

VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del
MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2015.

Desafíos en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Un caso de estudio.

Salgado, Matías.

Cita:

Salgado, Matías (2015). *Desafíos en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Un caso de estudio. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-015/242>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/epma/kxx>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

DESAFÍOS EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD. UN CASO DE ESTUDIO

Salgado, Matías

Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú. Argentina

RESUMEN

En este trabajo se presenta el proceso diagnóstico y el tratamiento por Salud Mental de una paciente mujer de 59 años, en el contexto de los consultorios externos de un centro de salud de la CABA. A lo largo de este escrito se describe la conformación de la demanda, el análisis de la fase de admisión, junto a hipótesis diagnósticas, y procesos transdiagnósticos implicados. A su vez, se presenta la exploración de la fase inicial del tratamiento, junto a las intervenciones, y sus efectos. Las características del cuadro convierten al proceso terapéutico en un desafío, sobre todo a nivel de la alianza terapéutica -y sus rupturas-. Se citan algunos aportes de investigaciones y desarrollos referidos a este tema articulando con la singularidad del caso.

Palabras clave

Alianza terapéutica, Psicoterapia, Ansiedad

ABSTRACT

CHALLENGES TREATING ANXIETY DISORDERS. A SINGLE CASE DESIGN. In this paper we present the diagnosis process and the mental health treatment of a 59 years old woman, who was treated by outpatient consult in a health center of the Buenos Aires City. Throughout this paper we describe the demand shaping, the analysis of the admission phase, with the diagnostic hypothesis, and the transdiagnostic processes involved. Also, we present the exploration of the initial treatment phase, with the interventions, and its effects. The case's characteristics turn the therapeutic process into a challenge, especially at the therapeutic alliance level -and its ruptures-. We quote some contributions of researchs and developments regarding to this topic articulating with the singularity of the case presented.

Key words

Therapeutic alliance, Psychotherapy, Anxiety

Introducción

En el ámbito de la psicoterapia, utilizar la "presentación del caso" resulta afín con la actividad clínica, ya que se basa -y que sostiene- la necesidad de estudiar la singularidad de cada situación terapéutica, y a su vez, permite la comparación entre resultados de diferentes estudios singulares (Maldavsky, 2008).

Caso Roxana

Datos básicos de identidad y referencia social: Roxana es una mujer de 59 años, viuda, en pareja desde hace 9 años con Luis de 67. Tiene una hija de 21 años, Florencia, a quien adoptó de forma ilegal apenas esta nació. Roxana vive en el barrio de Palermo, con su pareja y su hija, en una casa que heredó de sus padres. Es de clase media. Estudios: secundario completo.

Conformación de la demanda

Presentación en el CeSAC: Roxana se encontraba anotada en la lista de espera del centro. Al comunicarnos con ella, aclaró que ya

se encontraba en tratamiento psicológico en el "Centro AM", desde hacía dos meses. Sin embargo, señaló, no conseguía que le "abran psiquiatría" cuestión que consideraba indispensable por estar autotomeciéndose con "Clonazepam" 1,5mg/día. Si bien se le indicó continuar el tratamiento y dirimir esto con su equipo tratante, una semana después, se presentó espontáneamente solicitando un turno: "Abandoné el tratamiento porque no me iban a abrir psiquiatría". Ante esto se dialogó con nuestro equipo de referencia, y se acordó programar entrevistas de admisión. Se le solicitó traer resumen de historia clínica.

Motivo de consulta: Lo primero que refiere es que su marido Carlos, con quien estuvo casada 24 años, se suicidó en su casa con un arma de fuego, el "15 de abril del 2004". Le urge describirlo y lo hace señalando: "Era nervioso", "rompía cosas"; "se la pasaba en la cama"; "no tenía ánimo para relacionarse con su hija"; "no tenía trabajo -o si tenía faltaba-". Asocia esto a: "Sus problemas con el alcohol", "el alcohol hace eso, destruye familias". Describe la relación de pareja: "teníamos muchas discusiones", "me buscaba la lengua". Refiere que lo presionaba para que trabaje y consiga dinero. Señala que en su momento intentó realizar terapia de pareja, pero él no accedió. Tras el suicidio, Roxana estuvo "un mes sin hacer nada". Con un relato que no deja espacios para la interacción, pasa a hablar de su situación actual de pareja. Espontáneamente cuenta la forma en que se conocieron. Dice que él es oriundo de Mendoza, que se mudó a Capital Federal hace muchos años, a la casa de unos amigos de Roxana. Estos le alquilaban un cuarto, y así se conocieron. En el 2005, Roxana le ofreció alquilarle un cuarto en su casa, y al poco tiempo se pusieron en pareja. Desde hace tiempo, Luis trabaja en la cocina de una panadería. Se angustia al hablar de él y de la situación que atraviesan; "estuvimos bien, ahora estamos más o menos", "siempre supe la verdad. A los 3 años me enteré que él tenía una familia en Mendoza: una mujer, hijos y nietos". Se reprocha el hecho de haber sido ella misma quien insistió en que él volviera a ponerse en contacto con su familia; "No sé porque los hice ir a buscar", "la familia pensaba que estaba muerto desde que está conmigo". Realiza un relato sobrecargado de información describiendo detalladamente cómo es que Luis llega a efectivizar dicho contacto. Insiste en que él ya ha viajado varias veces a Mendoza, y que sin embargo: "no les dijo que estaba en pareja", "porque no pudo; dijo que no sabía cómo", "les dijo que yo era la dueña de una pensión". Relata entonces que en una ocasión, cuando uno de los hijos de Luis llamó a la casa de Roxana, esta le dijo: "Mirá, yo no soy la dueña de ninguna pensión, ni la que limpia; yo soy la mujer de tu padre, hace 8 años que estoy en pareja con él". Aclara: "Se lo dije solo para que lo sepa él. No quería que se entere nadie más, pero se lo contó a todo el mundo". Como resultado, Luis se compró un celular. Roxana comenta que cada vez que este celular suena, empieza a pensar en quién lo estará llamando y para qué. "Ahora está escondiendo cosas; giros a la mujer; los hijos molestan: le piden dinero". A su, cree que él planea viajar a EEUU, a visitar a uno de sus hijos, y a su "mujer", quien está allí de vacaciones.

De esta forma, la paciente continúa desplegando relatos cargados de detalles, los cuales no responden directamente a una pregunta; y tampoco permiten ser interrumpidos o interrogados, dando la impresión de no tener límites en su extensión. En contraste, habla brevemente de la medicación que toma, y de su necesidad de que esta sea recetada por un psiquiatra. Refiere que con el tratamiento busca aliviar el gran nivel de malestar provocado por los actuales conflictos de pareja.

Antecedentes de tratamiento: Primer tratamiento a los 46 años: *“Por el alcohol de mi marido; porque tenía que bancarme esa situación; yo lloraba como lloro ahora, porque eran peleas, disgustos, mi hija chiquitita, yo laburando”*. Después del suicidio tuvo intensos *“dolores de cabeza”*, por lo que fue derivada a Neurología: *“Lloraba mañana, tarde y noche. Había bajado mucho de peso, no quería comer. Dolores de cabeza, fatal de sueño. Dormía poco, dormía mal. Presión alta. Me levantaba para atender a mi hija nada más”*. Neurología la derivó a Salud Mental. Comenzó tratamiento combinado con *“Sertralina durante 3 años”*; *“Superé todo medicada para la depresión”*. Refiere tomar *“Clonazepam desde hace 20 años”*, *“Nunca dejó el Clonazepam”*.

Antecedentes familiares: Refiere que su tía estuvo *“internada psiquiátricamente”* (no puede precisar detalles). Refiere que su hermano es *“muy nervioso”*. Su hija *“tuvo un retraso en el colegio”*, y recibió *“indicación de escuela especial”*.

Antecedentes personales: Refiere que es *“ama de casa”*, y que *“cuida personas”*, *“siempre me dediqué a cuidar personas”*. Tuvo distintos tipos de trabajos durante su vida, los cuales impresionan haber sido de carácter informal y de corta duración. Durante mucho tiempo formó parte del programa *“Jefes y jefas de hogar”*, y actualmente recibe ayuda económica través de la *“Tarjeta Argentina”*. Mientras estuvo casada se mantenía con el dinero que proveía su marido, más el que obtenía de los trabajos que iba consiguiendo, junto al dinero que su suegro le pasaba de su propia jubilación *“Yo le decía que la plata que le iba a dar a su hijo no se la dé a él; que me la de a mí, y él me la daba”*. Aclara que para ese momento, el suegro sufría de *“Hemiplejía”* y que vivía con ellos. Por un tiempo alquiló una habitación de su casa como fuente de ingresos. A su vez, señala que hace unos años vendió una propiedad que había heredado con su hermano: *“Él me regaló su parte porque yo me había dedicado a cuidar a mis padres”*. Comenta haberla vendido a bajo precio *“No fue un buen negocio”*. Luego de ponerse en pareja con Luis, este se encargó de mantener económicamente a Roxana y a su hija. Actualmente la paciente se encuentra buscando empleo.

Actitud hacia la entrevista: Presenta un estilo discursivo en el que se observa inflexibilidad, y falta de empatía. No permite establecer un diálogo fluido que facilite el intercambio: no toma las preguntas que se le realiza resultando muy dificultosa la exploración, y la intervención. A su vez, presenta obstáculos para concluir las entrevistas ya que precisa continuar hablando.

Examen de las funciones psíquicas: Lúcida, globalmente orientada, vestida acorde a época y situación. Ansiosa. Eubúlica. Timia displacentera, surgen angustia y enojo al hablar de su marido y de su pareja. Pensamiento de curso levemente acelerado, sigue idea directriz. No se objetivan ideas de muerte, suicidio y/o auto-heteroagresividad al momento actual. No se objetivan alteraciones de la sensopercepción al momento de la entrevista. Refiere dificultad para conciliar el sueño asociado a preocupaciones o situaciones de estrés. Refiere tomar Clonazepam 1,5mg/día, negando consumo de otro tipo de sustancias.

Enfermedades médicas: Diabetes, colesterol, hipertensión arterial, sobrepeso (con control irregular en CeSAC N°26). Medicada

con: Metformina, Enalapril, Atenelol e Hidroclorotiazida. Aclara: *“Me dan bajos los glóbulos rojos. No saben el motivo... no sé si es la misma situación o no”*.

Resumen de Historia Clínica del “Centro AM”: Tratamiento combinado de 2006 a 2008, cuando abandona sin aviso. Luego, presentaciones espontáneas en el 2011 y febrero 2014. Inicio de último tratamiento psicológico en marzo 2014. *“Tras insistencia de la paciente por tener consulta psiquiátrica, se le recomendó dirigirse al Hospital Fernández para evaluar la posible dependencia a las benzodiacepinas”*. *“La paciente se presenta como una caracteropatía asintomática”*.

Análisis de la fase de admisión: No presenta urgencia. Grado de riesgo: bajo. Refiere un alto nivel de malestar subjetivo. Motivo de consulta declarado: Problema en un vínculo y malestar general. Presenta cronicidad. Se ven afectadas: el área social, y laboral. Estrategia de afrontamiento: hipervigilancia, y oscilación entre evitación y acción. Estilo atribucional: interpersonal (locus: externo, estabilidad: estable, control: oscilante). Motivación para el cambio: pobre. Nivel de reactividad: alto. Red familiar y social: escasa. Búsqueda: alivio de malestar.

Diagnóstico categorial a evaluar (DSM 5, 2013): Trastorno de ansiedad generalizada; Trastorno por estrés postraumático; Trastorno de la personalidad Narcisista.

Procesos transdiagnósticos a evaluar (Harvey, Watkins, Mansell & Shafran, 2004): Niveles disfuncionales de: Atención selectiva a estímulos externos; Evitación atencional, y atención hacia estímulos que brindan seguridad; Razonamiento interpretativo; Razonamiento expectante; Razonamiento emocional; Pensamiento recurrente; Creencias metacognitivas negativas y positivas; Comportamiento evitativo; Conductas de seguridad, y Evitación experiencial.

Indicación: Trat. combinado. Plan psicofarmacológico: Clonazepam 1,5mg/día. Controles clínicos.

Fase inicial del tratamiento (hasta ahora 8 sesiones):

Explorando la sintomatología ansiosa, la paciente refiere persistente: inquietud, irritabilidad, contracturas musculares y trastorno del sueño. Esta serie se encuentra encabezada por una tendencia constante a la preocupación, la cual toma la forma de una cadena de pensamientos cargados de afecto negativo, y relativamente incontrolables. Roxana lo identifica como: *“La duda”*, *“la duda que siempre me hostiga”*, *“que él vuelva con ella”*, *“es como una obsesión”*, *“yo me lo imagino”*, *“Son todas preocupaciones”*, *“casi siempre rondan por mi cabeza”*. A pesar de que: le produce malestar, que deteriora su calidad de vida y nivel de funcionamiento; en Roxana, el proceso de preocupación aparece como un intento de solución de problemas. En la misma línea, ubica sus dificultades para dormir señalando: *“porque pienso”*, *“porque (Luis) lleva el teléfono en el bolsillo, porque está muy pendiente del teléfono, porque sabe que le hago escenas feas, el huye de las escenas feas”*. A su vez comenta: *“Hago palabras cruzadas, me pruebo a ver si no me estaré volviendo loca”*. En cuanto al inicio de esta sintomatología, señala: *“En julio del año pasado explotó todo”*, cuando *“Luis dijo: voy a viajar a Mendoza, a resolver mis cagadas”*, y que lo quería hacer solo. *“A partir de ahí empezaron mis dudas”*, *“Que él fue por ella”*. Después de varias entrevistas llega a señalar: *“Tengo miedo de perderlo”*.

Cuenta por ejemplo, que cierta vez recibió un llamado para Luis, de parte de su ex mujer: *“Habla la señora, dígame que hace 15 días que quiero hablar con él, y no me atiende el teléfono”*. Roxana dice: *“Y ahí empezó el rollo mío; te imaginás, me puse mal (...) mal en el sentido del llanto, de otra vez volver para atrás... (...) qué es raro que diga “la señora” y que no diga “la ex” (...) Se me vino una*

imagen fea: seguramente que estarán comunicándose telefónicamente, que las cosas entre ellos deben estar mejor, porque él me decía que se peleaban... pero, que no le contestara me puso bien, porque quiere decir que lo molesta, que no está de acuerdo con las llamadas de ella". Agrega: *"El es muy mentiroso", "yo lo empecé a conocer bien ahí [viaje a Mendoza]", "es manipulador con sus sentimientos".* Roxana se encuentra muy pendiente de su pareja, de los llamados que recibe, de su estado de salud, y de su utilización del tiempo y del dinero. Por ejemplo, le pide que le traiga los "tickets" de sus gastos, ya que le estaría pasando menos plata que antes. También señala que a veces evita discutir: *"No quiero que por mí le agarre un ataque, o qué sé yo -porque él se pone muy furioso- que le agarre una hemiplejía, un problema de presión alta, porque es una persona muy nerviosa".*

A lo largo de las entrevistas, se observa que la paciente emplea estrategias disfuncionales para la regulación emocional, lo que conduce al aumento de sus emociones negativas. Roxana cuenta que cuando siente mucho malestar: *"Le hago escándalo", "es crisis, crisis, estado de nerviosismo, angustia... es que me pongo muy furiosa, llanto, me quedo sola, insulto... después me quedo sola y es eso... que no puedo descargar todo lo que siento (...)"* [Rie, levanta el tono de voz y luego lo va descendiendo] *es eso, que me enfurezco, que me pongo mal, que puteo, que carajeo, que después me voy calmando, dios ayudame, serenando, y así me voy serenando, o llamo a una amiga, le comento: ya me voy serenando, me voy calmando... [se angustia] Recordar todas las cosas feas me angustia, las peleas, los malos ratos, porque no me gusta (...) con Luis ahora, lo fue con mi marido, lo es a veces con mi hija".* Acerca de su sensibilidad dice: *"Ya es demasiado me entendés, es mucho".* El proceso de preocupación, como una actividad predominantemente verbal, que se relaciona con la evitación de sucesos temidos, parece funcionar en la paciente como un mecanismo de evitación cognitiva, que bloquea el proceso emocional, y por lo tanto disminuye la respuesta somática de la ansiedad (con un efecto paradójico). La búsqueda de evitación cognitiva a través de la preocupación puede estar siendo utilizada para desviar el foco atencional de temas con mayor carga emocional.

Roxana fue testigo de los restos del suicidio de su pareja. Si bien tiende a evitar hablar del evento, cuando se le pregunta, puede contar acerca de lo sucedido. Aparece angustia y activación leve. Relata que un día por la mañana, al regresar a la casa, encuentra a Carlos, en una silla, habiéndose quitado la vida, con un arma de fuego. Dice que entonces sube corriendo al cuarto del primer piso donde estaba su suegro, duda en contarle porque pensó: *"Ahora se me muere mi suegro".* Luego baja, vuelve a subir, termina por contarle; este dice *"no puede ser, no puede ser"*, y bajan juntos. Señala que luego, la familia de su hermano se ocupó de la escena. Carlos no había realizado amenazas previas y no dejó nota suicida. Habiendo transcurrido ya 10 años, niega la reexperimentación de este acontecimiento a través de pensamientos, imágenes, flashbacks, o sueños recurrentes. A su vez niega que el malestar emocional actual se deba al suicidio, y niega evitar el rechazo de recuerdos. Sin embargo, presenta hiperactivación persistente indicada por la dificultad para quedarse o mantenerse dormida, irritabilidad, ataques de ira e hipervigilancia.

Cuando Roxana habla espontáneamente de su marido, recorre sus problemas económicos, y con el alcohol. Comenta que después de casarse alquilaron un departamento, pero que al no poder solventar los gastos se mudaron a la casa de sus padres. En relación a los problemas de trabajo, relata por ejemplo que en cierto momento, Luis comenzó a vender comida que Roxana preparaba en su casa.

Así empezó a ganar una buena cantidad de dinero. Esto influyó positivamente en su estado de ánimo y en las energías para trabajar. Sin embargo, la paciente al poco tiempo interrumpió ese negocio de forma unilateral: *"Yo no cocino más".* Señala: *"tenía que ocuparme de la nena, de los actos del colegio; además la nena tocaba la harina; la casa estaba llena de harina".* En relación a Carlos aclara: *"Nunca me saqué la alianza de él".* Dice que actualmente no siente culpa; *"a lo mejor en el momento que pasó, los primeros meses, puede que sí, porque de la forma en que pasó... este, y yo lo hostigaba, y lo hostigaba con el alcohol, y muchas discusiones, y lo mandaba a buscar trabajo, hasta lo traté de vago [sonríe] tantas cosas nos decíamos, pero no llegábamos a las manos ¿no?, y bueno Sí, sí, sí, me sentí con culpa, me sentí lo habrá hecho porque... no me aguantaba más... o bueno esas cosas ¿no? pero bueno después dije, después sola me fui convenciendo -y en la terapia- de que me tuvo que pasar y pasó, y pasó; ya diez años que pasó, y lo recuerdo y se me cae una lágrima, yo soy super llorona super susceptible".* Sobre su hija habla muy poco; solo cuando se le pregunta, o bien a colación de algún problema: *"Para no discutir con Luis, después, me la agarro con mi hija. Cualquier cosita que me dice me la agarro mal; no tengo mucha paciencia"; "Flor empezó a trabajar hace unos meses, ella me pasa \$700 por mes. Yo le pido, porque me tiene como a una sirvienta (...) y le digo, a las sirvientas también se les paga ¿no?; "Trece años que vivimos sin Flor fueron hermosos años. Después al nacer Flor se complicó todo".* Roxana ubica a las dificultades que su hija presentó en su desarrollo, como producto del malestar de Carlos, y de que este le haya contado -sin su consentimiento- que había sido adoptada; *"Se entera a los 5 años que es adoptada",* ese año *"la tuve que poner en una Escuela de recuperación",* *"Él no estaba de acuerdo, pero yo le dije: la voy a ayudar para que salga adelante. Con la maestra escribía, pero con nosotros tenía temores, porque yo le gritaba, yo la maltrataba, por el hecho de que él me ponía muy nerviosa, y yo quería estar tranquila para explicarle".* Refiere que su hija se llevaba muy bien con su padre. *"Mi marido siempre agarraba a mi hija como escudo para decirme ciertas cosas, se protegía",* *"Ella lo cuidaba muchísimo, era adoración del papá por la hija".*

Roxana parece ubicarse muchas veces en un rol explotador en sus relaciones interpersonales, aprovechando a los otros para lograr sus propios fines; centrándose exclusivamente en su gratificación; presentando, a su vez, incapacidad para reconocer este tipo de actitudes. Por momentos, cree tener derechos a un tratamiento especial. Lo que aparece con mayor frecuencia es una incapacidad para reconocer y experimentar los sentimientos de los demás, reflejando también la poca importancia que le otorga a estos. Con su familia, se puede observar que sus conductas se ven afectadas por el déficit de cooperación e interacción social recíproca: tanto por los excesos de conductas exigentes, como autocomplacientes, y a veces agresivas. Durante las entrevistas las personas más próximas son descritas como causa de sus problemas. Sus "crisis"; explosiones emocionales, estallidos verbales y maltrato emocional; aparecen justificados en la creencia de que a los demás tendría que preocuparles primordialmente su bienestar. Roxana piensa que ella debe ser un caso "único", "Como yo no creo que haya otra".

Durante el periodo del tratamiento, Roxana comenzó a trabajar cuidando al hijo de una amiga. Aclara que con esto: *"Trato de distraerme",* en esos momentos *"Estoy un poco más tranquila",* *"Estoy entretenida".* Actualmente dice: *"Estoy mejor, estoy superando muchas cosas [temores en relación a su pareja]".* A nivel discursivo se presenta levemente menos ansiosa, más colaboradora, con mayor disposición a establecer un intercambio. Las intervenciones

han sido principalmente: Validación de la experiencia disfuncional. Psicoeducación continua sobre ansiedad y respuesta ante eventos traumáticos, sobre procesamientos cognitivos disfuncionales, y su correlato con emociones y conductas. Toma de conciencia de: preocupaciones, sesgo atencional, emociones (carácter, intensidad y tendencia de acción), y conductas asociadas. Intervenciones sobre el estilo comunicativo, y el encuadre. Identificación y toma de conciencia: de patrones y conductas disfuncionales y/o dañinas. Trabajo sobre atribución del malestar, y rol en el proceso terapéutico. A nivel psicofarmacológico, se modificó el plan agregando Sertralina 50mg/día, a la espera de evaluar su respuesta en 4 semanas, y con la idea de disminuir progresivamente el Clonazepam.

Alianza Terapéutica y sus rupturas

Beck (2005) señala que los pacientes se vuelven un desafío para el tratamiento, cuando por ejemplo: no logran definir objetivos claros; cuando se quejan, niegan o culpan a otras personas de sus problemas; cuando se niegan a responder preguntas o se van por la tangente; cuando interrumpen continuamente al terapeuta; o cuando piden un trato de privilegio. Entre otras recomendaciones, señala que una de las claves para que la terapia tenga resultados es lograr establecer (y utilizar) una alianza terapéutica fuerte.

Según Swank (2010) y Martin, Garske & Davis (2000) la alianza terapéutica se define como: *“El lazo colaborativo y afectivo entre el terapeuta y el paciente”*. Safran & Muran (2006) señalan que la ruptura en la alianza se define como una tensión o un desajuste en la relación colaborativa entre el paciente y el terapeuta. Safran, Muran & Eubanks-Carter (2011) conceptualizan la ruptura como consistente en tres formas, que no son mutuamente excluyentes: a) *Desacuerdos acerca de los objetivos*, b) *Desacuerdo acerca de las tareas*, c) *Tensiones en el lazo entre el paciente y el terapeuta*. Baillargeon, Coté, & Douville (2012) y Safran & Muran (2000) identifican dos tipos de rupturas: a) *Por Distanciamiento*: En este tipo de rupturas, el paciente se retrae y se desconecta parcialmente, del terapeuta, de sus propias emociones, o de ciertos aspectos del proceso terapéutico. Las rupturas por distanciamiento pueden tomar diferentes formas. b) *Por Confrontación*: En este tipo de rupturas el paciente expresa directamente enojo o resentimiento.

En el caso de Roxana, se observaron marcadores de ruptura (Mitchell et al. 2011) de distanciamiento: negación de estados afectivos, relatos evitativos de historias, cambios de tema, por momento demasiado respetuosa; y de confrontación: quejas acerca de las actividades de la terapia sobre todo en cuanto al formato de intercambio. A medida que avanzó el tratamiento la frecuencia de aparición de marcadores disminuyó levemente, y fue incrementándose la colaboración.

El gran cuerpo de investigaciones sobre alianza (Baillargeon et al. 2012, Bennett, Parry & Ryle, 2006; Muran, Safran, Samstag & Winston, 2005; Rhodes, Hill, Thompson & Elliott, 1994; Rice & Greenberg, 1984; Strauss, Hayes, Johnson, Newman, Brown & Barber, 2006; Binder & Strupp, 1997; Muran et al. 2005; Swank, 2010; Aspland et al. 2008) concuerda que, en algunos casos las rupturas en la alianza terapéutica son inevitables, pero que sin embargo, aquellas terapias que incluyen rupturas son más efectivas que aquellas sin ruptura -siempre y cuando la alianza sea restituida-. Es decir, las rupturas pueden tener consecuencias positivas si se resuelven exitosamente. La resolución de las rupturas puede llevar a fortalecer la alianza de trabajo, y a su vez, a un mayor entendimiento de los problemas del paciente.

Conclusión

El caso de Roxana plantea varios interrogantes que nos llevan a seguir investigando, ejercitando y supervisando sobre cómo evaluar, diagnosticar y conceptualizar los “casos difíciles”; cómo realizar el abordaje (genérico o específico); cómo fomentar la alianza resolviendo sus rupturas; y cómo traducir los aportes de las investigaciones en práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed). Washington, DC: Author.
- Aspland, H., Llewelyn, S., Hardy, G.E., Barkham, M., & Stiles, W. (2008). Alliance ruptures and rupture resolution in cognitive-behavior therapy: A preliminary task analysis. *Psychotherapy Research*, 18(6), 699-710.
- Baillargeon, P., Coté, R., & Douville, L. (2012). Resolution Process of Therapeutic Alliance Ruptures: A Review of the Literature. *Psychology*, 3(12), 1049-1058.
- Beck, J. (2005). *Terapia cognitiva para la superación de retos*. Barcelona, España: Gedisa
- Bennett, D., Parry, G., & Ryle, A. (2006). Resolving threats to the therapeutic alliance in cognitive analytic therapy. *Psychology and Psychotherapy*, 79, 395-418.
- Binder, J. L., & Strupp, H. H. (1997). "Negative process": A recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 121-139.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J., & Hughes, A. M. (1996). Predicting the effects of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 497-504.
- Goethe, J. W. (1774). *Las penas del joven Werther* (1ed. 1reimp.) Buenos Aires, Argentina: Colihue.
- Harvey, Watkins, Mansell & Shafran (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. New York: Oxford University Press.
- Maldavsky, D. (2008). Sobre las investigaciones de caso único y las combinaciones entre ellas, con especial referencia a la perspectiva de la intersubjetividad. *Estudios sistemáticos con el algoritmo David Liberman (ADL)*. *Revista Clínica e investigación Relacional*, 2 (1), 185-219.
- Martin, D.J., Garske, J.P., & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.
- McGoldrick, M. & Gerson, R. (1985). *Genogramas en la Evaluación Familiar*. Buenos Aires, Argentina: Gedisa
- Mitchell, A., Eubanks-Carte, C., Muran, J.C., & Safran, J. D. (2011) *Rupture Resolution Ranting System (3RS) Manual*.
- Muran, J. C., Safran, J. D., Samstag, L.W., & Winston, A. (2005). Evaluating an alliance-focused treatment for personality disorders. *Psychotherapy Research*, 42, 532-545.
- Rhodes, R. H., Hill, C. E., Thompson, B. J., & Elliott, R. (1994). Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 473-483.
- Rice, L. N., & Greenberg, L. S. (1984). *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process*. New York: Guilford Press.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy*, 43, 286-291.
- Safran, J., Muran, C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing Alliance Ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80-87.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Psychotherapy in Practice*, 56(2), 233-243.
- Sprenkle, D.H., Davis, S.D., & Lebow, J.L. (2009). *Common factors in couple and family therapy: The overlooked foundation for effective practice*. New York: Guilford Press.
- Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. F., Brown, G. K., (...) & Barber, J. P. (2006). Early alliance, alliance ruptures and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 337-345.
- Swank, L. E. (2010). *Repairing alliance ruptures in emotionally focused therapy: a preliminary task analysis*. (Tesis de maestría inédita). Faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University, Falls Church, VA.