación que me da al menos; em...tú puedes y tienes el derecho también como de decirle tus preocupaciones. Como “a mí este tema me preocupa”, ¿ya?, que es distinto a dirigir el cómo tiene que resolverlo.

Considerando todo lo anterior, a modo de síntesis, se puede ver que a lo largo de la terapia ambas consultantes mostraron una mayor tendencia hacia las rupturas de alejamiento. Además, cabe mencionar que en ambos casos se identificó una mayor frecuencia de rupturas en la fase inicial de la terapia, en contraposición a la fase intermedia en donde no se identificó ninguna ruptura, y a la fase de cierre en donde sólo se pesquisó una ruptura en el caso de Consuelo. Por otro lado, en ambos casos, el puntaje más alto asignado a la importancia de las rupturas fue de 2, lo que habla de que las tensiones identificadas tuvieron un impacto menor en la alianza terapéutica. Finalmente, hubo una tendencia hacia la temática de “Dificultad para conectar con su experiencia interna” por parte de ambas consultantes.

Discusión

La presente investigación tuvo como objeto principal profundizar la comprensión de las rupturas y resoluciones de la alianza terapéutica en el proceso de cierre terapéutico, mediante un estudio de caso de dos consultantes con orientación ansiosa en el apego, en el contexto de una terapia breve orientada al focusing. A continuación se discutirán los principales descubrimientos en función de los objetivos específicos que guiaron esta investigación.

Respecto al primer objetivo, ambas consultantes tendieron a mostrar rupturas de alejamiento, encontrándose solo un marcador de confrontación en el caso de Consuelo. En relación a esto, se ha estudiado que las rupturas de alejamiento pueden tomar distintas formas y estarían ligadas a dificultades de los consultantes para expresar sus preocupaciones y necesidades en la relación, pudiendo expresarlas de manera indirecta, atenuarlas, o en algunos casos adaptarse sutilmente a los deseos del terapeuta (Baillargeon et al., 2012). Al respecto, se ha visto que los consultantes con orientaciones inseguras en el apego tienden a no revelar su experiencia

de rupturas en términos presentes, o lo hacen de manera confusa (Miller-Bottome et al., 2018); y sumado a esto, cabe recordar que la ansiedad en el apego se caracteriza por una preocupación constante ante el rechazo o la distancia interpersonal, lo que puede derivar en que las personas con esta predominancia en el apego sean demasiado complacientes con los deseos de los otros (Mikulincer et al., 2009), situación que sería coherente con adaptarse a los deseos del terapeuta dentro de la sesión.

Además, se ha visto que en las rupturas de alejamiento los pacientes “luchan por la relación” a expensas de sus necesidades de individualización o autodefinición (Baillargeon et al., 2012). Esto podría relacionarse con la ansiedad en el apego de las consultantes, ya que se ha teorizado que las personas con esta orientación de apego tienden a buscar la aceptación del otro, y que esta validación externa les provee mayor aceptación de sí mismos, debido a que suelen tener una autoimagen poco valiosa (Bartholomew y Horowitz, 1991), por lo que las necesidades de la relación podrían volverse más importantes que las individuales. Teniendo en cuenta lo anterior, se podría interpretar que este tipo de rupturas permitió a las consultantes alejarse de temáticas difíciles para ellas sin poner en riesgo la relación que estaban construyendo con la terapeuta, como podría haber sucedido si manifestaban sus dificultades de forma directa. Respecto a esto, es importante mencionar que pese a que Consuelo presentara una ruptura de confrontación, la cualidad de ésta fue bastante sutil y no fue directamente orientada a la terapeuta, por lo que mantiene las características previamente mencionadas.

Por otro lado, la cualidad más complaciente de las rupturas de alejamiento hace que se vuelvan más difíciles de detectar para los terapeutas en comparación a las rupturas de confrontación, pues en estas los consultantes manifiestan de una forma más directa sus incomodidades dentro de la terapia, siendo críticos u hostiles (Baillargeon et al., 2012; Swank y

Wittenborn, 2013). A pesar de ello, todas las rupturas identificadas contaron con su respectiva resolución, lo que es de gran relevancia, pues resolver rupturas no solo ayuda a subsanar las dificultades que se presentan en la relación terapéutica, sino que también provee al consultante de nuevas experiencias interpersonales constructivas que pueden ayudar a modificar esquemas interpersonales desadaptativos (Safran, 1993 como se citó en Safran y Muran, 1996). En esta línea, dado que en las rupturas de la alianza se ponen en juego las representaciones que los consultantes tienen de sí mismos y de los otros, si un terapeuta responde distanciándose a un consultante que tiende a alejarse, confirma la visión de éste de que los otros no están disponibles emocionalmente, y por lo tanto perpetúa un círculo vicioso (Safran y Muran, 1996). Relacionando esto con el apego, mantener ese círculo vicioso sería mantener la inseguridad en el apego de las consultantes y fomentar mecanismos de afrontamiento desadaptativos (como la desregulación emocional), mientras que al resolverlas, se podrían generar experiencias emocionales correctivas que fomenten representaciones de apego de índole más segura de sí mismas y de sus vínculos (Mikulincer y Shaver, 2016).

Respecto del segundo objetivo, se evidenció que 4 de las 5 rupturas identificadas en todo el estudio se dieron en la fase inicial de la terapia, y sólo una de ellas en la fase de cierre terapéutico. El hecho de que la mayor cantidad de rupturas se hayan presentado en la fase inicial de ambas terapias, podría hablar acerca de cómo éstas se constituyen como un método para lidiar con el estrés que puede conllevar el inicio de un proceso psicoterapéutico. Comenzar a construir una relación con el terapeuta, adaptarse al trabajo terapéutico y a la exploración emocional que este conlleva puede ser una experiencia difícil, especialmente considerando la orientación ansiosa en el apego de ambas consultantes. Esto, debido a que como se ha teorizado, el sistema de apego se activa frente a situaciones que la persona, consciente o inconscientemente,

experimente como amenazantes; como podrían ser las primeras sesiones de psicoterapia (Smith et al., 2010, como se citó en Rossetti y Botella, 2017). Así, no es de extrañar que Consuelo y Raquel presentaran más rupturas en la primera fase de la terapia, puesto que los consultantes con este tipo de orientación en el apego suelen mostrar una mayor sensibilidad ante cualquier signo de rechazo, por lo que tienden a interpretar las respuestas de los demás como signo de distancia, crítica o desaprobación (Mikulincer y Shaver 2016; Zilberstein, 2008); y frente a esto, las rupturas de alejamiento podrían aparecer como una forma de protección ante la activación del sistema.

Por otro lado, resulta interesante analizar que en contraposición a la fase inicial, en la fase media de ambas terapias no se identificó ninguna ruptura. Esto podría deberse a que la alianza entre terapeuta y consultante se afianzó durante esta etapa, pues ambas consultantes mostraron un importante nivel de confianza en la 5ta sesión de cada proceso, al llegar a explorar temáticas íntimas y profundas que ambas refirieron “nunca haber conversado con nadie más”. Esto se condice con la literatura, ya que se ha planteado que una buena alianza suele establecerse entre la 3ra y la 5ta sesión, pues luego de haber establecido el motivo de consulta en la fase inicial, en la fase media se da lugar a un proceso de exploración de las consultantes y de sus historias de vida que, sin la confianza necesaria en el vínculo, puede ser abrumador (Rossetti y Botella, 2017; Navia y Arias, 2012). Así, en ambos casos parece haber sido crucial afianzar tempranamente el vínculo, pues al tener una orientación ansiosa en el apego, se podrían haber esperado mayores dificultades para la regulación emocional y menor capacidad para calmarse a sí mismas, dificultando la exploración emocional de esta fase de la terapia. Frente a esto, las terapeutas aparecen como una figura esencial en este punto, pues como se vio en ambos procesos psicoterapéuticos, es importante que el profesional pueda ofrecer un espacio seguro para el

consultante a lo largo de toda la terapia, pero especialmente durante la fase media, que es donde se consolida la alianza que posibilita la exploración de temáticas más profundas (Zilberstein, 2008; Marmarosh, 2017; Mikulincer y Shaver, 2016).

Ahora bien, al comparar las etapas inicial e intermedia con la etapa de cierre de los procesos psicoterapéuticos estudiados, se pueden observar distintas variables. En primer lugar, es importante mencionar que el cierre se abordó superficialmente en ambos procesos: sólo se mencionó a modo informativo (al comunicar el número de sesiones que quedaban), y no se habló o profundizó sobre los sentimientos y/o significaciones que esta etapa evocaba en la díada. Dicho esto, era posible esperar una mayor cantidad de rupturas en el proceso de cierre terapéutico, puesto que acorde a la literatura existente, los consultantes con orientaciones inseguras en el apego tienden a presentar más dificultades a la hora de enfrentar la terminación (en comparación a la orientación segura), dado que esta etapa despierta respuestas autorregulatorias implícitas asociadas a las formas de apego (Marmarosh, 2017). Específicamente, las personas con orientación ansiosa tienden a afrontar la pérdida con mayor desregulación emocional y actitudes de protesta (Pistole, 1999, como se citó en Marmarosh, 2017), lo que podría derivar en una mayor frecuencia e intensidad de rupturas de la alianza terapéutica (Mikulincer et al., 2009; Mikulincer y Shaver, 2016). En relación a esto, en este estudio solo se identificó una ruptura en la etapa de cierre, en el proceso psicoterapéutico de la consultante Consuelo, lo que se condice con la literatura al considerar que en la etapa anterior (fase intermedia de la terapia) no se había pesquisado ninguna ruptura. En contraposición a esto, en el caso de la consultante Raquel no se codificó ninguna ruptura de la alianza en la finalización del proceso. Porges (2011, como se citó en Marmarosh, 2017) postula que la psicoterapia otorga “ejercicios neurales” que fomentan una mayor resiliencia, flexibilidad y autorregulación en el consultante, especialmente en

interacciones interpersonales significativas que puedan provocar emociones intensas, como los cierres. Por esto, postula que si consultante y terapeuta permanecen comprometidos en el trabajo de terapia, se facilita esta regulación emocional, facilitando así el proceso de terminación. Sumado a esto, como se mencionó anteriormente, todas las rupturas identificadas en el estudio tuvieron su respectiva resolución, lo que podría haber propiciado que las consultantes fueran modificando esquemas interpersonales y aprendiendo nuevas formas de vincularse (Manubens et al., 2018; Safran y Kraus, 2014; Safran y Muran, 1996); por lo que el trabajo de terapia podría haberse presentado como una oportunidad en la que se fueron realizando estos “ejercicios neurales” que aumentaron la autorregulación de las consultantes durante el proceso de cierre.

Respecto del tercer y cuarto objetivo de investigación, al analizar la única ruptura que se identificó durante la etapa de cierre, es importante mencionar que esta se dio en el contexto de una sesión a la que Consuelo llegó 40 minutos tarde. Si bien esto no constituyó una ruptura de la alianza, sí podría verse como una “conducta de protesta” ya que se ha visto que las personas con este tipo de orientación en el apego suelen presentar conductas como faltar a sesiones, llegar tarde, o mostrar un resurgimiento de los síntomas en respuesta al cierre terapéutico (Pistole, 1999, como se citó en Marmarosh, 2017), retrasando así la terminación y la pérdida del vínculo con el terapeuta (Holmes, 2009, citado en Marmarosh, 2017). Con este antecedente en consideración, respecto de la ruptura, se puede decir que el contexto temático en el que ocurrió se relaciona estrechamente con la orientación de apego de la consultante, pues como se ha mencionado, las temáticas asociadas a la separación, abandono y distancia interpersonal son centrales en la orientación ansiosa del apego, dado que activan el sistema (Mikulincer y Shaver, 2016; Mikulincer et al., 2009). Además, la ansiedad en el apego se ha asociado a una mayor accesibilidad a pensamientos relacionados con la muerte, incluso cuando no hay ningún recuerdo

presente asociado a esta (Mikulincer et al., 2009), por lo que tiene sentido que la imagen de la muerte de su novio haya aparecido cuando la terapeuta estaba tratando de profundizar en este tópico. Por otro lado, se ha visto que las personas con este tipo de orientación en el apego tienden a abrumarse fácilmente por un torrente de pensamientos y sentimientos negativos (Mikulincer y Shaver, 2016) pues suelen hacer evaluaciones catastróficas de las amenazas (actuales o potenciales), amplificarlas y tener creencias negativas sobre la propia capacidad de enfrentarlas (Mikulincer et al., 2009). Considerando esto, se podría interpretar que Consuelo pudo verse abrumada por una serie de pensamientos y/o sentimientos negativos al tratar de conectar con la temática de la pérdida, que de mantenerse ahí, podrían haberla llevado a una desregulación emocional importante; y ante ello el alejarse de la terapeuta y de su experiencia interna al cambiar de tema pudo funcionar -consciente o inconscientemente- como un mecanismo protector. Por otro lado, llama la atención que la temática de la pérdida surgiera en la penúltima sesión de la terapia, y que haya sido traída por la consultante justo cuando el cierre comenzaba a ser patente. En este sentido, es importante señalar que pese a que la terapeuta intentó darle resolución a esta ruptura al reorientar a la consultante, no se generó un proceso de metacomunicación respecto de esta ni del contexto temático en que se generó (separación), siendo que en ese punto la separación y el término del vínculo eran algo inminente. En esta línea, la metacomunicación se ha postulado como un mecanismo importante a la hora de abordar rupturas, dado que es un intento de tomar consciencia del proceso interactivo que ocurre entre consultante y terapeuta, y que permite iniciar una exploración explícita de algo que se está “actuando” inconscientemente en la relación (Safran y Kraus, 2014). Esto, a propósito de que luego de haber mostrado lo que pudo ser una conducta de protesta (llegar atrasada a la sesión), fue Consuelo quien manifestó “tener dificultad para las separaciones” y querer hablar de ello, a

lo que la terapeuta accedió y se abordó el tema entorno a distintos vínculos (su novio, su madre, amistades, entre otros); pero en ningún momento respecto del vínculo terapeuta-consultante que estaba pronto a terminar. Haber metacomunicado lo que sucedió en ese momento específico podría haber generado un espacio de exploración mutua respecto de las significaciones de la temática, ayudando así a generar una mayor consciencia y entendimiento por parte de la consultante de las estrategias de afrontamiento y formas de vincularse que se podrían haber estado poniendo en juego en la relación con la terapeuta.

Con todos los antecedentes expuestos, surgen algunas consideraciones prácticas que podrían ser útiles a la hora de trabajar el cierre con consultantes con una orientación ansiosa del apego. En primer lugar, es importante que el terapeuta pueda estar atento ante signos de que el consultante está siendo demasiado complaciente o ante comportamientos sutiles en los que éste se esté alejando del trabajo terapéutico como posible forma de protección, pues al captar esto se pueden dar resoluciones adecuadas que son clave al momento de generar nuevas experiencias interpersonales que fomenten representaciones internas más seguras a nivel individual y vincular. Por otro lado, se ve que la alianza terapéutica es algo crucial durante cada etapa de la psicoterapia: parece ser relevante que el terapeuta sea consciente del estrés que puede provocar la fase inicial y propicie un espacio seguro en esta, fomentando el afianzamiento temprano de la alianza; lo que permitiría que en la fase media se puedan profundizar temáticas en mayor grado y que exista una mayor confianza a nivel vincular para explorar los temas que puedan aparecer ante el cierre, especialmente considerando que esta última etapa puede evocar sentimientos negativos o incluso conductas de protesta, ante lo cual se sugiere que la metacomunicación podría ser una estrategia útil. Al respecto, es importante que el terapeuta tome consciencia de la relevancia que el proceso de cierre puede tener en los consultantes, por lo que podría ser

beneficioso dar un espacio dentro de la terapia para explorar y conversar explícitamente en torno a los sentimientos de ambas partes asociados a la terminación del vínculo.

Es importante mencionar que las diferencias vistas entre los dos casos estudiados (como la diferencia en la cantidad de rupturas identificadas) podrían atribuirse a las características propias de cada díada, puesto que las variables del consultante deben analizarse en relación con las del terapeuta y las del tratamiento, y no hay una única variable que, independiente de las demás, pueda predecir la fuerza de la alianza (Beutler et al., 2000, como se citó en Botella y Corbella, 2005). Ahora bien, respecto del proceso de cierre, que era un eje central para este estudio, se podrían elaborar distintas conclusiones. El hecho de que fuera una temática que se mencionó y trabajó superficialmente en ambos procesos, podría deberse a que al ser una terapia breve se priorizó desarrollar otras temáticas en función del tiempo; a que frente al cambio que manifestaban las consultantes, las terapeutas no vieron necesario profundizar en el cierre; o a que, como plantea la literatura, no se consideró relevante explorar en las significaciones de esta etapa. Es importante que a la luz de los nuevos hallazgos en torno a esta fase se le dé una mayor relevancia, puesto que es una etapa cargada de implicancias clínicas y emocionales que afectan a consultante y terapeuta, y de la que depende la manera en que será recordado el proceso terapéutico (Craigie, 2006, como se citó en Vélez y Restrepo, 2008).

Para responder a la pregunta de investigación planteada al inicio de este estudio en torno a cómo ocurren las rupturas de la alianza terapéutica y sus resoluciones en el proceso de cierre terapéutico, en función de la orientación ansiosa del apego, se pueden distinguir algunas variables. En primer lugar, cabe destacar que las rupturas ocurrieron debido a las características propias de cada díada, puesto que como se mencionó anteriormente, las variables del consultante deben analizarse en conjunto con las del terapeuta y del tratamiento. Y además, se podría

hipotetizar que existió una relación implícita entre las rupturas y la etapa de cierre, puesto que, aunque la única ruptura identificada en esta etapa no se relacionó explícitamente con el cierre, sí lo hizo con una temática que parecer ser bastante propia de las terminaciones (la separación).

Para concluir, es importante mencionar que este estudio presenta distintas limitaciones, como no conocer la orientación de apego de las terapeutas, siendo que la relación entre la díada se constituye con las características de ambas partes (Beutler et al., 2000, como se citó en Botella y Corbella, 2005); que el Sistema de Calificación de Rupturas y Resoluciones (3RS) se enfoca mayoritariamente en el comportamiento de los consultantes, nuevamente dejando de lado la influencia del terapeuta; y que al ser un estudio de dos casos, estos resultados no se pueden generalizar a otros consultantes con orientaciones ansiosas en el apego. Futuras investigaciones podrían replicar estudios con este tipo de metodología, considerando la orientación en el apego del terapeuta, y la influencia de éste en la aparición de rupturas. Además, al tratarse de una Psicoterapia Breve Orientada al Focusing, el foco estaba puesto en que las consultantes pudieran explorar en su experiencia sentida corporalmente en el momento presente (López, 2018); lo que se relaciona con la temática más común de las rupturas (“dificultad para conectar con su experiencia interna”), por lo que sería interesante realizar una investigación con estas características en otros tipos de terapia, para comparar los resultados desde distintos enfoques. En la misma línea, es importante mencionar que el presente estudio contaba con una muestra limitada, ya que solo dos participantes cumplían con el criterio de presentar altos puntajes en la dimensión de ansiedad en la escala de apego, por lo que sería beneficioso realizar futuras investigaciones con una muestra más amplia que permita hacer comparaciones, por ejemplo, respecto a diferencias en los procesos terapéuticos en relación a dar resolución o no a las rupturas, diferencias en la calidad de la alianza según el tipo de resoluciones o uso de

metacomunicación, entre otros. Finalmente, futuros estudios también podrían implementar entrevistas cualitativas a las consultantes posterior a la finalización de la terapia, lo que otorgaría una mayor riqueza del material y mayores conclusiones respecto al proceso de cierre terapéutico y las variables que influyen en él.

Referencias

- Anchin, J. C. (2008). Comment: Integrating methodologies in the scientific study of interpersonal psychotherapy: A reaction to "Therapist immediacy in brief psychotherapy: Case study I and case study II". *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(3), 316–319. <https://doi.org/10.1037/a0013394>
- Baillargeon, P., Coté, R., & Douville, L. (2012). Resolution process of therapeutic alliance ruptures: A review of the literature. *Psychology*, 3(12), 1049. <https://doi:10.4236/psych.2012.312156>.
- Bartholomew, K. & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244. [doi:10.1016/s0191-8869\(96\)00277-2](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(96)00277-2)
- Bostic, J., Shadid, L., & Blotcky, M. (1996). Our time is up: Forced terminations during psychotherapy training. *American Journal of Psychotherapy*, 50(3), 347-359.
- Botella, L., y Corbella, S. (2005). Neurobiología de la autorregulación afectiva, patrones de apego y compatibilidad en la relación terapeuta-paciente. *Revista de psicoterapia*, 61(16), 77-104.
- Cadavid, N. y Ocampo, D. (2017). El umbral del cierre: comprensión clínica del cierre del proceso terapéutico (estudio de casos) [Trabajo para optar al título de Magister en Psicología, Universidad del Norte - Barranquilla].
- Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2015). Rupture resolution rating system (3RS): Manual. Unpublished manuscript, Mount Sinai-Beth Israel Medical Center, New York, NY.

- Fernández, A. M., & Dufey, M. (2015). Adaptation of Collins' revised adult attachment dimensional scale to the Chilean context. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(2), 242-252. <http://dx.doi.org/10.1590/1678-7153.201528204>
- Fraley, R. C., Hudson, N. W., Heffernan, M. E., & Segal, N. (2015). Are adult attachment styles categorical or dimensional? A taxometric analysis of general and relationship-specific attachment orientations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 109(2), 354-368. <https://doi.org/10.1037/pspp0000027>
- Gendlin, E. T. (1996). *Focusing-oriented Psychotherapy. A manual of the experiential method*. New York: The Guilford Press.
- González, T., Pizarro, A. y Dufey, M. (Aceptado). Rupturas y resoluciones de la alianza terapéutica en un caso de apego inseguro. *Revista de Psicología*.
- Groves, J. E. Blais, M. A. & Taylor, J. B. (2017). Psicoterapia Breve: Perspectiva General. En Stern, T, Fava, M, Wilens, T & Rosenbaum, J (Eds.), *Tratado de psiquiatría clínica* (pp. 111-119). Elsevier.
- López, A. (2018). Psicoterapia Experiencial Orientada al Focusing: una visión general: Una Visión General. *Revista De Psicoterapia*, 29(110), 241-256. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i110.236>
- Manubens, R. T., Roussos, A. Olivera, J. y Gómez, J. (2018). Rupturas en la alianza terapéutica y su asociación con cambio y abandonos tempranos en psicoterapia. *ACADEMO Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades*, 5(2). Disponible en <https://uamericana.edu.py/revistacientifica/index.php/academo/article/view/98>

- Marmarosh, C.L. (2017) Fostering engagement during termination: Applying attachment theory and research. *Psychotherapy* 54(1), 4–9. <https://doi.org/10.1037/pst0000087>
- Martínez, P. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & gestión*, (20), 165-193.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016) *Attachment in adulthood: structure, dynamics and change*. (2nd Ed.). Guilford.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., Cassidy, J., & Berant, E. (2009). Attachment-related defensive processes. In J. H. Obegi & E. Berant (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (pp. 293–327). New York, NY: Guilford Press.
- Miller-Bottomo, M., Talia, A., Safran, J. D., & Muran, J. C. (2018). Resolving Alliance Ruptures from an Attachment-Informed Perspective. *Psychoanalytic Psychology*, 35(2),175-183. <http://dx.doi.org/10.1037/pap0000152>
- Navia, C. E. y Arias, E. M. (2012). Alianza terapéutica y su relación con las variables de apego del terapeuta y del consultante. *Universitas Psychologica*, 11(3), 885-894.
- Pinedo, J. y Santelices, M. (2006). Apego Adulto: Los Modelos Operantes Internos y la Teoría de la Mente [Internal Working Models and the Theory of Mind]. *Terapia Psicológica*, 24(2), 201-210.
- Roe, D. (2007). The timing of psychodynamically oriented psychotherapy termination and its relation to reasons for termination, feelings about termination and satisfaction with therapy. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 35(3), 443-453.
- Rossetti, M. L., y Botella, L. (2017). Alianza terapéutica: evolución y relación con el apego en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(1), 19-30.

- Safran, J. D., & Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: A relational perspective. *Psychotherapy, 51*(3), 381–387. doi:10.1037/a0036815
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(3), 447 – 458.
- Swank, L. E., & Wittenborn, A. K. (2013). Repairing alliance ruptures in emotionally focused couple therapy: A preliminary task analysis. *The American Journal of Family Therapy, 41*(5), 389-402. <https://doi.org/10.1080/01926187.2012.726595>
- Vélez, P. y Restrepo, D. A. (2008). El proceso de terminación en psicoterapia de tiempo limitado: aspectos clínicos y técnicos. *Revista CES Psicología, 1* (2), 58-68. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4235/423540422006>
- Zilberstein, K. (2008). Au revoir: An attachment and loss perspective on termination. *Clinical Social Work Journal, 36*(3), 301-311.