FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

“La alianza terapéutica y su contribución al proceso de aceptación emocional en una paciente con diagnóstico de endometriosis”

Estudiante: Oser Tengelin, Daira Micaela Jaen
Legajo: 39331
Director/es: Dr. Casari Leandro

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Especialización en Psicología Clínica

2026

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN
PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

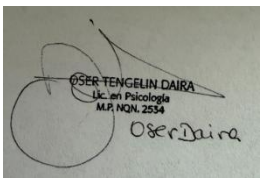
El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del **RIUFLO.** Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial 4-0 internacional que siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra en el RIUFLO (seleccionar una opción):

A partir del día de la fecha de aprobación del TFI [x]

A partir de otra fecha, especificar: … / … / …

Lugar y fecha: Neuquen, Centenario- 02 de Octubre del 2026



Firma y aclaración del autor: Oser Tengelin, Daira Micaela Jaen

Índice general

Introducción 4

Contextualización del Caso 6

Método 7

Historia de vida del paciente 8

Motivo de consulta y demanda 9

Evaluación del paciente 11

Plan de tratamiento 14

Fase 1. Evaluación, establecimiento de la alianza terapéutica y conceptualización del caso (inicio- 3 meses) 14

Fase 2. Identificación y modificación de cogniciones disfuncionales (3-5 meses) 14

Fase 3. Desarrollo de flexibilidad psicológica y regulación emocional (6-9 meses) 15

Fase 4. Clarificación de valores y afrontamiento del tratamiento de reproducción asistida (10-12 meses) 15

Fase 5. Consolidación y mantenimiento (12-15 meses) 15

Discusión 31

Limitaciones 34

Fortalezas 35

Conclusiones 36

Referencias 39

Anexo 41

Resumen

El presente trabajo corresponde a un estudio de caso único de carácter cualitativo, cuyo objetivo es analizar la contribución de la alianza terapéutica en el proceso de aceptación emocional de una paciente de 36 años con diagnóstico de endometriosis y dificultades para concebir. El abordaje psicoterapéutico se desarrolló desde un enfoque integrador, con predominio de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), complementado con recursos provenientes de las terapias contextuales, especialmente de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), además de estrategias psicoeducativas adaptadas a las necesidades de la paciente.

A lo largo de un proceso terapéutico de poco más de un año, se implementaron intervenciones orientadas a la identificación y reestructuración de pensamientos automáticos, el diálogo socrático, la diferenciación entre aspectos controlables e incontrolables, la defusión cognitiva, la clarificación de valores y el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento. Paralelamente, se observó una consolidación progresiva de la alianza terapéutica, caracterizada por un vínculo de confianza, colaboración y seguridad que favoreció la expresión emocional y el abordaje de experiencias previamente evitadas.

Palabras clave: alianza terapéutica, aceptación, endometriosis.

Introducción

El presente trabajo se titula “La alianza terapéutica y su contribución al proceso de aceptación emocional en una paciente con diagnóstico de endometriosis” que se realiza para acceder al título de la Especialización en Psicología Clínica. En este marco, el presente trabajo tiene como objetivo analizar la contribución de la alianza terapéutica al proceso de aceptación emocional en una paciente adulta de 36 años, con diagnóstico de endometriosis e infertilidad, a través de un estudio de caso único. Se busca describir la evolución del proceso terapéutico y explorar el papel desempeñado por el vínculo terapéutico en la promoción de cambios relacionados con la aceptación del malestar emocional y el afrontamiento de las dificultades asociadas a la enfermedad y a la infertilidad.

Se espera que este estudio contribuya a profundizar la comprensión de la relevancia de la alianza terapéutica como uno de los principales factores de cambio en psicoterapia, aportando evidencia clínica sobre su papel en el acompañamiento de pacientes que atraviesan situaciones de elevada complejidad emocional vinculadas con la salud reproductiva y los proyectos de vida.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) la endometriosis es una enfermedad ginecológica crónica que afecta aproximadamente al 10 % de las mujeres en edad reproductiva y que, en numerosos casos, se encuentra asociada a dificultades para concebir. Más allá de sus manifestaciones físicas, la endometriosis puede generar un importante impacto psicológico, debido a la incertidumbre diagnóstica, el dolor crónico, los tratamientos médicos prolongados, la frustración asociada a la infertilidad y las repercusiones que estas experiencias tienen sobre la calidad de vida, el bienestar emocional y los proyectos personales de las mujeres que la atraviesan (Donatti et al., 2017).

En este contexto, la intervención psicológica adquiere un papel fundamental, no solo para favorecer el afrontamiento de la enfermedad, sino también para acompañar a la persona en la elaboración de las emociones que emergen durante el proceso. Sin embargo, la eficacia de las intervenciones implementadas no depende exclusivamente de las técnicas utilizadas, sino también de la calidad del vínculo que se establece entre terapeuta y paciente. La evidencia científica ha identificado a la alianza terapéutica como uno de los factores que mayor contribuye a los resultados de la psicoterapia, independientemente del enfoque teórico desde el cual se intervenga (Flückiger et al., 2018). En este sentido, Bordin (1979) sostiene que la alianza terapéutica se configura a partir del acuerdo entre terapeuta y paciente respecto de los objetivos y las tareas del tratamiento, junto con el establecimiento de un vínculo basado en la confianza y la colaboración, aspectos que favorecen el proceso de cambio.

Desde esta perspectiva, el presente trabajo se centra en analizar la contribución de la alianza terapéutica en el proceso de aceptación emocional de una paciente con diagnóstico de endometriosis que atravesaba dificultades para concebir y posteriormente inició un tratamiento de reproducción médicamente asistida. El interés por abordar esta temática surge de la relevancia clínica que adquiere el acompañamiento psicológico en situaciones caracterizadas por elevados niveles de incertidumbre, frustración y sufrimiento emocional, donde la tendencia a evitar o controlar las emociones suele intensificar el malestar (Hayes et al., 2012).

El presente estudio corresponde a un estudio de caso único de carácter cualitativo, elaborado a partir del análisis de un caso clínico real. De acuerdo con Creswell y Poth (2018), este tipo de diseño permite comprender en profundidad un fenómeno delimitado dentro de su contexto real mediante la recopilación de información proveniente de diversas fuentes. Se modificaron los datos con el fin de preservar la confidencialidad de la paciente que continúa siendo atendida hasta la actualidad. A través de este diseño se busca comprender en

profundidad el proceso terapéutico desarrollado, haciendo especial énfasis en la manera en que la alianza terapéutica favoreció la expresión emocional, la implementación de las intervenciones clínicas y el desarrollo progresivo de la aceptación emocional.

Para el abordaje del caso se adoptó un enfoque integrador, con predominio de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), complementado con psicoeducación desde el modelo biopsicosocial y recursos provenientes de las terapias contextuales, especialmente de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Desde esta perspectiva, el tratamiento se orientó no sólo a identificar y modificar pensamientos disfuncionales (Beck, 2021), sino también a promover una relación diferente con la experiencia emocional, favoreciendo la aceptación de emociones difíciles, el desarrollo de la flexibilidad psicológica y el compromiso con acciones coherentes con los valores personales de la paciente (Hayes et al., 2012).

Contextualización del Caso

El presente caso clínico corresponde a Camila (seudónimo), una mujer de 36 años que convive con su pareja, Lucas (34 años). La consultante solicita atención psicológica por iniciativa propia, motivada principalmente por el malestar emocional asociado a las dificultades que ella y su pareja atraviesan para concretar un embarazo. Esta situación ha generado sentimientos de frustración, angustia y preocupación, en tanto interfiere con un proyecto de vida significativo para ambos: la ampliación de la familia.

Durante las primeras entrevistas, Camila refiere que la imposibilidad de alcanzar el embarazo esperado ha impactado en su bienestar emocional, generando cuestionamientos personales y afectando distintas áreas de su vida cotidiana. Asimismo, manifiesta dificultades para identificar, expresar y comunicar sus emociones y necesidades, tanto en el ámbito vincular como en el espacio terapéutico, observándose una tendencia a la inhibición emocional y a la escasa puesta en palabras de sus experiencias subjetivas.

Método

El presente trabajo corresponde a un estudio de caso único de carácter cualitativo, elaborado a partir de un caso clínico real. Con el propósito de resguardar la confidencialidad de la paciente, se utilizaron datos anonimizados y se contó con su consentimiento informado para el uso de la información con fines académicos. De acuerdo con Creswell y Poth (2018), este diseño de investigación permite analizar en profundidad un caso particular dentro de su contexto, a partir de la integración de información obtenida de diversas fuentes.

El proceso terapéutico se llevó a cabo desde un enfoque integrador, con predominio de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), cuya conceptualización del caso y planificación de las intervenciones se sustentaron en los principios propuestos por Beck (2021). De manera complementaria, se incorporaron recursos provenientes de las terapias contextuales, particularmente de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), orientados a favorecer la aceptación de la experiencia emocional, el desarrollo de la flexibilidad psicológica y la clarificación de valores (Hayes et al., 2012). Asimismo, se implementaron estrategias psicoeducativas adaptadas a las características, necesidades y objetivos terapéuticos de la paciente, con el propósito de favorecer la comprensión de su problemática y promover un rol activo durante el tratamiento (Beck, 2021).

El proceso terapéutico se desarrolló durante un período de poco más de un año, con una frecuencia inicial de una sesión semanal, llevándose a cabo aproximadamente 45 sesiones individuales. Cabe señalar que, al momento de la elaboración del presente trabajo, el tratamiento psicoterapéutico continúa en curso.

Historia de vida del paciente

Los padres de Camila se separaron en su infancia. Su madre (Norma) y su padre (Juan) tuvieron dos hijas en común, Camila y Rocío (33 años). Asimismo, su padre tenía otro hijo de una relación previa, Facundo, quien es mayor que Camila. Camila refiere haber transitado una infancia positiva y describe, en términos generales, una buena relación con su familia de origen. En relación con su padre, manifiesta mantener un vínculo afectuoso; sin embargo, el contacto entre ambos es poco frecuente debido a que éste reside en otra localidad.

Respecto de su hermana Rocío, quien actualmente vive en otra provincia junto a su esposo y su hijo de seis meses, refiere mantener una relación muy cercana. Señala que procura viajar periódicamente para visitar a su sobrino y que, cuando la distancia lo impide, sostienen un contacto frecuente mediante llamadas telefónicas y mensajes.

En cuanto a la relación con su madre, expresa que la visita diariamente. Si bien reconoce el afecto y la cercanía que caracterizan el vínculo entre ambas, refiere que, en numerosas ocasiones, dichas visitas están motivadas por sentimientos de culpa y por la percepción de una obligación personal de estar presente.

En el área laboral, Camila trabaja de lunes a viernes en la Municipalidad de la localidad y dos veces por semana como profesora en un colegio. A pesar del malestar emocional asociado a su motivo de consulta, la paciente ha logrado mantener un adecuado nivel de funcionamiento en el ámbito laboral, sin evidenciar interferencias significativas en el desempeño de sus responsabilidades ni en el cumplimiento de sus tareas habituales.

En relación con el área vincular, Camila se encuentra en una relación de pareja estable hace nueves años con Valentin, con quien convive en la actualidad. Con respecto a su proyecto de maternidad, señala que durante los primeros años de la relación no manifestaba deseos de ser madre, dado que sus prioridades estaban centradas en el desarrollo profesional y laboral. Sin

embargo, alrededor de los 30 años comenzó a experimentar un creciente deseo de formar una familia, motivo por el cual, junto a su pareja, iniciaron la búsqueda de un embarazo. En un principio consideraba que la concepción ocurriría de manera rápida y espontánea. No obstante, luego de aproximadamente seis meses de intentos sin resultados, comenzó a experimentar y registrar niveles de angustia, frustración y preocupación. No obstante, no es hasta abril de 2025 que decide solicitar ayuda psicoterapéutica. Es importante señalar que si bien las dificultades para concebir representan una fuente de preocupación compartida, manifiesta que esta situación no ha repercutido de manera significativa en la dinámica de la convivencia ni en la intimidad de la pareja, conservándose un vínculo estable y de apoyo mutuo.

En relación con el área de la salud, luego de diversos estudios ginecológicos y de la extracción de pólipos endometriales, la paciente recibió, a principios del corriente año, el diagnóstico de endometriosis. Si bien dicha noticia implicó la confirmación de una patología, la paciente refirió haber experimentado el diagnóstico con cierto alivio, ya que le permitió encontrar una explicación médica a las dificultades que venía atravesando para concebir y disminuir, en parte, la incertidumbre asociada a la ausencia de respuestas sobre su situación.

Motivo de consulta y demanda

El primer contacto con Camila se produjo a partir de la solicitud de un turno mediante un mensaje de texto enviado al centro de atención donde desarrollo mi práctica clínica. En una primera instancia, la secretaria incorporó a la paciente a la lista de espera y, posteriormente, me comuniqué con ella para asignarle un día y horario de atención, dando inicio al proceso psicoterapéutico.

Su principal motivo de consulta se encontraba relacionado con la dificultad para identificar y expresar verbalmente el malestar emocional asociado a las dificultades para concebir. Esta dificultad pudo observarse durante las primeras entrevistas clínicas,

particularmente al abordar temas vinculados al proyecto de maternidad y a los intentos fallidos de embarazo. En dichas ocasiones, la paciente presentaba cambios en el tono de voz, pausas prolongadas y signos visibles de angustia; sin embargo, tendía a interrumpir la expresión de sus emociones, realizando esfuerzos por contener el llanto y retomando rápidamente un discurso centrado en aspectos racionales o prácticos de la situación. Asimismo, manifestaba dificultades para poner en palabras lo que sentía, recurriendo con frecuencia a expresiones como "no sé cómo explicarlo" o "no entiendo por qué me pasa esto".

Durante las entrevistas también se identificaron creencias disfuncionales acerca de la expresión emocional a través del relato. La paciente asociaba la angustia con una experiencia negativa que debía evitar o controlar, al considerar que expresar tristeza o llorar implicaba una señal de debilidad. En este sentido, se autodefinía reiteradamente como "llorona", atribuyéndole una connotación descalificadora, y manifestaba el deseo de eliminar esa forma de responder emocionalmente, convencida de que controlar o inhibir sus emociones constituía la mejor manera de afrontar la situación que estaba atravesando.

Asimismo, manifestaba una marcada resistencia a contemplar la posibilidad de recurrir a tratamientos de reproducción asistida. Dicha resistencia parecía estar vinculada a creencias y mandatos internalizados acerca de la feminidad, la maternidad y la capacidad de concebir, aspectos que influían significativamente en la forma en que interpretaba su situación. De manera recurrente, se preguntaba por qué atravesaba estas dificultades cuando percibía que para otras mujeres el embarazo se producía de manera natural y sin mayores obstáculos, lo que contribuía a incrementar sentimientos de injusticia, insuficiencia y frustración. A lo largo del proceso terapéutico, y como resultado del trabajo realizado sobre la aceptación de la situación, la flexibilización de dichas creencias y la elaboración emocional del problema, la paciente logró modificar gradualmente esta postura inicial. Al momento de la elaboración del presente trabajo, se encuentra transitando un tratamiento de reproducción asistida, decisión que

constituye un avance significativo dentro de su proceso terapéutico y refleja una mayor apertura para considerar alternativas acordes con su proyecto de vida y sus valores personales.

Evaluación del paciente

La evaluación clínica se llevó a cabo mediante entrevistas clínicas semiestructuradas de orientación cognitivo-conductual, complementadas con la observación clínica y el registro clínico de la información obtenida durante las sesiones. A través de estos procedimientos se exploraron el motivo de consulta, la historia del problema, los antecedentes personales y familiares, las áreas de funcionamiento de la paciente, sus recursos de afrontamiento y las variables cognitivas, emocionales y conductuales asociadas al malestar. Asimismo, la información recabada permitió realizar una conceptualización cognitiva del caso y un análisis funcional de las conductas problema, orientando la planificación del tratamiento.

Las entrevistas permitieron identificar que el principal motivo de consulta se encontraba relacionado con el malestar emocional derivado de las dificultades para lograr un embarazo luego de varios meses de búsqueda, acompañado de sentimientos de frustración y angustia, así como de dificultades para expresar verbalmente dichas emociones. Se pudo conocer que inicialmente la paciente no manifestaba deseos de ser madre y priorizaba su desarrollo profesional. Sin embargo, alrededor de los 30 años comenzó a construir el proyecto de maternidad junto a su pareja. Tras reiterados intentos sin éxito, aparecieron sentimientos de desesperanza, preocupación e incertidumbre que fueron incrementándose progresivamente.

Las entrevistas permitieron identificar: dificultad para reconocer y expresar emociones; predominio de angustia, frustración e impotencia; elevada autoexigencia;sentimientos de culpa; tendencia a la comparación con otras mujeres.

A partir del discurso de la paciente fue posible identificar pensamientos automáticos recurrentes como:

- "¿Por qué a mí?"
- "Para las demás parece ser fácil."
- "Mi cuerpo está fallando."

Asimismo, comenzaron a emerger creencias relacionadas con la asociación entre la capacidad de concebir, la identidad femenina y el valor personal.

Con respecto al funcionamiento conductual, se observó resistencia a considerar tratamientos de fertilidad; búsqueda constante de explicaciones acerca de las dificultades para concebir; tendencia a la rumiación sobre el problema; dificultades para comunicar su malestar emocional. También se identificaron factores protectores, entre ellos: buena adherencia al tratamiento; red de apoyo familiar y de pareja; estabilidad laboral; motivación para el proceso terapéutico.

Hipótesis diagnóstica según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM- V)

A partir de la información recabada durante el proceso de evaluación clínica, se establece como hipótesis diagnóstica un Trastorno de adaptación con ansiedad (F43.22), de acuerdo con los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, 2022). La hipótesis se fundamenta en la presencia de manifestaciones de ansiedad, angustia, preocupación, irritabilidad y dificultades en la regulación emocional, vinculadas principalmente con las dificultades para concebir, el proceso de estudios y diagnóstico médico y, posteriormente, el inicio del tratamiento de reproducción médicamente asistida. Estas experiencias constituyeron acontecimientos vitales de relevancia para la

paciente, generando un incremento del malestar emocional y dificultades para afrontar de manera flexible las emociones asociadas a la situación.

Durante las primeras etapas del tratamiento se observó una marcada tendencia a controlar y suprimir la expresión emocional, particularmente frente a sentimientos de angustia y tristeza. La paciente manifestaba creencias relacionadas con la necesidad de mostrarse fuerte, evitar el llanto y resolver las situaciones por sus propios medios. Asimismo, presentaba preocupación anticipatoria frente a los resultados de los estudios y tratamientos médicos, frustración ante las dificultades para concebir y malestar frente a situaciones sociales vinculadas con la maternidad y los embarazos de otras personas.

No obstante, la sintomatología observada no implicó una pérdida generalizada del funcionamiento. La paciente logró mantener sus actividades laborales, sus vínculos familiares y su relación de pareja, sin evidenciar un deterioro significativo y persistente en estas áreas. Asimismo, durante la evaluación no se identificaron elementos suficientes para establecer la presencia de un trastorno depresivo mayor o un trastorno de ansiedad generalizada. En consecuencia, se considera que las manifestaciones emocionales se encontraban principalmente vinculadas al contexto vital y médico que atravesaba la paciente.

En cuanto a las condiciones médicas, se registra como antecedente clínico relevante el diagnóstico de endometriosis, condición que se encuentra directamente relacionada con las dificultades reproductivas experimentadas por la paciente. Esta constituye un elemento contextual significativo para la comprensión del malestar psicológico y del proceso terapéutico, sin corresponder a un diagnóstico psicológico dentro de la clasificación del DSM-5-TR.

La hipótesis diagnóstica se considera de carácter clínico y provisional, atendiendo a la información disponible durante el proceso de evaluación y a la evolución observada a lo largo del tratamiento. La posterior disminución de la sintomatología asociada a la desregulación

emocional, junto con el desarrollo de estrategias de afrontamiento, una mayor flexibilidad psicológica y una actitud de mayor aceptación frente a las experiencias emocionales, fueron aspectos considerados en el seguimiento de la evolución clínica de la paciente.

Plan de tratamiento

El proceso terapéutico se estructuró de manera flexible en distintas fases, de acuerdo con la evolución clínica de la paciente, las necesidades identificadas durante el tratamiento y los objetivos terapéuticos establecidos.

Fase 1. Evaluación, establecimiento de la alianza terapéutica y conceptualización del caso (inicio- 3 meses)

Durante la etapa inicial se priorizó la construcción de una adecuada alianza terapéutica, la evaluación clínica y la elaboración de la conceptualización cognitivo-conductual del caso. Se exploró el motivo de consulta, los antecedentes personales y familiares, las estrategias de afrontamiento, las creencias predominantes y el impacto emocional de las dificultades para concebir. Asimismo, se implementaron intervenciones de psicoeducación acerca del funcionamiento de las emociones, la ansiedad y el modelo cognitivo-conductual, favoreciendo la identificación y expresión de la experiencia emocional.

Fase 2. Identificación y modificación de cogniciones disfuncionales (3-5 meses)

En esta etapa se trabajó sobre la identificación de pensamientos automáticos, creencias nucleares vinculadas a la maternidad, la feminidad, la autoexigencia y la necesidad de control. Para ello se utilizaron técnicas como el registro de pensamientos, el diálogo socrático, la búsqueda de evidencias y la reestructuración cognitiva, con el objetivo de favorecer interpretaciones más flexibles y ajustadas a la realidad.

Fase 3. Desarrollo de flexibilidad psicológica y regulación emocional (6-9 meses)

Posteriormente, se incorporaron recursos provenientes de las terapias contextuales, especialmente de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Se trabajó mediante los círculos de control, con el propósito de diferenciar aquellos aspectos que dependían de la paciente de aquellos que escapaban a su control; se implementaron ejercicios de defusión cognitiva para modificar la relación con pensamientos reiterativos y autocríticos; y se realizaron actividades orientadas a fortalecer la aceptación de la experiencia emocional, la tolerancia a la incertidumbre y la regulación emocional.

Fase 4. Clarificación de valores y afrontamiento del tratamiento de reproducción asistida (10-12 meses)

A medida que la paciente comenzó a flexibilizar sus creencias respecto de la reproducción asistida, se trabajó en la clarificación de valores y en el desarrollo de acciones coherentes con su proyecto de vida. Paralelamente, se implementaron estrategias de resolución de problemas, planificación de conductas y afrontamiento adaptativo para acompañar las demandas emocionales asociadas al inicio del tratamiento de reproducción asistida.

Fase 5. Consolidación y mantenimiento (12-15 meses)

En la etapa actual, el tratamiento se orienta al fortalecimiento de los logros alcanzados, la prevención de recaídas y el acompañamiento psicológico durante el proceso de reproducción asistida. Se continúa trabajando sobre la flexibilidad psicológica, la regulación emocional, la aceptación de la incertidumbre y el mantenimiento de conductas consistentes con los valores personales, favoreciendo el bienestar psicológico y la preservación del funcionamiento en las distintas áreas de la vida.

Fase 1 (Inicio - 3 meses)

La paciente asistió puntualmente a la primera entrevista, presentando una apariencia personal prolija y adecuada higiene personal. Durante la evaluación se mostró lúcida, orientada en tiempo y espacio, con un discurso coherente, organizado. La entrevista inicial estuvo orientada a explorar el motivo de consulta y a recabar información relevante sobre su historia de vida, vínculos significativos, antecedentes personales y familiares de salud mental, antecedentes médicos y otros datos clínicos necesarios para la evaluación y la posterior conceptualización del caso. Asimismo, se estableció el encuadre de trabajo al cual la paciente ha adherido hasta la actualidad.

El motivo de consulta inicial se encontraba relacionado con las dificultades para concebir, situación que la paciente venía atravesando desde hacía un tiempo. Refiere que, durante los primeros años de su relación de pareja, la maternidad no constituía un objetivo prioritario, ya que se encontraba enfocada en su desarrollo académico y laboral. Sin embargo, con el paso del tiempo, el deseo de ser madre comenzó a adquirir un lugar central dentro de su proyecto de vida.

Durante la entrevista, manifestó sentimientos de frustración, angustia e incomprensión frente a las dificultades para lograr un embarazo, expresando que no comprendía por qué otras mujeres parecían concebir con facilidad mientras ella no podía hacerlo. Asimismo, señaló que las preguntas realizadas por familiares o personas de su entorno, tales como "¿Y ustedes para cuándo?", en alusión a la posibilidad de tener un hijo, le generaban un intenso malestar emocional. Si bien estas situaciones despertaban sentimientos de enojo e incomodidad, refería dificultades para expresar su desagrado o establecer límites, optando generalmente por permanecer en silencio o desviar la conversación. Como consecuencia, comenzó a evitar determinados encuentros sociales.

En relación con los tratamientos de reproducción asistida, manifestó inicialmente una marcada reticencia a considerar esta alternativa, expresando que no se sentía preparada para atravesar dicho proceso. Asociaba esta posibilidad con la idea de que "solo a ella le ocurría" y sostenía la creencia de que otras mujeres lograban quedar embarazadas de manera natural, sin necesidad de recurrir a este tipo de tratamientos, lo que incrementaba sus sentimientos de frustración, insuficiencia e injusticia.

Durante esta primera fase se realizó psicoeducación orientada a brindar información acerca del impacto psicológico que pueden generar las dificultades para concebir y los procesos de reproducción médicamente asistida. La psicoeducación constituye una de las intervenciones iniciales de la Terapia Cognitivo-Conductual, ya que favorece la comprensión del problema, promueve un rol activo del paciente en el tratamiento y contribuye al desarrollo de estrategias de afrontamiento más adaptativas (Beck, 2021).

Asimismo, se abordó la relación entre mente y cuerpo desde el modelo biopsicosocial propuesto por Engel (1977), explicando cómo la incertidumbre, la frustración y el estrés sostenido pueden influir en el bienestar emocional y en la forma en que una persona experimenta la enfermedad y el tratamiento. Del mismo modo, se trabajó sobre el impacto emocional que suelen generar las dificultades para concebir, identificando las respuestas de ansiedad, tristeza y frustración como reacciones frecuentes frente a este tipo de experiencias (Greil et al., 2010).

Evolución de la alianza terapéutica

A medida que avanzó el proceso psicoterapéutico, se observó un fortalecimiento progresivo de la alianza terapéutica. Según Norcross y Wampold (2019), la alianza terapéutica constituye una relación de colaboración entre terapeuta y paciente, basada en la confianza, el acuerdo respecto de los objetivos terapéuticos, el consenso acerca de las tareas a realizar y el

establecimiento de un vínculo afectivo que favorece el proceso de cambio. En consonancia con el modelo propuesto por Bordin (1979), estos componentes se fueron consolidando progresivamente a lo largo del tratamiento.

En este contexto, la paciente comenzó a utilizar el espacio terapéutico como un lugar de contención y seguridad, manifestando en reiteradas oportunidades que allí podía expresar emociones, preocupaciones y temores que le resultaba difícil compartir con otras personas de su entorno. Refería sentirse escuchada, comprendida y validada, aspectos que favorecieron una mayor apertura emocional y una disposición creciente a contactar con experiencias que inicialmente intentaba evitar o controlar.

Asimismo, de manera espontánea, comenzó a establecer contacto con la terapeuta entre sesiones para comunicar acontecimientos significativos relacionados con el tratamiento médico, tales como resultados de estudios, decisiones terapéuticas, avances, retrocesos o cambios en su estado emocional. Del mismo modo, compartía logros que consideraba importantes dentro de su proceso, evidenciando que el vínculo terapéutico se había constituido en una fuente significativa de apoyo. Estas conductas fueron interpretadas como indicadores del fortalecimiento de la alianza terapéutica.

Fase 2 (3-5 meses)

2.1. Registro de pensamientos automáticos

De acuerdo con Beck (2021), los pensamientos automáticos son interpretaciones breves, rápidas y espontáneas que surgen ante determinadas situaciones y que influyen directamente en las respuestas emocionales y conductuales. En este sentido, el registro de pensamientos constituye una herramienta que favorece la identificación de dichas cogniciones, permitiendo al

paciente reconocer la relación existente entre la situación vivida, los pensamientos asociados, las emociones experimentadas y las conductas desplegadas.

En función de ello, se solicitó a Camila la realización de registros semanales en los que debía identificar situaciones que le generaban malestar, los pensamientos automáticos asociados, la intensidad de las emociones y las conductas emitidas. A partir de esta técnica, la paciente comenzó reconocer que gran parte de su sufrimiento aparecía frente a situaciones relacionadas con la maternidad, como anuncios de embarazos de amigas, consultas de familiares acerca de cuándo tendría hijos o controles médicos vinculados a la fertilidad. Entre los pensamientos identificados se encontraban expresiones como: *"Nunca voy a poder ser mamá", "Mi cuerpo está fallando"* y *"Si necesito un tratamiento es porque hay algo malo en mí"*.

2.2. Diálogo socrático

Una vez consolidada la alianza terapéutica y generado un espacio de confianza que favoreció la exploración de experiencias emocionalmente significativas y la identificación de pensamientos automáticos, fue posible implementar el diálogo socrático, técnica que, según Beck (2021), consiste en un proceso de preguntas guiadas que favorece la reflexión crítica sobre las propias interpretaciones, promoviendo el descubrimiento de explicaciones alternativas y más ajustadas a la realidad. A través de esta estrategia se exploró, junto con la paciente, la evidencia que sostenía sus creencias, la existencia de posibles distorsiones cognitivas y el impacto que dichas interpretaciones tenían sobre su estado emocional y su comportamiento.

La paciente expresaba reiteradamente la idea de que "para las demás mujeres es fácil quedar embarazadas". Frente a esta afirmación, se empleó el diálogo socrático para explorar la evidencia que sostenía dicha interpretación.

Se formularon preguntas como:

- *¿Cómo sabés que para ellas fue fácil?*
- *¿Conocés realmente la historia reproductiva de esas personas?*
- *¿Es posible que algunas hayan atravesado dificultades que no conocés?*
- *¿Creés que las personas suelen compartir públicamente este tipo de experiencias?*

Este trabajo permitió que la paciente comenzará a identificar un sesgo en la forma en que interpretaba la realidad, reconociendo que tendía a comparar su experiencia personal con información incompleta acerca de la vida de los demás.

También se exploraron las creencias que la paciente sostenía respecto de la expresión emocional. Ante afirmaciones como "Soy muy llorona y eso no me ayuda", se utilizaron preguntas orientadas a cuestionar el significado atribuido al llanto.

Entre ellas se incluyeron:

- *¿Qué significa para vos llorar?*
- *¿Quién te enseñó que llorar es algo negativo?*
- *¿Las personas que lloran son débiles?*
- *¿Qué diferencia existe entre sentir una emoción y dejar que esa emoción controle tu vida?*
- *¿Qué consecuencias tiene para vos intentar contener permanentemente el llanto?*

Como resultado de este proceso, la paciente comenzó reconocer que gran parte del sufrimiento provenía no solo de la angustia experimentada, sino también del esfuerzo constante por evitarla o controlarla. Asimismo comenzó a registrar que el problema no radicaba únicamente en la presencia de pensamientos y emociones difíciles, sino también en los esfuerzos persistentes por controlarlos, evitarlos o eliminarlos. Esta comprensión permitió

introducir progresivamente intervenciones provenientes de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes et al., 2012), orientadas a modificar la relación que mantenía con sus eventos privados.

2.3. Reestructuración cognitiva

Una vez identificados y cuestionados los pensamientos automáticos mediante el registro de pensamientos y el diálogo socrático, se implementó la reestructuración cognitiva, con el objetivo de favorecer la construcción de interpretaciones más realistas, flexibles y funcionales frente a las situaciones que generaban malestar. Entendida como un procedimiento orientado a identificar, cuestionar y modificar pensamientos y creencias disfuncionales por interpretaciones más realistas y adaptativas (Beck, 2021).

Por ejemplo, ante el pensamiento automático *"Nunca voy a poder ser mamá"*, se exploró la evidencia objetiva que sustentaba dicha conclusión y se analizó si esta representaba un hecho o una predicción. A partir de ello, la paciente logró construir una interpretación alternativa: *"Actualmente estoy atravesando dificultades para concebir, pero eso no significa que nunca vaya a lograrlo. Existen tratamientos y alternativas que todavía no he transitado."*

De igual manera, frente a la creencia *"Si necesito un tratamiento de reproducción asistida significa que mi cuerpo está fallando"*, se trabajó en la diferenciación entre una condición médica y la valoración personal, favoreciendo la elaboración de pensamientos alternativos como: *"Necesitar un tratamiento médico no determina mi valor como mujer ni implica un fracaso personal. Es una alternativa terapéutica que muchas personas utilizan para alcanzar el embarazo."*

Asimismo, cuando Camila manifestaba pensamientos como *"Las demás mujeres pueden quedar embarazadas fácilmente y solo a mí me pasa esto"*, se analizaron las distorsiones

cognitivas presentes, particularmente la sobregeneralización y la comparación selectiva. A partir de ello, logró reconocer que desconocía la historia reproductiva de muchas mujeres y que tendía a comparar su realidad con una percepción parcial de la de los demás. Esto permitió construir una interpretación más flexible: *"No conozco las dificultades que pueden haber atravesado otras personas. El hecho de que no hablen de ello no significa que no existan."*

Otro aspecto trabajado estuvo relacionado con la creencia *"Tengo que controlar todo para sentirme tranquila"*. Durante las sesiones se exploraron las consecuencias que esta necesidad de control tenía sobre su bienestar, observando que los intentos constantes por anticipar resultados y encontrar soluciones inmediatas incrementaban la ansiedad y la frustración. Como alternativa, la paciente comenzó a incorporar pensamientos más funcionales, tales como: *"Puedo ocuparme de aquello que depende de mí y aceptar que existen aspectos del proceso que no puedo controlar."*

Asimismo, durante esta etapa comenzaron a identificarse creencias más profundas relacionadas con la autoexigencia, la necesidad de control y la intolerancia a la incertidumbre. Si bien estas cogniciones disfuncionales continuaban apareciendo en determinados momentos, especialmente frente a estudios médicos o resultados desfavorables, la paciente logró cuestionarlas con mayor autonomía, disminuyendo la intensidad del malestar emocional y respondiendo de una manera más adaptativa.

Estos aspectos constituyeron un eje central del tratamiento y dieron lugar, en la fase siguiente, a la incorporación de estrategias provenientes de las terapias contextuales, especialmente de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), orientadas a promover una relación diferente con los pensamientos y emociones difíciles, en lugar de intentar controlarlos o eliminarlos (Hayes et al.,2012).

Fase 3 (6-9 meses)

En esta instancia del tratamiento, Camila había logrado reconocer y cuestionar varios de sus pensamientos automáticos. Sin embargo, durante las sesiones persistían expresiones como *"No quiero llorar", "Tengo que dejar de sentir esto"* y *"No puedo permitirme angustiarme"*. Estas verbalizaciones permitían observar que el principal problema ya no radicaba únicamente en el contenido de sus pensamientos, sino en la relación que mantenía con sus emociones. Camila continuaba considerando la angustia como una experiencia inaceptable, intentando suprimirla o controlarla cada vez que aparecía. En este contexto, y favorecido por una alianza terapéutica que le brindó un espacio seguro para explorar estas vivencias sin sentirse juzgada, se incorporaron intervenciones provenientes de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), orientadas a promover una actitud de mayor apertura y aceptación frente a su experiencia emocional.

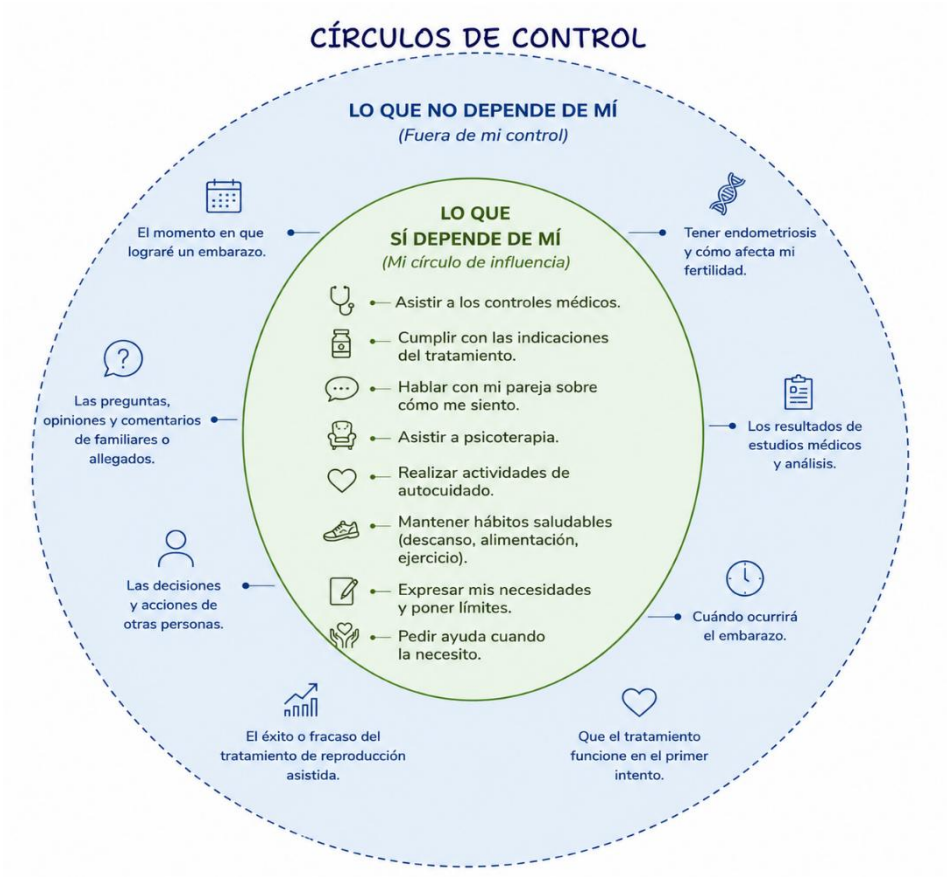
De acuerdo con Hayes et al. (2012), la flexibilidad psicológica consiste en la capacidad de permanecer en contacto con las experiencias internas, aun cuando resulten desagradables, sin que estas determinen el comportamiento de la persona, favoreciendo acciones coherentes con sus valores. En este sentido, las intervenciones estuvieron orientadas a disminuir los intentos de control sobre los eventos internos y promover una relación diferente con pensamientos y emociones.

Uno de los primeros recursos implementados fueron los círculos de control (véase figura 1), herramienta utilizada para facilitar la diferenciación entre aquellos aspectos sobre los cuales la paciente podía ejercer influencia y aquellos que escapaban a su control. Durante la actividad, se elaboraron dos círculos: uno correspondiente a los aspectos que dependían de ella y otro referido a aquellos que no era posible controlar. Dentro del primer círculo, la paciente identificó conductas tales como asistir a los controles médicos, cumplir con las indicaciones del tratamiento, expresar sus necesidades a su pareja, asistir a psicoterapia, realizar actividades de

autocuidado y mantener hábitos saludables. En el segundo círculo ubicó aspectos como el resultado de los estudios médicos, el éxito o fracaso del tratamiento de reproducción asistida, el momento en que lograría un embarazo, las opiniones de otras personas y las preguntas que familiares o conocidos pudieran realizar acerca de la maternidad.

Esta actividad permitió que Camila advirtiera que gran parte de su sufrimiento estaba asociado a los esfuerzos constantes por controlar acontecimientos que no dependían de ella. A partir de esta diferenciación, comenzó a dirigir progresivamente su energía hacia aquellas acciones que sí se encontraban bajo su responsabilidad, disminuyendo la necesidad de anticipar escenarios futuros y de buscar certezas inmediatas.

Figura 1. *Representación del ejercicio de círculos de control utilizado durante la intervención*



Fuente. Elaboración propia con fines ilustrativos, adaptada *de la técnica de los círculos de control empleada durante el proceso terapéutico.*

Posteriormente, se introdujo la técnica de defusión cognitiva. De acuerdo con Hayes et al. (2012), la defusión tiene como finalidad modificar la relación que la persona establece con sus pensamientos, favoreciendo que estos sean experimentados como eventos mentales transitorios y no como verdades absolutas que deben ser obedecidas. La implementación de esta técnica fue posible en un contexto terapéutico caracterizado por la confianza y la colaboración, permitiendo que la paciente se sintiera lo suficientemente segura para observar pensamientos y emociones dolorosas sin necesidad de evitarlos inmediatamente.

En lugar de intentar eliminar o discutir el contenido de las cogniciones, el objetivo consistió en reducir el impacto que estas ejercían sobre la conducta, favoreciendo una relación más flexible con los pensamientos y emociones experimentados (Hayes et al., 2012). Para trabajar este objetivo, se utilizó la metáfora del autobús, recurso empleado en el marco de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para ilustrar la posibilidad de reconocer la presencia de pensamientos y emociones difíciles sin permitir que estos determinen necesariamente la dirección de la conducta (Hayes et al., 2012).

Durante la sesión se invitó a la paciente a imaginar que conducía un autobús cuyo destino representaba su proyecto de vida y sus valores personales, entre ellos el deseo de formar una familia y cuidar su bienestar emocional. A continuación, se le propuso imaginar que, dentro del autobús, viajaban distintos pasajeros que representaban sus pensamientos más frecuentes. Algunos de ellos le gritaban: "Nunca vas a poder ser mamá", "Tu cuerpo está fallando", "Las demás mujeres pueden y vos no", "Si necesitás un tratamiento es porque fracasaste".

Seguidamente, se le preguntó qué ocurría cuando intentaba hacer que esos pasajeros se bajaran del autobús o dejaran de gritar. Camila respondió que se imaginaba deteniendo el vehículo para discutir con ellos, convencerlos de que se callen o de que estaban equivocados, lo

que implicaba dejar de avanzar hacia su destino. A partir de esta respuesta, se estableció un paralelismo con su funcionamiento cotidiano, reflexionando acerca de cómo gran parte de su energía estaba dirigida a intentar eliminar determinados pensamientos o controlar las emociones que estos le generaban, en lugar de continuar avanzando hacia aquello que era importante para ella. Luego, se le propuso considerar una alternativa diferente: permitir que los pasajeros permanecieran en el autobús, aun cuando continuaran hablando o gritando, sin detener la marcha ni permitir que tomaran el control del volante. Se trabajó la idea de que los pensamientos podían seguir apareciendo, pero que su presencia no implicaba necesariamente actuar en función de ellos ni abandonar las acciones orientadas hacia sus valores.

A partir de la metáfora, comenzó a reconocer que podía continuar avanzando en aquellas acciones que dependían de ella (como asistir a los controles médicos, sostener el tratamiento psicológico, expresar sus emociones y compartir el proceso con su pareja) aun en presencia de pensamientos difíciles. Luego de dicha sesión, se le dió la siguiente consigna: “Durante la semana, cada vez que aparezca un pensamiento que te genere mucho malestar, intentá preguntarte: “¿Este pasajero está queriendo tomar el volante?” Luego registrá brevemente la situación, el pensamiento (pasajero) y la decisión que tomaste."

En las sesiones posteriores, la paciente comenzó a utilizar espontáneamente la metáfora, expresando frases como: *"Hoy aparecieron varios pasajeros molestos, pero seguí manejando igual" o "Mi mente empezó a decirme que esto no iba a funcionar, pero decidí no darle el volante"*. Estas verbalizaciones evidenciaron una mayor capacidad para tomar distancia de sus pensamientos, disminuyendo progresivamente la influencia que estos ejercían sobre su conducta y favoreciendo respuestas más coherentes con sus objetivos personales.

Fase 4 (10-12 meses)

Durante esta etapa del proceso terapéutico se produjo un acontecimiento significativo en el área de la salud de Camila. Luego de diversos estudios ginecológicos y de la extracción de pólipos endometriales, recibió el diagnóstico de endometriosis. Si bien la confirmación de una patología implicó un impacto emocional inicial, Camila manifestó haber experimentado el diagnóstico con cierto alivio, ya que le permitió comprender el origen de las dificultades que venía atravesando para concebir y disminuir, en parte, la incertidumbre generada por la ausencia de respuestas médicas durante un período prolongado.

A partir de esta nueva información y del trabajo terapéutico realizado hasta ese momento, la paciente comenzó a flexibilizar las creencias que inicialmente sostenía respecto de los tratamientos de reproducción asistida. En las primeras entrevistas, expresaba una marcada resistencia a considerar esta alternativa, asociándola con la idea de fracaso personal y con la creencia de que recurrir a un tratamiento implicaba no ser capaz de concebir de manera "natural". Sin embargo, a medida que avanzó el proceso psicoterapéutico, logró diferenciar estas creencias de la evidencia médica disponible y adoptar una postura más flexible frente a las distintas posibilidades.

En este contexto, se trabajó mediante ejercicios de clarificación de valores, técnica propuesta por la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes et al., 2012), con el propósito de ayudar a la paciente a identificar aquello que resultaba verdaderamente importante para su vida, diferenciándolo de las barreras cognitivas y emocionales que dificultan avanzar en esa dirección. Durante las sesiones, Camila reconoció que uno de sus principales valores estaba relacionado con el deseo de construir una familia junto a su pareja, así como también con el cuidado de su salud física y emocional.

A partir de esta clarificación, se analizó de qué manera sus conductas cotidianas la acercaban o la alejaban de dichos valores. La paciente logró identificar que evitar el tratamiento

de reproducción asistida, motivada por el miedo, la vergüenza y determinadas creencias acerca de la maternidad, la mantenía distante de aquello que verdaderamente deseaba. En cambio, iniciar el tratamiento implicaba una conducta coherente con su proyecto de vida, aun cuando continuarán presentes el miedo, la incertidumbre y la posibilidad de resultados desfavorables.

Como resultado de este proceso, Camila decidió comenzar un tratamiento de reproducción médicamente asistida. Esta decisión constituyó un hito dentro del proceso terapéutico, ya que reflejó un cambio significativo en la manera de afrontar la situación: en lugar de esperar a que desaparecieran el temor o las dudas para actuar, pudo avanzar hacia una acción alineada con sus valores personales, aceptando la presencia de emociones difíciles como parte natural del proceso. Este tratamiento inició luego de trabajar en conjunto con Camila en el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento. De acuerdo con Lazarus y Folkman (1984), el afrontamiento comprende los esfuerzos cognitivos y conductuales que realiza una persona para manejar aquellas demandas internas o externas que son valoradas como estresantes o que exceden sus recursos. En este sentido, se identificaron los recursos personales (entre ellos la capacidad de pedir ayuda) que le están permitiendo afrontar de manera más adaptativa las diferentes etapas del tratamiento médico, tales como la espera de resultados, tolerancia a la posibilidad de recibir resultados desfavorables, la realización de procedimientos invasivos. Asimismo, se trabajó específicamente sobre la importancia del apoyo social como estrategia de afrontamiento. En las primeras etapas del proceso, la paciente tendía a rechazar el acompañamiento ofrecido por personas significativas de su entorno. Por ejemplo, si bien su madre se ofrecía reiteradamente a acompañarla a algún turno médico, Camila solía negarse, considerando que debía afrontar estas situaciones por sus propios medios. Además, manifestaba temor a recibir noticias desfavorables en presencia de otra persona, ya que anticipaba que no podría contener su angustia y no deseaba mostrarse emocionalmente vulnerable frente a los demás. Esta necesidad de controlar la expresión de sus emociones era consistente con las

dificultades observadas desde el inicio del tratamiento, caracterizadas por la evitación del llanto y la tendencia a suprimir el malestar emocional. Como resultado de este trabajo, la paciente comenzó a considerar el acompañamiento de su madre como una alternativa válida, especialmente en aquellas ocasiones en las que su pareja no pudiera asistir a los controles médicos. Este cambio reflejó una mayor disposición para apoyarse en su red de contención, aceptar ayuda cuando la necesitaba y reconocer que expresar emociones frente a personas de confianza no constituía un signo de debilidad, sino una forma saludable de afrontar una situación altamente estresante.

La alianza terapéutica constituyó un facilitador para que la paciente pudiera explorar experiencias emocionales que previamente tendía a evitar, favoreciendo progresivamente una actitud de mayor apertura y aceptación frente a su malestar.

Fase 5 (12-15 meses)

Durante esta etapa, el tratamiento estuvo orientado a consolidar los recursos desarrollados a lo largo del proceso terapéutico y acompañar a la paciente durante las distintas instancias del tratamiento de reproducción asistida. Dado que se trataba de un proceso caracterizado por la incertidumbre, la espera y la posibilidad de resultados favorables o desfavorables, el objetivo terapéutico dejó de centrarse en la reducción inmediata del malestar para favorecer una mayor aceptación de las experiencias emocionales asociadas a esta etapa. Actualmente Camila ha recibido resultados favorables, ya que se han podido congelar tres embriones de cinco. La próxima etapa consistirá en la transferencia.

En este sentido, se continuó reforzando el uso de las estrategias trabajadas previamente, promoviendo que la paciente identificará cuándo aparecían pensamientos de desesperanza, autoexigencia o necesidad de control y pudiera responder a ellos desde una postura más flexible. Asimismo, se favoreció la validación de sus emociones, enfatizando que la tristeza, el

miedo, la frustración y la incertidumbre constituían respuestas esperables frente a la situación que estaba atravesando y que no era necesario evitarlas o eliminarlas para poder continuar avanzando. Ante esto, Camila pasó de querer eliminar la angustia, a expresar: *"Está bien llorar, cada tanto me lo permito cuando estoy en casa, lloro y sigo porque también quiero tomarmelo con calma, pero ahora no lo veo como algo tan malo".* Si bien la angustia continuaba presente en determinados momentos del tratamiento médico, especialmente durante la espera de resultados o frente a nuevos procedimientos, la paciente logró permanecer en contacto con estas experiencias sin desplegar los mismos intentos de evitación o control observados al comienzo del proceso.

En esta etapa también se evidenció una mayor autonomía en la utilización de las herramientas adquiridas. La paciente refería aplicar espontáneamente estrategias como la diferenciación entre aquello que dependía de ella y aquello que escapaba a su control, la identificación de pensamientos automáticos y el uso de ejercicios de defusión cognitiva cuando advertía que determinados pensamientos comenzaban a influir significativamente en su estado emocional.

Paralelamente, la alianza terapéutica continuó consolidándose como un recurso fundamental a lo largo del proceso. La paciente utilizaba el espacio terapéutico no sólo para abordar las dificultades asociadas al tratamiento de fertilidad, sino también para compartir avances, logros y acontecimientos significativos relacionados con su vida personal y con el proceso médico. Asimismo, mantenía contacto ocasional con la terapeuta entre sesiones para comunicar novedades importantes, reflejando el grado de confianza alcanzado dentro del vínculo terapéutico.

Desde la perspectiva de Bordin (1979), estos indicadores permiten comprender el fortalecimiento de la alianza terapéutica a partir del mantenimiento del vínculo, el acuerdo

respecto de los objetivos del tratamiento y la colaboración activa de la paciente en las tareas terapéuticas. En este contexto, la alianza no solo facilitó la implementación de las diferentes intervenciones, sino que constituyó un sostén emocional que favoreció el desarrollo progresivo de una actitud de mayor apertura y aceptación frente a experiencias previamente evitadas.

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la contribución de la alianza terapéutica en el proceso de aceptación emocional de una paciente adulta con diagnóstico de endometriosis que atravesaba dificultades para concebir y que, posteriormente, inició un tratamiento de reproducción médica asistida. A partir del análisis del proceso psicoterapéutico, se observaron cambios progresivos tanto en la manera en que la paciente se vinculaba con sus experiencias emocionales como en los recursos utilizados para afrontar las situaciones asociadas a su condición médica y reproductiva. En este sentido, los resultados obtenidos permiten considerar que la alianza terapéutica constituyó un componente relevante del proceso de cambio, al favorecer un espacio de confianza desde el cual fue posible abordar experiencias que inicialmente resultaban difíciles de expresar y elaborar.

Desde la perspectiva de la Terapia de Aceptación y Compromiso, la aceptación implica desarrollar una disposición a permanecer en contacto con experiencias internas difíciles sin que la persona necesite eliminarlas o modificarlas para poder continuar actuando de acuerdo con aquello que considera valioso. Asimismo, la flexibilidad psicológica supone la posibilidad de responder de manera más flexible ante los acontecimientos internos y externos, en lugar de quedar rígidamente condicionada por ellos (Hayes et al., 2012). En el caso analizado, la evolución observada resulta compatible con este planteamiento, dado que progresivamente la paciente pudo reconocer las situaciones que generaban mayor movilización emocional,

identificar las respuestas que estas producían y permitirse experimentar emociones desagradables sin llegar necesariamente al desborde.

Este cambio resulta particularmente significativo si se considera que, al inicio del tratamiento, la paciente expresaba la necesidad de dejar de sentirse angustiada y de evitar el llanto. A lo largo del proceso, se produjo un desplazamiento desde una posición centrada en el control de la experiencia emocional hacia una mayor capacidad para reconocerla y transitarla. Esto no implicó la desaparición de emociones como la angustia, la tristeza o la incertidumbre, sino una modificación en la relación establecida con ellas. En este sentido, la evolución observada puede ser comprendida como un incremento en la capacidad de aceptación y regulación emocional, en consonancia con el concepto de flexibilidad psicológica propuesto por Hayes et al. (2012).

A su vez, la intervención desde un enfoque integrador permitió abordar diferentes dimensiones del problema. Las estrategias propias de la Terapia Cognitivo-Conductual, tales como la identificación de pensamientos automáticos, el diálogo socrático y la reestructuración cognitiva, posibilitaron explorar algunas de las interpretaciones que contribuían al malestar de la paciente. Entre ellas se encontraban pensamientos relacionados con la injusticia de su situación, la comparación con otras mujeres que habían logrado concebir sin dificultades y la percepción de que recurrir a tratamientos de reproducción asistida constituía una experiencia que no debería corresponderle. El trabajo sobre estos pensamientos permitió cuestionar interpretaciones rígidas y favorecer alternativas más ajustadas a la situación concreta.

Sin embargo, los cambios observados no pueden ser atribuidos exclusivamente a la aplicación de determinadas técnicas. En relación con el objetivo central de este trabajo, uno de los hallazgos clínicamente más relevantes fue la progresiva consolidación de la alianza terapéutica. La paciente comenzó a identificar el espacio psicoterapéutico como un lugar

seguro en el que podía expresar experiencias que no le resultaban igualmente accesibles en otros vínculos. Asimismo, manifestó recurrir al contacto con la terapeuta para compartir novedades, avances y retrocesos relacionados con los procesos médicos, así como logros que consideraba significativos. Esta conducta puede interpretarse como un indicador de la confianza desarrollada en el vínculo y de la percepción del espacio terapéutico como un contexto de acompañamiento durante una experiencia caracterizada por incertidumbre y elevada carga emocional.

La conceptualización de la alianza terapéutica propuesta por Bordin (1979) permite comprender este proceso a partir de tres componentes fundamentales: el acuerdo respecto de los objetivos terapéuticos, el consenso sobre las tareas necesarias para alcanzarlos y el desarrollo de un vínculo caracterizado por la confianza y la colaboración. En el caso analizado, estos componentes fueron observándose progresivamente. La paciente logró comprometerse con los objetivos planteados, participar activamente de las tareas propuestas y utilizar el espacio terapéutico para abordar situaciones que inicialmente tendía a afrontar de manera individual.

Estos hallazgos resultan consistentes con la evidencia empírica disponible sobre la relación entre alianza y resultados psicoterapéuticos. Flückiger et al. (2018), a partir de un metaanálisis de 295 estudios independientes, encontraron una asociación positiva y consistente entre la alianza terapéutica y los resultados del tratamiento, independientemente de diferentes características de los pacientes, los tratamientos y las medidas utilizadas. En el presente caso, si bien no es posible establecer una relación causal entre la alianza y los cambios observados, la evolución clínica permite hipotetizar que el fortalecimiento del vínculo terapéutico facilitó la disposición de la paciente a involucrarse en el proceso, expresar experiencias emocionales difíciles y sostener las intervenciones propuestas.

En este proceso también resultó significativo el trabajo sobre el apoyo social. Inicialmente, la paciente rechazaba la posibilidad de que familiares la acompañaran a los turnos médicos, particularmente por temor a recibir noticias desfavorables y verse expuesta emocionalmente frente a otras personas. A medida que avanzó el tratamiento, pudo flexibilizar esta posición y considerar el acompañamiento como un recurso disponible en caso de necesitarlo. Este cambio permite observar que la aceptación emocional no se limitó al reconocimiento individual de las emociones, sino que también implicó una mayor disposición a aceptar la propia vulnerabilidad y permitir el apoyo de personas significativas.

Limitaciones

El presente trabajo presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados obtenidos. En primer lugar, se trata de un estudio de caso único de carácter cualitativo, por lo que los hallazgos se encuentran asociados a las características particulares de la paciente y del proceso psicoterapéutico analizado. En consecuencia, los resultados no pueden generalizarse a otras personas con diagnóstico de endometriosis o que atraviesen dificultades reproductivas. Sin embargo, el abordaje de un caso único permitió realizar un análisis detallado y contextualizado de la evolución de la paciente y de las intervenciones implementadas a lo largo del proceso terapéutico.

En segundo lugar, el proceso psicoterapéutico se encontraba en curso al momento de la elaboración del presente trabajo. Por este motivo, los resultados observados corresponden a un período determinado de la evolución clínica de la paciente y no permiten establecer conclusiones definitivas respecto de la estabilidad de los cambios alcanzados a largo plazo. La continuidad del tratamiento permitirá observar la evolución posterior de los recursos de regulación emocional, las estrategias de afrontamiento y la adaptación a las diferentes demandas asociadas a su situación personal, familiar y laboral.

Asimismo, otra limitación se relaciona con la ausencia de instrumentos psicométricos estandarizados aplicados de manera sistemática para evaluar cuantitativamente variables como la regulación emocional, la ansiedad o la aceptación psicológica. La valoración de los cambios se realizó principalmente a partir de la información obtenida durante las entrevistas clínicas, la observación del proceso terapéutico, los registros de las sesiones y la evolución manifestada por la propia paciente. Si bien esta modalidad resulta coherente con el carácter cualitativo del estudio, la incorporación de instrumentos estandarizados podría haber aportado medidas complementarias para objetivar la evolución de determinadas variables clínicas.

Por otra parte, la información analizada proviene principalmente del espacio psicoterapéutico y de los registros realizados durante el tratamiento, por lo que se encuentra atravesada por la perspectiva clínica de la terapeuta. Esta característica puede introducir cierto grado de sesgo interpretativo, particularmente al analizar la contribución de la alianza terapéutica al proceso de cambio.Fortalezas

Entre las principales fortalezas del presente caso se destaca, en primer lugar, la duración del proceso psicoterapéutico, superior a un año y aún en curso, lo que permitió realizar un seguimiento longitudinal de la evolución de la paciente y observar modificaciones progresivas en diferentes momentos de su experiencia clínica. Esta extensión temporal posibilitó analizar no sólo intervenciones puntuales, sino también la manera en que la alianza terapéutica se fue consolidando y acompañando diferentes acontecimientos significativos, entre ellos el diagnóstico de endometriosis y el inicio del tratamiento de reproducción médica asistida.

Otra fortaleza se relaciona con el abordaje integrador utilizado, con predominio de la Terapia Cognitivo-Conductual y la incorporación de recursos provenientes de las terapias contextuales.

Asimismo, el caso presenta valor clínico al permitir analizar la aplicación de estrategias psicoterapéuticas en un contexto real, caracterizado por la interacción entre una condición médica, dificultades reproductivas, tratamientos prolongados y cambios significativos en diferentes áreas de la vida de la paciente. En este sentido, el análisis detallado del proceso puede constituir un aporte de para la práctica clínica en el acompañamiento psicológico de personas que atraviesan experiencias vinculadas con la endometriosis y la reproducción médica asistida, especialmente en relación con la importancia de construir una alianza terapéutica sólida y favorecer procesos de aceptación emocional.

Conclusiones

El presente trabajo tuvo como objetivo analizar la contribución de la alianza terapéutica en el proceso de aceptación emocional de una paciente con diagnóstico de endometriosis, que atravesaba dificultades para concebir y posteriormente inició un tratamiento de reproducción médica asistida. A partir del análisis del proceso psicoterapéutico, se observó que la consolidación progresiva de la alianza terapéutica constituyó un elemento relevante para favorecer la expresión y elaboración de experiencias emocionales que, inicialmente, la paciente tendía a controlar, suprimir o evitar.

Uno de los principales cambios observados se relacionó con la manera en que la paciente comenzó a vincularse con sus emociones. Mientras que al inicio consideraba la angustia y el llanto como respuestas que debía eliminar, hacia etapas posteriores logró reconocerlas, permitirse experimentarlas y regularlas sin que necesariamente determinaran su conducta. En este sentido, la aceptación emocional no implicó la ausencia de malestar, sino una mayor capacidad para transitar experiencias difíciles sin recurrir de manera inmediata a estrategias de evitación o control.

La alianza terapéutica adquirió especial relevancia al proporcionar un espacio percibido como seguro, en el cual la paciente pudo compartir aspectos de su experiencia que le resultaban difíciles de expresar en otros contextos. La confianza construida favoreció su participación activa en el tratamiento, la incorporación de las estrategias propuestas y la posibilidad de abordar progresivamente situaciones vinculadas con la endometriosis, la fertilidad y los cambios asociados a su proyecto de vida.

El abordaje integrador permitió acompañar este proceso mediante la articulación de estrategias cognitivo-conductuales y recursos provenientes de las terapias contextuales, adaptados a las necesidades que fueron surgiendo durante las diferentes etapas del tratamiento. La evolución observada sugiere que la combinación entre un vínculo terapéutico sólido y un abordaje flexible puede favorecer el desarrollo de recursos de regulación emocional y afrontamiento.

Si bien, debido al carácter de estudio de caso único, no es posible generalizar estos resultados ni establecer una relación causal entre la alianza terapéutica y los cambios observados, el análisis del caso permite destacar la relevancia del vínculo terapéutico como componente del proceso psicoterapéutico. En particular, permite considerar que una alianza basada en la confianza, la colaboración y la seguridad puede favorecer que pacientes que atraviesan experiencias médicas y reproductivas complejas desarrollen una relación más flexible con sus emociones y puedan afrontar sus circunstancias desde una posición menos centrada en el control y la evitación.

Fragmento de entrevista correspondiente a una sesión de la Fase 4

En el siguiente fragmento se observa un momento del proceso terapéutico en el que se manifiestan elementos vinculados con la construcción y consolidación de la alianza terapéutica.

- **Paciente:** “Me cuesta mucho hablar de esto con otras personas… muchas veces me siento juzgada, pero con vos, siento que puedo decirlo y sincerarme.”

- **Terapeuta:** “Es muy importante que en este espacio te sientas segura. Hemos construido juntas un lugar de confianza y seguridad.”

- **Paciente:** “Sí… así lo siento. Me hace muy bien venir y hablar con vos. Cuando lloro no me decís que pare ni me juzgás. En la última sesión, cuando me sentía angustiada, me dijiste que nos tomemos un rato para darle lugar a esa angustia y nos quedamos en silencio, eso me hizo muy bien. Me ayudó a no contenerla”.

- **Terapeuta:** “Muchas veces creemos que, frente al malestar, tenemos que decir o hacer algo para que desaparezca. A veces se trata simplemente de habitarlo, sin intentar taparlo ni evitarlo, y permitir que pueda expresarse.”

En este fragmento se evidencia la construcción de un vínculo terapéutico basado en la confianza, la seguridad y la ausencia de juicio. La paciente expresa sentirse habilitada a manifestar sus emociones dentro del espacio terapéutico, mientras que la intervención de la terapeuta favorece la validación y aceptación del malestar emocional. Asimismo, se observa una relación colaborativa, en la que la paciente reconoce intervenciones previas como significativas para su proceso. Estos elementos permiten identificar aspectos centrales de la alianza terapéutica, particularmente en relación con el vínculo y el acuerdo sobre las formas de abordar las experiencias emocionales.

En síntesis, el caso analizado permite sostener que la alianza terapéutica no constituyó únicamente el marco en el que se desarrollaron las intervenciones, sino un componente significativo del proceso de aceptación emocional de la paciente.

Referencias

American Psychiatric Association. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; DSM-5-TR). Editorial Médica Panamericana.

Beck, J. S. (2021). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (3rd ed.). Guilford Press.

Bordin, E. S. (1979). *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy:* Theory, Research & Practice, 16(3), 252–260. https://doi.org/10.1037/h0085885

Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). SAGE Publications.

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). *The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis*. Psychotherapy, *55*(4), 316–340. https://doi.org/10.1037/pst0000172

Gameiro, S., Boivin, J., Dancet, E., de Klerk, C., Emery, M., Lewis-Jones, C., Thorn, P., Van den Broeck, U., Venetis, C. A., Verhaak, C. M., Wischmann, T., & Vermeulen, N. (2015*). ESHRE guideline: Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction*—A guide for fertility staff. *Human Reproduction, 30*(11), 2476–2485. https://doi.org/10.1093/humrep/dev177

Harris, R. (2019). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy* (2nd ed.). New Harbinger Publications.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2019). What works in the psychotherapy relationship: Results, conclusions, and practices. En J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Volume 1. Evidence-based therapist contributions* (3rd ed.). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0018

Anexo

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Me ha sido explicado que los miembros de la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales de UFLO Universidad, desean conocer mi caso clínico, tratamiento desarrollado desde abril de 2025 hasta la actualidad. Es por esta razón que se está realizando un trabajo de investigación cuya finalidad es conocer sobre cómo contribuye la alianza terapéutica en un proceso de aceptación emocional.

La participación es voluntaria y en cualquier momento puedo dejar sin efecto la presente autorización, retirándome del presente acto.

Se me ha dicho que mis respuestas u opiniones serán confidenciales y sólo de conocimiento para el equipo de investigación, resguardando mi privacidad y los resultados no serán ligados a mi información que se coloca al pie del presente consentimiento.

Asimismo, se me ha explicado que los resultados globales de la investigación serán presentados en la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales y que podrán ser expuestos también en congresos y/o publicados en revistas científicas preservándose siempre mi identidad, conforme a la ley 25.326.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos a participar en el mismo, puedo contactar a la Secretaría de Investigación y Desarrollo UFLO, a sinvestydes@uflo.edu.ar (o equipo responsable).

Habiendo comprendido lo que se me ha explicado, acepto participar en este trabajo de investigación.

Firma:

Aclaración:

DNI:

Fecha:

Firma profesional informante:

Aclaración:

DNI:

Protocolo N°: s/n