

CO-CONSTRUCCIÓN DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA EN MUJERES JÓVENES CON INTENTO SUICIDA. ANÁLISIS DISCURSIVO DEL DIÁLOGO TERAPÉUTICO: ESTUDIO DE CASO

CO-CONSTRUCTION OF THE THERAPEUTIC ALLIANCE IN SUICIDAL YOUNG WOMEN. DISCOURSE ANALYSIS OF THE THERAPEUTIC DIALOGUE: A CASE STUDY

Bernardo Enrique Roque Tovar

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3634-0942>

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente. México

Edgar Antonio Tena Suck

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9330-3585>

Universidad Iberoamericana campus Santa Fe. México

Antonio Sánchez Antillón

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5763-4245>

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente. México

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Roque Tovar, B. E., Tena Suck, E. A. y Sánchez Antillón, A. (2022). Co-construcción de la alianza terapéutica en mujeres jóvenes con intento suicida. Análisis discursivo del diálogo terapéutico: estudio de caso. *Revista de Psicoterapia*, 33(122), 157-172. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.994>



Resumen

El presente artículo explora la formación de la alianza terapéutica en mujeres jóvenes que han tenido un intento suicida a través del análisis de un episodio en la atención terapéutica de un caso específico. Se parte de una concepción de la alianza como una negociación constante entre terapeuta y paciente que se aprecia en el diálogo terapéutico. Para el análisis del episodio se utiliza una metodología de análisis del discurso basada en la teoría de los actos del habla; el instrumento utilizado fue el Algoritmo David Liberman. Los resultados muestran la importancia de la complementariedad lingüística en la formación de la alianza, así como los actos del habla que la sugieren. El artículo termina con una serie de conclusiones a tomar en cuenta por el clínico en la construcción de la alianza en general y de manera particular con casos con intento suicida.

Palabras clave: alianza terapéutica, suicidio, análisis del discurso, diálogo terapéutico, mujeres jóvenes

Abstract

This article explores the construction of the therapeutic alliance in young women who have experienced a suicide attempt through the analysis of an episode taken from the psychotherapy treatment of a specific case. We are based on the conception of the therapeutic Alliance as a constant negotiation between therapist and patient and that can be appreciated in their therapeutic dialogue. The selected methodology was discourse analysis based on the speech acts theory.; the used instrument was the David Liberman Algorythm. The results show the importance of linguistic complementarity in the construction of the Alliance and at the same time the speech acts that suggest it. The article finishes with a series of conclusions to be considered for the clinician when building Alliance in general and specifically with cases who have attempted suicide.

Keywords: therapeutic alliance, suicide, discourse analysis, therapeutic dialogue, young women

La Organización Panamericana de la Salud define al suicidio como “el acto de matarse deliberadamente” (2014, p. 12). Este fenómeno se enmarca dentro de un continuum más amplio que se conoce como *Conductas Suicidas*. Entre las dos más importantes se encuentra la Ideación Suicida (pensamientos) y el Intento Suicida (daño autoinfligido que tiene por objeto el logro del suicidio sin lograrlo). Como señala Echeburúa (2015), las conductas suicidas se presentan de manera muy diversa ya en la atención clínica de las mismas. Keefner y Stenving (2021), por su parte, señalan que el término “suicidología” cubre un amplio espectro de niveles de sufrimiento emocional y de posibilidades de intentos para llevarlo a cabo.

En cuanto a la prevalencia, la Organización Panamericana de la Salud (2014) reporta un estimado de 800,000 suicidios en todo el mundo, a un promedio de una muerte por suicidio cada 40 segundos de manera global. El mismo reporte (Organización Panamericana de la Salud, 2014) señala que el suicidio es la segunda causa de muerte a nivel mundial entre la población de 15 a 29 años y son los países de bajo y mediano ingreso los que acumulan casi el 75% del total de suicidios cometidos en el mundo. La tasa es de 11.4 por cada 100,000 habitantes, aunque en los países de alto ingreso es ligeramente más alta que en los de mediano y bajo ingreso (12.7 por cada 100,000 contra 11.2 por cada 100,000). La tasa hombre-mujer es de 15 por cada 100,000 y 8 por cada 100,000 respectivamente, mientras que la proporción entre sexos es de 1.9 suicidios en hombres por cada uno en mujeres (Organización Panamericana de la Salud, 2014). En México, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2018) reporta una tasa de suicidio de 5.4 muertes por cada 100,000 habitantes. La tasa en hombres es de 8.9 por cada 100,000 y en mujeres de 2 por cada 100,000, para un total de 1,253 suicidios en el año referido. Por otro lado, y de especial relevancia para este trabajo, Canneto y Safinofsky (1998) han encontrado en las estadísticas globales lo que se conoce como la *paradoja de género* (gender paradox) en el suicidio, indicando que las mujeres presentan mayor ideación y conductas suicidas que los hombres, aunque estos últimos lo consuman más. Este dato es de suma relevancia ya que el presente trabajo analizará la construcción de la alianza en una mujer con intento suicida.

Ante la prevalencia de este fenómeno, los modos de intervención clínica se vuelven muy importantes de analizar para conseguir una mejor atención. Uno de los aspectos del manejo de esta población es la construcción de la alianza terapéutica. Jobs y Ballard (2011) afirman que el establecimiento de la alianza terapéutica es una condición indispensable y difícil de lograr en el trabajo con pacientes suicidas, con muchas altas y bajas, así como constantes amenazas de ruptura. Sostienen que el suicidio es un acto interpersonal y eso involucra al terapeuta mismo. Mencionan que es bastante frecuente que la muerte por suicidio de una persona que estaba en terapia sea atribuida al terapeuta y no al contexto suicida del paciente. Echeburúa (2015) también refiere la gran necesidad de establecer una fuerte alianza con el consultante que ha manifestado alguna conducta suicida, así como con el entorno inmediato del mismo. Señala que los objetivos del proceso terapéutico han de

centrarse en alguna de las diferentes dimensiones: la ideación, la conducta o las lesiones. Por su parte, Perry et al. (2013) llevaron a cabo un estudio con pacientes que habían tenido intento o ideación suicida y que tuvieron una psicoterapia psicodinámica de largo plazo y encontraron que la alianza fungía como un moderador hacia las reacciones negativas al tratamiento por parte del consultante. En otras palabras, a mejor alianza menos reacciones negativas, lo cual proporciona mejores condiciones para la psicoterapia. En una línea similar, Barzilay et al. (2020) señalan la importancia de observar las respuestas emocionales del terapeuta durante las primeras sesiones al trabajar con pacientes con ideación suicida. En su investigación encontraron que reacciones emocionales negativas por parte del terapeuta están asociadas con una menor percepción de la alianza por parte del paciente. Señalan que esto es independiente de la orientación que pueda tener el terapeuta. Sin duda, el logro de una relación colaborativa y una fuerte alianza son requisitos esenciales en la atención de esta población de pacientes.

El concepto de alianza ha evolucionado de considerarlo una parte de la transferencia del paciente a una negociación mutua, de una perspectiva unidireccional a una relacional. Krause et al. (2011) refieren que el cambio más importante para considerar a la alianza como un factor común en los procesos terapéuticos ocurrió cuando ésta salió del enfoque psicoanalítico con base en el trabajo de Luborsky (1976) y Bordin (1976) al poner el concepto en su dimensión consciente del pacto terapéutico. Sus ideas sobre la alianza eran diferentes, pero los dos coincidían en ubicarla en un acuerdo mutuo y consciente de colaboración terapéutica. Bordin enfatizaba el establecimiento del vínculo terapeuta-paciente y, por otro lado, el enfoque en el logro de los objetivos terapéuticos propuestos. Por su parte, Luborsky resaltaba el desarrollo gradual de la alianza a manera de fases durante el transcurso de la terapia.

Aun cuando no existe un consenso para la definición de este importante constructo trans-teórico en psicoterapia, los aspectos de definición tanto conceptual como operacional que se toman para este artículo son:

- El acuerdo para el logro de las metas del paciente y la realización de las tareas señaladas por el terapeuta (Gaston, 1990).
- La alianza y la colaboración entendida como una negociación permanente (Doran et al., 2017).
- El concepto de terreno común (*common ground*, Clark et al., 1983) para entender el intercambio que ocurre dentro del diálogo terapéutico. El terreno común se define como el conocimiento mutuo acumulado entre los interlocutores.

La concepción más relevante para la alianza terapéutica que se toma en esta investigación se relaciona con entenderla como una negociación permanente que ocurre en el diálogo terapéutico, con encuentros y desencuentros que contribuyen a la formación de la alianza y también a su amenaza, la construcción y la obstrucción del vínculo identificable en la interacción dialógica terapeuta-paciente y que ocurre

a un nivel micro-analítico. En esta línea, autores como Ribeiro et al. (2019) afirman que la colaboración terapeuta-paciente es esencial en el desarrollo de la alianza terapéutica. En su investigación de caso único, encontraron que en un proceso terapéutico de fracaso los episodios no colaborativos fueron mucho más frecuentes que en un caso de éxito, y las intervenciones por parte del terapeuta tendían a ser más desafiantes. En la experiencia de un buen resultado, las intervenciones reflejaban un mayor balance entre intervenciones de desafío y de soporte.

Aun cuando existen muchos instrumentos de auto-reporte y de escala para evaluar la construcción de la alianza, este trabajo sigue la línea trazada por Herrera Salinas et al. (2009) quienes sitúan a las dificultades en la construcción de la alianza como parte del sistema relacional psicoterapéutico y que ocurre en micro-momentos de la sesión. Autores como Goldberg (2016), al hablar de las aportaciones del terapeuta a la creación constructiva de la alianza, definen que una de las capacidades fundamentales es la de saber rectificarse, afinando la perspectiva que se tiene del paciente a la vez que éste último rectifica a su vez las intervenciones del terapeuta, en un sentido de colaboración mutua. Por el contrario, la alianza obstructiva en el terapeuta se identifica por la dificultad en detectar los puntos centrales de lo dicho por el paciente o en “aferrarse” a concepciones previas, mientras que el paciente contribuye con una cierta desconfianza hacia el trabajo del terapeuta. Como precisa sintéticamente este autor, la alianza terapéutica obstructiva se da cuando no se detecta el punto de urgencia expresado por el paciente o cuando aferrado el terapeuta a sus supuestos teóricos no permite descifrar los temas emergentes que convocan la acción eficaz del terapeuta. Mientras que la alianza constructiva se da gracias a que los intercambios terapeuta-paciente se sostienen en un estado afectivo de confianza, lo cual permite que el paciente ofrezca nuevas asociaciones permitiendo que el terapeuta re-enfoque sus intervenciones hacia ese nuevo material que se le ofrece.

Lieberman (1972) sostiene que los momentos óptimos del proceso terapéutico se dan cuando la complementariedad implica al terapeuta en una conexión empática, de modo que atiende el punto de urgencia y ofrece estructuras sintácticas eficientes y que han sido ajenas al paciente hasta ese momento. Y en donde correlativamente el paciente, al tener nuevos *insights*, genera mayor confianza en el terapeuta y en el espacio de trabajo; éste proceso es precipitante del cambio en psicoterapia ya que permite superar dificultades o conflictos. Fossa y Molina (2017) también han estudiado, desde una perspectiva de micro-proceso, episodios donde la falta de sintonía entre paciente y terapeuta puede debilitar el vínculo terapéutico. Esto ocurre cuando se identifican dificultades para la co-construcción de significados, que ya dentro del diálogo tiende a expresarse en escaladas donde parece haber un alejamiento cognitivo o emocional, lo cual lleva a fases de estancamiento que pueden amenazar al vínculo y a la alianza psicoterapéutica. Afirman de manera muy clara que la co-construcción de significados o de sintonía en el lenguaje no puede ser estudiado antes o después de que ocurra, sino en el mismo momento que acontece. Por lo tanto, esta es una propiedad dinámica de las relaciones terapéuticas. Ya es-

pecíficamente en la población estudiada en el presente artículo, Østlie et al. (2018) han investigado la importancia de una perspectiva de escucha amplia en el trabajo con pacientes con ideación suicida. Afirmar la importancia que tiene establecer convergencia entre las “teorías privadas” (construcciones personales e implícitas) que pacientes y terapeutas tienen con respecto al tema del suicidio, el tratamiento a seguir y las posibilidades de cura. Esta convergencia es muy importante para fortalecer el vínculo que se genera en la terapia. También añaden la importancia de investigar esta convergencia en el análisis directo de los intercambios dialógicos que ocurren en el proceso terapéutico, más que en entrevistas posteriores.

Autores como Maldavsky et al. (2017) han construido un instrumento para evaluar la construcción de la alianza desde el intercambio entre paciente y terapeuta durante las primeras sesiones basada en una metodología de análisis del discurso (Algoritmo David Liberman) que se centra en la co-construcción dialógica del motivo de consulta, la sintonía y el foco de tratamiento. Aun cuando estos estudios sobre la alianza terapéutica se han realizado dentro del terreno psicoanalítico, sus resultados impactan el terreno de la psicoterapia en general al estar centrados en evidencias empíricas (el diálogo terapéutico objetivado en la transcripción de la sesión) analizadas desde metodologías de análisis del discurso (Mergenthaler y Stinson, 1992). Esta perspectiva centrada en el intercambio dialógico que ocurre durante las sesiones psicoterapéuticas es muy importante ya que, como se explicó anteriormente, el conocimiento mutuo acumulado es trascendental para la construcción de la alianza terapéutica.

Es de esta manera que el presente trabajo tratará de explorar, mediante un estudio de caso, la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo se co-construye en el diálogo terapeuta-paciente la alianza terapéutica en la atención de una mujer joven que presentó intento de suicidio? Por otra parte, el objetivo de la investigación se propone analizar la co-construcción de la alianza terapéutica en el diálogo terapeuta-paciente en la atención psicoterapéutica de una mujer joven que presentó intento de suicidio.

Método

Algoritmo David Liberman, en su Modalidad de Estructura Frase (ADL).

Maldavsky (2004; 2013) creó el Algoritmo David Liberman (ADL) conformado por tres métodos de análisis de texto basado en la Teoría de los Actos del Habla: por conteo de palabras de manera computarizado, relatos y estructura-frase. Para los objetivos del presente escrito se retoma el último de ellos. En su origen se trata de una metodología interdisciplinaria de análisis entre la perspectiva del giro lingüístico que permite analizar frases o enunciados y los supuestos teóricos psicoanalíticos.

Maldavsky (2013) especifica que en el ADL se pueden hacer varios tipos de análisis dependiendo de lo que se pretenda en el proceso investigativo.

Aun cuando este método está originalmente desarrollado para el estudio de los procesos psicoanalíticos, el autor señala que es apropiado para el estudio de “manifestaciones culturales y sociales de diverso tipo” (Maldavsky, 2004, p. 8). Es importante señalar que lo que se retomará para este estudio es la propuesta de “estructuras frase” incluidos en el método (Maldavsky, 2004) para el análisis desde los actos del habla, y no los conceptos psicoanalíticos aplicados a las propuestas metapsicológicas como interpretación teórica, en tanto que nuestro marco teórico es desde la teorización de alianza terapéutica como la reformulan Doran et al. (2017). Ejemplos de actos del habla incluyen los lamentos, las demandas de amor, los imperativos, confirmación de la opinión propia o ajena, síntesis, exageración, énfasis, muletillas, entre muchos otros. La descripción completa de la clasificación de actos del habla de este instrumento se encuentra en Maldavsky (2013, pp. 94-97).

Descripción del Caso Clínico y Fragmento Utilizado

El extracto de diálogo terapéutico que se mostrará está tomado de la segunda sesión de atención a una mujer joven que reportó un intento de suicidio y fue atendida posteriormente en un proceso terapéutico prolongado. El caso forma parte de un proyecto más amplio que investigó el fenómeno del suicidio en mujeres jóvenes desde diferentes perspectivas. Se tomaron todas las consideraciones éticas necesarias para mantener el anonimato de las participantes a través de un consentimiento informado.

La terapeuta de quien se tomó el material de las sesiones, tiene formación en terapia familiar sistémica con más de 20 años de práctica clínica. En cuanto a la paciente, se trata de una graduada en historia del arte, quien ha tenido dificultades para insertarse en el campo laboral. Una característica particular en la demanda de la paciente es cómo mediar los consejos e imperativos que se le hacen de parte de sus familiares, amigos cercanos y sobre todo compañeros sentimentales. A lo largo de su vida ha presentado diferentes intentos de suicidio. La constante en el relato de la paciente en las primeras sesiones es la incapacidad y el fracaso para el mantenimiento de relaciones de pareja y para alcanzar el éxito y el reconocimiento profesional deseado. En cada momento de crisis, el precipitado del acto emerge a propósito de una ruptura amorosa. El pasaje nos permitirá ver las complejidades en la construcción de la alianza y cómo esta se va resolviendo dentro del diálogo terapéutico. El contenido del fragmento, tomado de una segunda sesión, habla acerca del inicio de una relación amorosa de la paciente, en una etapa inicial de cortejo.

Los turnos están divididos por número e identificados con la letra P para la paciente y T para la terapeuta. Este es el extracto que consta de 19 turnos:

P: Si me le ofrezco tan fácil...

T: Ajá.

P: Estoy absolutamente casi segura, que no le... o sea, no es eso lo que quiere.

T: Mm...

P: Le gustan las cosas difíciles, y sí le..., o sea, no le gustan las complicaciones, pero no le gustan las cosas así.

T: Tan fáciles.

P: Entonces, yo ya me tengo que hacer del rogar.

T: Mm... ¿Y a ti te gusta eso?, jugar esos juegos.

P: ¡No..!, me aburren, o sea, ¿Qué necesidad?

T: Son desgastantes.

P: Y, si, son dinámicas de poder como súper, ¡ah!

T: Como de ir marcando, ¿Verdad?

P: ¡Ay, sí!, qué flojera.

T: Ajá, entonces entre lo que tú quieres, ella es, ¿O qué distancia hay?

P: No sé, tengo que hablar con ella (Risas)

T: Ah, ya debes saber cómo...

P: Y ahí el meollo del asunto.

T: Sí.

P: No sé si ya es el idílico, o sí que, no sé.

Resultados

A continuación, se presenta en la tabla 1 el análisis desde el ADL. Se muestran dos columnas: en la primera se expone el texto y en la segunda se califican las frases de acuerdo a los actos del habla predominantes en cada turno.

Tabla 1
Análisis ADL Episodio 1

Texto	Acto del habla
	1
<i>P: Si me le ofrezco tan fácil...</i>	Condicional, ambigüedad y falta de definición
	2
<i>T: Ajá.</i>	Acompañamiento del discurso ajeno
	3
<i>P: Estoy absolutamente,</i>	Exageración, énfasis
<i>Casi segura</i>	Atenuación, dubitación
<i>que no le...</i>	Auto-Interrupción del discurso /titubeo
<i>o sea, no es eso lo que quiere.</i>	Aclaraciones, inferencia concreta con referencia al deseo del otro
	4
<i>T: Mm...</i>	Acompañamiento del discurso ajeno
	5
<i>P: Le gustan las cosas difíciles,</i>	Conjetura, inferencia concreta, atribución sobre el deseo del otro
<i>y sí le..., y sí le...,</i>	Auto-interrupción
<i>o sea, no le gustan las complicaciones,</i>	Aclaración que niega lo antes afirmado (contradictorio lógico)

Texto	Acto del habla
<i>pero no le gustan las cosas así.</i>	Uso del adversativo y la negación terminando con frase ambigua repitiendo el contradictorio lógico
6	
<i>T: Tan fáciles.</i>	Énfasis, afirmación bajo intensificador de cualidad
7	
<i>P: Entonces, yo ya me tengo que hacer del rogar.</i>	Enlace causal en imperativo y justificación de imposición de obligación
8	
<i>T: Mm...</i>	Acompañamiento del discurso ajeno
<i>¿Y a ti te gusta eso?, jugar esos juegos.</i>	Dudas expresadas en modo pregunta, pedido de confirmación de la opinión propia, a través del uso de una metáfora
9	
<i>P: ¡No..!, me aburren o sea, ¿Qué necesidad?</i>	Negación, énfasis y cualificación
	Aclaraciones, auto-interrogación
10	
<i>T: Son desgastantes.</i>	Reformulación con intensificación de cualidad
11	
<i>P: Y si son dinámicas de poder como súper, ¡ah!</i>	Confirmación de la opinión ajena
	Metáfora
	Interjección, exageración y énfasis
12	
<i>T: Como de ir marcando.</i>	Presentación de alternativa cautelosa
<i>¿Verdad?</i>	Pedido de confirmación, convocatoria al interlocutor
13	
<i>P: Ay sí! qué flojera.</i>	Confirmación de la opinión ajena
	Énfasis, exageración y exclamación
14	
<i>T: Ajá, entonces entre lo que tú quieres, ella es,</i>	Confirmación de la opinión ajena
<i>¿O qué distancia hay?</i>	Enlace causal e invitación a que determine un juicio sobre el querer del otro
	Pregunta que cualifica
15	
<i>P: No sé, tengo que hablar con ella. (Risas).</i>	Negación
	Imperativo, imponiéndose una alternativa (deducción por no saber)
16	
<i>T: Ah, ya debes saber cómo...</i>	Interjección; apelación a un saber supuesto en ella
17	
<i>P: Y ahí, el meollo del asunto.</i>	Énfasis y uso de metáfora (se toca un punto central)
18	
<i>T: Sí.</i>	Confirmación de la opinión propia
19	
<i>P: No sé si ya es el idílico, o si, qué, no sé</i>	Negación que contraría una de las alternativas. Refiere una comparación de cualidad embellecedora

En este cuadro se detecta el tipo de enunciado expresado en cada frase los cuales analizados desde el intercambio entre terapeuta y paciente producen un campo de sentido mayor. Por lo que en la lectura que se hace a continuación sobre lo calificado en la tabla 1 tiene ciertos matices y una mayor comprensión de cómo se va construyendo la alianza terapéutica como una negociación constante. La P presenta desde el inicio de este fragmento una trama que trata de dilucidar: hacerse la fácil o la difícil. Ese es el tema del cual trata este episodio. En los turnos 1 y 3 utiliza una frase condicional y una sentencia que justifica su acto, hace uso por un lado de exageración y por otro, de un atenuador. Este supuesto se sostiene en una conjetura vaga: “absolutamente, casi segura” (T3), si bien en la siguiente frase concretiza su inferencia: “no es eso lo que quiere”. Este juicio de atribución, lo sostiene en una negación y está referida a suponer que ella sabe lo que quiere la pareja.

Los turnos (2 y 4) de la terapeuta se ciñen a acompañar el discurso ajeno mediante onomatopeyas: aja, mmm. En el T5, la P expresa tres frases: la primera es una declaración bajo conjetura referida a una atribución que hace sobre el deseo del otro. Después hay una auto-interrupción, y pasa a hacer una deducción iniciada por una negación de lo anteriormente afirmado, posterior a lo cual utiliza un adversativo y vuelve a sostener la conjetura vaga inicial, atribuida a su pareja: “no le gustan las cosas así”. La concatenación de estas tres frases genera una contradicción o paradoja lógica. Por lo que el lenguaje articulado que había logrado aparece como fracasado y queda sometido precisamente a ese contradictorio lógico y ambigüedad. Este fragmento lo podemos considerar nodal para tratar de generar el terreno común, en tanto que despliega frente al terapeuta el entrampamiento relacional referido en el contenido de lo relatado. En otras palabras, no es sencillo lograr un entendimiento mutuo para la construcción de la alianza.

En el T6 la terapeuta refleja con una frase declarativa bajo un intensificador de cualidad: “tan fáciles”. Y la P responde (T7) con un acto compromisorio consigo misma bajo una frase en imperativo: declara que se obliga a “hacerse rogar”. Esta frase concatenada con las anteriormente presentadas genera una conclusión argumentativa de qué hace ella (cómo se defiende) frente al deseo de “hacerse la difícil” que atribuye a la pareja. Al parecer se auto-somete, queda obligada, “a hacerse la difícil, hacerse del rogar”, con ello replica en acto lo que supone que busca el otro. En este intercambio, podemos evidenciar que, si bien la frase apunta a la auto-imposición de imperativos, el campo de sentido mayor que se ofrece es una exaltación del sacrificio, que a la vez es queja y reproche (el contradictorio lógico). Es decir, ahí donde trata de justificar el porqué de su actuar termina racionalizando su padecer. Por lo que el lenguaje estructurado y ordenado queda sometido al estado afectivo.

La intervención de la T en el T8, después de un sonido de acompañamiento, hace una interpretación central; inquiriere a la P para que declare su deseo: “¿A ti te gusta eso?” y agrega, una intervención complementaria. La acotación que hace refiere a una metáfora (“jugar esos juegos”), con lo que incluye un campo de sentido que apunta a una cualificación de la experiencia relacional. Esta se convierte

en una intervención trascendente en donde combina una interpretación central con una complementaria. Con ello se altera la retórica de la P, quien responde posicionándose en su deseo y deslindando su gusto, del que atribuye a su pareja. Articula en el T9, la P, una negación y una demostración de deseo (combinación de lenguaje estructurado y estético). Y termina con un cuestionamiento sobre los intercambios que tiene con la pareja: “¿Qué necesidad?” La terapeuta refuerza el lenguaje emergente de la paciente, su pregunta, con una intensificación de una cualidad: “son desgastantes” (T10); esta metáfora hace a la vez de juicio crítico sobre el drama narrado.

En el T11 responde la P mediante la confirmación de la opinión ajena (“Y sí”), y utiliza una metáfora (“dinámicas de poder”), se apoya en una muletilla (“como”) e intenta usar un intensificador que termina con una interjección (“súper, ¡ah!”), exageración y énfasis (lenguaje estético). En el T12 la terapeuta ofrece un sentido a su acto, mediante una presentación de alternativa bajo acercamiento cauteloso: “como de ir marcando”, pero bajo una frase incompleta que deja el sobrentendido al escuchar. La frase completa sería: “como de ir marcando territorio”. Si bien no es clara su frase, más bien cautelosa, pasa a hacerle posteriormente a una intervención central: que hace la función tanto de pedido de confirmación como de convocatoria al interlocutor: “¿verdad?”

La P responde en el T13 con una confirmación de la opinión ajena (“¡ay sí!”) y una exclamación y exageración que intensifica la cualidad de la experiencia: “¡Qué flojera!”

En el turno 14 la T ofrece una confirmación de la opinión ajena y posteriormente hace un enlace casual (“entonces”), y presentación de alternativas (“entre lo que tú quieres, ella es”). De nuevo esta intervención del T parece ambigua, pero de nuevo queda como un sobrentendido, como una referencia cautelosa de lo que le quiere proponer. Si bien la siguiente frase es una intervención central, remata con pregunta que apunta de nuevo a precisar el tipo de relación que tiene; es una pregunta que evoca una cualidad figurativa (“¿Qué distancia hay?”). Si bien pareciera que se refiere con esa intervención a la determinación de un espacio, más bien apunta a la posición subjetiva mediante una metáfora. Como se ve, las intervenciones centrales como las complementarias generan un campo de sentido mayor en tanto que tocan el nodo problemático que está expresando la paciente, a saber: su posición respecto al objeto de amor.

En T15 la P expone que no puede cualificar la distancia relacional, por lo que la frase sería el reconocimiento de un “no saber”. Y posterior a este reconocimiento hace una frase en imperativo, la cual usa imponiéndose una alternativa: “Tengo que hablar con ella”.

En el T16 la T hace una interjección y apela a un saber concreto supuesto en ella. Quizá esta intervención de la terapeuta está señalando un saber “a medio mostrar” por la risa de la P, de modo que pide explicitar esa decidibilidad. En el turno 17 la paciente hace un énfasis y uso de metáfora para referir que se está tocando

un punto nodal y enseguida la T refuerza su formulación (T18).

Finalmente, en el T19 la P usa una negación que contraría una de las posibles alternativas de explicación analizadas previamente. Es decir, si bien declaró que habían llegado al “meollo del asunto” (T17), vuelve a recurrir al “no sé” y con ello hay una tentativa de hacer fracasar el saber (A2). Acompaña este último turno con un “no sé” y en medio queda una frase evocación embellecedora (T5: “es algo idílico”). Frente a este último entramado de frases podemos inferir que despliega un entrapamiento lógico, que refuta el juicio crítico tenido en el insight.

El cierre de un embellecimiento del dilema o drama expuesto inicialmente en este fragmento, por lo que podemos ver que el drama pasional expuesto del T3 al T7, como “hacerse la difícil”, “hacerse del rogar”, es revestido de una metáfora embellecedora, que le da causa, para sostenerlo (racionalización) haciendo fracasar los descubrimientos desplegados previamente.

Un aspecto que resalta del análisis es la complementariedad de estilos (a nivel de actos del habla) que se aprecia en el intercambio dialógico especialmente en las intervenciones centrales por parte del terapeuta quien utiliza una aproximación cautelosa ante los imperativos y auto-imposiciones de la paciente con respecto al tema de las relaciones amorosas.

La problemática fundamental de la paciente está desplegada en el turno 5. La T se había ceñido a acompañar el discurso del paciente. Pero en el turno 6 usa un intensificador que hace de contradictor lógico, “tan fáciles”. La P hablaba de hacerse la “difícil y del rogar” y la T la desconcierta ofreciendo un campo de sentido contrario. Esto abre a que despliegue la P el entrapamiento, terminando con una confesión, sobre su padecimiento autoimpuesto (T7). Desde la intervención hecha por la terapeuta en el T8, se modifica el intercambio lingüístico. El intento de articular juicios e inferencias queda derrotado por juicios de atribución y contradicciones lógicas. De modo que los lenguajes estructurado y estético que aparecían al servicio del pensamiento abstracto y el estado afectivo, se vuelven exitosos.

En ese par adyacente (T7 y T8) vemos la fuerza lingüística que tiene el uso de las intervenciones complementarias con las centrales. Las cuales son replicadas por la P dándose una coordinación y terreno común que favorece la alianza constructiva. Cuando la paciente empieza a dar admisión a la pregunta y al uso metafórico, la confirmación de la opinión ajena por parte de la terapeuta como los acercamientos cautelosos refuerzan que la P se apropie de sus propios juicios respecto a lo que hace en su “juego relacional” con la pareja. Al aceptar la idea de “juegos”, se crea el terreno común sobre el cuál se hace la intervención central por parte de la T.

La segunda intervención central de la T ocurre en los pares adyacentes T15 y T16. De nueva cuenta, al auto-imponerse la paciente a sí misma un problema de tener que hablar con la persona que sale, la T trata de dar cabida de nuevo a que ella “ya sabe cómo”; en ese momento referirá que se llega a un nuevo escollo (T16). Con esta promesa (T15) la auto-imposición de hablar con ella, pasa a ser una posibilidad acorde a fines destituyendo el auto-sometimiento al anhelo atribuido a

la pareja. Aunque de nuevo trata de desmentir el saber, cuando en ese mismo turno había dicho en primera instancia, “no sé”. La T no da admisión y la convoca de nuevo a tomar posición atribuyéndole un poder-saber (T16). Y termina el episodio tratando de desmentir la claridad obtenida, al revestir el padecer con algo poético, en miras de justificarlo.

En síntesis, se puede decir que en este intercambio la paciente pasa del uso de un lenguaje ambiguo y contradictorio que le permite defraudar los juicios objetivos hacia un pensamiento ordenado que le da claridad sobre la diferencia entre lo que ella supone que quiere su pareja y lo que ella quiere. Además, las intervenciones centrales y complementarias de la T inciden en la posición que la P supone debe obrar, sometiéndose y auto-imponiéndose. La T no se deja atrapar en la tentativa de desestimación del juicio crítico que la paciente pretende como “un no saber” o un “no saber cómo”, sino que, mediante intervenciones cautelosas y centrales, le abre un campo de posibilidad para que ella pueda mostrar agencia en ello. Finalmente, el episodio termina con una evocación poética, que, si bien responde estilísticamente imitando la inserción del lenguaje metafórico de la T, hay indicios de que puede ser utilizado como tentativa de desestimación del juicio crítico dilucidado durante la sesión, descartando en cierta medida lo conseguido en el episodio.

Discusión

El presente artículo ha mostrado la construcción de la alianza terapéutica entendida como un proceso de negociación constante entre paciente y terapeuta, el cual queda evidenciado en el intercambio dialógico y la creación de terreno común y sintonía. El aporte de este trabajo radica en llevar a una propuesta micro-analítica y de proceso un constructo que en primera instancia se aprecia como más global y de resultado.

Un hallazgo importante que resalta es la complementariedad de actos del habla para lograr sintonía. Como se mostró en el extracto analizado, la capacidad de combinación de lenguajes es un aspecto crucial para que el paciente vaya aceptando las intervenciones del terapeuta, tal y como lo señala Liberman (1972). En nuestro estudio, la capacidad de usar un lenguaje tentativo y atenuador, por un lado, y, por otro, metafórico y ordenado, resultaron cruciales para resolver el entrapamiento y auto-imposición del juego relacional de la paciente. Esto está en línea con lo que Norcross y Wampold (2018) han llamado “relaciones basadas en la evidencia”, para determinar tipos de relación terapéutica con un fundamento empírico.

Por otro lado, esto también nos señala la importancia que tiene el acoplamiento y la creación de terreno común (la idea de “juegos relacionales” en este caso) para la construcción de la alianza terapéutica y corrobora a un nivel micro-analítico la idea de que se trata de un proceso de negociación constante (Doran et al., 2017) y que en nuestro caso se aprecia en el intercambio dialógico.

Mención aparte merecen las ideas de Goldberg (2016) respecto a la capacidad del terapeuta para poder rectificarse ante las ideas que le presenta a la paciente. En

el extracto es evidente que el lenguaje tentativo se utiliza para que la intervención no se sienta impositiva y termina por aclarar el dilema relacional. Este hallazgo también está en sintonía con lo que afirman Ribeiro et al. (2019) y Fossa y Molina (2017). Las intervenciones preparatorias (tales como el acompañamiento del discurso ajeno) se conjugan como un todo con las intervenciones centrales para acceder al terreno común que se va generando en la alianza (apreciada a través de la confirmación de la opinión ajena). Como el análisis del extracto lo sugiere en su parte final, se trata de un proceso de negociación constante del terreno común para captar los elementos nodales de la problemática de la persona. Proporcionando soporte al tiempo que se va desafiando un poco lo dicho por la consultante.

Una vez llevado a cabo el presente análisis, concluimos que la formación de la alianza terapéutica, en el episodio del caso analizado, es un proceso de negociación constante que se aprecia en el diálogo terapéutico, y que ocurre en micro-momentos de la sesión y a través de la complementariedad de estilos en cuanto a los actos del habla que mejor favorecen el trabajo terapéutico. Tal y como lo afirman Jobes y Ballard (2011), la construcción de la alianza presenta muchas altas y bajas en la atención clínica del paciente suicida y el análisis nos permite apreciar las dificultades a las que se refieren.

La construcción de la alianza se aprecia en actos del habla tales como la confirmación de la opinión ajena y propia y reformulación con intensificación de cualidad. Estos actos del habla culminan el trabajo de negociación previa que se hace durante el diálogo.

A futuro será importante llevar a cabo estudios que confirmen y enriquezcan los hallazgos de los tipos de lenguaje que el terapeuta puede usar para buscar la combinación clínica más adecuada una vez que identifique los lenguajes dominantes en el discurso del consultante. Resulta indispensable para el ejercicio terapéutico el desarrollo de intervenciones basadas en evidencia, y herramientas metodológicas como el ADL son de mucha utilidad para tal propósito y susceptibles de usarse en la supervisión clínica y la formación de terapeutas en toda la variedad de enfoques existente.

Además, esta investigación también sugiere la necesidad de investigar los contenidos desplegados en el diálogo terapéutico con las experiencias traumáticas y problemáticas que han sido vividas realmente por los pacientes en sus vidas, e identificar cómo el relato contado ha servido de obstáculo para la resolución de lo vivido, y cómo los nuevos relatos obtenidos en el diálogo terapéutico favorecen el cambio. Por otro lado, las diferencias de género también serán importantes de considerar en cuanto a los contenidos y al tratamiento de la ideación suicida. En el caso analizado destaca el tema de la relación amorosa. Los terapeutas que trabajen con esta población requieren sensibilidad en problemáticas como la mostrada a través del caso presentado, sabiendo que hombres y mujeres son distintos en cuanto a aquéllas situaciones que llevan a la persona a pensar en la idea del suicidio.

Referencias

- Barzilay, S., Schuck, A., Bloch-Elkouby, S., Yaseen, Z. S., Hawes, M., Rosenfield, P., Foster, A. y Galyunker, I. (2020). Associations between clinicians' emotional responses, therapeutic alliance, and patient suicidal ideation [Asociaciones entre las respuestas emocionales de los médicos, la alianza terapéutica y la ideación suicida del paciente]. *Depression and Anxiety*, 37(3), 214–223. <https://doi.org/10.1002/da.22973>
- Bordin, E. S. (1976). The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance [La generalización del concepto psicoanalítico de la alianza de trabajo]. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Canetto, S. S. y Safinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide [La paradoja de género en el suicidio]. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(1), 1–23. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1998.tb00622.x>
- Clark, H. H., Schreuder, R. y Buttrick, S. (1983). Common ground and the understanding of demonstrative reference [Terreno común y la comprensión de la referencia demostrativa]. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 22(2), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0022-5371\(83\)90189-5](https://doi.org/10.1016/S0022-5371(83)90189-5)
- Doran, J. M., Safran, J. D. y Muran, J. C. (2017). An investigation of the Relationship Between the Alliance Negotiation Scale and psychotherapy process and outcome [Una investigación de la Relación entre la Escala de Negociación de la Alianza y el proceso y resultado de la Psicoterapia]. *Journal of Clinical Psychology*, 73(4), 449–465. <https://doi.org/10.1002/jclp.22340>
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 117–126. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>
- Fossa, P. y Molina, M. E. (2017). Momentos de debilitamiento del vínculo terapéutico: un estudio de micro-proceso. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(1), 31–46.
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations [El concepto de alianza y su papel en la psicoterapia: consideraciones teóricas y empíricas]. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(2), 143–153. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.2.143>
- Goldberg, E. (2016). *El ADL y el estudio vincular de la alianza terapéutica y el cambio clínico en la psicoterapia con púberes* [Tesis de doctoral, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Buenos Aires].
- Herrera Salinas, P., Fernández González, O., Krause Jacob, M., Vilches Álvarez, O., Valdés, N. y Dagnino, P. (2009). Revisión teórica y metodológica de las dificultades en psicoterapia: propuesta de un modelo ordenador. *Terapia Psicológica*, 27(2), 169–179. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000200003>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2018). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Datos nacionales*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/suicidios2020_Nal.pdf
- Jobes, D. A. y Ballard, E. (2011). The therapist and the suicidal patient [La terapeuta y el paciente suicida]. En M. Konrad (Ed), *Building a therapeutic alliance with the suicidal patient* (pp. 51–61). American Psychological Association.
- Keefner, T. P. y Stenvig, T. (2021). Suicidality: An evolutionary concept analysis [Tendencia suicida: un análisis del concepto evolutivo]. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(3), 227–238. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1793243>
- Krause, M., Horvath, A. y Altimir, C. (2011). Una deconstrucción de la alianza terapéutica: reflexiones sobre las dimensiones subyacentes del concepto. *Clinica y Salud*, 22(3), 267–283. <http://doi.org/10.5093/cl2011v22n3a7>
- Lieberman, D. (1972). *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico* (Tomo II). Nueva Visión.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy [Alianzas de ayuda en Psicoterapia]. En J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92–116). Brunner/Mazel.
- Maldavsky, D. (2004). *La investigación psicoanalítica del lenguaje*. Lugar editorial.
- Maldavsky, D. (2013). *ADL. Algoritmo David Lieberman. Un instrumento para la evaluación de los deseos y las defensas en el discurso*. Paidós.
- Maldavsky, D., Alvarez, L., Neves, N. y Stanley, C. (2017). Construcción de la alianza terapéutica durante la sesión: conceptos e instrumento para la investigación empírica. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 21(2), 146–161.
- Mergenthaler, E. y Stinson, C. (1992). Psychotherapy transcription standards [Estándares de transcripción de Psicoterapia]. *Psychotherapy Research*, 2(2), 125–142. <https://doi.org/10.1080/10503309212331332904>
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>

- Østlie, K., Stänicke, E. y Haavind, H. (2018). A listening perspective in psychotherapy with suicidal patients: Establishing convergence in therapists and patients private theories on suicidality and cure [Una perspectiva de escucha en psicoterapia con pacientes suicidas: Estableciendo convergencia en teorías privadas de terapeutas y pacientes sobre suicidio y cura]. *Psychotherapy Research*, 28(1) 150-163. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1174347>
- Perry, J. C., Bond, M. y Presniak, M. D. (2013). Alliance, reactions to treatment, and counter-transference in the process of recovery from suicidal phenomena in long-term dynamic psychotherapy [Alianza, reacciones al tratamiento y contratransferencia en el proceso de recuperación de fenómenos suicidas en psicoterapia dinámica de larga duración]. *Psychotherapy Research*, 23(5), 592-605. <http://doi.org/10.1080/10503307.2013.809560>
- Ribeiro, E., Silveira, J., Azevedo, A., Senra, J., Ferreira, A. y Pinto, D. (2019). Colaboración terapéutica: estudio comparativo de dos casos contrastantes con terapia constructivista. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(2), 127-139. <https://doi.org/10.24205/03276716.2019.1104>